

A diez años de intervención

Evaluación externa **del Programa Oportunidades 2008**

en zonas rurales (1997-2007)



Tomo II

El reto de la calidad de los servicios:
resultados en salud y nutrición

Evaluación Externa del Programa Oportunidades 2008.
A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007)
Tomo II
**El reto de la calidad de los servicios:
resultados en salud y nutrición**

Primera edición, 2008

D.R. ©
Secretaría de Desarrollo Social
Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
Insurgentes Sur 1480, Colonia Barrio Actipan
Delegación Benito Juárez
03230 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN

Los conceptos y opiniones expresados por los autores de este documento no reflejan la postura institucional de la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Para mayor información llamar al 01 800 500 500.

Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social, el condicionamiento electoral o político de los programas sociales constituye un delito federal que se sanciona de acuerdo a las leyes correspondientes. Ningún servidor público puede utilizar su puesto o sus recursos para promover el voto a favor o en contra de algún partido o candidato. El Programa Oportunidades es de carácter público y su otorgamiento o continuidad no depende de partidos políticos o candidatos.

Contenido

Prefacio	7
Introducción	9
Agradecimientos	13
Capítulo I.	15
Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de <i>Oportunidades</i>	
Resumen ejecutivo	17
Análisis FODA	24
I. Introducción	29
II. Metodología	32
III. Análisis comparativo de la calidad de las unidades y características relacionadas	44
IV. Resultados	45
V. Calidad de la atención al síndrome metabólico	72
VI. Calidad de la atención a los niños	85
VII. Discusión	94
VIII. Análisis FODA	98
IX. Referencias	101
Capítulo II.	103
Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades	
Resumen ejecutivo	105
Análisis FODA	117
I. Introducción	125
II. Metodología	129
III. Resultados	135
IV. Impacto y discusión de resultados	189
V. Conclusiones y recomendaciones	195
VI. Análisis FODA	197
VII. Referencias	203
VIII. Anexos	204

Capítulo III.	215
Diez años de <i>Oportunidades</i> en zonas rurales: efectos sobre la utilización de servicios y el estado de salud de sus beneficiarios	
Resumen ejecutivo	217
Análisis FODA	238
I. Introducción	253
II. Metodología	255
III. Resultados	263
IV. Discusión	302
V. Análisis FODA	308
VI. Referencias	323
VII. Anexos	324
Capítulo IV.	347
Diagnóstico situacional del estado nutricional de niños menores de dos años de edad y de sus madres, beneficiarios de <i>Oportunidades</i> en zonas rurales	
Resumen ejecutivo	349
Análisis FODA	355
I. Introducción	357
II. Metodología	360
III. Resultados	364
IV. Discusión	383
V. Análisis FODA	389
VI. Referencias	391

Prefacio

La estrategia reciente para mejorar la seguridad pública en el país ha tenido acciones posiblemente relevantes, como aumento de penas para los culpables, operativos del Ejército en ciudades estratégicas, captura de diversas personas ligadas al crimen organizado, etcétera. Sin embargo, pareciera que invertir en investigación científica sobre este tema no ha sido prioritario.

Las intensas acciones operativas del día a día han relegado a un segundo nivel de importancia –de acuerdo con lo dado a conocer por las autoridades– todo lo que tiene que ver con recabar información, analizarla y aplicar el método científico para poder tener mejores herramientas para las decisiones operativas. La información pertinente, la evaluación y la investigación permiten saber cuáles acciones tienen impacto y cuáles no.

Es claro que el gasto en investigación puede ser cuantioso y no refleja resultados en el corto plazo, pero también es cierto que en el mediano y en el largo plazo se pueden lograr mejores resultados si se cuenta con mejor información y análisis sobre las políticas públicas. Las acciones que se llevan a cabo sin información relevante, sin análisis, sin indicadores de resultados difícilmente ofrecen el resultado esperado. Sólo lo que se mide puede mejorarse.

El caso del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades ha sido un buen ejemplo de inversión en información y en análisis científicos, desde el inicio y a lo largo de su historia. La principal actividad de quienes trabajan en *Oportunidades* es la difícil operación diaria de un Programa que brinda servicios a 5 millones de familias en el país. Pero a pesar de esta actividad prioritaria, *Oportunidades* ha tenido la visión de recabar información para que ésta pueda ser analizada, tanto interna como externamente, con el fin de tomar mejores decisiones para el logro de sus objetivos.

Los casi 10 años de evaluación e investigación sobre *Oportunidades* dan cuenta de un Programa que ha tenido logros importantes en las áreas rurales: incremento en las tasas de compleción y progresión escolar en estudiantes de secundaria y preparatoria; aumento del peso y la talla en niños menores de dos años; mejor manejo del riesgo en adolescentes y adultos jóvenes.

El análisis de la información también ha mostrado que el impacto en áreas urbanas ha sido inferior que en áreas rurales; la práctica en el uso del complemento alimenticio no siempre ha sido adecuada; y la calidad de los servicios educativos y de salud es claramente deficiente. Sobre este último punto, el Gobierno Federal, y especialmente los gobiernos locales, deberían de actuar de inmediato para mejorar la calidad de los servicios de salud y la educación. El propósito de *Oportunidades* –que las familias en pobreza cuenten con mayores capacidades básicas– se ve limitado si la calidad de los servicios educativos y de salud no se logra mejorar.

La información, la evaluación externa y la investigación científica sobre el Programa no muestran que éste carezca de retos. La investigación incluso ha sido insuficiente para mostrar los logros de largo plazo del Programa en varios rubros. Pero *Oportunidades* cuenta con un enorme bagaje de información, de uso interno y externo, para tomar mejores decisiones sobre su futuro. Ojalá que otros programas presupuestales y áreas gubernamentales, federales y locales, lleven a cabo esta buena práctica. De ser así, la reducción de la pobreza, incluso de la inseguridad pública, tendrían mejores resultados.

Gonzalo Hernández Licona
Secretario Ejecutivo
Consejo Nacional de Evaluación de la Política
de Desarrollo Social

Introducción

Oportunidades *diez años después*

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades ha representado un hito en la política social mexicana, tanto por la intención explícita de modificar la relación entre el Estado y los sectores marginados del desarrollo, como por la apertura a la evaluación rigurosa.

Hacia finales de la década de los noventa, el entonces Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresa) inició la instrumentación en gran escala de una política orientada a incentivar a los ciudadanos de menores recursos a invertir en el capital humano de sus hijos, buscando de esta forma contribuir a interrumpir la transmisión de la pobreza que ocurre entre generaciones. A través de transferencias en efectivo asociadas con el cumplimiento de corresponsabilidades (asistencia a la escuela y a servicios de salud preventivos, entre otras), y en el contexto de acciones concretas asociadas con una triada estratégica de componentes, México iniciaría un cambio desde una política tradicionalmente asistencialista y enfocada en el presente, a una concepción con la mira en el futuro y, por lo tanto, con menor énfasis en la pobreza actual y con un acento claro en la construcción de capacidades en las futuras generaciones de adultos. No ha sido una tarea sencilla, ni de fácil instrumentación.

Es claro que un programa de esta magnitud recibe importante atención mediática y social. *Oportunidades* ha recibido críticas relacionadas tanto con su diseño y marco conceptual, como con su operación. El énfasis del Programa en la evaluación ha permitido ir generando evidencia para dar respuesta a las inquietudes que se generan. La evidencia sobre la persistencia de nivel socioeconómico entre generaciones soporta la necesidad de estrategias encaminadas a romper el ciclo de transmisión de la pobreza, lo que apoya la idea de enfocarse en el fortalecimiento del capital humano, que permita a los niños de hoy contar con mayores oportunidades en su vida adulta.

El que las inversiones se traduzcan efectivamente en mayor capital humano, y éste a su vez en una mayor expectativa de ingreso permanente, es un aspecto central de la evaluación, que debe mostrar si estos mecanismos efectivamente operan en la práctica.

La apertura a la evaluación del Programa ha estado fuertemente sustentada en el reconocimiento de la necesidad de mostrar evidencia de los resultados de *Oportunidades*. La confianza en el modelo propuesto llevó a sus diseñadores a promover su continuidad transexenal a partir de la evidencia de los resultados logrados. La apuesta funcionó, y los resultados positivos del Programa no sólo han sido un elemento central para su permanencia, sino que, incluso, motivaron un importante crecimiento del, ya para 2002, Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Pensado y diseñado para un contexto rural en 1997, el Programa fue ampliado a zonas urbanas en 2001, y para 2004 operaba ya en todos los municipios del país, atendiendo a 5 millones de familias, con transferencias para alimentación, un paquete de servicios de salud (incluyendo educación para el autocuidado de la salud) y becas escolares desde tercero de primaria hasta el último grado de la educación media superior.

Tras una década de operación, los logros del Programa se han documentado ampliamente en la literatura científica, tanto en la forma de reportes de evaluación, como en artículos y libros académicos, así como en tesis de grado. *Oportunidades* ha servido de modelo o punto de partida para esfuerzos similares en diversos países, y los resultados de las evaluaciones se han constituido en un bien público para informar la puesta en práctica de otros esfuerzos.

LOS RETOS PENDIENTES PARA EL PROGRAMA Y SU AGENDA DE EVALUACIÓN

No obstante, es claro que *Oportunidades* tiene aún retos pendientes. En un análisis preparado por Yaschine, Urquieta y Hernández se identificó una serie de retos agrupados en tres dimensiones (analíticos, metodológicos e institucionales).¹

Desde el punto de vista analítico y tras diez años de operación del Programa, el principal reto se relaciona con la identificación de los efectos de largo plazo que permitan verificar que *Oportunidades* está en la ruta para alcanzar el fin último de contribuir a interrumpir la transmisión de la pobreza. Asimismo, se identificó la necesidad de evaluar la calidad de los servicios que se ofrecen a la población beneficiaria, toda vez que los efectos del Programa están mediados por las acciones concretas en los centros de salud y en las escuelas. Resulta crucial, por ello, conocer la calidad estructural y de procesos de los servicios, a través de indagar sobre las características, prácticas, mecanismos y dinámicas de los mismos, a la vez que explorar si éstas pueden dar lugar a efectos diferenciados. Por otra parte, se resaltó la necesidad de analizar los posibles efectos heterogéneos en distintos grupos de la población, en particular, enfocarse en lo que ocurre con la población de los distintos grupos étnicos que han padecido mayor exclusión social.

En la dimensión metodológica, se identificó la necesidad de integrar los abordajes analíticos –cuantitativos y cualitativos– de una mejor manera para generar resultados y recomendaciones más útiles para la toma de decisiones del Programa, y de esta forma potenciar sus efectos en la población que atiende. Asimismo, se señaló la conveniencia de diseñar las herramientas que permitieran estimar los efectos ante la ausencia de un diseño experimental.

Por lo que se refiere a los aspectos institucionales, surgió la necesidad de articular los trabajos orientados por la propia agenda de la evaluación externa del Programa con los lineamientos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), y con las nuevas normatividades que han fortalecido la presencia de la evaluación en la vida institucional en México.

LA EVALUACIÓN EXTERNA 2007-2008: UN PRIMER ABORDAJE A LOS RETOS PLANTEADOS

Las actividades puestas en marcha para la evaluación –cualitativa, cuantitativa, de impacto (o efectos) y de procesos– del Programa entre 2007 y 2008 buscaron afrontar los retos planteados y generar evidencia de los resultados del Programa a diez años de su creación, considerando la integración de visiones, buscando ahondar en las heterogeneidades y abordando la problemática de la calidad de los servicios.

La evaluación de 2007-2008 parte de un contexto en el cual una proporción importante de los jóvenes rurales ha emigrado de sus poblados de origen, lo que representó desafíos importantes al trabajo de evaluación. Este aspecto desde los estudios cualitativos pudo ser afrontado con mayor éxito debido a la posibilidad de entrevistar a emigrantes que se encontraban temporalmente en las localidades de origen. En los estudios cuantitativos, por la naturaleza misma de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Rurales (Encel 2007), la ausencia de estos jóvenes fue una limitación importante. Los análisis realizados serán complementados posteriormente con datos de un seguimiento a jóvenes emigrantes realizado hacia finales de 2008.

Los análisis que se presentan en esta serie de libros ofrecen una primera respuesta a los retos planteados, y son producto del trabajo intensivo de un amplio grupo multidisciplinario e interinstitucional de expertos que hemos tenido la fortuna de coordinar.

Nuestro interés en señalar, entender y explicar las diferencias de género y étnicas respecto de la operación y el impacto del Programa se inscribe en una perspectiva de análisis procesual y diacrónico. Es decir, nos interesa conocer los cambios que se han gestado y consolidado a lo largo del tiempo –que pueden ser atribuidos a *Oportunidades*–, tomando en cuenta que dichos cambios se inscriben en un escenario social también cambiante y dinámico. Las transformaciones que ocurren a lo largo de la vida de los individuos y a lo largo del tiempo familiar y doméstico han sido motivo de nuestras reflexiones y representan retos analíticos de gran importancia en toda investigación que pretenda aquilatar la compleja interrelación entre tiempo individual, tiempo familiar y tiempo social o histórico.

¹ Yaschine I, Urquieta J, Hernández B. Agenda de evaluación integral del Programa Oportunidades 2007-2008. Versión final. México, 2008, mimeo.

Cada libro agrupa un conjunto de documentos con un hilo conductor. El tomo I presenta los resultados en educación y trabajo de jóvenes becarios y ex becarios tanto indígenas como mestizos, así como en educación, nutrición, y desarrollo cognoscitivo de los niños pequeños y escolares que hace diez años se integraron al Programa. Asimismo, se ofrece un análisis sobre los comportamientos de riesgo y la forma en que éstos afectan los resultados en indicadores de educación, trabajo y salud. Los documentos que se presentan en este tomo permiten hacer un seguimiento de los diez años de *Oportunidades* en el medio rural, desde ópticas diferentes y complementarias, y abordados de una forma comprehensiva.

En el tomo II se agrupan los documentos relacionados con aspectos de salud y nutrición. Se aborda la situación de la calidad de los servicios, la utilización de servicios por parte de la población beneficiaria, y los resultados de impacto en salud y nutrición. En el abordaje a la calidad de los servicios de salud se presenta una imagen de la calidad estructural y de procesos de los mismos, y las potenciales implicaciones de ésta. Asimismo, se ofrece un análisis de las trayectorias o itinerarios terapéuticos y reproductivos, en donde el lector podrá claramente ver la interrelación de factores familiares, institucionales y comunitarios en la búsqueda de atención a la salud.

En el tomo III se enfrenta el reto de la calidad de los servicios educativos mostrando, por un lado, el análisis de las brechas existentes en resultados académicos en la población afiliada a *Oportunidades* y, por otro, el análisis de la problemática de las escuelas en las comunidades rurales mexicanas.

Finalmente, el tomo IV aborda la operación y procesos del Programa, mostrando los retos que la heterogeneidad mexicana impone a la puesta en práctica de un programa tan extenso y complejo como *Oportunidades*. Asimismo, se incluye en este volumen un análisis del nuevo componente energético del Programa.

Los autores de los 14 documentos que se presentan aceptaron gustosos un proceso intenso de revisión, llevado a cabo por pares, y con el rigor académico que un programa de esta magnitud amerita. Este proceso, además, incluyó la presentación de los análisis en un seminario con la participación de autores, revisores, y otros actores relevantes, cuyas opiniones coadyuvaron a la solidez y claridad de los análisis y de las interpretaciones formuladas. Los cuatro tomos ofrecen un conjunto de análisis que parten de la necesidad de conocer, describir y explicar los cambios que el Programa, a lo largo ya de diez años, ha buscado gestar en la vida de los hogares pobres del país.

Este esfuerzo colectivo tiene el claro objetivo de fortalecer a *Oportunidades* a través del estudio de los aspectos, mecanismos y componentes que funcionan y cuyos resultados se observan en las evidencias recopiladas y de los que aún pueden y deben mejorar. Como toda evidencia, los frutos de este esfuerzo colectivo se constituyen, a través de estos tomos, en un bien público a disposición de todos.

Stefano M. Bertozzi
Coordinador del Grupo Asesor
de la Evaluación Cuantitativa
Centro de Investigación
en Evaluación y Encuestas
INSP

Mercedes González de la Rocha
Coordinadora del Grupo Asesor
de la Evaluación Cualitativa
CIESAS

Agradecimientos

La evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2007-2008, que hemos tenido el privilegio de coordinar, ha sido posible gracias a la provechosa confluencia de instituciones e individuos, tanto académicos como funcionarios del Programa.

El financiamiento para esta evaluación provino fundamentalmente del mismo Programa. La Fundación Hewlett, a través del proyecto “La vida después de *Oportunidades*” (Grant 2007-1379), complementó los gastos de campo del trabajo etnográfico que alimenta los documentos cualitativos. El Banco Mundial facilitó la participación de Samuel Freije.

Dentro de *Oportunidades*, queremos reconocer el apoyo del doctor Salvador Escobedo, Coordinador Nacional, quien nos proporcionó una valiosa retroalimentación durante todo el proceso que culmina con la publicación de estos documentos. Asimismo, la licenciada Concepción Steta, directora general de Información Geoestadística, Análisis y Evaluación, ha sido fundamental para la evaluación, tanto por su apoyo a las actividades realizadas como por sus contribuciones al análisis y planteamientos de los evaluadores externos. La participación del equipo de la Dirección de Enlace para la Evaluación Externa, a cargo de la licenciada Citlalli Hernández, ha sido fundamental para la conducción y seguimiento de las actividades involucradas en las distintas etapas del proceso.

Las opiniones y comentarios recibidos desde el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (Coneval) fueron muy útiles en la fase de revisión de los trabajos. En particular, agradecemos al secretario ejecutivo del Coneval, Gonzalo Hernández Licona, y a las consejeras que aceptaron la tarea de comentar con detalle los estudios, Graciela Teruel y Graciela Freyermuth.

En nuestras instituciones, el apoyo y comprensión a los tiempos de la evaluación resultó indispensable. En el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), su directora general Virginia García, y la directora de relaciones institucionales, Alejandra Meyenberg, merecen mención especial. En el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el doctor Mario Henry Rodríguez, director general, facilitó en todo momento las actividades de la evaluación, y el director de administración y finanzas, Raúl Contreras, facilitó las actividades encomendadas al Instituto.

Los integrantes de los grupos asesores de la evaluación cualitativa (Sylvia Schmelkes, Agustín Escobar Latapí, Graciela Freyermuth, Carlos Mancera, Juan Luis Sariego y Alejandro Agudo Sanchíz), y cuantitativa (Orazio Attanasio, Jere R. Behrman, Samuel Freije, Paul Gertler, Bernardo Hernández Prado, Carlos Mancera, Lynnette Neufeld, Susan W. Parker, Petra Elisabeth Todd, Manuel Urbina, Iliana Yaschine, y Evelyn Rodríguez) participaron activamente en la definición conjunta con *Oportunidades* de la agenda de evaluación, en el diseño conceptual, así como en la definición de los análisis.

También queremos reconocer el trabajo de Iliana Yaschine, José Urquieta y Bernardo Hernández, quienes integraron el documento de la “Agenda de evaluación integral del Programa Oportunidades 2007- 2008” que permitió organizar y conjuntar en un documento único las ideas que hemos procurado reflejar en los trabajos que aquí se presentan.

El papel de los revisores en esta ronda de la evaluación ha sido fundamental para la calidad de los documentos que aquí se presentan. Los académicos que colaboraron en este esfuerzo fueron: Orazio Attanasio, Ferdinando Regalia, Iliana Yaschine, Evelyn Rodríguez, Agustín Escobar, Teresa Bracho, Ívico Ahumada, Cecilia Gayet, Manuel Urbina, Ralph Gonzalez, Veronika Wirtz, Graciela Freyermuth, Paola Sesia, Rebeca Wong, Bernardo Hernández, Reynaldo Martorell, Elizabeth King, Benedicte de la Briere, Sylvia Schmelkes, Carlos Mancera, Felipe González y González, Israel Banegas y Claudia Maldonado. En este mismo proceso de revisión, el equipo del Banco Interamericano de Desarrollo, bajo la conducción de Amanda Glassman, proporcionó una importante retroalimentación a los autores, contribuyendo a enriquecer los análisis.

Los equipos de antropólogos trabajaron con el oficio propio del gremio bajo la coordinación de Juan Luis Sariego en Chihuahua, de Armando Haro en Sonora, de Alejandro Agudo Sanchíz en Chiapas y de Mercedes González de la Rocha en Oaxaca.

En el INSP, el equipo de campo coordinado por la licenciada Aurora Franco hizo posible la recolección de la información que alimenta los documentos cuantitativos que parten de la Encel 2007, encuesta que visitó a más de 40 mil hogares en el país.

Capítulo I

Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de *Oportunidades*

AUTORES

**Juan Pablo Gutiérrez, Jef Leroy, Ruy López Ridaura,
Lisa DeMaria, Dilys Walker, Julio César Campuzano, Karla Moreno,
Edson Serván, Sandra G Sosa Rubí, Stefano M Bertozzi**

Resumen ejecutivo

Introducción

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades tiene como objetivo interrumpir la transmisión intergeneracional de la pobreza, promoviendo la movilidad social y de esta forma el desarrollo. Para lograrlo, el diseño del Programa se ha centrado en generar incentivos para incrementar la demanda por servicios que se traducen en inversión en capital humano (educación y salud). Un supuesto para que estas inversiones generen resultados positivos en salud y educación es que cuenten con la calidad técnica necesaria.

De esta forma, se espera que la calidad de los servicios de salud se relacione de manera directa con los resultados observados en la población usuaria. Los resultados de las evaluaciones previas del componente salud de *Oportunidades* han mostrado un efecto positivo en la utilización de dichos servicios y se han observado efectos favorables en los indicadores del estado de salud, como una disminución de los días de enfermedad y mayor capacidad para realizar actividades cotidianas. Sin embargo, la magnitud de estos efectos ha sido menor a la esperada, al compararla con el incremento de la utilización de servicios, lo cual podría estar relacionado con la calidad de los mismos.

La medición de la calidad de los servicios de salud se ha propuesto en tres dimensiones: estructura (los recursos para la atención), procesos (las acciones del personal), y resultados (el logro en salud de estas acciones). En este documento se describen las dos primeras dimensiones y se proporcionan insumos para el análisis de la dimensión de resultados, que aparece en otro documento.*

El objetivo del análisis incluido en este documento es examinar la calidad de los servicios de salud que atienden a la población de *Oportunidades* en las dimensiones de estructura y procesos, así como la heterogeneidad de la calidad misma, con relación con las localidades en las que se ofrecen los servicios. Con este fin, se utiliza la información obtenida por cuestionarios aplicados a los proveedores (cédula de unidades, médicos y enfermeras) y los usuarios.

Metodología

Como se ha mencionado, la evaluación de la calidad de los servicios de salud que se presenta en esta sección se basa en la medición de dos dimensiones de la calidad: la estructura y los procesos.

Para la dimensión de estructura, el análisis se enfoca en el contraste de los recursos existentes en las unidades visitadas con los recursos necesarios para la atención, de acuerdo con la opinión de expertos y lo establecido en la normatividad de las instituciones.

Por lo que se refiere a los procesos, se parte de tres condiciones indicadoras, que conjuntan la capacidad de los proveedores para emplear los recursos disponibles y convertirlos en acciones efectivas. En virtud de la dificultad para analizar todas las condiciones de salud, de tal forma que sean comparables las acciones y las actividades entre unidades, se optó por eventos o condiciones relevantes para la población mexicana que, dada su naturaleza de atención estandarizada, cuentan con recomendaciones claras sobre su manejo. Es el caso de la atención al embarazo, el control de alteraciones relacionadas con el síndrome metabólico (de manera específica, diabetes e hipertensión, dos de las principales causas de morbilidad en adultos mexicanos) y la atención del niño sano y el niño enfermo de 0 a 24 meses.

El análisis explora la calidad desde una óptica en la que, al conjuntar la visión de los proveedores con la percepción de los usuarios sobre el mismo suceso, se perfile un panorama más amplio de la calidad y los factores que la integran, además del modo en que la calidad técnica y la percibida se afectan una a otra.

* Bautista S, Bertozzi S, Leroy J et al. Diez años de *Oportunidades* en zonas rurales: efectos sobre utilización de servicios y el estado de salud de sus beneficiarios. Capítulo III de este tomo.

El componente de evaluación de los servicios de salud incluyó información de las unidades de salud que atienden a la población en las 767 localidades de la muestra seleccionada para la Encel 2007. Por diversas razones, no todas las localidades de la muestra se visitaron (sobre todo por condiciones climatológicas) y no en todas las localidades visitadas fue posible obtener la información de los servicios de salud. En total, se obtuvo información de 495 unidades, aunque sólo se dispone de información completa (unidad, médicos, enfermeras y pacientes) de 299 unidades (60%); estas unidades prestan servicio a 591 localidades de las 733 visitadas efectivamente para la encuesta (80%).

De esta forma, el documento describe a las unidades que están en realidad en condiciones de ofrecer servicios de calidad, considerados los servicios públicos disponibles, la infraestructura, el equipamiento y el abasto de medicamentos. Con posterioridad se describen los procesos llevados a cabo por el personal, es decir, los patrones de atención, y los resultados de los casos estandarizados.

Resultados

CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES

La descripción de las unidades de salud permite identificar si éstas cuentan con las condiciones necesarias para ofrecer una atención de calidad, de acuerdo con los recursos disponibles, en particular el personal y el equipo, los insumos y los medicamentos. Esta primera parte del análisis es de alguna forma una evaluación de la factibilidad de la atención de calidad en las unidades visitadas. Asimismo, se busca reconocer la heterogeneidad de las condiciones de las unidades, para lo cual se identificaron primero las diferencias por subsectores y después la variación entre unidades.

Respecto del primer elemento revisado, se observó que el acceso a los servicios públicos de las unidades no es universal. De acuerdo con los datos recolectados, aunque en general las instalaciones cuentan con energía eléctrica, experimentan cortes con cierta regularidad en el suministro. Además, alrededor de 30% de las unidades no dispone de agua entubada y cerca de la mitad carece de conexión a drenaje y utilizan fosas sépticas.

Un segundo aspecto revisado fue el sistema de referencia de las unidades, es decir, la capacidad que tienen para realizar traslados a unidades de mayor capacidad de atención de pacientes y mayores recursos técnicos, cuyas afecciones es imposible tratar en la unidad (sea por falta de personal capacitado, carencia de equipo u otros insumos). Los centros para referir a mujeres con emergencias obstétricas o a niños muy enfermos se hallan en promedio a 32 kilómetros de distancia, con un tiempo de traslado medio de 1.4 horas.

El personal de las unidades está integrado por 42% de médicos y 36% de enfermeras. La mayor parte señaló haber asistido a algún curso de capacitación en el último año, e incluso haber recibido capacitación sobre *Oportunidades*; pese a ello, no utilizan como fuente de información el prontuario del programa y muy pocos de ellos consultan las guías o normas oficiales de atención.

De acuerdo con la información recolectada, el instrumental necesario para realizar la exploración física de los usuarios de forma regular, como básculas, baumanómetros, otoscopio y termómetro, no está disponible en un porcentaje elevado en las unidades (figura 1). Lo mismo ocurre con otro tipo de equipamiento (como electrocardiograma, microscopio y Doppler), quizá con un nivel de complejidad relativamente mayor, pero igualmente básico; estos instrumentos se encuentran sólo en unas cuantas unidades. También la información recolectada mostró que apenas la décima parte de las clínicas cuenta con ambulancia para efectuar traslados.

Asimismo, un elevado porcentaje de las clínicas no cuenta con insumos necesarios para el monitoreo de las condiciones vinculadas con las corresponsabilidades, por ejemplo las consultas de atención prenatal. Además, la reducida existencia de tiras reactivas para orina hace imposible llevar a cabo esta prueba mínima en mujeres embarazadas y el bajo porcentaje de tiras reactivas para glucosa, en un país con gran prevalencia de diabetes, complica la detección de este padecimiento (cuadro 1).

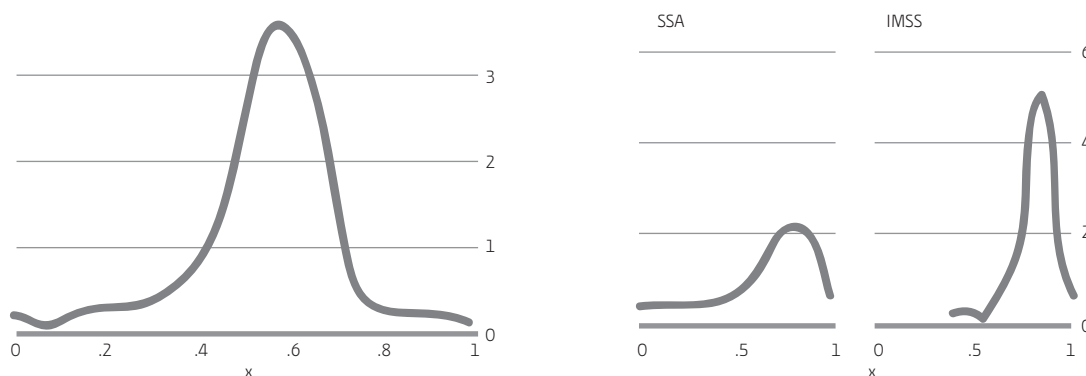


FIGURA 1
Distribución de equipamiento mínimo de las unidades (porcentaje del total)

VARIABLES	GENERAL %	SUBSECTOR		VALOR P*
		SSA† %	IMSS-Oportunidades %	
Condomes ¹	87	87	86	0.76
Cubre bocas ¹	86	80	96	0
DIU ¹	89	83	98	0
Espejo vaginal ¹	59	54	66	0.01
Gasas ¹	89	86	93	0.03
Jalea lubricante ¹	83	76	96	0
Jabón líquido ^{1,2}	60	67	47	0
Tiras p/glucosa ^{1,3}	78	73	89	0
Tiras p/orina ^{1,3}	46	35	63	0

CUADRO 1
Existencia de consumibles médicos

* Valor de probabilidad de la prueba t para diferencia de medias

† SSA: centros de salud, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles

¹ Insumos necesarios para la atención del parto

² Insumos necesarios para la atención de niños

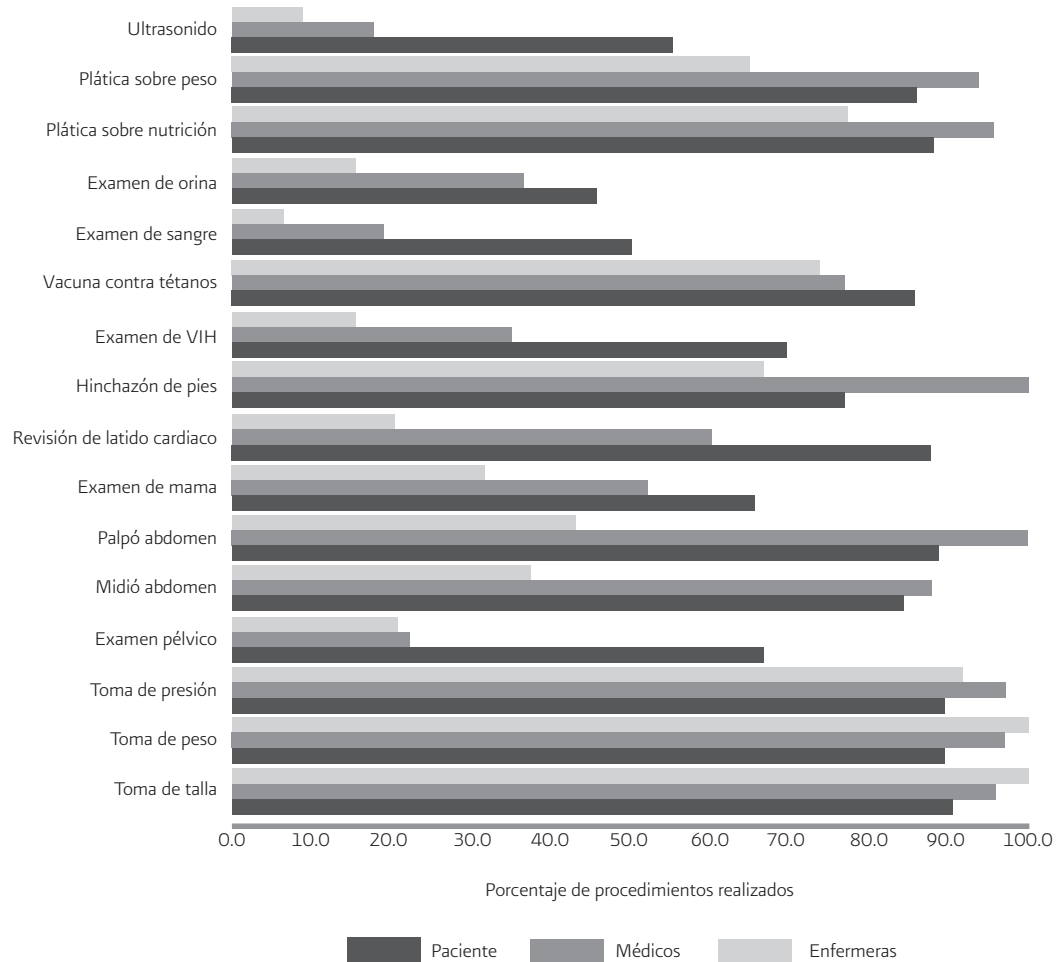
³ Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

ATENCIÓN PRENATAL

En total, se obtuvo información de 423 mujeres embarazadas, las cuales tenían en promedio 25 años de edad y estudios de seis años. Asimismo, estas personas estaban casadas (90%) y muy pocas tenían un trabajo (10%). Por otra parte, 45% se identificó como indígena, 40% pertenece a hogares beneficiarios de *Oportunidades* y 34% a hogares afiliados al Seguro Popular. De las mujeres que asistieron a su primera visita prenatal, 47% se encontraba en el primer trimestre del embarazo, 36% en el segundo y 17% en el tercero.

De acuerdo con la información proporcionada por los médicos, se observó que la realización de exámenes de orina, sangre y VIH es poco frecuentes, al igual que algunos procedimientos, en teoría comunes, como el examen pélvico y el examen de mama (figura 2).

FIGURA 2
Informe de los médicos,
enfermeras o pacientes
de los procedimientos
realizados en la primera
visita



ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL SÍNDROME METABÓLICO

De 694 pacientes adultos con alguno de los tres diagnósticos relacionados con el síndrome metabólico (diabetes, hipertensión arterial o dislipidemia*) la gran mayoría refería tener diagnóstico de diabetes o hipertensión arterial y 131 de ellos reportó ambos diagnósticos. El diagnóstico de dislipidemia fue poco frecuente y sólo 1 de los 13 pacientes lo refirió como diagnóstico único y el resto como comorbilidad de la diabetes, hipertensión o ambas.

Existe una gran variabilidad en la proporción de acciones y recomendaciones realizadas a los pacientes. Una de las acciones más importantes en el paciente diabético es la determinación periódica de las concentraciones de glucosa en sangre, para definir el grado de control y normar la conducta terapéutica. Aunque la proporción de pacientes que notificaron la determinación de glucosa en sangre en los últimos seis meses es alta (mayor de 80% en todas las instituciones), es preocupante que exista una proporción considerable de pacientes con diagnóstico de diabetes que prescinde de la determinación de glucosa.

Debido a que la hipertensión arterial y la diabetes se vinculan en grado considerable con dislipidemias, para todos los diagnósticos la determinación de los niveles de colesterol es una de las recomendaciones clave para definir el riesgo cardiovascular e iniciar tratamiento con medicamentos para reducir los niveles de colesterol en sangre. A pesar de

* Dislipidemia se refiere a cualquier tipo de alteración de los niveles de lípidos o grasas en la sangre, incluidos cualquier forma de colesterol y triglicéridos.

que esto debería realizarse al menos una vez al año, menos de la mitad de los pacientes se sometió a un examen de colesterol en el último año. Otro de los factores preocupantes de esta evaluación es la muy baja determinación de pruebas en orina, que al menos en los diabéticos es una acción necesaria para detectar de forma temprana el daño renal. Sólo un poco más de una cuarta parte del total de los pacientes y una tercera parte de los diabéticos se habían practicado un examen en el último año.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, los datos muestran en general una pobre observancia de los planes de dieta y ejercicio, en tanto que apenas 45% de los pacientes acata los planes de dieta en forma adecuada, ligeramente peor para el caso del plan de ejercicio.

Como se ha mencionado en este documento, la utilización de guías o normas de pacientes, sobre todo en el primer nivel de atención, se ha marcado como un indicador de calidad de atención. En este sentido, 67% de los médicos y cerca de 50% de las enfermeras refirieron haber utilizado algún tipo de norma y guía de atención (en especial las normas oficiales mexicanas para la atención de pacientes con diabetes, hipertensión o dislipidemia) en la atención del paciente de referencia. El resto del personal de salud mencionó haber utilizado conocimiento y experiencias previas o en libros de texto para su atención.

Dado que el papel de las enfermeras en la solicitud de exámenes de control es menor, la baja proporción en este personal para la solicitud de laboratorios de control es previsible. Cuando se les preguntó a los médicos por la razón para no solicitar el auxilio del laboratorio, 59.5% contestó que no lo consideró necesario y 23.6% adujo el poco acceso al laboratorio como la principal razón (sin diferencias notorias entre las instituciones). Esta observación sugiere que, cualquiera que sea el acceso al laboratorio, los médicos no consideran el monitoreo periódico de los niveles de glucosa u otros exámenes como parte fundamental de la vigilancia del paciente con enfermedad crónica metabólica.

ATENCIÓN A LOS NIÑOS

Se evaluó la práctica de atención a niños menores de dos años de edad a partir de datos de 284 proveedores de salud (enfermeras 29.58% y médicos 70.42%) y 556 niños que usaron los servicios de salud. La mediana de edad de los niños fue de 12 meses y casi la mitad correspondió a niñas. De todos los niños, 43% vivía en hogares beneficiarios del Programa.

Entre los principales motivos de consulta señalados se encontraron los problemas respiratorios (39%), seguidos por la presencia de fiebre (21%) y diarrea (14%). Una cuarta parte de los niños visitó la unidad de salud para una consulta de niño sano.

En cuanto al interrogatorio y evaluación o exploración clínica de los infantes, 62.9 y 56.3% de los médicos y enfermeras evaluaron la presencia de tos y fiebre, respectivamente, pero sólo 3.8% valoró la diarrea. La mayoría comparó el peso contra una tabla o gráfica de referencia y apenas 5.2% evaluó las prácticas de alimentación; este porcentaje fue aún más bajo en niños con peso y/o talla bajos. Por otra parte, 53% de los niños que no necesitaban antibióticos los recibió.*

En cuanto a la calidad percibida, 90% de los acompañantes comprendió el diagnóstico. Tres cuartas partes de los acompañantes a la consulta de niños enfermos consideraron que la atención brindada en la unidad de salud era buena. No se hallaron diferencias entre los usuarios de SSA e IMSS-*Oportunidades*.

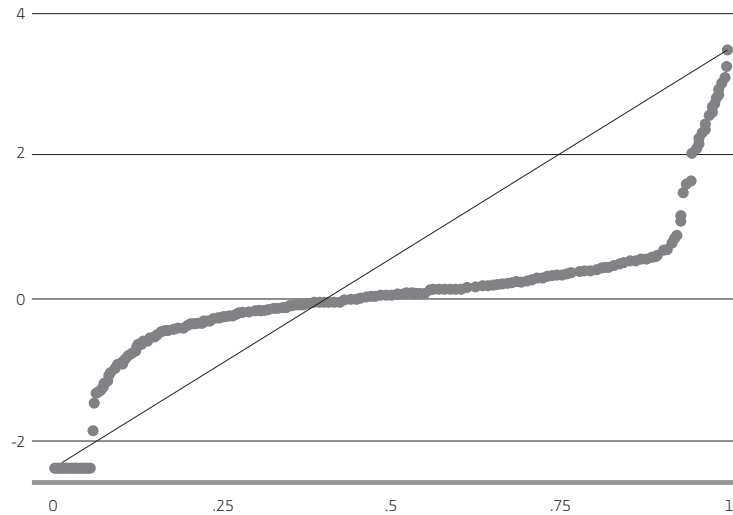
CALIDAD RELATIVA DE LAS UNIDADES Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS

Se elaboró un índice de calidad de estructuras con base en la información de 408 unidades; los valores del índice a partir del primer factor del análisis factorial se ubicaron entre -2.4 y 3.5, con valores mayores para unidades con mejores condiciones estructurales.

* Basado en los criterios establecidos en los indicadores desarrollados para la estrategia de atención a la salud de la infancia de la OMS conocida como Manejo Integral del Niño Enfermo (Integrated Management of Child Illness o IMCI por sus siglas en inglés). (Cuadro 1.)

En la figura 3 se presenta la distribución del índice y pueden observarse los extremos de calidad estructural. Se pueden identificar un grupo de unidades que requieren atención inmediata, otro de calidad media con un margen notable para las mejoras y un grupo reducido de unidades que pueden ofrecer lecciones de prácticas exitosas.

FIGURA 3
Distribución del índice de calidad estructural de las unidades de salud



IMPARTICIÓN DE TALLERES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Con excepción de las unidades más pequeñas, en todas las unidades se reportó la realización de talleres de capacitación para el autocuidado de la salud, aun si en algunos casos se conocen como pláticas. Asimismo, en general son los médicos o enfermeras los encargados de impartirlos y cuentan con material para ello, que consideran de utilidad.

Discusión

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS CLÍNICAS

La mitad de las unidades no cuenta con infraestructura e insumos necesarios para la atención del parto; sólo 51% posee sala de expulsión y menos de la décima parte equipo para realizar ultrasonidos. Si se considera la atención de pacientes diabéticos, cerca de la cuarta parte de los centros no realiza pruebas para medir nivel de glucosa y sólo 10% efectúa pruebas de hemoglobina glucosilada. En un país con alta prevalencia de anemia y diabetes, las unidades no están equipadas para la detección y monitoreo de estas alteraciones, lo cual imposibilita la prevención de sus complicaciones.

En general, las unidades visitadas tienen una capacidad reducida para ofrecer servicios de salud adecuados a los usuarios y enfrentan una acusada carencia de insumos mínimos.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

De las unidades de salud visitadas, en 93% estaban presentes médicos y enfermeras, mientras que en la proporción restante de 7%, casi todas rurales y de IMSS-Oportunidades, el personal presente lo conformaban sólo enfermeras y auxiliares de salud.

En general, las acciones claves, como el examen de mama, el examen pélvico y algunos exámenes de laboratorio, tienen una frecuencia baja en su realización en cualquiera de las tres fuentes (proveedores de salud y pacientes).

Pese a algunas acciones regulares que se llevan a cabo con frecuencia (toma de presión arterial, medición de peso), la consejería relacionada con el mantenimiento del peso adecuado y de nutrición es limitada. De esta forma, podría pensarse que si bien los proveedores de salud llevan a cabo acciones para valorar el estado de salud de la mujer, esto no se complementa con sugerencias para mantener un embarazo sano.

Cabe destacar que en todos los casos la realización de exámenes de laboratorio y procedimientos auxiliares, como el ultrasonido, fueron procedimientos con baja frecuencia en cualquiera de las fuentes (proveedores de salud y pacientes), incluso en el registro de la cartilla prenatal.

Es importante resaltar que de acuerdo con la información registrada en la cartilla, las poblaciones indígenas tienen menor acceso a exámenes de laboratorio y la vacuna contra el tétanos, lo que limita en grado considerable el seguimiento adecuado de las mujeres embarazadas en este grupo de población.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL SÍNDROME METABÓLICO

El bajo cumplimiento de las normas, en especial en el monitoreo periódico del control metabólico y la detección oportuna de las complicaciones crónicas, es la constante observada, lo cual se refleja en la baja proporción de pacientes con determinación de colesterol y exámenes de orina, y la escasa o nula periodicidad programada del control de glucosa por medios estándares, como glucosa en ayuno o hemoglobina glucosilada.

Asimismo, se observa una falta de modificaciones en los tratamientos ofrecidos a los usuarios a pesar de la evidencia de mal control, lo que resulta en tratamientos poco dinámicos y tal vez sin la efectividad necesaria para conseguir un control adecuado.

Por último, se identificó una carencia de apoyo por parte de especialistas en orientación de dietas y otros tratamientos no farmacológicos en las unidades visitadas. El control con dieta y ejercicio son piedra angular del tratamiento integral de los pacientes con anomalías relacionadas con el síndrome metabólico. La discreta observancia de estas medidas, además de la muy baja proporción de consultas específicas para evaluarlas o la baja proporción de pacientes que pertenecen a grupos de autoayuda, son sin duda aspectos susceptibles de modificación.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS NIÑOS

Aunque el tiempo de espera en promedio fue mayor de una hora, la mayoría de los usuarios evaluó el tiempo como aceptable o corto.

En cuanto a los indicadores de la calidad técnica de la consulta del niño enfermo, existen algunos puntos a destacar. Primero, las acciones básicas de evaluación o exploración física (presencia de tos, diarrea y fiebre) no reciben al parecer mucha atención durante la consulta. Segundo, la mayoría del personal sí comparó el peso contra una tabla o gráfica de referencia. No obstante, la evaluación integral del estado nutricional no es en apariencia una prioridad: menos del 6% evaluó las prácticas de alimentación.

El tercer punto se vincula con el uso de los antibióticos orales. Infortunadamente, pocos niños tuvieron el diagnóstico que –según la OMS justifica el suministro de antibióticos–. A menos de la mitad de ellos se les prescribió antibióticos y a 46.7% de los niños que no los necesitaban se les indicó.

El cuarto punto es el elevado reporte de conocimiento correcto acerca de cómo preparar el tratamiento oral (casi 97% de los usuarios), lo que contrasta con sólo 60% de médicos/enfermeras que realizaron la demostración del uso del tratamiento.

La conclusión general sobre la calidad percibida es que los acompañantes evaluaron el servicio de manera positiva. No obstante, 10% no comprendió el diagnóstico y 24.7% opinó que la calidad de la atención podía mejorarse.

¿CUÁL ES LA CALIDAD DE LAS UNIDADES VISITADAS?

Para este estudio se midieron dos dimensiones de calidad: estructura y procesos. Por lo que se refiere a la estructura, los resultados sugieren deficiencias importantes que limitan las posibilidades de los servicios de proporcionar una atención

adecuada a los usuarios. Los procesos que se realizan también mostraron deficiencias. Los proveedores no llevan a cabo en una proporción notoria las acciones necesarias para la atención a la salud de los usuarios. Esto es en particular crítico en relación con aquellas acciones de monitoreo para prevenir complicaciones en las tres condiciones de salud analizadas.

Aunado a esto, los resultados de los casos estandarizados son preocupantes. El porcentaje de proveedores que fue capaz de delinear un diagnóstico apropiado e indicar el tratamiento adecuado fue reducido.

El índice que sintetiza la calidad estructural de las unidades identificó un grupo de unidades con notorias carencias, un grupo promedio con evidentes oportunidades para mejorar y un reducido grupo con resultados por arriba del promedio. Por su parte, el índice de calidad de procesos refleja los hallazgos en el análisis de la dimensión respectiva (procesos), lo que muestra deficiencias de consideración en los servicios provistos en las unidades visitadas.

En conjunto, estos aspectos (deficiencias en estructura y procesos) señalan retos importantes en la calidad de los servicios de salud, las cuales pueden ser el origen de una atención subóptima. Es necesario analizar estos resultados en conjunto con los resultados de salud de los usuarios, pero se refuerza la hipótesis de que las insuficientes mejorías en el estado de salud se vinculan con problemas de la calidad de los servicios. En este sentido, parece claro que sólo una mayor inversión para mejorar la calidad de los servicios de salud, permitirá que la mayor utilización de los mismos se traduzca en mejoras en salud de la población.

Análisis FODA

PRIODIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
F01	Existe una alta frecuencia reportada entre médicos/enfermeras y pacientes en la realización de procedimientos de rutina para la atención prenatal como revisión de presión arterial, chequeo del peso, chequeo de la talla, chequeo del abdomen, etc	No aplica
F02	En general, se encontró que de la información clave que debe ser registrada en la cartilla prenatal (como por ejemplo la edad de la mujer, número de embarazos, número de abortos, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, vacuna contra el tétanos, peso y presión arterial) la mayor parte se apunta	No aplica
F03	Al comparar el registro de información básica en la cartilla (edad de la mujer, número de embarazos, fecha probable de la menstruación y fecha probable del parto) entre indígenas y no indígenas tienen una alta frecuencia en su registro en ambas poblaciones	No aplica
F04	La gran mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas tales como hipertensión arterial y diabetes, acuden con frecuencia suficiente al centro de salud (al menos 4 visitas al año), y cuentan con expediente en la clínica	No aplica

FO5	Con excepción de las unidades más pequeñas, en general en todas las unidades se reportó la realización de los talleres de autocuidado, aunque en algunos casos aún se conocen como pláticas. Igualmente, en general son los médicos y/o enfermeras los encargados de impartirlos, y reportan contar con material para los mismos, el cual consideran de utilidad	No aplica
DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA1	Existen carencias de equipo básico para la atención de pacientes. Instrumental necesario para la exploración física de los usuarios de forma regular, tales como básculas, baumanómetros, otoscopio y termómetro; no existen en un porcentaje importante de unidades, sobre todo si se considera que se esperarían que hubiera en el 100% de las mismas	El Programa debe trabajar con el sector salud un plan de reforzamiento del equipamiento de las unidades, que garantice la existencia del equipamiento básico
DA2	Hay clínicas en las que no se cuenta ni siquiera con abatelenguas o gasas. Un alto porcentaje de clínicas no dispone de insumos necesarios para el monitoreo de condiciones asociadas con las corresponsabilidades, como las consultas de atención prenatal. La reducida existencia de tiras reactivas para orina hace imposible realizar esta prueba mínima en mujeres embarazadas y el bajo porcentaje con tiras reactivas para glucosa, en un país con alta prevalencia de diabetes, complica la detección de este padecimiento	El Programa debe trabajar con el sector salud un plan de reforzamiento del equipamiento de las unidades, que garantice la existencia del equipamiento básico
DA3	Son pocos los servicios adicionales a consultas que ofrecen las clínicas. Pruebas básicas como determinación de hemoglobina y pruebas de orina se ofrecen en un porcentaje reducido de las unidades. El Papanicolaou (Pap) se ofrece en únicamente 72% de las unidades y el ultrasonido obstétrico es prácticamente inexistente en estas unidades de salud, con un 4%	El Programa debe trabajar con el sector salud un plan de reforzamiento del equipamiento de las unidades, que garantice la existencia del equipamiento básico
DA4	Las unidades que por norma ofrecen servicios más limitados refuerzan estas limitaciones al contar con un porcentaje menor de los recursos con los que se espera trabajen	La infraestructura de los servicios de salud de primer nivel que atienden a la población beneficiaria del Programa debe reforzarse en general, pero con énfasis en los servicios con mayores acreencias actualmente. Las Reglas de Operación pueden especificar de acuerdo conl MIDAS las condiciones mínimas con las que debe contar una unidad para proporcionar los servicios que forman parte del Programa
DA5	De una selección de hasta 12 expedientes por unidad, se identificó que únicamente 45% de estos contenían registros de la programación de las citas médicas, y alrededor de 25% reportaban la asistencia a las sesiones educativas o su programación	La existencia de expedientes completos se ha considerado un indicador de calidad; el Programa puede generar incentivos a su exigencia y correcto uso si se incluyen como parte de los documentos con los que deben contar los beneficiarios

DA6	Al analizar la frecuencia con la que se realizan ciertos procedimientos entre médicos de unidades de salud que dan servicios a mujeres del Programa Oportunidades se observó que la realización de exámenes de laboratorio (examen de orina, examen de sangre y examen para detección de VIH) es poco frecuente	Fortalecer la oferta de servicios de laboratorio en las unidades que proveen servicios a mujeres de <i>Oportunidades</i> . Ya sea a través del fortalecimiento de infraestructura y disponibilidad de recursos de salud o a través del fortalecimiento de la referencia de las mujeres a otras unidades de salud
DA7	El porcentaje del uso de la cartilla prenatal no fue tan alto como se esperaba (60%) entre las mujeres que se entrevistaron fuera de las unidades de salud	Incentivar el uso de la cartilla prenatal entre las mujeres embarazadas usuarias de los servicios de salud
DA8	Dentro del registro de acciones realizadas en la atención prenatal que son registradas en la cartilla prenatal, el registro de la realización de exámenes de laboratorio y sus resultados es bajo. Esto puede estar relacionado con el hecho de que las mujeres no tengan acceso a exámenes de laboratorio	Fortalecer la oferta de servicios de laboratorio en las unidades que proveen servicios a mujeres de <i>Oportunidades</i> . Ya sea a través del fortalecimiento de infraestructura y disponibilidad de recursos de salud o a través del fortalecimiento de la referencia de las mujeres a otras unidades de salud
DA9	El registro de la realización de exámenes de laboratorio y resultados de éstos es menor entre la población indígena en comparación con la no indígena	Fortalecer el acceso a servicios de laboratorio para la atención prenatal a población indígena
DA10	Una proporción del 19% de mujeres entre el grupo de mujeres que mencionan estar usando algún método anticonceptivo se sintieron presionadas por el médico o enfermera para usar el método anticonceptivo	Mejorar la provisión de la información relacionada con los beneficios que las mujeres pueden tener al usar métodos anticonceptivos
DA11	Hay un bajo cumplimiento de las normas y guías clínicas, especialmente en el monitoreo periódico del control metabólico y de la detección oportuna de complicaciones crónicas, lo que se traduce en una baja proporción de pacientes con determinación de colesterol y de albúmina en orina y la poca o nula periodicidad programada del control de glucosa por medios estándares tales como glucosa en ayuno o idealmente con hemoglobina glucosilada	Dado que una proporción importante de médicos no detectó como importante la solicitud de exámenes de forma periódica, la intervención con cursos de capacitación al personal de salud que refuercen este concepto podrá tener un impacto considerable en la calidad técnica de atención. Mejorar el acceso a laboratorio deberá ser explorado también como una intervención dirigida a mejorar el monitoreo de este tipo de pacientes
DA12	Los tratamientos ofrecidos en las clínicas visitadas carecen de intensificación y dinamismo, lo que se refleja por la proporción muy alta de pacientes que refirieron no haber tenido cambio en el tratamiento desde que inició su padecimiento y por la no modificación de tratamiento señalado por los médicos aun después de haber identificado la falta de control en el paciente con enfermedad crónica.	La capacitación específica a los médicos tratantes en prescripción farmacológica, incluyendo la utilización de insulina, podrá impactar en el grado de control de este tipo de pacientes

DA13	Hay una ausencia de apoyo por especialista en orientación en dietas y otros tratamientos no farmacológicos. La baja adherencia a los mismos, sumada a la muy baja proporción de consultas específicas para evaluarlos o la baja proporción de pacientes que pertenecen a grupos de autoayuda, son claramente aspectos susceptibles de modificación	El fortalecimiento de personal de apoyo para la creación de equipos multidisciplinarios de atención, incluyendo los grupos de autoayuda y acceso a oftalmólogo, podrá tener un gran impacto en este sentido
DA14	Del total de consultas de niños analizadas, únicamente en 5.2% se evaluaron las prácticas de alimentación; y este porcentaje fue nulo en niños con bajo peso y/o baja talla	Es importante fortalecer la capacitación del personal en las clínicas para la correcta atención de los niños
DA15	El análisis de los factores asociados a la calidad de las unidades indica que la variable con mayor asociación con la calidad estructural es la participación de la clínica como provisor de servicios para el Seguro Popular. Adicional a esta variable se exploró el papel de las variables de características de la persona, sin que alguna resultara significativa	El Programa debe reforzar la afiliación de la población al Seguro Popular y promover que las unidades que atienden a la población beneficiaria de ambos programas reciban los recursos adicionales para infraestructura y equipamiento por parte del mismo
DA16	Las categorías generadas permiten identificar un grupo de unidades que requieren atención inmediata, el grupo de calidad media en el que hay un margen importante para mejoras y un grupo de unidades que pueden ofrecer lecciones de prácticas exitosas	Sería recomendable establecer la evaluación de calidad como un proceso permanente y que informe a los usuarios, como un mecanismo adicional de contraloría social sobre los servicios recibidos

Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de *Oportunidades*

I. Introducción

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades tiene como objetivo interrumpir la transmisión intergeneracional de la pobreza, promoviendo la movilidad social y de esta forma el desarrollo. Para lograrlo, el diseño del Programa se ha centrado en generar incentivos para incrementar la demanda por servicios que se traducen en inversión en capital humano (educación y salud). Para que estos incentivos generen efectivamente incrementos en capital de salud y educación, una condición necesaria es que los servicios sean provistos de acuerdo a los estándares de calidad que permitan atender apropiadamente a los usuarios.

Por calidad, en términos generales, se entiende el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario.¹ En el ámbito de la salud, el término calidad es un concepto con un carácter más complejo y multidimensional, debido a que se agregan aspectos de efectividad, eficiencia, conocimiento científico-técnico, gestión, percepción, expectativas, comunicación, adecuación, coordinación, accesibilidad, disponibilidad, distribución, satisfacción, privacidad, credibilidad, competencia profesional, acreditación, apoyo estructural y seguridad.^{2,3}

La calidad se ha definido a nivel clínico en términos de los conocimientos técnicos y la capacidad de proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar del paciente.⁴ La calidad de la atención médica también se puede definir como el tipo de cuidado que debe maximizar una medida de bienestar del paciente, después de tomar en cuenta las ganancias y pérdidas esperadas en el proceso de la atención médica.⁵ De acuerdo con la Medical American Association (AMA), la calidad de la atención médica se considera como el cuidado que de manera consistente incrementa o al menos mantiene la calidad y la duración de la vida. Se ha establecido que por calidad de los servicios se entiende la mejoría atribuible a los servicios y no a otro tipo de determinantes.⁶

La calidad de los servicios de salud considera tanto lo que se refiere a la calidad técnica (lo que hacen los proveedores) como la visión de los usuarios de lo que hacen los proveedores, es decir, la calidad percibida. Su calidad técnica se refleja en una respuesta adecuada ante los problemas de salud que se presentan en la población: desde la identificación correcta de la causa de los padecimientos hasta el tratamiento correcto, incluido el uso apropiado de los medicamentos.

Un aspecto adicional en relación con la calidad de los servicios de salud se refiere a su heterogeneidad; la calidad de los servicios puede contribuir a incrementar la equidad en

salud, pero también puede reflejar las inequidades de acceso y acentuarlas. El personal disponible, su formación y los recursos con los que cuenta son áreas en las cuales las consideraciones de equidad son importantes.⁷

DIMENSIONES PARA LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD

En términos prácticos, todas las acciones que se llevan a cabo en las instituciones de salud se relacionan con la calidad; el proceso a través del cual cada usuario recibe atención es en el que se inscriben las actividades tendientes a garantizar y mejorar la calidad. No obstante, debido a su diversidad, no es sencillo evaluarlas.⁸

La calidad de la atención puede analizarse desde las perspectivas del proveedor, el usuario, la organización de salud y el gasto en salud.⁵ Bajo este contexto se ha analizado la calidad de la atención a través de tres componentes interrelacionados: la atención técnica (conocimiento médico y tecnología para maximizar los beneficios en la atención del paciente y al mismo tiempo minimizar los riesgos implícitos); la atención interpersonal (implica aspectos psicosociales en la atención, incluida la relación paciente-proveedor); y la organización de la atención (que determina la accesibilidad, eficiencia, etc.).²

A partir de la propuesta de Donabedian, se han identificado tres dimensiones para la medición de la calidad, basadas en el continuo para la provisión de los servicios: estructura, procesos y resultados.⁹⁻¹¹

Calidad de la estructura se refiere a las características de los recursos existentes en el sistema de salud. Por el lado de los proveedores, las variables incluyen las características profesionales como la especialidad, la certificación, la edad, el sexo, etc. En cuanto a las instituciones, son importantes el tamaño y el tipo de la institución, así como algunos atributos físicos (número de camas) y otros factores o indicadores organizacionales, como la tasa de paciente/médico, la estructura organizacional, distribución del presupuesto y fuente de pago.^{9,10}

El proceso se refiere a lo que se hace por y para el paciente. Se divide en dos aspectos: la excelencia técnica y la calidad interpersonal. Los resultados en salud son el producto del efecto del proceso en la salud y bienestar de la población, es decir, es una medida de la efectividad del sistema de atención.

En general, a partir de estas consideraciones, se habla de una calidad técnica, es decir, que bajo una perspectiva de los prestadores de servicios de salud se busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en favor de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios. La calidad se define en términos de los atributos y resultados de la atención, lo que lleva a resaltar la excelencia técnica y las características de la interacción médico-paciente.^{12,13} De esta manera, se ha afirmado que la calidad técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que se ofrezcan beneficios para la salud.^{5,12,14}

Por último, en cuanto a los resultados, tal dimensión se puede medir a través de la calidad de vida de los pacientes, su estatus funcional y su satisfacción posterior a la atención. En este sentido, se habla ahora en términos de una calidad percibida por los propios usuarios y en esta parte se toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que se desarrollan las acciones o intervenciones en salud.

En este punto, la perspectiva del paciente toma en cuenta sus propias preferencias, valores y opinión respecto de la atención médica recibida. En consecuencia, la calidad se concibe como la satisfacción del usuario con la atención suministrada, además de los resultados en salud (morbilidad, mortalidad y estado funcional).^{5,12,13}

OPORTUNIDADES PARA MEJORAR LA SALUD: LA IMPORTANCIA DE LA CALIDAD

A pesar de que la atención a la salud se ha considerado como una prioridad para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones en situaciones de marginación socioeconómica, el énfasis en la calidad de los servicios se ha observado sólo hasta fechas recientes. Si bien las políticas y programas para promover la calidad se originaron y desarrollaron inicialmente en el entorno hospitalario, en fechas recientes el énfasis se ha puesto en el primer nivel de atención.¹⁵

Diversos estudios han mostrado que la calidad de los servicios de salud en países en desarrollo no permite ofrecer soluciones adecuadas en una proporción importante: de acuerdo con lo señalado por el Proyecto Prioridades en el Control de Enfermedades, en un estudio en siete países se observó que en 75% de los casos había errores en el diagnóstico, tratamiento o monitoreo de los problemas de salud, y que en más de la mitad de los casos se notificaba un uso

incorrecto de antibióticos o tratamientos incorrectos de fluidos, alimentos u oxígeno.¹⁶ No obstante, no se trata sólo de una cuestión de recursos. El aumento en éstos no asegura su uso eficiente, por lo que puede no verse reflejado en la calidad. Mejorar la calidad requiere cambios organizacionales para optimizar el uso de los recursos disponibles.¹⁷

Una investigación llevada a cabo para la Bellagio Conference on Child Survival mostró que alrededor de dos terceras partes de las 10 millones de muertes infantiles que ocurren cada año en países de bajos ingresos podrían prevenirse por intervenciones que están disponibles hoy en día y que son factibles de implementar.¹⁸ Otros artículos de la conferencia citada indican que los mecanismos para la aplicación de las intervenciones son deficientes y que su utilización es inadecuada, sobre todo entre los países más pobres.^{19,20}

Otra experiencia, en Perú, señala la importancia de la participación de los usuarios en el monitoreo de la calidad de los servicios de salud y delinea una correlación entre la satisfacción de las usuarias de los servicios de atención al parto y el apego a los estándares de atención por parte de los proveedores.²¹

De esta forma, es claro que un enfoque en la calidad de los servicios puede traducirse en incrementos de los indicadores de salud, más aún en situaciones como la de *Oportunidades*, en las que se ha incentivado de modo adecuado a la población para acudir a los servicios de salud.

Los resultados de las evaluaciones del Programa han mostrado un efecto positivo en la utilización de los servicios de salud, con un incremento de los servicios públicos y disminución de los privados, y un notable aumento de la asistencia a consultas preventivas; tales índices pueden explicarse a través del cumplimiento de las corresponsabilidades. En términos de resultados en salud, aunque se han observado efectos en disminución de días de enfermedad y mayor capacidad para realizar actividades cotidianas, su magnitud ha sido menor a la esperada.^{22,23}

Una posible explicación para esto se relaciona con la calidad de la atención recibida.²⁴ Sin embargo, aún no existe una evaluación global de la calidad ofrecida en los servicios que atienden a la población beneficiaria. Si bien existe información previa desde la perspectiva de los usuarios, por ejemplo los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005, no se ha instituido un sistema que permita generar datos externos sobre los proveedores de servicios.

¿QUÉ HACE EN LA ACTUALIDAD *OPORTUNIDADES* EN RELACIÓN CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD?

Los servicios de salud que atienden a la población incorporada a *Oportunidades* se ofrecen en el marco de la participación del sector salud en el Programa, a través de dos instancias: la Secretaría de Salud federal (que a su vez acuerda esta provisión con las dependencias estatales) y el Instituto Mexicano del Seguro Social, que opera los servicios del régimen IMSS-*Oportunidades*.

Este arreglo para la provisión de los servicios de salud es un aspecto esencial a considerar, ya que en los hechos implica que las acciones que se desarrollan desde el lado de la oferta de los servicios de salud, dentro de las cuales estarían las relacionadas con su calidad, se implementan de forma externa al ente encargado de la operación del Programa, la Coordinación Nacional.

Las Reglas de Operación del Programa establecen el contenido del paquete de salud al que deben tener acceso las familias incorporadas al Programa en las unidades operadas por las dos instancias mencionadas (en la práctica, del lado de la SSA hay en realidad tantas instancias como entidades en las que opera el Programa debido a la descentralización de los servicios de salud).

De esta forma, las acciones tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud no son en lo general específicas de la atención de familias incorporadas a *Oportunidades*, sino que se inscriben en los programas de calidad de las dependencias proveedoras.

De lado de la Secretaría de Salud, la institucionalización del monitoreo de la calidad de los servicios ha avanzado y el área encargada de ella en el nivel federal ha trabajado con las instancias estatales para su formalización en este nivel. La acreditación de unidades como requisito para su incorporación como proveedoras del Seguro Popular, y por lo tanto receptoras de recursos adicionales, ha contribuido a incrementar la atención prestada a las condiciones de estructura de las unidades.

En general, no es posible identificar acciones específicas del Programa tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud, si bien es un área de clara relevancia para el logro de sus objetivos. Esta inconsistencia, resultado de una necesaria división de actividades entre los sectores, puede tratarse con base en las Reglas de Operación, que podrían considerar asignaciones de los recursos de salud relacionadas con calidad.

¿QUÉ PODEMOS DECIR DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS QUE ESTÁ ASIGNADA LA POBLACIÓN INCORPORADA A OPORTUNIDADES?

Un primer paso en un abordaje analítico que permita estudiar la calidad de los servicios de salud consiste en contar con un diagnóstico. Éste es por sí mismo una evaluación, ya que identificar el nivel actual de calidad debe hacerse en relación con una referencia, lo que hace posible contar con una medida relativa: ¿qué se puede decir de la calidad de un servicio dado respecto del nivel normativo?

Este documento busca precisamente abordar este aspecto y para ello presenta un diagnóstico de los servicios de salud que atienden a la población incorporada a *Oportunidades* en lo que se refiere a las dimensiones de estructura y procesos de la calidad.

Se busca identificar el nivel relativo de la calidad de los servicios y, al mismo tiempo, reconocer su potencial heterogeneidad por tipo de unidad, por subsector de atención geográfica (SSA e IMSS-*Oportunidades*) y por condición étnica de la población usuaria.

De acuerdo con la evidencia existente, revisada con anterioridad, el punto de partida es que existe una importante heterogeneidad en la calidad de los servicios y también una brecha notoria entre el nivel de calidad actual y el de la referencia, lo que ofrece un espacio de oportunidad para potenciar los resultados en salud de la población usuaria.

II. Metodología

Los datos que se analizan en este documento se recolectaron en el marco de la ronda 2007 de la evaluación rural de *Oportunidades*. Para este levantamiento, se incorporó un componente específico para medir la calidad de los servicios de salud que atienden a la población residente de las localidades consideradas dentro de la muestra de evaluación rural del Programa.

DISEÑO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La ronda 2007 de la evaluación rural de *Oportunidades* incluyó hogares ubicados en 767 localidades en 13 entidades del país, las cuales comprendieron localidades de la muestra original de evaluación rural que se han seguido desde 1997 (459), localidades de la muestra agregada en 2003 (95) y un conjunto nuevo de localidades en Chiapas y Oaxaca, estados con una elevada proporción de beneficiarios del Programa (60 localidades en cada estado), así como hogares ubicados en áreas del norte y occidente del país (93 localidades), incluidas para contar con un marco más amplio sobre los resultados del Programa.

El diseño de la muestra de evaluación 2007 puede encontrarse en otro documento.²⁵ La muestra de evaluación desde su diseño original no buscaba ser representativa de todos los beneficiarios, sino proporcionar un marco para evaluar los efectos de *Oportunidades*. En su expansión actual, la muestra considera un espectro más amplio de localidades e incluye a los estados en los que habita el grupo más numeroso de beneficiarios del Programa. No obstante, es importante tener presente el esquema original de muestreo.

Sobre este marco general, el componente de evaluación de los servicios de salud se conceptualizó para incluir información de las unidades de salud que atendieran a la población en las 767 localidades de la muestra. Por diversas razones, no se visitó a todas las localidades de la muestra (en particular por condiciones climatológicas) y no en todas fue posible obtener la información de los servicios de salud, en algunas por rechazo de los proveedores y en otras por cuestiones logísticas: la clínica no operaba los días de estancia del equipo de campo en la localidad (esto fue muy frecuente en el caso de las unidades móviles, pero ocurrió también en otro tipo de unidades).

En total, se obtuvo información de 495 unidades, aunque sólo se cuenta con información completa (unidad, médicos, enfermeras y pacientes) para 299 unidades (60%); estas unidades prestan servicio a 591 localidades de las 733 visitadas en realidad para la encuesta (80%).

El análisis sobre la infraestructura se basa en la información de 408 clínicas (82% del total) y los componentes de procesos de datos de 320 unidades (65% del total). Las diferencias en los números se explican por el tipo de unidad visitada (en las casas de salud, por ejemplo, no había médicos a entrevistar) y por las tasas de respuesta diferenciadas (en ocasiones se pudo entrevistar al médico, pero no levantar al cuestionario de unidad porque se encontraba cerrado).

Las unidades visitadas se ubican en los 13 estados incluidos en la muestra de evaluación; es importante considerar que de manera consistente con el diseño de la muestra general, este conjunto de localidades no se seleccionó para representar la situación de los servicios de salud en el país y tampoco es estadísticamente representativo de los servicios que atienden a la población beneficiaria de *Oportunidades* en el país.

Esta muestra es, no obstante, el conjunto más amplio disponible de mediciones sobre la calidad de los servicios de salud de primer nivel en México en general, y de los que atienden a la población beneficiaria del programa en lo particular.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

El objetivo en cada unidad visitada era aplicar tres tipos de instrumentos: una cédula de la unidad con información sobre la infraestructura y recursos disponibles; instrumentos para el proveedor (médicos y enfermeras), incluida la aplicación de casos estandarizados (viñetas clínicas), con información sobre las características del personal que atiende las unidades y prácticas de atención; y un instrumentos para los usuarios, con información sobre sus características y sus percepciones sobre los servicios recibidos.

Para la elaboración de la lista de recursos materiales incluidos en el cuestionario de unidades se consideró lo mínimo que debería contar una unidad para dar atención de primer nivel, a partir de los instrumentos utilizados con anterioridad.

Para el aspecto de los procesos, el enfoque del análisis que se presenta en este documento consiste en conjuntar la visión de los proveedores con la percepción de los usuarios sobre el mismo evento, para contar con un panorama más amplio acerca de la calidad, los factores relacionados con ésta y la forma, si tal es el caso, en que se afectan mutuamente la calidad técnica y la percibida.

A partir del reconocimiento de que la diversidad de condiciones y problemas de salud no permiten realizar un abordaje global de la atención a los usuarios, se decidió seleccionar eventos o condiciones trazadores. Para ello se seleccionaron episodios de salud relevantes para la población mexicana; éstos, dado que son de atención estandarizada, cuentan con recomendaciones claras sobre su manejo. Ése es el caso de la atención al embarazo, el tratamiento de los pacientes con diabetes e hipertensión (dos de las principales causas de morbilidad en adultos mexicanos) y la atención al niño sano y el enfermo de 0 a 24 meses.

El modelo analítico que se propone complementa la información sobre la calidad técnica de la atención prestada en los servicios de salud, con la satisfacción con éstos que tienen los usuarios y los prestadores de servicios. Asimismo, se busca obtener información relacionada con el cumplimiento con la normatividad vinculada con aspectos de calidad en procesos para la prestación de servicios de salud.

Un aspecto que se ha considerado esencial para la atención de calidad es el uso de procedimientos estandarizados, ya sea a partir de normas o guías de atención. De esta forma, este aspecto forma parte del modelo de evaluación de la calidad propuesto.

Los instrumentos empleados para la medición de calidad técnica identifican dos aspectos básicos: por un lado, mediante el uso de casos estandarizados como una metodología recomendada en la literatura, se evaluó el mejor escenario de atención, en una medición que podría estar más cercana a una medida de eficacia, al tratarse de un caso estandarizado. El diseño de las viñetas se basa en la evidencia clínica y las guías médicas desarrolladas para diversos padecimientos, así como la opinión de diversos expertos en el tema. Para este estudio se aplicaron tres viñetas: un

caso de una visita prenatal con el fin de identificar preeclampsia, un caso de atención de un parto con complicaciones y un caso de diabetes mellitus tipo 2 (con hipertensión arterial). Estas viñetas se aplicaron a un médico que trabaja en los sitios donde se llevaron a cabo las encuestas. Para estos centros de salud de primer nivel sin médico, se pidió a la enfermera encargada completar la viñeta. De forma adicional, se identificó el protocolo seguido en la atención, es decir, guías o modelos de atención que se utilizan para atender a los pacientes, como medida de referencia para la calidad.

Por lo que se refiere a la percepción de calidad por parte de los usuarios, se buscó identificar satisfacción con la atención, tiempos de espera y acceso efectivo a medicamentos.

DIMENSIÓN ESTRUCTURA: ANÁLISIS DE LAS UNIDADES DE SALUD

Como se ya mencionó, la existencia de recursos materiales mínimos se considera como un requisito para poder ofrecer una atención de calidad, por lo que se evaluó este aspecto, tanto en un listado general de recursos, como en uno específico para la atención de las condiciones trazadoras. En este mismo sentido, se verificó la acreditación por parte de la Secretaría de Salud, ya que ésta se basa en una evaluación similar de los recursos disponibles para la atención.

De igual forma, se comparó la lista de unidades con las proveedoras del Seguro Popular, programa que ha movilizó recursos adicionales para infraestructura, lo que se esperaba que se vea reflejado en la evaluación de las unidades.

Para el análisis de la estructura, se presenta la descripción de las características generales de las unidades de salud (servicios públicos disponibles, infraestructura, equipamiento, abasto de medicamentos), y se compara con dos referencias: por un lado, una selección de los insumos que permitirían proporcionar los servicios de primer nivel necesarios para las condiciones trazadoras, de acuerdo con opinión de expertos clínicos; y, por otro, se comparan las condiciones de las clínicas en lo que se refiere a infraestructura y recursos con la descripción de las unidades que proporcionan la Secretaría de Salud y el IMSS-*Oportunidades*. Adicionalmente, se muestra la heterogeneidad en las condiciones de estructura de las unidades.

Se distingue por una parte entre las unidades de la Secretaría de Salud y las adscritas al IMSS-*Oportunidades*, así como por tipo de unidad de las incluidas en la muestra.

Por lo que toca a las unidades que dependen de las secretarías de Salud estatales, la documentación existente sobre las características de las unidades corresponde al Modelo de Unidades Médicas de la Subsecretaría de Innovación y Calidad y a las Guías de Equipamiento para Centros de Salud y Hospitales Comunitarios del Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud. Según la propuesta del Modelo Integrador de Atención a la Salud (Midas), en el primer nivel de atención se distinguen cinco tipos de unidades que conforman la red de servicios: las casas de salud, los centros de salud rurales, los centros de salud para población rural no dispersa y urbana, los centros de salud con servicios ampliados (Cessa), y los hospitales comunitarios. Para cada uno de estos tipos de unidades, los documentos mencionados integran las características de organización y funcionamiento, diseño, etc., de cada una de ellas, y se hace una distinción por número de núcleos de atención.²⁶⁻²⁸

Dado que dentro del Midas no se efectúa un análisis de los requisitos mínimos necesarios para las unidades móviles y brigadas móviles, y puesto que el documento establece que “las casas de salud son unidades auxiliares donde operan las brigadas móviles”, todo lo relacionado con las casas de salud se aplica de la misma manera a unidades o brigadas móviles para fines de la evaluación. Si bien los documentos contienen aspectos sustantivos de organización, funcionamiento, diseño arquitectónico y equipamiento básico, lo relacionado con medicamentos y material de curación se consideró a partir de los Manuales de Contenido Múltiple que datan de 1988 (hasta el conocimiento de los autores, no hay documentos más recientes sobre estos aspectos), documentos en realidad que se establecieron junto con el Modelo de Atención de la Salud a Población Abierta y cuyos objetivos son: unificar los criterios de planeación, programación, instrumentación y control de las unidades de atención; y fortalecer el Sistema Nacional de Salud al proporcionar lineamientos generales que orienten las acciones de administración de atención primaria, para optimizar la calidad y cantidad de los servicios de salud a la población.²⁹⁻³³

Por lo que se refiere al IMSS-*Oportunidades*, la información con la que se cuenta sobre las características de las Unidad(es) de Medicina Rural y de Hospital(es) Rural(es) procede de listados proporcionados por el área de Evaluación de la Unidad IMSS-*Oportunidades* del IMSS,³⁴ así como de las Reglas de Operación del Programa.³⁵

Los insumos mínimos necesarios con los que deberían contar las unidades de atención de acuerdo con los documentos mencionados se muestran en el cuadro 1.

CUADRO 1
Insumos mínimos necesarios con los que deben contar las unidades

TIPO DE UNIDAD	BM ^b	CS ^c	HR ^d	HC ^e	CSR ^d	CSRC ^g	UMR ^h	UM ⁱ	CSU ^j				
N	4	31	2	14	132	30	16	148	11	2	2	2	2
NÚCLEOS VARIABLES						2	3			2	4	5	12
INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES													
Consultorio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Enfermería			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Sala de espera			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Sala talleres	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Área almacén				X									
Red fría med													
Red fría vacunas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sala de labor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Baño p/personal			X	X				X					
Baño p/pacientes			X	X				X					X
Baño compartido	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Farmacia			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Cuarto de curación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sala de expulsión			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Área internamiento			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Dormitorio			X	X				X					
Almacén para DB			X	X									
Sala de urgencias			X	X				X					
Quirófano			X	X									
Laboratorio AC			X	X								X	X
Cuarto inmunización	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cuarto limpieza			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
INFRAESTRUCTURA EN EQUIPO MÉDICO													
Ambulancia													
Archiveros			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Aspirador AMEU			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Esterilizador													
Báscula infantil	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Infantometro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Báscula adulto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estadímetro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Baumanómetro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Camilla													
Cilindro oxígeno			X	X				X					
Cinta métrica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contenedores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Doppler													
Cirugía menor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

continúa...

Electrocardiograma			X	X									
Equipo US			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Equipo radiológico			X	X						X	X	X	X
Estetoscopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estetoscopio Pinar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Lavabo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mesa de Mayo			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Microscopio			X	X						X	X	X	X
Ofalmoscopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Otoscopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Refrigerador	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tabla agud visual													
Termómetro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tococardiograma			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Reloj													
Suero oral	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Libro reg med													
Libro reg vacuna	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

MATERIAL MÉDICO

Abatelenguas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alcohol	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Algodón	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Benzal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Condomes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cubre bocas			X	X		X	X	X		X	X	X	X
DIU	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Espejo vaginal			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Estuche de disección			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Gasas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Guantes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Isodine	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jalea lubricante													
Jabón líquido													
Jabón p/manos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jeringas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Juego instrumental	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ropa de cama			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Punzocat			X	X									
Ropa quirúrgica			X	X									
Sonda			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Sonda Foley			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Suturas			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Tela adhesiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toallas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tiras p/glucosa			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Tiras p/orina			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Termo													
Toallas desechables													
Vacutainer			X	X		X	X	X		X	X	X	X

...continuación

Vendas elásticas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Venonet			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Vasos recolectores			X	X									

MEDICAMENTOS

Acido acetilsalicílico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Paracetamol tab													
Paracetamol sol													
Metamizol sódico			X	X				X					
Lidocaína sol iny			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Clorfenamina tab	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Clorfenamina jar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Propanolol			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Captoprílo			X	X				X					
Nefedipina cap			X	X				X					
Metroprolol													
Hidroclorotiazida													
Aluminio/magnesio			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Ranitidina			X	X				X					
Butilnoscina iny			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Albendazol tab			X	X				X					
Albendazol susp			X	X				X					
Metronidazol tab			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Metronidazol susp			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Gilbenclamida			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Metformina													
Insulina			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Trimetopri tab			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Trimetopri susp			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Bencilpenicilina 1			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Bencilpenicilina 2			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Bencilpenicilina 3			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Benzatina													
Dicloxacilina cap			X	X				X					
Dicloxacilina susp			X	X				X					
Ampicilina tab			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Ampicilina susp			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Eritromicina tab			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Eritromicina susp			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Cloramfenicol cap			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Amoxicilina susp			X	X				X					
Amoxicilina cap			X	X				X					
Cloramfenicol sol			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Cloramfenicol ung			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Neomicina			X	X				X					
Salbutamol jar			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Ambroxol			X	X				X					
Bencilo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oxido de zinc	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Lindano													

continúa...

Cloquinol								X					
Miconazol			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Acido fólico 1			X	X				X					
Acido fólico 2			X	X				X					
Fumarato tab			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Fumarato susp			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Levonorgestrel	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desogestrel	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Medroxiprogesteron	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Enantato	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Condomes masculinos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Glucosa al 5%			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
NaCl 0.9% ³			X	X				X					
Sol Hartman			X	X				X					
Electrolitos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estreptomicina			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Isoniazida			X	X				X					
Sabin	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
BCG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DPT ²	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tetralente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Triple viral	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sarampión	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toxoide tetánico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Complemento niño	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Complemento mujer	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SERVICIOS OFRECIDOS A LA POBLACIÓN DE PACIENTES

Biopsia			X										
Cesárea			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Cirugía menor			X	X									
Consulta dental			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Consulta adulto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consulta niño	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consulta emb	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoreo nutrición	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cuidado recién nacido	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Parto			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Punciones			X	X									
Ultrasonido			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Urgencias			X	X				X					
Citología vaginal			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Cultivo microbacterial			X	X								X	X
Detección de sífilis			X	X								X	X
Electrocardio				X								X	X
GS y Rh			X	X								X	X
Niveles de glucosa			X	X								X	X
Niveles hemoglobinas			X	X								X	X
Hemos glucosila			X	X								X	X
Pruebas de orina			X	X								X	X

...continuación

continúa...

Química sanguínea			X	X								X	X
Ultrasonido			X	X								X	X
Examen orina			X	X								X	X
Exudado			X	X								X	X
Prueba cutánea			X	X								X	X
Rayos X			X	X								X	X
Tiempos de sangre			X	X								X	X
Urocultivo			X	X								X	X
Papanicolaou	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Partos			X	X		X	X	X		X	X	X	X
Práctica odontológica			X	X									
Revisión oftálmica			X	X				X					
Talleres de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Nota: no se consideran los tipos de unidad "consultorio periférico SSA", "unidad médica urbana", "centro de salud urbano de 3 núcleos", "centro de salud urbano de 8 núcleos" y "centro de salud urbano de 11 núcleos" por contener sólo una observación (cuadro completo en anexos)

BM= brigada móvil, CS= casa de salud, HR= hospital rural, HC= hospital comunitario, CSR= centro de salud rural disperso, CSRC= centro de salud rural concentrado, UM= unidad móvil, UMU= unidad médica urbana, UMR= unidad médica rural, CSU= centro de salud urbano.

^a Para la CS, los espacios indispensables se consideran de acuerdo con el plano arquitectónico (consultorio, sala de labor, baño compartido, lavabo, etc.). Se incluye el cuarto de curación dado que se realizan curaciones sencillas, así como alcohol, algodón, benzal, gasas, guantes, yodine, jabón, suturas, contenedores, tela adhesiva, vendas. Por su participación en programas de vacunación se incluyen vacunas, red fría de vacunas, jeringas. Se da consulta a adultos, niños y embarazadas, por lo que se requiere equipo de diagnóstico básico, báscula, estadímetro. Por sus actividades en la atención del recién nacido y crecimiento del niño se requiere báscula infantil, infantómetro, termómetro, suero oral y servicios de monitoreo nutricional y complemento para niños. Para la atención del embarazo cinta métrica, estetoscopio Pinard, complemento para mujeres. Se requiere instrumental, necesario para brigadas móviles y para cuestiones de planificación familiar, condones y DIU. Citología vaginal o Papanicolaou para detección de cáncer.

^b Se establecen los mismos requisitos que la casa de salud, ya que ahí es donde llega la brigada móvil o unidad móvil.

^c Insumos de HC de acuerdo con guía de equipamiento de Cenetec.

^d Se establecen los mismos requerimientos que la Unidad Médica Rural más lo estipulado en las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades. Para HR talleres de salud es equivalente a trabajo social. Para HR se atienden partos.

^e De acuerdo con Medidas y Guía de equipamiento Cenetec para centros de salud.

^f Se establece el equipamiento de acuerdo con lo establecido por las oficinas centrales de la Unidad de Evaluación del IMSS-Oportunidades.

^g Se establece el mismo equipamiento que una CS.

Supuestos:

1. Sala de talleres se relaciona con área de usos múltiples para SSA y con medicina preventiva para IMSS.
2. Cualquier tipo de unidad de la SSA requiere cesto de basura, baño, toallas y jabón. Se consideraron los tres tipos de baños (para personal, pacientes y compartido), toallas y toallas desechables y jabón para manos y jabón líquido.
3. Cualquier tipo de unidad de salud (IMSS o SSA) cuenta con consultorio, sala de espera y se ofrece consultas para adulto, niño y mujer embarazada.
4. Se consideró el oftalmoscopio y el otoscopio en aquellas unidades de SSA donde se requiere equipo de diagnóstico.
5. Bote para desperdicios se relaciona con almacén para residuos peligrosos biológicos-infecciosos.
6. Unidades que requieren portatermómetro se considera termómetro.
7. El requisito área de curaciones/inmunizaciones se relaciona con cuarto de curación y cuarto de inmunización.
8. El requisito equipo de cirugía menor se relaciona con equipo de cirugía menor, servicio de cirugía menor, urgencias, sala de urgencias.
9. Requisitos como bisturí, pinzas de cierto tipo y marca están relacionados con estuche de disección.
10. Parto de urgencias se relaciona con servicio de parto y partos.
11. El requisito consultorio de odontología se relaciona con consulta odontológica y práctica odontológica.
12. El requisito de registro de expedientes se relaciona con archivero para expedientes clínicos.
13. Se consideraron todos los tipos de análisis del instrumento de la Encel para el caso de centros de salud urbanos, ya que es el tipo de unidad que requiere laboratorios de una variedad de análisis clínicos.
14. Rayos X para el caso de centros de salud urbanos se relaciona con servicios de rayos X y equipo radiológico.
15. Aseo se relaciona con cuarto de limpieza.
16. Ropa limpia se relaciona con ropa de cama para el caso de unidades que requieren área de internamiento.
17. A su vez, el área de internamiento está determinada por unidades que requieren oxígeno, portasuero o área de observación.
18. Las unidades que requieren el servicio de partos de emergencia se los relaciona con atención y cuidado del recién nacido.
19. Habitación se relaciona con dormitorio.
20. Antisépticos germicidas se refieren a alcohol, necesario en cualquier tipo de unidad de salud.
21. Lanceta se relaciona con la variable punciones del instrumento.
22. Para el caso del UMR del IMSS-Oportunidades el requisito cómodo para adulto se relaciona con área de internamiento, oxígeno y ropa de cama.
23. Complemento niño y monitoreo nutricional se consideran equivalentes a centro de educación nutricional.

El análisis descriptivo permite contar con un panorama general de las unidades por subsector o tipo de unidad, en tanto que el análisis de las distribuciones permite observar tipos diferentes de clínicas, es decir, aquellas en las que hay carencias generales, comparadas con las que tienen acceso medio a los insumos, y por último las que en general cuentan con la mayoría de ellos.

Asimismo, se obtuvo información sobre la impartición de los talleres de autocuidado a la salud.

DIMENSIÓN PROCESOS: CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

El análisis de la calidad de la atención prenatal busca tener una primera aproximación sobre el grado en el que las mujeres de *Oportunidades* tienen acceso a un mínimo de intervenciones básicas para la atención prenatal. Para ello se utiliza como referencia la lista de intervenciones de salud para la atención prenatal sugeridas en la norma oficial de la Secretaría de Salud.³⁶ Adicionalmente, se consideran los lineamientos técnicos de la SSA para la atención a la mujer embarazada. El documento de referencia para la identificación de las acciones básicas para el cuidado prenatal es, en esencia, la información contenida en la cartilla prenatal, información que se verifica con lo que los proveedores de salud (médicos y enfermeras) y los usuarios mencionan haber otorgado o recibido, respectivamente. La cartilla prenatal es un documento de la SSA entregado a las mujeres embarazadas para que mantengan el registro de la información clave relacionada con su embarazo. Este documento es fundamental para la referencia de pacientes de un nivel de atención a otro.

En este documento se describen los procedimientos médicos relacionados con la atención prenatal a los que las mujeres embarazadas tienen acceso una vez que visitan los centros de salud. El análisis se basa en tres muestras: 646 mujeres (423 embarazadas y 223 no embarazadas) que se entrevistaron al salir del centro de salud, así como 363 médicos y 377 enfermeras que se entrevistaron en las unidades de salud. De igual modo, se construyen submuestras de médicos, enfermeras e información de la cartilla prenatal por tres tipos de centros de salud: rurales y urbanos de la SSA e IMSS-*Oportunidades* y otra submuestra de población indígena y población no indígena. La información disponible permite realizar cruces de información entre pacientes, médicos y enfermeras, ya que los proveedores de salud entrevistados son médicos o enfermeras de los pacientes que se consultaron sobre los procedimientos que recibieron durante la atención prenatal. A fin de verificar los procedimientos médicos reportados, con los que se registran en los expedientes (cartilla y expediente médico), la información de pacientes y proveedores se complementa con la revisión del contenido de la cartilla prenatal y los expedientes. Por consiguiente, el cruce de información de médicos/enfermeras, pacientes y cartilla/expediente busca identificar procedimientos y acciones de rutina y su nivel de cumplimiento, así como aquellos procedimientos médicos que podrían estar sobrerreportados por médicos/enfermeras y pacientes. Se comparan además los procedimientos realizados en unidades de salud donde al momento del levantamiento de la información sólo estaban presentes las enfermeras y auxiliares de salud con las unidades de salud donde estaban presentes ambos: médicos y enfermeras.

DIMENSIÓN PROCESOS: CALIDAD DE ATENCIÓN AL SÍNDROME METABÓLICO

Con el objetivo específico de evaluar la calidad técnica y percibida en la atención de pacientes con algún diagnóstico vinculado con el síndrome metabólico en clínicas que regularmente atienden a beneficiarios del Programa *Oportunidades* en el ambiente rural, se seleccionaron tres enfermedades crónicas relacionadas con el síndrome metabólico y que, en virtud de su alta prevalencia, representan las enfermedades y factores de riesgo cardiovascular de mayor impacto en México: diabetes mellitus tipo 2 (DT2), hipertensión arterial (HTA) y alteraciones de los niveles de colesterol o triglicéridos (grasas o lípidos en sangre), incluidas en el término *dislipidemias*. No se utilizó una definición estricta del síndrome metabólico, que incluye otros estados preclínicos.

Tal y como se observa para otros trazadores, se obtuvo información de entrevistas de salida de 694 pacientes que refirieron al menos unos de estos tres diagnósticos. Además, se entrevistó al médico y/o enfermera responsable de la clínica sobre los procedimientos realizados al último paciente con al menos uno de estos diagnósticos a pacientes. Para definir los indicadores de calidad técnica en el proceso de atención, se utilizaron los criterios estándares de

atención recomendados en las normas oficiales para el control de la hipertensión arterial (NOM-030-SSA2-1999), diabetes (NOM-015-SSA2-1994) y dislipidemias (NOM-037-SSA2-2002).³⁷⁻³⁹ De modo adicional, se utilizaron guías internacionales para estos mismos padecimientos, que usan criterios más actuales en cuanto al procedimiento y objetivos terapéuticos.⁴⁰⁻⁴²

Mediante estas guías como referencias de atención, se definieron los indicadores de aspectos de tratamiento, monitoreo de control de la enfermedad y acciones de tamizaje de las complicaciones crónicas.

DIMENSIÓN PROCESOS: CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS NIÑOS

La medición de la calidad técnica de atención a niños enfermos se basó en los indicadores que se diseñaron para evaluar el programa internacional IMCI. La OMS desarrolló la estrategia conocida como Manejo Integral del Niño Enfermo (Integrated Management of Child Illness, o IMCI por sus siglas en inglés), que está dirigida a reducir la mortalidad infantil, la frecuencia y gravedad de las enfermedades infantiles, y la discapacidad; y también para promover el crecimiento y desarrollo de la infancia. Los componentes que constituyen la IMCI incluyen intervenciones para mejorar la capacidad técnica de los trabajadores de salud (en particular en la atención de casos prácticos); elementos clave en la operación del sistema de salud (para llevar a cabo el control correcto de los casos y los servicios preventivos); y prácticas comunitarias y familiares de salud (crecimiento y desarrollo, prevención de enfermedades, cuidados en el hogar y búsqueda de atención).³³ Los indicadores los desarrollaron el Departamento de Salud y Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia y el Grupo de Salud Comunitaria y Familiar de la OMS, en estrecha colaboración con responsables de programas de salud de la infancia de diversos países. Los indicadores de IMCI abarcan diversas acciones dirigidas a evaluar la atención a la salud de la infancia en el primer nivel de atención, tales como la identificación de la situación de enfermedad, el tratamiento apropiado de las principales enfermedades de la infancia, el fortalecimiento de las acciones de consejería a los cuidadores de los niños y la provisión de servicios preventivos. Los métodos para evaluar las acciones se han probado en diferentes poblaciones de diversos países y la mayoría de ellos se desarrolló para aplicarse a través de observación directa y con la confirmación diagnóstica de personal entrenado en la estrategia IMCI; dichas técnicas no pudieron implementarse para la Encel 2007, por lo que se diseñaron cuestionarios, los cuales se adaptaron para ser aplicados en formato de entrevista a los proveedores de salud. Estos cuestionarios se probaron en clínicas diferentes a las de la muestra y los encuestadores se capacitaron para el desarrollo de la encuesta.

Para medir la calidad de la atención proporcionada a niños sanos se consideró lo establecido como mínimo en la norma oficial; en ella se especifica la realización de al menos el registro de peso y talla de los niños en la Cartilla Nacional de Vacunación.

Se recolectaron tres tipos de datos: en cada clínica se entrevistó al proveedor de salud (médico o enfermera) sobre el último niño atendido que tuviera entre 0 a 24 meses de edad, y asimismo se entrevistó a la persona que llevó al niño a la clínica sobre la experiencia que tuvo durante su visita. La tercera parte de la recolección de datos consistió en la aplicación de viñetas. Se aplicaron cinco viñetas cortas, todas de casos de urgencias médicas. La OMS diseñó las viñetas para la evaluación de IMCI. Estas viñetas se aplicaron al médico o la enfermera que trabajaban en los sitios donde se llevó a cabo la encuesta. Después de leer cada caso, el médico y/o la enfermera mencionaron todas las acciones que tomarían o las prescripciones que le darían al acompañante para proporcionarle al niño el tratamiento más adecuado, asumiendo que todas las medicinas que podría necesitar estuvieran disponibles en la clínica y que existiera una clínica de referencia a 20 minutos de distancia.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se utilizaron estadísticas descriptivas para detallar los motivos principales de la consulta y el diagnóstico que reportaron el médico o la enfermera. Con la información se evaluó la calidad técnica de la atención proporcionada a niños sanos y enfermos, y la percepción de la atención por los acompañantes a la consulta. En total se conformaron 17 indicadores. Para abordar el estudio de la calidad de la atención a niños enfermos se definieron

14 indicadores agrupados en tres ejes clave de la atención: seis evaluaron las acciones realizadas durante el interrogatorio y la evaluación o exploración clínica, dos revisaron las acciones sobre el tratamiento de niños enfermos y seis valoraron la consejería proporcionada al acompañante del paciente. Los indicadores de monitoreo de IMCI⁴³ fueron la principal base metodológica empleada, pero se realizaron algunas modificaciones y adaptaciones al contexto de estudio. Debido a su carácter obligatorio, en todas las instituciones que prestan servicios de atención médica del Sistema Nacional de Salud también se utilizó la Norma Oficial Mexicana para la atención a la salud del niño (NOM-031-SSA2-1999).⁴⁴ En esta norma se establecen los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables para la atención integral de los niños. Se consultó el contenido de la norma en relación con las definiciones de los signos de alarma para la enfermedad diarreica y la dificultad respiratoria. La forma de construir los indicadores para evaluar la atención a niños enfermos se describe detalladamente en el cuadro 2.

La descripción del indicador utilizado para medir la calidad de la atención al niño sano se recoge en el cuadro 3 de este documento.

Los dos indicadores que se construyeron para la percepción de la calidad de la atención por parte de los usuarios se describen en el cuadro 4.

Para las viñetas, se calculó el porcentaje de respuestas correctas.

Los resultados de los indicadores y las viñetas se presentan en la muestra completa y se compararon entre médicos y enfermeras. Asimismo, se realizó la comparación de los indicadores de acuerdo con el subsector al que pertenecían, es decir, IMSS-Oportunidades o Secretaría(s) de Salud (SSA).

CUADRO 2
Indicadores empleados para evaluar la calidad técnica de la atención proporcionada a niños enfermos

#	INDICADOR	DEFINICIÓN	CONSTRUCCIÓN	BASES UTILIZADAS	
				MÉDICOS/ ENFERMERAS	PACIENTES
A					
INTERROGATORIO Y EVALUACIÓN O EXPLORACIÓN CLÍNICA					
A1	Evaluación de la presencia de tos	Proporción de niños evaluados sobre la presencia de tos	Numerador: número de niños enfermos evaluados sobre la presencia de tos Denominador: número total de niños enfermos	Sí	
A2	Evaluación de la presencia de diarrea	Proporción de niños evaluados sobre la presencia de diarrea	Numerador: número de niños enfermos evaluados sobre la presencia de diarrea (interrogatorio: diarrea, sangre en heces; frecuencia de heces; evaluación o exploración clínica: sangre en las heces) Denominador: número total de niños enfermos	Sí	
A3	Evaluación de la presencia de fiebre	Proporción de niños evaluados sobre la presencia de fiebre	Numerador: número de niños enfermos evaluados sobre la presencia de fiebre (interrogatorio: fiebre; evaluación o exploración clínica: medición de la temperatura) Denominador: número total de niños enfermos	Sí	
A4	Comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia	Proporción de niños que fueron pesados y cuyo peso se comparó contra una tabla/ gráfica de referencia el mismo día de su visita a la clínica	Numerador: número de niños que fueron pesados y cuyo peso se comparó contra una tabla/ gráfica de referencia el mismo día de su visita a la clínica Denominador: número total de niños	Sí	Sí (pesaron sí o no)
A5	Evaluación de las prácticas de alimentación	Proporción de niños menores de dos años cuyos cuidadores fueron interrogados sobre lactancia materna, alimentación complementaria y prácticas de alimentación durante el episodio de enfermedad	Numerador: número de niños enfermos menores de dos años cuyos cuidadores fueron interrogados sobre las prácticas de alimentación (lactancia, consumo de otros alimentos/líquidos además de la leche materna y cambio del patrón de alimentación cuando está enfermo) durante el episodio de enfermedad Denominador: número total de niños menores de dos años	Sí	
A6	Evaluación de las prácticas de alimentación en niños con peso bajo o talla baja	Proporción de niños enfermos con peso bajo evaluados sobre lactancia materna, alimentación complementaria y prácticas de alimentación	Numerador: número de niños enfermos con peso bajo o talla baja clasificado mediante reporte, cuyos cuidadores fueron interrogados sobre prácticas de alimentación (lactancia, consumo de otros alimentos/líquidos además de la leche materna y cambio del patrón de alimentación cuando está enfermo) Denominador: número total de niños enfermos con peso bajo o talla baja clasificado mediante reporte	Sí	

continúa...

...continuación

B		TRATAMIENTO DE NIÑOS ENFERMOS			
B1	Prescripción correcta de antibióticos orales: cuando se requieren	Proporción de niños que necesitan antibióticos orales y reciben una prescripción correcta	Numerador: número de niños enfermos que necesitan antibióticos orales (neumonía, o disentería, o infección aguda de oído) y que recibieron una prescripción correcta Denominador: número de niños enfermos que necesitan* antibióticos orales	Sí	
B2	Prescripción correcta de antibióticos orales II: cuando no se requieren	Proporción de niños que no requieren antibióticos orales y que no se los prescribieron	Numerador: número de niños que no necesitan antibióticos orales (sin neumonía: tos o gripa, sin faringitis, sin infección de oído, diarrea con o sin deshidratación, diarrea persistente, infección crónica de oído, anemia, bajo peso) y que no se los prescribieron Denominador: número de niños que no necesitan* antibióticos orales	Sí	
C		CONSEJERÍA			
C1	Consejos de alimentación proporcionados a los cuidadores de niños enfermos	Proporción de cuidadores de niños enfermos que recibieron consejos de alimentación (dar más líquido o leche materna en casa y continuar la alimentación o dar leche materna en casa)	Numerador: número de cuidadores de niños enfermos que no requieren referirse y que recibieron los consejos de dar más líquido o leche materna en casa y continuar la alimentación o dar leche materna en casa Denominador: número de cuidadores de niños enfermos que no requieren referirse	Sí	
C2	Demostración del modo de suministrar el tratamiento Vida suero oral (VSO)	Proporción de cuidadores de niños que no requieren referencia a quienes se les prescribió o recibieron el tratamiento VSO y que tuvieron una demostración de cómo suministrar el tratamiento VSO	Numerador: número de cuidadores de niños que no requieren referencia a quienes se les prescribió o recibieron el tratamiento VSO que tuvieron una demostración de cómo se suministra el tratamiento VSO Denominador: número de cuidadores de niños que no requieren referencia urgente a quienes se les prescribió o recibieron el tratamiento VSO	Sí	
C3	Conocimiento correcto del modo de preparar el tratamiento Vida suero oral (VSO)	Proporción de cuidadores de niños enfermos a los que se les prescribió el tratamiento VSO que saben cómo preparar el tratamiento VSO	Numerador: número de cuidadores de niños enfermos a los que se les prescribió el tratamiento VSO que saben cómo preparar el tratamiento VSO Denominador: número de cuidadores de niños enfermos a los que se les prescribió el tratamiento VSO		Sí
C4	Consejos de alimentación proporcionados a los cuidadores de niños con bajo peso	Proporción de cuidadores de niños con bajo peso que recibieron al menos un consejo de alimentación	Numerador: número de niños con bajo peso clasificado mediante reporte que no requieren referencia, cuyo cuidador ha recibido algún consejo de alimentación (dar más líquidos o leche materna en casa; o continuar la alimentación o dar leche materna en casa; o consejo sobre la frecuencia en que debe alimentar/dar leche materna al niño) Denominador: número de niños con bajo peso clasificado mediante reporte que no requieren referencia	Sí	
C5	Capacitación a los cuidadores para la identificación de signos de alarma por enfermedades diarreicas	Proporción de cuidadores de los niños enfermos con diarrea, que no fueron referidos, capacitados para reconocer los signos de alarma por enfermedades diarreicas	Numerador: número de cuidadores de niños enfermos con diagnóstico de enfermedad diarreica (diarrea, gastroenteritis y amibiasis) que no requieren referencia que recibieron al menos dos signos de alarma por enfermedades diarreicas (poca ingesta de líquidos, fiebre, presencia de sangre en las evacuaciones) Denominador: número de cuidadores de niños con diagnóstico de enfermedad diarreica	Sí	
C6	Capacitación a los cuidadores para identificar signos de dificultad respiratoria	Proporción de cuidadores de los niños enfermos, que no fueron referidos, capacitados para reconocer los signos de dificultad respiratoria	Numerador: número de cuidadores de niños con diagnóstico de infección respiratoria aguda que no requieren referencia y se capacitaron para reconocer al menos dos signos de dificultad respiratoria (respiración rápida, avance de la enfermedad, dificultad para respirar, beber y amamantarse) Denominador: número de cuidadores de niños con diagnóstico de infección respiratoria aguda	Sí	

* De acuerdo con el diagnóstico reportado por el médico y la enfermera.

CUADRO 3

Indicadores empleados para evaluar la calidad técnica de la atención proporcionada a niños sanos

#	INDICADOR	DEFINICIÓN	CONSTRUCCIÓN	BASES UTILIZADAS	
				MÉDICOS/ ENFERMERAS	PACIENTES
2.1	Registro del peso y la talla en la cartilla	Proporción de niños que acudieron a consulta de niño sano con cartilla cuyo peso y talla se registraron en la cartilla	Numerador: número de niños que acudieron a consulta de niño sano con cartilla cuyo peso y talla se registraron en la cartilla Denominador: número de niños que acudieron a consulta de niño sano con cartilla y que fueron pesados y medidos		Sí

CUADRO 4

Indicadores empleados para evaluar la calidad del servicio de salud percibida por el usuario

#	INDICADOR	DEFINICIÓN	CONSTRUCCIÓN	BASES UTILIZADAS	
				MÉDICOS/ ENFERMERAS	PACIENTES
3.1	Comprensión adecuada del diagnóstico	Proporción de los cuidadores de niños enfermos que comprenden el diagnóstico	Numerador: número de cuidadores de niños enfermos que comprendieron el diagnóstico Denominador: número de cuidadores de niños enfermos		Sí
3.2	Calidad percibida de la atención de niños enfermos	Proporción de cuidadores de niños enfermos que consideraron que la atención está bien así como está	Numerador: número de cuidadores de niños enfermos que consideran que la atención está bien así como está Denominador: número de cuidadores de niños enfermos		Sí

III. Análisis comparativo de la calidad de las unidades y características relacionadas

Las medidas comparativas son un elemento útil para evaluar la calidad de los servicios, es decir, la calidad relativa de una unidad en relación con una referencia. En primera instancia, esta medida relativa debe referirse a elementos que sean comparables, si se quiere contar con una indicación de desempeño.

Con este objetivo se elaboró un índice de calidad de las unidades de salud incluidas en la encuesta, a través del método de análisis factorial. Una limitación importante de esta metodología es que no se explicita la variable de resultado que se busca, por lo que es fundamental contar con variables indicadoras que se conozcan como relacionadas con el resultado buscado. La ventaja del método es que permite condensar en una medida diversos indicadores.

Para este ejercicio se consideraron dos índices de calidad, uno por cada una de las dimensiones de la calidad estudiadas (estructura y procesos) en este documento. Para el índice de estructura, se consideraron como variables indicadoras los porcentajes de áreas, equipamiento, insumos, medicamentos y servicios, notificados por las unidades; se buscó una medida de calidad estructural, es decir, la capacidad de los servicios de proporcionar atención.

Para el índice de procesos se recurrió a las viñetas clínicas de las condiciones trazadoras seleccionadas.

En ambos casos, por definición, a mayor proporción (sea de estructura o de respuestas correctas), se considera mayor calidad, y al informarse las variables indicadoras en porcentajes, las unidades son comparables.

Los índices se categorizaron con posterioridad, con base en una exploración visual de los resultados para identificar agrupamientos; se establecieron puntos de corte para unidades de baja calidad, media (se diferenciaron calidad media baja y media alta) y alta.

Como ya se mencionó, estas categorías son de referencia interna a la muestra, esto es, son relativas en relación con las unidades analizadas y no siempre con el universo de clínicas en el país.

De manera adicional, se exploraron características de las unidades que podrían vincularse con el nivel de calidad de las unidades, a través de modelos de regresión multivariados.

IV. Resultados

ESTRUCTURA DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN A LA SALUD

La descripción de las condiciones de las unidades de salud permite identificar si éstas cuentan con las condiciones y recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad. En particular, hay que evaluar si el personal disponible y el equipo, insumos y medicamentos existentes permiten ofrecer las intervenciones necesarias para atender a los usuarios. El análisis de la estructura es de alguna forma una evaluación de la factibilidad de la atención de calidad en las unidades visitadas. Asimismo, se busca conocer la heterogeneidad en condiciones de estas unidades e identificar por un lado las diferencias por subsectores y tipos de unidad, como la variación entre unidades.

Como se muestra en la figura 1, la mayor parte de las unidades de atención incluidas en la muestra de evaluación pertenece al sistema de secretarías de Salud estatales, en tanto que 36% es parte del sistema IMSS-*Oportunidades*. Aun si se asume que para fines operativos el paquete de salud que se ofrece a los beneficiarios es homogéneo, cualquiera que sea el proveedor, para el análisis de las características de las unidades se consideró pertinente comparar entre estos dos subsistemas, que responden a estructuras separadas, tanto en lo que se refiere a la estandarización de procedimientos de atención como al diseño de las estrategias educativas.

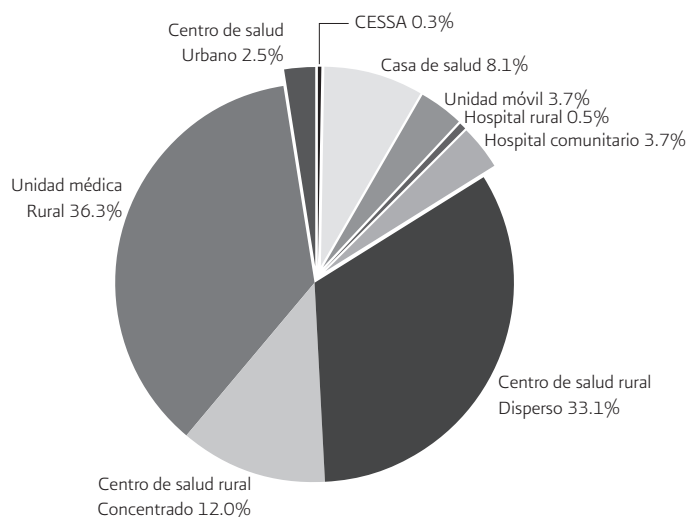
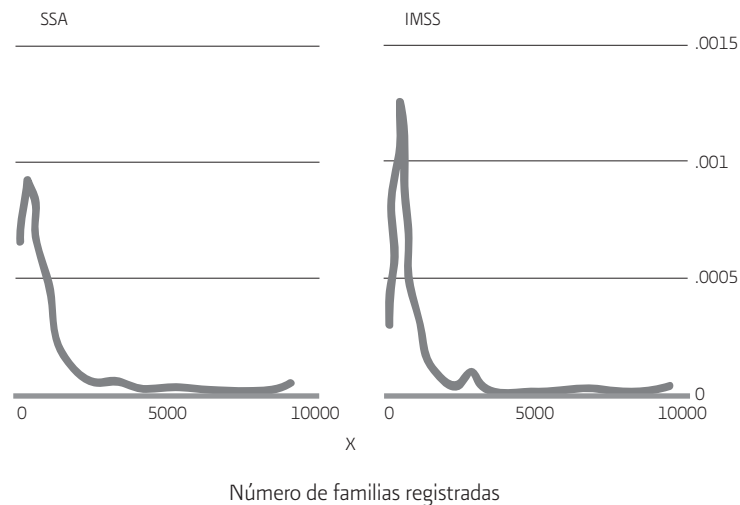


FIGURA 1
Distribución de las unidades de atención por tipo de proveedor

En general, las unidades de la SSA tienen un número menor de familias registradas, como se observa en la figura 2. De acuerdo con la información recolectada, 65% de las unidades señaló atender a población afiliada al Seguro Popular (aunque sólo 60% pudo identificarse en el listado de unidades que prestan servicios del SP), pero únicamente 40% está acreditado por la Secretaría de Salud, lo que en teoría es un requisito para prestar servicios del SP.

Por lo que se refiere a la composición del personal de las unidades, 42% del total del personal que labora en las unidades corresponde a médicos y 36% a enfermeras (cuadro 5).

FIGURA 2
Distribución por
número de familias
registradas



De los 359 médicos entrevistados, son mujeres en una proporción de 46 y 18% se autoidentificó como indígenas. La edad promedio fue de 32 años.

La mayor parte señala haber asistido a algún curso de capacitación en el último año, e incluso reportar en un amplio porcentaje haber recibido capacitación sobre *Oportunidades*; no obstante, no utilizan como fuente de información el prontuario del programa y muy pocos de ellos consultan las guías o normas oficiales de atención.

De acuerdo con lo reportado, trabajan en promedio cinco días a la semana, con una media de 10 horas de trabajo al día durante las cuales atienden a alrededor de 20 pacientes (figura 6).

Por lo que se refiere a la formación del personal, casi todos los médicos son generales que terminaron la escuela en fecha reciente (mediana de cuatro años) y se graduaron también no mucho tiempo antes (mediana de tres años). La mayor parte de los médicos reporta sólo estudios de medicina general (80%).

Aunque se entrevistó a médicos ya con bastante permanencia en las unidades, la mediana de estancia es menor de un año. Cerca de 15% de los médicos notificó tener un trabajo adicional. De acuerdo con el indicador socioeconómico elaborado, 70% de los médicos se ubica en los deciles 9 y 10, en contraste con los individuos a los que atienden, que en promedio se hallan en los dos primeros deciles.

Por lo que toca a las enfermeras, éstas tienden a tener una mayor antigüedad en las unidades (nueve años en promedio) y el porcentaje de las que se consideran indígenas es mayor (34%). El nivel socioeconómico de las enfermeras es menor al de los médicos y se distribuye entre los deciles 7 a 10.

En relación con la capacidad técnica del personal, sus conocimientos, el resultado más relevante se presenta dentro de los tres casos analizados de procesos, a través de los casos estandarizados que permiten entender la capacidad revelada de los proveedores.

	MÉDICOS		ENFERMERAS		VALOR P	N
	MEDIA	DE	MEDIA	DE		
Sexo (% hombres)	0.54		0.09		0	548
Edad (meses)	32.05		35.91		0	542
Número de hijos	0.89	1.28	1.78	1.38	0	540
Condición étnica						
Entiende idioma indígena (%)	0.10		0.33		0	548
Se considera indígena (%)	0.18		0.34		0.25	548
Cursos de capacitación: años desde el último curso sobre atención a ...						
... pacientes con síndrome metabólico	0.88	1.38	1.27	1.70	0.02	402
... mujeres embarazadas	0.58	1.14	0.83	1.41	0.05	443
... niños	0.79	1.32	0.80	1.36	0.98	439
Capacitación sobre <i>Oportunidades</i> (%)	0.66		0.73		0.12	540
Capacitación para impartir talleres de autocuidado (%)	0.60		0.82		0	366
Actividad laboral						
En las últimas cuatro semanas...						
... número de días trabajados en la unidad	19.77	5.32	18.34	5.58	0	530
... número de días de capacitación	1.07	2.3	0.76	1.93	0.13	503
... número de días de descanso	5.75	4.77	5.94	4.88	0.68	512

CUADRO 5
Características del personal de las unidades

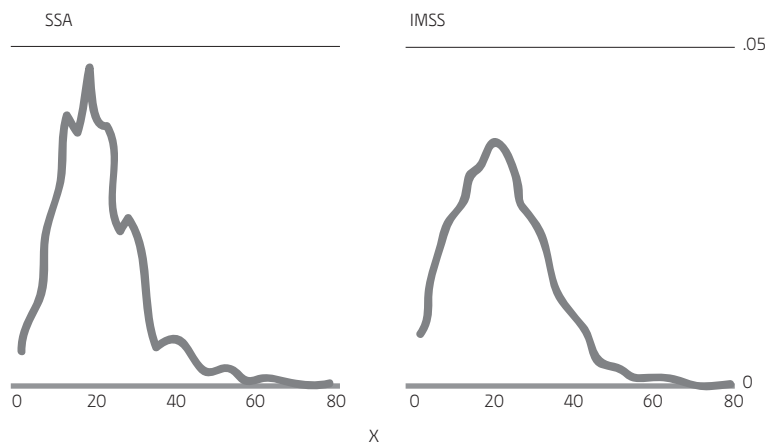


FIGURA 3
Distribución del número de pacientes atendidos por clínica

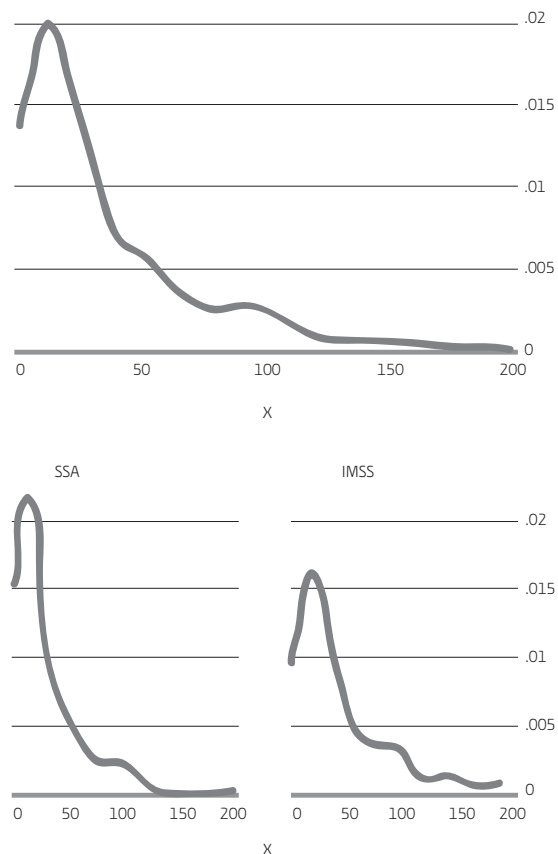
En términos de los servicios proporcionados, el acceso a servicios públicos de las unidades no es invariable. Según los datos recolectados, aunque en general éstas cuentan con energía eléctrica, presentan cortes con cierta regularidad en el suministro. Asimismo, alrededor de 30% de las unidades no dispone de agua entubada y cerca de la mitad carece de conexión a drenaje y utiliza fosa séptica.

Un segundo aspecto revisado fue el sistema de referencia de las unidades, es decir, la capacidad que tienen para enviar a pacientes en condiciones que no es posible tratar en la unidad (ya sea por falta de personal capacitado o carencia de equipo u otros insumos) a unidades de mayor capacidad técnica. Para ello, los centros para referir a mujeres en situaciones de emergencias o niños muy enfermos se localizan en promedio a 32 kilómetros de distancia, con un tiempo de traslado promedio de 1.5 horas; de acuerdo con lo notificado en las clínicas, el traslado en estos casos queda, en más de 70% de los casos, en los medios de los que pueda disponer el paciente o su familia.

Como se observa en las figuras 4 y 5, existen unidades para las cuales la unidad de referencia para emergencias obstétricas y atención de niños enfermos se encuentra a una distancia hasta de 200 kilómetros; la distribución de la distancia permite identificar que para una fracción considerable de unidades, la distancia a los lugares de referencia es mayor de 100 kilómetros, lo que representa tiempos de traslado de hasta 40 horas.

Un tercer aspecto de interés es el uso de documentos o guías sobre los procedimientos a seguir para la atención de pacientes, así como el uso adecuado de medicamentos. La información actualizada y accesible puede considerarse un requisito indispensable para la operación de los servicios. Sin embargo, del total de unidades visitadas, 10% señaló no contar con el listado de fármacos del cuadro básico y 16% no tener copia del prontuario básico de *Oportunidades*, es decir, el documento que resume las acciones y actividades del Programa que deben llevar a cabo las unidades de salud. Asimismo, sólo la mitad cuenta con una copia de alguna farmacopea, es decir, algún texto que explique la farmacología y posología de los medicamentos.

FIGURA 4
Distribución de la distancia a las unidades de salud de referencia para emergencias obstétricas (general y por subsector)



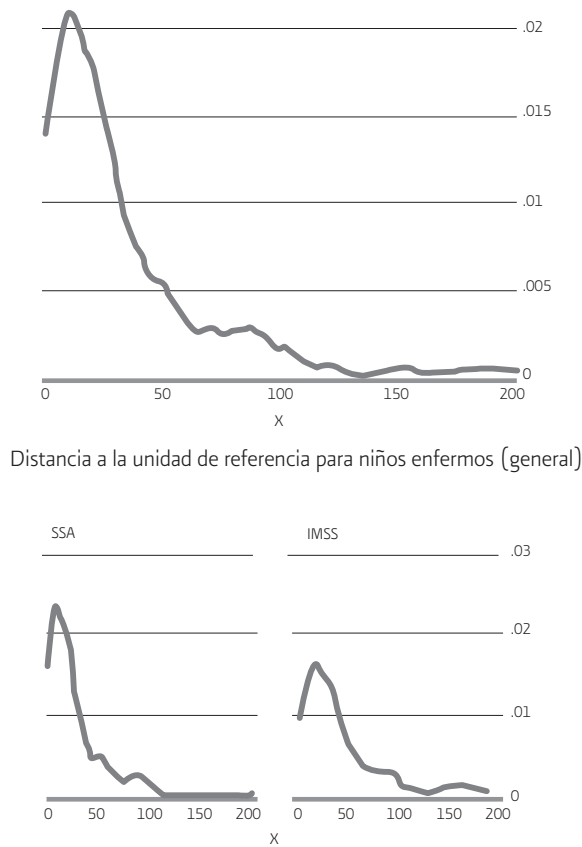


FIGURA 5
Distribución de la distancia a las unidades de salud de referencia para niños enfermos (general y por subsector)

En esta misma lógica, el uso de normas y guías es limitado y sólo en el caso de la guía sobre diabetes, apenas un poco más de la mitad (53%) de los médicos comunicó haberla usado en los seis meses anteriores a la encuesta. Cerca de un tercio del personal dijo utilizar otro tipo de información diferente de las NOM y guías (cuadro 6).

Para la verificación de los recursos disponibles, cada unidad se comparó con los recursos incluidos en el cuestionario, en particular con aquéllos señalados como necesarios para los tres factores indicadores utilizados para la evaluación. De igual modo, se contrastaron contra las listas particulares de los recursos con los que deben contar de acuerdo con los documentos de las instituciones. Ambos análisis arrojaron resultados similares, por lo que en general se presentan los del primer caso y después de forma resumida los del segundo caso.

El cuarto aspecto analizado se refiere a las instalaciones generales de las unidades de salud, las cuales se presentan en el cuadro 7. Se espera que las unidades cuenten con espacios diferenciados para las actividades que llevan a cabo, sea por cuestiones de higiene o de privacidad para los usuarios. Una unidad con espacios adecuados está en mejores condiciones para ofrecer atención de calidad. Como se observa, en general cuentan con consultorio y sala de espera. En menos de la mitad hay área para los talleres (con una proporción significativamente mayor en las del IMSS-*Oportunidades*) y en menos de la mitad hay sala de expulsión. En general, no disponen de área de laboratorio y la red fría para medicamentos es muy escasa, aunque es mayor para las vacunas.

CUADRO 6**Características del uso de información para las prácticas clínicas**

	MÉDICOS		ENFERMERAS		VALOR P	N
	MEDIA	DE	MEDIA	DE		
<i>Guías clínicas usadas en los últimos seis meses (%)</i>						
Ninguna	0.08		0.14		0.04	548
Diagnóstico y control de la DM	0.53		0.35		0	548
Control de la hipertensión arterial	0.5		0.28		0	548
Atención prenatal	0.39		0.24		0	548
Monitoreo de nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de cinco años	0.31		0.3		0.94	548
NOM-174-SSA1-1998 para el Manejo Integral de la Obesidad	0.16		0.08		0.01	548
Norma Oficial Mexicana	0.25		0.21		0.27	548
NOM-037-SSA2-2002 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Dislipidemias	0.12		0.06		0.02	548
Otro	0.35		0.34		0.73	548
<i>Fuentes sobre medicamentos (%)</i>						
Cuadro básico	0.22		0.32		0.01	545
Prontuario de la SSA	0.03		0.05		0.17	545
PLM	0.52		0.22		0	545
Vademécum	0.14		0.08		0.04	545
Internet	0.02		0.02		0.66	545
Otro	0.05		0.05		0.7	545
Ninguna	0.02		0.25		0	545

Al analizar la variabilidad en las insuficiencias de instalaciones, en la figura 6 se puede observar un panorama en el cual un conjunto de unidades cuenta con instalaciones muy limitadas, en tanto que otro grupo posee una infraestructura completa.

El quinto aspecto analizado se refiere a la existencia del equipamiento necesario para la atención de los usuarios. Como en los casos anteriores, esta descripción habla de la factibilidad para las unidades de ofrecer una atención de calidad y se enfoca en equipamiento básico, que debe estar disponible en unidades de atención primaria. Este supuesto, como se observa en el cuadro 8, no se cumple en el caso de las unidades visitadas, ya que existen carencias de equipo básico para la atención de pacientes; el instrumental necesario para la exploración física regular de los usuarios, tales como básculas, baumanómetros, otoscopios y termómetros, no existen en un porcentaje notable de unidades. En realidad, estas herramientas deben estar presentes en la totalidad de dichas unidades, ya que se trata del equipo de uso común para las exploraciones diarias de los usuarios.

De igual manera, otro equipamiento relativamente más complejo, pero que posibilita mejores resultados para los usuarios con afecciones muy prevalentes, como electrocardiograma, microscopio o Doppler, se encuentran sólo en una minoría de estas unidades. Asimismo, únicamente la décima parte de las clínicas cuenta con ambulancia para traslados.

Las clínicas que operan sin este equipo difícilmente pueden realizar actividades básicas dado que no disponen del instrumental mínimo para la exploración y el diagnóstico de los pacientes que se presentan.

En cuanto a la heterogeneidad del equipamiento, y tal y como se observa en la figura 7, la distribución muestra con claridad las unidades en las cuales se observa una carencia generalizada de equipo y un panorama en el que, en los mejores casos, se cuenta con 70% del equipo necesario para operar.

El sexto elemento de análisis es la existencia de consumibles para la atención médica primaria. En la misma lógica que los casos anteriores, el listado de consumibles incluye los necesarios para la atención básica y sobre todo en relación con enfermedades prevalentes de la población mexicana. De esta forma, se trata otra vez de materiales que se requieren en todas las unidades para la atención adecuada de usuarios que se presentan de forma regular.

VARIABLES	GENERAL %	SUBSECTOR		VALOR P*
		SSA [‡] %	IMSS- OPORTUNIDADES %	
Consultorio ^{1,3}	97	95	99	0.03
Enfermería ³	67	64	67	0.56
Sala de espera	91	87	96	0
Sala de talleres	48	29	79	0
Área de almacenamiento ¹	70	63	78	0
Red fría med ^{1,2}	32	25	39	0
Red fría vacunas ^{1,2}	80	71	93	0
Sala de labor ¹	43	37	48	0.03
Baño p/personal	83	78	89	0
Baño p/pacientes ¹	72	70	72	0.74
Baño compartido	29	24	37	0
Farmacia ³	60	53	66	0.01
Cuarto de curación	52	47	55	0.15
Sala de expulsión ¹	51	46	53	0.19
Área internamiento ^{1,3}	69	53	91	0
Dormitorio	75	62	95	0
Almacén para DB ¹	29	22	31	0.04
Sala de urgencias ¹	20	11	26	0
Quirófano	8	4	10	0.01
Laboratorio AC ^{1,3}	6	3	1	0.09
Cuarto inmunización	29	32	17	0
Cuarto limpieza	28	27	22	0.28

* Valor de probabilidad de la prueba t para diferencia de medias

‡ SSA: centros de salud, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles

¹ Insumos necesarios para la atención del parto

² Insumos necesarios para la atención de niños

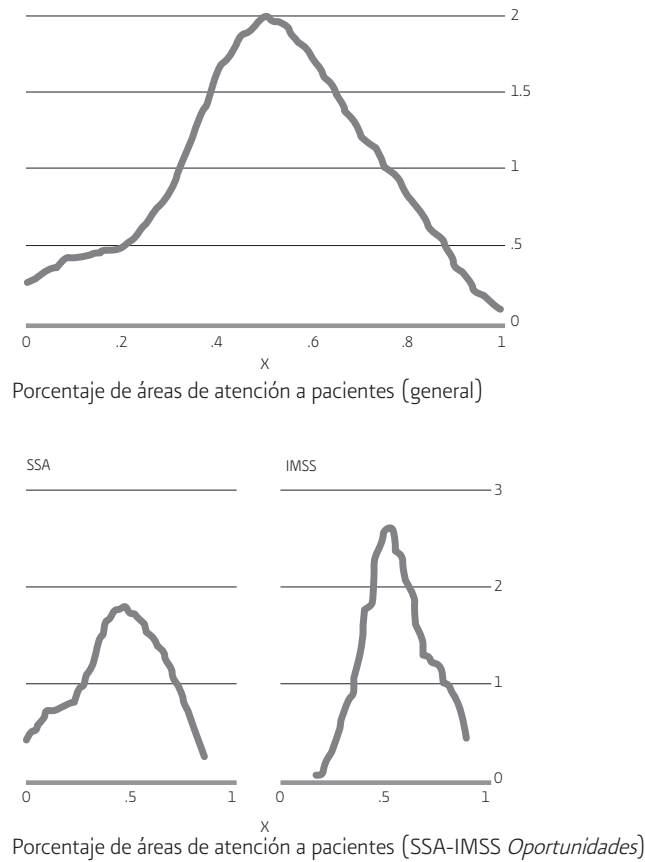
³ Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

CUADRO 7
Infraestructura para la atención de pacientes

En el cuadro 9 se incluyen los porcentajes de las clínicas que contaban con estos insumos el día de la visita. Como se puede observar, hay clínicas en las que no se cuenta ni siquiera con abatelenguas o gasas. Quizá más preocupante es el elevado porcentaje de clínicas que no dispone de materiales necesarios para el monitoreo de trastornos vinculados con las corresponsabilidades, como las consultas de atención prenatal. La reducida existencia de tiras reactivas para orina hace imposible realizar esta prueba mínima en mujeres embarazadas y el bajo porcentaje con tiras reactivas para glucosa, en un país con alta prevalencia de diabetes, complica la detección de este padecimiento. Por lo que se refiere a la distribución de la existencia acumulada de insumos, se reconoce un grupo de clínicas con carencias notorias, en tanto que el promedio tiende a contar con la mayor parte de los consumibles (figura 8).

El séptimo aspecto de los requisitos mínimos de operación se refiere al abasto de medicamentos básicos. Como se observa en el cuadro 10 y en la figura 9, éste muestra también una notable heterogeneidad, con unidades que carecen de la mayor parte de los medicamentos, aunque con una tendencia mayoritaria a los abastos mayores. Es clara la diferencia de abasto entre subsectores, en los que las unidades del IMSS-*Oportunidades* informan porcentajes mayores de abasto, comparados con los de la Secretaría de Salud.

FIGURA 6
Distribución de las instalaciones



El listado de fármacos que se presenta es el incluido en el cuadro básico para estas unidades, es decir, se consideran los que en teoría deberían estar presentes en todas las unidades. Figuran tanto los medicamentos para la atención de problemas comunes (paracetamol) como aquellos necesarios para casos de urgencia (toxoides tetánico).

Por último, el octavo componente es una confirmación de los anteriores y se refiere a los servicios que se ofrecen en las unidades. Los servicios dependen de la existencia de instalaciones, equipo, insumos y, en menor medida, medicamentos. El cuadro 11 resume los servicios que se ofrecen en las unidades visitadas y mantiene el panorama ya observado: más allá de las consultas, son pocos los servicios adicionales que ofrecen las clínicas. Al igual que en los casos anteriores, el listado de servicios considera los necesarios para una atención básica.

Como se puede observar, las pruebas básicas como la determinación de hemoglobina y las pruebas de orina se ofrecen en un porcentaje reducido de las unidades. El Pap se ofrece en sólo 72% de las unidades y el ultrasonido obstétrico es prácticamente inexistente en estas unidades de salud con 4%.

Una exploración adicional correspondió al porcentaje de insumos comparado entre los diversos tipos de unidades. Para ello se agruparon los tipos de unidades para calcular el porcentaje de insumos con los que cuentan en relación con lo que, para este tipo de unidad, deberían tener. Como se observa, según lo esperado, las mayores carencias se identifican en las unidades con menor infraestructura. Es decir, las unidades que por norma ofrecen servicios más limitados refuerzan estas limitaciones al contar con un porcentaje menor de los recursos con los que se espera que trabajen.

Como se muestra en el cuadro 12, las unidades cuentan en general con mayores recursos para la atención de niños, menos para la atención prenatal y aún menos para la atención del síndrome metabólico.

Por otra parte, y como un elemento adicional, se realizó una revisión de expedientes para verificar el registro de corresponsabilidades. De esta revisión de una selección hasta de 12 expedientes por unidad, se identificó que sólo

VARIABLES	GENERAL %	SUBSECTOR		VALOR P
		SSA [‡] %	IMSS- OPORTUNIDADES %	
Ambulancia ¹	10	10	3	0.01
Archiveros	43	54	23	0
Aspirador AMEU ¹	12	2	22	0
Esterilizador ^{1,2}	58	65	42	0
Báscula infantil ^{1,2}	92	89	97	0
Infantómetro	75	64	93	0
Báscula adulto ^{1,2,3}	96	95	98	0.08
Estadímetro ^{1,3}	85	78	96	0
Baumanómetro ^{1,3}	91	88	97	0
Camilla ^{1,3}	17	17	8	0.01
Cilindro oxígeno ¹	26	26	19	0.14
Cinta métrica ¹	96	95	99	0.03
Contenedores	75	67	85	0
Doppler ¹	13	15	4	0
Cirugía menor	54	48	68	0.01
Electrocardiograma ³	3	0	1	0.06
Equipo ultrasonido ¹	5	2	1	0.62
Equipo radiológico	6	2	2	0.61
Estetoscopio ^{1,3}	93	90	97	0
Estetoscopio Pinar ¹	93	90	97	0
Lavabo ¹	88	82	97	0
Mesa de Mayo	84	76	95	0
Microscopio	8	5	4	0.67
Oftalmoscopio ³	48	43	53	0.05
Otoscopio	45	44	42	0.69
Refrigerador ^{1,2}	82	75	90	0
Tabla agud visual ^{1,3}	68	53	85	0
Termómetro ¹	92	88	97	0
Tococardiograma ¹	6	4	5	0.53
Reloj ^{1,2}	34	30	36	0.29
Suero oral ²	90	87	93	0.05
Libro reg med ²	74	62	90	0
Libro reg vacuna ²	83	75	94	0

* Valor de probabilidad de la prueba t para diferencia de medias

‡ SSA: centros de salud, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles

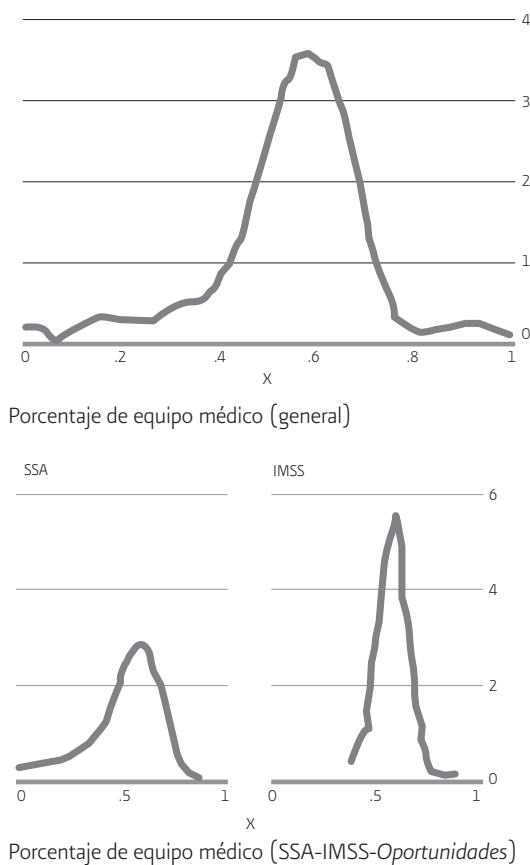
¹ Insumos necesarios para la atención del parto

² Insumos necesarios para la atención de niños

³ Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

CUADRO 8
Equipo médico

FIGURA 7
Distribución de equipamiento mínimo de las unidades (porcentaje del total)



45% de éstos contenían registros de la programación de las citas médicas y alrededor de 25% reportó la asistencia a las sesiones educativas o su programación, incluso por lo que se refiere a la sesión sobre la preparación del complemento (cuadro 13).

En cuanto a la participación de la población en actividades para la clínica, en 10% de las unidades se reportó que las beneficiarias llevan a cabo algún trabajo para la unidad y éste es en casi todos los casos la limpieza de la unidad o del terreno en el que ésta se ubica. En cerca de 24%, los entrevistados señalaron no estar de acuerdo con que se realicen estos trabajos como parte de las obligaciones de las corresponsabilidades.

Asimismo, se señaló en 40% de las unidades que hay algunas familias de *Oportunidades* que cuentan con autorización para no asistir, ya sea a las consultas preventivas o los talleres. En general, esta autorización la concedió el médico de la unidad. Si bien estos datos no permiten inferir conclusiones contundentes, puesto que son resultado de una sola pregunta en el cuestionario, son sugestivos de un problema importante de explorar con mayor detalle.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

En promedio, las 423 mujeres embarazadas tienen 25 años de edad y una escolaridad de casi seis años. La mayor parte de estas mujeres está casada (90%) y una proporción menor trabaja (10%). El 45% señala un origen indígena, 40% pertenece a hogares beneficiarios del programa de *Oportunidades* y 34% a hogares afiliados al Seguro Popular. De un total de 64 mujeres que asistían a su primera visita prenatal, 46.9% se hallaba en el primer trimestre del embarazo, 35.9% en el segundo y 17.2% en el tercero (figura 10). Aunque las mujeres que inician tarde la atención prenatal constituyen la menor proporción, debe tomarse en cuenta que aún existe una proporción consi-

VARIABLES	GENERAL %	SUBSECTOR		VALOR P*	CUADRO 9 Material médico
		SSA [‡] %	IMSS- OPORTUNIDADES %		
Abatelenguas ²	94	92	98	0	
Alcohol	90	88	94	0.06	
Algodón	94	95	95	0.98	
Benzal	58	56	61	0.28	
Condomes ¹	92	93	94	0.60	
Cubre bocas ¹	87	87	86	0.76	
DIU ¹	86	80	96	0	
Espejo vaginal ¹	89	83	98	0	
Estuche de disección	59	54	66	0.01	
Casas ¹	89	86	93	0.03	
Guantes	92	90	95	0.13	
Isodine	90	88	93	0.07	
Jalea lubricante ¹	83	76	96	0	
Jabón líquido ¹	60	67	47	0	
Jabón p/manos	74	67	85	0	
Jeringas ²	93	90	97	0.01	
Juego instrumental ¹	69	57	88	0	
Ropa de cama	77	69	91	0	
Punzocat	79	72	88	0	
Ropa quirúrgica	62	47	85	0	
Sonda	36	31	40	0.08	
Sonda de Foley	52	40	68	0	
Suturas	80	73	92	0	
Tela adhesiva	91	90	93	0.23	
Toallas	47	44	50	0.29	
Tiras p/glucosa ^{1,3}	78	73	89	0	
Tiras p/orina ^{1,3}	46	35	63	0	
Termo	66	60	74	0	
Toallas desechables	36	29	47	0	
Vacutainer	19	20	15	0.19	
Vendas elásticas	81	79	84	0.19	
Venaset	45	42	47	0.44	
Vasos recolectores	67	65	71	0.22	

* Valor de probabilidad de la prueba t para diferencia de medias

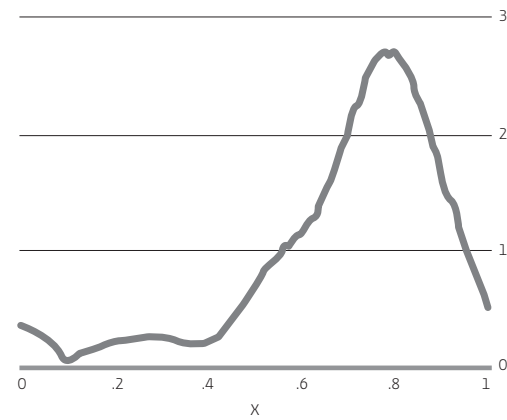
‡ SSA: centros de salud, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles

¹ Insumos necesarios para la atención del parto

² Insumos necesarios para la atención de niños

³ Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

FIGURA 8
 Porcentaje de insumos médicos (general y por subsector)



General

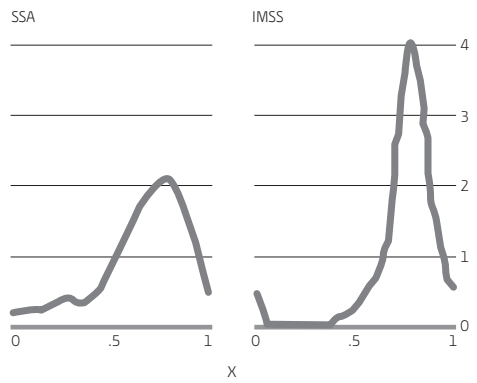
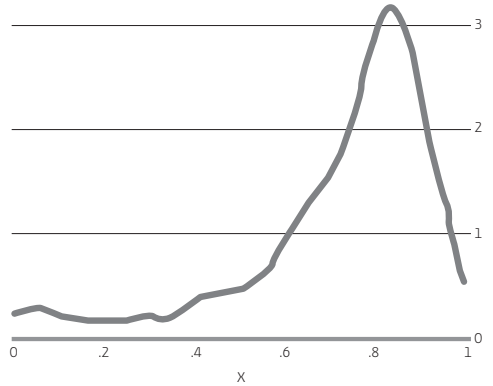
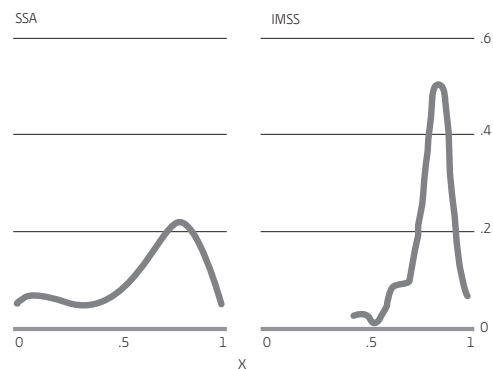


FIGURA 9
 Abasto de medicamentos

SSA-IMSS-Oportunidades



Porcentaje de medicamentos (general)



Porcentaje de medicamentos (SSA-IMSS-Oportunidades)

VARIABLES	GENERAL %	SUBSECTOR		VALOR P*	CUADRO 10 Medicamentos
		SSA ⁺ %	IMSS- OPORTUNIDADES %		
Ácido acetilsalicílico ³	80	83	75	0.04	
Paracetamol tab ^{1,2}	79	76	84	0.07	
Paracetamol sol ^{1,2}	77	70	89	0	
Metamizol sódico	82	75	93	0	
Lidocaina sol iny ¹	82	79	87	0.04	
Clorfenamina tab	82	76	91	0	
Clorfenamina jar	80	74	88	0	
Propranolol ³	58	51	65	0	
Captopril ³	76	70	88	0	
Nefedipino caps ^{1,3}	74	68	85	0	
Metroprolol ³	63	66	54	0.01	
Hidroclorotiazida ³	40	44	30	0	
Aluminio/magnesio	84	78	93	0	
Ranitidina	85	81	91	0	
Butilioscina iny	85	78	94	0	
Albendazol tab ²	82	77	90	0	
Albendazol susp ²	85	83	89	0.06	
Metronidazol tab ²	87	80	98	0	
Metronidazol susp ²	87	81	97	0	
Gilbenclamida ³	85	78	95	0	
Metformina ³	76	74	81	0.13	
Insulina ³	40	39	38	0.75	
Trimetoprima tab ^{1,2}	87	82	95	0	
Trimetoprima susp ^{1,2}	88	84	95	0	
Bencilpenicilina 1 ^{1,2}	79	73	86	0	
Bencilpenicilina 2 ^{1,2}	74	68	83	0	
Bencilpenicilina 3 ^{1,2}	69	69	68	0.88	
Benzatina	74	66	85	0	
Dicloxacilina cap ²	80	72	93	0	
Dicloxacilina susp ²	75	63	92	0	
Ampicilina tab ²	78	67	93	0	
Ampicilina susp ²	80	70	95	0	
Eritromicina tab ²	80	71	94	0	
Eritromicina susp ²	77	65	94	0	
Cloramfenicol cap	53	40	72	0	
Amoxicilina susp ²	74	74	72	0.61	
Amoxicilina cap ²	73	71	73	0.65	
Cloramfenicol sol ²	70	61	83	0	
Cloramfenicol ungu ²	45	33	63	0	
Neomicina	61	43	90	0	
Salbutamol jar	75	64	92	0	

Continuación...

...Continúa

VARIABLES	GENERAL %	SUBSECTOR		VALOR P*
		SSA [‡] %	IMSS- OPORTUNIDADES %	
Ambroxol	75	65	91	0
Bencilo	72	64	85	0
Óxido de zinc	83	80	89	0.02
Lindano	28	38	12	0
Clioquinol	78	69	92	0
Miconazol	83	80	89	0.01
Ácido fólico 1 ¹	75	68	85	0
Ácido fólico 2 ¹	72	78	62	0
Fumarato tab ¹	76	68	89	0
Fumarato susp ¹	77	68	91	0
Levonorgestrel ¹	84	79	94	0
Desogestrel ¹	74	61	95	0
Medroxiprogesterona	82	77	90	0
Enantato	69	60	85	0
Condomes masculino	91	90	94	0.11
Glucosa al 5%	75	62	93	0
NaCl 0.9% ³	74	64	88	0
Sol Hartman ^{2,3}	75	65	90	0
Electrolitos ²	90	88	93	0.15
Estreptomina	14	12	14	0.54
Isoniazida	23	20	26	0.16
Sabin	56	46	72	0
BCC ²	69	56	87	0
DPT ²	75	72	79	0.10
Tetraivalente ²	28	26	30	0.47
Triple viral	80	73	93	0
Sarampión ²	59	52	71	0
Toxoide tetánico ^{1,2}	81	74	91	0
Complemento niños ²	90	86	96	0
Complemento mujer	88	84	95	0

* Valor de probabilidad de la prueba t para diferencia de medias

‡ SSA: centros de salud, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles

¹ Insumos necesarios para la atención del parto² Insumos necesarios para la atención de niños³ Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

VARIABLES	GENERAL %	SUBSECTOR		VALOR P	CUADRO 11 Servicios ofrecidos a la población
		SSA† %	IMSS- OPORTUNIDADES %		
Biopsia	2	2	0	0.07	
Cesárea ¹	2	0	1	0.72	
Cirugía menor	39	33	43	0.05	
Consulta dental	29	34	14	0	
Consulta adulto ³	95	93	97	0.05	
Consulta niño ²	96	95	97	0.25	
Consulta emb ¹	96	95	97	0.19	
Monitoreo nutrición	94	94	96	0.27	
Cuidado rec nacido ¹	64	59	70	0.01	
Parto ¹	50	39	65	0	
Punciones	20	13	24	0	
Ultrasonido ¹	4	1	1	0.92	
Urgencias	72	66	79	0	
Citología vaginal ¹	80	77	83	0.16	
Cultivo microbacteriano	4	2	3	0.61	
Detección de sífilis ¹	9	9	2	0	
Electrocardiograma ³	3	0	0	0.43	
GS y Rh ¹	7	4	2	0.19	
Niveles de glucosa ^{1,3}	78	74	83	0.02	
Niveles hemoglobi ^{1,3}	8	5	6	0.70	
Hemos glucosilada ^{1,3}	6	5	2	0.07	
Pruebas de orina ^{1,3}	47	38	57	0	
Química sanguínea ³	5	2	1	0.13	
Ultrasonido ¹	4	1	1	0.92	
Examen orina ^{1,3}	5	2	1	0.33	
Exudado	2	2	0	0.07	
Prueba cutánea	2	1	2	0.30	
Rx 3%	1	0	0.26		
Tiempos de sangrado	3	1	0	0.17	
Urocultivo	2	1	1	0.92	
Papanicolaou ¹	72	71	73	0.62	
Partos ¹	47	37	59	0	
Práctica odontológica	20	22	10	0	
Revisión oftálmica ³	28	22	37	0	
Talleres de salud ³	87	83	95	0	

* Valor de probabilidad de la prueba t para diferencia de medias

† SSA: centros de salud, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles

¹ Insumos necesarios para la atención del parto

² Insumos necesarios para la atención de niños

³ Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

CUADRO 12
Proporción de equipamiento de acuerdo con el tipo de unidad

TIPO DE UNIDAD	N	VARIABLES												
		BM ^B	CS ^A	HR ^D	HC ^E	CSRDF ^F	CSRC ^G	UMR ^H	UM ^I	CSU ^J				
		4	31	2	14	132	30	16	148	11	2	2	2	
							2	3			2	4	5	
		%												
Proporción de áreas de atención		42	29	92	86	54	53	69	64	25	57	65	64	78
Proporción de áreas de atención para parto y visita prenatal		67	44	100	96	68	59	69	76	45	56	50	56	67
Proporción de áreas de atención para salud de niños		50	13	100	86	82	97	88	93	36	75	75	75	50
Proporción de áreas de atención del síndrome metabólico		100	84	100	99	78	83	91	95	72	0	0	50	100
Proporción de equipo médico		60	51	82	87	77	74	70	71	51	76	63	70	72
Proporción de equipo médico para parto y visita prenatal		75	72	90	91	78	86	83	87	62	92	85	85	96
Proporción de equipo médico para salud de niños		88	77	100	96	78	82	78	92	55	83	76	76	100
Proporción de equipo médico del síndrome metabólico		63	74	90	90	82	77	77	88	59	100	100	83	83
Proporción de material médico		65	61	48	71	85	74	69	77	71	84	71	55	61
Proporción de material médico para parto y visita prenatal		67	39	50	82	78	80	65	90	54	78	78	67	61
Proporción de material médico para salud de niños		63	76	50	86	97	92	88	93	86	100	100	100	100
Proporción de material médico de síndrome metabólico		0	15	50	57	63	70	70	73	45	50	50	50	25
Proporción de medicamentos		43	35	96	78	72	73	69	83	74	82	88	70	86
Proporción de medicamentos para parto y visita prenatal		88	31	100	80	82	80	78	86	73	86	86	82	95
Proporción de medicamentos para salud de niños		75	68	95	80	75	77	69	84	91	82	97	84	87
Proporción de medicamentos del síndrome metabólico		50	74	94	81	89	83	81	84	82	100	100	25	100
Proporción de servicios ofrecidos		57	68	44	72	85	65	61	64	91	65	54	38	69
Proporción de servicios ofrecidos para parto y visita prenatal		75	81	50	93	63	65	48	97	100	35	27	38	81
Proporción de servicios ofrecidos para salud de niños		75	81	50	93	95	100	100	97	100	100	100	100	100
Proporción de servicios ofrecidos del síndrome metabólico		75	74	50	93	57	62	56	68	50	38	25	31	81

Nota: no se consideran los tipos de unidad "consultorio periférico SSA", "unidad médica urbana", "centro de salud urbano de 3 núcleos", "centro de salud urbano de 8 núcleos" y "centro de salud urbano de 11 núcleos" por contener sólo una observación (tabla completa en anexos)

BM = brigada móvil, CS = casa de salud, HR = hospital rural, HC = hospital comunitario, CSRDF = centro de salud rural disperso, CSRC = centro de salud rural concentrado, UM = unidad móvil, UMR = unidad médica urbana, UMR = unidad médica rural, CSU = centro de salud urbano.

^A Para la CS, los espacios indispensables se consideran de acuerdo con el plano arquitectónico (consultorio, sala de labor, baño compartido, lavabo, etc.). Se incluye cuarto de curación dado que realizan curaciones sencillas, así como alcohol, algodón, benzal, gasas, guantes, isodine, jabón, suturas, contenedores, tela adhesiva, vendas. Por su participación en programas de vacunación se incluyen vacunas, red fría de vacunas, jeringas. Se da consulta a adultos, niños y embarazadas, por lo que se requiere equipo de diagnóstico básico, báscula, estadímetro. Por sus actividades en la atención del recién nacido y crecimiento del niño se requiere báscula infantil, infantómetro, termómetro, suero oral y servicios de monitoreo nutricional y complemento para niños. Para la atención del embarazo, cinta métrica, estetoscopio Pinard, complemento para mujeres. Se requiere instrumental, necesario para brigadas móviles y para cuestiones de planificación familiar condones y DIU. Citología vaginal o Papanicolaou para detección de cáncer.

^B Se establecen los mismos requisitos que la casa de salud, ya que ahí es donde llega la brigada móvil o unida móvil.

^C Insumos de HC de acuerdo con la guía de equipamiento de Cenetec.

^D Se establecen los mismos requerimientos que la Unidad Médica Rural más lo estipulado en las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades. Para HR, talleres de salud es equivalente a trabajo social. Para HR se atienden partos.

^E De acuerdo con Medidas y Guía de equipamiento Cenetec para centros de salud.

^F Se establece el equipamiento según lo establecido por las oficinas centrales de la Unidad de Evaluación del IMSS-Oportunidades.

^G Se establece el mismo equipamiento que una CS.

VARIABLES	GENERAL %	SUBSECTOR		VALOR P
		SSA [†] %	IMSS- OPORTUNIDADES %	
<i>Porcentaje de unidades de atención con:</i>				
Registra programación de sesiones educativas	29	26	36	0.17
Registra programación de citas médicas	46	39	59	0
Registra suplemento entregado	27	19	37	0
Registra asistencia a sesiones educativas	25	23	32	0.12
Registra asistencia a la sesión de preparación del suplemento	23	21	27	0.42

CUADRO 13
Resultados descriptivos de acuerdo con la verificación del expediente

* Valor de probabilidad de la prueba t para diferencia de medias.

† SSA: centros de salud, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles.

derable que inicia con retraso su atención prenatal y para la cual la identificación temprana y la atención oportuna de posibles complicaciones es menos viable.

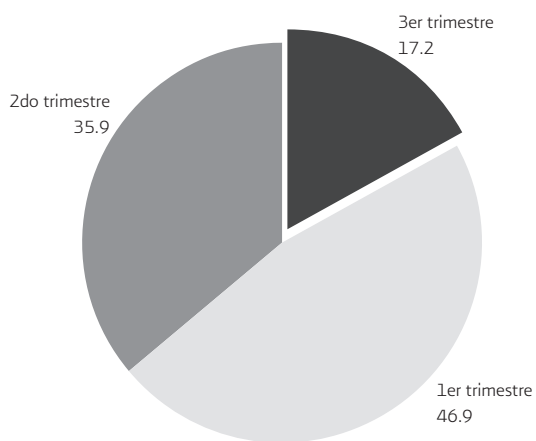


FIGURA 10
Distribución de las mujeres en su primera visita prenatal por trimestre de embarazo

Las mujeres que asistieron a las clínicas para una visita prenatal se trasladaron sin ningún medio de transporte (caminaron, 74%) o transporte público (21%). La media del tiempo de transporte de las mujeres al centro de salud es de unos 20 minutos, con límites de 0 a 120 minutos.

El promedio de las visitas prenatales entre mujeres que se encontraban en el tercer trimestre del embarazo es casi de seis visitas en un rango de 1 a 12 visitas, lo que de alguna forma muestra que en promedio las mujeres cumplen por lo menos con el número mínimo de visitas prenatales recomendado en las guías generales de atención del embarazo que promueve el Programa Oportunidades (cinco visitas). Al dividir la muestra de mujeres embarazadas en mujeres con derecho únicamente a *Oportunidades*, sólo a Seguro Popular y sin acceso a ninguno de estos dos programas, se encontró que el promedio de visitas en el tercer trimestre es casi de seis en cualquiera de los tres grupos de mujeres.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR MÉDICOS O ENFERMERAS DURANTE LAS VISITAS PRENATALES

La verificación de los procedimientos médicos de seguimiento y atención a los que las mujeres embarazadas tienen acceso en las unidades de salud es un indicador de la calidad de la atención que reciben durante el embarazo. De esta forma, la verificación de las intervenciones mínimas realizadas durante la atención prenatal permite conocer si las mujeres beneficiarias y no beneficiarias de *Oportunidades* se exponen a servicios de salud prenatal con un mínimo de calidad. Para ello se analizan los procedimientos que los médicos y enfermeras mencionaron haber realizado durante las visitas prenatales (primera o posteriores) y los procedimientos registrados en la cartilla prenatal y expedientes. Estos procedimientos o acciones son, por ejemplo, la toma de presión y peso, la medición del abdomen, la valoración de la frecuencia cardíaca fetal, entre otras. La información registrada en la cartilla prenatal hace posible constatar el número de procedimientos documentados a los que se expusieron las mujeres, los cuales establece la norma oficial de la Secretaría de Salud.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA PRIMERA VISITA PRENATAL

Cuando se revisa la realización de procedimientos básicos en la primera visita prenatal entre médicos, enfermeras y pacientes en general, se observó que los pacientes señalan con menor frecuencia, en relación con médicos y enfermeras, la realización de procedimientos vinculados con consejería (pláticas e información), exámenes de laboratorio y algunos procedimientos regulares, como la medición del abdomen, la valoración fetal del latido cardíaco, el examen de mama, el examen pélvico y la hinchazón de los pies. De manera adicional, se encontró que la frecuencia con la cual se señala efectuar cualquier procedimiento es mayor en médicos respecto de lo comunicado por las enfermeras, con excepción de algunos procedimientos comunes como la toma de presión y la medición del peso y la talla. Para el caso de las unidades de salud, en las cuales estaban presentes al momento del levantamiento de la información médicos y enfermeras, lo que representa 73% de las unidades visitadas, este resultado no es excepcional dado que es muy probable que sea producto de la responsabilidad compartida de aquéllos y éstas en la realización de procedimientos de atención prenatal. Al analizar la frecuencia con la que se dice llevar a cabo ciertos procedimientos entre médicos, se advirtió que la práctica de exámenes de laboratorio, como examen de orina, examen de sangre y examen para detección de VIH, son poco frecuentes, así como algunos procedimientos regulares, como el examen pélvico. Además, otras acciones de baja frecuencia en la atención común son los exámenes de mama y pélvico. Lo mismo sucede con las pruebas de orina, que tienen una frecuencia menor de 50% en cualquiera de los tres casos (pacientes, médicos y enfermeras) (figura 11).

Es importante resaltar dos aspectos. Por un lado, la elevada frecuencia de las acciones regulares como la medición de la presión arterial y el peso, para las que médicos y enfermeras notifican estas actividades en 90% de las veces. Aunque los pacientes informan la práctica de procedimientos como la toma de presión arterial y peso con menor frecuencia, representa aún 80% de los casos. En contraste, los médicos señalan una alta frecuencia sobre el otorgamiento de información sobre peso y nutrición (más de 90% de los médicos), mientras que los pacientes lo hacen en tan sólo 50% de los casos. Esto es importante porque la presencia de mala nutrición y obesidad tiene claras implicaciones que al final pueden influir en la mortalidad y morbilidad maternas. Al respecto, cabe resaltar que el otorgamiento de información sobre el peso promedio que las mujeres deben aumentar durante el embarazo y la nutrición es fundamental para garantizar el desarrollo de un embarazo saludable; en este punto, la discrepancia entre los médicos y los pacientes lleva a poner en duda las respuestas de los médicos acerca de los procedimientos que realizan durante el seguimiento prenatal.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LAS VISITAS PRENATALES SUBSECUENTES

La distribución del promedio de visitas subsecuentes de acuerdo con el trimestre del embarazo es de dos en el primer trimestre, tres en el segundo y cerca de seis en el tercero.

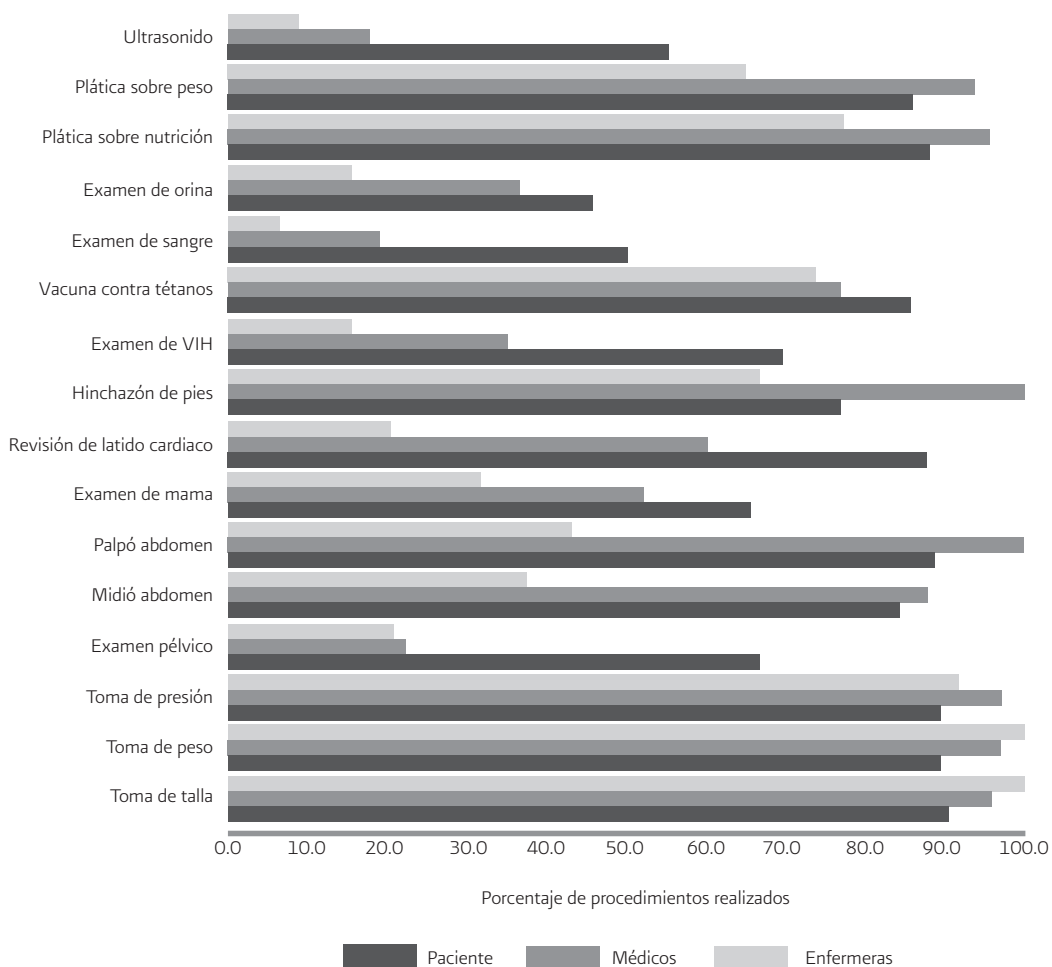


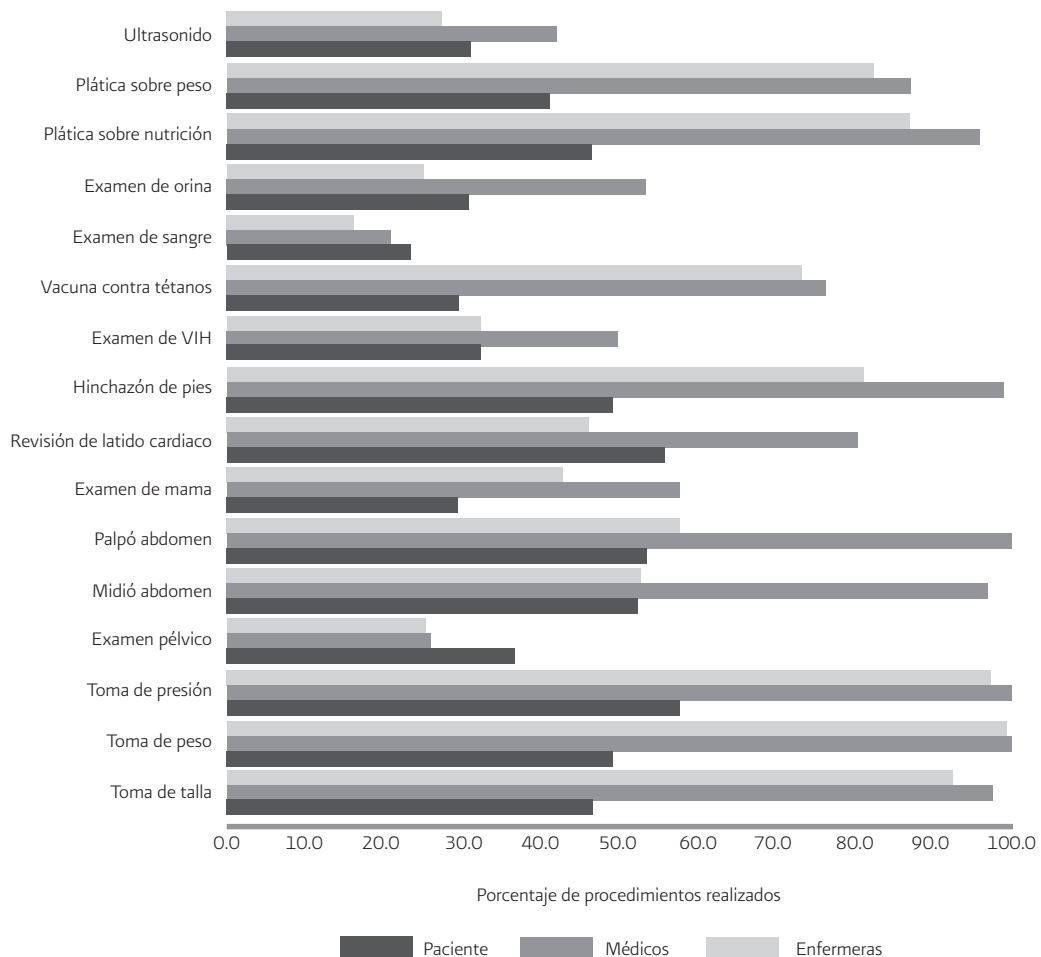
FIGURA 11
 Reporte de los médicos, enfermeras o pacientes de los procedimientos realizados en la primera visita prenatal

En esta sección se informan los procedimientos señalados por pacientes, médicos y enfermeras que se llevaron a cabo únicamente en las visitas subsiguientes. Para ello se eligieron en primer lugar las respuestas de pacientes y personal de salud que correspondían a visitas subsiguientes; en segundo lugar, se consideraron las acciones efectuadas por médicos, ya sea en esta visita subsiguiente o en alguna previa. De esta forma, la práctica de cada uno de los procedimientos refleja la acumulación de actividades realizadas a lo largo de la atención prenatal.

Al igual que en la sección anterior, el porcentaje de pacientes que señala la realización de cualquiera de los distintos tipos de procedimientos durante la atención prenatal en visitas subsiguientes es menor que la reportada por médicos y enfermeras. Del mismo modo, la frecuencia de la realización de algunos procedimientos comunes en visitas subsiguientes, como la medición del latido cardiaco, el examen del abdomen y algunas pruebas de laboratorio, es menos frecuente entre enfermeras respecto de los médicos. Entre los procedimientos de atención prenatal, que menos del 50% de la muestra de médicos señala realizar, figuran el ultrasonido, exámenes de sangre, orina y VIH y examen pélvico (figura 12).

Entre las intervenciones que tienen un papel fundamental para la identificación de embarazos de alto riesgo debe resaltarse la relativa baja frecuencia de procedimientos para reconocer preeclampsia, entre ellos examen de orina y verificación de hinchazón en pies y piernas. Además, es importante identificar la baja frecuencia con la que se toman

FIGURA 12
Reporte de los médicos,
enfermeras o pacientes
de los procedimientos
realizados en visita sub-
secuente de atención
prenatal



muestras de sangre, un procedimiento que es necesario para el reconocimiento de anemia durante el embarazo, que es un problema común entre mujeres de zonas marginadas.

INFORMACIÓN INVESTIGADA EN LA PRIMERA VISITA PRENATAL POR MÉDICOS Y ENFERMERAS

La información básica que un proveedor de salud debe investigar en la primera visita prenatal de una paciente embarazada es clave para tomar decisiones sobre el tipo de seguimiento que debe efectuarse, e incluso la clasificación del embarazo (normal o de alto riesgo). El grupo de preguntas básicas a realizar en la primera visita prenatal verificadas entre proveedores de salud (médicos y enfermeras) y pacientes se enfocaron en los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes: la sintomatología que ha presentado durante el embarazo, el uso de medicamentos y estilos de vida de la mujer. Cuando se analiza la frecuencia en la indagación de esta información por parte de los proveedores de salud, se encontró que son los médicos, en comparación con las enfermeras, los que realizan la mayor parte de estas preguntas a las mujeres (cuadro 14). En general, las enfermeras tienden a preguntar menos sobre los síntomas o antecedentes de salud que pueden modificar indirectamente el estado de salud de la mujer durante el embarazo. El grupo de preguntas que las enfermeras realizan con menor frecuencia, en comparación con los médicos, se concentran en el posible contagio de alguna enfermedad sexual (enfermedad de transmisión sexual o VIH); antecedentes de problemas genéticos; niños nacidos muertos o abortos; presentación de sangrado; pérdida de peso; presentación

TIPO DE PREGUNTA	REPORTE		REPORTE
	MÉDICOS N = 66	ENFERMERAS N = 35	PACIENTES N = 66
Antecedentes ginecoobstétricos			
¿Cuántas veces ha estado embarazada antes?	86.36	74.29	98.48
¿Cuántos niños nacidos muertos o abortos ha tenido?	84.85	68.57	92.42
¿En su familia hay antecedentes de problemas genéticos?	78.79	57.14	81.82
¿Le han hecho un Papanicolaou?	75.76	62.86	78.79
¿Cuándo fue su última regla?	89.39	74.29	98.48
¿Se ha contagiado con alguna enfermedad sexualmente transmisible, incluyendo VIH?	74.24	48.57	65.15
¿Ha tenido enfermedades del corazón o hígado?	63.64	42.86	63.64
Síntomas			
¿Presenta sangrado?	78.79	62.86	78.79
¿Ha perdido peso?	63.64	54.29	90.91
¿Ha tenido náusea o vómito?	84.85	65.71	90.91
¿Ha tenido la presión alta?	72.73	60	74.24
¿Tiene algún otro problema de salud actualmente?	80.30	54.29	83.33
¿Ha tenido fiebre?	69.70	48.57	78.79
¿Ha presentado hinchazón de sus piernas?	81.82	65.71	86.36
¿Ha tenido cansancio?	69.70	51.43	78.79
Uso de medicamentos			
¿Está tomando medicamentos?	75.76	60	89.39
¿Ha usado anticonceptivos?	75.76	54.29	81.82
¿Es alérgica a algún medicamento?	80.30	65.71	81.82
Estilos de vida			
¿Fuma o ha fumado antes?	81.82	62.86	87.88
¿Toma bebidas alcohólicas o tomó anteriormente?	81.82	60	81.82

CUADRO 14
Preguntas realizadas por médicos y enfermeras en la primera visita

de náusea o vómito; uso de medicamentos; antecedentes de presión alta; uso de anticonceptivos; antecedentes de problemas del corazón e hígado; hábito de fumar; ingesta de bebidas alcohólicas; antecedentes de problemas de salud; presencia de fiebre, hinchazón de piernas o cansancio.

De este grupo de preguntas destacan, por su baja frecuencia tanto en médicos como en enfermeras, las que se enfocan en averiguar la posible pérdida de peso de las mujeres y los antecedentes de enfermedades del corazón e hígado.

En general, se encontró que el reporte de los pacientes sobre la realización de los procedimientos médicos en la primera visita es mayor que el notificado por los propios médicos y enfermeras. Esto puede reflejar el sesgo de memoria de los pacientes a preguntas específicas sobre la atención prenatal.

INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA CARTILLA PRENATAL

La utilización de la cartilla entre mujeres embarazadas es un aspecto clave para el seguimiento adecuado del embarazo, ya que no sólo permite tener el registro de cada una de las intervenciones de salud esenciales a las que la mujer debe tener acceso durante la atención prenatal, sino que también provee información para la atención adecuada de complicaciones de la gestación. La importancia del uso adecuado de la cartilla prenatal entre proveedores de salud y pacientes radica en el uso de la información registrada en este documento. Dado que la cartilla se queda con la mujer, los antecedentes de salud y procedimientos registrados en la cartilla prenatal pueden utilizarse en otros niveles de atención (hospitales y hospitales de especialización) para la atención complicaciones obstétricas. A pesar de la importancia del uso de la cartilla, del total de mujeres embarazadas entrevistadas apenas 60% señala haber llevado la cartilla prenatal a su última visita prenatal.

En general, se encontró que la información clave que debe registrarse en la cartilla prenatal (edad de la mujer, número de embarazos, número de abortos, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, tipo de sangre, vacuna contra el tétanos, examen de VIH, examen de sífilis, examen de hemoglobina, examen de orina, peso y presión arterial) aparece en dicho documento, con excepción del grupo de procedimientos que supone la realización de exámenes de laboratorio (cuadro 15), como tipo de sangre (53%), examen de VIH (45%), examen de detección de sífilis (38%), examen de hemoglobina (41%) y orina (48%). De forma adicional, se halló que las enfermeras registran con menor frecuencia, en comparación con los médicos, información específica como la fecha última de menstruación de la mujer, grupo sanguíneo, exámenes de detección de VIH y sífilis. Esto puede explicarse por el hecho de que, cuando se trata de unidades de salud donde los proveedores son médicos y enfermeras, la responsabilidad de la provisión y registro de los procedimientos es compartida. Sin embargo, éste no es el caso de las unidades de salud en las que los únicos proveedores de salud son las enfermeras. El registro de procedimientos relacionados con exámenes de laboratorio (hemoglobina, detección de VIH y orina) son de menor frecuencia en unidades de salud donde las enfermeras, al momento del levantamiento, eran los únicos proveedores de salud.

CUADRO 15
Información de
procedimientos
generales registrados
en la cartilla prenatal.
Distribución
porcentual

	REPORTE DEL PERSONAL DE SALUD		INFORMACIÓN EN CARTILLA N = 257
	MÉDICOS N = 226	ENFERMERAS N = 100	
Información general			
Edad	77.7	78	93.7
Gravidez (# embarazos)	75.4	74	84.2
Paridad (# partos)	71.9	73	83.8
Fecha de última menstruación	54.7	44	84.2
Fecha probable de parto	71.9	80	84.2
Exámenes de laboratorio			
Examen de grupo de sangre y Rh	42.6	31	53.4
Vacuna contra el tétanos	48.4	42	71.9
Detección de VIH	44.9	30	44.7
Detección de sífilis (VDRL)	47.3	34	37.9
Examen de hemoglobina	81.6	97	41.1
Examen de orina	82.8	94	48.6
Procedimientos generales			
Medición del peso	73.4	71	85.4
Medición de la presión arterial	71.1	69	81.8

Al comparar el registro de la información de la cartilla entre mujeres beneficiarias de *Oportunidades* y mujeres con Seguro Popular, se observó que es ligeramente mayor la proporción de mujeres que tienen registradas actividades básicas de atención entre mujeres con acceso a Seguro Popular en comparación con mujeres con derecho a *Oportunidades*. En particular, se encontró que el registro de actividades que implican la realización de exámenes de laboratorio (grupo sanguíneo, examen de VIH, examen de sífilis, examen de hemoglobina, etc.), el registro de la vacuna contra el tétanos, el peso de la mujer y la presión arterial son intervenciones registradas con mayor frecuencia en mujeres con Seguro Popular. De modo adicional, no se encontraron diferencias en el registro de la información general en la cartilla prenatal entre mujeres con *Oportunidades* y mujeres sin ningún beneficio (figura 13). Al cruzar esta información con algunos de los procedimientos que los proveedores de salud (médicos o enfermeras) mencionan efectuar durante la atención prenatal, se encontró un grupo de actividades que de modo consistente se realiza con menor frecuencia entre proveedores de salud, y que también tiene un bajo registro en la cartilla (se trata sobre todo de los exámenes de laboratorio).

Cuando se comparó el registro de la información de la cartilla por tipo de unidad de salud se encontró que los proveedores de salud de la Secretaría de Salud registran con más frecuencia la información de la cartilla en comparación

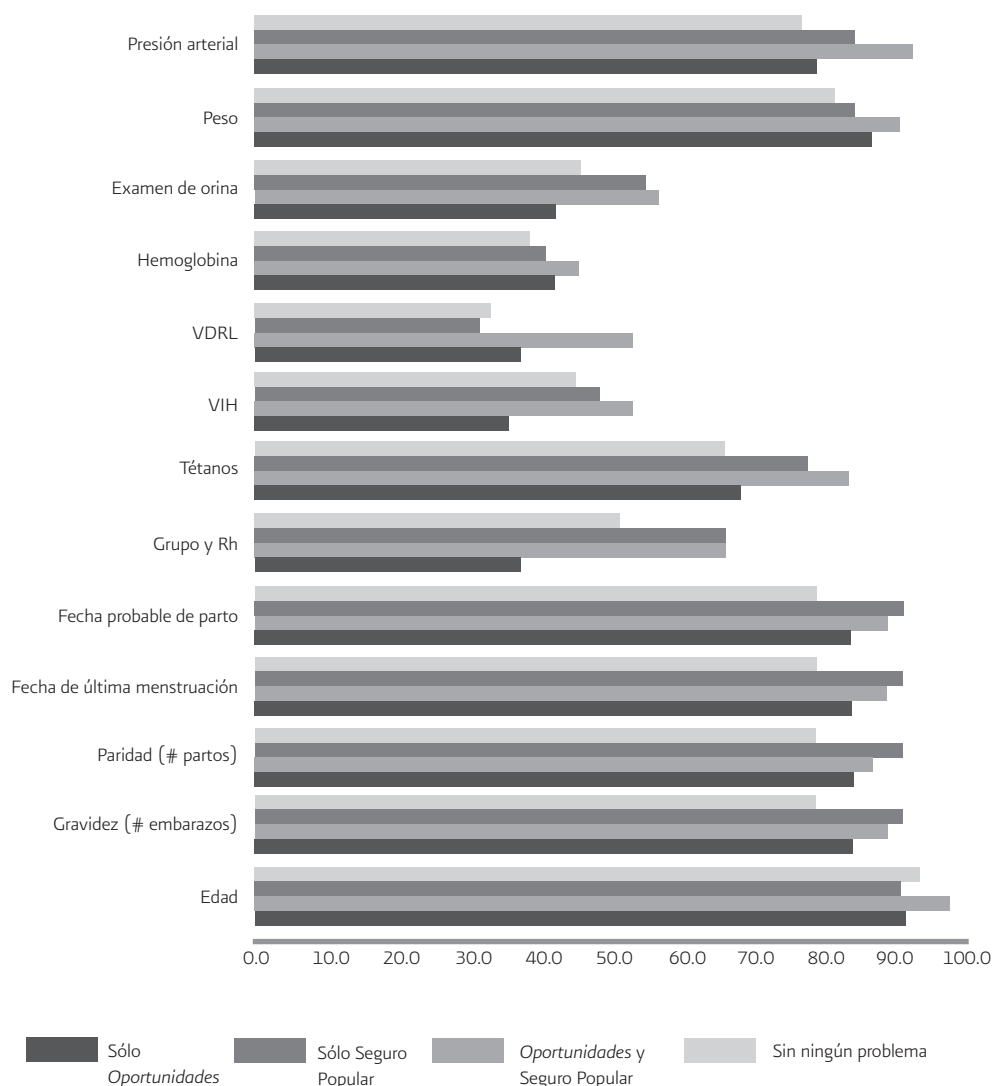


FIGURA 13
Comparación del registro de información básica entre beneficiarios de *Oportunidades* y Seguro Popular

con lo reportado por proveedores de las unidades de salud de IMSS-*Oportunidades*. De igual modo, cuando esto mismo se verifica en las cartillas, se repiten de forma consistente las mismas diferencias; el registro de información como exámenes de laboratorio y vacunas contra el tétanos es mayor en unidades de salud de la Secretaría de Salud en relación con las unidades de IMSS-*Oportunidades*. Además, cuando se compara el registro de la información en unidades de salud más pequeñas que pertenecen a la SSA (clasificadas como otros: centros de salud rurales dispersos, casas de salud y unidades móviles), el registro es mayor en éstas en comparación con las unidades de IMSS-*Oportunidades* (cuadro 16). Las mujeres atendidas en unidades de IMSS-*Oportunidades* tienen sin duda un menor registro de los procedimientos contenidos en la cartilla prenatal, sobre todo en los procedimientos que implican la realización de exámenes de laboratorio.

Cuando la información de la cartilla se divide entre población indígena y población no indígena se observa que la información relacionada con la edad de la mujer, número de embarazos, fecha probable de la menstruación y fecha probable del parto tienen una elevada frecuencia en su registro en ambas poblaciones. Sin embargo, la diferencia en la frecuencia con la que se registra información vinculada con exámenes de laboratorio como hemoglobina y examen de laboratorio es estadísticamente significativa y menor entre la población indígena. La misma diferencia se encontró en la realización de procedimientos como el registro del peso de la mujer y la toma de presión arterial (cuadro 17). Esto puede ser indicativo de que las poblaciones indígenas no tienen acceso a pruebas de laboratorio ni a las vacunas necesarias para mantener un buen seguimiento del embarazo, con información más precisa del estado de salud de las mujeres.

CUADRO 16
Información general
de la cartilla y
procedimientos por
tipo de centro de
atención. Distribución
porcentual

	REPORTE DEL PERSONAL DE SALUD						INFORMACIÓN EN CARTILLA		
	MÉDICOS			ENFERMERAS			IMSS-		
	SSA N = 103	OPORTUNIDADES N = 50	OTROS N = 28	SSA N = 34	OPORTUNIDADES N = 39	OTROS N = 16	SSA N = 104	OPORTUNIDADES N = 64	OTROS N = 45
Edad	90.3	82	96.4	82.4	71.8	81.3	94.2	89.1	95.6
Gravidez (# embarazos)	89.3	82	92.9	76.5	61.5	87.5	92.3	62.5	95.6
Paridad (# partos)	84.5	80	85.7	79.4	61.5	81.3	92.3	62.5	95.6
Grupo y Rh	65	58	64.3	47.1	38.5	37.5	54.8	42.2	55.6
Tétanos	87.4	76	75	79.4	76.9	75.0	74	57.8	77.8
VIH	57.3	26	57.1	29.4	25.6	56.3	50	34.4	33.3
VDRL	64.1	36	53.6	47.1	28.2	50	45.2	26.6	26.7
Hemoglobina	59.2	36	57.1	26.5	25.6	37.5	46.2	23.4	42.2
Examen de orina	53.4	52	57.1	32.4	28.2	37.5	46.2	42.2	48.9
Peso	94.2	90	96.4	100	97.4	87.5	83.7	78.1	93.3
Presión arterial	95.1	90	100	91.2	92.3	100	82.7	71.9	86.7
Fecha de última menstruación	88.3	76	89.3	73.5	66.7	75	92.3	62.5	95.6
Fecha probable de parto	87.4	70	85.7	70.6	64.1	75	92.3	62.5	95.6

	INDÍGENA N = 119	NO INDÍGENA N = 123	VALOR P
Edad	90.8	95.9	0.110
Gravidez (# embarazos)	80.7	87.8	0.129
Paridad (# partos)	80.7	87	0.183
Grupo y Rh	48.7	57.7	0.161
Tétanos	65.5	81.3	0.005
VIH	39.5	47.2	0.227
VDRL	33.6	41.5	0.205
Hemoglobina	30.3	52.8	0
Examen de orina	35.3	62.6	0
Peso	79	93.5	0.001
Presión arterial	73.9	90.2	0.001
Fecha de última menstruación	80.7	87.8	0.129
Fecha probable de parto	80.7	87.8	0.129

CUADRO 17
Información general de
la cartilla por tipo de
población

ACCESO A MEDICAMENTOS

El 92% de las mujeres embarazadas tuvo acceso al ácido fólico y 77% a pastillas de hierro. Al diferenciar los grupos de mujeres beneficiadas sólo por *Oportunidades* o el Seguro Popular se encontró que la mayor parte de las mujeres tuvo acceso al ácido fólico y las pastillas de hierro, independientemente de estar en cualquiera de los dos programas y su condición indígena, sin reconocer tampoco diferencias estadísticamente significativas entre estos subgrupos. De manera adicional, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres que pagaron por la provisión de ácido fólico o pastillas de hierro entre estos grupos de mujeres.*

ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

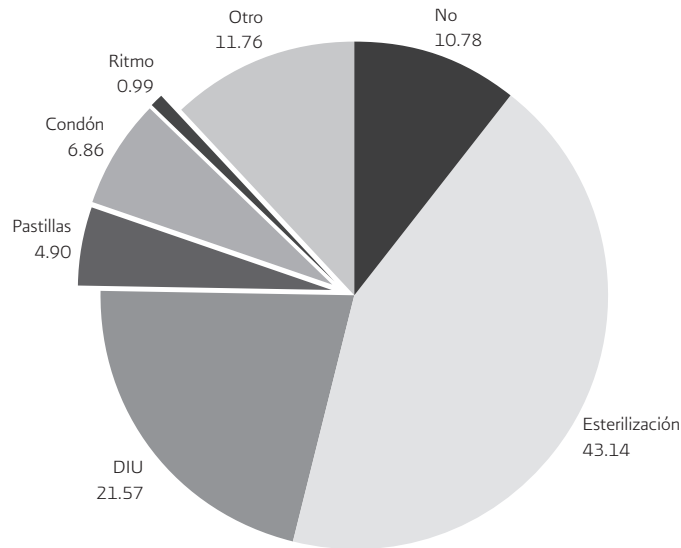
Para analizar el acceso a los métodos anticonceptivos se utilizó una muestra de 221 mujeres en edad fecunda (15–49 años), no en todos los casos beneficiarias de *Oportunidades*, que señalaron no estar embarazadas y asistieron a la clínica de salud por razones relacionadas con problemas metabólicos, como diabetes (37%) e hipertensión (36%). La edad promedio de estas mujeres es de 39 años, con una desviación estándar de casi 10 años. Al tomar en cuenta los valores extremos de la edad, este grupo se compone de mujeres que están en el inicio de su edad reproductiva (15 años) y mujeres que están por salir del grupo de edad reproductiva (49 años). Los años de educación de estas mujeres en promedio es más bajo que el del promedio de las mujeres embarazadas (cuatro años de educación escolar), 17% trabaja y 51% tiene condición indígena. Por último, hasta 43% de estas mujeres menciona tener el beneficio sólo de *Oportunidades*, 17% no tiene filiación con ningún programa y apenas 6% tiene la protección del Seguro Popular. El 46% de las mujeres casadas o unidas señaló que utilizaba algún método anticonceptivo. Dado que el promedio de edad de estas mujeres es más alto, es probable que este grupo de mujeres tenga mayor prevalencia de alteraciones metabólicas.

Entre las mujeres que reportaron estar usando algún método anticonceptivo, la mayor proporción mencionó estar esterilizada (43%), lo que corresponde a la característica fundamental de este grupo de mujeres, cuyo promedio de edad es cercano a 40 años; en segundo lugar, 22% dijeron estar usando el dispositivo intrauterino (DIU); en

* Cabe señalar que la falta de relevancia estadística en las diferencias de las proporciones del acceso a medicamentos se relaciona con el reducido tamaño de muestra en el informe del uso de medicamentos debido a la presencia de valores perdidos.

tercer lugar, las mujeres utilizaban otro tipo de método anticonceptivo (12%); en cuarto lugar el condón (7%), en quinto las pastillas anticonceptivas (5%) y en sexto el ritmo (1%). Cabe destacar que del grupo de mujeres que indicó el uso de algún método anticonceptivo, 19% refirió sentirse presionada por algún médico o enfermera para usar algún método anticonceptivo (figura 14).

FIGURA 14
Distribución del uso de métodos anticonceptivos



La edad avanzada de estas mujeres, además de las condiciones médicas que presentan, hace que los riesgos de salud de estas mujeres sean mayores debido, por un lado, a la presencia de embarazos no deseados y, por otro, a la morbilidad y mortalidad vinculadas con este tipo de embarazos. La prevalencia del uso de anticonceptivos entre este grupo de mujeres es menor al promedio nacional (Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003).* Si se consideran los riesgos obstétricos entre estas mujeres es relevante tomar en cuenta que el acceso de estas mujeres a los anticonceptivos no se ha cubierto.†

EVALUACIÓN DE LOS CASOS ESTANDARIZADOS DE ATENCIÓN PRENATAL Y DEL EMBARAZO

Se le pidió al proveedor encargado de la clínica completar una viñeta con dos partes. Por lo general, éste fue un médico, pero en algunas clínicas no laboraba un médico y la enfermera era el proveedor principal. La primera parte de la viñeta se refiere a la visita prenatal de una mujer con preeclampsia.

Esta viñeta la respondieron 338 médicos y 24 enfermeras. Para estimar la calidad de atención, se calcularon calificaciones crudas al dividir el número de respuestas correctas entre el número total de criterios para la atención en este tipo de paciente. La calificación promedio para toda la muestra fue de 51.8% (DE, 10.06) como se muestra en la figura 15. Los médicos mostraron un desempeño mejor que las enfermeras en todos los dominios de la visita prenatal (51.8% contra 36.2%, respectivamente).

* http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/ENSAR2003_Tabulados_basicos_nacional_2.pdf.

† Esta falta de cobertura podría explicarse ya sea por una inadecuada oferta de métodos anticonceptivos por parte de los proveedores de salud, o por el hecho de que estas mujeres no perciben tener la necesidad del uso de métodos anticonceptivos, que en alguna medida podría también ser consecuencia de la inadecuada información otorgada por parte de los servicios de salud, sobre los riesgos que estas mujeres corren al no utilizar métodos anticonceptivos.

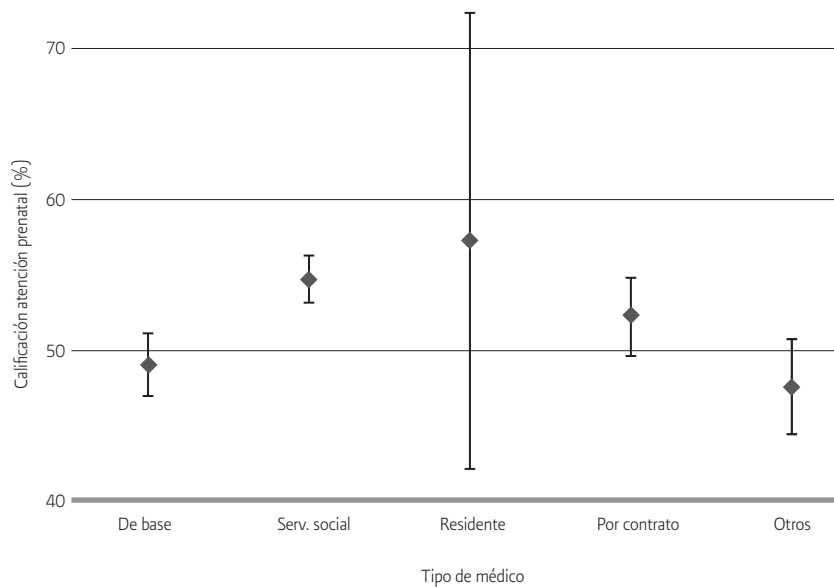


FIGURA 15
Calificación de médicos de la viñeta de atención prenatal por tipo de proveedor

Resalta el escaso uso de laboratorios como método diagnóstico y es necesario para el diagnóstico adecuado de preeclampsia. De los médicos, 90.2% señaló que revisaría por edema, 78.4% escucharía el foco fetal, 87.6% solicitaría un análisis de orina y 9.2% indicaría una tira reactiva por proteinuria. Mientras que 95.3% de los médicos pudo identificar correctamente el caso de preeclampsia (sin incluir una estimación de la gravedad de la afección), sólo 30% de las enfermeras logró el diagnóstico correcto del caso. Por último, por parte de los médicos el plan de atención fue correcto con decisión a referir (62.3%) o inducir el parto (54.1%). Sólo 46.7% de las enfermeras mencionó referir a la paciente. De los médicos, 72.8% indicó de manera apropiada el monitoreo materno-fetal, 73.4% instituyó tratamiento antihipertensivo, pero sólo 7.7% recurrió al uso del sulfato de magnesio (cuadro 18).

Para calcular la capacidad de los proveedores para atender un parto espontáneo con una complicación común de hemorragia, se extendió la viñeta de la visita prenatal para incluir la etapa del nacimiento. Se analizó la forma en que los proveedores atenderían un parto, atención adecuada de la tercera etapa y modo de tratar una hemorragia. Al igual que la viñeta prenatal, los médicos mostraron un mayor nivel de desempeño, pero los dos tipos de proveedores tuvieron calificaciones por debajo de la viñeta prenatal (cuadro 19).

Entre los médicos, 76% dijo evaluar signos vitales, 69% atender el parto (posición, limpieza) y 55% indicó monitoreo del foco fetal. Pocos (13%) mencionaron tomar medidas específicas para la atención del recién nacido. Se preguntó de manera específica acerca del manejo de la placenta después del parto; la evidencia clínica recomienda el control activo de la tercera etapa, lo cual incluye el uso de oxitocina, masaje uterino y tracción del cordón umbilical. Casi ningún proveedor cumplió con el paquete de estas tres intervenciones: 52% usó oxitocina, 25% efectuó un masaje uterino y sólo 2% aplicó tracción sobre el cordón. Un total de 61% haría una limpieza uterina y sólo 61% evaluaría la integridad de la placenta posexpulsión.

En relación con el control de la hemorragia posparto, 62% de los médicos mencionó haber utilizado oxitocina, 62% señaló haber canalizado a la mujer con líquidos intravenosos, 26% refirió haber efectuado un masaje uterino, 10% señaló haber tomado signos vitales, 8% consideró una transfusión de sangre, 16% contempló llevar a cabo revisión de la cavidad uterina, 8% mencionó laceraciones o desgarros en este momento y 38% señaló que utilizaría ergotrate, un medicamento contraindicado para una mujer con preeclampsia.

CUADRO 18

Desempeño en viñeta prenatal por tipo de proveedor

DOMINIO	MÉDICOS (N=338)		ENFERMERAS (N=30)	
	%	DE	%	DE
Historial	52.9	12.7	40.4	16.7
Examen	67.6	22.8	49	31.1
Laboratorio	40.3	16.3	25.2	15.8
Diagnóstico	71.9	29.5	45	35.6
Tratamiento	43.1	19.3	21.1	17.5
Calificación total	51.8	10.1	36.2	14.9

CUADRO 19

Desempeño en viñeta de parto por tipo de proveedor

DOMINIO	MÉDICOS (N=359)		ENFERMERAS (N=30)	
	%	DE	%	DE
Parto	27.1	9.7	17.9	11.8
Placenta	32.7	17.1	20	17.7
Hemorragia	15.3	10.9	7.7	7.6
Calificación total	23.5	8.2	14.2	11.8

V. Calidad de la atención al síndrome metabólico

Como en otras condiciones trazadoras, para el caso de las alteraciones relacionadas con el síndrome metabólico se analizó la información proveniente de tres fuentes de información: a) entrevistas de salida de pacientes que refirieron alguno de los tres diagnósticos de interés y revisión de sus expedientes (en caso de contar con ellos); b) entrevistas a médicos y enfermeras sobre el último paciente visto ese mismo día con algunos de los diagnósticos de interés; y c) aplicación de una viñeta clínica a médicos o enfermera con un caso estandarizado de diabetes con hipertensión.

INFORMACIÓN PROVENIENTE DE LAS ENCUESTAS DE SALIDA EN PACIENTES

Al terminar el trabajo de campo se entrevistó a un total de 694 pacientes adultos con alguno de los tres diagnósticos relacionados con el síndrome metabólico: diabetes, HTA o hipercolesterolemia. Cuarenta pacientes respondieron una versión preliminar del cuestionario y se excluyeron de este análisis. Las características generales de estos individuos se presentan en el cuadro 20.

Como se puede apreciar en el cuadro, la gran mayoría de los pacientes corresponde a mujeres y refirió tener el diagnóstico de diabetes o hipertensión arterial y 131 de ellos presentaron ambos diagnósticos. El diagnóstico de hipercolesterolemia o dislipidemia fue poco frecuente y sólo 1 de los 13 pacientes que lo señaló lo refirió como único diagnóstico; el resto lo señaló como comorbilidad vinculada con la diabetes, HTA o ambas. Casi todas fueron mujeres, con nivel de escolaridad bajo y casi la mitad se consideró indígena.

En cuanto a la consulta, la mayoría (92.1%) de los pacientes reportó el control de su enfermedad crónica como el motivo primario de consulta y prácticamente todos ya se habían revisado al menos una vez en esa misma clínica. El 82.9% (n=575) fue atendido por médicos y casi la mitad de ellos recibió atención además por una enfermera. No se recabó información específica sobre la enfermedad principal como tiempo de evaluación o presencia de complicaciones crónicas.

Como se describió en secciones anteriores de este informe, las entrevistas se realizaron en centros de atención médica que cubren a la población beneficiaria de *Oportunidades* en las localidades seleccionadas para la evaluación general, tras entrevistar a los usuarios que ahí se encontraron, que no siempre eran pacientes beneficiarios de *Opor-*

	N	%	CUADRO 20 Características generales de los pacientes con diagnósticos de enfermedad relacionada con el síndrome metabólico
Diagnóstico*			
Diabetes	404	58.2	
Hipertensión arterial	420	60.5	
Hipercolesterolemia	13	1.9	
Edad en años (media ± DOE)	58 ±13.1		
Sexo			
Hombre	149	21.47	
Mujer	545	78.53	
Escolaridad			
Ninguna o menos de la primaria	273	39.3	
Primaria	372	53.6	
Otros	49	7.1	
Se considera indígena	325	46.9	
Programas			
Beneficiario de <i>Oportunidades</i>	456	65.7	
Beneficiario del Seguro Popular	268	38.6	
Ambos programas	196	28.2	
Características de la consulta			
Institución†			
SSA	454	65.4	
IMSS- <i>Oportunidades</i>	240	34.6	
Motivo primario de consulta			
Control de enfermedad crónica	639	92.1	
Otros motivos	55	7.9	
Personal que atendió la consulta			
Sólo médico	341	49.2	
Sólo enfermera o auxiliar	99	14.3	
Ambos (médico y enfermera)	234	33.7	
No especificó	20	2.9	
Tiempo de espera: minutos (media ± DE)	13.7 ±13.9		
Tiempo de consulta: minutos (media ± DE)	16.8 ±7.3		

* Los porcentajes suman más de 100% por la presencia de pacientes con más de un diagnóstico

† En la base de datos no se pudo identificar con precisión el tipo de institución

tunidades. En la muestra de este análisis, 65% de los entrevistados indicó ser beneficiario del Programa. Sin embargo, dado que la información de los pacientes en las entrevistas de salida es una de las perspectivas para evaluar la calidad de la atención de las clínicas o centros de salud, para este análisis descriptivo se incluyó a todos los pacientes, tanto si participaban del Programa como si no.

CRITERIOS DE CALIDAD DE LA CONSULTA

En el cuestionario para pacientes con alguna de las enfermedades de interés vinculadas con el síndrome metabólico, se preguntó sobre acciones y recomendaciones efectuadas durante la consulta de ese día; además, al margen de lo realizado o recomendado en ese día, se preguntó por la última vez que fue objeto de esa práctica o recomendación. Como se comentó al inicio de este capítulo, estas acciones o sugerencias reflejan las actividades del tratamiento y monitoreo de este tipo de pacientes incluidas en las guías nacionales (NOM) e internacionales. Dado que las tres enfermedades están muy relacionadas, tanto en su etiología como en su evolución natural, gran parte de las actividades tienen un fondo común y por ello se describen de forma conjunta. Sólo en algunos casos se restringe al diagnóstico de diabetes, en el cual existen acciones específicas para este tipo de paciente, por ejemplo la determinación periódica de glucosa o azúcar en sangre. Por otro lado, aunque la mayoría de las recomendaciones se refiere a lo que debe realizarse en las visitas de control del paciente con enfermedad crónica, en este análisis se incluyó a todos los pacientes, aun al 7.9% que refirió un motivo diferente al del control, ya que dado el acceso esporádico al sistema de salud se debía aprovechar cualquier contacto con el paciente crónico para evaluarlo de forma integral con los parámetros propios de la evaluación de control.

El cuadro 21 muestra la proporción de pacientes que respondieron de forma afirmativa que se sometieron durante la última consulta a cada una de las acciones y recomendaciones definidas como indicadores de calidad de la atención. Estos indicadores cubren aspectos de tratamiento, monitoreo de control de la enfermedad y acciones de tamizaje de complicaciones crónicas. Para las actividades que de manera principal o exclusiva se recomiendan en individuos con diabetes (p. ej., prueba de glucosa o revisión, cuidados de pies), se exploró la proporción sólo en este grupo específico de pacientes. En virtud del interés de evaluar la calidad de atención por institución, los cuadros se presentan categorizados por IMSS-*Oportunidades* o SSA.

Como se puede observar en el cuadro 21, existe una gran variabilidad en la proporción de acciones y recomendaciones realizadas a los pacientes. Parte de esta variabilidad es explicable, ya que algunas de estas actividades no son necesarias en toda consulta y es aceptable no hacerlas si se realizaron en los últimos 6 a 12 meses; en cambio, otras actividades (1, 2, 9, 10, 11, 12 y 13 marcadas en el cuadro 21) son recomendadas en toda consulta del paciente crónico, tanto si se efectuaron o no en el pasado. Aunque sin duda estas actividades presentan las proporciones más altas en cualquier institución, algunas de ellas, como explicar planes de dieta y ejercicio, están lejos del ideal, que en estos casos sería 100%. Sin embargo, es importante reconocer que en este tipo de encuestas, en especial por el tamaño de la muestra, este teórico ideal de 100% es difícil obtener y el grado encontrado en estas actividades (mayor de 70%) puede considerarse como aceptable.

Del resto de las actividades, aunque son bastantes bajas, muchas de ellas se recomiendan al menos una vez en periodos de 6 a 12 meses, y no siempre en toda consulta; por lo tanto, no reflejan en todos los casos una mala práctica. Para evaluar esto, el cuadro 22 muestra la proporción de pacientes que contestaron que la última vez que se sometieron a cada una de las acciones y recomendaciones se remontaba a un periodo de 6 o 12 meses, según fuera la recomendación. Aunque para la mayoría de los indicadores, la proporción de cumplimiento con las recomendaciones aumenta, desde esta perspectiva, en condiciones ideales, todos los indicadores deberían aproximarse a 100% y claramente no es ése el caso. La mayoría de los pacientes señaló tener cuatro o más consultas en todo el año (arriba de 80% en ambas instituciones), por lo que la baja proporción de gran parte de los indicadores de calidad no puede explicarse por la falta de visitas con el médico, sino más bien por la falta de indicaciones o recursos materiales o humanos en las clínicas, lo cual no puede diferenciarse desde la perspectiva del paciente.

Una de las acciones más importantes en el paciente con diabetes es la determinación periódica de los niveles de glucosa en sangre para definir el grado de control y normar una conducta terapéutica. Según la norma técnica mexi-

DURANTE LA CONSULTA	INSTITUCIÓN				VALOR P*
	IMSS N=240		SSA N=321		
	N	%	N	%	
Acciones					
1. Le tomaron la presión	228	95	416	91.6	0.10
2. Lo pesaron en una báscula	223	93.3	409	90.1	0.16
3. Le midieron la cintura	72	30.1	137	30.2	0.99
4. Le realizaron prueba de glucosa	136	56.9	213	46.9	0.01
Sólo en diabéticos [†]	114	78.1	181	70.4	0.10
5. Le realizaron prueba de colesterol	15	6.3	29	6.4	0.95
6. Le revisaron cuidadosamente los pies (sólo diabéticos ²)	104	71.2	148	57.6	0.01
7. Le revisaron los ojos con una lámpara	59	24.7	85	18.7	0.07
Sólo en diabéticos [†]	35	14.6	45	9.9	0.06
8. Le realizaron prueba de orina	19	7.9	41	9	0.63
Sólo en diabéticos [†]	15	10.3	23	8.9	0.66
Recomendaciones					
9. Le explicaron cómo tomarse los medicamentos	216	90.4	378	83.3	0.01
10. Le explicaron qué dieta debe seguir	197	82.4	339	74.7	0.02
11. Le explicaron qué tipo de ejercicio debe realizar	183	76.6	319	70.3	0.08
12. Le aconsejaron no fumar (sólo fumadores: IMSS=81; SSA=107)	48	59.3	58	54.2	0.49
13. Le explicaron cómo cuidar los pies (sólo diabéticos [†])	118	80.8	162	63	0.01
14. Lo refirieron con nutriólogo o especialista en dietas	7	2.9	13	2.9	0.96
15. Lo refirieron con oftalmólogo	8	3.3	18	4	0.69
Sólo en diabéticos [†]	6	4.1	11	4.3	0.94

*Prueba Z para comparar proporciones

†La N de diabéticos para las acciones o recomendaciones 4, 6, 7, 8, 13 y 15 son: IMSS=147, SSA=257

CUADRO 21

Acciones y recomendaciones que recibieron los pacientes durante la consulta en el día de la entrevista por tipo de institución: indicadores de calidad de la atención

cana, la recomendación es tener entre 3 y 4 determinaciones al año y sólo en los pacientes con muy buen control se puede reducir a dos determinaciones. Es por esa razón que, si bien la proporción de pacientes que reportaron la determinación de glucosa en sangre en los últimos seis meses es alta (mayor de 80% en todas las instituciones), es preocupante que exista una proporción considerable de pacientes sin examen en los últimos seis meses. Además, debido al tipo de información proveniente de pacientes, es posible que parte de estas determinaciones de glucosa se explique por determinación capilar, lo cual no se considera un método estándar.

Puesto que tanto la hipertensión arterial como la diabetes se relacionan en grado notorio con dislipidemias, para todos los diagnósticos la determinación de los niveles de colesterol es una de las recomendaciones clave para definir el riesgo cardiovascular e iniciar tratamiento con medicamentos para disminuir el colesterol en aquellos que lo ameritan. En la mayoría de los pacientes, la determinación de los niveles de colesterol debe realizarse al menos una vez al año y sólo en aquellos con muy buen control se puede realizar de forma bianual y, por lo tanto, es preocupante que menos de la mitad de los pacientes refiere un examen de colesterol en el último año. Otros factores preocupantes en esta

CUADRO 22

Acciones y recomendaciones que recibieron los pacientes antes de la consulta, por tipo de institución

EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES...	INSTITUCIÓN*				VALOR P [†]
	IMSS-OPORTUNIDADES N=240		SSA N=321		
	N	%	N	%	
Acciones					
1. Le tomaron la presión	202	84.2	396	87.2	0.268
2. Lo pesaron en una báscula	198	82.5	349	76.9	0.085
3. Le midieron la cintura	113	47.1	203	44.7	0.552
4. Le realizaron prueba de glucosa	172	71.7	300	66.1	0.134
Sólo en diabéticos [‡]	128	87.1	215	83.7	0.357
5. Le realizaron prueba de colesterol (en el último año)	83	34.6	190	41.9	0.062
6. Le revisaron cuidadosamente los pies (sólo diabéticos [‡])	119	81	172	66.9	0.002
7. Le revisaron los ojos con una lámpara (en el último año)	96	40	162	35.7	0.264
Sólo en diabéticos [‡]	63	42.9	96	37.4	0.277
8. Le realizaron un prueba de orina (en el último año)	69	28.8	130	28.6	0.974
Sólo en diabéticos [‡]	51	34.7	83	32.3	0.623
Recomendaciones					
9. Le explicaron cómo tomarse los medicamentos	211	87.9	380	83.7	0.138
10. Le explicaron qué dieta debe seguir	198	82.5	357	78.6	0.227
11. Le explicaron qué tipo de ejercicio debe realizar	188	78.3	329	72.5	0.092
12. Le aconsejaron no fumar (sólo fumadores: IMSS-Oportunidades=81, SSA=107)	61	74.4	52	48.6	0.001
13. Le explicaron cómo cuidar los pies (sólo diabéticos [‡])	125	85	184	71.6	0.002
14. Cita con nutriólogo (alguna vez en la vida)	56	23.3	83	18.3	0.114
15. Lo refirieron con oftalmólogo (alguna vez en la vida)	55	22.9	75	16.5	0.04
Sólo en diabéticos [‡]	37	25.2	51	19.8	0.213
Otras[#]					
17. Le realizaron examen de hemoglobina glucosilada (sólo diabéticos)	39	26.5	70	27.2	0.878
18. Electrocardiograma (alguna vez en su vida)	65	27.1	107	23.6	0.308
19. Al menos cuatro consultas en el último año	197	91.2	368	87	0.116

*El intervalo es siempre seis meses a menos que se indique lo contrario: para criterios 7 y 8 es un año; y criterios 14, 15 y 18, alguna vez en su vida.

[†]Prueba Z para comparar proporciones.

[‡]La N de diabéticos para las acciones o recomendaciones 4, 6, 7, 8, 13 y 15 son: IMSS-Oportunidades=147, SSA=257.

[#]Otras se refiere a acciones o recomendaciones no presentadas en el cuadro 2.

evaluación es la muy baja determinación de pruebas en orina, que al menos en los diabéticos es una acción necesaria para detectar de forma temprana el daño renal. Sólo un poco más de una cuarta parte del total de los pacientes y una tercera parte de los pacientes con diabetes refirieron este examen en el último año, con datos muy similares por institución. Dado que difícilmente el paciente puede conocer el propósito de los exámenes, es posible que parte de éstos se realizara para fines distintos de buscar proteínas en la orina (fase inicial del daño renal crónico), que es la recomendación para la detección temprana de daño renal (p. ej., pudo indicarse para diagnosticar infección de vías urinarias). En este caso, es probable que esta proporción sobreestime el cumplimiento de esta recomendación tan importante para el reconocimiento temprano del daño renal, sobre todo en diabéticos.

Los datos reflejan un par de “focos rojos” en la evaluación del paciente con enfermedad crónica del área metabólica: uno es la muy baja referencia a un especialista en dieta, para la adecuada instrucción y observancia de un estilo de vida saludable y el otro la referencia al oftalmólogo necesaria para la evaluación especializada de retinopatía, en particular en los pacientes con diabetes. La gran mayoría de los pacientes nunca se ha referido a estos servicios, cuando la recomendación de la norma técnica oficial mexicana para las tres enfermedades de interés establece que se realice con la mayor frecuencia posible en el caso de orientación en dietas y ejercicio, y una vez al año en el caso de oftalmología, al menos para el caso de pacientes con diabetes. Más aún, sorprende que para el caso de referencia al oftalmólogo no exista mucha diferencia entre la proporción encontrada en el total de los pacientes y la proporción específica en los pacientes con diabetes, lo que sugiere una mala focalización de los recursos o desconocimiento de las recomendaciones por el personal de salud. Aunque es probable que la orientación en dieta y ejercicio la den el médico o la enfermera, lo recomendable para aumentar su eficacia es tener una consulta específica para este propósito y que no sea parte de la consulta general destinada a evaluar el control del paciente crónico.

En cuanto a las comparaciones entre instituciones, los cuadros 20 y 21 señalan las diferencias entre unidades que pertenecen al IMSS y las unidades que son parte del sector salud, ya sea federal o estatal. En general, se observó un mayor cumplimiento en las clínicas del IMSS que en las de la Secretaría de Salud; fueron significativas ($p < 0.05$) las acciones (como la determinación de glucosa en todos los pacientes o la revisión cuidadosa de pies en sujetos diabéticos) y las recomendaciones (como la explicación del modo de tomarse los medicamentos o la forma de cuidarse los pies). Esto es más evidente aún para las referencias a nutriólogo y oftalmólogo, lo cual sugiere que las clínicas del IMSS-*Oportunidades* tienen mejores recursos para realizarlo.

Por último, en los cuadros 23A y 23B se presentan las indicaciones terapéuticas referidas por los pacientes y el grado de control de glucosa y presión arterial, según los datos de los expedientes, que fue posible en cerca de 80%, en el caso de las clínicas del IMSS-*Oportunidades*, y cerca de 70% en clínicas de la Secretaría de Salud (diferencia estadísticamente significativa entre instituciones; es mayor la de los pacientes con expediente en el IMSS-*Oportunidades* respecto de la SSA). En cuanto al tratamiento, un poco más de 90%, para el caso de diabetes, y un poco menos de 90%, para el caso de hipertensión arterial, refirieron tomar algún tipo de medicamento para el control de su enfermedad y con buena adherencia autorreportada en la última semana. La baja proporción de pacientes con dislipidemia (problemas de colesterol o triglicéridos en sangre) no permitió su evaluación, aunque 35 pacientes con hipertensión (8.4% de los hipertensos) y 31 sujetos con diabetes (7.7% de los diabéticos), refirió estar tomando medicamentos para el colesterol, aunque sólo una parte de ellos lo refirió de forma inicial como un diagnóstico independiente. Para el caso específico de la diabetes, 15.8% de los pacientes con diabetes en el IMSS-*Oportunidades* y 14.8% en la Secretaría de Salud utilizaban insulina. Aunque este porcentaje es más alto que lo encontrado en otras evaluaciones en México (alrededor de 8% de los pacientes con diabetes en la Encuesta Nacional de Salud 2006 refirió el uso de insulina), todavía está por debajo de las recomendaciones internacionales, que en fechas recientes han sugerido el inicio temprano de insulina en paciente con diabetes mellitus tipo 2.^{44,45}

En cuanto al tratamiento no farmacológico, los datos muestran en general una pobre adherencia a los planes de dieta y ejercicio, en tanto que sólo 45% de los pacientes sigue los planes de dieta de forma adecuada, un poco menos para el plan de ejercicio. Estas proporciones son muy similares entre instituciones. Es probable que un mejor control de estas indicaciones no farmacológicas se pueda lograr con una consulta especializada a la recomendación y seguimiento de este tipo de tratamiento, que eran muy bajas (menos de 10%), como se observó en los cuadros 20 y 21. En este sentido, una de las intervenciones integrales del paciente con este tipo de enfermedad crónica

CUADRO 23A
Tratamiento referido
por los pacientes

	INSTITUCIÓN				
	IMSS-OPORTUNIDADES		SSA		VALOR P
	N	%	N	%	
Pacientes con diabetes:	(n=147)		(n=257)		
Toma medicamento(s) para su control	139	94.6	237	92.2	0.37
Buena adherencia a los medicamentos* (sólo de los que toman medicamento)	129	92.8	224	94.5	0.51
Se aplica insulina para su control	23	15.8	38	14.8	0.80
Nunca le han cambiado el tratamiento desde que inició su padecimiento (sólo de los que toman medicamento)	104	74.8	176	74.3	0.91
Pacientes con hipertensión:	(n=144)		(n=276)		
Toma medicamento(s) para su control	126	87.5	249	90.2	0.39
Buena adherencia a los medicamentos (sólo de los que toman medicamento)	124	98.4	240	96.4	0.27
Nunca le han cambiado el tratamiento desde que inició su padecimiento (sólo de los que toman medicamento)	85	67.5	155	62.2	0.32
Todos	(n=240)		(n=454)		
Sigue plan de dieta adecuadamente [†]	102	42.5	198	43.6	0.78
Sigue plan de ejercicio adecuadamente [†]	85	35.4	174	38.3	0.45
Pertenece a un grupo de autoayuda	18	7.6	61	13.4	0.02

*Tomó los medicamentos todos los días de la última semana.

†Calificó como excelente o buena la forma en que sigue la dieta o ejercicio.

que ha demostrado tener un impacto importante en la adherencia al tratamiento, en especial al no farmacológico, es la conformación de grupos de autoayuda o apoyo. Es preocupante que sólo 7.6% de los pacientes en el caso del IMSS-Oportunidades y 13.4% en el de la Secretaría de Salud refirieron pertenecer a uno de estos grupos de autoayuda (diferencia estadísticamente significativa entre instituciones [$p=0.02$]).

Es posible que una de las preocupaciones más importantes en la evaluación de la información obtenida de las entrevistas de salida de los pacientes sea el hallazgo sobre el extremadamente bajo dinamismo que los pacientes refieren en el tratamiento farmacológico. Como se puede ver en el cuadro 23A, hasta 74.8% de los pacientes diabéticos del IMSS-Oportunidades y 72.2% de los de la Secretaría de Salud señalaron que nunca le habían cambiado de tratamiento desde que inició su padecimiento. Para el caso de la hipertensión, éstos correspondieron a 67.5% para el caso del IMSS-Oportunidades y 62.2% para el caso de la Secretaría de Salud. Aunque es posible que esta proporción esté sobreestimada por mal entendimiento de la pregunta por parte de los pacientes, este problema (en menores proporciones) se ha identificado antes en otras evaluaciones. En pacientes con buen control, la no modificación del tratamiento puede ser válida. Sin embargo, por la evolución natural de este tipo de padecimiento, lo más frecuente es la escalada progresiva del tratamiento a lo largo de la evolución de la enfermedad. Infortunadamente, no se dispone de la información sobre el tiempo de evolución del padecimiento, que puede ser otro determinante de este indicador.

Para determinar si el porcentaje de no modificación variaba de acuerdo con el grado de control, mediante el promedio de las últimas tres determinaciones de glucosa o presión arterial registradas en los expedientes, se clasificó a los pacientes en relación con el grado de control tomando como referencia los puntos de corte definidos en las normas

CUADRO 23B
Revisión de expedientes en la clínica: control y cambio del tratamiento

	IMSS-OPORTUNIDADES		INSTITUCIÓN SSA		VALOR P
	N	%	N	%	
Cuenta con expediente					
Diabetes	117	80.1	175	68.1	0.01
Hipertensión arterial	111	78.2	178	64.5	0.001
Total	189	79.4	310	68.3	0.001
Control de glucosa * (diabéticos)†	n=93		n=134		
Bueno (menos de 120 mg/dl)	19	20.4	30	22.4	0.81
Regular (120-200 mg/dl)	47	50.5	70	52.2	
Malo (más de 200 mg/dl)	27	29	34	25.4	
Control de presión arterial (diabéticos)‡	n=107		n=155		
Buen control: (TAS < 130 mmHg y TAD < 80 mmHg)	49	45.8	85	54.8	0.151
Mal control: (TAS ≥ 130 mmHg y TAD ≥ 80 mmHg)	58	54.2	70	45.2	
Control de presión arterial (Hipertensos)‡	n=97		n=158		
Buen control: (TAS < 140 mmHg y TAD < 90 mmHg)	52	53.6	95	60.1	0.031
Mal control: (TAS ≥ 140 mmHg y TAD ≥ 90 mmHg)	45	46.4	63	39.9	
Cambio de tratamiento en pacientes descontrolados					
En diabéticos con mal control de glucosa‡	n=27		n=32		
Nunca le han cambiado el tratamiento desde que inició su padecimiento	18	66.7	23	72.0	0.67
En hipertensos con mal control de presión arterial	n=41		n=60		
Nunca le han cambiado el tratamiento desde que inició su padecimiento	26	63.4	35	56.3	0.62

*Se tomó el promedio de las últimas tres glucosas en ayuno o determinaciones de presión arterial que se encontraron en la revisión del expediente.

†Sólo en diabéticos con al menos una determinación de glucosa en ayuno en el expediente.

‡Sólo en diabéticos con al menos una determinación de presión arterial en el expediente

‡Sólo en hipertensos con al menos una determinación de presión arterial en el expediente

‡Las N totales son ligeramente distintas a lo descrito en el control en la parte superior del cuadro, por la presencia de valores faltantes en la variable de cambio de tratamiento.

oficiales de atención (véase los criterios de clasificación en el cuadro 23). La mayoría de los pacientes diabéticos que tenían expediente se clasificó con algún grado de descontrol de la glucosa (glucosa mayor de 120 mg/dl); el descontrol fue grave (más de 200 mg/dl.) en 29% en el caso de pacientes del IMSS-Oportunidades y 25.4% en el de la Secretaría de Salud. Además, casi la mitad de los pacientes diabéticos se encontraba con descontrol en sus cifras promedio de presión arterial (54.2% para el caso del IMSS-Oportunidades y 45.2% para el de la Secretaría de

Salud). Para la hipertensión, 46.4% de los pacientes del IMSS-*Oportunidades* y 39.9.2% de la Secretaría de Salud se clasificaron como control deficiente (TA sistólica >140 mmHg o diastólica >90 mmHg). Aunque la proporción de pacientes sin cambio de tratamiento disminuyó cuando sólo se analizó en los sujetos con descontrol, los porcentajes de no modificación farmacológica fueron aún muy altos: alrededor de 70% en diabéticos con mal control y 60% en hipertensos con mal control. Estos porcentajes fueron muy similares entre las instituciones. Sin características individuales de los pacientes, en especial el tiempo de evolución y en virtud del sesgo de este tipo de muestra no aleatoria y con base en unidades clínicas, estos porcentajes de descontrol de la presión arterial y la glucosa son imposibles de comparar con otros estimadores poblacionales.

Además de las comparaciones entre instituciones, se evaluaron estos indicadores por condición étnica y estado de beneficiario o falta de él, sin encontrarse diferencias significativas entre estos grupos.

INFORMACIÓN PROVENIENTE DE LAS ENCUESTAS A MÉDICOS Y ENFERMERAS

Como parte de la evaluación de la calidad de la atención en las clínicas donde se atiende a los beneficiarios de *Oportunidades*, se incluyeron entrevistas a médicos y enfermeras que directamente tratan a los pacientes. Además de la información sobre las condiciones socioeconómicas, laborales y de formación, descrita con anterioridad, se recabó información sobre el último paciente al que atendieron con los diagnósticos de diabetes, hipertensión arterial o hiperlipidemia. Se incluyeron preguntas sobre las actividades realizadas durante la consulta y las recomendaciones que de ella se derivaron. Al igual que en el análisis de la información de las entrevistas de salida a pacientes, se seleccionaron aquellas actividades o recomendaciones estipuladas en las normas de atención nacionales e internacionales.³⁷⁻⁴²

En total se entrevistó a 377 enfermeras y 363 médicos, de los cuales 147 de las primeras y 307 de los segundos proporcionaron información sobre pacientes con al menos uno de los diagnósticos relacionados con el síndrome metabólico: diabetes, hipertensión arterial o hiperlipidemia. Las características del personal de salud y los pacientes y consultas a las que hicieron referencia se describen en el cuadro 24. Como se puede observar, la gran mayoría de las enfermeras y casi la mitad de los médicos eran mujeres, aquéllas en promedio un poco mayores de edad que éstos. En cuanto al nivel de estudios, casi la mitad de los médicos era pasante de servicio social (menor a licenciatura) y sólo una minoría tenía alguna especialidad o maestría. Entre las enfermeras, sólo 13.6% tenía el grado de licenciatura en enfermería general y el resto sólo niveles inferiores de técnico o auxiliar en enfermería. El 80.6% de los médicos y 57.8% de las enfermeras refirieron haber recibido un curso de capacitación en algún tema relacionado con la atención de enfermedades vinculadas con el síndrome metabólico en los cinco años anteriores a la entrevista. En cuanto a la autodefinición de indígena, una proporción alta de médicos (20%) y enfermeras (40%) respondió que sí se consideraba indígena durante la entrevista.

En cuanto al tipo de paciente que atendieron los médicos y enfermeras entrevistadas, y la consulta a que hicieron referencia, al igual que en la información proveniente de la sección de pacientes, casi todas eran mujeres que acudían a consulta de control de alguno de los diagnósticos de interés, en particular diabetes o hipertensión. De nueva cuenta, el diagnóstico de hiperlipidemias o problemas del colesterol fue poco frecuente, en especial como diagnóstico único y lo refirieron sólo en seis pacientes los médicos y en dos las enfermeras.

Para facilitar la comparación con la información proveniente de los pacientes, el cuadro 25 presenta en el mismo orden que el cuadro 21 la proporción de las acciones y recomendaciones notificadas por los médicos y enfermeras utilizada como indicadores de calidad de la atención. En la sección de otras se incluyen otros indicadores que por su naturaleza sólo pudieron explorarse en los médicos y enfermeras y no en los pacientes. A diferencia de la información de los pacientes, debido al número reducido en esta fase del análisis no se presentan reportes para cada una de las actividades de forma categorizada por tipo de institución, si bien en un análisis descriptivo no se encontraron diferencias significativas entre tipo de institución.

Tal y como se observó en la información proveniente de los pacientes, las actividades recomendadas a realizar en toda consulta (actividades 1, 2, 9, 10, 11, 12 y 13 marcadas en el cuadro 25), presentaron porcentajes altos de cumplimiento y en algunas de ellas muy cerca de 100%. En contraste con lo observado en el cuadro 21, el personal de salud notificó mayor cumplimiento en proporcionar recomendaciones de dieta y ejercicio. Aunque no se trata de los mismos

CUADRO 24
Características del personal de salud entrevistado, de los pacientes que atendieron y de la consulta

	MÉDICOS (N=309)		ENFERMERAS (N=147)	
	N	%	N	%
Personal de salud				
<i>Proporción de mujeres</i>	148	47.9	133	90.5
Edad (años, media y DE)	31.6 ± 9.2		36.8 ± 8.3	
Se considera indígena	60	19.4	57	38.8
<i>Nivel de estudios</i>				
Menor al de licenciatura*	139	45	127	86.4
Licenciatura (médicos y enfermeras generales)	155	50.2	20	13.6
Superior a licenciatura	15	4.8	0	0
<i>Curso de capacitación en algún tema del síndrome metabólico en los últimos cinco años</i>	249	80.6	85	57.8
<i>Antigüedad en la clínica (cinco años o más)</i>	63	20.4	98	66.7
Pacientes				
<i>Proporción de mujeres</i>	225	72.8	108	73.6
Edad (años, media y DE)	57.2 ± 14.7		56 ± 14.1	
<i>Diagnóstico</i>				
Diabetes	185	59.9	97	65.5
Hipertensión arterial	189	61.2	77	52.4
Hipercolesterolemia	10	3.2	4	2.7
Consulta				
<i>Motivo</i>				
No programada de 1ª vez	9	2.9	5	3.4
Control de enfermedad crónica	275	89	134	91.2
Otros motivos	25	8.1	8	5.4
<i>Tiempo de consulta: minutos (media ± DE)</i>	22.4 ± 10		19.2 ± 9.1	

*Para el caso de médicos: no graduados y pasantes de servicio social. Para el caso de enfermeras: nivel técnico, auxiliar o menor.

pacientes, la similitud en las características de los pacientes en ambos análisis debería corresponder con porcentajes similares de cumplimiento. Si bien con la información obtenida no se puede arribar a conclusiones contundentes que expliquen la discrepancia entre lo reportado por los pacientes y lo notificado por los proveedores de los servicios de salud, es posible que al menos en aquellas actividades en las que difícilmente el paciente desconociera si la actividad específica se había realizado (tomar la presión, pesarlo en báscula, etc.), el médico o enfermera sobreestimen el cumplimiento de las recomendaciones. Sin embargo, la posibilidad de una subestimación por parte del paciente es imposible de descartar ante la ausencia de observación por terceros. Esto se advierte en prácticamente las 15 actividades que pueden ser comparables entre las fuentes de información. Por otro lado, la discrepancia entre lo reportado por proveedores del servicio

CUADRO 25

Acciones y recomendaciones informadas por médicos y enfermeras de la última consulta a pacientes con los diagnósticos de interés: indicadores de calidad de la atención

	MÉDICOS (N=309)		ENFERMERAS (N=147)	
	N	%	N	%
Acciones				
1. Le tomó la presión	301	97.4	140	95.2
2. Lo pesó en una báscula	302	97.7	141	95.9
3. Le midió la cintura	127	41.1	47	31.9
4. Le realizó prueba de glucosa (sólo diabéticos, n total=404)	179	57.9	82	55.8
5. Le realizó prueba de colesterol	24	7.8	5	3.4
6. Le revisó cuidadosamente los pies (en diabéticos, n total=404)	179	97.8	72	74.2
7. Le revisó el fondo de ojo (sólo diabéticos, n total=404)	126	40.8	47	31.9
8. Le realizó un prueba de orina para ver proteínas en orina (sólo diabéticos, n total=404)	23	7.4	7	4.8
	16	8.7	5	5.2
Recomendaciones				
9. Le explicó cómo tomarse los medicamentos	301	97.4	139	94.6
10. Le explicó qué dieta debe seguir	299	96.8	129	87.8
11. Le explicó qué tipo de ejercicio debe realizar	284	91.9	125	85
12. Le aconsejó no fumar (sólo en fumadores: n total=164)	261	84.5	127	86.4
13. Le explicó cómo cuidar los pies (sólo diabéticos, n total=404)	175	94.6	83	85.6
14. Lo refirió con nutriólogo	31	10	9	6.1
15. Lo refirió con oftalmólogo (sólo diabéticos, n total=404)	28	9.1	13	8.8
	22	11.9	9	9.3
Otras actividades				
16. Le midió la talla	294	95.1	134	91.2
17. Le calculó el índice de masa corporal	211	68.3	61	41.5
18. Le realizó un electrocardiograma	8	2.6	2	1.4
19. Le realizó una determinación de hemoglobina glucosilada	5.8	2.6	2	0.4
20. Le recomendó o aplicó la vacuna de neumonía	173	56	77	52.4
21. Le recomendó o aplicó la vacuna de <i>Haemophilus influenzae</i>	170	55.0	78	53.1
22. Lo refirió a un grupo de apoyo	137	44.3	37	25.2
23. Utilizó algún tipo de norma para la atención del paciente crónico	207	67	73	49.7

(médicos o enfermeras) y por los pacientes en cuanto a la explicación de medicamentos, dieta y ejercicio, aun bajo el supuesto de que ambas fuentes son "verdaderas", indicaría que el mensaje que el proveedor da durante la consulta no lo comprenden por completo los pacientes. Sin embargo, dado que no se trata de los mismos pacientes (en la mayoría de los casos) es imposible concluir en este sentido.

A diferencia del análisis en la información proveniente de los pacientes descritos en el cuadro 22, la limitación de que el médico tuvo que revisar el expediente del paciente de referencia impide evaluar el cumplimiento de las actividades en los meses anteriores a la consulta del día de la entrevista. No obstante, aún es preocupante la baja proporción de referencia a especialista para la orientación en planes de dieta y la revisión por oftalmólogo (menos de 10% en médicos y enfermeras). Cuando se les preguntó a los médicos sobre la razón de no referir al oftalmólogo, 48.7% dijo que no tenía un servicio de oftalmología accesible y 31.7% no lo consideró necesario. Para el caso de especialista en orientación alimentaria, los porcentajes fueron muy similares: 50.8% de los médicos refirió que no tenía un nutriólogo y 28.1% no lo consideró necesario (sin diferencias entre instituciones). Estas mismas proporciones fueron muy similares para el caso de las enfermeras. Además, aunque es un dato positivo que alrededor de 40% de médicos y enfermeras refirieron haber revisado el fondo de ojo de los pacientes, la escasa diferencia entre el total de la población y la población con diabetes, en la que esta actividad es claramente más recomendada, sugiere que el monitoreo de daño retiniano en el sujeto con diabetes no se efectúa de forma focalizada y está lejos de ser la óptima. En virtud de la función tan diferenciada en la atención de este tipo de paciente entre médicos y enfermeras, no se realizó una comparación directa entre lo observado en cada grupo.

La utilización de guías o normas de pacientes, sobre todo en el primer nivel de atención, se ha marcado como un indicador de calidad de atención. En este sentido, 21.67% de los médicos y casi 50% de las enfermeras reportó haber utilizado algún tipo de norma y guía de atención (en particular las normas oficiales mexicanas para la atención de pacientes con diabetes, hipertensión o dislipidemia) en la atención del paciente de referencia. El resto del personal de salud mencionó haber usado el conocimiento y experiencias previas o libros de texto para la atención.

Por último, se le preguntó al personal de salud que emitiera un diagnóstico final de la consulta referida. Como se muestra en el cuadro 26, la mayoría de los médicos (53.4%) y enfermeras (69.4%) concluyó que el paciente se encontraba en buen control. Aunque la información obtenida impide verificar este diagnóstico, dicha información es discordante con lo evaluado en el expediente de los pacientes (cuadro 23). Cualquiera que sea la validez de este diagnóstico, lo más preocupante es que sólo 35.4% de los médicos solicitó un examen de laboratorio para la próxima consulta de control, ya que al menos para el caso de diabetes se esperaría que el total de los médicos solicitara una evaluación del control de los niveles de glucosa para normar una conducta terapéutica en la siguiente consulta. Como se mencionó ya, el monitoreo de este tipo de pacientes requiere una evaluación periódica de la glucosa en sangre, sin contar la evaluación de complicaciones crónicas o comorbilidad, como problemas de colesterol o grasas en sangre o proteína en orina o proteinuria (detección de daño renal). Más grave aún es que esta proporción prácticamente no se modificó cuando sólo se tomó en cuenta a los pacientes que los mismos médicos concluyeron que tenían algún grado de descontrol o, de modo específico, en descontrol de la glucosa.

Debido a que el papel de las enfermeras en la solicitud de exámenes de control es menor, la baja proporción en este personal para la solicitud de laboratorios de control es esperable. Cuando se les preguntó a los médicos la razón para no solicitar laboratorio, 59.5 % contestó que no lo consideró necesario y 23.6% refirió el poco acceso a laboratorio como la principal razón (sin diferencias importantes entre instituciones). Esta observación sugiere que, al margen del acceso a laboratorio, los médicos no consideran el monitoreo periódico de los niveles de glucosa u otros exámenes como parte fundamental del monitoreo del paciente con enfermedad crónica metabólica.

Para concluir, y en concordancia con lo observado en la información de los pacientes sobre el poco dinamismo en la modificación de tratamiento, el cuadro 23 muestra que sólo 28.6% de los médicos decidió un cambio en el tratamiento y esto sólo aumentó a alrededor de 40% en pacientes que ellos mismos consideraron en descontrol. Al igual que en la solicitud de los exámenes de laboratorio, la función de las enfermeras como personal de apoyo explica las bajas proporciones de modificaciones terapéuticas observadas en este personal.

CUADRO 26

Características del personal de salud entrevistado, de los pacientes atendidos y de la consulta

	MÉDICOS (N=309)		ENFERMERAS (N=147)	
	N	%	N	%
Diagnóstico final por personal de salud				
Buen control	165	53.4	102	69.39
Descontrol de la hipertensión	61	19.74	20	13.61
Descontrol de la glucosa	58	18.77	21	14.29
Cuadros de hipoglucemia	1	0.32	0	0
Cuadro de hipotensión	1	0.32	0	0
No sabe	23	7.44	4	2.72
Solicitó algún examen de laboratorio para seguimiento				
En el total de la población	107	35.43	23	17.29
Sólo pacientes con mal control*	57	40.71	9	20.93
Sólo pacientes con mal control de glucosa	20	36.36	5	23.81
Cambió de tratamiento				
En el total de la población	87	28.16	8	5.44
Sólo pacientes con mal control*	58	40.28	6	13.33
Sólo pacientes con mal control de glucosa	26	44.83	1	4.76

*Mal control se refiere al total de pacientes a los que el médico emitió el diagnóstico diferente al de buen control.

Evaluación de los casos estandarizados para la atención de los diabéticos

La viñeta clínica sobre el caso estandarizado de un paciente diabético la completaron 184 médicos y 26 enfermeras, un total de 210 proveedores (cuadro 27). La viñeta utilizada se trata de un paciente con diabetes, obesidad y dislipidemia y con datos de prehipertensión, es decir, un paciente típico para la atención en el primer nivel de atención. Con base en el historial, se definió un total de 83 indicadores que según las respuestas se calificaron como buenos o malos. Se calculó una calificación cruda para estimar la calidad de atención otorgado por lo prestadores de servicio, la cual fue el número de respuestas correctas dividido por el número total de criterios para la atención a este tipo de paciente. Además, se generaron calificaciones para cada uno de los apartados (historial clínico, examen físico, laboratorio, diagnóstico y tratamiento, la calificación promedio para toda la muestra fue de 31.8% (DE, 10.06). Los médicos mostraron un desempeño mejor que las enfermeras en todos los dominios de la visita del paciente diabético (34.2% contra 19.8%, respectivamente).

CUADRO 27

Desempeño en viñeta prenatal por tipo de proveedor

DOMINIO	MÉDICOS (N=184)		ENFERMERAS (N=26)	
	%	DE	%	DE
Historial	34	10.7	21.3	11.9
Examen	38.6	17	17.8	15.5
Laboratorio	27.1	21.4	18.4	20.6
Diagnóstico	35.8	20.9	17.6	16.8
Tratamiento	34.4	14.5	20.4	15.5
Calificación total	34.2	9.9	19.8	11.2

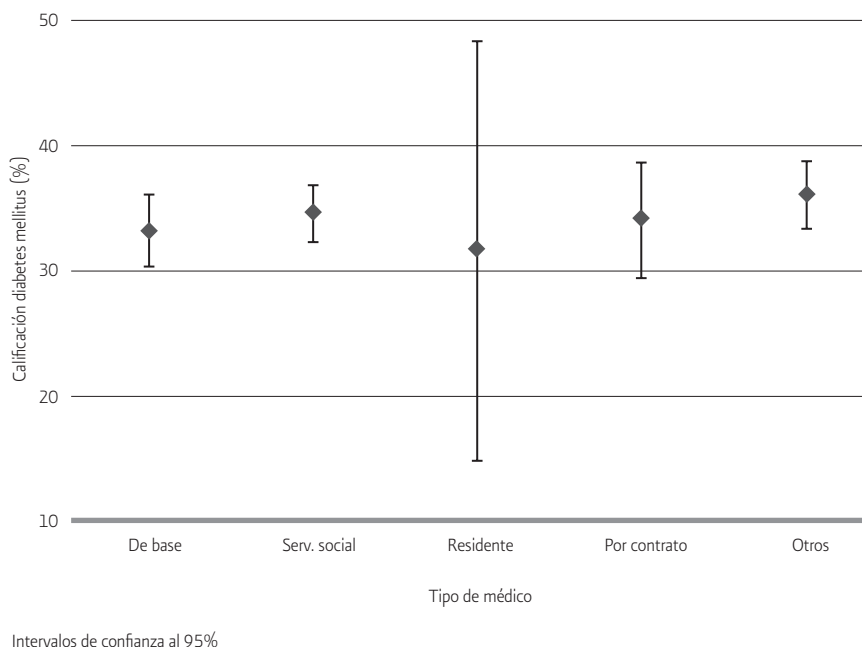


FIGURA 16
Calificación de médicos de la viñeta de atención al paciente diabético por tipo de proveedor

VI. Calidad de la atención a los niños

Se evaluó la práctica de atención a niños menores de dos años de edad a partir de datos sobre 284 proveedores de salud (enfermeras, 29.58% y médicos, 70.42%) y 556 niños que usaron los servicios de salud.

Las características de los pacientes y sus acompañantes se resumen en el cuadro 28. La media de edad de los niños fue 11.7 (DE 7.6) meses y casi 50% correspondió a niñas. De todos los niños, 43% pertenece a hogares beneficiarios de *Oportunidades*. Casi todos los acompañantes fueron los padres del niño, poco más de 20% de ellos respondió que entiende una lengua indígena y casi 40% se consideró indígena. Más de la mitad de los acompañantes entrevistados manifestó tener una casa propia (64%). Las viviendas tenían un promedio de 2.5 cuartos y 2.3 cuartos destinados para dormir. Casi todos los acompañantes tenían una cocina exclusiva (es decir, una cocina cuyo espacio físico no se utiliza para dormir). Del total de hogares, 5% contaba con un automóvil, 69.6% con una televisión, 32% con un reproductor de DVD, 25% con un estéreo y 5% con un horno de microondas. Se encontró que muy pocos hogares tenían acceso a medios de comunicación en casa, ya que sólo 6% tenía una línea telefónica, 7% un celular y 1% contaba con Internet.

Los principales motivos por los cuales los usuarios acudieron a consulta a la unidad de salud se describen en el cuadro 29. Entre los principales motivos de consulta reportados se encontraron los problemas respiratorios (39%), seguidos por la presencia de fiebre (21%) y diarrea (14%). Una cuarta parte de los niños visitó la unidad de salud para una consulta de niño sano.

Para llegar a la unidad de salud los acompañantes reportan haber pagado en promedio 4 pesos por el traslado e invirtieron 23 minutos en llegar. La media del tiempo de espera que los acompañantes tardaron en recibir atención fue de 71 minutos. Sólo una tercera parte de los acompañantes consideró que era demasiado o mucho tiempo. En contraste, la duración de la consulta fue de 19 minutos (cuadro 30).

El diagnóstico establecido por el médico o la enfermera se presenta en el cuadro 31; del total de los niños, 25% recibió el diagnóstico de niño sano. Cerca de la mitad de los niños se diagnosticó con infección respiratoria aguda. El diagnóstico para 9% de los niños fue desnutrición y 7% de los niños padecía diarrea o gastroenteritis.

En cuanto a la atención de niños enfermos, 62.9 y 56.3% de los médicos/enfermeras evaluaron la presencia de tos y fiebre, respectivamente, pero sólo 3.8% evaluó la presencia de diarrea (cuadro 32A). La mayoría comparó el

CUADRO 28**Características de los pacientes niños y su acompañante en la consulta**

	MEDIA	DE	N
Paciente			
Edad (meses)	11.7	7.6	556
Sexo (% mujeres)	48		556
Beneficiario de <i>Oportunidades</i> (%)	43		550
Acompañante			
<i>Parentesco con el niño</i>			
Madre o padre (%)	92		493
<i>Condición étnica</i>			
Entiende lengua indígena (%)	23		519
Se considera indígena (%)	39		498
<i>Vivienda</i>			
Casa propia (%)	64		553
Número de cuartos	2.5	7.21	556
Número de cuartos para dormir	2.3	8.31	556
Tiene cocina exclusiva (%)	92		550
<i>Bienes</i>			
Coche (%)	5		555
Televisión (%)	69.6		556
Reproductor DVD (%)	32		383
Estéreo (%)	25		536
Horno de microondas (%)	5		548
<i>Medios de comunicación</i>			
Línea telefónica (%)	6		555
Celular (%)	7		556
Internet (%)	1		96

peso contra una tabla o gráfica de referencia. Sólo 5.2% evaluó las prácticas de alimentación y este porcentaje fue nulo en niños con peso bajo y/o talla baja. Existen muy pocas observaciones para evaluar la prescripción correcta de los antibióticos: de los ocho niños que los necesitaban, sólo tres los recibieron. Por otro lado, 53.3% de los niños que no necesitaban antibióticos los recibió.*

Los resultados relacionados con consejería son variables: solamente 22% de los pacientes recibió consejos sobre la alimentación; no obstante, tres cuartas partes de los pacientes con peso o talla bajos recibieron consejos sobre la alimentación. Aunque apenas 63% recibió una demostración sobre el uso correcto del tratamiento Vida suero oral, casi todos los cuidadores sabían explicar cómo preparar dicho tratamiento. Alrededor de 32% capacitó a los

* Véase la definición de los indicadores B1 y B2 en el cuadro 32A.

Motivo	%	N	CUADRO 29 Principales motivos de asistencia a las clínicas
Niño enfermo			
Diarrea/vómito	13.7	39	
Fiebre/paludismo	21.1	60	
Respiración rápida o polipnea/con dificultad/tos/neumonía	38.7	110	
Problema de oído	0.7	2	
Desnutrición	4.9	14	
Dermatitis o escabiosis	1.4	4	
Irritabilidad y malestar general	1.1	3	
Víruela	0.3	1	
Otro	0.3	1	
Niño sano			
Consulta del niño sano	28.5	81	
Certificado médico	0.3	1	

	MEDIA	DE	N	CUADRO 30 Características de la consulta
Traslado				
Costo (pesos)	4	13.4	542	
Tiempo (minutos)	23.3	23.7	552	
Tiempo de espera				
Tiempo (minutos)	71	86.5	552	
Opinión sobre el tiempo de espera				
Demasiado (%)	13		556	
Mucho tiempo (%)	23		556	
Aceptable (%)	4		556	
Corto (%)	22		556	
Consulta				
Tiempo de la consulta (minutos)	18.6	36.7	545	

cuidadores de niños con enfermedades diarreicas sobre los signos de alarma (es decir, señaló al menos dos signos de alarma). Menos de 65% lo hizo para la identificación de signos de alarma por enfermedades respiratorias.

Las diferencias significativas de relevancia práctica entre enfermeras y médicos se observaron en la prescripción de antibióticos y en el suministro de consejos de alimentación a los cuidadores de niños con peso y/o talla bajos. No se reconocieron diferencias relevantes entre SSA e IMSS-*Oportunidades* en los indicadores de la calidad técnica en la atención a niños enfermos (cuadro 32B).

En relación con la atención a los niños sanos, más de 90% de los médicos/enfermeras registró el peso y la talla en la cartilla del niño (cuadro 33).

La calidad percibida se presenta en el cuadro 34. De todos los acompañantes, 90% dijo comprender el diagnóstico. Tres cuartas partes de los acompañantes a la consulta de niños enfermos consideraron que la atención brindada en la unidad de salud era buena. No se hallaron diferencias entre los usuarios de SSA e IMSS-*Oportunidades*.

CUADRO 31	DIAGNÓSTICO	%	N
Diagnóstico reportado por el proveedor de salud	Niño sano	25	71
	Neumonía	0.7	2
	<i>Con dificultad respiratoria</i>	0.35	1
	<i>Sin dificultad respiratoria</i>	0.35	1
	Infecciones respiratorias agudas (IRA)	48.6	138
	<i>Amigdalitis</i>	13.4	38
	<i>Bronquitis</i>	4.2	12
	<i>Faringitis</i>	23.9	68
	<i>Rinitis</i>	4.2	12
	<i>Rinofaringitis</i>	1.4	4
	<i>Faringoamigdalitis</i>	0.35	1
	<i>No especificado</i>	1.1	3
	Deshidratación leve	0.35	1
	Gastroenteritis	7	20
	Diarrea	7	20
	<i>Persistente</i>	3.2	9
	<i>Aguda</i>	3.5	10
	<i>No especificado</i>	0.35	1
	Amibiasis	1.1	3
	Mastoiditis	0.35	1
	Infección de oído/otitis	0.7	2
	Desnutrición	8.8	25
	<i>Bajo peso</i>	2.1	6
	<i>Moderada</i>	4.6	13
	<i>Grave/intensa</i>	0.35	1
	<i>Otro</i>	1.4	4
	<i>No especificado</i>	0.35	1
Dermatitis	1.1	3	
Varicela	0.35	1	
Otro	3.5	10	

EVALUACIÓN DE LOS CASOS ESTANDARIZADOS PARA LA ATENCIÓN A NIÑOS

Un total de 215 médicos y 76 enfermeras contestaron las viñetas. Los proveedores de salud mostraron un desempeño promedio de 49.7% (DE, 17.0) (cuadro 35). Al comparar por proveedor de salud, los médicos tuvieron un mejor desempeño que las enfermeras (51.3% contra 49.7%). No se encontró alguna diferencia estadísticamente significativa al comparar el desempeño entre los proveedores de salud de SSA e IMSS-Oportunidades.

Calidad relativa de las unidades y características relacionadas

El índice de calidad de estructura se construyó con base en la información de 408 unidades; los valores del índice a partir del primer factor del análisis factorial se ubicaron entre -2.4 y 3.5, con valores mayores para unidades con mejores condiciones estructurales, es decir, mayor calidad de estructura.

#	INDICADOR	GLOBAL			MÉDICO			ENFERMERA			VALOR P
		INDICADOR %	NÚM. N	DEN. N	INDICADOR %	NÚM. N	DEN. N	INDICADOR %	NÚM. N	DEN. N	
A. Interrogatorio y evaluación o exploración clínica											
A1	Evaluación de la presencia de tos	62.9	134	213	66.1	107	162	52.9	27	51	NS
A2	Evaluación de la presencia de diarrea	3.8	8	213	3.7	6	162	3.9	2	51	NS
A3	Evaluación de la presencia de fiebre	56.3	120	213	56.8	92	162	54.9	28	51	NS
A4	Comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia	95.8	205	214	97.4	147	151	92.1	58	63	NS
A5	Evaluación de las prácticas de alimentación	5.2	11	213	4.9	8	162	5.9	3	51	NS
A6	Evaluación de las prácticas de alimentación en niños con bajo peso o talla baja	0	0	33	0	0	23	0	0	10	-
B. Tratamiento de niños enfermos											
B1	Prescripción correcta de antibióticos orales I: cuando se requieren	37.5	3	8	71.4	5	7	0	0	1	NS
B2	Prescripción correcta de antibióticos orales II: cuando no se requieren	53.3	98	184	43.1	62	144	90	36	40	<0.01
C Consejería											
C1	Consejos de alimentación proporcionados a los cuidadores de niños enfermos	22	45	205	24.8	39	157	12.5	6	48	NS
C2	Demostración de cómo suministrar el tratamiento Vida suero oral (VSO)	62.9	44	70	60	30	50	70	14	20	NS
C3	Conocimiento correcto de la preparación del tratamiento Vida suero oral (VSO)	96.8	61	69							
C4	Consejos de alimentación proporcionados a los cuidadores de niños con bajo peso o baja talla	75.8	25	33	87	20	23	50	5	10	<0.05
C5	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de alarma por enfermedades diarreicas	31.7	13	41	37.5	12	32	11.11	1	9	NS
C6	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de dificultad respiratoria	64.5	89	138	66.7	76	114	54.17	13	24	NS

CUADRO 32A
Calidad técnica de la atención proporcionada a niños enfermos (global y por médico y enfermera)

CUADRO 32B

Calidad técnica de la atención proporcionada a niños enfermos por subsector

#	INDICADOR	SSA			IMSS-OPORTUNIDADES			VALOR P
		INDICADOR %	NÚM. N	DEN. N	INDICADOR %	NÚM. N	DEN. N	
A Interrogatorio y evaluación o exploración clínica								
A1	Evaluación de la presencia de tos	63.4	64	101	63.9	39	61	NS
A2	Evaluación de la presencia de diarrea	5	5	101	3.3	2	61	NS
A3	Evaluación de la presencia de fiebre	53.5	54	101	67.2	41	61	NS
A4	Comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia	94.8	109	115	98.8	79	80	NS
A5	Evaluación de las prácticas de alimentación	5.9	6	101	4.9	3	61	NS
A6	Evaluación de las prácticas de alimentación en niños con bajo peso o baja talla	0	0	15	0	0	14	-
B. Tratamiento de niños enfermos								
B1	Prescripción correcta de antibióticos orales I: cuando se requieren	80	4	5	33.3	1	3	NS
B2	Prescripción correcta de antibióticos orales II: cuando no se requieren	48.8	42	86	47.3	26	55	NS
C Consejería								
C1	Consejos de alimentación proporcionados a los cuidadores de niños enfermos	21.2	21	99	30	18	60	NS
C2	Demostración de cómo suministrar el tratamiento Vida suero oral (VSO)	55.6	20	36	70	14	20	NS
C3	Conocimiento correcto de la preparación del tratamiento Vida suero oral (VSO)	94.9	37	39	89.5	17	19	NS
C4	Consejos de alimentación proporcionados a los cuidadores de niños con bajo peso o baja talla	86.7	13	15	78.6	11	14	NS
C5	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de alarma por enfermedades diarreicas	45.5	10	22	10	1	10	NS
C6	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de dificultad respiratoria	67.7	46	68	63.4	26	41	NS

CUADRO 33

Calidad técnica de la atención proporcionada a niños sanos (global y por subsector)

#	INDICADOR	GLOBAL			SSA			IMSS-OPORTUNIDADES			VALOR P
		INDICADOR %	NÚM. N	DEN. N	INDICADOR %	NÚM. N	DEN. N	INDICADOR %	NÚM. N	DEN. N	
2.1	Registro del peso y la talla en la cartilla	92.5	99	107	88.9	40	45	95.2	59	62	NS

#	INDICADOR	GLOBAL			SSA			IMSS-OPORTUNIDADES			VALOR P
		INDICADOR %	NÚM. N	DEN. N	INDICADOR %	NÚM. N	DEN. N	INDICADOR %	NÚM. N	DEN. N	
3.1	Comprensión adecuada del diagnóstico*	90.6	203	224	92.3	143	155	87	60	69	NS
3.2	Atención de niños enfermos:										
3.2.1	Está bien así como está	77.2	176	228	76.4	117	153	78.7	59	75	NS

* Limitado a acompañantes de niños enfermos

CUADRO 34
Calidad del servicio de salud percibida por los usuarios (global y por subsector)

	PUNTUACIÓN	DE	N	VALOR P
Tipo de proveedor				
Médico	51.3	17.5	215	
Enfermera	45.3	14.5	76	<0.05
Global	49.7	17	291	
Subsector				
SSA	50.5	16.5	156	
IMSS-Oportunidades	49.10	19.4	97	NS
Global	49.9	17.6	253	

CUADRO 35
Desempeño de los proveedores de salud en la viñeta de atención a la salud de niños (por proveedor de salud y subsector)

En la figura 17 se presenta la distribución del índice y pueden observarse los extremos de calidad estructural. Se advierte un grupo con valores muy bajos del índice y otro grupo pequeño con valores altos.

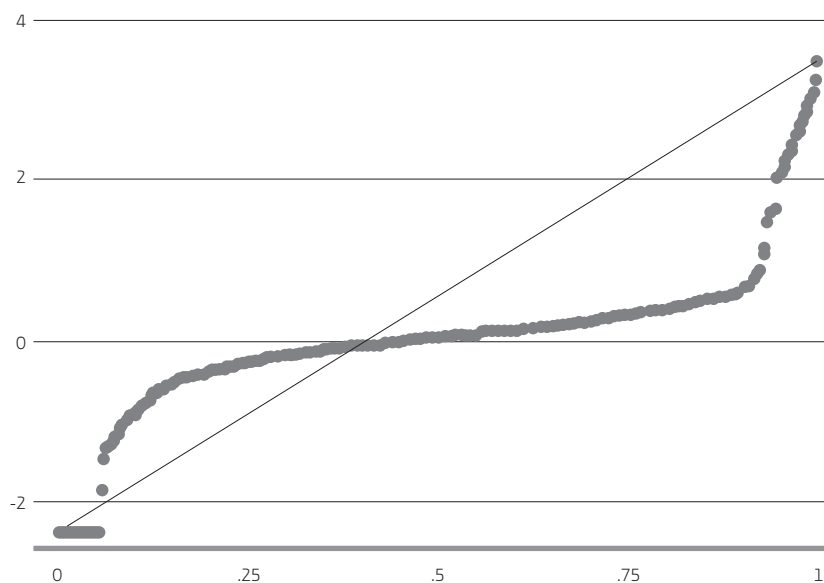
Estos valores se categorizaron como se muestra en el cuadro 36. Las categorías generadas permiten identificar un grupo de unidades que requieren atención inmediata, el grupo de calidad media en el que hay un margen considerable para mejoras y un grupo de unidades que pueden ofrecer lecciones de prácticas exitosas.

El índice de calidad de procesos sólo pudo elaborarse para 194 unidades que contaban con información suficiente. Las categorías se crearon tras examinar un modelo con mayor información en variables pero menos observaciones (cuadro 37).

Un elemento adicional se refiere a las características que pueden relacionarse con los resultados de calidad e indicar estrategias de intervención. Para este análisis se utilizó un modelo logit ordenado para el caso de la calidad estructural y logit para la calidad de procesos.

Los resultados de este análisis, que se presentan en el cuadro 38, indican que la variable con mayor vinculación con la calidad estructural es la participación de la clínica como provisor de servicios para el seguro popular. Además de esta variable se exploró el papel de las variables de características de la persona, sin que alguna resultara significativa.

FIGURA 17
Distribución del índice de calidad estructural de las unidades de salud



CUADRO 36
Distribución de las unidades por categorías de calidad estructural

CATEGORÍA	%
Calidad baja	12.25
Calidad media baja	35.54
Calidad media alta	45.34
Calidad alta	6.86

CUADRO 37
Distribución de las unidades por categorías de calidad de procesos

CATEGORÍA	%
Calidad baja	48.97
Calidad media baja	51.03

CUADRO 38
Relación de calidad estructural con características de las unidades

VARIABLES INDEPENDIENTES	1	2	3
Provee servicios del Seguro Popular	1.02	1.34	0.60
Marginación media o baja	0.60	0.52	0.23
Subsector		0.29	-0.52
Médico indígena			0.31
Edad médico			-0.02
Otro trabajo			0.17
Especialidad			0.28
Antigüedad			0.02
Años de terminar estudios			-0

IMPARTICIÓN DE TALLERES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Con excepción de las unidades más pequeñas, en todas las unidades se notificó en general la realización de los talleres de autocuidado, aun si en algunos casos se conocen como pláticas. Asimismo, son los médicos o enfermeras los encargados casi siempre de impartirlos y cuentan con material para ello, el cual consideran de utilidad (cuadro 39).

La deficiencia más importante en relación con los talleres se refiere a la ausencia de capacitación, informada en un porcentaje considerable de las unidades.

CUADRO 39
Resultados de la impartición de talleres

TIPO DE UNIDAD	N NÚCLEOS	BMB	CSA	HRD	HCE	CSRDF	CSRCG	UMRH	UMI	CSUJ				
		4	31	2	14	132	30	16	148	11	2	2	2	2
VARIABLES							2	3			2	4	5	12
Infraestructura para la atención de pacientes														
¿Se imparten talleres comunitarios para el autocuidado a la salud?		50%	55%	100%	71%	92%	83%	100%	97%	64%	100%	100%	100%	100%
¿Se imparten pláticas comunitarias para el autocuidado a la salud?		0%	39%	0%	21%	8%	17%	0%	3%	36%	0%	0%	0%	0%
¿Quiénes se encargan de impartir talleres comunitarios para el autocuidado a la salud o pláticas de educación?														
Médico		50%	18%	50%	60%	69%	60%	43%	72%	57%	100%	0%	50%	100%
Enfermera		0%	35%	50%	50%	74%	84%	69%	77%	71%	100%	50%	100%	100%
Pasante		0%	0%	0%	0%	15%	12%	13%	8%	0%	0%	50%	0%	50%
Auxiliar		0%	24%	0%	0%	12%	0%	6%	15%	0%	0%	0%	0%	0%
Técnico		0%	0%	0%	30%	9%	4%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Asistente		0%	29%	0%	10%	2%	0%	6%	19%	43%	0%	0%	0%	0%
Número de talleres en los últimos tres meses		4	6	63	20	19	24	30	24	21	45	8	80	7
¿Ha recibido capacitación para impartir cursos?		0%	87%	50%	66%	66%	80%	44%	78%	55%	100%	100%	100%	100%
¿Cuenta con material didáctico para impartir el taller?		100%	72%	100%	92%	91%	90%	93%	94%	80%	100%	100%	100%	100%
¿Le es útil el material didáctico?		100%	100%	100%	92%	94%	93%	93%	97%	88%	100%	100%	50%	100%
¿Se imparten talleres de educación para la salud para becarios de EMS?		50%	33%	100%	86%	64%	73%	75%	84%	45%	100%	100%	100%	100%
¿Cuáles fueron los temas de los talleres de educación para la salud para becarios de EMS durante el mes pasado?														
Adolescencia y sexualidad		0%	16%	0%	50%	26%	26%	38%	50%	27%	0%	50%	50%	50%
Planificación familiar		0%	16%	50%	43%	21%	30%	25%	36%	9%	0%	100%	0%	50%
Prevención de accidentes		0%	3%	0%	21%	7%	7%	19%	11%	9%	0%	0%	50%	0%
Prevención de adicciones		0%	0%	0%	7%	8%	13%	19%	20%	18%	0%	50%	50%	50%
ITS		0%	6%	50%	43%	27%	27%	13%	30%	18%	50%	50%	0%	0%
VIH/SIDA		25%	3%	50%	14%	15%	16%	25%	19%	36%	50%	50%	0%	0%
Género y salud		25%	0%	0%	14%	5%	10%	6%	19%	9%	0%	50%	50%	0%
Violencia intrafamiliar		25%	6%	0%	14%	7%	3%	13%	17%	0%	0%	0%	50%	50%

Nota: no se consideran los tipos de unidad "consultorio periférico SSA", "unidad médica urbana", "centro de salud urbano de 3 núcleos", "centro de salud urbano de 8 núcleos" y "centro de salud urbano de 11 núcleos" por contener solamente una observación (tabla completa en anexos).

BM = brigada móvil, CS = casa de salud, HR = hospital rural, HC = hospital comunitario, CSRDF = centro de salud rural disperso, CSRCG = centro de salud rural concentrado, UM = unidad móvil, UMI = unidad médica urbana, UMR = unidad médica rural, CSU = centro de salud urbano.

VII. Discusión

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS CLÍNICAS

La mitad de las unidades no cuenta con infraestructura e insumos necesarios para la atención del parto; sólo 40% posee sala de expulsión y menos de la décima parte tiene equipo para realizar ultrasonidos. La prueba de Papanicolaou, necesaria para la detección oportuna de cáncer de cervix y útero, se realiza en sólo 70% de las unidades.

Si se considera la atención de pacientes diabéticos, cerca de la cuarta parte de los centros no realiza pruebas para medir el nivel de glucosa y sólo 10% lleva a cabo pruebas de hemoglobina glucosilada, necesaria para el monitoreo del tratamiento para el control de la diabetes.

En general, las unidades visitadas cuentan con una capacidad reducida para ofrecer servicios de salud adecuados a los usuarios y enfrentan una importante carencia de insumos mínimos.

En un país con alta prevalencia de anemia y diabetes, las unidades no están equipadas para la detección y monitoreo de estas afecciones, lo que imposibilita la prevención de sus complicaciones.

De la misma manera, el personal no utiliza documentos sobre procedimientos estandarizados de atención para la provisión de los servicios de salud, lo que sugiere que se basan en los conocimientos previos teóricos.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Diversos factores influyen en la adecuada atención del embarazo, entre ellos el inicio oportuno de la atención prenatal, el número de visitas prenatales y también la calidad de la atención que recibe la mujer una vez que accede a los servicios de salud.

Al comparar las acciones que las pacientes y proveedores de salud recibieron y realizaron se advierte que los pacientes señalan con menor frecuencia la realización de algunos procedimientos relacionados con consejería, exámenes de laboratorio y algunos procedimientos que los proveedores de salud efectuaron. Además de esta discrepancia, se encontró que algunas acciones clave como el examen de mama, el examen pélvico y algunos exámenes de laboratorio, tienen una frecuencia baja en su realización en cualquiera de las tres fuentes (proveedores de salud y pacientes).

Encontramos que, si bien existen algunas acciones regulares que tienen un alto nivel de frecuencia en su realización, como la toma de presión arterial, en realidad es baja la verificación del peso y la frecuencia de la realización de acciones de consejería relacionadas con el aumento de peso adecuado y la nutrición. Al parecer, aunque los proveedores de salud llevan a cabo acciones para valorar el estado de salud de la mujer, esto no se complementa con sugerencias para mantener un embarazo sano. Sería más beneficioso para las pacientes que, además de tener la verificación regular de medidas de salud como el peso y la presión, se complementara con la explicación, por parte de los médicos, de las ventajas que tener un peso y nutrición apropiados durante el embarazo. Esto deja ver un deficiente otorgamiento de información y guía médica hacia las mujeres embarazadas, en particular en relación con signos y síntomas de alarma para la identificación temprana de problemas de salud, como la preeclampsia o el parto prematuro.

Cabe destacar que en todos los casos la realización de exámenes de laboratorio y procedimientos auxiliares, como el ultrasonido, fueron procedimientos con baja frecuencia en cualquiera de las fuentes (proveedores de salud y pacientes), incluso en los registrados de la cartilla prenatal. El acceso a exámenes de laboratorio, como la toma de sangre, de orina y aquellos para la detección de alguna enfermedad de transmisión sexual, son clave para poder clasificar los embarazos de alto riesgo; sin éstos, los proveedores de salud no tienen certeza del estado de salud de la mujer. Hay que recordar que la atención prenatal efectiva se basa en gran parte en la identificación y atención de los embarazos de alto riesgo. Además, debe considerarse que acciones habituales como los exámenes de orina y la verificación de hinchazón en pies y piernas son vitales para identificar con oportunidad la preeclampsia, uno de los principales motivos de complicaciones y muertes maternas en México. Sin embargo, aunque los proveedores señalaron en la viñeta prenatal dos acciones, esto no se traduce siempre en una adecuada identificación de la paciente en riesgo, ni de su diagnóstico correcto o su control adecuado de estas pacientes con complicaciones.

En términos generales, se advierte que los médicos tienden a reportar con mayor frecuencia, en comparación con las enfermeras, la realización de todos los procedimientos para la atención prenatal. Si bien las enfermeras pueden tener el papel de personal médico de apoyo, esta circunstancia sería preocupante en el caso específico en el que ellas sean las responsables únicas de la atención de las mujeres. Esta circunstancia se vuelve aún más preocupante a la luz de las bajas tasas de adecuado diagnóstico y plan terapéutico para la mujer preecláptica por parte de las enfermeras. Es claro que éstas no tienen los conocimientos adecuados para diagnosticar a mujeres embarazadas con complicaciones graves y canalizarlas de forma adecuada.

Aunque no se encontraron grandes diferencias en el registro de procedimientos en la cartilla prenatal entre mujeres con Seguro Popular y mujeres beneficiarias de *Oportunidades*, sí se observó que la frecuencia del registro de exámenes de laboratorio y la vacuna contra el tétanos era ligeramente mayor en las cartillas de mujeres con Seguro Popular. Cuando se comparó el registro de los procedimientos en la cartilla prenatal por tipo de unidad de salud se halló que los proveedores de salud de la Secretaría de Salud registran con más frecuencia la información de la cartilla en comparación con lo reportado por proveedores de las unidades de salud IMSS-*Oportunidades*. Esta tendencia se repite al verificar los registros de las cartillas. Las mujeres atendidas en centros de salud de IMSS-*Oportunidades* tienen claramente un menor registro de los procedimientos contenidos en la cartilla prenatal, en particular exámenes de laboratorio.

Es importante resaltar que de acuerdo con la información registrada en la cartilla, las poblaciones indígenas tienen menor acceso a exámenes de laboratorio y la vacuna contra el tétanos, lo que limita en grado considerable el seguimiento adecuado de las mujeres embarazadas en este grupo de población.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL SÍNDROME METABÓLICO

Después de analizar de forma descriptiva la información proveniente de pacientes y el personal de salud, es esencial concluir en primer lugar que la información obtenida permite detectar una variabilidad notoria en los indicadores selectos de calidad de la atención, de acuerdo con las normas oficiales de atención específica para este tipo de pacientes. En la actualidad se verifica un proceso de construcción de un índice de calidad que de forma conjunta evalúa cada uno de estos indicadores y permite una evaluación única por cada fuente de información que, además de calificar la observación individual (médico, enfermera o paciente), permite la evaluación a nivel de la clínica donde el número de evaluaciones tanto en personal de salud como en paciente es variable. Además, en una siguiente fase de análisis, este índice se podrá correlacionar con lo evaluado en los recursos humanos y materiales de la clínica, así como de la atención de otros padecimientos como salud materna e infantil. De esta forma, se dispondrá de todos los elementos para correlacionar esta información a nivel de la clínica con la variabilidad en el estado de salud de los pacientes con síndrome metabólico y otras enfermedades, detectados en la encuesta general de evaluación de beneficiarios de *Oportunidades* Encel 2007.

Además de las bondades de la información obtenida, en esta primera evaluación se han identificado varios "focos rojos" en la calidad de atención, que pueden servir como evidencia basal para la propuesta de innovaciones al sistema que tengan un impacto real en calidad y por lo tanto en el estado de salud.

Se encontró un bajo cumplimiento de las normas y guías clínicas, especialmente para el monitoreo periódico del control metabólico y la detección oportuna de complicaciones crónicas, lo que da lugar a una baja proporción de pacientes con determinación de colesterol y albúmina en orina, y la poco o nula periodicidad programada del control de glucosa por medios estándares, tales como glucosa en ayuno o, en condiciones ideales, con hemoglobina glucosilada. Los datos sugieren que el personal de salud trata a este tipo de pacientes aún bajo un concepto de consulta por problema agudo, sin una concepción clara de la atención que requiere este tipo de pacientes con enfermedad crónica. Dado que una proporción notable de médicos no detectó como importante la solicitud de exámenes de forma periódica, la intervención con cursos de capacitación al personal de salud que refuercen este concepto podrá tener un efecto considerable en la calidad técnica de atención. Debe explorarse también la mejoría del acceso a laboratorio como una intervención dirigida a mejorar el monitoreo de este tipo de pacientes.

Los tratamientos utilizados por el personal médico en las clínicas visitadas carecen de intensificación y dinamismo. Este es posiblemente uno de los problemas de mayor gravedad detectada. Como se ha descrito en varios foros de expertos, la falta de agresividad de los tratamientos en pacientes con enfermedad crónica, aunado a la falta de adherencia a ellos, son de los principales factores que explican la gravedad del descontrol y por lo tanto mortalidad prematura y disminución de la calidad de vida.

Asimismo, se detectó la falta de apoyo por especialistas en nutrición y otros tratamientos no farmacológicos. Como se ha insistido en varias recomendaciones y guías de tratamiento de pacientes con estas enfermedades, el control con dieta y ejercicio es la piedra angular del tratamiento integral del padecimiento. La baja observancia de éstos, sumado a la muy baja proporción de consultas específicas para evaluarlas o la baja proporción de pacientes que pertenecen a grupos de autoayuda, son sin duda aspectos susceptibles de modificación. El fortalecimiento de personal de apoyo para la creación de equipos multidisciplinarios de atención, incluidos los grupos de autoayuda y acceso a oftalmólogo, podrá tener un gran impacto en este sentido.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS NIÑOS

La primera observación se relaciona con los tiempos de espera. Aunque el tiempo de espera en promedio fue mayor a una hora, la mayor parte de los usuarios evaluó el tiempo como aceptable o corto.

En general, la calidad de la atención de los niños enfermos es susceptible de diversas mejorías. En cuanto a los indicadores de la calidad técnica de la consulta del niño enfermo, existen algunos puntos dignos de destacar. Primero, al parecer las acciones básicas de evaluación o exploración física (presencia de tos, diarrea y fiebre) no reciben mucha atención durante la consulta. Segundo, la mayoría del personal sí comparó el peso contra una tabla o gráfica de referencia. No obstante, en apariencia la evaluación integral del estado nutricional no es una prioridad: menos de 6% evaluó las prácticas de alimentación. Y este resultado es más crítico en el caso de los niños diagnosticados con bajo peso o talla baja, ya que ninguno de ellos se evaluó en ese aspecto. Este problema se refleja también en el bajo porcentaje de médicos/enfermeras que proporcionó consejos sobre la alimentación (22%). Sin embargo, es posible que este porcentaje aumente claramente (75.8%) en los niños diagnosticados con peso o talla bajos.

El tercer punto se vincula con el uso de los antibióticos orales. Infortunadamente, pocos niños tuvieron el diagnóstico que –según la OMS– justificaba la prescripción de antibióticos. A menos de la mitad de ellos se les prescribieron antibióticos. A 46.7% de los niños que no necesitaban un antibiótico se les administró.

El cuarto punto es el elevado informe de conocimiento correcto sobre cómo preparar el tratamiento Vida suero oral (alrededor de 97% de los usuarios), que contrasta con sólo 60% de médicos/enfermeras que realizaron la demostración de este tratamiento. Al parecer, las personas conocen muy bien cómo se prepara el tratamiento Vida suero oral y el proveedor de salud ya no se preocupa de ello.

En cuanto a la capacitación para identificar los signos de alarma, destaca que no es una práctica que se realice efectivamente, sobre todo en el caso de enfermedades diarreicas dado que menos de 32% de los proveedores de salud capacitó a los usuarios en este aspecto tan relevante para la atención temprana de enfermedades prioritarias de la infancia.

En el caso de la atención a los niños sanos se encontró sin duda un elevado registro de información en la cartilla, ya que los médicos/enfermeras reportaron que en la gran mayoría de las consultas del niño sano (91%) el peso y la talla se registraron en la cartilla nacional de vacunación.

La conclusión general sobre la calidad percibida es que los acompañantes evaluaron el servicio de manera positiva. No obstante, 10% refirió no entender el diagnóstico y 24.7% opinó que la calidad de la atención podría mejorarse.

Las comparaciones entre los médicos y las enfermeras muestran que existen algunas diferencias entre el desempeño de ambos. Aunque se obtuvieron unas diferencias significativas, sólo algunas son relevantes en términos prácticos. En el caso particular de la prescripción de antibióticos, probablemente se explica por la autorización de las enfermeras para prescribir estos fármacos. En cuanto a proporcionar consejos de alimentación a los cuidadores de niños con peso o talla bajos, parece que lo hacen ligeramente mejor los médicos. En el caso de las viñetas para la atención de niños, una vez más la puntuación de los médicos resultó más afortunado que el de las enfermeras, pero de

forma general no es posible decir que su práctica sea adecuada puesto que en promedio respondieron correctamente sólo la mitad de las viñetas. Una observación interesante es que no se reconocieron diferencias de importancia en el desempeño del personal de SSA o IMSS-*Oportunidades*.

Una fortaleza importante de este trabajo es presentar el informe del médico/enfermera y la perspectiva del acompañante del niño. Una posible limitación es que la mayoría de los instrumentos originales se diseñó para aplicarse mediante observación directa. Por la naturaleza de la encuesta no fue posible usar la observación directa. No obstante, se realizaron las adecuaciones necesarias para conocer la calidad de la atención proporcionada a niños enfermos y sanos y se empleó como técnica el propio reporte de las actividades efectuadas por el médico o la enfermera.

En conclusión, la calidad de los servicios que se otorgan a los niños enfermos puede mejorarse en grado considerable. Elementos medulares de la atención, tales como la evaluación de tos, diarrea y fiebre, se omiten a tal punto que podrían conducir a errores diagnósticos. Al respecto de la evaluación de las prácticas de alimentación se encontró una situación especial, ya que preguntar a los padres acerca de las prácticas de alimentación fue poco frecuente, incluso en aquellos niños con peso o talla bajos. Cabe resaltar que la situación acerca de la orientación sobre la alimentación es buena, pero podría ser mejor. La prescripción de antibióticos es preocupante: más de la mitad de los niños que necesitaban dicho medicamento no lo recibió y la mitad de los niños que no los requería sí los recibió. Por último, los padres necesitan una mejor capacitación para reconocer los signos de alarma de las enfermedades diarreicas y la dificultad respiratoria; sólo con la información pertinente los padres podrán ser capaces de actuar a tiempo en caso de una enfermedad.

En el futuro es necesario explorar los factores determinantes de estos hallazgos. Es posible que la práctica de los médicos y enfermeras sea un reflejo de aquello para lo cual están entrenados; de ser así, el entrenamiento y la capacitación deben mejorar. Para responder esta interrogante, se necesitaría revisar el historial académico y curricular de los proveedores de salud que intervienen en la atención de la salud de los niños. Lo que resulta claro es que los resultados no se deben a limitaciones de la NOM-031, puesto que coincide en alto grado con los lineamientos de IMCI. Otros factores determinantes pueden ser la supervisión y la motivación laboral en los centros de salud. Se necesitan datos adicionales para investigar estos determinantes. Cabe resaltar que el resultado de la mayoría de los indicadores más bajos es independiente de los recursos materiales de las unidades de salud.

¿CUÁL ES LA CALIDAD DE LAS UNIDADES VISITADAS?

Para este estudio se midieron dos dimensiones de la calidad: estructura y procesos. Por lo que se refiere a la estructura, los resultados sugieren deficiencias notorias en los recursos con los que cuentan las unidades. Estas carencias limitan las posibilidades de los servicios de proporcionar una atención adecuada a los usuarios.

De forma adicional, los procesos que se realizan también mostraron deficiencias. Los proveedores no llevan a cabo en una proporción considerable las acciones necesarias para la atención a la salud de los usuarios. Esto es en particular crítico en relación con aquellas acciones de monitoreo para prevenir las complicaciones en las tres afecciones de salud analizadas.

Los proveedores de salud han dejado pasar oportunidades de acciones preventivas en las consultas y se han enfocado en el problema evidente en el momento de recibir a los pacientes. Este momento de la interacción médico/paciente es un espacio crítico para la prevención y la detección oportunas.

Aunado a esto, los resultados de los casos estandarizados son preocupantes. El porcentaje de proveedores que fue capaz de llegar a un diagnóstico apropiado e indicar el tratamiento conducente fue reducido.

El índice que sintetiza la calidad estructural de las unidades identificó un grupo de unidades con importantes carencias, un grupo promedio con grandes oportunidades para mejorar y un reducido grupo con resultados por arriba del promedio. Por su parte, el índice de calidad de procesos refleja los hallazgos en el análisis de la dimensión respectiva (procesos), lo que revela deficiencias notorias en los servicios provistos en las unidades visitadas.

En conjunto, estos aspectos (deficiencias en estructura y procesos) señalan retos importantes en la calidad de los servicios de salud y pueden explicar una atención subóptima. Este aspecto es clave para el Programa, como se ha discutido en el documento; el incentivo a la demanda de servicios de salud sólo se traduce en incrementos del capital salud si los servicios suministran una atención de calidad.

Es necesario analizar estas consideraciones en conjunto con los resultados de salud de los usuarios, pero parece reforzarse la hipótesis de que la insuficiente traducción en mejoras en el estado de salud de los incrementos en utilización se vincula con problemas de la calidad de los servicios. Estos resultados sugieren que únicamente una fuerte inversión enfocada en los aspectos de calidad mencionados (estructura y capacitación del personal para los procesos) permitirá que el incremento en utilización que ha generado el programa se traduzca de manera efectiva en resultados en la salud de la población atendida.

RETOS DE LA EVALUACIÓN

Este estudio representa la primera aproximación a la calidad de los servicios de salud que atienden a la población de *Oportunidades*. Esta primera medición, que servirá posteriormente de insumo para el análisis de los efectos en el estado de salud de la población beneficiaria, muestra un panorama heterogéneo en términos de las unidades de salud, con deficiencias generales en las dos dimensiones de calidad medidas, estructura y procesos.

Aún más, las deficiencias tienden a concentrarse: los centros con menores recursos son, al mismo tiempo, los que tienen una probabilidad menor de contar con médicos de planta, lo que se suma a los problemas de la calidad de la atención antes observados.

La evaluación debe extenderse para contar con un panorama más completo, pero parece necesario diseñar acciones encaminadas a mejorar la calidad de los servicios.

VIII. Análisis FODA

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZA Y OPORTUNIDADES		
FO1	Existe una elevada frecuencia informada entre médicos/enfermeras y pacientes en la realización de procedimientos regulares para la atención prenatal, como revisión de presión arterial, peso y talla, valoración del abdomen, etc	No aplica
FO2	En general, se encontró que de la información clave que debe registrarse en la cartilla prenatal (p. ej., edad de la mujer, número de embarazos, número de abortos, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, vacuna contra el tétanos, peso y presión arterial) la mayor parte se apunta	No aplica
FO3	Al comparar el registro de información básica en la cartilla, (edad de la mujer, número de embarazos, fecha probable de la menstruación y fecha probable del parto) entre indígenas y no indígenas, se observa una alta frecuencia en su registro en ambas poblaciones	No aplica
FO4	La gran mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas (p. ej., hipertensión arterial y diabetes) acude con frecuencia suficiente al centro de salud (al menos cuatro visitas al año) y cuenta con expediente en la clínica	No aplica
FO5	Con excepción de las unidades más pequeñas, en general en todas las unidades se realizaron los talleres de autocuidado, aun si en algunos casos se conocen como pláticas. Igualmente, en general son los médicos o enfermeras los encargados de impartirlos y cuentan con material para ello, que consideran de utilidad	No aplica

DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA1	Existen carencias de equipo básico para la atención de pacientes, como el instrumental necesario para la exploración física de los usuarios de forma regular: básculas, baumanómetros, otoscopio y termómetro; no existen en un porcentaje notorio de unidades, sobre todo si se considera que en todas debería haberlos	El Programa debe elaborar con el sector salud un plan de reforzamiento del equipamiento de las unidades que garantice la existencia del equipamiento básico
DA2	Hay clínicas en las que no se cuenta ni siquiera con abatelenguas o gasas. Un alto porcentaje de clínicas no dispone de insumos necesarios para el monitoreo de afecciones vinculadas con las corresponsabilidades, como las consultas de atención prenatal. La reducida existencia de tiras reactivas para orina hace imposible realizar esta prueba mínima en mujeres embarazadas y el bajo porcentaje con tiras reactivas para glucosa, en un país con alta prevalencia de diabetes, complica la detección de este padecimiento	El Programa debe elaborar con el sector salud un plan de reforzamiento del equipamiento de las unidades que garantice la existencia del equipamiento básico
DA3	Son pocos los servicios además de las consultas que ofrecen las clínicas. Pruebas básicas como la determinación de hemoglobina y las pruebas de orina se ofrecen en un porcentaje reducido de las unidades. El Pap se ofrece en sólo 72% de las unidades y el ultrasonido obstétrico es prácticamente inexistente en estas unidades de salud (apenas 4%)	El Programa debe elaborar con el sector salud un plan de reforzamiento del equipamiento de las unidades que garantice la existencia del equipamiento básico
DA4	Las unidades que por norma ofrecen servicios más limitados refuerzan estas limitaciones al contar con un porcentaje menor de los recursos con los que se espera que trabajen	La infraestructura de los servicios de salud de primer nivel que atienden a la población beneficiaria del Programa debe reforzarse en general, pero con énfasis en los servicios con mayores acreencias actuales. Las reglas de operación pueden especificar de acuerdo con el Midas las condiciones mínimas con las que debe contar una unidad para proporcionar los servicios que forman parte del Programa
DA5	De una selección hasta de 12 expedientes por unidad, se identificó que sólo 45% contenía registros de la programación de las citas médicas, y alrededor de 25% anotó la asistencia a las sesiones educativas o su programación	La existencia de expedientes completos se ha considerado un indicador de calidad; el Programa puede generar incentivos a su exigencia y correcto uso si se incluyen como parte de los documentos con los que deben contar los beneficiarios
DA6	Al analizar la frecuencia con la que se practican ciertos procedimientos entre médicos de unidades de salud que dan servicios a mujeres del Programa Oportunidades se observó que la realización de exámenes de laboratorio (orina, sangre y VIH) es poco frecuente	Fortalecer la oferta de servicios de laboratorio en las unidades que proveen servicios a mujeres del Programa Oportunidades, ya sea a través del fortalecimiento de infraestructura y disponibilidad de recursos de salud o a través del fortalecimiento de la referencia de las mujeres a otras unidades de salud
DA7	El porcentaje del uso de la cartilla prenatal no fue tan alto como se esperaba (60%) entre las mujeres que se entrevistaron fuera de las unidades de salud	Incentivar el uso de la cartilla prenatal entre las mujeres embarazadas usuarias de los servicios de salud

DA8	En cuanto a las acciones realizadas en la atención prenatal y anotadas en la cartilla prenatal, el registro de la realización de exámenes de laboratorio y sus resultados es bajo. Esto puede relacionarse con el hecho de que las mujeres no tienen acceso a exámenes de laboratorio	Fortalecer la oferta de servicios de laboratorio en las unidades que proveen servicios a mujeres del Programa Oportunidades, ya sea a través del fortalecimiento de infraestructura y disponibilidad de recursos de salud o a través del fortalecimiento de la referencia de las mujeres a otras unidades de salud
DA9	El registro de la realización de exámenes de laboratorio y resultados de éstos es menor entre la población indígena en comparación con la no indígena	Fortalecer el acceso a servicios de laboratorio para la atención prenatal a la población indígena
DA10	Una proporción de 19% de las mujeres entre el grupo de mujeres que usan algún método anticonceptivo se sintió presionada por el médico o la enfermera para usar el método anticonceptivo	Mejorar la provisión de la información relacionada con los beneficios que las mujeres pueden tener al usar métodos anticonceptivos
DA11	Es bajo el cumplimiento de las normas y guías clínicas, sobre todo en el monitoreo periódico del control metabólico y la detección oportuna de complicaciones crónicas, lo que se traduce en una baja proporción de pacientes con determinación de colesterol y albúmina en orina y la poco o nula periodicidad programada del control de glucosa por medios estándares, como glucosa en ayuno o hemoglobina glucosilada	Dado que en una proporción notoria de médicos no se consideró importante la solicitud de exámenes de forma periódica, la intervención con cursos de capacitación al personal de salud que refuercen este concepto puede tener un impacto considerable en la calidad técnica de atención. Mejorar el acceso a laboratorio debe explorarse también como una intervención dirigida a mejorar el monitoreo de este tipo de pacientes
DA12	Los tratamientos ofrecidos en las clínicas visitadas carecen de intensificación y dinamismo, lo que se refleja en la proporción muy alta de pacientes que refirieron no ser objeto de cambio del tratamiento desde el inicio de su padecimiento y la falta de modificación del tratamiento señalado por los médicos aun después de identificar la ausencia de control en el paciente con enfermedad crónica	La capacitación específica a los médicos tratantes en prescripción farmacológica, incluyendo la utilización de insulina, podrá impactar en el grado de control de este tipo de pacientes
DA13	No hay apoyo por especialistas en orientación de dietas y otros tratamientos no farmacológicos. La escasa observancia de éstos, sumada a la muy baja proporción de consultas específicas para evaluarlos o la baja proporción de pacientes que pertenecen a grupos de autoayuda, son claramente aspectos susceptibles de modificación	El fortalecimiento del personal de apoyo para la creación de equipos multidisciplinarios de atención, incluidos los grupos de autoayuda y acceso a oftalmólogo, podrá tener un gran impacto en este sentido
DA14	Del total de consultas de niños analizadas, sólo en 5.2% se evaluaron las prácticas de alimentación; este porcentaje fue nulo en niños con peso o talla bajos	Es importante fortalecer la capacitación del personal en las clínicas para la correcta atención de los niños
DA15	El análisis de los factores relacionados con la calidad de las unidades indica que la variable con mayor vinculación con la calidad estructural es la participación de la clínica como provisor de servicios para el Seguro Popular. Además de esta variable, se exploró el papel de las variables de características de la persona, sin que alguna resultara significativa	El Programa debe reforzar la afiliación de la población al SP y promover que las unidades que atienden a la población beneficiaria de ambos programas reciban los recursos adicionales para infraestructura y equipamiento por parte del mismo

DA16	Las categorías generadas permiten identificar un grupo de unidades que requieren atención inmediata, un grupo de calidad media en el que hay un margen notorio para mejoras y un grupo de unidades que pueden ofrecer lecciones de prácticas exitosas	Sería recomendable establecer la evaluación de calidad como un proceso permanente y que informe a los usuarios, como un mecanismo adicional de contraloría social sobre los servicios recibidos
------	---	---

IX. Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS, 1999.
2. World Health Organization. Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care – a process of change. Ginebra: WHO, 2000.
3. March J, Prieto MA. La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:57-60.
4. Creel L, Sass J, Yonger N. Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. Population Council Bureau, 2002.
5. Torres-Arreola L, Constantino-Casas N. Equidad y calidad en salud. *Rev Med IMSS* 2003;41(4):359-364.
6. Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
7. Das J, Gertler P. Variations in practice quality in five low-income countries: a conceptual overview. *Health Affairs* 2007;26:296-309.
8. IMSS. El IMSS en cifras. Evaluación del desempeño de las instituciones de salud. México 2004. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006;44(5):481-488.
9. Petiti DB, Amster A. Measuring the quality of health care. New York: Oxford University Press, 1998.
10. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly* 1966;44:166-203.
12. World Health Organization. Quality improvement in primary health care: a practical guide. Ginebra: WHO, 2004.
13. Ross A, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica* 2000;8(12).
14. Milton T. Lean and mean: the quality of care in the era of managed care. *J Public Health Policy* 1998;19(1):5-13.
15. Organización Panamericana de la Salud. Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la enfermería. Washington: OPS, 2001.
16. DCP. Improving Quality of Clinical Care. Incentives for Health Care Workers. Disease Control Priorities Project 2006.
17. Massoud R, Askov K, Reinke J, Franco LM, Bornstein T, Knebel E, *et al*. A modern paradigm for improving healthcare quality. Washington, DC: Agency for International Development, 2001.
18. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362(9377):65-71.
19. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003;362(9379):233-241.
20. Bryce J, el Arifeen S, Pariyo G, Lanata C, Gwatkin D, Habicht JP. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet* 2003;12;362(9378):159-164.
21. Seclen J, Jacoby E, Benavides B, Novara J, Velázquez A, Watanabe E, *et al*. Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del proyecto 2000. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2003;3(4):421-438.
22. Gutiérrez JP, Bautista S, Gertler P, Hernández-Ávila M, Bertozzi SM. Impacto de Oportunidades en la morbilidad, estado de salud y utilización de los servicios de salud de la población beneficiaria en zonas urbanas. En: Hernández-Ávila M, Hernández-Prado B, Urquieta-Salomón JE, editors. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2006. Cuernavaca: INSP-Oportunidades, 2006:150.
23. Gutiérrez JP, Bautista S, Gertler P, Hernández-Ávila M, Bertozzi SM. Impacto de Oportunidades en la morbilidad y el estado de salud de la población beneficiaria y en la utilización de los servicios de salud. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales. En: Hernández-Prado B, Hernández-Ávila M, editors. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Cuernavaca: INSP, 2005:330.
24. Barber SL, Bertozzi SM, Gertler PJ. Variations in prenatal care quality for the rural poor in Mexico. *Health Affairs* 2007;26.
25. CIEE-INSP. Nota técnica sobre el diseño muestral para la Encuesta de Evaluación Rural (ENCEL) 2007. México: CIEE-INSP, 2007.
26. CENETEC. Guías de equipamiento para Centros de Salud y Hospitales Comunitarios. [cited]; Disponible en: www.cenetec.gob.mx.
27. Secretaría de Salud. Modelo de Unidades Médicas, Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS). México: SSA, 2006.
28. Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS). Subsecretaría de Innovación y Calidad. México: Secretaría de Salud, 2006.
29. Secretaría de Salud. Manual de Contenido Múltiple Casa de Salud. México: Secretaría de Salud, 1988.
30. Secretaría de Salud. Manual de Contenido Múltiple Unidad Auxiliar de Salud. México: Secretaría de Salud, 1988.
31. Secretaría de Salud. Manual de Contenido Múltiple Centro de Salud Rural para Población Dispersa. México: Secretaría de Salud, 1988.
32. Secretaría de Salud. Manual de Contenido Múltiple Centro de Salud Rural para Población Concentrada. México: Secretaría de Salud, 1988.
33. Secretaría de Salud. Manual de Contenido Múltiple Centro de Salud Urbano. México: Secretaría de Salud, 1988.
34. IMSS. Guía de Equipamiento en las Unidades Médicas Rurales. México: IMSS, 2005.
35. Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades 2007.
36. Norma Oficial Mexicana por la Atención del embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido (NOM007). México: Secretaría de Salud, 1995.
37. Norma Oficial Mexicana, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, NOM-037-SSAZ-2002. (2002).
38. Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, NOM-015-SSAZ-1994. (1999).
39. Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, NOM-030-SSAZ-1999. (1999).

40. Adult-Treatment-Panel-III. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285(19):2486-2497.
41. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003;19(289):2560-2572.
42. Diabetes-Care. Standards of medical care in diabetes--2007. Diabetes Care 2007;30(S1):S4-S41.
43. World Health Organization. Health facility survey : tool to evaluate the quality of care delivered to sick children attending outpatient facilities. Geneva: WHO, 2003.
44. Norma Oficial Mexicana para la atención a la salud del niño, NOM-031-SSA2-1999. 1999.
45. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Heine RJ, Holman RR, Sherwin R. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2006;29(8):1963-1972.

Capítulo II

Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades

AUTORA

Gabriela Sánchez López

Con la colaboración de: Laura Patricia Pedraza Espinoza

Resumen ejecutivo

Introducción*

El propósito del Paquete Básico Garantizado de Salud es ofrecer atención primaria a la salud. A través de módulos educativos e informativos pretende desarrollar capacidades en los individuos que atiende, así como garantizar la asistencia a consultas regulares con ese nivel de atención, acciones orientadas a fomentar prácticas de autocuidado y prevención en la población beneficiaria.

En el ámbito de la salud, el Programa Oportunidades afecta distintas áreas, relativas a promover el bienestar general de las familias que viven en pobreza extrema, por lo que la evaluación del impacto que éste tiene sobre la salud requiere de enfoques diversos. Por impacto entenderemos “cualquier modificación en las condiciones de vida de los grupos domésticos beneficiarios que puede ser directa o indirectamente asociada al Programa”.[†]

En este documento se describirá, por un lado, el impacto que las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud han tenido en el desarrollo de capacidades, orientadas a la prevención y el autocuidado en los hogares estudiados a través de información pertinente para la salud; y por otro, explicar las condiciones de la atención a la salud en el primer nivel y la influencia de las mismas en las pautas de atención de los hogares de estudio utilizando como principal fuente de información las trayectorias de atención de los mismos.

Este análisis busca comprender de qué modo la calidad en la atención recibida (percibida y experimentada por los usuarios) influye en las condiciones de salud de las familias, en las pautas de búsqueda de atención que manifiestan y en el desarrollo de capacidades, aspectos que en su conjunto permiten evaluar la óptima ejecución de los objetivos del componente de salud del Programa.

Se describirá el impacto de los procesos de salud-enfermedad-atención (en adelante procesos de s-e-a) en las economías domésticas y las estrategias económicas de afrontamiento[‡] de estos episodios. Se considera que estas realidades brindan una panorámica más integral no sólo del modo en que las familias se enfrentan a dichos procesos, sino, en un sentido más amplio, de cómo el acceso a la salud permite comprender la estructura de *Oportunidades*, que incide en las posibilidades reales de los hogares de cambiar las economías domésticas y de los individuos de acceder a servicios no sólo de salud, sino educativos y también a mercados de trabajo.[§] Por otra parte, permiten comprender las limitantes o la eficacia de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud.

De este modo, son tres los objetivos de este estudio:

- a) Describir las condiciones de la atención a la salud en el primer nivel.
- b) Determinar si éstas en conjunto con el Programa están incidiendo en las condiciones generales de salud de los hogares beneficiarios, y en las pautas de atención (el dónde, el cuándo y el cómo se busca la atención a la salud).

* El tema del Seguro Popular nunca fue objeto explícito del estudio. Es por ello que no se recabó la información suficiente para contar con un apartado específico.

† González de la Rocha M, Agudo Sanchiz A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2008 (propuesta de investigación). México: CIESAS, 2008.

‡ Se entiende por estrategias económicas de afrontamiento, al conjunto de recursos (activos y monetarios), pero también de estrategias (préstamos, venta de activos, gestión para cubrir gastos de transporte, medicamentos o intervenciones) y redes sociales (familiares o comunitarias) que los hogares emplean para resolver los costos de los procesos de salud, enfermedad, atención.

§ González de la Rocha M. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 12 (documento técnico sobre trabajo). México: CIESAS, 2008.

- c) Caracterizar el impacto que las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud han tenido en el desarrollo de capacidades, orientadas a la prevención y el autocuidado en los hogares estudiados, de manera comparativa con la población no beneficiaria del Programa, a partir de la experiencia y calidad percibida por los usuarios.

Metodología

Se estudió un total de 12 microrregiones, tres por estado, en Oaxaca, Chiapas, Chihuahua y Sonora. Las microrregiones estudiadas por cada entidad federativa fueron: Oaxaca (mazateca, Costa, mixe); Chiapas (Las Margaritas, Tumbalá y San Cristóbal de Las Casas); Chihuahua (Yepachi-Maycoba, Norogachi, Samachique); y Sonora (yaqui, mayo y guarijía). Uno de los principales objetivos fue conocer las percepciones del equipo médico con respecto a la comunidad, el estado general de salud de las familias que la habitan, las condiciones laborales del personal y del servicio de salud que ofrecen, además de su opinión sobre el Programa y las corresponsabilidades del Paquete Básico Garantizado de Salud. Se realizaron entrevistas a prestadores de servicios de salud a cargo de las unidades médicas rurales y las casas de salud donde vivían los hogares de estudio, entre ellos: médicos(as), enfermeras(os) y asistentes rurales de salud.

Se hicieron observaciones en talleres comunitarios, consultas médicas familiares (corresponsabilidad exigida por *Oportunidades*) y escenarios de atención (servicios locales de salud). Se trabajó con una muestra inicial de 183 hogares, con las características incluidas en el cuadro 1.

De acuerdo con la composición final de esta muestra analítica de hogares,* se construyeron dos bases de datos: una sobre las trayectorias de atención y otra sobre las historias reproductivas. La base de datos de trayectorias de atención incluyó las siguientes variables de análisis: etnicidad, exposición al Programa, localidad, sexo, edad, tipo de padecimiento y explicación o causa que otorga la familia al padecimiento, escenarios y modelos de atención que emplearon para resolverlos, costos del tratamiento y de la búsqueda de atención, condiciones de saneamiento básico y opinión o concepciones sobre los servicios locales de salud. En total se documentaron 348 trayectorias de atención; 98 en Oaxaca, 85 en Chiapas, 92 en Chihuahua y 73 en Sonora.

La base de datos de historias reproductivas incluyó las siguientes variables: etnicidad, exposición al Programa, localidad, sexo, edad actual (2008), edad a la que se tuvo al primer hijo, edad a la que se tuvo al último hijo, tipo de atención recibida durante el embarazo y el parto, número de partos (vivos, muertos y abortos), tipo de métodos anticonceptivos empleados a lo largo de su vida, concepciones y acceso a métodos anticonceptivos. En total se documentaron 229 historias reproductivas, 38 en Oaxaca, 44 en Chiapas, 92 en Chihuahua y 55 en Sonora.

CUADRO 1

Muestra analítica teórica de hogares

ESTATUS						
OPORTUNIDADES	ETNICIDAD	CHIAPAS	CHIHUAHUA	OAXACA	SONORA	TOTAL
Beneficiarios	Indígenas	24	12	11	13	60
Beneficiarios	Mestizos	8	12	10	14	44
No beneficiarios	Indígenas	7	12	14	11	44
No beneficiarios	Mestizos	6	12	7	10	35
Total		45	48	42	48	183

Elaboración: Mercedes González de la Rocha (2008).

* De acuerdo con la muestra analítica, a lo largo del documento se hará referencia a hogares de larga exposición (beneficiarios desde 1998) y hogares de reciente exposición (beneficiarios desde 2007).

Resultados

En escenarios donde diferentes modelos médicos confluyen de manera cotidiana en la atención de los procesos de salud-enfermedad, los tipos de proveedores de servicios son también diversos. Aunque en este documento sólo se abordarán las condiciones en que operan los servicios públicos de salud, es importante considerar que la población de las microrregiones de estudio tiene acceso a cuatro tipos de proveedores locales de servicios de salud:

- a) Proveedores de servicios de salud del sector público.
- b) Proveedores de servicios de salud del sector privado (farmacias locales o regionales utilizadas como centros de atención como Farmacias Similares).
- c) Proveedores de servicios de salud afiliados a organizaciones religiosas (exclusivamente para el caso de las microrregiones de Samachique –Hospital Misión Tarahumara– y Norogachi –Clínica San Carlos– en Chihuahua)
- d) Proveedores de servicios de salud tradicionales (medicina tradicional; en menor medida medicinas y terapias alternativas o complementarias).

Para comprender la estructura de servicios y las condiciones de los mismos, este apartado se aboca a describir brevemente los insumos y recursos humanos con los que cuentan los centros de salud de primer nivel, escenario donde se llevan a cabo las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud.

Oaxaca. La oferta de servicios de salud en las microrregiones visitadas en este estado permite señalar que la presencia de los centros de salud y unidades médicas rurales en las zonas de estudio no es garantía de que la salud de la población esté bien atendida. La precariedad de recursos, médicos y materiales, es evidente y da un primer indicio para reconocer que la calidad de los servicios de salud en las zonas visitadas (con alta densidad de población indígena) es deficiente y se enfrenta a múltiples obstáculos para alcanzar los objetivos del Paquete Básico Garantizado de Salud.

Chiapas. De todas sus microrregiones sólo la unidad médica rural Unidad Médica Rural (UMR) IMSS-*Oportunidades* en Saltillo, localidad de Las Margaritas, cuenta con la presencia de lunes a viernes de un médico pasante. Las otras unidades operan bajo la responsabilidad de enfermeras y auxiliares de enfermería. Una característica fundamental para comprender la deficiente atención médica a la que tienen acceso los hogares estudiados en este estado del sur.

La presencia de centros de salud de primer nivel en las localidades estudiadas es mínima y por ello los pobladores deben trasladarse fuera de sus comunidades de origen para recibir atención médica de primer nivel; un rasgo más que explica la debilidad de la salud de los habitantes de estas zonas, quienes no cuentan con los recursos suficientes para trasladarse fuera de sus lugares de origen en busca de atención médica de calidad.

En este sentido, es importante señalar que la existencia de los centros de salud y de las UMR, no significa que los habitantes de las microrregiones estudiadas reciban ese tipo de atención, el hecho de que muchos médicos no hayan atendido nunca un parto es la muestra más clara de las ineficacia resolutive en los centros de salud locales.

Chihuahua. La presencia de instituciones de salud privadas y religiosas en las microrregiones estudiadas en esta entidad es un rasgo que las caracteriza y que permite comparar su desempeño con el de las instituciones públicas de las mismas zonas. La comparación hace evidentes las deficiencias tanto de recursos humanos como materiales en los centros de salud y las UMR y demuestra que a pesar de las condiciones de marginalidad de la población y los obstáculos que imponen la geografía y la pertenencia a grupos étnicos distintos de los de los prestadores de servicios, la práctica médica y el cuidado de la salud se pueden desarrollar de una manera eficiente y coordinada.

Sonora. Aunque la sobredemanda de servicios de salud en la microrregión yaqui genera insuficiencias en la calidad de los mismos, largos tiempos de espera y la demanda de atención no logra ser cubierta, es aquí donde se encuentra la oferta de servicios de salud más amplia entre las zonas estudiadas en este estado. Existe una mayor diversidad de dependencias públicas que ofrecen servicios de salud. Además, en comparación con las demás microrregiones de Sonora, la yaqui cuenta con infraestructura más amplia y completa, y con equipos médicos más nutridos y profesionalizados.

Entre las microrregiones estudiadas en Sonora, la guarijía es la que presentó mayores carencias de infraestructura y recursos humanos; sin embargo, la localidad visitada cuenta con dos opciones de servicio de primer nivel, situación que no se da en otras microrregiones, en donde los habitantes de las localidades visitadas tienen que desplazarse a otras comunidades para ser atendidos.

HALLAZGOS Y COMPARACIONES ENTRE ESTADOS Y MICRORREGIONES

La descripción de los escenarios de atención a la salud permite identificar condiciones similares y a la vez rasgos que distinguen los servicios de salud entre los estados estudiados, incluso, entre sus microrregiones. En este apartado se señalarán brevemente aquellas características comunes en las microrregiones de los distintos estados estudiados y aquellas que otorgan singularidad a las regiones visitadas y que ponen en evidencia la heterogeneidad de los escenarios. Estas mismas cualidades servirán para sustentar en análisis posteriores los obstáculos o ventajas que encontraron los hogares estudiados cuando tuvieron episodios de enfermedad por resolver.

En primer lugar, la sobredemanda de los servicios públicos de salud es una característica compartida por todas las microrregiones del estudio. Después de 10 años de operación, *Oportunidades*, sin lugar a dudas, ha contribuido en el acercamiento de sus beneficiarios al sistema médico del Estado. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos por dotar de mayor infraestructura a las UMR y centros de salud, los recursos tanto humanos como materiales siguen siendo insuficientes para atender la demanda de atención médica.

En general, las condiciones de inmobiliario e infraestructura fueron menos deficientes en los centros de salud de la Secretaría de Salud (SSA), donde incluso existen salas de espera y espacios de asilamiento equipados con camastros para la exploración de pacientes que así lo requieran, además de habitaciones para el personal médico y baños.* Sin embargo, los centros siguen teniendo limitaciones respecto de salas de espera adecuadas y espacios apropiados para la realización de los talleres.

En cuanto al instrumental médico, la mayor parte del personal de salud entrevistado, independientemente del tipo de proveedor de servicios, reveló no contar con juego instrumental básico para la auscultación, como: estetoscopio, lámpara, espejo vaginal y ostoscopio.† Por lo regular, los centros locales de salud cuentan con una báscula (no siempre en óptimas condiciones), y un baumanómetro‡. Las casas de salud, en general, prescinden de baumanómetro, dificultando el monitoreo regular de la toma de presión de aquellos individuos que ya han presentado o podrían presentar hipertensión arterial y que viven alejados de los centros de salud, donde pueden monitorear su presión mes con mes.

Las carencias relativas a la infraestructura de los centros de salud imposibilitan las acciones preventivas promovidas por el Paquete Básico Garantizado de Salud. Por ejemplo, la detección oportuna de indicadores de riesgo de hipertensión, diabetes, síndrome metabólico y la prueba del Papanicolaou (Pap). Se observa también que el abasto irregular o nulo de los artículos necesarios como tiras de resultados de glucosa para pruebas de dextrosis, baumanómetros e insumos para la toma del Pap genera el escepticismo de los usuarios, sobre todo cuando deciden practicarse las pruebas y éstas no pueden ser concretadas por falta del material indicado (dato reportado en los estudios de hogares y en las observaciones realizadas por los investigadores en campo en los centros de provisión del servicio). Estas carencias los desaniman en el intento de practicarse nuevamente las pruebas.

* A excepción de la UMR del IMSS-*Oportunidades* en la microrregión mazateca en donde, aunque las instalaciones de la UMR eran más pequeñas en comparación con las instalaciones de los centros de salud de la SSA, el equipamiento fue de mejor calidad, contando con servicios de radiocomunicación y una computadora que guarda los archivos del incipiente programa de expediente electrónico, mientras que los centros de salud de la SSA utilizan los medios de comunicación municipales. En contraste, en los centros de salud de la SSA, las camas de auscultación no estaban en óptimas condiciones. Se registró además, insuficiente ropa de cama y ausencia de batas para pacientes, inclusive falta de uniformes de los prestadores de servicios de salud, insumos para curación, medicamentos y pruebas rápidas de VIH y dextrosis, además de insumos para realizar el examen de Papanicolaou.

† Instrumento que permite observar el conducto auditivo, hasta el tímpano, para conocer el estado del mismo.

‡ El baumanómetro es un instrumento que permite medir la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias, su uso es de gran importancia para el diagnóstico médico, ya que permite detectar alguna anomalía relacionada con la presión sanguínea y el corazón. El baumanómetro es un instrumento imprescindible para la prevención de la hipertensión y la identificación de factores de riesgo cardíaco.

Es importante señalar que aunque la precariedad de recursos para operar de las instituciones públicas de salud es una constante, se da en distintos niveles entre las microrregiones estudiadas. Las diferencias más evidentes las encontramos al comparar la situación de las microrregiones visitadas en Chiapas con las microrregiones sonorenses.

En Chiapas se reportaron las condiciones más desfavorables en términos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, pero principalmente en cuanto al abasto de medicamentos para hipertensos y diabéticos, mientras que estos medicamentos, al menos en las otras entidades estudiadas, son relativamente suficientes, principalmente en Sonora y Oaxaca.

El abasto regular de dichos fármacos tiene una poderosa incidencia en la demanda de servicios de primer nivel. Sin duda es uno de los aciertos resolutivos de los centros de salud que funcionan al menos como dispensarios de medicamentos y en consecuencia pueden dar seguimiento y control a los pacientes, aunque sean deficientes en cuanto a consejería y prevención. El impacto positivo del abasto de dichos medicamentos en las economías de los hogares es evidente, principalmente en familias de nueva incorporación al Programa que antes pagaban por ellos y ahora no, y tiene consecuencias favorables en el cambio de percepciones, con respecto a la eficacia resolutiva de servicios de primer nivel, en hogares donde viven pacientes diabéticos.

En cuanto a recursos humanos, se observa que en las microrregiones con mayor presencia de hogares indígenas, como Chiapas, la Sierra Tarahumara y las poblaciones pimas se da una práctica generalizada de la medicina pública a cargo de auxiliares de salud. Por ejemplo, los centros de salud de la SSA en El Encanto, Chiapas y en Maycoba en la serranía chihuahuense están a cargo de una enfermera y un auxiliar de salud; cuentan también con el apoyo de un médico pasante, pero la presencia de éste es esporádica en ambos casos.

En contraste, los centros de salud de la SSA de las microrregiones yaqui y mayo en Sonora disponen de un equipo médico extenso, en promedio cuentan con tres médicos de base, de los cuales al menos uno es un médico titulado y dos son pasantes, además de prestar sus servicios de dos hasta seis enfermeras, como en el caso de la unidad de Vícam, donde incluso trabaja un dentista. Estas condiciones, sin embargo, no son extensivas en territorio sonorense a la microrregión guarijía, que presenta características de marginación similares a las localidades de la Sierra Tarahumara y Chiapas. En Burapaco, en la microrregión guarijía en Sonora, el centro de salud de la SSA es atendido únicamente por una auxiliar de enfermería.

Las microrregiones oaxaqueñas presentaron una situación intermedia, en la que el personal médico de los centros de salud de la SSA estaba compuesto, en promedio, por al menos un médico titulado y una técnica en enfermería.

Como se ve, el contraste más evidente se da entre las microrregiones estudiadas en Sonora y las de Chiapas. Mientras que en Sonora tanto las UMR, del IMSS-*Oportunidades*, como los centros de salud de la SSA cuentan con más de dos médicos titulados y más de dos enfermeras titulares a cargo; en Chiapas de las cuatro instituciones médicas de primer nivel estudiadas, sólo una contaba con un médico titulado.

La diferencia entre Sonora y Chiapas es evidente también cuando se compara su grado de marginación.* Sonora ha sido catalogado como un estado de nivel de marginación "bajo", mientras que el nivel de marginación en Chiapas es "muy alto". De los 72 municipios que integran Sonora, sólo uno tiene un grado "alto" de marginación; en cambio en Chiapas, de sus 118 municipios sólo cinco tienen un grado "bajo" de marginación, el resto va de "medio" a "alto" y "muy alto".

Tal información, en combinación con los hallazgos que aportó la investigación en campo, permite sugerir que las zonas con mayores grados de marginación son también aquellas en donde los servicios públicos de salud son más deficientes. De esta forma, los esfuerzos de *Oportunidades* se verán siempre limitados por las condiciones del contexto en el que opera, impidiéndole así cumplir con el objetivo de consolidar las capacidades de salud de sus

* Los datos de marginación que a continuación se presentan recuperan la última publicación de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del IV trimestre de 2005, cuyos datos fueron ajustados a las nuevas estimaciones de población, resultado de la Conciliación Demográfica 2000-2005; así como los ajustes a los datos del II Censo de Población y Vivienda 2005, recientemente realizados por el INEGI, como resultado de la consolidación de archivos y de la integración territorial de las localidades, por lo que sustituyen a la versión anterior de los índices de marginación 2005 que fue difundida el 4 de octubre de 2006: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005.htm>.

beneficiarios, sean estos indígenas o no indígenas. Es imprescindible que la Secretaría de Salud asuma el compromiso de renovar sus estructuras y busque estrategias que hagan más eficiente y eficaz su labor.

La presencia de instituciones de salud privadas y religiosas en las microrregiones estudiadas en Chihuahua es un rasgo que las caracteriza y que permite comparar su desempeño con el de las instituciones públicas de las mismas zonas. La comparación hace evidentes las deficiencias tanto de recursos humanos como materiales en los centros de salud y las UMR y demuestra que a pesar de las condiciones de marginalidad de la población y los obstáculos que imponen la geografía y la pertenencia a grupos étnicos distintos de los de los prestadores de servicios, la práctica médica y el cuidado de la salud se pueden desarrollar de una manera eficiente y coordinada. Un ejemplo de eficiencia y funcionalidad a pesar de los obstáculos que imponen las barreras geográficas y las culturales.

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN

Las condiciones generales de la infraestructura de servicios a la que tienen acceso los hogares de estudio determinan sus pautas de atención. Estas condiciones fueron comparativamente mejores en las entidades del norte que en las del sur, pero focalizadas a las microrregiones yaqui y mayo de Sonora, como consecuencia de una red más diversificada de servicios públicos y de su ubicación en un *hinterland* urbano, que significa mayores posibilidades de acceso, y en Chihuahua, dada la presencia de instituciones médicas religiosas, en las microrregiones de la serranía tarahumara (Samachique y Norogachi).

Oportunidades efectivamente ha incrementado la demanda de servicios en el primer nivel de atención, principalmente con motivo del cumplimiento de corresponsabilidades. Sin embargo, al cabo de 10 años, las condiciones y calidad de los servicios no corresponden al incremento de esta demanda.

En las localidades donde se documentó una limitada capacidad resolutive en el medio local (servicios de primer nivel) se observa la tendencia de desplazamientos a nodos urbanos en la búsqueda de una mejor atención, con la creciente tendencia de una subutilización de los servicios del primer nivel como centros de monitoreo de corresponsabilidades.

La limitada eficacia resolutive de las clínicas rurales públicas ha tenido como consecuencia numerosos obstáculos para el acceso a una atención de calidad y francas dificultades para el desarrollo cabal de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud. En consecuencia, la población indígena y rural muestra una escasa confianza en relación a la atención que reciben de los centros locales de salud. La poca confianza fue observada sobre todo en los hogares estudiados en las seis microrregiones de Oaxaca y Chiapas, en Yepachi-Maycoba y en la microrregión guarijía en Sonora; ello afecta de diferentes maneras las condiciones generales de salud y la calidad de vida de estas poblaciones.

La necesidad de una atención que resuelva los eventos de enfermedad y la desconfianza generalizada hacia los centros locales de salud –ciertamente fundamentada– están relacionadas con éxodos en la búsqueda de atención de los episodios de enfermedad, con consecuencias graves para las economías domésticas, más evidentes en hogares indígenas.

Las familias que habitan en las localidades de las microrregiones Norogachi y Samachique, donde la calidad de la oferta de servicios fue mayor, dada la presencia de instituciones médicas religiosas y de una UMR del IMSS-*Oportunidades* que provee un adecuado control y atención del embarazo y consejería sobre salud reproductiva sirven de parámetro y evidencia de que los servicios locales con eficacia resolutive tienden a acotar las trayectorias de atención y sus costos. Las profundas desigualdades sociales en las que viven los hogares rarámuris siguen siendo indiscutibles, sobre todo las relativas a las condiciones más generales que impactan su salud, como aquellas que devienen de la infraestructura de servicios (agua, vivienda, transporte) y las características de los asentamientos serranos (rancherías, limitadas por el contexto orográfico).

En las microrregiones yaqui y mayo de Sonora, la diversidad en la oferta de servicios de salud públicos configura un abanico más amplio de posibilidades de atención y determina sus pautas. Los hogares de estas microrregiones, aun los indígenas, acuden con más frecuencia a los centros locales de salud y los costos de la atención son en general menores en comparación con los que se documentaron en hogares indígenas de las microrregiones del sur.

En las microrregiones de Chiapas, Oaxaca, Yepachi-Maycoba en Chihuahua y guarijía en Sonora se documentaron las condiciones de infraestructura y calidad más deficientes. En estas localidades, los hogares de estudio revelaron

una mayor frecuencia de atención de sus eventos de enfermedad en clínicas y laboratorios privados u hospitales públicos a donde tenían que trasladarse con implicaciones costosas. La inversión en la atención privada y en contextos alejados de sus comunidades implicó gastos que a largo plazo disminuyeron la posibilidad de resolver sus procesos de salud-enfermedad. Comúnmente estas trayectorias concluyeron antes de encontrar una solución a sus padecimientos, frecuentemente por motivos económicos.

Los episodios de enfermedad sin resolver generalmente se hacen parte de la cotidianidad de los hogares, mermando sus capacidades para trabajar y estudiar, con una consecuente acumulación de desventajas. Por otra parte, los hogares con eventos de enfermedad no resueltos tienden a acumular problemas de salud, que refieren diferentes miembros de la familia, complicando aún más sus posibilidades para generar recursos económicos y habilidades que puedan serles útiles para mejorar sus condiciones de vida.

Las consecuencias sociales en cuanto al cambio de roles domésticos (por ejemplo, de proveedor económico a cuidador del enfermo o de estudiante a desertor, frecuentemente por dificultades económicas debidas al evento de enfermedad) propiciados por los procesos de s-e-a fueron más evidentes en hogares indígenas que vivían en los contextos de mayor precariedad en cuanto a la calidad de servicios locales de salud. El impacto más evidente fue relativo a la interrupción de las trayectorias educativas de jóvenes en edad escolar, por motivos de enfermedad o por las consecuencias económicas de eventos de enfermedad que acaecieron en sus familias, obligándoles a iniciar sus trayectorias laborales tempranamente. Esta pauta fue muy evidente en la microrregión de Tumbalá en Chiapas. Aun siendo ex becarios, sus posibilidades reales para continuar sus trayectorias escolares estaban limitadas por su acceso a servicios de salud. Se cree que estas implicaciones, particulares a grupos domésticos que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, podrían hacerlos candidatos a apoyos diferenciales, principalmente de aquellos jóvenes que viven con padecimientos crónicos o que sus padres los padecen.

Por todo lo anterior, en los contextos con más desventajas en términos de acceso a servicios de calidad y que presentan una frecuencia mayor de éxodos en la búsqueda de servicios con capacidad resolutive, se considera que es pertinente poner atención en el seguimiento de referencia y contrarreferencia de la atención en nodos urbanos o ajenas a sus localidades, a través del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas, para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes beneficiarios del Programa.

Pese a lo anterior se tienen evidencias etnográficas que permiten asegurar que sí existe una demanda real de los usuarios respecto a los servicios locales, principalmente con la expectativa de acceder a consejería, medicamentos (asumiendo, en muchos casos, que deben pagar por ellos) y búsqueda de apoyos para la gestión de “pases” o “recomendaciones” que les puedan ser útiles en los hospitales urbanos.

Se observa la concurrencia a clínicas rurales, para la atención de padecimientos, generalmente crónicos o menores (en el caso de Samachique atención durante el embarazo), de los cuales los hogares beneficiarios han aprendido a reconocer las posibilidades resolutive de los centros locales, una habilidad que no demostraron los hogares no beneficiarios, quienes en general tienen una relación muy limitada con las unidades locales de salud. En general, estos padecimientos se refieren a la atención de dolores, diarreas, infecciones respiratorias, accidentes menores y acceso, en las comunidades donde el abasto de métodos anticonceptivos y medicamentos para crónicos degenerativos (diabetes e hipertensión) es regular, a estos insumos.

El Programa, en su propósito de ofrecer el nivel de la atención primaria a la salud, ha tenido aciertos resolutive que son dignos de resaltar. En los casos como el de la UMR de Samachique, donde hay una adecuada atención y control del embarazo y acceso a métodos anticonceptivos las mujeres, independientemente de su condición étnica acuden por servicios.

Las consultas familiares de *Oportunidades* demostraron ser de gran utilidad en la detección de pacientes hipertensos, en las microrregiones de Chihuahua y Oaxaca, y de diabéticos en Oaxaca, aun cuando el acceso a medicamentos y el control de los casos fue irregular. La atención y tratamiento de los indígenas beneficiarios padecientes de diabetes fue considerablemente mejor que la de los no beneficiarios, entre quienes se reportó una incidencia mayor de casos de atención urgente por crisis diabética en clínicas privadas y hospitales públicos de segundo nivel.

Pese a las limitaciones de acceso a medicamentos en los centros locales de salud, las consultas familiares son útiles en la generación de diagnóstico. En general, los hogares beneficiarios demostraron una mayor preocupación

por resolver sus eventos de enfermedad. Se cree que el acceso a información pertinente para su salud y el acceso a un ingreso regular (transferencias monetarias) les brindan una disposición diferente para atender sus procesos de salud enfermedad, que es más evidente al compararlos con los hogares no beneficiarios, aunque las resoluciones de sus procesos no se den, en todos los casos, en los contextos locales de atención, debido a las limitaciones en la capacidad resolutoria de los servicios rurales.

En general, las familias beneficiarias demostraron un mejor conocimiento de su estado de salud y una mejor disposición para participar en campañas de salud preventiva. Sin embargo, aunque *Oportunidades* ha logrado aumentar la demanda de servicios y la participación comunitaria de los beneficiarios en campañas de salud, las capacidades resolutorias de los centros locales de atención no son acordes con estas demandas. En localidades donde el desabasto de insumos para la detección de diabetes y toma de muestra de Papanicolaou es irregular o nulo, los mensajes de prevención que se abordan en talleres y campañas pierden credibilidad.

Los pocos pero contundentes aciertos que las familias beneficiarias identifican en cuanto al Programa (campañas de vacunación, acceso a tratamiento de crónico-degenerativos, disponibilidad de analgésicos y en algunos casos a métodos anticonceptivos, acceso a atención de padecimientos de los que identifican capacidad resolutoria de los centros) pueden a largo plazo cambiar la percepción de las familias, particularmente indígenas, sobre los servicios públicos de salud y sobre la incorporación paulatina de prácticas de prevención y autocuidado. Se considera que estos aciertos deben sostenerse, garantizando sobre todo el acceso a medicamentos en el primer nivel de atención.

De cualquier modo, ante las desfavorables condiciones en que operan los servicios públicos de primer nivel, el impacto de *Oportunidades* sigue siendo mínimo en la modificación de las pautas de atención. El tránsito hacia una medicina preventiva y a la resolución de demandas en el primer nivel de atención sigue siendo una meta lejana, que únicamente podría concretarse al garantizar las condiciones básicas para el funcionamiento de las clínicas rurales, principalmente a través del abasto de medicamentos y la presencia de equipos médicos profesionalizados. Aspectos que sólo pueden avalarse a través de un sólido trabajo interinstitucional que persiga metas comunes, principalmente entre *Oportunidades* y las autoridades sanitarias.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Fecundidad y métodos anticonceptivos. Se corrobora la hipótesis de que las mujeres indígenas presentan ciclos reproductivos ligeramente más largos que las no indígenas en todas las entidades. En promedio, las mujeres indígenas del sur tienen seis hijos, mientras que en Sonora son cinco. Por otro lado, ya se observa que en general, el inicio de las trayectorias en el caso de las mujeres de 19 años en adelante se da a edades superiores que las de sus madres. Lo cual confirma que la reducción de los ciclos reproductivos está más relacionada con la edad o generación a la que pertenecen las mujeres que con su condición étnica.

Las mujeres mestizas de las microrregiones del norte refieren los promedios más bajos de hijos, tres en Sonora y cuatro en Chihuahua. No se percibe que exista un incremento de la natalidad relacionada con la presencia de *Oportunidades*. En general, donde existe acceso a métodos anticonceptivos se reportó una frecuencia de uso mayor entre mujeres beneficiarias mestizas que entre las no beneficiarias, sobre todo a partir de su adscripción al Programa, y una buena disposición a la planificación familiar entre mujeres indígenas, de Chihuahua y Sonora, que tienen acceso a métodos anticonceptivos y a las intervenciones quirúrgicas, una vez que han decidido no tener más hijos.

La utilización de métodos anticonceptivos está relacionada con acceso a centros de salud, el abasto y las concepciones sobre los mismos. En la microrregión mayo de Sonora y en las microrregiones de Chihuahua son ampliamente utilizados sin amplias diferencias entre indígenas y no indígenas. En la microrregión yaqui la frecuencia de uso es mayor entre mujeres mestizas y en la microrregión guarijía se utilizan en muy pocos casos, tanto entre indígenas como mestizas, principalmente por dificultades del desabasto. En Chiapas, la utilización de métodos anticonceptivos por mujeres indígenas no fue reportada, y en Oaxaca se observó una preferencia por los métodos de control natal definitivos y una tendencia muy evidente de tener al último hijo en escenarios médicos organizados para acceder a la salpingoclasia. Entre las mujeres indígenas del sur la menor frecuencia del uso de métodos anticonceptivos durante

su vida reproductiva, está muy relacionada con las concepciones de que son perjudiciales para la salud reproductiva y principalmente en Oaxaca, por las actitudes de rechazo de sus parejas sexuales.

El factor generacional, también tiene una incidencia en el uso de métodos anticonceptivos, que está relacionada con la reciente creación de instituciones de salud, que en los contextos rurales de estudio se remonta en términos muy amplios a partir de mediados de la década de los noventa. Las mujeres de 20 a 40 años conocen y/o han utilizado métodos anticonceptivos, no sólo porque han tenido mayor acceso a centros de salud que sus madres, sino porque han estado más expuestas a información relativa al uso de anticonceptivos, a través de campañas generales y talleres del Programa.

Los métodos preferidos por las mujeres de la muestra durante sus vidas reproductivas (que se concentran en beneficiarias mestizas), fueron el dispositivo intrauterino (DIU) y las inyecciones hormonales, porque requieren de poca atención. Y entre mujeres indígenas, la práctica de la salpingoclasia.

No se puede precisar el impacto *Oportunidades* en cuanto a la planificación familiar, a través de métodos anticonceptivos, pero sí se puede decir que la cercanía de centros de salud y el abasto regular de métodos anticonceptivos fueron elementos más contundentes en la determinación de las pautas de empleo. Si bien el Programa ha tenido una incidencia bastante positiva en cuanto a la promoción de métodos anticonceptivos, sobre todo a través de charlas y talleres en mujeres mestizas de 20 a 40 años, se cree que estas acciones no están siendo aprovechadas del mismo modo entre las mujeres indígenas. Al cabo de 10 años, en los hogares de estudio de Oaxaca y Chiapas las percepciones sobre el uso de métodos anticonceptivos no han cambiado mucho, ni las actitudes de los varones al respecto. Se considera que en estos otros contextos indígenas, se debe hacer hincapié en la impartición de talleres mixtos, con el objetivo de explicar claramente las ventajas y riesgos de los métodos anticonceptivos. Parece imprescindible que, a la par, se desarrollen talleres de sensibilización sobre las implicaciones de los métodos anticonceptivos a la salud, dirigidos a mujeres indígenas, que se impartan respetuosamente y adaptados a las condiciones culturales de cada contexto. Para que estos talleres transiten de una exposición técnica sobre las características de cada método a una experiencia participativa, es también necesario capacitar a los equipos médicos, pues ellos suelen abordar estos temas únicamente a partir de “charlas” y “exposición”.

En cuanto a los talleres de planificación familias entre jóvenes becarias de educación media superior, no se tienen elementos para determinar su impacto, pero sí se puede afirmar que estas jóvenes muestran en general una mejor disposición a discutir sobre estos temas y tienen un mejor acervo informativo al respecto. Por último se propone también que las brigadas y centros de salud ofrezcan el servicio de esterilización, que permita a los individuos tomar la decisión y someterse a dicho procedimiento sin que implique un gasto mayor para las familias y, sobre todo, garantizar el abasto constante de estos insumos en los centros de salud.

Pautas de atención del embarazo y el parto. Se observó una tendencia de cambio en las historias reproductivas de las mujeres, principalmente mestizas, que es evidente en la forma de atender los últimos partos. El impacto generacional en cuanto a las pautas de atención del embarazo, entre estas mujeres –que muestra cierta tendencia al acceso de atención prenatal en escenarios médicos organizados– está asociado con la creación reciente de centros de salud (a mediados de la década de los noventa), pero principalmente con la consolidación del ciclo doméstico de los hogares (etapa más avanzada), lo que posibilita una mayor estabilidad y una mejor atención de la salud reproductiva. Aunque sin duda estos cambios en la concurrencia a control prenatal, coinciden con los períodos en los que las mujeres han sido beneficiarias.

Entre las mujeres jóvenes (mayores de 19 años), a excepción de Chiapas, independientemente de su condición étnica y estatus en el Programa, se observó una frecuencia de atención prenatal mayor que, aducimos, está relacionada con la creación de centros de salud en sus comunidades.

En general, el cambio de pautas de atención del embarazo en contextos médicos está más relacionado con el acceso a servicios de calidad en el primer nivel de atención, que con la variable etnicidad. Para las mujeres indígenas, la condición étnica juega un papel preponderante en cuanto a la decisión sobre el modelo de atención que eligen (partera, partos sin asistencia o con la asistencia de sus esposos o figuras familiares femeninas). Sin embargo, dicha elección está en gran medida determinada por el tipo de trato que reciben en las unidades médicas y por el temor

de ser víctimas de negligencias o abusos (situación muy común en Chiapas y Oaxaca). Estas mujeres comúnmente prefieren recibir atención durante el embarazo y el parto en contextos domésticos. De cualquier forma, cuando las mujeres indígenas de 19 a 40 años tienen acceso a atención de calidad y calidez prefieren ser tratadas en contextos médicos, como ejemplifica el caso de Samachique, donde la totalidad de las mujeres de estudio, indígenas y no indígenas, acudieron a atención prenatal y posnatal en su clínica local, dado el buen funcionamiento de la UMR del IMSS-*Oportunidades*, en cuanto a la atención del embarazo y orientación para la salud reproductiva.

En cuanto a la atención del parto, la atención en escenarios médicos se concentra en mujeres mayores de 40 años a partir de la segunda generación de partos (1990 en adelante) y de mujeres jóvenes, mayores de 19 años, generalmente mestizas y beneficiarias, que viven en contextos donde pueden tener acceso a servicios de salud con eficacia resolutive. Sin embargo, al comparar los casos respecto del tipo de atención recibida, es evidente que la atención del parto en contextos rurales sigue efectuándose mayoritariamente por parteras. En general, estas mujeres acuden a centros médicos en caso de un embarazo riesgoso y generalmente por sugerencia de las parteras.

Según el análisis realizado, la elección del tipo de atención durante el embarazo y el parto está determinada por los servicios disponibles al momento de estos eventos, y no necesariamente porque su condición étnica privilegie la atención con partera sobre la atención médica (a excepción de los casos mencionados). No es una coincidencia, por ejemplo, que las mujeres oaxaqueñas que a lo largo de su trayectoria reproductiva tuvieron distinto tipo de atención sean justamente aquellas cuyas historias de vida están marcadas también por la migración de la ciudad a la sierra (en el caso de mujeres no mazatecas) o de la sierra a la ciudad (en el caso de indígenas nacidas en la Cañada mazateca). Ahora bien, sí se observa que las mujeres indígenas prefieren tener a sus hijos en contextos domésticos, pero se debe considerar que esta preferencia está determinada no sólo por el tipo de atención que reciben por ser indígenas en contextos médicos organizados, sino por el propósito de evitar los obstáculos para continuar con el trabajo doméstico y el rol de cuidadoras de sus hijos.

Creemos que las pautas de atención con parteras en contextos rurales, de indígenas y no indígenas, siguen demostrando las dificultades de atención en contextos médicos, debido a la escasa confianza (principalmente de indígenas) y a las dificultades de traslado hacia centros de salud con capacidad resolutive. Aunque efectivamente a partir de mediados de la década de los noventa existen más centros de atención, mayor información sobre los riesgos durante el embarazo y el apoyo de Progres y *Oportunidades* (1998), estos esfuerzos no han sido suficientes para garantizar una atención oportuna del embarazo y el parto, en comunidades indígenas y rurales, sobre todo porque la atención de la salud reproductiva de las mujeres no es solamente una cuestión de presupuesto o acceso a servicios de salud, sino de calidad humana.

Detección oportuna de cáncer cervicouterino. *Oportunidades* ha tenido un impacto muy positivo en incrementar la práctica de la prueba de Papanicolaou entre mujeres beneficiarias. La ausencia de testimonios sobre esta práctica preventiva entre las mujeres no beneficiarias que se entrevistaron durante el estudio, habla de las dificultades de acceso a la toma de prueba entre mujeres no adscritas al Programa. *Oportunidades* también ha incidido en la disposición de las mujeres indígenas a realizarse la prueba. Esta disposición es mejor en aquellos contextos en los que los servicios de laboratorio son relativamente eficientes en cuanto a la notificación de resultados. El funcionamiento óptimo en cuanto a cobertura de insumos para la prueba y la relación eficiente entre clínicas rurales y los laboratorios que las procesan tienen una incidencia muy positiva en que otras mujeres cercanas a quienes se realizaron la prueba acudan al examen (microrregión yaqui y mayo en Sonora).

La percepción de las beneficiarias es que el examen de detección es parte de las corresponsabilidades del Programa, pues generalmente las revisiones ocurren después de los talleres. En aquellos contextos donde se documentaron irregularidades en el abasto de insumos (mazateca) la promoción de estas medidas preventivas suele perder credibilidad y a largo plazo desanimar a las mujeres para efectuarse la prueba. Cuando la prueba se consuma, un problema común son las notificaciones tardías de resultados o la no notificación de resultados negativos, por lo que se observa pertinente comunicar los resultados de las pruebas, explicar su lectura y orientar acerca de la importancia de la misma.

Ahora bien, aunque *Oportunidades* ha incrementado la prevención y autocuidado de la salud reproductiva entre las mujeres, particularmente en cuanto la prueba de Papanicolaou, se sugiere garantizar que estos esfuerzos coincidan con la capacidad resolutive del sistema sanitario. Los fallos positivos en contextos de marginación y pobreza, con dificultades en cuanto al acceso de atención, son un factor que desanima a las mujeres, sobre todo mayores de 40 años, para ser partícipes de estas prácticas.

Conclusiones y recomendaciones

Las condiciones socioestructurales en que viven los hogares rurales e indígenas y las desventajas propias del sistema sanitario comprometen la calidad de vida de los hogares y generan procesos de acumulación de desventajas que influyen en su capacidad para tener acceso a la salud y mantener un estado óptimo de la misma con el propósito de trabajar o estudiar. Dada la etiología estructural de estas condiciones, difícilmente pueden ser modificadas por las acciones de *Oportunidades*.

Garantizar el acceso a la salud sigue siendo un elemento fundamental en la tarea de incidir en la transmisión intergeneracional de la pobreza. Estas consideraciones saltan a la vista en tanto las consecuencias sociales de los procesos de salud-enfermedad en los hogares de estudio y el cambio de roles domésticos. Cuando la calidad de los servicios no es una garantía, el afrontamiento de los episodios de enfermedad tiene consecuencias desestabilizadoras para las economías y los roles domésticos. Estas consecuencias implican la pérdida parcial o definitiva de la capacidad productiva de miembros económicamente activos (como enfermos o acompañantes de las trayectorias de atención), comprometen sus habilidades para el trabajo o la interrupción de trayectorias educativas. Los eventos de enfermedad generan impactos en el aprovechamiento escolar, ya sea como enfermo, o como quien padece las consecuencias emocionales y las tensiones de los cambios de roles domésticos que devienen del evento de enfermedad. Estas consideraciones son imprescindibles para estimar las posibilidades reales de estos hogares hacia una posible mejora o no en su calidad de vida.

Las condiciones en la infraestructura de servicios públicos de salud en contextos rurales e indígenas obstaculiza el pleno desarrollo del componente de salud de *Oportunidades*. El Programa podría ser muy efectivo si las condiciones de infraestructura, abasto de medicamentos y equipos médicos profesionalizados en estos contextos fueran adecuadas a las demandas y expectativas de atención de los beneficiarios. Antes de que eso suceda, consideramos necesaria y pertinente una mejor integración del Paquete Básico Garantizado de Salud a los modelos reales de atención, con el propósito de hacer un esfuerzo coordinado entre *Oportunidades* y las dependencias del sector salud en cuanto al seguimiento de referencias y contrarreferencias de la atención en servicios urbanos o rurales ajenos a las comunidades donde residen los hogares, a través del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales (regionalmente) que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas, para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes.

La calidad en la atención recibida (percibida y experimentada por los usuarios) influye determinantemente en las condiciones de salud de las familias y el acceso a servicios de salud, así como en las pautas de búsqueda de atención que manifiestan y en el desarrollo de capacidades orientadas a la prevención y el autocuidado. Se considera que el Paquete Básico Garantizado de Salud debe trabajar a través de una lógica que comprenda los diferentes contextos culturales y asociarse con los otros sectores locales de la atención a la salud en contextos rurales e indígenas.

Al cabo de una década, la presencia de *Oportunidades* en las localidades estudiadas ha generado un impacto positivo en cuanto al fomento de prácticas de saneamiento básico. Sin embargo, aunque dichas prácticas se fomenten en el ámbito familiar, particularmente de los hogares beneficiarios mestizos próximos a las unidades médicas, se estima que el Programa puede tener un impacto más integral en la salud comunitaria haciendo un esfuerzo intersectorial mejor coordinado para no sólo promover prácticas de saneamiento, sino para fomentar acciones que garanticen el acceso pleno a los servicios básicos, como agua, drenaje, control y manejo de la basura.

Se considera prioritario incorporar a las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud en contextos rurales e indígenas, más sólidamente el componente de género. Dichas acciones deben hacer posible que los mensajes informativos se cristalicen en reflexiones y prácticas de autocuidado de acuerdo al sentido y experiencia, principalmente de las mujeres en relación a la salud sexual y reproductiva, con la encomienda de integrar a los hombres a dichos ejercicios reflexivos.

El Paquete Básico Garantizado de Salud presenta diferentes grados de impacto en el desarrollo de capacidades orientadas al autocuidado y la prevención de la salud, de acuerdo al grado de exposición al Programa y etnicidad, pero principalmente en función de la calidad, acceso y proximidad a los servicios de primer nivel, que es su marco de ingerencia. Sin embargo, la deficiente calidad de los servicios debilita su correcta operación y los logros reportados se tornan relativos ante un panorama pobre de provisiones externas que hagan posible su ejercicio real. El tránsito hacia una atención a la salud más preventiva que paliativa y la incorporación de prácticas de autocuidado y prevención dependen de una intervención más amplia de política pública y social, que pueda garantizar una mejor calidad de los servicios ofrecidos por el Estado. Bajo estas condiciones, los efectos de la pobreza sobre la salud parecen explicarse no por su relación de causa y efecto, sino en tanto que las dificultades de acceso a una atención de calidad y la “mala salud” son componentes de la pobreza, más que una consecuencia o causa de la misma, haciendo evidentes las situaciones de inequidad y desigualdad y perpetuando la herencia generacional de la pobreza.

Análisis FODA

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO1	En términos generales puede decirse que <i>Oportunidades</i> tiene impactos favorables en la salud de las familias beneficiarias en tanto que, a través de la consulta preventiva periódica de éstas y la capacitación que se ofrece en los talleres de autocuidado a la salud, el personal médico logra tener un mejor conocimiento del estado general de salud de estas familias en comparación con el de las no beneficiarias	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> seguir garantizando las consultas familiares periódicas de los hogares beneficiarios
FO2	Existe una demanda real de los hogares beneficiarios de larga exposición o de aquellos que independientemente de su exposición al Programa y su etnicidad viven cerca de los centros de salud, respecto a los servicios locales, principalmente con la expectativa de acceder a medicamentos y consejería, generalmente en la búsqueda de apoyos para la gestión de “pases” o “recomendaciones” que les puedan ser útiles en los hospitales urbanos	Considerando el éxodo en búsqueda de servicios de salud con capacidad resolutive, y las crecientes expectativas y necesidades de consejería y gestión de la población se recomienda integrar a las agendas temáticas de los talleres, asesorías sobre la oferta regional de servicios de segundo nivel, sus características, costos y posibilidades de atención
FO3	El Programa ha significado un cambio positivo para los hogares y sus comunidades, debido a las transferencias monetarias que suelen utilizarse como recurso emergente ante necesidades de salud	Esta situación sucede generalmente en hogares indígenas, se cree que podría ofrecerse un apoyo diferenciado para familias Indígenas
FO4	El Programa ha incrementado la demanda y acceso de servicios por parte de hogares indígenas en general a partir de las corresponsabilidades. <i>Oportunidades</i> ha logrado generar impactos muy positivos y específicos en cuanto a la demanda y acceso de las familias indígenas a servicios de salud y a su participación en campañas de vacunación. A través del fomento de prácticas de saneamiento básico en las comunidades se han visto también cambios, relativos principalmente a la construcción de letrinas en las viviendas indígenas, con gradientes significativos de acuerdo al grado de marginación y pobreza en que viven dichos hogares. Los más considerables son los observados en las microrregiones estudiadas en Oaxaca y Sonora	Los pocos pero contundentes aspectos resolutivos documentados (campañas de vacunación, saneamiento básico comunitario, acceso a tratamiento de diabéticos e hipertensos) pueden a largo plazo cambiar la percepción de las familias indígenas sobre los servicios públicos de salud
FO5	La adscripción al Programa significa un privilegio para acceder a canales de comunicación y redes sociales. En algunas ocasiones garantiza el acceso a programas federales y del estado	Se advierte a las autoridades locales y del Programa, que alguna información de interés para la comunidad en general no está siendo difundida adecuadamente. Se recomienda que las autoridades del Programa adviertan a las autoridades locales o de otros Programas sociales, sobre la pertinencia de incentivar diferentes formatos (además del oral o carteles ubicados en los centros donde se concentra la población beneficiaria, tales como escuelas o centros de salud) para garantizar la difusión adecuada sobre otros programas sociales que pueda ser de interés a la comunidad en general

FO6	Al cabo de una década, la presencia del Programa en las localidades estudiadas, ha generado un impacto positivo en cuanto al fomento de prácticas de saneamiento básico en las familias beneficiarias, principalmente a través de la construcción de letrinas, disminuyendo la presencia de excretas al aire libre o el empleo de corrales, parcelas o campos para la deposición de excretas	El Programa puede tener un impacto más integral en la salud comunitaria, haciendo un esfuerzo intersectorial mejor coordinado para no sólo promover prácticas de saneamiento, sino para fomentar acciones que garanticen el acceso pleno a los servicios básicos, como son agua, drenaje, control y manejo de la basura
FO7	Mejores hábitos de saneamiento básico en los hogares formados por hijas de titulares, indígenas o no indígenas que tienen un acceso relativo a servicios de salud y habitan en contextos rurales menos marginales (cabeceras municipales y comunidades cercanas a nodos urbanos o localizadas sobre carreteras o ubicadas cerca de centros de salud)	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> considerar que los mensajes de saneamiento doméstico, tienen mejores resultados en los contextos rurales menos marginales (cabeceras municipales y comunidades cercanas a nodos urbanos o localizadas sobre carreteras o ubicadas cerca de centros de salud) y que por lo tanto los mensajes de saneamiento básico en hogares que no gozan de estas condiciones deben adecuarse a sus posibilidades, y no ser señalados como casos no exitosos
FO8	Entre los beneficiarios existe una excelente disposición del control de la basura, aunque a través de métodos inadecuados (como quema de desechos plásticos; no se documentó la promoción correcta del manejo de desperdicios) que aunque no son promovidos directamente por el Programa, si lo han venido siendo por los ejecutores locales (a excepción de las microrregiones chiapanecas)	Se recomienda integrar a la agenda temática de los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud, el tema del manejo adecuado de los desperdicios, como tema específico (se hace una referencia muy general al tema en tanto: saneamiento básico a nivel familiar), debe incorporarse específicamente a la agenda cómo "Clasificación y manejo adecuado de los desperdicios"
FO9	<i>Oportunidades</i> ha tenido un impacto positivo en la identificación temprana de factores de riesgo, diagnóstico y atención de la población infantil que ha crecido bajo el umbral del Programa (principalmente de EDA, IRA y deshidratación). El primer nivel de atención es la opción prístina documentada en las trayectorias de atención de hogares beneficiarios de larga exposición que viven próximos a los centros de salud, independientemente de su adscripción étnica y, en el caso de las beneficiarias indígenas, oportuna detección sólo cuando coincide con la consulta familiar	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> garantizar los insumos y medicamentos para el tratamiento de EDA, IRA y deshidratación en los centros rurales de salud y casas de salud, con el propósito de brindar una atención oportuna a la población infantil que ha crecido bajo el umbral del Programa y considerar que el impacto de los mensajes preventivos de dichos padecimientos depende de la cobertura y la garantía del acceso a medicamentos
FO10	Los beneficiarios diabéticos e hipertensos que viven en contextos donde los servicios tienen cierta capacidad resolutoria (sobre todo referente a acceso a medicamentos), muestran un mejor tratamiento y control de sus padecimientos (no aplica para las microrregiones chiapanecas y la microrregión mixta en Oaxaca) en comparación con los no beneficiarios (diabéticos e hipertensos)	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> garantizar el abasto de medicamentos para pacientes diabéticos e hipertensos en las microrregiones chiapanecas

FO11	En varios lugares de la Tarahumara existen hospitales y clínicas dependientes de organizaciones religiosas que prestan servicios de salud con un modelo de atención respetuoso y adaptado a las condiciones culturales de la población indígena	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> establecer convenios con los hospitales y clínicas religiosas que operan en la Tarahumara para que éstas colaboren con las clínicas públicas en los servicios de atención médica y educación para la salud de las familias beneficiarias
FO12	En conjunto con otras campañas, <i>Oportunidades</i> ha coadyuvado a la promoción de la salud sexual y reproductiva como un ámbito de la salud pública y no sólo de la vida íntima de las mujeres	Seguir promoviendo la salud sexual y reproductiva a través del Paquete Básico Garantizado de Salud, integrando una sólida metodología participativa y de género en los talleres de autocuidado, además de la inclusión de los varones a dichas acciones. Diseñar y proporcionar materiales didácticos dirigidos a población indígena, que puedan ser empleados por los prestadores de servicios de salud
FO13	Mejor disposición para discutir temas de salud reproductiva (métodos anticonceptivos y prueba de Papanicolaou) en hogares beneficiarios de larga exposición donde habitan mujeres de primera y segunda generación, éstas últimas que han sido becarias y son estudiantes de Educación Media Superior (EMS)	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> garantizar el acceso a métodos anticonceptivos no sólo en centros de salud sino en escuelas de nivel medio superior y pruebas de Papanicolaou. Continuar y fortalecer los talleres de salud sexual y reproductiva
FO14	Mejor disposición para la búsqueda de atención prenatal y métodos anticonceptivos en mujeres de 19 a 40 años, con acceso a centros de salud con capacidad resolutive	Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos
FO15	<i>Oportunidades</i> ha incrementado la prueba de Papanicolaou (Pap) entre mujeres beneficiarias, quienes muestran mejor disposición para ello	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> agilizar el proceso de la obtención de resultados, ya que en general se documentó una mejor disposición de las mujeres beneficiarias (en relación con las no beneficiarias) a practicarse la Pap
FO16	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud son espacios sociales ya reconocidos, en general la asistencia es constante y puntual, pero la repetición de las temáticas resulta aburrida para las beneficiarias (sobre todo de larga exposición al Programa). Generalmente se reproducen los temas más conocidos y que mejor manejan los prestadores de servicios locales, sin atender a la diversidad de temáticas de la agenda de <i>Oportunidades</i>	Se recomienda enfatizar la necesidad de aplicación de los talleres por grupo de edad y grado de exposición al Programa (se observa que generalmente no se considera). Se recomienda capacitar a los equipos de salud en temas relativos a la violencia familiar, abuso de sustancias entre varones jefes de familia, violencia de género y masculinidad, que aunque están contemplados en las agendas generalmente no se promueven por falta de capacitación. Es urgente la necesidad de cuadernillos de trabajo con ejemplos de dinámicas y técnicas grupales para los prestadores de servicios de salud y asistentes rurales

FO17	En general los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud no se imparten a través de metodologías participativas, se dan bajo la forma de "charlas" debido a las limitantes en términos de tiempo (sobrecarga de trabajo del personal y auxiliares de salud), capacitación, espacios adecuados y disposición de materiales didácticos	Se observa una urgente necesidad de creación de cartas descriptivas temáticas que funcionen como herramientas para las auxiliares de salud y prestadores de servicios con el propósito de facilitar su aplicación
FO18	Donde realmente se llevan a cabo, los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud resultan potencialmente útiles como un componente de educación general para adultos que no lograron completar su ciclo de educación primaria o secundaria	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> , proveer de materiales didácticos apropiados a las y los promotores o personal de salud, para fortalecer la comprensión de la información entre los beneficiarios analfabetas. Promover los programas de alfabetización de la población adulta durante los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud
FO19	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud han tenido una mejor acogida en las siguientes temáticas: Uso del complemento alimenticio, Parasitosis/Ciclo de desparasitación, Saneamiento básico a nivel familiar, Vacunas, Diarreas y uso del Vida Suero Oral (VSO), Cuidados del menor de un año y el mayor de un año y Planificación familiar (entre beneficiarias)	Se recomienda redoblar esfuerzos para seguir garantizando los medicamentos e insumos para los padecimientos que se refieren, pues consideramos que su éxito está relacionado con la provisión regular de los mismos (vacunas y suero oral), además de la disposición de las titulares para escuchar sobre cuidados de la población infantil
FO20	Con respecto al manejo de la basura, se observa una excelente disposición al control de desechos por parte de las familias beneficiarias, pero a través de procedimientos sistemáticamente erróneos (por ejemplo, la quema de plásticos). Aunque el Programa no fomenta directamente estas prácticas, la promoción directa de los prestadores de servicios ha provocado que muchas beneficiarias vean las quemadas de basura como una "corresponsabilidad"	Se considera que ésta puede ser una buena oportunidad para promover prácticas correctas de manejo de desperdicios (clasificación y reutilización) como parte de la agenda temática del Programa, haciendo explícitos esos contenidos

DEBILIDADES Y AMENAZAS

DA1	Siendo el primer nivel de atención la base operacional del Paquete Garantizado de Salud, las desventajas estructurales del sistema de salud implican una debilidad para la operación del mismo (sin duda la más grave)	El impacto del Programa está determinado por las condiciones en que operan los servicios de primer nivel, el esfuerzo y los logros del Programa deben coordinarse con la capacidad resolutoria de los centros rurales de salud
DA2	En las localidades donde se documentó una limitada capacidad resolutoria en el medio local (servicios de primer nivel), se observa la tendencia de desplazamientos a nodos urbanos en la búsqueda de una mejor atención, con la creciente tendencia de una subutilización de los servicios del primer nivel como centros de monitoreo de corresponsabilidades	Se considera que es pertinente poner atención en el seguimiento de referencia y contrarreferencia de la atención en nodos urbanos, a través del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas, para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes beneficiarios del Programa

DA3	Muchas familias indígenas que viven en contextos de marginación geográfica, tienen más limitaciones para acceder a los servicios médicos públicos de salud, constituyen el sector de la población con mayores carencias en términos de atención a la salud y de incidencia de enfermedades materno-infantiles, respiratorias, tuberculosis y desnutrición	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> redoblar los esfuerzos de coordinación con caravanas de salud y unidades móviles, a través de visitas más frecuentes
DA4	Las conductas migratorias implican retos para el sector salud de acuerdo con las necesidades de las pautas de atención de mujeres migrantes que inician su vida sexual y se embarazan en territorios lejanos a sus comunidades, pero que vuelven a ellas durante el último trimestre para garantizar el acompañamiento de la familia y la comunidad en la atención del parto, un reto que no siempre es asumido por los prestadores de servicios de salud debido a las dificultades para evaluar el control prenatal y la condición de salud de las mujeres cuando llegan a sus consultorios rurales, provocando negativas en la atención	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> asumir este reto e incentivar algún tipo de intervención multisectorial o tal vez interestatal, que pueda permitir dar seguimiento a la atención de la salud reproductiva de estas mujeres
DA5	Ante las desfavorables condiciones en que operan los servicios de primer nivel, en términos generales, el impacto de <i>Oportunidades</i> sigue siendo mínimo en tanto cambiar las pautas de atención y orientarlas a la medicina preventiva y a la resolución de demandas en el primer nivel de atención	El impacto del Programa está determinado por las condiciones en que operan los servicios de primer nivel, el esfuerzo y los logros del Programa deben coordinarse con la capacidad resolutive de los centros rurales de salud
DA6	Si bien <i>Oportunidades</i> ha logrado aumentar la demanda de servicios, esto no es acorde a las capacidades resolutive de los mismos, principalmente en términos de la prevención de factores de riesgo de padecimientos crónico-degenerativos y de detección oportuna de cáncer cervicouterino, principalmente por las necesidades de pruebas rápidas de dextrosis, baumanómetros y materiales para la toma de muestra de Papanicolaou	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> dotar a los centros locales de salud, con los insumos necesarios para la toma de pruebas de enfermedades crónico-degenerativas
DA7	Las limitaciones para el desarrollo de capacidades orientadas a la prevención y el autocuidado residen en las condiciones inadecuadas en que operan los centros de salud y en la falta de credibilidad de los usuarios hacia dichos centros (historias previas de escasa o nula capacidad resolutive, ausencia de médicos profesionales, rotación de personal de salud, negación del servicio, desabasto de medicamentos e insumos y en general malas experiencias del pasado que son transmitidas generacionalmente). Esta situación es más común entre usuarios indígenas que viven alejados de los centros	Se recomienda a las autoridades del sector salud garantizar los medicamentos, personal médico e insumos necesarios para brindar atención oportuna. Se sugiere a las autoridades del Programa, incorporar promotores de salud con autoridad y prestigio local, que coadyuven en la construcción de relaciones de más confianza entre los usuarios de los servicios y los centros de salud, considerando que generalmente, conocen mejor las necesidades y la epidemiología local, y son nativos y residentes de las comunidades
DA8	Si bien <i>Oportunidades</i> ha logrado aumentar la frecuencia de detección del Papanicolaou, la escasa capacidad de respuesta del sector salud en caso de un resultado de cáncer cervicouterino desanima a las mujeres a tener prácticas de detección oportuna, aunado a los retrasos con que llegan los resultados	Se recomienda a las autoridades del sector salud, fortalecer y garantizar la atención de las pacientes con cáncer. La difusión de la prueba de Papanicolaou como un dispositivo de salud preventiva, debe coincidir con la capacidad resolutive del sistema sanitario

DA9	<p>Si bien <i>Oportunidades</i> ha logrado aumentar la frecuencia de detección del Papanicolaou, independientemente de los resultados éstos generalmente no van acompañados de consejería. En general los resultados negativos, no se comunican</p>	<p>Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> que garanticen la comunicación de resultados (positivos o negativos) de las pruebas de Papanicolaou. Se sugiere reforzar las labores de consejería individuales para mujeres que padecen cáncer de mama y cervicouterino</p>
DA10	<p>Uno de los motivos de mayor peso que provocan el rechazo de los servicios de atención en el primer nivel (aun por parte de quienes viven cerca de ellos), es la falta de reconocimiento y la percepción de poca efectividad de los mismos. Situación más común entre beneficiarios indígenas</p>	<p>Se cree que es imprescindible resarcir en los contextos locales más inmediatos la confianza en las instituciones a través de una colaboración más cercana con las autoridades médicas tradicionales que puedan coadyuvar a la construcción de una atención a la salud más integral y a generar mayor participación comunitaria. Se considera que el Paquete Básico Garantizado de Salud debe trabajar a través de una lógica que pondere la competencia cultural y asociarse con los otros sectores locales de la atención a la salud en contextos rurales e indígenas (curanderos, hueseros, parteras, hierberos, etc.). Por ello, una posible recomendación es incorporar, bajo el esquema de vocal de salud, a promotores de salud con autoridad y prestigio local, que sean miembros de las redes de atención tradicionales o indígenas. La amenaza latente es que, aun contando con las redes estructurales, estas sean subempleadas</p>
DA11	<p>La acogida de las temáticas de los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud suele ser mejor cuando se trata del cuidado de los otros, principalmente de los niños y no de las mujeres, aun siendo ellas el público cautivo por antonomasia de los talleres</p>	<p>Debe integrarse más solidamente el componente de género y hacer más específicas las agendas temáticas relativas a género y salud. Aunque éstas ya están "incluidas" generalmente el tema no es abordado por los prestadores de servicios, en ausencia de capacitación</p>

DA12	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud corren el riesgo de convertirse en herramientas que desestiman y no legitiman los saberes locales relativos al cuidado de la salud y la medicina indígena o tradicional	Los talleres deben de garantizar la competencia cultural en sus temáticas y metodologías; para ellos la capacitación y sensibilización de los prestadores de servicios de salud es imprescindible
DA13	Las violaciones a los derechos a la salud y la discriminación por motivos de etnicidad alejan a los usuarios de los servicios o los exponen a situaciones de abuso de poder, que se traduce en una mala calidad en la atención, aunque tengan acceso a los mismos	Se estima que es imprescindible la promoción de talleres de salud en derechos humanos, tanto para prestadores de servicios, como para usuarios de servicios, si lo que se busca es fortalecer y potenciar las habilidades sociales y capacidades de los hogares para ampliar sus alternativas en el propósito de alcanzar mejores niveles de bienestar
DA14	Los eventos de enfermedad grave o sin resolución suelen concentrarse en hogares con antecedentes de enfermedad. En estas familias donde los procesos de salud-enfermedad, lejos de resolverse, son parte de la vida cotidiana (caso Chiapas) las capacidades productivas se ven mermadas y se minan también las oportunidades reales de los miembros del hogar en edad escolar para continuar con sus trayectorias escolares	Se considera pertinente ofrecer apoyos diferenciados para jóvenes en edad escolar que viven en hogares en donde se concentran casos de enfermedad o que padecen alguna enfermedad que implique movilización y atención costosa. Esta medida sería conveniente para evitar la deserción escolar por motivos de salud

Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades

I. Introducción*

El propósito del Paquete Básico Garantizado de Salud[†] es ofrecer el nivel de la atención primaria a la salud (anexo A). A través de módulos educativos e informativos pretende desarrollar capacidades en los individuos que atiende y garantizar la asistencia a consultas regulares con este nivel de atención, acciones, orientadas a fomentar prácticas de autocuidado y prevención en la población beneficiaria.

En el ámbito de la salud, el Programa Oportunidades afecta muy distintas áreas, por lo que la evaluación del impacto que éste tiene sobre la salud requiere de enfoques diversos. Por impacto se entenderá “cualquier modificación en las condiciones de vida de los grupos domésticos beneficiarios que puede ser directa o indirectamente asociada al Programa”.[‡]

En este documento se pretende, por un lado, describir el impacto que las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud han tenido en el desarrollo de capacidades, orientadas a la prevención y el autocuidado en los hogares estudiados a través de información pertinente para la salud y, por otro, explicar las condiciones de la atención a la salud en el primer nivel y la influencia de las mismas en las pautas de atención de los grupos domésticos, utilizando como principal fuente de información las trayectorias de atención de los hogares de estudio.

El análisis que se presenta busca comprender de qué modo la calidad en la atención recibida (percibida y experimentada por los usuarios) influye en las condiciones de salud de las familias, en las pautas de búsqueda de atención que manifiestan y en el desarrollo de capacidades, aspectos que en su conjunto nos permiten evaluar la óptima ejecución de los objetivos del componente de salud del Programa.

Se describirá el impacto de los procesos de salud-enfermedad-atención (en adelante procesos de s-e-a) en las economías domésticas y las estrategias económicas de afrontamiento[‡] de estos episodios. Se considera que estas realidades brindan una panorámica más integral no sólo del modo en que las familias se enfrentan a dichos procesos, sino, en un sentido más

* El tema del Seguro Popular nunca fue objeto explícito del estudio. Es por ello que no se recabó la información suficiente para contar con un apartado específico.

† González de la Rocha M, Agudo-Sanchiz A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2008 (propuesta de investigación). México: CIESAS, 2008.

‡ Se entiende por estrategias económicas de afrontamiento al conjunto de recursos (activos y monetarios), pero también de estrategias (préstamos, venta de activos, gestión para cubrir gastos de transporte, medicamentos o intervenciones) y redes sociales (familiares o comunitarias) que los hogares emplean para resolver los costos de los procesos de salud, enfermedad y atención.

amplio, de cómo el acceso a la salud permite comprender la estructura de *Oportunidades* que incide en las posibilidades reales de los hogares de cambiar las economías domésticas y de los individuos de acceder a servicios no sólo de salud, sino educativos y también a mercados de trabajo.* Por otra parte, permiten comprender las limitantes o la eficacia de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud.

Este tipo de análisis implica tener en cuenta las condiciones de los servicios locales de salud, pero también las concepciones de la población indígena y rural en relación a las diferentes instancias vinculadas con la atención a la salud en sus comunidades. Sin duda el efecto de las concepciones (a partir de la calidad percibida por el usuario con respecto a los servicios o de los no beneficiarios con respecto a la salud comunitaria como exclusiva de los beneficiarios), es elemental para entender más ampliamente la capacidad de impacto del componente de salud de *Oportunidades* en contextos específicos, determinados por procesos históricos y culturales. Estas preliminares dan posibilidades de determinar si existe un grado de congruencia entre el tiempo de exposición al Programa y el desarrollo de capacidades, prácticas de autocuidado y acceso a los servicios de atención a la salud (o identificar los factores externos que las condicionan o limitan).

El presente análisis parte de un contexto de investigación más amplio circunscrito en la “Evaluación cualitativa de impacto de largo plazo del Programa Oportunidades en localidades rurales”, llevado a cabo en Oaxaca, Chiapas, Chihuahua y Sonora. Las dinámicas de dichas microrregiones han sido ampliamente descritas en los Documentos analíticos convenidos con *Oportunidades*[†] y el análisis específico relativo a los temas de educación y trabajo, son discutidos en los Documentos técnicos sobre trabajo y educación coordinados por González de la Rocha (2008)[‡] y Agudo-Sanchiz (2008).[§] Tres variables han guiado la pesquisa de la presente evaluación: a) la calidad de los servicios de salud y el acceso diferenciado a los mismos, b) la adscripción étnica de los hogares estudiados y c) el tiempo de exposición a *Oportunidades*.

Considerados estos antecedentes, el estudio se concentrará en el análisis de la operación del Paquete Básico Garantizado de Salud[¶] en interacción con los diferentes escenarios de estudio. Posteriormente se ofrece un conjunto de recomendaciones para el mejoramiento del ejercicio del componente de salud del Programa. Las recomendaciones cuentan con el respaldo de los datos etnográficos recopilados de manera rigurosa como parte de una estrategia metodológica construida para responder las preguntas de las que partimos en esta investigación y con el análisis de los mismos, base sobre la que se elaboraron las afirmaciones.

Este enfoque privilegia el punto de vista de los miembros de los hogares estudiados y la observación de las interrelaciones institucionales, sociales y culturales que tienen lugar en la convergencia de tres esferas que, en nuestra opinión, constituyen el escenario operacional donde se concretan las acciones de *Oportunidades* (figura 1).

Las esferas de interacción del Programa implican determinantes de diversas magnitudes para el estado de salud de los pueblos indígenas y las comunidades rurales donde habitan las familias que componen nuestra muestra, conjugando factores biológicos, psicológicos y macrosociales (aspectos sociales, económicos y políticos) que se expresan y se explican de diferente modo en la arena global, nacional, regional y local. Se partió de este escenario convergente (acciones del componente de salud de *Oportunidades*, condiciones estructurales de los servicios de salud existentes

* González de la Rocha M. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 12 (documento técnico sobre trabajo). México: CIESAS, 2008.

† Agudo A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Chiapas). México: CIESAS, 2008; González de la Rocha M, Paredes P, Sánchez-López G. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Oaxaca). México: CIESAS, 2008; Haro A et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Sonora). México: CIESAS, 2008; Sariego, JL et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico: estudio etnográfico en Chihuahua). México: CIESAS, 2008.

§ González de la Rocha M. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 12 (documento técnico sobre trabajo). México: CIESAS, 2008.

¶ Agudo-Sanchiz A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2007-2008 (informe de avances de la investigación de campo en el estado de Chiapas). México: CIESAS, 2007.

‡ Se parte de los Objetivos Generales de las Reglas de Operación del Programa de 2008.¹ Ello, en nuestra opinión, constituye una premisa fundamental de toda evaluación de un programa de política social.

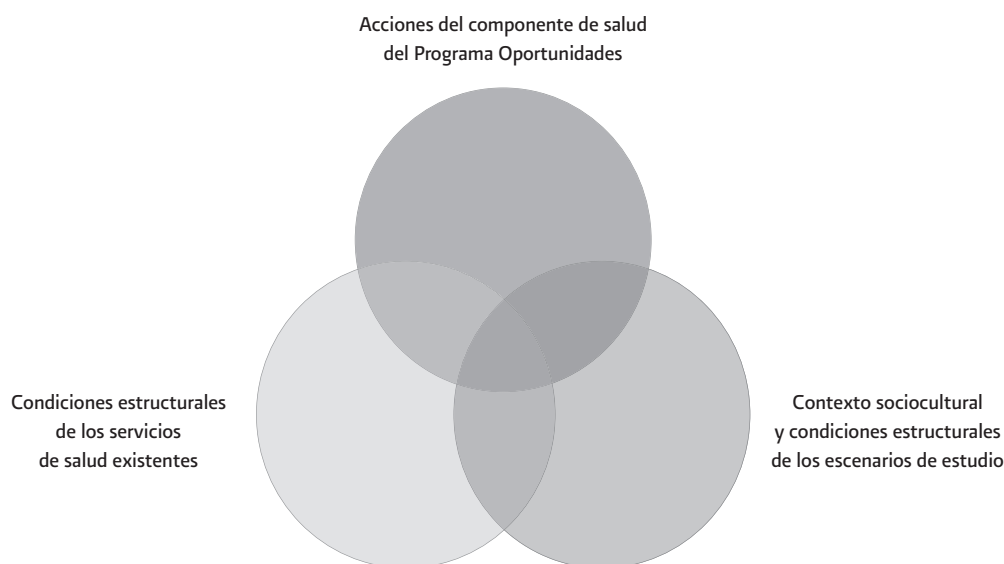


FIGURA 1
Esferas de interacción
del Programa
Oportunidades

y de las configuraciones socioculturales a nivel local) para abordar el estudio de la salud en contextos interculturales, con el fin de conocer el impacto del Programa en dichos escenarios. Ahora bien, ¿cómo evaluar si *Oportunidades* ha tenido algún impacto en el acceso a la salud, pautas de atención y desarrollo de capacidades? ¿Cómo averiguar si este impacto ha sido diferencial de acuerdo a la etnicidad o exposición de los hogares a los beneficios del Programa?

Para este fin nos se condujo el análisis por un conjunto de hipótesis* surgidas de la propuesta inicial de esta investigación y del diagnóstico realizado por Haro y colaboradores (2007),[†] documentos fundamentales para arribar a nociones claras que permiten analizar si los principales objetivos del componente de salud están concretándose cabalmente en contextos rurales e indígenas, y en dado caso, señalar las posibles fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para su realización efectiva, a través del estudio de las interrelaciones entre los puntos de contacto entre el Programa, los proveedores de los servicios y los usuarios.[‡]

Los resultados expuestos a lo largo del documento surgen del análisis realizado conforme a las siguientes hipótesis:

- Los grupos indígenas presentan las condiciones más desfavorables de acceso a los servicios de salud y atención apropiada en casos de enfermedad a causa del rezago, cuando de atención a la salud se trata, en que se encuentran.
- El analfabetismo y la escasa escolaridad entre los indígenas, los sistemas de creencias (que en ocasiones operan como factores de retardo en la búsqueda de atención a la salud), las percepciones sobre los servicios no tradicionales o institucionalizados de salud (vistos como de difícil acceso o como fuentes de malos tratos), la (in)competencia lingüística de proveedores de servicios y de usuarios de los mismos, son todos ellos factores que ayudan a explicar las condiciones más desfavorables de los indígenas respecto del acceso a la atención a la salud y las diferencias en los perfiles epidemiológicos entre indígenas y mestizos rurales.

* González de la Rocha M, Agudo-Sánchez A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2008 (propuesta de investigación). México: CIESAS, 2008.

† Haro A, Zepeda B, Restor M, Figueroa JL. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2007-2008 (diagnóstico de salud desde una perspectiva multicultural). México: CIESAS, 2007.

‡ González de la Rocha M. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2007 (propuesta de investigación). México, 2007; González de la Rocha M, Agudo-Sánchez A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2008 (propuesta de investigación). México: CIESAS, 2008; Haro A, Zepeda B, Restor M, Figueroa JL. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2007-2008 (diagnóstico de salud desde una perspectiva multicultural). México: CIESAS, 2007.

- Existen contrastes significativos entre distintos grupos indígenas. Es decir, las condiciones de vida de los diversos grupos indígenas, lejos de ser homogéneas, son muy heterogéneas.
- Existen “pautas aculturadoras” (cambios culturales que se manifiestan en la adopción de prácticas de consumo –refrescos embotellados y alimentos chatarra–) que producen cambios en la salud y la coexistencia de enfermedades típicas de la pobreza con patologías nuevas, relacionadas con los nuevos hábitos alimenticios, como la diabetes y la hipertensión.
- El acceso a los servicios de salud y la distancia entre los domicilios y los centros proveedores de atención a la salud determinan el uso de dichos servicios.
- No sólo la distancia que separa a las localidades indígenas de los centros de atención a la salud es determinante. Existen otros factores que moldean el acceso y uso a los servicios de salud: el mal estado de los caminos, la precariedad de los medios de comunicación con los que cuentan, la discriminación y el racismo que los indígenas sufren, particularmente en las instituciones proveedoras de servicio.
- Los patrones de cobertura –respecto del acceso a servicios de salud– son más bajos entre los indígenas rurales que entre los mestizos rurales.
- La práctica de las instituciones de destinar pasantes –y no médicos titulados– a los centros de salud que brindan atención a las comunidades indígenas es un factor de peso para entender el deficiente servicio de atención a la salud.
- La ausencia de personal médico –especialmente doctores titulados– es mucho más frecuente en las localidades indígenas. La rotación constante de los médicos es la causa principal de relaciones de muy escasa confianza con la gente a la que se le brinda el servicio, de escaso seguimiento a los enfermos crónicos, y de falta de conocimiento –por parte del galeno– de las afecciones y problemas específicos de la localidad y sus habitantes.
- Los actores que fungen como puentes entre las instituciones proveedoras de servicios (los llamados promotores de salud y las auxiliares rurales o auxiliares de salud), en contextos de muy escasa provisión de servicios de limpia y recolección de basura por parte de los funcionarios públicos municipales, promueven prácticas que deterioran el ambiente (altamente contaminantes) y atentan contra la salud de los habitantes rurales, indígenas y mestizos, en el corto y en el largo plazo.
- Las prácticas promovidas por las instituciones proveedoras de servicios de salud encaminadas a sanear las viviendas de los habitantes rurales (encorralamiento de aves, cerdos y otros animales de corral), y que provienen de un conjunto de nociones urbanas que emanan de un modelo de desarrollo y de vida totalmente ajeno al ámbito rural, atentan contra la economía doméstica de los beneficiarios de *Oportunidades*, tanto indígenas como mestizos.
- Los ciclos reproductivos de las mujeres indígenas son sustancialmente más largos que los ciclos de las mujeres no indígenas. Ello, en contextos en los que la atención durante el embarazo es escasa y las mujeres dan a luz en sus propias casas, está relacionado con problemas de salud materno-infantil más agudos.
- Relacionado con la salud reproductiva: En los hogares de larga exposición al Programa (9 a 10 años), éste ha contribuido a disminuir el embarazo adolescente y a retrasar la edad de la primera unión en mujeres mediante la prolongación de sus trayectorias educativas hasta los niveles de secundaria y preparatoria (especialmente donde existe presencia, cercanía de y fácil acceso a centros educativos por encima del nivel de primaria).*

De este modo, son tres los objetivos de estudio:

- a) Describir las condiciones de la atención a la salud en el primer nivel.
- b) Determinar si éstas en conjunto con el Programa están incidiendo en las condiciones generales de salud de los hogares beneficiarios, y en las pautas de atención (*el dónde, el cuándo y el cómo se busca la atención a la salud*).
- c) Caracterizar el impacto que las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud han tenido en el desarrollo de capacidades, orientadas a la prevención y el autocuidado en los hogares estudiados, de manera comparativa

* Agudo-Sanchíz A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2007-2008 (informe de avances de la investigación de campo en el estado de Chiapas). México: CIESAS, 2007.

con la población no beneficiaria del Programa, todo lo anterior, a partir de la experiencia y calidad percibida por los usuarios.

II. Metodología

La presente evaluación contó con una “Guía para el trabajo etnográfico de campo”,* que fue útil para estandarizar y acotar las fuentes de información y el universo observable, a través de una relación de actores a entrevistar y de guiones temáticos a cubrir durante las entrevistas, las observaciones de escenarios de atención y los estudios de hogares. Se estudiaron 12 microrregiones, tres por estado, en Oaxaca, Chiapas, Chihuahua y Sonora. En el cuadro 1 se detalla el nombre de cada microrregión, los municipios y localidades que comprenden, así como los grupos étnicos que habitan en ellas y los centros de salud que se ubican en cada una.

La nomenclatura con la que nos referimos a las microrregiones estudiadas en este documento ha respetado los nombres empleados en los documentos analíticos convenidos con *Oportunidades*.[†] Se podrá observar que cada investigador consideró criterios diferentes para identificar las microrregiones de estudio. En el caso de Chihuahua se trata de localidades, en Chiapas refiere al nombre del municipio, en Sonora a grupos étnicos, mientras que en Oaxaca, uno refiere a región (Costa) y dos a grupos étnicos (mazateca y mixe). Este documento refiere cada microrregión del mismo modo: Oaxaca (Costa, mixe, mazateca), Chiapas (Tumbalá, San Cristóbal de Las Casas y Las Margaritas), Chihuahua (Norogachi, Samachique y Yepachi-Maycoba) y Sonora (yaqui, mayo y guarijía).

Para el acopio de los datos, se realizaron las siguientes estrategias:

A) *Entrevistas*. Las entrevistas a prestadores de servicios de salud tenían como objetivo conocer las percepciones del equipo médico con respecto a la comunidad, el estado general de salud de las familias que la habitan, así como las condiciones laborales del personal y del servicio de salud que ofrecen, además de su opinión sobre *Oportunidades* y las corresponsabilidades del Paquete Básico Garantizado de Salud. Los prestadores de servicios de salud entrevistados fueron los que referimos a continuación:

1. *Médicos(as)*. Se entrevistó a los encargados de los centros de salud que se ubican en cada localidad de estudio. No se entrevistó a aquellos médicos que laboraban en centros de salud ajenos a las comunidades donde residían las familias de estudio, aunque las trayectorias de atención de algunos hogares refirieran ser atendidos en dichos centros.

Los entrevistados, podían pertenecer a distintas instituciones médicas, principalmente al IMSS-*Oportunidades* y a la Secretaría de Salud (SSA).

2. *Enfermeras(os)*. Dado que comúnmente las estancias de las enfermeras en las localidades de estudio son más prolongadas que las de los médicos, la información proporcionada por éstas fue de gran valor y utilidad.

Se procedió del mismo modo que en el caso del equipo médico, considerando al personal que laboraba en los centros de salud ubicados en las comunidades donde residían los hogares estudiados. Se privilegió la información de quienes tuvieran permanencias más prolongadas en las localidades. En algunos casos se trató de practicantes de enfermería.

* La “Guía para el trabajo etnográfico de campo”, constituye una síntesis, redactada por Haro (2008), de las preguntas e hipótesis contenidas en la propuesta de investigación (González de la Rocha, 2007; González de la Rocha, Agudo-Sanchiz, 2008), una explicación de la muestra analítica construida por la directora de la evaluación cualitativa (González de la Rocha) con la colaboración de Escobar como miembro del Grupo Asesor de Expertos, y un compendio de los instrumentos de recolección de información elaborados por Escobar y González de la Rocha para fines de evaluaciones anteriores y rediseñados por González de la Rocha y Agudo Sanchiz para los fines del trabajo de campo de la presente evaluación. También incluye un instrumento de recolección de información relativa al tema de salud, elaborado por Haro. Para este análisis se han rescatado sólo los contenidos referentes a salud para brindar una perspectiva más completa de los materiales de apoyo etnográfico dispuestos en la investigación en campo.

† Agudo A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Chiapas). México: CIESAS, 2008; González de la Rocha M, Paredes P, Sánchez-López G. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Oaxaca). México: CIESAS, 2008; Haro A et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Sonora). México: CIESAS, 2008; Sariego, JL et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico: estudio etnográfico en Chihuahua). México: CIESAS, 2008.

CUADRO 1
Descripción de las
microrregiones, por
ubicación, grupo étnico
y servicios de salud

ESTADO	MICRORREGIÓN	MUNICIPIO	LOCALIDADES*	GRUPOS ÉTNICOS	LOCALIDADES QUE CUENTAN CON CENTROS DE SALUD
Oaxaca	Mazateca	Mazatlán Villa de Flores (MVF)	Mazatlán Villa de Flores, El Progreso, El Corral, San Simón y Almolonga	Mazateco	Centro de salud, SSA (Mazatlán Villa de Flores) UMR-IMSS- <i>Oportunidades</i> (El Progreso), Casas de salud (El Corral, Almolonga y San Simón), Hospital Rural IMSS- <i>Oportunidades</i> No. 43 (Huatla de Jiménez, 30 km. de MVF)
	Mixe	San Juan Jaltepec de Candayoc	San Juan Jaltepec de Candayoc y Cerro Mojarra	Mixe / mazateco	Centro de salud, SSA (San Juan Jaltepec de Candayoc), Casa de Salud (Cerro Mojarra, aunque sus habitantes acuden generalmente al Centro de Salud, SSA de San Felipe Zihualtepec), Hospital María Lombardo, SSA (ubicado a 25 km. de San Juan Jaltepec de Candayoc y 15 km. de Cerro Mojarra)
	Costa	Santiago Jamiltepec	Santa Elena Comaltepec y El Charquito Nduayoo	Mixteco y afro mestizos	Casa de Salud (Santa Elena Comaltepec y El Charquito Nduayoo), Hospital Rural IMSS- <i>Oportunidades</i> No. 45. (Ubicado a 5 km de Santa Elena Comaltepec y 23 de El Charquito Nduayoo.
Chiapas	Las Margaritas	Las Margaritas	Saltillo, La Libertad, Chacalá, El Encanto, Bello Paisaje	Tojolabal	Centro de Salud, SSA (El Encanto) y UMR del IMSS- <i>Oportunidades</i> (a donde acuden los habitantes de Bello Paisaje, La Libertad y Chacalá).
	Tumbalá	Tumbalá	Álvaro Obregón Planada, Álvaro Obregón Loma, El Porvenir y Emiliano Zapata.	Chol	Dos UMR del IMSS- <i>Oportunidades</i> , ubicadas en El Porvenir (a donde acuden los habitantes de El Porvenir, Álvaro Obregón Planada y Álvaro Obregón Loma) y Emiliano Zapata.
	San Cristóbal de Las Casas	San Cristóbal de Las Casas	El Aguaje, Corazón de María, San Ysidro de las Huertas y El Pedernal	Tzotzil	Centro de Salud, SSA (El Aguaje), Centro de Salud, SSA (Corazón de María), Centro de Salud, SSA (El Pedernal) y UMR-IMSS- <i>Oportunidades</i> (Yashintin).
Chihuahua	Yepachi-Maycoba†	Temósachic (Yepachi) y Yécora (Maycoba)	Yepachi, Yepachi-Piedras Azules y Maycoba	Pimas bajos (o'oba)	UMR IMSS- <i>Oportunidades</i> (Yepachi) y Centro de Salud, SSA (Maycoba)
	Samachique	Guachochi	Samachique	Rarámuri	UMR IMSS- <i>Oportunidades</i> y Hospital Misión Tarahumara
	Norogachi	Guachochi	Norogachi, Ciénega de Norogachi y Santa Cruz	Rarámuri	UMR IMSS- <i>Oportunidades</i> y Clínica de San Carlos (Norogachi)
Sonora	Yaqui	Guaymas	Huiviris, Estación Oroz, Rahum, y Las Guásimas	Yaqui	Casa de Salud (Huiviris, Rahúm, Las Guásimas, Estación Oroz), Centro de Salud Rural, Unidad Médica Familiar 11, Unidad Médica ISSSTE (Vicam) Centro de Salud, SSA y Unidad Médica Familiar 27 (Potam)
	Mayo	Etchojoa	La Bocana, Los Viejos y El Salitral y Huatabampo	Mayo	Centro de Salud, SSA (La Bocana), Centro de Salud, SSA y Clínica IMSS (Etchojoa)
	Guarijía	Álamos	San Bernardo	Guarijío	Casa de Salud y consultorio médico de la CDI (San Bernardo), Centro de Salud, SSA (Burapaco), Casa de Salud (Mesa Colorada y Guajaray)

* Las comunidades donde se ubican los hogares de estudio comprenden exclusivamente las enlistadas bajo el rubro de "localidad" de este cuadro.

† Maycoba está ubicado en territorio sonorense, pertenece al municipio de Yécora.

3. Asistentes rurales de salud. Al menos 10 de las localidades visitadas únicamente tenían acceso a casas de salud, establecimientos de atención básica, donde se distribuyen con frecuencia analgésicos, anticonceptivos hormonales, sueros orales y medicamentos para desparasitar (en ocasiones, insumos de curación).

En dichas comunidades se entrevistó a las asistentes rurales de salud a cargo (en este documento también se hace referencia a ellas como asistentes de salud o auxiliares de salud), quienes como característica general eran mujeres originarias de la comunidad.

Las entrevistas a personal de salud y la observación en escenarios de atención comprendieron sólo a proveedores de servicios de salud del sector público, excepto en Sonora (por contar con una diversificación de unidades públicas de salud) y Chihuahua (tiene dos hospitales de segundo nivel afiliados a organizaciones religiosas).

Los proveedores de servicios de salud del sector privado (laboratorios, consultorios y farmacias), así como los proveedores de servicios de salud tradicionales no fueron considerados.

Es imprescindible aclarar que el número de médicos, enfermeras y asistentes rurales entrevistados varió en cada microrregión según la cantidad y el tipo de proveedores de servicios de la salud que había en cada localidad visitada.

*B) Observaciones:** Las estrategias de acopio de datos que se detallan a continuación fueron esenciales para reconstruir las condiciones de atención en los diferentes escenarios de estudio.

1. Talleres comunitarios
2. Consultas médicas familiares (corresponsabilidad exigida por *Oportunidades*)
3. Escenarios de atención (servicios locales de salud).[‡]

En el cuadro 2 se detalla el tipo de espacios de atención que existen y se documentaron (es decir, que fueron objeto de observaciones y entrevistas a personal de salud) en el conjunto de microrregiones de estudio, según entidad de acuerdo al tipo de proveedor y nivel de atención.

C) Trayectorias de atención:[§] La trayectoria de atención, es una herramienta que nos permitió conocer y describir la experiencia del padecimiento y los diferentes afrontamientos de los hogares de estudio, con el propósito de rescatar desde el punto de vista de los usuarios de los servicios, los siguientes aspectos:

- a. La calidad de la atención recibida y percibida, así como el modo en que ésta influye en las condiciones generales de salud de las familias y en las pautas de búsqueda de atención que manifiestan.
- b. El impacto de los procesos de s-e-a en las economías domésticas y las estrategias económicas de afrontamiento.
- c. Las consecuencias sociales (el cambio de roles domésticos) propiciados por los procesos de s-e-a en los hogares de estudio.
- d. La influencia del Programa en cuanto al acceso a la salud, prácticas de autocuidado y prevención.

El estudio se concentró en la voz de las madres de familia (o abuelas de los hogares), porque son ellas quienes tienen un conocimiento más amplio de las trayectorias de atención, como conocedoras de los destinos, curadoras

* Las características generales de los talleres y las consultas familiares han sido ampliamente descritas en los materiales de campo y los documentos analíticos convenidos con el Programa Oportunidades (Agudo, 2008; González de la Rocha, Paredes, Sánchez-López, 2008; Haro et al., 2008; Sariego et al., 2008). Este documento se enfoca a examinar el impacto directo de dichas acciones de acuerdo con el análisis de las trayectorias de atención (vertidas en ellas las opiniones de los beneficiarios sobre las corresponsabilidades, así como la documentación de prácticas de prevención y autocuidado).

‡ Es importante anotar que las trayectorias de atención contemplaron algunos hospitales en centros urbanos lejanos a las microrregiones de estudio de Chihuahua, Oaxaca y Sonora aquí sólo se consideraron cuatro hospitales de segundo nivel, ubicados cerca o dentro de las microrregiones de estudio en Chihuahua y Oaxaca.

§ Trayectoria de atención (itinerario de atención): "secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer".² En este documento, "itinerarios de atención", "itinerarios terapéuticos" y "carrera del enfermo" son utilizados de manera indistinta para hacer referencia a las trayectorias de atención.

CUADRO 2
Servicios de salud
por estado y nivel de
atención

NIVEL DE ATENCIÓN		SONORA	CHIHUAHUA	OAXACA	CHIAPAS	TOTAL
Primer nivel	Casas de salud	6		6	3	15
	Unidad Médica Rural IMSS- <i>Oportunidades</i>	1	4	1	4	10
	Centros de salud SSA	6	1	3	1	11
	Consultorio médico CDI	1				1
	Unidad Médica ISSSTE	1				1
	Unidad de Medicina Familiar IMSS	2				2
	Clínica IMSS- <i>Oportunidades</i>	1				1
Segundo nivel*	Hospitales segundo nivel IMSS- <i>Oportunidades</i>	1 (con módulo IMSS- <i>Oportunidades</i>)		2		3
	Hospitales segundo nivel SSA			1		1
	Hospitales segundo nivel organizaciones religiosas		2			2

* Aunque esta investigación no consideró en su diseño la observación y entrevistas en centros de atención de segundo nivel, las lógicas de las pautas de atención hicieron imprescindible en ocasiones entrevistar a los directivos o prestadores de servicios que laboraban en ellas.

y acompañantes de otros miembros del hogar en sus itinerarios de enfermedad y por supuesto de su propia historia reproductiva.

Las trayectorias de atención se desprenden de un contexto más amplio de investigación, que comprendió la elaboración de estudios de hogares, donde se indagaron ampliamente aspectos como la composición familiar, las condiciones de vivienda, trayectorias laborales y escolares, además de las condiciones generales de salud de las familias y los eventos de enfermedad y atención reportados. Se trabajó con una muestra inicial de 183 hogares, con las características incluidas en el cuadro 3.

De acuerdo a la composición final de la muestra analítica de los hogares,* se construyó una base de datos sobre las trayectorias de atención del total de los hogares de estudio. La base de datos incluyó las siguientes variables de análisis: etnicidad, exposición al Programa, localidad, sexo, edad, tipo de padecimiento y explicación o causa que otorga la familia al padecimiento, escenarios y modelos de atención que emplearon para resolverlo(s), costos del tratamiento y de la búsqueda de atención, condiciones de saneamiento básico y opinión o concepciones sobre los servicios locales de salud.

CUADRO 3
Población por
estado y estatus en
Oportunidades

ESTATUS OPORTUNIDADES	ETNICIDAD	CHIAPAS	CHIHUAHUA	OAXACA	SONORA	TOTAL
Beneficiarios	Indígenas	24	12	11	13	60
Beneficiarios	Mestizos	8	12	10	14	44
No beneficiarios	Indígenas	7	12	14	11	44
No beneficiarios	Mestizos	6	12	7	10	35
TOTAL		45	48	42	48	183

Elaboración: Mercedes González de la Rocha (2008).

* Hogares de larga exposición, beneficiarios desde 1997; y hogares de reciente exposición, beneficiarios desde 2007.

Del total de hogares estudiados, se documentaron 348 trayectorias de atención; 98 en Oaxaca, 85 en Chiapas, 92 en Chihuahua y 73 en Sonora. Estos itinerarios fueron protagonizados por diferentes miembros de la unidad doméstica, principalmente padres e hijos, entenados y en ocasiones abuelas(os), que durante el presente etnográfico (2008) formaban parte del hogar. Se registró el último episodio de enfermedad de cada miembro del hogar aunque, a juicio de los entrevistadores, se eligieron otros episodios que arrojaban información valiosa.

La diferencia en el número de trayectorias de atención registradas por hogar, se debe a que el número de enfermos y de padecimientos en cada hogar es distinta, de ahí que en algunos no se registre ninguna trayectoria, mientras que en otros haya más de tres. Por otro lado, los afrontamientos familiares en torno a sus procesos de s-e-a, se viven y recuerdan de manera diferente, la extensión y claridad en la exposición de los mismos fue divergente, considerando que cada familia resalta aquellos elementos o experiencias que les resultan más significativos o prioritarios, aun con la guía consciente, durante las entrevistas, de cada investigador(a). Estas trayectorias de atención permitieron generar un análisis sobre las pautas de atención y las condiciones generales de salud de los hogares, con el fin de comprender ampliamente los diferentes enfrentamientos de los procesos de s-e-a.

Los temas abordados durante la reconstrucción de las trayectorias de atención, fueron los siguientes: último evento de enfermedad o padecimiento, motivos o razones por los que se consideraba había enfermado, número de diagnósticos y quién los emitió, secuencia de acciones realizadas para la atención, problemas y facilidades en dicho proceso, calidad percibida de las diferentes opciones de atención a la salud y las consecuencias económicas y sociales de la enfermedad. En el cuadro 4 se muestran las características de la muestra de trayectorias de atención.

CUADRO 4
Trayectorias de atención por microrregión

ENTIDAD	MICRORREGIÓN	TIPO DE HOGAR				TOTAL POR MICRORREGIÓN
		INDÍGENA BENEFICIARIO	INDÍGENA NO BENEFICIARIO	NO INDÍGENA BENEFICIARIO	NO INDÍGENA, NO BENEFICIARIO	
Oaxaca	Mazateca	10	7	13		30
	Mixe	11	17	3		31
	Costa	8	16	4	9	37
	Total por tipo de hogar	29	40	20	9	98
Chiapas	Las Margaritas	13	1	10	3	27
	Tumbalá	28				28
	San Cristóbal de Las Casas	15	2	12	2	31
	Total por tipo de hogar	56	3	22	5	86
Chihuahua	Samachique	13	4	16	3	36
	Norogachi	3	6	7	9	25
	Yepachi-Maycoba	7	9	11	4	31
	Total por tipo de hogar	23	19	34	16	92
Sonora	Yaqui	16	2	9	3	30
	Mayo	4	5	5	4	18
	Guarijía	5	6	11	3	25
	Total por tipo de hogar	25	13	25	10	73

La composición étnica de los hogares fue divergente de acuerdo con cada microrregión, de modo que cuando se hace referencia a “hogares indígenas”, se habla de una amplia diversidad de grupos étnicos. En Oaxaca se documentaron hogares mazatecos, mixes, mixtecos y afro mestizos. En Chiapas se estudiaron familias tojolabales, choles, tzotziles. En Chihuahua se trabajó con rarámuris y pimas. En Sonora se estudiaron yaquis, mayos y guarijíos. Las trayectorias de atención documentadas en hogares indígenas, de acuerdo a cada entidad y microrregión se pueden ver en el cuadro 5.

D) Historias reproductivas: Fueron aplicadas a todas las mujeres de 15 a 55 años que habitaban en los hogares seleccionados. El objetivo fue rescatar las historias reproductivas y la calidad de los servicios médicos a los que acudieron; en ellas se abordaron temas como embarazos, partos y planificación familiar. De acuerdo con esta información, se realizó una base de datos, considerando como ejes de análisis la atención materno infantil, la muerte infantil, el acceso y percepciones relativas a la prueba de Papanicolaou y a métodos anticonceptivos.

La base de datos incluyó las siguientes variables: etnicidad, exposición al Programa, localidad, sexo, edad actual (2008), edad a la que se tuvo al primer hijo, edad a la que se tuvo al último hijo, tipo de atención recibida durante el embarazo y el parto, número de partos (vivos, muertos y abortos), tipo de métodos anticonceptivos empleados a lo largo de su vida, concepciones y acceso a métodos anticonceptivos.

En total se documentaron 229 historias reproductivas, 38 en Oaxaca, 44 en Chiapas, 92 en Chihuahua y 55 en Sonora. La composición final de las historias reproductivas, se especifica en el cuadro 6 de acuerdo a cada entidad y microrregión.

Los documentos analíticos de los estudios etnográficos de Oaxaca, Chiapas, Chihuahua y Sonora* fueron de gran utilidad para la elaboración de este documento.

CUADRO 5
Trayectorias de atención en hogares indígenas por microrregión

ENTIDAD	GRUPOS ÉTNICOS	HOGAR BENEFICIARIO	HOGAR NO BENEFICIARIO	TOTAL DE TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN DOCUMENTADAS SEGÚN GRUPO ÉTNICO
Oaxaca	Mazatecos	10		10
	Mixes	11	17	28
	Mixtecos	16	8	24
Chiapas	Tojolabales	13	1	14
	Choles	28		28
	Tzotziles	15	2	17
Chihuahua	Rarámuris	16	10	26
	Pimas	7	9	16
Sonora	Yaquis	16	2	18
	Mayos	4	5	9
	Guarijíos	5	6	11

* Agudo A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Chiapas). México: CIESAS, 2008; González de la Rocha M, Paredes P, Sánchez-López G. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Oaxaca). México: CIESAS, 2008; Haro A et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Sonora). México: CIESAS, 2008; Sariego, JL et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico: estudio etnográfico en Chihuahua). México: CIESAS, 2008.

ENTIDAD	MICRORREGIÓN	TIPO DE HOGAR				TOTAL POR MICRORREGIÓN
		INDÍGENA BENEFICIARIO	INDÍGENA NO BENEFICIARIO	NO INDÍGENA BENEFICIARIO	NO INDÍGENA, NO BENEFICIARIO	
Oaxaca	Mazateca	8	3	4		15
	Mixe	3	2		3	8
	Costa	4	5	2	4	15
	Total por tipo de hogar	15	10	6	7	38
Chiapas	Las Margaritas	6	3	5	3	17
	Tumbalá	13				13
	San Cristóbal de Las Casas	7	1	5	1	14
	Total por tipo de hogar	26	4	10	4	44
Chihuahua	Samachique	13	4	16	3	36
	Norogachi	3	6	7	9	25
	Yepachi-Maycoba	7	9	11	4	31
	Total por tipo de hogar	23	19	34	16	92
Sonora	Yaqui	6	2	6	2	16
	Mayo	5	4	5	6	20
	Guarijía	4	6	4	5	19
	Total por tipo de hogar	15	12	15	13	55

CUADRO 6
Composición de historias reproductivas por microrregión

III. Resultados

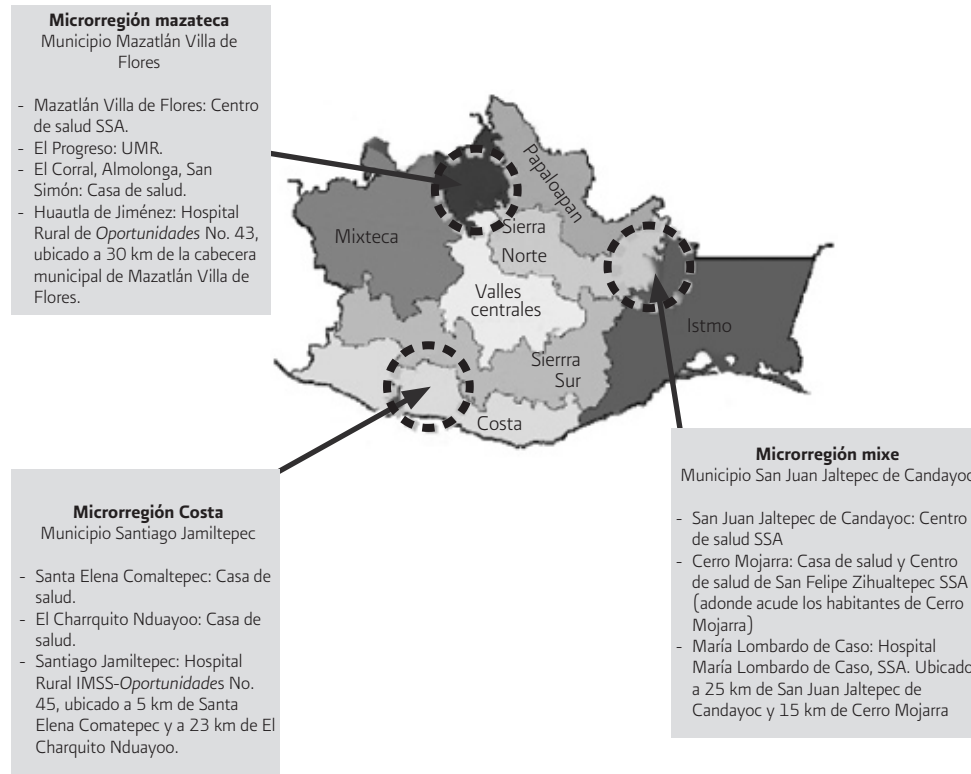
DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS MICRORREGIONES ESTUDIADAS

En escenarios donde diferentes modelos médicos confluyen de manera cotidiana en la atención de los procesos de salud-enfermedad, los tipos de proveedores de servicios son también diversos. Aunque en este documento sólo se abordarán las condiciones en que operan los servicios públicos de salud, es importante considerar que la población de las microrregiones de estudio tiene acceso a cuatro tipos de proveedores locales de servicios de salud:

- Proveedores de servicios de salud del sector público.
- Proveedores de servicios de salud del sector privado (farmacias locales o regionales utilizadas como centros de atención como Farmacias Similares).
- Proveedores de servicios de salud afiliados a organizaciones religiosas (exclusivamente para el caso de las microrregiones de Samachique (Misión Tarahumara) y Norogachi (Clínica San Carlos en Chihuahua)
- Proveedores de servicios de salud tradicionales (medicina tradicional; en menor medida medicinas y terapias alternativas o complementarias).

Para comprender la estructura de servicios y las condiciones de los mismos, este apartado se aboca a describir brevemente los insumos y recursos humanos con los que cuentan los centros de salud de primer nivel, escenario donde se llevan a cabo las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud. Los datos se obtuvieron de la observación de unidades médicas y de entrevistas con prestadores de servicios de salud. Por otra parte, los testimonios de los usuarios de los servicios de salud respecto de la calidad de los mismos fueron de vital importancia para comprender, desde su perspectiva, su relación con las instituciones médicas públicas (figura 2).

FIGURA 2
Microrregiones del estado de Oaxaca



Microrregión mazateca*

En esta microrregión se localizan dos opciones de atención de primer nivel, un centro de salud de la SSA, ubicado en la cabecera municipal de Mazatlán Villa de Flores (MVF) y una Unidad Médica Rural (UMR) IMSS-*Oportunidades* en El Progreso.

El centro de salud en Mazatlán es atendido por un médico profesional y un médico pasante, una licenciada en enfermería y una pasante de enfermería (auxiliar fines de semana). Recibe a población de las localidades de El Corral, El Trapiche, San Pedro, Agua Pajarito, Piedra Conejo, Piedra Alta, Loma Tepeguaje y Barrio Enrique. Consta de dos consultorios, sala de espera, un baño y habitaciones para el personal de salud. Desafortunadamente no cuentan con un espacio adecuado para la realización de los talleres de autocuidado. Hay un refrigerador para vacunas, un baumanómetro, dos camas de exploración deterioradas, una báscula en malas condiciones, hay también una ambulancia, pero no siempre hay dinero para gasolina. Los médicos entrevistados reportaron la falta de estetoscopio, de espejo vaginal y lámpara.

Se documentó desabasto de medicamentos básicos como Ambroxol, penicilina y vitaminas, así como del complemento alimenticio de *Oportunidades*. El abasto de medicamentos para crónico-degenerativos (hipertensión y diabetes) es adecuado, pero en general carecen de insumos como guantes, gasas, preservativos y DIU, jeringas, materiales de curación, pruebas rápidas de dextrosis y VIH.

Reciben de 35 a 40 consultas diarias. Por las mañanas únicamente atienden a beneficiarios del Programa y por las tardes a población abierta. En esta unidad los resultados de una prueba de Papanicolaou pueden demorar de tres a cinco meses en llegar, eventualmente las usuarias tienen que comprar los guantes para dicho examen en la farmacia, donde no siempre están en existencia, de modo que, cuando esto sucede no se efectúa la prueba. No existen comités de salud, debido los conflictos políticos que dividen la localidad. El servicio generalmente es gratuito, aunque por curaciones y partos se cobran cuotas que van de los 10 a los 300 pesos, las mujeres deben pagar o llevar a algún familiar para que realice la limpieza después del parto.

* Ubicada en el municipio Mazatlán Villa de Flores. Localidades visitadas: Mazatlán Villa de Flores, El Progreso, El Corral, San Simón y Almolonga. Grupo étnico: mazateco.

Existe una UMR del IMSS-*Oportunidades* ubicada en El Progreso, a 5 kilómetros de la cabecera Mazatlán Villa de Flores. Es atendida por una médica titulada y una enfermera titular que tiene 10 años viviendo en la localidad y a pesar de entender y hablar el mazateco, se comunica en español con los pacientes. Los fines de semana, la unidad queda a cargo de una técnica en enfermería. Regularmente las estancias de los médicos en esta clínica no son mayores a un mes (médicos con contrato esporádico y temporal, cubren especialmente plazas vacantes).

La UMR cuenta con un espacio especial para realizar pláticas o talleres, pero no tienen sala de espera, los pacientes aguardan su turno de consulta en un patio frontal, donde no hay tejabán que cubra ni del sol ni de la lluvia, además no hay sitio en dónde sentarse. Hay un pequeño cuarto de hospitalización con dos camas, tienen un refrigerador para vacunas y medicamentos, báscula, baumanómetro y estetoscopio. Carecen de espejo vaginal y lámpara.

Se documentó un abasto regular de insumos de curación y medicamentos para pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, métodos anticonceptivos (preservativos y DIU), pruebas de dextrosis y pruebas rápidas de VIH. El servicio es gratuito, pero no recibe a personas que procedan de localidades ajenas a las que tiene asignadas la UMR. Las enfermeras son las encargadas de impartir los talleres de autocuidado. En general la comunidad tiene una buena relación con la clínica y su personal, trabajan con un comité de salud consolidado hace más de 20 años, quienes realizan las campañas de saneamiento básico y vacunación. Promueven círculos de lectura, como parte de las actividades del Prevenimss, con sede (rotativa) en los domicilios de los habitantes de la comunidad.

Tanto la clínica en la cabecera del municipio, como la UMR de El Progreso envían con frecuencia a sus pacientes al Hospital Rural de *Oportunidades* núm. 43, ubicado en Huautla de Jiménez, en donde es posible recibir atención de segundo nivel. Este hospital se encuentra a 30 kilómetros de distancia de Mazatlán Villa de Flores. Se trata de un nosocomio de concentración destinado a la atención de 12 000 habitantes mayoritariamente indígenas, (una población seis veces mayor de lo que indican las normas de atención médica).

El hospital opera con un equipo humano de tres médicos generales, un ginecólogo, un cirujano, un laboratorista clínico y un equipo de enfermería (no se cuenta con datos sobre el número de enfermeras). Cuenta también con un albergue comunitario y seis consultorios de los cuales sólo tres están en uso. Según el personal de salud, las camas de hospitalización son insuficientes, reconocen una sobredemanda de servicios de ginecología y cirugía (el cirujano y ginecólogo atienden a 80% de las consultas totales del hospital). El servicio es gratuito, incluso en el albergue familiar.

De acuerdo con los testimonios emitidos por los miembros de los hogares entrevistados, sus necesidades de medicamento no siempre se resuelven ahí. Tiene un servicio insuficiente de laboratorio, ultrasonido y rayos X, que provoca la frecuente resolución de estas necesidades con laboratorios particulares. Los médicos toman vacaciones y no existen plazas para cubrir sus vacantes. Los pacientes esperan albergados o vuelven meses después a la consulta (ante estas dificultades muchos ya no vuelven y buscan atención médica en la Ciudad de México). Conseguir una cita para consulta en el hospital puede demorar de tres a seis meses.

Microrregión mixe*

Las familias de la microrregión mixe, tienen acceso a dos centros de salud de la SSA, uno ubicado en la localidad de San Juan Jaltepec de Candayoc (población mayoritariamente indígena) y el otro en San Felipe Zihuatepec. El centro de salud de San Juan Jaltepec de Candayoc atiende únicamente a familias de la localidad (cerca de 1 700 habitantes). Desde hace 17 años el centro se encuentra a cargo de una médica titulada, quien fuera acusada de negligencia médica por la comunidad una década atrás. Labora también un enfermero, responsable de impartir los talleres de autocuidado.

En esta unidad se documentó un grave desabasto de medicamentos para diabéticos e hipertensos, escasez de guantes, gasas, preservativos, jeringas, materiales de curación, DIU, además de instrumental médico deficiente. Cotidianamente se atienden de 35 a 40 consultas. Existe una deficiente detección enfermedades crónico-degenerativas debido al desabasto de pruebas rápidas de dextrosis. A partir de la acusación a la médica por negligencia médica,

* Ubicada en el municipio San Juan Jaltepec de Candayoc. Localidades visitadas: San Juan Jamiltepec de Candayoc y Cerro Mojarrá.

sólo brinda atención de 8:00 a 16:00 hrs y no se atienden partos. Durante los periodos vacacionales, la médica se ausenta y el centro de salud queda en manos del enfermero.

En el centro de salud de la SSA de San Felipe Zihuatepec se brinda atención a 1 500 habitantes de las poblaciones aledañas, entre ellas se encuentra la población de Cerro Mojarra. Cuentan con un médico titulado con experiencia como cirujano (un año y medio en el cargo) y una técnica en enfermería. La capacitación del médico como cirujano, posibilita que en el centro se atiendan partos y cirugías menores. Sus instalaciones son adecuadas, aunque se documentó insuficiencia de instrumental médico. El material quirúrgico y los medicamentos se gestionan personalmente. De acuerdo con el personal, el abasto de medicamentos no es acorde a las necesidades de la epidemiología local.

La Población de Cerro Mojarra, que es la localidad donde se ubican buena parte de los hogares estudiados, no visita con frecuencia la clínica, en general solamente los diabéticos, hipertensos y embarazadas lo hacen, además de consultas para niños con enfermedades diarreicas y respiratorias. Según la investigadora que realizó trabajo de campo en esta localidad, existe un trato privilegiado a los adscritos al Seguro Popular.

Además de los centros de salud de primer nivel, los hogares de estudio de la microrregión mixe, acuden frecuentemente al Hospital María Lombardo de Caso de la SSA, ubicado en la comunidad del mismo nombre, a 25 kilómetros de San Juan y a 15 de Cerro Mojarra. Dicho hospital brinda atención a mixes, chinantecos, mazatecos y zapotecos.

El hospital dispone de un médico internista (sólo durante la mañana), una pediatra (incapacitada por embarazo). Por las noches no hay especialistas; sólo se queda un médico general de guardia y por la tarde trabajan únicamente dos médicos, el director (como médico general) y una doctora en urgencias. Cuentan con cinco consultorios, de los cuales sólo dos se utilizan, hay también un albergue inhabilitado desde hace años. De acuerdo con el personal de salud, las camas para hospitalización son insuficientes. En términos de atención y desempeño, se documentó un trato privilegiado a los adscritos al Seguro Popular. No hay clínica de obesidad, ni seguimiento a hipertensos y diabéticos, tampoco se practican diálisis y existen carencias de estudios clínicos y técnicos como radiología, ultrasonido, etcétera. Toda intervención quirúrgica tiene costo.

En general y cada vez con más frecuencia, la atención ginecológica se da en el Hospital María Lombardo de Caso, lo que genera una sobredemanda de atención en el lugar. Las implicaciones de la falta de atención de partos en Jaltepec, tiene consecuencias económicas graves en los hogares de la microrregión. El costo de un parto puede ir de 2 000 a 5 000 pesos en el área, aun contando con Seguro Popular.

Microrregión Costa*

Los hogares estudiados en esta microrregión sólo cuentan con atención médica básica de primer nivel, es decir, casas de salud establecidas en las respectivas localidades de El Charquito Nduayoo y Santa Elena Comaltepec. La decisión de los miembros de los hogares estudiados es acudir directamente al Hospital Rural de *Oportunidades* núm. 45, ubicado en la cabecera municipal de Santiago Jamiltepec, a cinco kilómetros de distancia de Santa Elena y a 23 kilómetros de El Charquito.

En este hospital laboran tres médicos, un cirujano, un ginecólogo, un laboratorista clínico y un equipo de enfermería (se desconoce el número de enfermeras que lo integran). Aunque sus instalaciones cuentan con cinco consultorios, por lo general, sólo se utilizan tres. Según los testimonios recopilados en los hogares estudiados, existe desabasto de medicamentos, siendo numerosas las veces que deben comprarlos por su cuenta. Afortunadamente, el servicio del hospital es gratuito. De acuerdo con el personal médico, los servicios de laboratorio, ultrasonido y rayos x (los estudios se tienen que realizar en negocios de particulares) son insuficientes, así como las camas de hospitalización.

Pese a los largos tiempos de espera, el trato preferente a mestizos que viven en la cabecera municipal y la burocratización del servicio que genera obstrucciones en el proceso de atención, se registró una sobredemanda del servicio.

La oferta de servicios de salud en las microrregiones visitadas en Oaxaca nos permite señalar que la presencia de los centros de salud y unidades médicas rurales en las zonas de estudio no es garantía de que la salud de la población

* Ubicada en el municipio Santiago Jamiltepec. Localidades visitadas: Santa Elena Comaltepec y El Charquito Nduayoo. Grupos étnicos: mixteco y fromestizos.

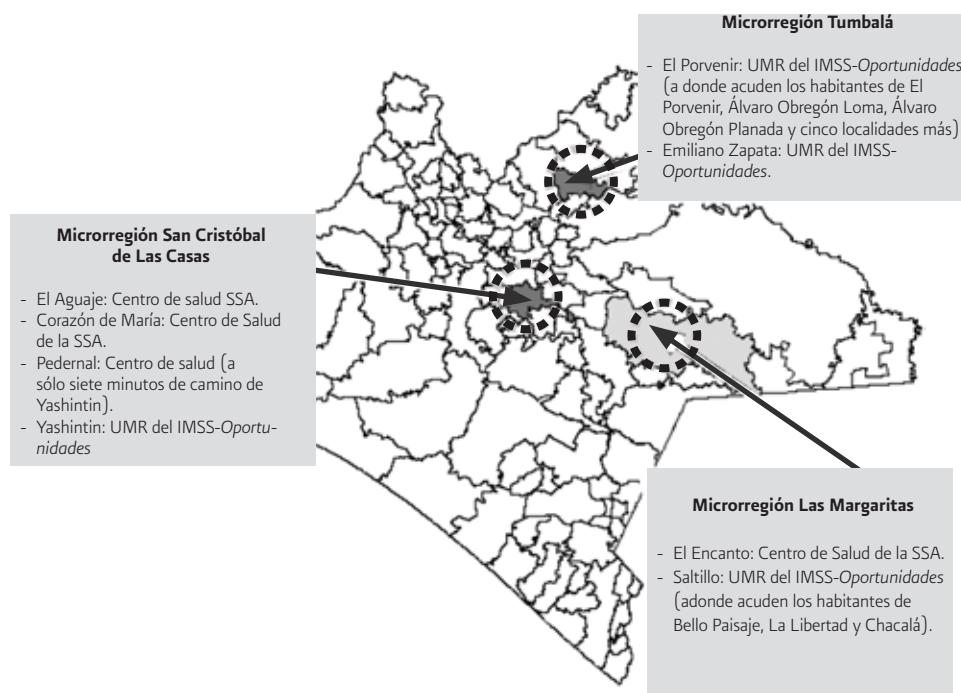


FIGURA 3
Microrregiones del estado de Chiapas

esté bien atendida. La precariedad de recursos, tanto médicos como materiales, es evidente y nos da un primer indicio para reconocer que la calidad de los servicios de salud en las zonas visitadas (con alta presencia indígena) es deficiente y se enfrenta a múltiples obstáculos para alcanzar los objetivos del Paquete Básico Garantizado de Salud.

Microrregión Las Margaritas*

En esta microrregión los hogares estudiados cuentan con dos centros de atención de primer nivel, ubicados en El Encanto y en Saltillo, el primero depende de la SSA y el segundo del IMSS-*Oportunidades*. El centro de salud de la SSA en El Encanto atiende a la población que reside ahí mismo y a la de cinco comunidades cercanas. Opera con una enfermera, una auxiliar de enfermera y un médico pasante que sólo está en la comunidad y da consulta los sábados para monitorear a los niños desnutridos que son beneficiarios de un programa de nutrición. Las consultas a adultos son excepcionales, en general sólo atiende a aquellos con enfermedades crónico-degenerativas. De lunes a viernes la auxiliar de enfermera está a cargo del centro, pues la enfermera titular se ausenta con mucha frecuencia debido a su participación en un programa de atención a la desnutrición en infantes llamado "Programa por una Vida Mejor".

Según reportaron las encargadas, el abasto de medicamento ha aumentado desde que se instauró en el centro el Seguro Popular, sin embargo, aseguran que es insuficiente la cantidad de fármacos para la población con hipertensión y diabetes.

Las mujeres de El Encanto prefieren acudir directamente al hospital de Las Margaritas o el de Comitán en caso de emergencia o padecimientos que consideran graves. Estos hospitales brindan atención obstétrica, con una sobredemanda del servicio y no cuentan con la infraestructura necesaria para realizar análisis médicos, diagnósticos o cirugías especializadas.

La UMR del IMSS-*Oportunidades* en Saltillo es atendida por un médico pasante, una enfermera y una auxiliar de enfermera. El médico atiende de lunes a viernes, mientras que las enfermeras se hacen cargo de la UMR los fines de semana.

* Ubicada en el municipio Las Margaritas. Localidades visitadas: Saltillo, La Libertad, Chacalá, El Encanto, Bello Paisaje. Grupo étnico: tojolabal.

Existe inconformidad por parte de los pacientes acerca de los servicios ofrecidos por esta unidad. La UMR enfrenta una gran demanda de trabajo, especialmente por parte de las familias de titulares de *Oportunidades*. De acuerdo con el personal de salud, el presupuesto para medicamentos, personal y viáticos es muy reducido. Algunos médicos nunca han atendido un parto durante su estancia de servicio en la clínica, remitiendo a las mujeres al hospital de Las Margaritas o Comitán.

Microrregión Tumbalá*

Los hogares de esta microrregión tienen acceso a dos centros del IMSS-*Oportunidades*, uno de ellos ubicado en Emiliano Zapata y otro más en El Porvenir. La UMR de Emiliano Zapata está a cargo de un enfermero que cuenta con la colaboración de una pasante de enfermería y una auxiliar. La Unidad cuenta con sala de espera y área de consulta con mesa de exploración y vitrina con medicamentos, en la clínica hay un baño, pero éste no funciona. Cuentan también con dos básculas, una para pesar infantes y otra para adultos. En el lugar hay también una pequeña cocina, un baño y una habitación que es ocupada por el enfermero el tiempo que permanece en la comunidad.

El horario de atención es de lunes a jueves de ocho a tres de la tarde, los viernes sólo atienden de 8:00 a 10:00 horas. Los fines de semana la consulta queda a cargo de la enfermera auxiliar. Se ofrecen consultas en Chol y en español, aunque se documentó una limitada confianza y comprensión de parte de los pacientes indígenas respecto del diagnóstico e indicaciones de los enfermeros. De acuerdo con los testimonios recabados, el hecho de que el enfermero titular sea hombre, genera reticencia de las mujeres para ser auscultadas. De acuerdo con el personal médico, éstos se enfrentan a graves conflictos en la revisión y diagnóstico de las pacientes, que han concluido con su expulsión de la localidad.

La UMR de la comunidad de El Porvenir opera con un técnico en enfermería y una auxiliar de enfermería. El técnico atiende de lunes a viernes y la auxiliar se hace cargo los fines de semana. La Unidad trabaja en coordinación con la Clínica del IMSS de Cenobio Aguilar, localizada en un municipio aledaño. Atiende a población proveniente de las localidades de El Porvenir, Álvaro Obregón Planada, Álvaro Obregón Loma y cinco localidades más que suman 568 familias o 3 077 personas.

Esta unidad comenzó a operar a principios de 1980. Tiene un horario menos estable que el de su homóloga en Emiliano Zapata. Muchos pobladores de Obregón prefieren acudir a médicos particulares de la misma localidad porque no están satisfechos con la atención y abastecimiento de medicamentos en la UMR en El Porvenir. Manifiestan la carencia de medios para resolver sus necesidades de atención y expresan que el personal se limita a firmar las constancias de asistencia que las titulares de *Oportunidades* necesitan.

Microrregión San Cristóbal de Las Casas†

Esta microrregión cuenta con una UMR del IMSS-*Oportunidades* con servicio de salud de primer nivel y tres casas de salud de la SSA, ubicadas en El Aguaje, Corazón de María y El Pedernal.

La UMR en Yashtinin está a cargo de una médica pasante. Consulta los lunes, miércoles y viernes de ocho de la mañana a una de la tarde. En caso de gravedad, se llama a una ambulancia para que recoja al paciente en la propia clínica del IMSS y lo traslade a la cabecera municipal de San Cristóbal. La constante rotación y poca profesionalización del personal médico en estas unidades de salud, constituyen un importante obstáculo para el óptimo funcionamiento de los servicios de salud.

De todas las microrregiones en Chiapas sólo la UMR IMSS-*Oportunidades* en Saltillo, localidad de Las Margaritas, cuenta con la presencia de lunes a viernes de un médico pasante, las demás operan bajo la responsabilidad de enfermeras y auxiliares de enfermería. Una característica fundamental para comprender la deficiente atención médica a la que tienen acceso los hogares estudiados en este estado del sur.

* Ubicada en el municipio Tumbalá. Localidades visitadas: Álvaro Obregón Planada, Álvaro Obregón Loma, El Porvenir y Emiliano Zapata. Grupo étnico: chol.

† Ubicada en el municipio San Cristóbal de Las Casas. Localidades visitadas: El Aguaje, Corazón de María, San Ysidro de las Huertas y El Pedernal.

La presencia de centros de salud de primer nivel en las localidades estudiadas es mínima y por ello los pobladores deben trasladarse fuera de sus comunidades de origen para recibir atención médica de primer nivel; un rasgo más que explica la debilidad de la salud de los habitantes de estas zonas, quienes no cuentan con los recursos suficientes para trasladarse fuera de sus lugares de origen en busca de atención médica de calidad.

En este sentido, es importante señalar que la existencia de los centros de salud y de las UMR no significa que los habitantes de las microrregiones estudiadas reciban ese tipo de atención, el hecho de que muchos médicos no hayan atendido nunca un parto, es la muestra más clara de la ineficacia resolutoria en los centros de salud locales.

Microrregión Yepachi-Maycoba*

En Yepachi cuentan con una UMR del IMSS-*Oportunidades*, mientras que en Maycoba disponen de un centro de salud de la SSA. El universo de atención de ambos es de 2 200 personas cada uno. Al frente de ellos están una y dos auxiliares médicas, respectivamente, las tres cuentan con más de 30 años de servicio en estas comunidades y con la ayuda de una aprendiz durante los fines de semana. En el caso de la UMR IMSS-*Oportunidades* de Yepachi, la presencia de médicos titulares es intermitente y dura alrededor de un mes, por lo tanto la clínica permanece la mayor parte del tiempo a cargo de las auxiliares médicas. En el centro de salud de Maycoba cada dos años llega un médico pasante de Sonora o Sinaloa para permanecer 12 meses en la localidad. Desde 2007 y hasta el momento de la visita de campo, el centro de salud había operado sin la presencia de algún médico y estaban a la espera de que se contratase a uno por parte de la SSA.

En ambos centros de atención, tanto los usuarios como las encargadas declararon deficiencias en el abasto de medicamentos. Las familias manifestaron su falta de confianza en la capacidad resolutoria del servicio sobre todo por la ausencia de personal médico capacitado. Las familias reportan que acuden a estas instituciones principal-

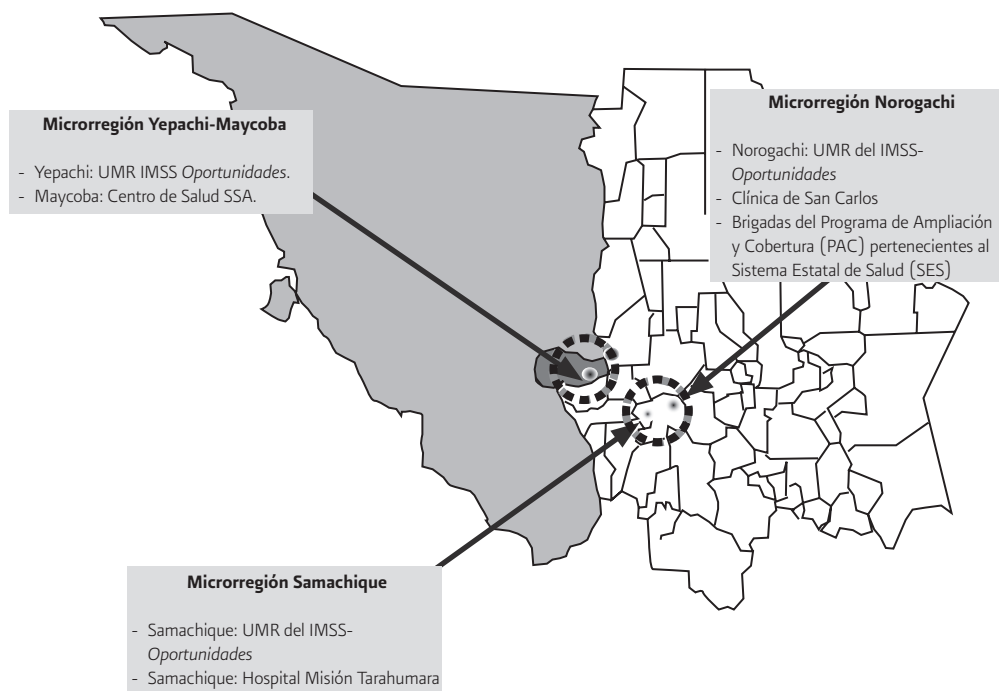


FIGURA 4
Microrregiones del estado de Chihuahua[†]

* Ubicada en el municipio de Guachochi. Localidad visitada: Samachique. Grupo étnico: rarámuri.

† Ubicada en los municipios de Temosachic, Chihuahua y de Yécora, Sonora. Las localidades visitadas: Yepachi en Temosachic, Chihuahua y Maycoba y Piedras Azules en Yécora, Sonora. Grupo étnico: pimas bajos.

mente para el cumplimiento de corresponsabilidades y para obtener medicamento que controla enfermedades crónico-degenerativas, ya que la lejanía de los centros de salud y la mala calidad de los servicios locales hacen de la autoatención y de la medicina tradicional una práctica más accesible.

Microrregión Samachique*

Los hogares que habitan en esta microrregión en donde se visitó sólo una localidad, cuentan con dos opciones de atención, una UMR del IMSS-*Oportunidades* y la Clínica Misión Tarahumara. La UMR atiende a la población de Samachique y las rancherías circunvecinas de los municipios de Napuchis, Basigochi Grande y Basigochito. Se habla de aproximadamente 1 113 personas. El personal a cargo de la Unidad lo integran: un médico pasante, una auxiliar médica rural de base y una auxiliar médica de reemplazo para los fines de semana. Las auxiliares médicas llevan a cabo la consulta, ante la ausencia frecuente del practicante de medicina encargado.

Según los testimonios de los entrevistados, el abasto de medicamento es reducido y la actividad de la UMR se limita a realizar campañas de vacunación, a atender las consultas periódicas para la población beneficiaria de *Oportunidades* y a distribuir medicamentos entre los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. La fundación de la clínica data de 1979, pero entonces era responsabilidad del Instituto Nacional Indigenista.

El Hospital Misión Tarahumara fue fundado en 1999, se financia con fondos norteamericanos y ofrece atención de primero y segundo nivel. La atención en esta institución es gratuita para la población indígena que hable alguna de las cuatro lenguas de la Tarahumara: pima, tarahumara, guarijía y tepehuana. La población mestiza en cambio ha de pagar por sus consultas, por ello prefieren acudir a la UMR de la localidad o a otras fuera del pueblo que ofrezcan el servicio de manera gratuita. Por un corto periodo, el hospital atendió a pacientes del Seguro Popular, pero el convenio con esta institución fue suspendido por falta de apoyos financieros gubernamentales.

Se trata de una institución con capacidad resolutoria, a donde acuden con frecuencia los miembros de los hogares de estudio. Trabaja con un modelo de atención al enfermo indígena que busca adaptarse a sus condiciones culturales, como lo muestra el hecho del uso de una traductora y de una partera.‡

El área de cobertura del Hospital Misión Tarahumara es muy amplia y abarca zonas a donde únicamente llegan las brigadas del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). El personal está conformado por tres médicos generales, un ortopedista, una dentista, un químico, una partera, una traductora de lengua rarámuri, un piloto aviador, varios choferes, un administrador, tres enfermeras generales, así como varias auxiliares de enfermería, cocineras, recepcionista y asistentes generales. Cuenta con sala de espera, tres consultorios, tres áreas de hospitalización, laboratorio, farmacia, comedor, quirófano, sala de internamiento privada, cunero, radiología, servicio de ultrasonido y tres cabañas para dar alojamiento a las familias de pacientes, además de un ambulancia aérea, varias terrestres y un automóvil todoterreno.

Aquí se brindan los servicios de consulta médica general, odontología, ginecología y obstetricia, cirugía general, análisis clínicos, entre otros más. Además, cada mes se programan cirugías mayores para problemas de labio leporino, de rodilla, gastrointestinales, de ortopedia, cirugías plásticas, además de endoscopias, cesáreas y otras más. El personal médico realiza constantemente visitas a las localidades con la finalidad de ofrecer atención general y dar seguimiento a casos clínicos controlados.

Microrregión Norogachi⁵

En esta microrregión la población tiene acceso a dos UMR del IMSS-*Oportunidades*, localizadas en Norogachi y Ciénega de Norogachi, así como a la Clínica San Carlos (de organización religiosa) y a las visitas de las brigadas del Programa de Ampliación y Cobertura (PAC) a cargo del Sistema Estatal de Salud (SES).

* Ubicada en el municipio de Guachochi. Localidades visitadas: Samachique. Grupo étnico: rarámuri.

‡ La partera asiste a las mujeres que se resisten a entrar a la sala de expulsión o a ser atendidas por un médico varón no rarámuri. En esos casos, son las propias mujeres indígenas las que deciden la forma de tener a sus hijos. Algunas de ellas optan por la forma tradicional entre las rarámuri: dar a luz de pie con la ayuda de la partera o de algún familiar.

⁵ Ubicada en el municipio de Guachochi. Localidades visitadas: Norogachi, Ciénega de Norogachi y Santa Cruz. Grupo étnico: rarámuri.

Las brigadas tienen 10 años de existencia en la región. Son equipos médicos que se desplazan a distintas localidades establecidas en un radio de acción a partir de una clínica base. Colaboran con los centros de salud, pero no trabajan directamente con ellos. La ruta Norogachi cubre 54 localidades, lo que implica dar atención a 1 810 personas aproximadamente, además de otras 200 que llaman población flotante.

La Brigada de la ruta Norogachi cuenta con un médico titulado y dos auxiliares, uno que es enfermero y otro que es el chofer y promotor. La tarea de la Brigada consiste en ofrecer consultas médicas y hacerse cargo de los 193 hogares que cuentan con *Oportunidades* en la región (680 personas) llevando el control de asistencias a sus consultas familiares e impartiendo los talleres. Aunque la cobertura del servicio de salud no logra ser óptima, principalmente por la irregularidad de sus visitas, la presencia de la Brigada garantiza el acceso esporádico a revisiones de salud de los hogares más pobres y alejados de los centros de salud.

En las dos UMR del IMSS-*Oportunidades* las condiciones son semejantes. En Ciénega de Norogachi, labora un médico titulado, y en Norogachi un practicante de medicina. Cuentan con la colaboración de auxiliares rurales con más de 10 y 30 años de prestar sus servicios en la localidad. Comúnmente las auxiliares realizan la mayor parte de las consultas. No se atienden partos (presenten o no dificultad) y sólo se tratan casos de la epidemiología conocida. En general acuden enfermos de diabetes, hipertensión y asma, además de los beneficiarios de *Oportunidades* para cumplir con sus corresponsabilidades. Los hogares de estudio refieren dificultades para acceder a medicamentos, motivo por el cuál, generalmente las UMR sugieren a sus pacientes acudir a la Clínica de San Carlos y en caso de la UMR de Ciénega de Norogachi al Hospital Regional del IMSS en Guachochi. Sin embargo, recientemente la Clínica de San Carlos ha comenzado a negar la atención a pacientes mestizos beneficiarios del Programa.

La Clínica de San Carlos fue inaugurada hace 47 años, y es atendida por la congregación católica de las Hermanas de la Misericordia de San Carlos Borromeo. Opera gracias a la presencia de dos médicas (monjas), tres enfermeras (monjas), un laboratorista, un técnico en rayos X, un chofer de ambulancia, un traductor de tarámuri y equipo de limpieza, alimentación y mantenimiento. Sus instalaciones cuentan con: dos consultorios, una farmacia, tres pabellones pediátricos, sala de rayos X, laboratorio, dos salas de expulsión y área de hospitalización.

Los accidentados, los enfermos que requieren hospitalización y las mujeres que necesitan atención pre y posnatal son enviados muy menudo a la Clínica desde la UMR o del PAC. Aunque en este lugar se ofrece una buena atención obstétrica, no hay promoción de métodos anticonceptivos.

La Clínica no cobra por el servicio, sin embargo, se solicitan contribuciones en especie. Las características sociales, culturales y económicas de la población, son ampliamente conocidas por el personal de salud que labora en la clínica. La constancia y la participación en la vida comunitaria les han valido la confianza y aceptación entre una concurrida población.

La presencia de instituciones de salud privadas y religiosas en las microrregiones estudiadas en Chihuahua es un rasgo que las caracteriza y que permite comparar su desempeño con el de las instituciones públicas de las mismas zonas. La comparación hace evidentes las deficiencias tanto de recursos humanos como materiales en los centros de salud y las UMR y demuestra que a pesar de las condiciones de marginalidad de la población y los obstáculos que imponen la geografía y la pertenencia a grupos étnicos distintos de los de los prestadores de servicios, la práctica médica y el cuidado de la salud se pueden desarrollar de una manera eficiente y coordinada.

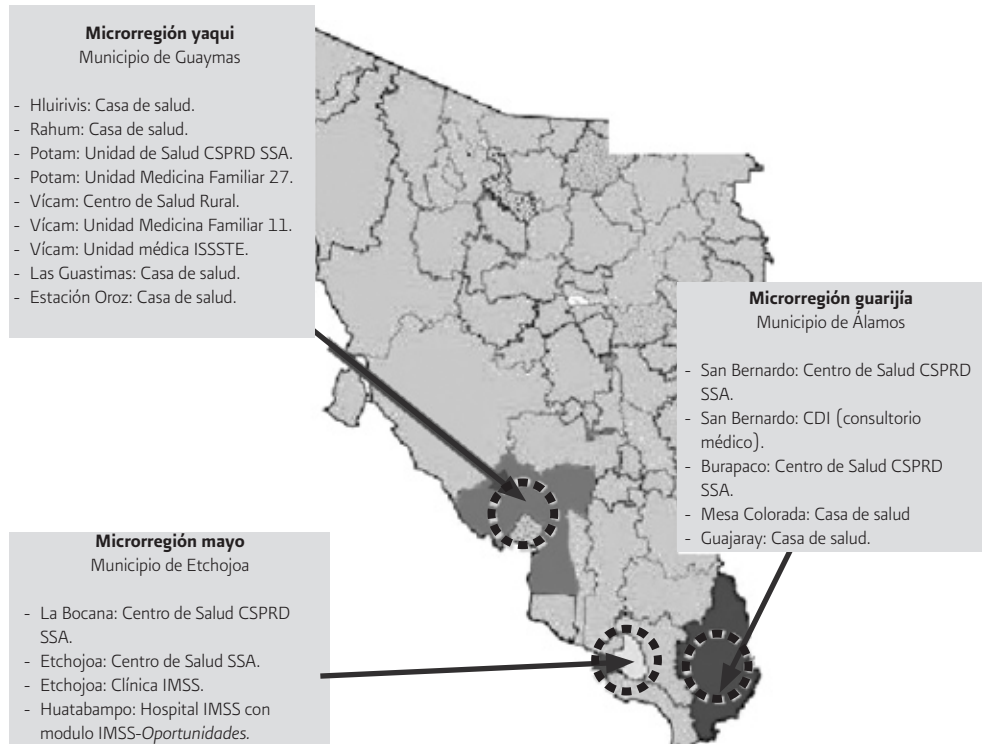
Microrregión yaqui*

Todas las localidades visitadas en esta microrregión cuentan con una casa de salud, sin embargo, este tipo de establecimiento no atiende las necesidades de salud del llamado primer nivel de atención. Para recibir este tipo de atención, los hogares estudiados han de acudir a centros de salud ubicados en localidades cercanas con mayor número de habitantes.

En las localidades de Pótam y Vícam (las más cercanas a las localidades de estudio) se encontraron cinco instituciones de salud de primer nivel. En Vícam, un centro de salud rural de la SSA, la Unidad Médica Familiar 11 del IMSS y una Unidad Médica del ISSSTE. En Pótam, el centro de salud CSPRD de la SSA y la Unidad Médica Familiar 27 del IMSS.

* Ubicada en el municipio de Guaymas. Localidades visitadas: Huiviris, Estación Oroz Rahum y Las Guásimas. Grupo étnico: yaqui.

FIGURA 5
Microrregiones del
estado de Sonora



Entre los hogares entrevistados, las instituciones médicas a las que se reportó acudir con mayor frecuencia y de las que se hablará en este apartado fueron los centros de salud de la SSA (en Vícam y Pótam) y la Unidad Médica Familiar 27 del IMSS en Pótam.

El sitio preferido por los hogares estudiados de Huiviris, Rahum y Estación Oroz, fue el centro de salud de la SSA en Vícam. Las madres de familia entrevistadas mencionaron que en este centro la provisión de medicamentos es más constante que en otros centros cercanos, y que aunque los tiempos de espera son grandes debido a la gran demanda del servicio, los pacientes generalmente son atendidos gracias a los esfuerzos del personal médico, quienes desempeñan su labor en extensas y extenuantes jornadas cotidianas.

Este centro cuenta con la presencia de tres médicos de base, dos médicos pasantes, seis enfermeras, un dentista, una recepcionista, un chofer de ambulancia y personal de intendencia. El lugar lo conforman dos edificios. En uno de ellos se atienden las urgencias, los partos y se ubican los pacientes internados. En el segundo está la sala de espera, tres cubículos para consultas y el área administrativa; cuenta además con cubículo de vacunas, consultorio de odontología y un cubículo para atender a la población beneficiaria de *Oportunidades*. A pesar de los recursos materiales y humanos del Centro, la sobredemanda del servicio genera insuficiencias en la calidad de los mismo y largos tiempos de espera.

Por el contrario, el centro de salud de la SSA de Pótam (otro de los centros frecuentados por los hogares estudiados), cuenta con una infraestructura, equipo médico y abasto de medicamentos más limitados. Es atendido por una médica titular, un médico pasante, dos enfermeras titulares, una enfermera auxiliar, un recepcionista y un conserje. El recinto consta de dos consultorios, sala de espera, dos baños, un cubículo para vacunas, exploración y pruebas de Papanicolaou. Tienen también una ambulancia pero desde hace tres años no funciona.

Aunque tiene un horario de atención fija de 8:00 a 15:00 horas y en ocasiones un servicio de 24 horas cuando acude el médico practicante. El servicio es percibido como irregular, de modo que muchos usuarios prefieren trasladarse directamente al centro de salud de la SSA en Vícam o al de Ciudad Obregón.

La tercera institución médica preferida por los hogares entrevistados es la Unidad Médica Familiar 27 del IMSS ubicada en Pótam. La mayor queja respecto del servicio de esta Unidad fue el desabasto de medicinas y las cuotas por consulta (superiores a 20 pesos) que se exigen a quienes no son derechohabientes del IMSS.

En términos de las actividades comunitarias que promueven los centros, el desempeño de la UMF del IMSS en Pótam, goza de reconocimiento por parte de los usuarios. Los hogares de estudio también consideran que el personal médico, se conduce con calidez y profesionalismo.

En suma, se podría decir que en la microrregión yaqui, la calidad en la atención del servicio no sólo depende del tipo de proveedor (SSA o IMSS), sino también del nivel de compromiso y profesionalización de los equipos médicos al frente.

Microrregión mayo*

Los hogares entrevistados en la microrregión mayo, refirieron dirigirse a cuatro instituciones médicas distintas de primer nivel ubicadas en el municipio de Etchojoa. Dos de ellas ubicadas en la cabecera municipal, y las otras dos en dos de las localidades visitadas (La Bocana y Huatabampo).

En Etchojoa (cabecera) se encuentra un centro de salud de la SSA y una clínica del IMSS. El primero cuenta con tres médicos de base, dos médicos pasantes y cinco enfermeras; tres consultorios, una sala de espera, dos baños, almacén para medicamentos y una ambulancia. Según los hogares entrevistados el abasto de medicamentos es mejor en este centro.

La clínica del IMSS opera con cuatro médicos del IMSS-*Oportunidades* y dos enfermeras; cuenta con dos consultorios, sala de espera y anaquel de medicamentos.

En la comunidad de La Bocana, también cuentan con un centro de salud de la SSA. Este centro lo atienden un médico pasante, una enfermera titular y una auxiliar de enfermería. Consta de un consultorio, sala de espera, un cubículo para emergencias, sala de exploración, un baño y almacén de medicamentos. Los entrevistados mencionaron que las consultas tienen un costo de 20 a 30 pesos, lo cual ha ocasionado problemas con las enfermeras debido a la falta de rendición de cuentas. Como consecuencia de estos problemas entre las enfermeras y la población a la que atienden, las mujeres se rehúsan a realizarse la prueba del Papanicolaou.

En la localidad de Huatabampo se encuentra la cuarta de las instituciones médicas de la microrregión; se trata del Hospital IMSS con módulo IMSS-*Oportunidades*. Éste cuenta con dos médicos y dos enfermeras que se encargan de atender a la población beneficiaria del Programa en el módulo *Oportunidades*. El módulo IMSS-*Oportunidades* consta de un consultorio con mesa de exploración y anaquel para medicamentos. No cuentan con equipo de rayos X ni laboratorio.

Entre las opciones de atención de primer nivel en la microrregión, el módulo IMSS-*Oportunidades* de Huatabampo fue el de menor reconocimiento entre sus usuarios, quienes se quejaban del trato diferencial que recibían los beneficiarios de *Oportunidades* con respecto a los derechohabientes regulares del hospital.

Microrregión guarijía†

Esta microrregión es la más vulnerable de las estudiadas en Sonora en términos de acceso a servicios básicos de salud. Los hogares entrevistados refirieron acudir a tres instituciones de salud del primer nivel; dos de ellas ubicadas en San Bernardo y una en la localidad de Burapaco.

Las dos opciones de atención de primer nivel en San Bernardo son: un centro de salud de la SSA y un consultorio de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). El centro de salud de la SSA es atendido por un médico titular y una enfermera; cuenta también con el auxilio de un intendente. El lugar se conforma de un consultorio, sala de espera, un baño y almacén para los medicamentos. Los habitantes de la localidad entrevistados, mencionaron que el médico atiende de martes a jueves.

El centro tiene una alta demanda a pesar de que se cobran de 20 a 30 pesos por consulta, además de 30 pesos mensuales a las beneficiarias del Programa para cubrir los gastos del equipo médico. Las titulares no comprenden cuál es el fin de ese cobro y existe desconfianza sobre el destino que este dinero tiene.

* Ubicada en el municipio de Etchojoa. Localidades visitadas: La Bocana, Los Viejos, El Salitral y Huatabampo. Grupo étnico: mayo.

† Ubicada en el municipio de Álamos. Localidad visitada: San Bernardo. Grupo étnico: guarijío.

El consultorio de la CDI atiende únicamente a población indígena, pero recibe habitantes de distintas localidades, no sólo de San Bernardo. A su cargo está un médico, quien cuenta con más de 12 años de servicio en la región; y una secretaria. El consultorio se ubica en las oficinas de la CDI y su horario es matutino. La presencia prolongada del galeno ha influido de manera positiva en la relación de los usuarios con el centro.

La tercera opción de atención a la salud de primer nivel en la microrregión guarijía es el centro de salud de la SSA ubicado en la comunidad de Burapaco. El centro es atendido por una auxiliar de enfermería; consta de un consultorio, una sala de exploración y una habitación para hospitalizar a los pacientes. Se documentaron francas carencias de infraestructura, medicamentos y equipo. Los usuarios declararon frecuentes ausencias de la encargada y aseguraron tener varios años solicitando a las autoridades sanitarias la contratación de un médico titular.

Aunque la sobredemanda de servicios de salud en la microrregión yaqui genera insuficiencias en la calidad de los mismos, largos tiempos de espera y la demanda de atención no logra ser cubierta, es aquí donde se encuentra la oferta de servicios de salud más amplia entre las zonas estudiadas en este estado. Existe, por un lado, una mayor diversidad de dependencias públicas que ofrecen servicios de salud, además, en comparación con las demás microrregiones de Sonora, la yaqui cuenta con infraestructura más amplia, completa y equipos médicos más nutridos y profesionalizados.

Entre las microrregiones estudiadas en Sonora, la guarijía es la que presentó mayores carencias en términos de infraestructura y recursos humanos; sin embargo, la localidad visitada cuenta con dos opciones de servicio de primer nivel, situación que no se da en otras microrregiones en donde los habitantes de las localidades visitadas tienen que desplazarse a otras comunidades para ser atendidos. Esta situación nos permite distinguir que a pesar de que la guarijía es la microrregión con menos dotación de recursos para atender la salud de sus pobladores, en el estado de Sonora, está mucho mejor dotada que cualquier otra microrregión en el resto de los estados visitados durante la investigación.

CASAS DE SALUD

Se decidió abordar el tema de las casas de salud rurales de manera independiente dado que las características de las mismas y las condiciones en las que operan son bastante similares en todas las microrregiones de estudio que cuentan con este tipo de servicio básico de atención a la salud. Tal situación permite hacer generalizaciones sustentadas y distinguir con facilidad los elementos que hacen singulares ciertos casos que se señalarán cuando sea necesario.

En este estudio se documentó el funcionamiento de 15 casas de salud, seis de ellas en Sonora: dos en la microrregión yaqui, dos en la mayo y dos en la guarijía. Seis en Oaxaca: tres en la microrregión mazateca, dos en la Costa y una en la mixe. Por último tres en Chiapas: dos en la microrregión de San Cristóbal de Las Casas y una en Las Margaritas. En las microrregiones de Chihuahua no se documentó el funcionamiento de casas de salud.

Las casas de salud son los mecanismos mediante los cuales la SSA ofrece el servicio más básico de atención a la salud en las comunidades rurales más apartadas de los centros urbanos. Éstas suelen estar comandadas por algún o algunos habitantes de las mismas comunidades que reciben capacitación médica básica de primeros auxilios por parte de la SSA. Los auxiliares de salud o asistentes rurales de salud tienen la obligación de permanecer en los inmuebles que albergan a las casas de salud, su elección suele apegarse a los mecanismos de la organización comunitaria y no reciben un sueldo por la labor, aunque oficialmente se les “gratifica” con montos simbólicos que reconocen el valor de su trabajo.

Uno de los objetivos de las casas de salud es recibir periódicamente al equipo médico responsable de las jurisdicciones médicas para dar consultas y seguimiento a los pacientes, además de difundir información respecto del saneamiento básico y noticias relacionadas con campañas de vacunación o programas sociales como *Oportunidades*.

Infraestructura de las casas de salud

A excepción de las microrregiones yaqui y mayo de Sonora, donde se documentó en general una mejor infraestructura y un abasto menos irregular de insumos y medicamentos en comparación con otras microrregiones,* así

como cierta capacidad de consejería y canalización, las condiciones de infraestructura que caracterizan a las casas de salud son precarias.

Generalmente no están acondicionadas con el mobiliario médico adecuado, en ocasiones no cuentan con elementos esenciales como un colchón, sábanas o báscula y cuando existen están en muy malas condiciones. Lo mismo sucede con el instrumental básico para la toma de peso, talla y presión. En todos los casos carecen de baumanómetro, obstaculizando así la detección de factores de riesgo o el control de pacientes con hipertensión arterial.[‡]

AUXILIARES DE SALUD O ASISTENTES RURALES DE SALUD

Se encontró que las personas encargadas de las casas de salud enfrentan una serie de obstáculos que les impiden cumplir cabalmente con las responsabilidades de su cargo. Un reducido porcentaje de mujeres, contaba con capacitación previa al Programa, formadas durante la década de los ochenta y principios de los noventa, y con años en cargos semejantes.

La falta de capacitación de las asistentes rurales de salud para hacer frente a las demandas de atención de la comunidad es una limitante común y una necesidad expresada por las auxiliares entrevistadas. De las 15 casas de salud que se documentaron en trabajo de campo, menos de la tercera parte de las auxiliares que prestaban sus servicios en ellas tenían conocimientos sobre prescripción básica de medicamentos y conocimientos de sutura, curación de heridas y contusiones y, por lo menos en un caso, la auxiliar no sabía aplicar inyecciones. Por otro lado, la falta de instrumental médico en las casas de salud imposibilita la práctica de conocimientos difundidos en los cursos de capacitación.

Generalmente, las auxiliares de salud, no reciben un salario por sus servicios, un agravante más para su desempeño, dadas las exigencias de permanencia en las casas de salud y la carga social que recae sobre su figura. Un caso en Cerro Mojarra, localidad de la microrregión mixe en Oaxaca ejemplifica el tipo de acciones que pueden darse y de hecho se dan como consecuencia de la precariedad económica de las encargadas de las casas de salud. Ahí se documentó el cobro por servicios como la toma de peso y talla y la venta de medicamentos que provee la SSA. Se cree que sin duda estas anomalías están relacionadas con la falta de retribución a las auxiliares de salud.

Las condiciones de trabajo descritas, ocasionan que los habitantes de las comunidades eviten a toda costa participar en la prestación de este tipo de servicios comunitarios-voluntarios. La elección como auxiliar de salud se percibe, más que un motivo de reconocimiento social, como “un castigo” de exigencias sociales y pocas satisfacciones personales. Las asistentes o auxiliares reciben módicas gratificaciones que no logran cubrir sus necesidades más básicas, lo que a largo plazo genera el consecuente abandono de estos centros o los cobros por sus servicios. Sin embargo, existen también casos excepcionales de auxiliares cuya iniciativa personal se refleja en cambios en el servicio que ofrecen las casas de salud.

Expuestas las condiciones en las que opera la mayoría de las casas de salud es fácil comprender que, en la práctica, éstas se han convertido en casetas de monitoreo de las corresponsabilidades de las titulares de *Oportunidades*, espacios regularmente abandonados, donde la asistente rural, lejos de otras posibilidades, utiliza el centro como “oficina” para llenar formatos y reportes, publicar comunicados del Programa y celebrar citas o reuniones (“charlas”) de las titulares cuando no recibe la visita mensual o bimestral de brigadas de salud o campañas de vacunación.

Fuera de las actividades antes mencionadas, las casas de salud generalmente están cerradas, o tienen horarios limitados de “atención”, siendo una dinámica recurrente el que la población busque a las asistentes en su domicilio.

Desde la perspectiva de los hogares entrevistados, la presencia de las casas de salud y los servicios que ofrecen son inútiles, por lo tanto prefieren acudir directamente a centros de salud o UMR que ofrecen servicios de primer y segundo nivel de atención en localidades cercanas, aunque esto implique costos de traslado.

* Téngase en cuenta que estas comunidades cuentan con cobertura del Seguro Popular.

‡ Los hogares beneficiarios donde alguno de sus miembros padece hipertensión y que viven lejanos a los centros de salud, reportaron como un obstáculo para la incorporación de prácticas de autocuidado, la necesidad de contar en sus comunidades con el servicio de control regular de la presión arterial.

En las microrregiones yaqui y mayo de Sonora se observó un abasto relativamente regular de medicamentos e insumos de curación (a excepción de suero para la picadura de alacrán) y horarios de atención, si no fijos, al menos sí abiertos al público con un promedio de cinco horas al día. En estas microrregiones documentamos también prácticas eficientes de canalización de pacientes hacia otros centros de atención de primer y segundo nivel. Se cree que esto se debe a la configuración más urbana de su *hinterland* (zona de influencia de un centro o núcleo, en este caso urbana) de servicios, en el cual hay un mayor flujo de información y conocimiento de las posibilidades de atención, como mayores posibilidades de transporte. En el resto de las microrregiones, la práctica de canalizar a los pacientes a centros de atención adecuados a sus necesidades es francamente muy limitada o nula.

Contribuciones y retos de las casas de salud

En las comunidades de las microrregiones yaqui y mayo, así como, en menor medida y menos regular, en la microrregión guarijía, costa y mixe, las casas de salud juegan un papel importante en cuanto al acceso a métodos anticonceptivos. En ese sentido, algunas asistentes han asumido labores de consejería, relativas a la salud sexual y reproductiva y en cuanto al saneamiento básico. Dado que la mayoría de ellas son titulares de *Oportunidades*, se puede asumir, sin riesgo a equivocación, que las charlas de salud a las que asisten y el contacto directo con los materiales generales de educación para la salud, han servido como fuentes de información, que su cargo les permite replicar de forma más pública y abierta que cualquier otra titular.

Sin embargo, hay una necesidad de materiales didácticos, sobre todo en este tipo de comunidades donde los índices de analfabetismo son altos, pues aunque los centros de salud de la SSA y las UMR cuentan con algunas herramientas de apoyo para la educación de la salud (de cualquier modo insuficientes), las casas de salud no corren con la misma suerte.

Se cree que independientemente de la capacitación a las auxiliares, poner a su disposición instrumentos didácticos, podría nutrirlas de mayores conocimientos y brindarles mejores recursos para exponer con claridad temas de salud (principalmente de salud reproductiva, atención e identificación oportuna de deshidratación y diarreas en niños menores de cinco años) a las mujeres que se acercan de manera informal en busca de consejería.

En síntesis, el óptimo funcionamiento de las casas de salud depende de un conjunto de condiciones que pueden optimizar su desempeño, entre ellos, un abasto regular de medicamentos e insumos propios de ese nivel de atención, capacitación de las auxiliares para brindar una consejería básica de salud reproductiva y orientación resolutive en la búsqueda de servicios médicos de otros niveles, ya que en aquellos lugares donde no existen centros de salud a proximidad, el abasto regular de medicamentos propios de este nivel de atención les confiere la capacidad de ser al menos dispensarios de medicamentos e insumos de curación elementales.

Al eximir las de tales privaciones, las casas de salud se tornan una opción verdaderamente significativa, aun con las carencias en términos de capacitación, dado que el acceso a medicamentos (o canalización para obtenerlos, sobre todo los más básicos) implica un gran alivio para las economías familiares, donde las farmacias y las clínicas rurales no son accesibles.

Hay condiciones para afirmar que las casas de salud, dadas sus carencias, no son consideradas por los hogares como un recurso útil en la atención de la salud o la obtención de consejería (salvo el acceso a métodos anticonceptivos en las localidades señaladas, no se reportó su uso en las trayectorias de atención analizadas).

Hay la conciencia de que de considerarse los factores que se han resaltado, se puede coadyuvar a modificar la conducción actual y la percepción comunitaria de que las casas de salud son locales destinados exclusivamente al control de las responsabilidades de *Oportunidades*, para constituirlos como espacios reconocidos socialmente y como una opción real para la resolución de necesidades muy básicas de salud (como acceso a métodos anticonceptivos, sueros orales, curación de heridas y contusiones simples, mordeduras y piquetes de animales ponzoñosos).

HALLAZGOS Y COMPARACIONES ENTRE ESTADOS Y MICRORREGIONES

La descripción de los escenarios de atención a la salud nos permite identificar condiciones similares y a la vez rasgos que distinguen los servicios de salud entre los estados estudiados e incluso entre sus microrregiones. En este apar-

tado se señalará brevemente aquellas características que son comunes en los distintos estados visitados y aquellas que otorgan singularidad a las regiones estudiadas y que ponen en evidencia la heterogeneidad de los escenarios. Estas mismas cualidades servirán para sustentar en análisis posteriores los obstáculos o ventajas que encontraron los hogares estudiados cuando tuvieron episodios de enfermedad por resolver.

En primer lugar nos gustaría señalar que la sobredemanda de los servicios públicos de salud es una característica compartida por todas las microrregiones del estudio. Después de 10 años de operación, *Oportunidades*, sin lugar a dudas, ha contribuido en el acercamiento de sus beneficiarios al sistema médico del Estado, sin embargo y a pesar de los esfuerzos por dotar de mayor infraestructura a las UMR, los recursos tanto humanos como materiales siguen siendo insuficientes para atender la demanda de atención médica.

En general, las condiciones del mobiliario e infraestructura fueron menos deficientes en los centros de salud de la SSA, donde inclusive existen salas de espera y espacios de aislamiento equipados con camastros para la exploración de pacientes que así lo requieran, además de habitaciones para el personal médico y baños.* Sin embargo, los centros siguen teniendo limitaciones en lo que respecta a salas de espera adecuadas y espacios apropiados para la realización de los talleres de autocuidado de la salud.

En cuanto al instrumental médico, la mayor parte del personal de salud entrevistado, independientemente del tipo de proveedor de servicios, reveló no contar con juego instrumental básico para la auscultación, entre estas herramientas: estetoscopio, lámpara, espejo vaginal y ostoscopio. Por lo regular los centros locales de salud cuentan con báscula (no siempre en óptimas condiciones), un baumanómetro y abatelenguas, aunque las casas de salud, en general, precinden de baumanómetro, dificultando el monitoreo regular de la toma de presión de aquellos individuos que ya han presentado o podrían presentar hipertensión arterial y que viven alejados de los centros de salud, donde pueden monitorear su presión mes con mes.

Las carencias relativas a la infraestructura de los centros de salud imposibilitan las acciones preventivas promovidas por el Paquete Básico Garantizado de Salud. Por ejemplo, la detección oportuna de indicadores de riesgo de hipertensión, diabetes, síndrome metabólico y la prueba del Papanicolaou (Pap). Observamos también que el abasto irregular o nulo de los artículos necesarios como tiras de resultados de glucosa para pruebas de dextrosis, baumanómetros e insumos para la toma del Pap, genera el escepticismo de los usuarios, sobre todo cuando deciden practicarse las pruebas y éstas no pueden ser concretadas a falta del material indicado (dato reportado en los estudios de hogares y en las observaciones de los investigadores en campo). Estas carencias los desaniman en el intento de practicarse nuevamente las pruebas.

En este punto es importante señalar que aunque la precariedad de recursos para operar de las instituciones públicas de salud es una constante, se da en distintos niveles entre las microrregiones estudiadas. Las diferencias más evidentes se encontraron al comparar la situación de las microrregiones visitadas en Chiapas con las microrregiones sonorenses.

En Chiapas se reportaron las condiciones más desfavorables en términos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, pero principalmente en cuanto al abasto de medicamentos para hipertensos y diabéticos, mientras que estos medicamentos, al menos en las otras entidades estudiadas son relativamente suficientes, principalmente en Sonora y Oaxaca.

El abasto regular de dichos fármacos, tiene una poderosa incidencia en la demanda de servicios de primer nivel. Sin duda es uno de los aciertos resolutivos de los centros de salud, que funcionan al menos como dispensarios de los mismos y en consecuencia pueden dar seguimiento y control a los pacientes, aunque sean deficientes en cuanto a consejería y prevención. El impacto positivo del abasto de dichos medicamentos en las economías de los hogares

* A excepción de la UMR del IMSS-*Oportunidades* en la microrregión mazateca, en donde aunque las instalaciones de la UMR era más pequeñas en comparación con las instalaciones de los centros de salud de la SSA, el equipamiento fue de mejor calidad, con servicios de radiocomunicación y computadora para los archivos del incipiente programa de expediente electrónico, mientras que los centros de salud de la SSA utilizan los medios de comunicación municipales. En contraste, en los centros de salud de la SSA, las camas de auscultación no estaban en óptimas condiciones. Se registró además, insuficiente ropa de cama y ausencia de batas para pacientes, falta de uniformes, insumos para curación, medicamentos y pruebas rápidas de VIH y dextrosis, además de insumos para realizar prueba de Papanicolaou.

es evidente, principalmente en familias de nueva incorporación al Programa, que antes pagaban por ellos y ahora no, y tiene consecuencias favorables en el cambio de percepciones con respecto a la eficacia resolutoria de servicios de primer nivel en hogares donde viven pacientes diabéticos.

En cuanto a recursos humanos, se observó que en las microrregiones con mayor presencia de hogares indígenas, como Chiapas, la Sierra Tarahumara y las poblaciones pimas se da una práctica generalizada de la medicina pública a cargo de auxiliares de salud. Por ejemplo, los centros de salud de la SSA en El Encanto, Chiapas y en Maycoba en la serranía chihuahuense, están a cargo de una enfermera y un auxiliar de salud, cuentan también con el apoyo de un médico pasante, pero la presencia de éste es esporádica en ambos casos.

En contraste, los centros de salud de la SSA de las microrregiones yaqui y mayo, disponen de un equipo médico extenso, en promedio cuentan con tres médicos de base, de los cuales al menos uno es un médico titulado y dos son pasantes, además de prestar sus servicios de dos hasta seis enfermeras, como en el caso de la unidad de Vícam, donde incluso trabaja un dentista. Estas condiciones, sin embargo, no son extensivas en territorio sonoreño a la microrregión guarijía, que presenta características de marginación similares a las localidades de la Sierra Tarahumara y Chiapas. En Burapaco, en la microrregión guarijía en Sonora, el centro de salud de la SSA es atendido únicamente por una auxiliar de enfermería.

Las microrregiones oaxaqueñas presentaron una situación intermedia, en la que el personal médico de los centros de salud de la SSA, estaba compuesto, en promedio, por al menos un médico titulado y una técnica en enfermería.

Como se ve, el contraste más evidente se da entre las microrregiones estudiadas en Sonora y las de Chiapas. Mientras que en Sonora tanto las UMR, del IMSS-*Oportunidades*, como los centros de salud de la SSA cuentan con más de dos médicos titulados y más de dos enfermeras titulares a cargo; de las cuatro instituciones médicas chiapanecas de primer nivel estudiadas, sólo una contaba con un médico titulado.

La diferencia entre los estados de Sonora y Chiapas es evidente también cuando se compara su grado de marginación.* Sonora ha sido catalogado como un estado de nivel de marginación “bajo”, mientras que el nivel de marginación en Chiapas es “muy alto”. De los 72 municipios que integran el estado de Sonora, sólo uno tiene un grado “alto” de marginación; en cambio en Chiapas, de sus 118 municipios sólo cinco tienen un grado “bajo” de marginación, el resto va de “medio” a “alto” y “muy alto”.

Tal información en combinación con los hallazgos que aportó la investigación en campo, nos permite sugerir que las zonas con mayores grados de marginación son también aquellas en donde los servicios públicos de salud son más deficientes. De esta forma, los esfuerzos de *Oportunidades* se verán siempre limitados por las condiciones del contexto en el que opera, impidiéndole así cumplir con el objetivo de consolidar las capacidades de salud de sus beneficiarios, sean estos indígenas o no indígenas. Es imprescindible que la Secretaría de Salud asuma el compromiso de renovar sus estructuras y busque estrategias que hagan más eficiente y eficaz su labor.

La presencia de instituciones de salud privadas y religiosas en las microrregiones estudiadas en Chihuahua es un rasgo que las caracteriza y que permite comparar su desempeño con el de las instituciones públicas de las mismas zonas. La comparación hace evidentes las deficiencias tanto de recursos humanos como materiales en los centros de salud y las UMR y demuestra que a pesar de las condiciones de marginalidad de la población y los obstáculos que imponen la geografía y la pertenencia a grupos étnicos distintos de los de los prestadores de servicios, la práctica médica y el cuidado de la salud se pueden desarrollar de una manera eficiente y coordinada. Un ejemplo de eficiencia y funcionalidad a pesar de los obstáculos que imponen las barreras geográficas y las culturales.

Análisis de las trayectorias de atención

El concepto de trayectorias de atención o itinerarios de atención acuñado por Osorio-Carranza se refiere a:

* Los datos de marginación que a continuación se presentan recuperan la última publicación de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del IV trimestre de 2005, cuyos datos fueron ajustados a las nuevas estimaciones de población, resultado de la Conciliación Demográfica 2000-2005; así como los ajustes a los datos del II Censo de Población y Vivienda 2005, recientemente realizados por el INEGI, como resultado de la consolidación de archivos y de la integración territorial de las localidades, por lo que sustituyen a la versión anterior de los índices de marginación 2005 que fue difundida por este medio el 4 de octubre de 2006. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005.htm>

La secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer. Dichas estrategias incluyen una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación de la enfermedad, también incorporan todas aquellas instituciones, estructuras de atención y servicios de salud así como a los sujetos que participan del mismo, los enfermos/pacientes, terapeutas y otros mediadores tales como los sistema de referencia profanos, personas encargadas del cuidado o mantenimiento de los enfermos, de administrar o suspender el tratamiento, ofrecer consejos y generar soluciones.²

Los itinerarios de atención, en el caso de nuestro estudio, han sido de gran relevancia, pues nos permiten identificar la serie de factores que confluyen en los episodios de enfermedad y que son comunes entre los hogares estudiados. Gracias a ellos se pueden describir las experiencias de los padecimientos y las diferencias para afrontarlos. Los cuatro ejes de análisis de mayor relevancia fueron: 1) la calidad de la atención recibida (desde el punto de vista de los hogares); 2) el impacto de los episodios de enfermedad en las economías domésticas; 3) las consecuencias sociales (como el cambio de roles domésticos) de los episodios de enfermedad; y 4) la influencia de *Oportunidades* en el acceso a servicios públicos de atención a la salud, las prácticas de cuidado y prevención.

Las encargadas de narrar las trayectorias de atención de sus hogares fueron las madres o abuelas, pues son ellas quienes poseen conocimientos más amplios en estos temas, ya que no sólo han vivido los padecimientos en carne propia, sino que suelen ser las encargadas de cuidar y acompañar a los demás miembros enfermos de sus familias.

A partir de la muestra total de los 183 hogares estudiados, se construyó una base de datos en la que se recogieron todas las trayectorias de atención de cada uno de los hogares. Como es de suponerse, la cantidad de padecimientos por hogar es variable. Encontramos hogares en los que por ejemplo no se reportó ningún padecimiento, mientras que en otros se documentaron más de tres.

En el cuadro 7 se recogen las características de la muestra completa de trayectorias de atención estudiadas en las 12 microrregiones. Esta muestra se conformó por 349 itinerarios de atención. En el cuadro aparecen la cantidad de trayectorias estudiadas según las características de los hogares que reportaron padecimientos.

PAUTAS DE ATENCIÓN DE LOS HOGARES INDÍGENAS BENEFICIARIOS

OAXACA

Microrregión mazateca

De los 10 casos documentados en esta zona, únicamente uno de ellos acudió al centro de salud de primer nivel, ubicado en la misma comunidad donde reside. De acuerdo con la informante, los médicos no pudieron resolver sus necesidades de atención debido a la nosología de su padecimiento, que ella reportó como susto; decidió entonces atender su padecimiento a través de la medicina tradicional. Así, encontró solución al evento de enfermedad que la aquejaba y que había trastocado los roles sociales del hogar, incapacitándola durante meses para la realización de labores domésticas, que fueron asumidas por sus hijas, ambas en edad escolar. Los costos más relevantes a lo largo del itinerario de atención de esta entrevistada, fueron aquellos relativos al transporte.

De los nueve casos restantes, dos de ellos recibieron diagnóstico con médicos particulares en la Ciudad de México y otro en Huautla de Jiménez, sin intentar antes recibir atención médica en las clínicas cercanas a sus localidades, argumentando que en el centro de salud generalmente “no tienen medicamentos”, “no sirven” o “los doctores no saben cómo curar”.

Uno de los casos que fueron atendidos en la Ciudad de México, fue el de una mujer diabética. La beneficiaria llegó en estado de crisis a la ciudad. Una vez que las hijas de la enferma –quienes laboraban en la Ciudad de México– se percataron de su estado de salud y buscaron atención médica particular para su madre. Es importante señalar que, aunque el primer nivel de atención en esta microrregión tiene una considerable eficacia resolutive en cuanto al ac-

CUADRO 7
Muestra de trayectorias
de atención estudiadas
por microrregión

ENTIDAD	MICRORREGIÓN	TIPO DE HOGAR				TOTAL POR MICRORREGIÓN
		INDÍGENA BENEFICIARIO	INDÍGENA NO BENEFICIARIO	NO INDÍGENA BENEFICIARIO	NO INDÍGENA, NO BENEFICIARIO	
Oaxaca	Mazateca	10	7	13		30
	Mixe	11	17	3		31
	Costa	8	16	4	9	37
	Total por tipo de hogar	29	40	20	9	98
Chiapas	Las Margaritas	13	1	10	3	27
	Tumbalá	28				28
	San Cristóbal de Las Casas	15	2	12	2	31
	Total por tipo de hogar	56	3	22	5	86
Chihuahua	Samachique	13	4	16	3	36
	Norogachi	3	6	7	9	25
	Yepachi-Maycoba	7	9	11	4	31
	Total por tipo de hogar	23	19	34	16	92
Sonora	Yaqui	16	2	9	3	30
	Mayo	4	5	5	4	18
	Guarijía	5	6	11	3	25
	Total por tipo de hogar	25	13	25	10	73

ceso a medicamentos y citas de control para pacientes diabéticos e hipertensos, el caso ilustra que esta posibilidad no es extensiva a hogares que viven alejados de los centros, como sucede en el caso antes descrito. Después de recibir atención médica en la Ciudad de México, la señora se mantuvo en tratamiento por un par de meses. Ante las limitantes económicas y la gravedad de su estado de salud, la beneficiaria optó por acudir a un médico tradicional en su comunidad, ya que su vivienda estaba ubicada a dos horas y media del centro de salud más próximo, en una aldea con muchas limitantes de transporte.

La beneficiaria no encontró alivio a través de ésta intervención, pero obtuvo una nueva explicación a su padecimiento y estaba convencida de que “no tenía diabetes”, sino que era víctima de algún mal provocado por una brujería irremediable. Su estado de salud se agravó considerablemente.

Los seis casos restantes reportaron padecimientos menores, como diarreas, infecciones respiratorias, accidentes domésticos y dolores generales en el cuerpo, que se resolvieron mediante autoatención, con medicamentos que obtuvieron en los centros de primer nivel con motivo de eventos de enfermedad anteriores, en la farmacia de la comunidad o empleando la herbolaria local.

Se encontró que la relación de los hogares de estudio (beneficiarios) con los centros locales de salud, es limitada. Acuden a ellos, en casos muy específicos, cuando padecen “dolores” que intentan resolver solicitando analgésicos. Para males menores prefieren la autoatención y la medicina tradicional y sólo en casos de gravedad acuden directamente a otros centros de salud, generalmente privados y ubicados en otras localidades, principalmente la Ciudad de México y Huautla de Jiménez.

El principal motivo de concurrencia de los hogares indígenas beneficiarios de esta microrregión a los centros de salud pública, es el cumplimiento de corresponsabilidades de *Oportunidades*.

Microrregión mixe

En esta microrregión se documentaron las condiciones más desfavorables para el acceso a servicios de salud de primer y segundo nivel, tanto públicos como privados, entre los hogares indígenas estudiados en Oaxaca. Esta situación está relacionada principalmente con los altos costos de la atención a la salud de los servicios públicos que ofrece la SSA en la región, que de acuerdo a los testimonios de los grupos domésticos, son excesivos y dificultan la resolución de sus eventos de enfermedad.

De los 11 casos reportados, dos culminaron en la muerte de los pacientes. Ambos recibieron atención médica de emergencia en el hospital de segundo nivel de la SSA (María Lombardo de Caso). El primero refiere el caso de una niña menor de un año que, de acuerdo con su madre, nació “con los intestinos pegados”; el segundo el de un hombre, jefe de familia, mayor de 40 años, que padecía cirrosis.

La decisión de acudir al médico, tardíamente, estuvo mediada por las percepciones y experiencias negativas de ambas familias con los servicios públicos de salud.

En ambos casos, las familias consideraron que acudir al doctor era una labor que implicaba altos costos y numerosas dificultades que no aportaban ninguna solución a sus necesidades.

Los casos reportados (7 de 11) expresaron pautas de atención semejantes. Buscaron atención médica, en consultorios privados, una vez que manifestaron síntomas de gravedad, que los imposibilitan para realizar sus actividades domésticas o laborales. Para la solución de males menores (dolores del cuerpo, resfriados y diarreas no complicadas) los hogares de esta microrregión emplearon la automedicación, comprando medicinas en la farmacias similares de la cabecera municipal o recurriendo a remedios de la medicina tradicional.

En esta microrregión, el costo promedio de la atención de un evento de enfermedad con médicos particulares representa el 43% de los ingresos mensuales de un hogar, donde al menos uno de los miembros perciba el salario mínimo (49.50 pesos durante el 2008). Esta cantidad contempla el pago de la consulta, medicamentos y transporte. En caso de necesidad de estudios clínicos, la inversión se duplica, siendo, sin duda, el aspecto más costoso de la atención. En esta microrregión los costos de la atención tradicional (curandería) fueron también semejantes.

Dos trayectorias documentadas fueron relativas a casos de dengue. Estos hogares no tuvieron acceso directo a un diagnóstico y control médico profesional, pero expresaron habilidades para identificar los síntomas oportunamente, conocimientos que afirmaron haber adquirido durante los talleres comunitarios de salud. Una vez reconocidos los síntomas, acudieron a las casas de salud de sus localidades por analgésicos y complementaron el tratamiento con remedios herbales de la localidad. El padecimiento implicó el reposo de los enfermos por dos semanas, lo que significó una disminución importante de ingresos para los hogares, por lo que emplearon los ahorros familiares y el apoyo de parientes y vecinos para sobrevivir durante los días que no trabajaron.

En la microrregión mixe se observa, una preferencia por atender los casos de gravedad con médicos particulares, lo cual tiene implicaciones sumamente costosas para los hogares. En caso de padecimientos menores (resfriados, diarreas, dolores, accidentes domésticos), la utilización de remedios tradicionales es el modelo a través del cual se resuelven los procesos de salud-enfermedad. Se observó que incluso después de acudir a la atención de la medicina formal, ya sea ésta del servicio público o privado; los hogares de esta microrregión utilizan los remedios de la medicina tradicional. Se reportó una desconfianza generalizada respecto de los centros de salud pública.

Microrregión Costa

En la comunidad de Santa Elena Comaltepec sólo hay una casa de salud. Ante el desabasto de medicamentos, los hogares acuden al hospital de Jamiltepec (cabecera municipal) en busca de atención médica. De los ocho itinerarios de atención documentados, únicamente dos acudieron a la casa de salud para solicitar analgésicos y desparasitantes para sus hijos.

Uno de los casos registrados, acudió al centro de salud más cercano para recibir atención por tuberculosis, su percepción sobre la calidad y calidez del servicio fue negativa e influyó para que el beneficiario decidiera no volver al siguiente mes ni por medicamentos y ni a sus citas de control. Los casos restantes reportaron males menores (dolores de cabeza y resfriado) y un caso de alcoholismo, todos tratados a través de remedios tradicionales en combinación con la administración de medicamentos alópatas que compraron en las farmacias de la cabecera municipal.

Sólo en una de las trayectorias fue necesaria la atención en un hospital público de segundo nivel, además de los servicios de especialistas particulares. Este caso resulta insuficiente para determinar las pautas de atención de los hogares de esta microrregión, sin embargo, el ejemplo es útil para mostrar las dificultades de la atención a la salud con motivo de una emergencia.

La paciente acudió al hospital más cercano, a cargo del IMSS-*Oportunidades* buscando la atención de un especialista (oftalmología). En ausencia del especialista, se le sugirió a la paciente acudir a Pinotepa, sin darle más datos. El hogar invirtió en estudios clínicos, dos consultas con médicos privados, medicamentos y transporte, que significaron el 42% de sus ingresos mensuales como jornaleros de campo. Los gastos fueron cubiertos entre la enferma (jefa de familia) y su hermana. Utilizaron las becas de *Oportunidades* de sus hijos.

Con base en los itinerarios documentados, los hogares indígenas estudiados en la microrregión Costa consideran limitados los recursos con los que cuenta la casa de salud, aunque acuden a ella en la búsqueda de medicamentos o insumos que –de acuerdo a su experiencia– saben que pueden conseguir ahí (desparasitantes, analgésicos, suero oral y en ocasiones métodos anticonceptivos), aunque su asistencia, en general, es casi exclusiva para el cumplimiento de corresponsabilidades del Programa. De cualquier modo, las percepciones y opiniones generales sobre las acciones de fomento a la salud comunitaria, como la construcción de letrinas y campañas de vacunación, fue muy favorable en todos los casos.

La ausencia de casos reportados no permite ser concluyente en cuanto a la atención a la salud en casos de urgencia, sin embargo, las pautas de atención en estas condiciones no son muy diferentes a las encontradas en las otras microrregiones de Oaxaca, en donde la baja capacidad resolutive de los centros de salud de primer y segundo nivel y la generalizada desconfianza en dichos servicios conduce a los pacientes a buscar atención en consultorios particulares, incrementando los costos de los procesos de salud-enfermedad-atención de los hogares indígenas.

CHIAPAS

Microrregión Las Margaritas

En este municipio fueron documentadas 13 trayectorias de atención, de las cuales cinco acudieron a centros de salud locales de primer nivel. Dos de los cinco casos llegaron con síntomas de fuerte dolor abdominal, uno más con gastritis y el último de ellos reportó como padecimiento “tumor en el estómago”. Tres de estos casos suspendieron el tratamiento médico dado que no había medicamentos disponibles en la clínica; solamente uno de los casos recibió medicamentos, pero la jefa de hogar argumentó que éstos “no le sirvieron”, la familia no conocía con claridad el diagnóstico.

Únicamente un caso fue remitido de emergencia al hospital de Las Margaritas, y de éste al de Comitán, argumentando que no podían atenderlo por motivos que nunca comprendió el beneficiario. Los costos de la enfermedad fueron altos de acuerdo con las posibilidades económicas de este hogar y el paciente fue hospitalizado. Aunque se trata de un solo caso, el itinerario es útil para ejemplificar, que los costos de la atención a la salud, aun en hospitales

públicos, tienen consecuencias muy profundas en las economías domésticas. Para pagar los gastos relacionados con esta enfermedad recurrieron a préstamos en la comunidad (en la comunidad hay cajas de préstamos que cobran 10% al mes de interés) que tardaron varios años en pagar vendiendo parte de su cosecha.

Otros tres casos acudieron a médicos particulares por problemas dérmicos, dolores generales y de estómago, con costos de atención que oscilaron entre 10 y 60 salarios mínimos (durante el 2008, el salario mínimo en Oaxaca, correspondiente al área geográfica C, era de 49.50 pesos). En estos casos, la decisión común fue el abandono de los tratamientos por la imposibilidad de costear los medicamentos. Una de estas mujeres, con dolor crónico en manos y huesos, resumió en una frase los motivos de su decisión: “no he vuelto porque no he juntado el dinero”.

La profunda desconfianza en la capacidad resolutive de los centros más cercanos y el desabasto de medicamentos para pacientes diabéticos, nos permiten explicar el itinerario terapéutico que exponemos a continuación, relativo al proceso de atención de un paciente diabético, jefe de familia, tras una crisis. A consideración de la jefa de familia y dada la gravedad del paciente, decidieron acudir directamente al hospital de Comitán, porque de acuerdo a su experiencia “en Las Margaritas sólo iban a perder el tiempo”. La decisión implicó un gasto de 100 salarios mínimos (durante el 2008, el salario mínimo en Chiapas, correspondiente al área geográfica C, era de 49.50 pesos) por concepto de hospitalización y medicamentos. Para poder cubrir esta cantidad los hermanos del enfermo utilizaron el dinero del trabajo agrícola que provino de las parcelas familiares.

La cónyuge del paciente confesó sentirse muy incómoda cuando va al hospital porque “los doctores son muy bravos con nosotros”. Expresó sentirse nerviosa ante la necesidad de hablar en español (que no es su lengua materna), por eso prefiere ir acompañada por alguno de sus cuñados, con el propósito de que hagan los trámites en el hospital y hablen con los doctores. Las implicaciones sociales de la enfermedad en este hogar tuvieron repercusiones en la trayectoria laboral del jefe de familia, pero también en la trayectoria educativa de una joven de 18 años, hija del matrimonio. Ella recuerda que dejó de estudiar porque “a mi papá le dijeron que estaba muy enfermo de la diabetes y mi mamá necesitaba ayuda y pues el dinero no alcanzaba para mantener los estudios de todos”.^{1*}

Finalmente, en las trayectorias de atención restantes (4 de 13), se reportaron pautas semejantes, que combinaban la autoatención con fármacos alópatas (que compran en las farmacias) y visitas a curanderos, generalmente con motivo de males indefinidos o dolores crónicos, de los que nunca se reconoce un diagnóstico certero.

Pese al escenario descrito, las familias indígenas beneficiarias tienen una buena opinión sobre las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud, destacando ante todo el acceso a vacunas. También expresaron tener una buena disposición para acudir a los talleres comunitarios.

En suma, al igual que en otras microrregiones, las familias beneficiarias acuden principalmente a los centros de primer nivel para el cumplimiento de corresponsabilidades y pese a las condiciones del servicio, los hogares tienen expectativas principalmente orientadas al acceso de medicamentos.

Documentamos que el principal obstáculo en el acceso a la atención a la salud, no refiere únicamente al desabasto de medicamentos sino también a la forma en que los usuarios han sido tratados en los centros públicos de salud, condición que los lleva a buscar atención fuera de sus comunidades de origen incrementando los costos de sus trayectorias.

Los éxodos en búsqueda de atención médica, tienen lugar cuando las enfermedades se agravan; los males menores tienden a ser tratados con remedios tradicionales y autoatención a través de fármacos alópatas. Cabe señalar que aún recibiendo atención en instituciones médicas públicas, los episodios de enfermedad tienen graves implicaciones para las economías domésticas.

Microrregión Tumbalá

El total de hogares estudiados en esta microrregión es beneficiario de *Oportunidades*. Todos pertenecen al grupo étnico de los choles. Aquí se documentaron 28 trayectorias de atención, de las cuales 29% refirió haber acudido

* Diario de campo de Daniela Jiménez, investigadora microrregión Las Margaritas.

con médicos particulares (esta frecuencia tiende a concentrarse en los hogares choles de Álvaro Obregón Planada y Emiliano Zapata, acudiendo principalmente a la comunidad de Yajalón), 18% a clínicas locales de salud, 14% con un curandero, 4% con un espiritista, 30% restante empleó una combinación de autoatención, con remedios tradicionales y medicamentos alópatas (que compraron en farmacias), mientras que 5% reportó accidentes graves con consecuencias de incapacidad.

Se observó que las trayectorias de atención en esta microrregión suelen ser más limitadas porque también son más escasos los recursos económicos de estos hogares. Los beneficiarios acuden con más frecuencia a los centros de salud de primer nivel ubicados en su propia localidad. Solamente una de las 28 trayectorias refirió haber acudido a servicios de primer nivel canalizado por la clínica IMSS-*Oportunidades* de El Porvenir al hospital de Yajalón con motivo de una cirugía (hernia estomacal). Los gastos ascendieron aproximadamente a 100 salarios mínimos por concepto de medicamentos, renta de una habitación (durante un mes), transfusión de sangre y alimentación.

Estas trayectorias de atención, aun siendo cortas, refiriendo padecimientos que no son graves (como accidentes domésticos, gastritis, colitis e hipertensión) y siendo atendidas en UMR del IMSS-*Oportunidades* (relativamente cercanas a sus comunidades de origen), implican gastos generales por motivos de transporte, alimentación y medicamentos que son difíciles de costear por los hogares de estudio.

En esta, como en las otras microrregiones chiapanecas, el desabasto de medicamentos para hipertensos y diabéticos, implica estrategias costosas de atención. Los tres casos que refirieron alguna de estas enfermedades crónico-degenerativas, acudieron a consultorios particulares, bajo el argumento de que en los centros de salud “no te atienden bien” o “no hay medicamentos”.

El afrontamiento de los procesos de salud-enfermedad en la microrregión de Tumbalá, tuvo consecuencias negativas para al menos seis jóvenes en edad escolar. Cuatro de estos jóvenes eran ex becarios; dos de ellos nunca lo fueron. La deserción escolar refirió principalmente los siguientes motivos: dejar de estudiar para incorporarse al mercado laboral con el fin de cubrir los gastos médicos de algún familiar, ayudar en casa para cubrir las labores domésticas que el miembro enfermo de la familia ya no podía realizar, perder competencias y habilidades escolares con motivo de enfermedad.

Por ejemplo. Una de estas jóvenes, ex becaria de 20 años, con preparatoria terminada y enferma de hemorroides, dejó de estudiar y decidió trabajar para ayudar a su madre, quien padece una gastritis crónica desde hace 10 años. En el mismo hogar, otra ex becaria de 19 años con preparatoria terminada, reportó sufrir de fuertes dolores de cabeza desde niña, padecimiento que a lo largo de su carrera escolar, afectó su aprovechamiento.

Otros dos jóvenes hermanos de 25 y 21 años que habitan en un mismo hogar (ex becarios que cursaron hasta tercero de secundaria y sexto de primaria) desertaron de la escuela para trabajar, reconociendo que su estado de salud no era óptimo, ambos reportaron sufrir de dolores abdominales.

Se encontró, que los casos documentados de trayectorias escolares trunca por motivos de enfermedad entre jóvenes en edad escolar, tienden a concentrarse en hogares con condiciones generales de mala salud y francas limitaciones de acceso a la atención de sus eventos de enfermedad.

En esta microrregión, las opiniones con respecto al Programa son positivas, y coinciden con las de los hogares indígenas de las microrregiones ya reseñadas. Se resaltan los beneficios del acceso a campañas de inmunización y se documentó una buena disposición a participar en talleres y actividades comunitarias, pese a la percepción negativa sobre la calidad de los servicios locales de salud, sobre todo con motivo de la escasa profesionalización de los equipos médicos y por haber experimentado malos tratos.

Las prácticas preventivas y de saneamiento básico se ven muy limitadas por las condiciones de infraestructura de estas poblaciones, carentes de servicios como agua potable y dificultades económicas para la construcción de letrinas, con la consecuente exposición de excretas al aire libre, que en otras microrregiones son menos evidentes.

En síntesis, se observa que los beneficiarios choles de la microrregión de Tumbalá, refieren trayectorias de atención más cortas y con menos acceso a servicios de salud que resuelvan sus necesidades de atención, aunque comparativamente, dadas las pocas opciones de atención a la salud, se observa que acuden con mayor frecuencia

que los hogares indígenas de otras microrregiones a los servicios de primer nivel, aunque sus expectativas no sean siempre resueltas.

En general, los hogares beneficiarios choles, tienen francas dificultades de acceso a la atención médica. La limitada capacidad resolutoria de los servicios que ofrece la medicina pública en sus localidades, compromete el impacto del Programa Oportunidades, sin implicar diferencias en cuanto a las condiciones generales de salud y acceso a servicios de los hogares beneficiarios. Los eventos de enfermedad, aun tratándose de padecimientos menores, afectan definitivamente la calidad de vida de estos individuos.

Microrregión San Cristóbal de Las Casas

Entre los hogares beneficiarios tzotziles se documentaron 13 trayectorias de atención de las cuales únicamente cuatro acudieron a los centros locales de salud con otro motivo diferente al cumplimiento de corresponsabilidades. De acuerdo con los entrevistados, en el centro de salud “sí los atienden pero no hay medicamentos”. El abasto de fármacos en esta microrregión es tan precario, que cuando hay medicamentos, los encargados de los centros de salud, lo notifican a la comunidad.

Los nueve casos restantes se comportaron del siguiente modo. Dos acudieron a un médico particular y tres directamente al segundo nivel, con motivo de emergencia, por dolor agudo, fractura ósea y un accidente. Cuatro más resolvieron sus eventos de enfermedad a través de la autoatención, tres acudieron a los servicios de Farmacias Similares y uno con un curandero, mientras que dos reportaron síntomas crónicos de dolor que no fueron atendidos. En general, los casos que acuden a servicios particulares, ven resueltos parcialmente sus eventos de enfermedad, que reaparecen cuando no pueden seguir costeadando los gastos de la atención privada.

Uno de los 13 casos, da cuenta del impacto desfavorable en las trayectorias educativas de jóvenes en edad escolar, en un mismo hogar con desventajas económicas por motivos de salud. El jefe de familia de este hogar, que fuera peón de albañilería, sufrió un accidente laboral que lo dejó postrado en una silla de ruedas en 1992. A partir del accidente, sus hijos renunciaron a sus estudios para trabajar fuera de casa. La responsabilidad sobre el cuidado del jefe de familia tuvo consecuencias emocionales para la más joven de sus hijas, a quien de acuerdo a sus hermanas no le gusta salir ni trabajar fuera y tiene como prioridad asistir a su padre.

En suma, se puede afirmar que las pautas de atención se repiten sin muchas variantes en los hogares tzotziles. Ante la baja capacidad resolutoria de los servicios de primer nivel, las familias acuden generalmente a ellos por el cumplimiento de corresponsabilidades, acceso a analgésicos, desparasitantes y sueros; los itinerarios de atención médica son cortos y acotados a los servicios disponibles en la zona (generalmente de primer nivel y ubicados en otras comunidades ajenas a donde viven los hogares de estudio, así como consultorios privados). Como en las otras microrregiones chiapanecas, existen dificultades de acceso para recibir atención de especialistas y tratamientos médicos truncados por motivos económicos.

CHIHUAHUA

Microrregión Samachique

La presencia de un hospital de segundo nivel de afiliación religiosa (Misión Tarahumara) en esta microrregión, ha tenido un impacto positivo, muy evidente en comparación a otras microrregiones, en cuanto a la calidad de la atención y acceso a salud de los hogares indígenas que ahí residen. Se reconstruyeron trece trayectorias de atención, de las cuales, solamente se documentó un caso que recibió atención en la clínica local (UMR-IMSS-Oportunidades) después de un diagnóstico de hipertensión notificado durante una consulta familiar, aunque los miembros del mismo hogar refirieron que para otros padecimientos menores como dolores, episodios diarreicos e infecciones respiratorias no complicadas buscaron la atención del Hospital Misión Tarahumara.

Las pautas de atención de las familias beneficiarias rarámuri son muy homogéneas. En todos los casos documentados se acudió directamente al Hospital Misión Tarahumara, por gripas y resfriados comunes, dolores, infecciones dérmicas, entre otros (ganglios, tifoidea, soplo en el corazón y problemas renales). La calidad en la atención del hospital referido se ve reflejada no sólo en los costos más bajos de la misma, sino en la capacidad resolutive, que acorta los itinerarios terapéuticos, evitando éxodos en la búsqueda de mejores servicios de salud. Del total de trayectorias documentadas, en ninguna se expresó haber salido de la microrregión. Únicamente dos casos refirieron haber empleado remedios tradicionales, de los cuales solamente uno no tuvo atención médica en un escenario organizado y el otro desistió de la aplicación de dicho remedio, cuando un episodio de diarrea pareció complicarse acudiendo a tiempo al hospital.

En suma, las condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud (debido a la presencia de la institución médica religiosa) son favorables para los hogares beneficiarios rarámuris, comparativamente con las familias indígenas de otras microrregiones, aunque su presencia no ha significado el rompimiento de la brecha étnica en tanto a las condiciones generales de salud de estas familias, principalmente por la infraestructura precaria de servicios como acceso a agua potable, ni ha transformado significativamente la epidemiología rarámuri (por ejemplo, la alta incidencia de tuberculosis, desnutrición e infecciones dérmicas). Los centros locales de salud públicos son exclusivamente utilizados para el cumplimiento de corresponsabilidades. Por lo mismo, es difícil precisar el impacto de *Oportunidades* en términos de las condiciones generales de salud de las familias indígenas beneficiarias aunque se observa una mayor reticencia y una cierta indiferencia de los beneficiarios rarámuris a participar en las corresponsabilidades de salud, que no fue tan evidente, en las microrregiones del sur (Oaxaca y Chiapas).

Microrregión Norogachi

Las trayectorias de atención documentadas en esta microrregión se reducen a tres casos, pero en general observamos que, se presentan las mismas pautas de atención que en la microrregión Samachique, debido a la presencia de otra institución médica religiosa (Clínica San Carlos). También son similares las actitudes con respecto al cumplimiento de corresponsabilidades y a la utilización de servicios de primer nivel únicamente para el cumplimiento de éstas.

Microrregión Yepachi-Maycoba

En total, se documentaron siete itinerarios, cinco de ellos relativos a padecimientos menores (resfriados y dolores), que en general fueron resueltos a través de la autoatención. Únicamente un caso refirió acudir a un médico particular (dolores lumbares por malformación en la espalda), suspendiendo el tratamiento por motivos económicos (el protocolo medicamentoso comprendía tres meses, e implicaba un costo de 100 salarios mínimos). La motivación de buscar atención con servicios particulares respondía a una negativa apreciación sobre las capacidades resolutive de los centros de salud locales.

Pese a las percepciones de ineficacias y falta de confianza sobre los servicios locales de salud, que se manifestaron de forma general, en las trayectorias de atención documentadas entre los hogares pimas, se registró al menos un itinerario que refirió recibir atención en el centro local de salud, relativo a un caso de hipertensión, diagnosticado durante una consulta familiar de *Oportunidades* (con acceso, aunque un tanto irregular, a medicamentos y citas de control). A excepción de este caso, se documentó que la asistencia a los centros locales de salud únicamente tenía como objetivo el cumplimiento de las corresponsabilidades (aunque se reportó un caso que fue canalizado a través del primer nivel a consulta especializada). Otra excepción es el caso de Maycoba, donde los beneficiarios acuden para solicitar por encargo la compra de medicamentos en los nodos urbanos a los que las encargadas de salud tienen acceso.

Fueron dos las trayectorias de atención que documentaron la necesidad de consulta especializada en segundo nivel y que son útiles para describir las posibilidades de los hogares pimas de resolver sus necesidades de salud en vista de padecimientos de mayor gravedad.

Uno de los casos, fue relativo a una deformación ósea en el pie, siendo la paciente una niña. En primera instancia acudieron al centro de salud de Yepachi, y el médico la refirió a urgencias con el ortopedista al Segundo Nivel del hospital Infantil de Chihuahua. Fue un diputado que visitó Yepáchi en campaña quién le facilitó las consultas en Chihuahua y la mitad de los costos de transporte. En suma se invirtieron 80 salarios mínimos, de los cuales la mitad fue asumida por el hogar. Utilizaron también como recurso emergente 1 000 pesos del último pago de *Oportunidades*. Después de acudir con el ortopedista, éste le informó a la familia que la niña requeriría una operación pero estando más grande; de entonces al presente etnográfico no había pasado el tiempo suficiente para que la operación se efectuara. De acuerdo a lo observado en este caso, las redes sociales de estos beneficiarios tuvieron un impacto muy positivo en la resolución del caso, al menos en cuanto a la orientación de atención con eficacia resolutive y gestión de recursos para el pago de transporte y consultas.

El otro caso es relativo al acceso a atención ginecológica de una mujer que después de tomarse la prueba del Pap, la refirieron al IMSS-Hospital Solidaridad de San Juanito para efectuarse estudios clínicos. Los resultados nunca llegaron, de modo que la paciente se movilizó en la búsqueda de otros recursos para conocer su diagnóstico con certeza, pero tuvo que suspender dicha estrategia por motivos económicos. En esta trayectoria, la venta de activos, como animales de corral, fue imprescindible para enfrentar el proceso de atención.

Se documentó que los hogares pimas beneficiarios tienen una buena disposición al cumplimiento de responsabilidades, y una opinión favorable sobre el acceso a campañas de vacunación a partir de la llegada del Programa, aunque una mala apreciación de la calidad de los servicios locales de salud y por ende una baja expectativa de los mismos.

En suma podemos decir que las pautas de atención implican en general la autoatención, el éxodo en búsqueda de eficacia resolutive con motivo de atención especializada y estudios clínicos, así como una baja capacidad resolutive de los servicios locales de salud, principalmente por falta de medicamentos. Aunque los casos de atención en servicios particulares son insuficientes para arribar a conclusiones, podemos inferir desenlaces semejantes a los reportados en otras microregiones, que implican la suspensión de las trayectorias de atención por motivos económicos.

Como una situación extensiva al menos a las microrregiones de Oaxaca y Chihuahua, las consultas familiares de *Oportunidades* son de gran utilidad en la detección de pacientes hipertensos (aunque el acceso a medicamentos varía, así como el control de los mismos). Las visitas regulares de los beneficiarios pimas a los centros de salud -aun teniendo poca eficacia resolutive- les permiten establecer relaciones con los prestadores de servicios médicos, que indirectamente les facilitan el acceso a medicamentos, aunque paguen por los mismos (ver caso Maycoba y la compra de medicamentos a través de enfermeras).

SONORA

Microrregión yaqui

Observaciones generales. La mayoría de los hogares son beneficiarios del Seguro Popular. Se documentaron 16 casos de indígenas beneficiarios, ninguna trayectoria de indígenas no beneficiarios, nueve de indígenas no beneficiarios y tres de no indígenas no beneficiarios. Siendo en total 28 trayectorias de atención reconstruidas.

Estos hogares, acuden a la clínica únicamente cuando consideran que son padecimientos sin importancia (afeciones respiratorias y gástricas, erupciones en la piel), aunque para enfermedades mayores acuden al Seguro Social en Ciudad Obregón o en Pótam. En la muestra estudiada se reportan cuatro casos de diabetes e igual número de casos de hipertensión, así como un caso de tuberculosis que fue atendido en instalaciones del Seguro Social.

Los hogares yaquis asisten por lo general al Seguro Social o al hospital general de Hermosillo de la SSA. Comúnmente ante un padecimiento que ellos consideran grave, o cuya causa desconocen, acuden directamente al centro de salud de Pótam (SSA) o algún otro del IMSS o ISSSTE, como pueden ser el Semeson de Guaymas, el Seguro Social de Ciudad Obregón o el de Vícam. De acuerdo con ellos, se sienten mejor atendidos en estos lugares.

La curandería es una práctica común. Un factor que influye en los casos estudiados para la búsqueda de atención de curandero es el de los gastos inherentes a la atención médica. Al menos en esta microrregión resulta más barata la atención con médicos tradicionales.

La mayoría de los casos reportaron llevar a los niños pequeños al centro de salud de Pótam, aunque también es práctica frecuente llevarlos con curanderos para tratar el empacho y sobarles la mollera.

En suma, la amplia oferta de servicios a proximidad, aunada a la amplia cobertura del Seguro Popular, incrementa las posibilidades de los hogares de encontrar servicios donde les aseguren un diagnóstico, dotación de medicamentos y análisis. La mayoría de las familias tiene parientes y amigos en las localidades aledañas que cuentan también con servicios de salud, estas redes significan un apoyo en caso de ser necesario el internarse.

Microrregión mayo

La existencia de fuentes de trabajo en el estado, principalmente maquiladoras, permite que los hijos de los hogares estudiados puedan aspirar a la cobertura del Seguro Social con la posibilidad de incorporar a sus padres.

Ante padecimientos tales como males respiratorios, tanto indígenas como no indígenas recurren en primera instancia a remedios caseros. Cabe destacar que el 50% de la muestra de esta microrregión reportó padecer de las vías respiratorias, cuya causa descansa probablemente en factores medioambientales (exceso de partículas suspendidas o polvo en el aire). Si estos males se agravan acuden a la clínica de Salud de la Bocana. Para padecimientos más serios, en caso de ser beneficiarios del IMSS acuden al Seguro Social de Etchojoa.

Indígenas beneficiarios. Acuden al centro de salud de la Bocana ante los males que consideran comunes como afecciones respiratorias. Si estos síntomas se complican, recurren a la medicina popular, y si no encuentran remedio al médico particular. Con respecto a la búsqueda de atención de médico particular, ésta fue empleada ante el advenimiento de un padecimiento más grave, en la ocurrencia de un derrame ocular.

Se observa que el caso de diabetes encontrado no se atiende ante ninguna instancia, es la familia quien se preocupa por su calidad de alimentación.

Microrregión guarijía

Como en las otras microrregiones sonorenses, la vulnerabilidad se ve reducida más por el estatus de beneficiario del Seguro Social que por el hecho de ser beneficiario de *Oportunidades*. También juega un papel importante en esta reducción de la vulnerabilidad el ser beneficiario del Seguro Popular.

CONCLUSIONES SOBRE PAUTAS DE ATENCIÓN DE HOGARES INDÍGENAS BENEFICIARIOS

Corroboramos la hipótesis de que, los grupos indígenas presentan las condiciones más desfavorables de acceso a los servicios de salud y atención apropiada en casos de enfermedad a causa del rezago en que se encuentran, observando que a mayor densidad de población indígena, mayores son las carencias de los centros de salud del Estado. Estas condiciones determinan la capacidad resolutoria de los centros médicos locales y afectan la percepción y relación de los hogares indígenas sobre los mismos, determinando las pautas de atención a la salud, volviéndolas en general más costosas. Las pautas de atención concluyen, las más de las veces, antes de resolver los eventos de enfermedad con consecuencias sociales profundas en las estructuras domésticas. En aquellos hogares en donde los procesos de salud-enfermedad, lejos de resolverse, son parte de la vida cotidiana (caso Chiapas) las capacidades productivas se ven mermadas y se minan también las oportunidades reales de los miembros del hogar en edad escolar para continuar con sus trayectorias escolares.

Por otro lado, existen contrastes significativos entre distintos grupos indígenas con respecto a sus condiciones de acceso a la salud, determinadas por otras instancias ajenas al Estado y que han tenido, en el caso de Chihuahua, un impacto muy positivo en términos de solventar sus necesidades más inmediatas de salud y de acotar las pautas de atención y los costos de la misma.

Se observa que las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud, en aquellos aspectos en que los centros de salud tienen mayor capacidad resolutoria, por ejemplo, en la detección de pacientes hipertensos y su control (a excepción de la microrregiones chiapanecas y de Yepachi-Maycoba), propician no sólo la demanda de servicios en primer nivel, sino la concurrencia de los hogares indígenas para recibir atención regular para dichos padecimientos. La presencia del Programa ha logrado generar impactos muy positivos y específicos en cuanto al acceso de las familias indígenas a campañas de vacunación. A través del fomento de prácticas de saneamiento básico en las comunidades se han visto también cambios, relativos, principalmente a la construcción de letrinas en las viviendas indígenas, con gradientes significativos de acuerdo al grado de marginación y pobreza en que viven dichos hogares. Los más considerables son los observados en las microrregiones estudiadas en Oaxaca y Sonora.

En suma, el componente de salud, tiene un impacto relativo en hogares indígenas debido a las condiciones históricas de su relación con los servicios de salud del Estado y a la política pública y social en general, aspectos que escapan a la ingerencia del Programa.

Sin embargo, pese a estos obstáculos determinados histórica y políticamente que se manifiestan en la poca capacidad resolutoria, el Programa ha incrementado la demanda y acceso de servicios por parte de hogares indígenas en general a partir de las corresponsabilidades. También se puede afirmar que los pocos pero contundentes aspectos resolutivos documentados (campañas de vacunación y acceso a tratamiento de hipertensos) pueden a largo plazo cambiar la percepción de las familias indígenas sobre los servicios públicos de salud.

En general, y a pesar de estas condiciones desfavorables, los hogares indígenas –principalmente del sur donde fueron reportadas las más profundas desavenencias de acceso a la salud– consideran que *Oportunidades* ha significado un cambio positivo para sus hogares y comunidades, debido en primer lugar a las transferencias monetarias que suelen utilizarse como recurso emergente ante necesidades de salud, más comúnmente entre familias indígenas. Por otro lado, pese a las condiciones de la infraestructura local de servicios de agua y manejo de basura, también se documentaron mejores hábitos de saneamiento básico en los hogares formados por hijas de titulares), indígenas o no indígenas que tienen un acceso relativo a servicios de salud y habitan en contextos rurales menos marginales (cabeceras municipales y comunidades cercanas a nodos urbanos o localizadas sobre carreteras o ubicadas cerca de centros de salud).

PAUTAS DE ATENCIÓN EN LAS MICRORREGIONES DE ESTUDIO EN HOGARES INDÍGENAS NO BENEFICIARIOS

Dadas las características de las trayectorias de atención documentadas (sucintas y menos numerosas) el análisis que presentamos sobre los hogares indígenas ha sido estructurado de manera diferente. En total se documentaron 75 trayectorias de atención en hogares indígenas no beneficiarios, distribuidas del siguiente modo: 40 trayectorias de atención en Oaxaca, tres en Chiapas, 19 en Chihuahua y 13 en Sonora. Los principales resultados nos permiten caracterizar sus pautas generales de atención, una vez observadas las similitudes de las mismas, aun en contextos distintos, que configuran excepciones que se resaltan a continuación:

A excepción de Norogachi y Samachique en Chihuahua, donde las instituciones médicas religiosas juegan un papel fundamental en la atención de la población indígena independientemente de su adscripción al Programa, observamos pocas diferencias con los hogares rarámuri beneficiarios, siendo la única significativa un uso más decantado por la autoatención. Fuera de estas diferencias, observamos en las otras microrregiones pautas de atención muy semejantes a las referidas por los beneficiarios indígenas que no vivían a proximidad de los centros de salud.

En general, las familias indígenas no beneficiarias visitan con menos frecuencia los centros locales de salud. De un total de 75 trayectorias de atención, únicamente tres refirieron acudir a un centro local de salud. Uno de esos casos fue documentado en la microrregión de San Cristóbal de Las Casas, y fue referido por una mujer que acudió de emergencia a la unidad local más cercana, siendo canalizada a un hospital de la región para recibir atención ginecológica debido a intensos dolores en la matriz. Estuvo seis meses en tratamiento; durante el primer mes, el hospital proveyó los medicamentos, y aunque los siguientes tuvo que comprarlos, tuvo una buena percepción de la atención recibida, gracias al acceso, aun fuera parcial, a medicinas. Refiere que a la clínica local (Saltillo) ha ido un par de veces pero todas antes de que la comunidad de Chacalá tuviera *Oportunidades*, de acuerdo con ella, ha dejado de asistir “porque hay demasiada gente por las revisiones de *Oportunidades* y reciben sólo a las que tienen cita por fecha”, así que “no me dan ganas de ir porque siempre está lleno”.

Otros dos casos más fueron documentados, uno en la microrregión mazateca de Oaxaca y otro en Yepachi. El primero fue referido por una mujer que se detectó una protuberancia evidente en el seno y acudió al centro local de salud para saber de qué se trataba; los médicos del centro la enviaron al hospital más cercano de segundo nivel ubicado en Huautla de Jiménez, donde el servicio no tendría costo alguno, pero la joven prefirió atenderse en la ciudad de México, dado que su percepción sobre la capacidad resolutoria de dicho hospital era negativa y consideraba más “fácil” acudir a la ciudad, echando mano de las redes familiares con las que contaba. El caso Yepachi, fue el único que sí obtuvo diagnóstico y tratamiento en la clínica local, y vale resaltar que el no beneficiario acudió a ésta, motivado por un familiar que trabajaba en ciertas actividades comunitarias de la localidad.

El uso muy limitado de los centros locales de salud por parte de los indígenas no beneficiarios, explica la mayor tendencia al empleo de la autoatención en eventos de enfermedad considerados menores (dolores crónicos, diarreas e infecciones agudas sin complicación, accidentes domésticos) y a una práctica generalizada de sanación a través de la medicina tradicional. Sin duda, la atención de nosologías biomédicas (cómo diabetes, dermatitis y gastritis) a través de la medicina tradicional, influye en la atención tardía de dichos padecimientos y en su condición de gravedad, que se expresan, por ejemplo en 22% de casos que reportaron atención de emergencia debido a crisis diabéticas, principalmente en las entidades del sur (Oaxaca y Chiapas), que en principio se ignoraron los síntomas y se intentaron disminuir con remedios tradicionales.

Aunque se reportan similitudes en cuanto a los perfiles epidemiológicos de los hogares indígenas beneficiarios, se documentaron diferencias significativas en cuanto al estado general de la salud infantil. Se registraron mayores necesidades de atención en los hijos de familias no beneficiarias, situación que se presenta en menor medida entre los hogares beneficiarios debido a que la concurrencia frecuente de los miembros de estos hogares a los centros de salud permite a los equipos médicos identificar tempranamente condiciones de enfermedad, antes de presentarse complicaciones severas. Esta condición se expresa en 50% de casos relativos a episodios de enfermedad infantil que fueron tratados oportunamente en hogares indígenas beneficiarios, frente a 85% de casos reportados (de episodios de enfermedad infantil) atendidos bajo condiciones de emergencia y complicación entre los hogares indígenas no beneficiarios.

Cuando acuden al médico lo hacen en estado de gravedad y generalmente en consultorios o clínicas particulares, por lo que sus trayectorias de atención son, en general, más largas y costosas, y con menos posibilidades resolutorias, por lo que tienden a concluir antes de resolver el evento de enfermedad por motivos principalmente económicos, dados los costos de la medicina privada. El estado deteriorado de salud les exige una mayor necesidad de estudios clínicos, medicamentos y consultas. Se observa que, mientras los hogares indígenas beneficiarios incrementan los costos de atención principalmente ante la necesidad de un especialista, entre hogares indígenas no beneficiarios estos costos suelen ser altos aun en la atención de males menores, como padecimientos infecto contagiosos.

En general, hay menos recurrencia a los centros de salud locales para solicitar medicamentos que identifican en existencia los beneficiarios, como analgésicos, desparasitantes y fármacos para hipertensos y diabéticos (a excepción de las microrregiones chiapanecas y los hogares guarijíos), con una pauta muy regular de comprar los medicamentos directamente en farmacias, inclusive analgésicos.

Salvo las excepciones mencionadas, las pautas de atención de los indígenas no beneficiarios no distan mucho de los indígenas beneficiarios que no viven a proximidad de los centros de salud, pero si es evidente que su participación comunitaria y el acceso a campañas de salud, son en el primer caso nulas, mientras que entre beneficiarios indígenas son al menos regulares. Las familias indígenas no beneficiarias consideran que las acciones de salud comunitaria son propias de los beneficiarios del Programa. En 21 trayectorias de atención de las 75 documentadas, los hogares indígenas no beneficiarios refirieron no ser atendidos ante el privilegio de atención de beneficiarios de *Oportunidades*. Cerca de 87% de las opiniones registradas en los itinerarios, expresó que no acuden a los centros de salud, ni participan en campañas de salud, debido a que no son beneficiarios. Además de tener la apreciación de que no serán atendidos, se perciben en general con mayores desventajas antes los beneficiarios. Unas jóvenes chiapanecas de la microrregión de San Cristóbal de Las Casas lo exponen así: “nos sentimos sanas pero no sabemos si nos pueden detectar algo”.

En suma, se puede decir que los hogares indígenas no beneficiarios se decantan por la atención particular en combinación con la medicina tradicional (que también se documentó como costosa). Sus trayectorias de atención también revelan que acuden al médico cuando su estado de salud está muy deteriorado (las crisis diabéticas son comunes) con consecuencias económicas más graves y poca resolución de sus padecimientos. El hallazgo más concluyente es relativo a la apreciación de que la salud es un beneficio al que no tienen acceso, dado que no son familias con apoyo del Programa.

PAUTAS DE ATENCIÓN EN LAS MICRORREGIONES DE ESTUDIO EN HOGARES NO INDÍGENAS BENEFICIARIOS

De las 101 trayectorias de atención documentadas entre hogares no indígenas beneficiarios de *Oportunidades*, 20 fueron recabadas en Oaxaca, 22 en Chiapas, 34 en Chihuahua y 25 en Sonora.

OAXACA

Microrregión mazateca

El criterio para la selección de los hogares no indígenas beneficiarios, estudiados en esta microrregión, se orientó por la búsqueda de familias en donde, la madre fuera mestiza y el padre indígena, dado que la población de estas localidades era mayoritariamente indígena. En total, se registraron 13 itinerarios de atención, de los cuales sólo uno acudió al primer nivel para atender una infección dérmica, que pese a ser diagnosticada y expedirse una receta, no tuvo acceso a medicamentos, por lo que el tratamiento se suspendió al cabo de unos meses por no poder costear las fármacos recetados.

De acuerdo a los casos reportados, se observa que las consultas familiares en esta microrregión son una oportunidad para la identificación de padecimientos, que son diagnosticados y para los cuales generalmente se expide tratamiento, aunque la mayor parte de las veces los hogares no tengan acceso a medicamentos. Sin embargo, cuando los eventos de enfermedad no coinciden con las citas, los beneficiarios generalmente no acuden a los centros locales de salud en la búsqueda de atención y prefieren asistir a clínicas y consultorios particulares en otras localidades (Ciudad de México y Huautla), sobre todo en casos de padecimientos considerados graves porque existe la percepción general, “nunca hay medicinas” o “los médicos no saben”. El modelo real de atención de estos hogares, en cuanto a padecimientos comunes como resfriados, diarreas o dolores, combina la autoatención con medicamentos que obtuvieron de los centros de salud en algún evento pasado de enfermedad (generalmente Ambroxol* y analgésico) y remedios tradicionales.

Microrregión mixe

En esta microrregión se documentaron únicamente tres casos, de los cuales recurrieron a la autoatención, pero uno de ellos, relativo a la atención del dengue en una familia es emblemático. Este hogar refirió que gracias a las pláticas del Programa y al trabajo de las promotoras de salud, supieron identificar tempranamente los síntomas del dengue y tratarlo, acudiendo a la casa de salud por analgésicos, en combinación con un remedio doméstico a base de hierbas locales. De acuerdo con su experiencia, esto les ayudó a “curarse solos” sin necesidad de acudir al doctor.

Microrregión Costa

En la microrregión Costa se documentaron cuatro trayectorias de atención en un mismo hogar, dos de los casos requirieron de atención especializada (los otros dos referían a dolores e infecciones que fueron resueltas mediante autoatención), por quistes en los ovarios y ojos. El primero fue resuelto acudiendo directamente a un hospital de la región, y el segundo en un hospital de Acapulco. Aunque en la primera trayectoria no se especifican gastos de atención, la segunda tuvo gastos menores (comparados con los costos de atención en segundo nivel que se registran para hogares indígenas beneficiarios), debido al apoyo de redes familiares en el destino de atención. En los dos casos, se observó una mayor habilidad para acceder a redes de información pertinente (prestadores de servicios y actores relevantes de la comunidad) y que fueron de gran ayuda para encontrar servicios con capacidad resolutive.

De acuerdo a la experiencia del hogar y su percepción, la mayor debilidad de los servicios de salud de primer nivel es la falta de medicamentos, motivo por el cual prefieren no acudir a estos centros y se limitan a asistir exclusivamente para el cumplimiento de corresponsabilidades. Sin embargo, suelen aprovechar la relación con los prestadores de servicios para obtener información sobre cómo resolver sus necesidades de atención o acceder a algún tipo informal de consejería.

En suma, en los hogares mestizos beneficiarios de las microrregiones oaxaqueñas, se documentaron mejores habilidades para el acceso a información sobre servicios con capacidad resolutive, además de un mejor funcionamiento de las consultas familiares en la identificación temprana de padecimientos. También se observó la incorporación de pautas de autocuidado, como acudir con el dentista, conocer el manejo de un episodio de dengue, o asistir regularmente a citas de control de pacientes hipertensos y diabéticos. No obstante la percepción con respecto a la ineficiencia del Programa no dista mucho de la reportada por otro tipo de hogares, misma que incide en las pautas de atención que se siguen cuando el evento de enfermedad no coincide con las citas familiares y, aun en los casos de males menores, prefieren ir a clínicas o consultorios particulares generalmente debido a este tipo de percepciones. De modo que, pese a la documentación de mejores habilidades de autocuidado y prevención, los hogares siguen sin acudir directamente a los servicios locales en caso de enfermedad. Sin embargo, dado lo anterior, se observa que en comparación con los hogares indígenas beneficiarios los costos en la atención no son tan elevados y sus trayectorias un poco más cortas y resolutive, principalmente entre aquellas familias que no viven en condiciones de marginalidad geográfica.

Finalmente y de acuerdo con los padecimientos reportados, concluimos que sus condiciones generales de salud, no son tan comprometedoras como las notificadas por hogares indígenas beneficiarios y no beneficiarios.

CHIAPAS[‡]

Microrregión Las Margaritas

Del total de trayectorias de atención documentadas, siete acudieron por atención a su centro local de salud, tres de ellas con motivo de consulta familiar del Programa. Durante las consultas familiares de *Oportunidades* se refirieron

* Clorhidrato de Ambrosoli, indicado en el tratamiento de tos con flemas.

‡ En la microrregión de Tumbalá no se documentaron trayectorias de atención de mestizos beneficiarios.

tres detecciones, un “herpes en la matriz” al entregar un resultado de Pap, un caso de diabetes y uno más de hipertensión. Ninguno de los tres casos detectados recibió atención médica o seguimiento en el centro local de salud.

La mujer a la que se le detectó “herpes en la matriz” decidió acudir al hospital de Las Margaritas (segundo nivel) para estar segura que estaba bien el diagnóstico que le dieron. Antes de ello intentó tres veces hacerse la prueba de Papanicolaou en el centro de salud de la localidad (El Encanto) pero en las tres ocasiones no se encontraba más que la enfermera auxiliar a quien considera poco capacitada para llevar a cabo su puesto. Ella refiere que esta situación significa mayor inversión en gastos de salud porque “cualquier cosa hay que irse a Las Margaritas”. De acuerdo con la beneficiaria, la explicación que la enfermera les da respecto a sus prologadas y frecuentes ausencias es que “tiene que salir a arreglar papeles de *Oportunidades* y si no los arregla nos vamos a quedar sin los apoyos”. Además del problema con la ausencia de la enfermera cuenta que hay muchos problemas con el manejo de asistencias para recibir los apoyos de *Oportunidades*, “no es clara ni comprensiva con nosotras” y al pedirle un ejemplo cuenta que en una ocasión faltó a un taller de salud porque estaba enferma y no pudo avisar y que la enfermera le dijo que “no es mi problema, si usted cumple le pongo asistencia, si no cumple le pongo falta”. Cuenta María que lo dijo en tono amable y que eso le dio más coraje porque “así no se le puede pelear”. Otra situación fue que a varias mujeres de la comunidad les dijo que había llegado una lista donde estaban sus nombres y que ahora tendrían “como obligación de *Oportunidades*” acudir a las clases de secundaria del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) en la comunidad. Fue hasta que una de las mujeres investigó en Comitán que supieron que no formaba parte de las corresponsabilidades del programa. “Nos dice muchas mentiras y pues ya no le creemos”. Entre sus obligaciones reconoce asistir a la clínica a hacerse las revisiones, y asistir a “las pláticas cada tres meses, la siguiente es el 6 de junio”. Le informaron que el Papanicolaou contó como asistencia a la plática y como ella se realizó el examen en Las Margaritas tiene que llevar los resultados para que no le pongan falta. Considera que durante los años que ha recibido *Oportunidades* ha sido un gran apoyo en la educación de sus hijas y es fundamental para la salud de su familia “si no tuviéramos la cita de sanos no nos hubiéramos dado cuenta de la diabetes de mi marido, y no nos hubieran ayudado a conseguirle un psicólogo a mi hijita”.

Por su parte, el paciente diabético expresó que aunque le fue programada una cita de control, a la que tendrá que acudir mes con mes, esto representa un inconveniente, dado que el médico solamente acude un día a la semana y “hay mucha cola”. El acceso limitado a los medicamentos y el cambio en la dieta a recomendación del doctor, han incrementado los gastos en salud de la familia y no saben hasta cuándo podrán costear la atención de este paciente (jefe del hogar).

Del resto de las trayectorias de atención documentadas, únicamente dos itinerarios resolvieron sus necesidades de atención en el primer nivel, relativas a EDA e IRA, y con acceso a medicamentos, y las otras cinco reportaron padecimientos menores sin complicaciones que generalmente tratan a través de la autoatención con fármacos que compran en las farmacias de cabeceras municipales.

En suma, aunque sólo se explicitan algunos ejemplos, las opiniones de los beneficiarios mestizos con respecto al Programa, documentadas en las trayectorias de atención, dejan ver que estos hogares son más críticos en cuanto a la atención que reciben de los centros locales de salud. Ellos argumentan que es importante conocer sus condiciones de salud pero que necesitan tener acceso a medicamentos y citas de control, además de contar con la presencia de personal calificado para la atención de su salud. Estas percepciones son útiles para ilustrar que, en general, los beneficiarios mestizos tienen más habilidades para exigir atención de calidad y conocen mejor sus corresponsabilidades. También se observa que tienen una buena disposición al cumplimiento de las mismas. Aunque prima una percepción general de que el Programa les ha sido de gran ayuda, su posición es clara en cuanto a identificar las limitaciones de la atención en las clínicas locales.

Microrregión San Cristóbal de las Casas

En esta microrregión, las opiniones y pautas de atención no son muy diferentes a las de sus homólogos en Las Margaritas aunque aquí, de las 12 trayectorias de atención documentadas, la mitad refirió que (aun en cuatro casos en que tuvieron acceso a medicamentos), los fármacos obtenidos a través de las clínicas rurales no les habían servido y al menos 80% no estaba de acuerdo con su diagnóstico. En general, se observa una mayor expectativa en cuanto a los

servicios locales de salud que es evidente en las críticas que vierten sobre los mismos y en las pautas de atención que reportan una visita más asidua a los centros de salud y no únicamente para el cumplimiento de corresponsabilidades. Tanto en Las Margaritas como en San Cristóbal de Las Casas los mestizos beneficiarios reportaron visitar con mayor frecuencia las unidades locales de salud, en comparación con hogares (independientemente de su adscripción étnica y estatus en el Programa) de otras microrregiones.

CHIHUAHUA

Microrregiones Samachique y Norogachi

La presencia de los hospitales religiosos en las microrregiones Samachique y Norogachi, hace difícil evaluar el impacto del Programa en términos de acceso a la salud, pero sí se pueden detallar algunas generalidades en cuanto a sus pautas de atención y condiciones generales de salud.

A partir del análisis de las 16 trayectorias de atención documentadas, en hogares mestizos de Samachique y siete reconstruidas en Norogachi, se observa una mayor tendencia a reportar diagnósticos más acabados, itinerarios menos costosos, con un mejor acceso a atención de especialistas y a estudios clínicos. Se documentó un empleo menos frecuente de prácticas de autoatención en comparación con los hogares mestizos no beneficiarios de esta microrregión y las familias indígenas estudiadas. Los casos reportados de autoatención son exclusivos de madres de familia que emplean remedios domésticos para atenderse a ellas mismas.

En general, dada la presencia del Hospital Misión Tarahumara, en Samachique y Clínica San Carlos en Norogachi (además de otras opciones de atención a la salud que implican redes de servicios más amplias y de mejor calidad, entre ellas la Clínica Santa Teresita en Creel) las condiciones de salud de estas familias son mejores y el número de padecimientos que no tienen atención médica son menos frecuentes, así como los costos de la atención a la salud (sobre todo para los ejidatarios, buena parte de ellos beneficiarios mestizos). Aunque los gastos en salud sí fueron ligeramente más altos en hogares mestizos beneficiarios de Norogachi.

Aunque los traslados en búsqueda de atención se reportaron (cuatro de 16 trayectorias) estos no significaron inversiones tan costosas como en los hogares beneficiarios de otras microrregiones. La presencia de instituciones médicas que ofrecen servicios de mejor calidad y el uso de los centros locales de salud conduce a un menor costo o a que éste sea menos significativo que el documentado entre hogares beneficiarios y mestizos de las microrregiones chiapanecas. La diferencia estriba en que estas deficiencias no tienen un impacto en las economías y pautas de atención (éxodos en búsqueda de eficacia resolutive) reportadas en otras microrregiones (como el caso Chiapas y Oaxaca). Los centros de salud son en general visitados para el cumplimiento de corresponsabilidades aunque se registró una mayor frecuencia de solicitud de medicamentos entre hogares mestizos de Norogachi que en Samachique, debido a que la Clínica San Carlos comienza a negar la atención a beneficiarios mestizos de *Oportunidades*. En cuanto a sus opiniones y percepciones sobre el Programa los datos recabados no nos permiten llegar a conclusiones precisas, pero sí observamos que los hogares beneficiarios mestizos tienen una mejor disposición a participar en campañas de salud (vacunación) que los hogares beneficiarios indígenas. En general, estos hogares tienen mejores habilidades para el autocuidado y más amplios conocimientos sobre el manejo adecuado de episodios de diarreas y deshidratación, aunque estas habilidades son menores en cuanto al manejo de las infecciones respiratorias. El perfil de los padecimientos reportados por los hogares mestizos es significativamente diferente al de los indígenas beneficiarios y no beneficiarios de estas microrregiones. Por ejemplo, en ninguno de los casos de hogares mestizos se reportó tuberculosis ni desnutrición, enfermedades que sí están presentes en las familias indígenas.

Microrregión Yepachi-Maycoba

Las trayectorias terapéuticas reportadas en esta microrregión fueron 11, de las cuales tres casos acudieron a la clínica local en búsqueda de atención por padecimientos reportados como bronquitis, "colesterol", mareos (hipertensión). Todos recibieron atención médica y acceso a medicamentos.

Observamos que hay una mejor disposición a acudir al centro local de salud entre mestizos beneficiarios en esta mirorregión, principalmente de la comunidad de Yepachi, ya que en Maycoba se documentó que se cobran cuotas mensuales a los beneficiarios, aunque no asistan a consulta, con el propósito de pagar los gastos de alimentación y hospedaje de los equipos médicos, por lo que los habitantes de esta localidad prefieren, en caso de necesitar atención médica, recurrir a consultorios privados.

Los padecimiento de gravedad o urgencia suelen tratarse acudiendo directamente a hospitales en nodos urbanos, como Hermosillo, con una frecuencia mayor que entre hogares beneficiarios indígenas quienes desisten ante las dificultades y costos de traslado. En general, la atención con especialistas es costosa debido a las distancias que los separan de los hospitales de segundo nivel y a que en estas localidades generalmente no tienen familiares. Se percibe que los beneficiarios mestizos no sólo acuden con mayor frecuencia sino que su experiencia, lejos de desacreditar los centros de salud (en el que no siempre hay un abasto regular de medicamentos no abren las 24 horas del día y no cuentan con profesionales médicos), han logrado identificar aquellos eventos de enfermedad en los que sí se tiene una mejor capacidad resolutive como la atención de IRA y EDA, hipertensión y diabetes, y aprovecharlos.

Entre estos hogares, los beneficiarios consideran que el impacto del Programa es mayor en términos de acceso a la educación que a la salud.

SONORA

Microrregión yaqui

No indígena: nueve casos. Los no indígenas beneficiarios acuden ante el caso de enfermedad al centro de salud en Vícam, Empalme o Guaymas, o bien al Seguro Social de Ciudad Obregón.

El único itinerario terapéutico reportado de Estación Oroz (no indígena beneficiaria) es el de un hogar que acudió en primera instancia a la casa de salud local. No obstante, el enfermo fue remitido al Hospital General de Obregón para análisis posteriores (erupción en la piel).

Microrregión mayo

El ser beneficiario del IMSS ha determinado en gran medida la atención que pueda otorgársele a algún padecimiento crónico. Uno de los casos es el de un paciente de glaucoma que está en condiciones de asegurarse la atención gracias a que su hijo, que tiene un empleo con dicha prestación, lo ha nombrado beneficiario de este servicio.

No obstante, dicha atención no siempre resulta informativa ni efectiva. En uno de los itinerarios se describieron síntomas que indicaban posiblemente un cuadro asmático (el informante, no indígena beneficiario, no sabe de qué se trata, no lo expresó en esos términos), acudieron al Seguro Social (la paciente era beneficiaria por su escuela), nunca fueron informados sobre cuál era el padecimiento, de su ocurrencia errática, y dado que los primeros estudios no determinaron nada no se dio continuidad al diagnóstico. Terminaron acudiendo al curandero.

Microrregión guarijía

Acuden en casi todos los casos a atención en el centro de salud de la localidad. No obstante, no todos encuentran solución a sus problemas de salud. En un caso, una paciente con erupción en la piel de los brazos, tuvo que sufrir de esta dolencia por un tiempo ya que en la clínica no le pudieron proporcionar el medicamento que necesitaba, y que costaba en el mercado, según dice la paciente, como 500 pesos. Al final le quedaron cicatrices. En otros casos, a pesar de la atención constante tanto en el centro de salud como en el hospital, la paciente no ha podido controlar su padecimiento crónico (várices con úlceras).

PAUTAS DE ATENCIÓN EN LAS MICRORREGIONES DE ESTUDIO EN HOGARES NO INDÍGENAS NO BENEFICIARIOS

En total se documentaron 40 trayectorias de atención de hogares mestizos no beneficiarios, de las cuales nueve se registraron en Oaxaca (todas en la microrregión Costa), cinco en Chiapas y 16 en Chihuahua.

En general, los hogares mestizos que no cuentan con adscripción al Programa, prefieren la medicina tradicional que los servicios de salud del Estado, refieren trayectorias de atención más cortas, usan con menos frecuencia los servicios de salud locales y muestran cierta renuencia a participar en campañas locales de salud, aunque su percepción general sobre los servicios médicos locales no es tan negativa como en el caso de los hogares indígenas.

De los 40 casos documentados, únicamente tres casos, de la microrregión Las Margaritas, en Chiapas, reportaron haber acudido a un centro local de salud en la búsqueda de atención. Uno de los casos llegó a la clínica rural como derechohabiente del Seguro Popular, donde se le notificó un diagnóstico como hipertenso y tratamiento. Uno más acudió para atender una migraña, resolviendo su necesidad de atención, y el último acudió con motivo de un accidente, notificando numerosas dificultades, no en términos de atención, sino debido a los costos de transporte y pago de medicamentos que no estaban disponibles en la clínica. Comúnmente emplean la autoatención, los remedios caseros y las resoluciones religiosas (particularmente en Chiapas) para enfrentar sus procesos de salud enfermedad. Generalmente acuden a consultorios o clínicas particulares, aunque con menos frecuencia (que puede deberse al número de trayectorias reportadas) que los hogares indígenas en general. Hay una propensión a acudir directamente a hospitales de segundo nivel (al menos la mitad de los casos reportados), con itinerarios médicos costosos, y únicamente en condiciones de gravedad. Como un dato excepcional, de los nueve casos reportados en la microrregión Costa, al menos cuatro casos afrontaron económicamente sus procesos de salud enfermedad a través del apoyo monetario de remesas que provienen de familiares en Estados Unidos. Estas familias reportaron prácticas nulas de prevención y autocuidado, por ejemplo asistencia a talleres o actividades de salud comunitaria ajenas al Programa.

Se documenta que es común que suspendan sus trayectorias de atención cuando hay necesidad de intervención quirúrgica por obstáculos económicos, situación que, incluso bajo las condiciones de precariedad de los hogares indígenas beneficiarios, se documentaron con mayor frecuencia. Por otro lado, la discriminación positiva de indígenas en los hospitales de la Tarahumara, provoca una exclusión que en esta microrregión hace más vulnerables a los mestizos en comparación con otras microrregiones de las restantes entidades. Fueron las familias mestizas (Norogachi y Samachique) que menos reportaron consultas en escenarios médicos organizados.

En suma, los hogares mestizos no beneficiarios tienen un desconocimiento más declarado de sus condiciones generales de salud, reportan menos visitas al médico, inclusive en comparación con los hogares indígenas no beneficiarios (que puede ser explicado por el reducido número de casos documentados) y una nula participación en acciones de fomento a la salud comunitaria. Sus condiciones de salud y pautas de atención, no distan mucho de las de los hogares indígenas no beneficiarios, sobre todo cuando viven alejados de centros locales de salud.

ANÁLISIS SOBRE LAS PAUTAS DE ATENCIÓN: ¿CÓMO AFRONTAN LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD LOS HOGARES DE ESTUDIO?

Los procesos de salud-enfermedad conjugan componentes no sólo físicos, sino también emocionales, intelectuales y espirituales. Es por ello que la medicina tradicional, principalmente para los grupos indígenas (utilizada en hogares mestizos, dada la disposición de estos servicios en sus comunidades), conjuga una serie de factores relevantes para el sistema de creencias al que se adscribe, como el conocimiento del entorno geográfico, en tanto una topografía reverencial (capacidad de un territorio de tener un espíritu-dueño).³ La salud-enfermedad, en estos contextos, se enmarca en nociones sobre el exorcismo de males que se anidan en el cuerpo en forma de espinas, de animales, fluidos o suciedad, provocados generalmente por la envidia, el ansia, el coraje o el susto; se trata de síndromes culturales complejos que están relacionados con riesgos estructurales arraigados en el ámbito psíquico, político, histórico, económico y social, que surgen sobre todo del modo de significar el mundo y de resolver los problemas de la existencia. Lo anterior es una consideración imprescindible para aventurarnos en el análisis de la calidad de los

servicios, las prácticas de autocuidado y los procesos de salud - enfermedad - atención (trayectorias de atención) en contextos rurales y étnicamente diversos.

La medicina oficial pública o privada y tradicional (inclusive las resoluciones religiosas, principalmente en Chiapas) coexisten y se relacionan, pero también se contraponen, se complementan o se excluyen en una misma trayectoria de atención y escenario de estudio. Son estas particularidades las que delimitan y confunden las fronteras interétnicas, en un marco de atención real a la salud que conjuga la automedicación y la medicina casera, la medicina académica institucional y, también, la medicina tradicional (indígena) y sus prácticas mágico-religiosas.

El desarrollo y tratamiento de una enfermedad depende del escenario y de las posibilidades de atención y capacidad resolutoria de los servicios disponibles. Fue evidente que mientras más alejados de los centros de salud más difícil era tener acceso a la atención, seguimiento y control de los procesos de salud enfermedad. En general, los eventos de enfermedad se resuelven empleando todos los recursos que están en posibilidades de emplear los hogares.

Como se ha dejado claro, los éxodos en la búsqueda de servicios de salud con eficacia resolutoria son por demás comunes, así como la utilización muy concreta de los servicios de primer nivel para el cumplimiento de responsabilidades, acceso a métodos anticonceptivos, sueros orales, medicamentos para el dolor, control y seguimiento de pacientes crónico-degenerativos (a excepción de la microrregión mixe en Oaxaca, la guarijía en Sonora y las microrregiones chiapanecas) así como la atención de ERAs y EDAs (bajo las condiciones ya descritas ampliamente).

En términos generales los servicios de salud que prestan las instituciones públicas muestran carencias en tanto su capacidad de cobertura, agravada en los contextos de marginación geográfica de los territorios rurales, que son precisamente donde viven los hogares más pobres del país y donde hay una mayor concentración de familias indígenas. Independientemente de la calidad de los servicios que se ofrecen, existen francas dificultades de acceso a los mismos, debido a las limitaciones de transporte, caminos y costos de traslado, principalmente en las microrregiones de Chiapas y Chihuahua, la mazateca en Oaxaca y la microrregión guarijía de Sonora.

El equipo coordinado por Agudo-Sanchiz en Chiapas* documentó las reducidas posibilidades de las redes locales de transporte como un grave obstáculo para la búsqueda de atención, principalmente después de las cuatro de la tarde, cuando los traslados no sólo se toman difíciles sino más costosos bajo el carácter de urgencia, una situación común también a la Mazateca en Oaxaca. En Sonora, por el contrario, las investigadoras de las microrregiones yaqui y mayo, daban cuenta de las relativas facilidades y variedad de medios de transporte y opciones de servicios de atención a la salud ubicados en el entorno próximo de las localidades donde residían las familias de estudio. La ubicación de dichas microrregiones en *hinterlands* urbanizados, configura en general un marco más diversificado de posibilidades de traslado y atención.

El acceso a los servicios locales de salud, también está determinado por el tipo de organización social y política particular a cada microrregión y en la presencia de organizaciones civiles y religiosas que coadyuvan a brindar una mejor calidad en los servicios de salud. En Chihuahua, la presencia de dos clínicas pertenecientes a órdenes religiosas, en Samachique y Norogachi, tiene un impacto considerable en tanto el acoto de los desplazamientos en búsqueda de atención resolutoria, comparado con otras microrregiones de estudio, dentro del estado y en las otras entidades, que presentan dificultades de acceso a servicios y reducidas opciones de atención de calidad. En la microrregión de Yepachi-Maycoba, documentamos pautas de atención con destinos urbanos tan lejanos como Hermosillo y Obregón.

En el cuadro 8 se sintetiza las rutas de movilidad según entidad y microrregión que emprenden los hogares de estudio ante la baja capacidad de resolución de numerosos problemas de salud en el nivel local.

Como se puede apreciar, la atención de la salud en el caso de los habitantes de las microrregiones estudiadas no se circunscribe a sus contextos de origen y son la evidencia más clara de las respuestas cotidianas de las familias ante las condiciones de marginación y precaria calidad de los servicios locales de salud. Se observa que los éxodos en la búsqueda de atención, aprovechan un vínculo creciente con grandes centros urbanos que deviene de históricos o recientes flujos migratorios (redes familiares), que empuja a los usuarios (independientemente de condición étnica y exposición al Programa) a buscar alternativas en otros sitios, no sólo por motivos laborales sino también de atención a la salud o simplemente porque se tiene la creencia que son mejores que los centros locales de salud (aunque esto

* Chiapas presentó pautas de movilidad acotadas a los contextos locales y regionales, y una mayor frecuencia de uso de servicios locales de salud. Cuando se asegura que la movilidad de los hogares de estudio tiene destinos urbanos, considérese Chiapas la excepción.

CUADRO 8
Rutas de movilidad en la búsqueda de servicios con capacidad resolutoria de acuerdo con las trayectorias de atención según entidad y microrregión de estudio

ENTIDAD	MICRO-REGIÓN	PRINCIPALES DESTINOS EN LA BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE SALUD	COMENTARIOS
Oaxaca	Mazateca	Ciudad de México, Huautla de Jiménez.	Los hogares estudiados en Oaxaca refieren mayor movilidad hacia urbes de la región y de otros estados, además de un importante tránsito hacia la ciudad de México, en la búsqueda de atención.
	Mixe	Tuxtepec, Veracruz, Ciudad de México y Oaxaca	
	Costa	Acapulco, Pinotepa, Ciudad de México y Oaxaca	
Chiapas	Las Margaritas	Comitán y Altamirano	Los hogares de las microregiones chiapanecas, reportaron rutas de movilización más acotadas en la búsqueda de atención, generalmente los destinos se limitan a sus microrregiones y al interior del estado de Chiapas. Las pautas de atención, tienen destino hacia las cabeceras municipales más importantes de la región. Tuxtla Gutiérrez es un destino documentado pero poco frecuente, entre hogares de la microrregión de San Cristóbal de Las Casas. Las trayectorias de atención revelan el uso más frecuente de servicios locales de salud, en comparación con las microrregiones estudiadas en otras entidades. La movilidad en el contexto chiapaneco depende de la muy limitada red de transporte local. Después de las cuatro de la tarde desplazarse puede ser una tarea realmente complicada, que impacta en las posibilidades de atención de los hogares estudiados.
	Tumbalá	Yajalón, Ocosingo y Palenque	
	San Cristóbal de Las Casas	San Cristóbal de Las Casas (Hospital Regional)	
Chihuahua	Samachique	Hospital Misión Tarahumara de (Samachique), y otros hospitales de la región (Creel, Guachochi y San Juanito)	En las microrregiones de Samachique y Norogachi, la calidad y capacidad resolutoria de los servicios ofrecidos por redes de organizaciones religiosas es mayor en comparación con los servicios del estado, su presencia propicia que gran parte de los destinos de búsqueda de atención a la salud tengan lugar, la mayoría de las veces, en la misma región serrana, aunque ello no significa que no existan dificultades de acceso, sobre todo considerando lo orografía serrana y la dispersión poblacional que caracteriza a esta zona y que en algunos casos se acuda a ciudades del valle para atención de especialistas, con proveedores públicos y privados. En la microrregión de Yepachi-Maycoba, existen menos recursos de medicina profesional y servicios promovidos por el estado, por este motivo las rutas de movilización rebasan los límites regionales y se traslada a los nodos urbanos más importantes y en todos los casos lejanos a la microrregión.
	Norogachi	Hospital regional del IMSS en Guachochi para el caso de la Ciénega de Norogachi o la Clínica San Cristóbal en Norogachi. Tanto en Norogachi como Samachique, algunos casos reportan la referencia a centros de salud de las ciudades de Cuauhtemoc, Chihuahua y La Junta.	
	Yepachi-Maycoba	Yécora, San Juanito, Tomochi, Chuahtemoc (hogares indígenas). Ciudad Obregón, Hermosillo y Chihuahua (hogares mestizos).	
Sonora	Yaqui	Ciudad Obregón, Guaymas y Hermosillo, Estación Vicam y Bacum.	En las microrregiones yaqui y mayo, dada su ubicación en un hinterland urbano, sus pobladores tienen acceso a una red diversificada de servicios de salud de diferentes instancias como SSA, IMSS, ISSSTE, ISSSTESON, Medicina Privada y Farmacias Similares. Sus desplazamientos comprenden las principales ciudades del Estado, y en términos comparativos a las microrregiones de las otras entidades sus opciones de atención no sólo son más diversas sino numerosas. En la microrregión guarijía, se refiere una menor presencia de recursos de medicina profesional, en general los habitantes de esta microrregión acuden a la cabecera municipal donde existen unidades de apoyo como el Hospital General de Álamos de la SSA-Sonora y una UMF del IMSS, sin embargo el escaso poder resolutorio de ambas unidades provoca que sus habitantes acudan a los nodos urbanos mencionados.
	Mayo	Etchojoa, Huatabampo y Navojoa.	
	Guarijía	Navojoa, Obregón y Hermosillo	

no siempre sea una garantía). Esta situación ocurre incluso en municipios como Mazatlán Villa de Flores, en donde existen servicios de salud de segundo nivel "relativamente cercanos".

Aunque como se sabe, la atención de segundo nivel escapa a la injerencia y compromiso del Paquete Básico Garantizado de Salud, el acceso a dichos servicios se ha considerado en la descripción de la pautas de atención, en principio atendiendo a las formas reales en que se están dando dichas pautas en los contextos de estudio, debido a

las limitadas posibilidades de una diagnosis temprana y el avanzado estado de enfermedad en que la mayoría de los usuarios inicia sus trayectorias de atención.

Estos éxodos en busca de atención médica tienen como origen la falta de confianza en los servicios que ofrece el Estado (medicina formal pública), a consecuencia de las condiciones descritas que comprometen la capacidad resolutive de los centros de atención de primer nivel, que son precisamente la base operativa del Paquete Básico Garantizado de Salud.

Las pautas de atención foránea, principalmente en los casos de atención a la salud de segundo nivel, permiten comprender cabalmente las realidades de la atención de los hogares de estudio. En promedio, el resultado de las pautas de atención de los hogares estudiados fue del siguiente modo. En general, los hogares de estudio en las microrregiones chiapanecas acuden al primer nivel de atención para tratar padecimientos menores como dolores (cuerpo, cabeza, estómago, accidentes, colitis, gastritis).^{*} Los usuarios de servicios de primer nivel son generalmente beneficiarios del Programa con condiciones de salud que presentan de manera crónica y que los llevan de manera regular a la búsqueda de servicios, aunque en general se ve una tendencia a atenderse en consultorios privados de las cabeceras municipales o que se ubican fuera de sus localidades. En el estado de Chiapas, la atención en el segundo nivel es menor en comparación con otras microrregiones estudiadas en las entidades de Sonora, Oaxaca y Chihuahua y las prácticas de autoatención (automedicación en farmacias similares) y las consultas con yerberos son las más comunes, principalmente en la atención de los hogares no beneficiarios, independientemente de su condición étnica (aunque dadas las características de la muestra se presentan mayoritariamente entre indígenas). En Chiapas se registró un uso ligeramente mayor de casas de salud, que atribuimos a las limitaciones de movilidad de los hogares dados los problemas de transporte.

En general, entre hogares indígenas beneficiarios se observa una tendencia mayor de acudir en principio al primer nivel de atención y al no obtener resolución se atienden en el segundo nivel. De cualquier modo las trayectorias de atención en Chiapas, fueron las que menos reportaron resolución de sus eventos de enfermedad; la conclusión de los mismos en general era seguir viviendo enfermo.

En cuanto a las microrregiones de Samachique y Norogachi en Chihuahua se observa una mayor tendencia a utilizar directamente los servicios de segundo nivel, dada la mayor capacidad resolutive de los mismos y el uso exclusivo de los servicios de primer nivel para el cumplimiento de corresponsabilidades. Entre los indígenas rarámuri las pautas de atención son generalmente la autoatención, la medicina tradicional y el acceso directo a servicios de segundo nivel, aun para padecimientos menores. En tanto que los no beneficiarios mestizos generalmente fueron los hogares que menos recibían atención médica, circunscribiéndose a la autoatención.

En el caso de Oaxaca, los hogares beneficiarios indígenas tienen una mayor predisposición a la atención de padecimientos menores en el primer nivel y un patrón muy general de acceso a diagnosis en el primer nivel de atención y acceso a tratamiento en el segundo nivel, a excepción de la microrregión mixe, que generalmente reportó más casos de automedicación, relacionadas con las limitaciones económicas para solventar los costos de salud en el Hospital María Lombardo de la SSA.

En la microrregión Costa el uso de casas de salud fue más frecuente con motivo de la atención de casos menores, pero tanto en Costa como mazateca, se observa una tendencia a acudir directamente a servicios de segundo nivel o consultorios particulares en casos considerados de gravedad por las familias, sin pasar por el primer nivel de atención. En tanto las microrregiones mayo y yaqui de Sonora se presentó una pauta de atención que combinaba la diagnosis en el primer nivel y el tratamiento en el segundo nivel de atención.

Los hogares pimas no beneficiarios fueron los más vulnerables, registrando la menor cobertura entre todas las microrregiones de estudio de las cuatro entidades en acceso a servicios de salud de cualquier nivel. En general, estas condiciones son compartidas por los hogares de dichas poblaciones con una ligera frecuencia (mayor) de consultas en primer y segundo nivel de beneficiarios mestizos.

Lejos de disminuir, la atención en el segundo nivel se incrementa en la atención de padecimientos graves, sobre todo de familias beneficiarias, quienes reportan una mayor disposición en resolver sus procesos de salud - enfermedad - atención por los medios que les sean posibles. Se observa que estos hogares acuden, por lo general, a servicios de primer

* De acuerdo a los padecimientos reportados (en términos de los entrevistados).

nivel o directamente al segundo, en condiciones de urgencia o avanzada y grave enfermedad, manifestando complicaciones que requieren de la atención de especialistas y, por ende, de su respectiva canalización; esta situación comúnmente implica la saturación de los servicios de segundo nivel y hace patente la aún incipiente capacidad de la medicina preventiva en los contextos de estudio, principalmente en cuanto a los padecimientos que resultan de complicaciones respiratorias, gástricas o del embarazo (como la preeclampsia), y la identificación temprana de riesgos que implican la práctica de estudios clínicos no disponibles en las clínicas rurales, como por ejemplo el examen de detección oportuna de cáncer cervicouterino (Pap).

Respecto de las pautas de atención de los hogares beneficiarios, se puede decir que, en general, *Oportunidades* no ha logrado tener mayor injerencia salvo la relativa al cumplimiento de corresponsabilidades. De acuerdo a lo observado, las pautas de atención están más determinadas por las posibilidades económicas de las familias y por las redes sociales y de servicios a las que tienen acceso en sus comunidades, independientemente de la calidad de las mismas. En definitiva, el uso de servicios de primer nivel es casi exclusivo para el cumplimiento de corresponsabilidades, a excepción del acceso a métodos anticonceptivos y atención de padecimientos, generalmente crónicos o menores, ya bien identificados por los hogares, y de los que saben que dichos centros, pueden ofrecerles posibilidades resolutorias (dolores, diarreas, infecciones respiratorias, accidentes, etc.).

AFRONTAMIENTOS ECONÓMICOS DE LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD

La irregularidad de abasto de medicamentos y de profesionales médicos, así como la escasa confianza que manifiestan los hogares de estudio en los centros locales de salud, ha generado, como se ha documentado, un tendencia creciente de la búsqueda de atención de primer y segundo nivel, en clínicas públicas y privadas, que tiene implicaciones muy comprometedoras para las economías domésticas de los hogares de estudio. Los costos de estas pautas, se resuelven del siguiente modo:

- A mayor vulnerabilidad económica y social (marginalidad geográfica y lejanía de los centros de salud), mayores costos de atención. La inversión en la atención de la salud se incrementa significativamente entre hogares indígenas (independientemente de su adscripción al Programa) y de hogares mestizos no beneficiarios que viven en contextos de marginalidad geográfica. El impacto de los procesos de salud enfermedad en las economías familiares es evidente en cada trayectoria de atención y pone de manifiesto lo costoso que sigue siendo el acceso a servicios de salud para las familias de más bajos ingresos.
- En todas las microrregiones los hogares indígenas y los no beneficiarios en general reportan mayor uso de servicios privados para la atención a la salud y las trayectorias de atención más costosas.
- La limitada eficacia resolutoria del primer nivel y la muy baja confianza de las poblaciones rurales e indígenas en los servicios locales de salud, condiciona el tratamiento tardío de enfermedades prevenibles, con el consecuente incremento en los costos por su atención. Ejemplos abundantes fueron relativos a las complicaciones de ERA y padecimientos gastrointestinales, que en algunas microrregiones iban de los 5 000 a los 10 000 pesos de inversión.
- Los recursos monetarios que se emplean provienen de remesas nacionales o internacionales, o de las redes familiares que laboran en esos destinos de atención (por ejemplo, las microrregiones oaxaqueñas o sonorenses).
- Los costos de la atención a la salud, suelen resolverse a través de préstamos familiares o de caciques rurales, venta de activos familiares (terrenos, medios de transporte y animales).
- Para costear las trayectorias de atención, los animales de corral juegan un papel determinante como recursos activos, lo que generalmente entra en contradicción con los mensajes que cotidiana y tácitamente (aun sin ser promovidos desde las Reglas de Operación del Programa)¹ los prestadores de servicios de salud emiten, condicionando o desalentando la posesión de animales de corral, so pretexto de mejorar las condiciones de Saneamiento Básico de los hogares.
- El apoyo familiar y comunitario es elemental, sobre todo para cubrir los costos de padecimientos graves como cáncer o aquellos que requieren cirugías u otras especialidades. Esta conducta fue más común en las microrregiones oaxaqueñas que en las de las otras entidades estudiadas.
- Las transferencias de *Oportunidades* son empleadas como un recurso en caso de emergencias médicas. Una práctica más común entre hogares indígenas que mestizos.

- Principalmente los hogares no beneficiarios, independientemente de la variable étnica y en general los hogares estudiados en las microrregiones chiapanecas y en la microrregión guarijía tienen una mayor tendencia a truncar sus trayectorias de atención por motivos económicos.
- El acompañamiento en las carreras del enfermo se suma a los múltiples gastos que enfrentan los hogares. Ninguna trayectoria documentó un afrontamiento individual del evento de resolución de los padecimientos. Al menos un miembro de la familia, el cónyuge o los hijos, participan acompañando al enfermo (con la consecuente imposibilidad temporal de dedicarse al trabajo agrícola o de otro tipo lo que lleva a la reducción de los ingresos familiares). A mayor distancia y eficacia resolutoria de los servicios locales de salud, mayores son los costos de traslado, alimentación y hospedaje de los acompañantes y enfermos.
- Para las personas que viven con enfermedades crónico-degenerativas, como hipertensión y diabetes, ser beneficiario de *Oportunidades* representa un apoyo imprescindible, que tiene un impacto muy favorable en las economías domésticas, garantizando el acceso a medicamentos y a citas de control (principalmente de aquellos beneficiarios que viven a proximidad de los centros de salud).*

Para algunos hogares indígenas la adscripción al Programa no significó una disminución en los costos reales de atención, como por ejemplo los pimas de la microrregión guarijía de Sonora. En estos hogares los costos de la atención fueron muy elevados, incluso para padecimientos relativamente simples. Además de que, en general, pagan por el acceso a medicamentos, comúnmente gratuitos en otras microrregiones como el paracetamol y mensualidades de 35 pesos en las clínicas locales (independientemente de si usan o no el servicios, en ellos la preferencia por servicios privados). En la microrregión pima, inclusive los hogares mestizos (independientemente de su adscripción al Programa) reportaron gastos excesivos en la atención a la salud, aunque en menor medida que los indígenas. En esta microrregión la eficacia resolutoria sólo contemplaba la atención y tratamiento de pacientes hipertensos (bajo las condiciones de pago ya descritas en los centros locales de salud).

Por el contrario, en las microrregiones de Samachique y Norogachi, la discriminación positiva a favor de los indígenas rarámuri por parte de las instituciones religiosas de salud, tiene impactos muy favorables en términos de la reducción de costos y acortamiento de los desplazamientos en la búsqueda de eficacia resolutoria (aun presentado las mismas pautas de uso de los servicios locales de salud promovidos por el Estado, SSA e IMSS-*Oportunidades*, a las que asisten exclusivamente[†] para el cumplimiento de corresponsabilidades). Sin embargo, los costos en la atención de los hogares no indígenas sí son considerablemente más altos, sobre todo en cuanto a la atención de segundo nivel, pues es frecuente que acudan a consulta de especialidades (en servicios públicos y privados) y a realizarse estudios en los nodos urbanos más cercanos, principalmente Cuauhtémoc y Chihuahua. La adscripción al Programa en estos casos no se traduce en la disminución de dichos costos para los hogares mestizos. De hecho, de acuerdo con los hogares mestizos de la microrregión, la Clínica de San Carlos en Norogachi comienza a negar atención a los beneficiarios mestizos del Programa *Oportunidades*.

En las microrregiones chiapanecas los costos de la atención son también elevados, aunque dado que las trayectorias de atención generalmente quedan truncas (más prontamente), los costos disminuyen en comparación con, por ejemplo las microrregiones guarijías, oaxaqueñas o sonorenses. Siendo los servicios privados los más recurridos, la atención de padecimientos relativamente simples como EDAs y ERAS, o el seguimiento de pacientes diabéticos puede tener costos de hasta 700 pesos (consulta y medicamentos). Aunque los costos son también excesivos, para las posibilidades económicas de estas familias, ni siquiera el pago de los mismos garantiza la resolución de sus padecimientos. Fue frecuente que, pese a las inversiones económicas, los hogares no vieran resueltas sus necesidades de atención. En estas microrregiones el apoyo económico por parte de redes religiosas para la gestión de transporte, la orientación hacia centros con cierta eficacia resolutoria o el pago de médicos particulares marcó la diferencia en

* Salvo los hogares ubicados en las microrregiones chiapanecas, la guarijía en Sonora y la mixe en Oaxaca, casos que hicieron evidente el impacto a partir de la comparación.

† Los rarámuris fueron el grupo étnico que menos reportó utilizar los servicios locales de salud (centros de salud de la SSA y UMR del IMSS-*Oportunidades*). Entre los mestizos la tendencia a utilizar estos servicios es mayor, pero aun así considerablemente baja en comparación con las microrregiones de las otras entidades estudiadas.

términos de los costos en ciertos hogares, aunque a diferencia de la Tarahumara, la presencia de estas iglesias sólo incide en los términos descritos y no se han concretado instituciones ex profeso de salud, por lo que la incidencia de estas organizaciones es más bien irregular y está lejos de significar el mismo impacto que tiene en tanto a la atención de poblaciones indígenas en la Tarahumara.

En el caso de las microrregiones oaxaqueñas, los costos de atención dependen principalmente del tipo de proveedor, determinados por la gratuidad, en los centros de primer y segundo nivel de IMSS-*Oportunidades* y las cuotas, generalmente excesivas (de acuerdo a las posibilidades de los hogares estudiados) del segundo nivel de atención de la SSA en la microrregión mixe. Mientras que los habitantes de las microrregiones mazateca y Costa cuentan con sendos hospitales del IMSS-*Oportunidades* que brindan atención gratuita a beneficiarios, los hogares mixes se enfrentan al pago de altas cuotas, principalmente por motivo de atención ginecobstétrica, que comprometen gravemente las economías domésticas y la salud particularmente de las mujeres (un parto puede llegar a costar entre 5 000 y 7 000 pesos, independientemente de la adscripción al Programa y la condición étnica).

En las microrregiones mayo y yaqui de Sonora los costos no son tan altos como los casos descritos. La proximidad de otras comunidades con diferentes grados de eficacia resolutive (acceso a medicamentos, hospitalización, etc.), les permiten jugar con un abanico más amplio de posibilidades de atención (ensanchadas aún más por la cobertura del Seguro Popular y por la derechohabencia de ciertos hogares el Seguro Social o al ISSSTE), además de ciertas facilidades de transporte (insistimos, comparativamente).

Se puede decir que *Oportunidades* tiene un impacto favorable en tanto que las transferencias económicas representan un recurso extraordinario para la atención de los procesos de salud enfermedad. También garantiza (bajo las condiciones y escenarios que ya se ha expuesto) el acceso a la atención y tratamiento gratuito de pacientes crónico-degenerativos, con implicaciones muy favorables para las economías familiares. Sin embargo, el Paquete Garantizado de Salud no ha logrado disminuir los costos reales de la atención de los procesos de salud enfermedad de los hogares beneficiarios, debido a la limitada eficacia resolutive de los servicios de primer nivel, que condiciona el tránsito real hacia una práctica médica preventiva. Las pautas de atención siguen siendo paliativas, y aunque se documentó un ligero incremento en la atención temprana de la población infantil beneficiaria de larga exposición que vive a proximidad de los centros de salud (principalmente mestizos), las necesidades reales de atención a la salud, siguen resolviéndose con recursos familiares y a través de la medicina privada, la autoatención, la medicina tradicional (que lejos de significar menores costos para la atención a la salud, implica también grandes gastos) o la combinación de la medicina oficial pública y servicios técnicos como laboratorios, ultrasonidos, radios equis, que generalmente son costeados por los mismo hogares. A todo ello se suman las inversiones comunes que implican los éxodos en la búsqueda de eficacia resolutive fuera de los contextos locales en que habitan las familias de estudio.

Ahora bien, con el fin de analizar las pautas de uso de los recursos de salud (autoatención, medicina oficial pública, privada, medicina tradicional y medicinas alternativas) disponibles en las diferentes microrregiones de las entidades de estudio, el estudio se ha apoyado en el análisis cualitativo de los itinerarios de los procesos salud - enfermedad - atención, a través de la reconstrucción* de las trayectorias de atención de diferentes miembros de hogares estudiados de acuerdo con la muestra analítica.

En los itinerarios terapéuticos se suelen combinar formas de atención de diferentes modelos, como quedó explicado en las primeras líneas de este apartado. Percibimos diferencias de acuerdo a la muestra analítica y según las trayectorias de atención en los siguientes aspectos. A continuación, los aspectos de índole general que observamos.

En términos generales, la estrategia real de enfrentamiento de los hogares beneficiarios y no beneficiarios en la resolución de los procesos de salud-enfermedad se conduce, en principio, a través de la autoatención, seguida, dependiendo del grado de gravedad, de la medicina pública (o instituciones religiosas en el caso de la sierra de Chiuhuahua) de segundo nivel y en otros casos la búsqueda de consultorios particulares y servicios técnicos (estudios

* Las trayectorias de atención se reconstruyeron principalmente a partir de los testimonios de las jefas de familia de los hogares estudiados, aunque en algunas ocasiones otros miembros del hogar participaban en la narración de dichas trayectorias, las conversaciones sostenidas con las jefas de hogar (madres) resultaban imprescindibles, dado su papel como agentes de salud, en cuanto a la selección de los servicios y su papel como curadoras en el contexto de la autoatención y acompañantes de los enfermos durante los itinerarios.

de laboratorio, radió x, ultrasonidos) en nodos urbanos, principalmente entre indígenas independientemente de su adscripción al Programa.

Los servicios de primer nivel en general son más frecuentemente utilizados por beneficiarios mestizos de larga exposición y quienes menos acuden a ellos son los indígenas no beneficiarios en general y los indígenas rarámuri en particular (independientemente de su adscripción al Programa). Los utilizan para realizarse el Pap, tener acceso a métodos anticonceptivos, medicamentos para el dolor y principalmente tanto indígenas como mestizos beneficiarios para el control y seguimiento de padecimientos crónico-degenerativos.

Entre los hogares indígenas (independientemente de la adscripción a *Oportunidades*) se identifica un uso menos frecuente de servicios de salud en el primer nivel, aunque una predisposición mejor de aquellos que viven a proximidad de los centros de salud. Comúnmente en estos hogares se ignoraban los diagnósticos y referían malestares y padecimientos a los que no pueden darle un nombre. De cualquier modo, se observa una tendencia creciente de las familias indígenas beneficiarias a reconocer sus diagnósticos (sobre todo los generados en el segundo nivel) en comparación con los hogares indígenas no beneficiarios y en cierta medida con los mestizos no beneficiarios (no generalizable a los indígenas chiapanecos independientemente de ser o no beneficiarios). En general, existe poca adherencia terapéutica de los beneficiarios que viven alejados de los centros de salud, pero una mejor disposición a seguir los protocolos cuando se tiene acceso regular a medicamentos, sobre todo, entre pacientes crónico-degenerativos que viven a proximidad de las clínicas y una mayor renuencia a utilizar servicios quirúrgicos del segundo nivel (una mejor disposición en los casos en que son hogares derechohabientes del Seguro Popular). De cualquier modo, los indígenas beneficiarios reportan trayectorias de atención más largas y menos exitosas en términos de conseguir una diagnosis y un control o resolución para sus padecimientos, mientras que los indígenas no beneficiarios acuden con más frecuencia a redes privadas de atención a la salud, reportando itinerarios más costosos, igualmente largos y no siempre exitosos.

Los indígenas beneficiarios presentan una mayor diversidad en la aplicación de diferentes modelos para la atención a la salud, como medicina oficial pública, medicina tradicional y autoatención. Mientras que los no beneficiarios acuden regularmente a la medicina tradicional, aplican remedios caseros y prácticas de automedicación, solamente en casos graves y complicados asisten a los hospitales y tienen menos posibilidades de gestión y consultoría con los centros locales de salud.

Aquellos que viven lejos de los centros de salud, no hacen uso de los servicios de primer nivel y acuden directamente a los hospitales, ya sea en los núcleos urbanos donde residen sus redes familiares o a los nosocomios de la región. En general refieren mayor frecuencia en prácticas de autoatención empleando los fármacos que obtienen de los centros de salud de primer nivel.

Por último los hogares indígenas no beneficiarios, no se identifican con los servicios locales de salud, y manifiestan renuencia a participar en campañas locales de salud. Por otro lado, estos hogares son más susceptibles a los cambios en los roles domésticos, que afectan las trayectorias educativas de los hijos, principalmente de aquellos con menores habilidades sociales y grados de escolaridad, sobre todo de las mujeres cuando la madre o la abuela (en hogares dona) se enfrenta a una enfermedad.

En definitiva, los sistemas de creencias operan como factores de retardo en la búsqueda de atención a la salud, principalmente de hogares indígenas beneficiarios y de los beneficiarios que no tiene un acceso próximo a los centros de salud, o que lo tienen pero con umbrales cortos de exposición o que han tenido malas experiencias con los servicios (ejemplo, cuando se presentan nosologías propias de las cosmovisiones indígenas, sobre todo en el caso de "susto" entre mujeres indígenas en periodo gestacional quienes comúnmente prefieren no amamantar a sus hijos por las consecuencias nefastas de dicho síndrome para el infante). En general, en beneficiarios de reciente exposición al Programa, el centro de salud se transforma en opción una vez que se es beneficiario de *Oportunidades*.

El analfabetismo y la escasa escolaridad entre los indígenas sí tiene un impacto diferencial en el caso de las trayectorias de atención de adultos mayores (sobre todo aquellos que viven con enfermedades crónico-degenerativas como hipertensión y diabetes). Esta situación se recrudece por el estado de abandono en que viven los ancianos, debido a las dinámicas migratorias y es más común en hogares indígenas. Se encuentra que los hogares beneficiarios presentan diagnosis más acabadas y mayor adherencia terapéutica, con itinerarios terapéuticos menos costosos,

más cortos y de mayor efectividad en la resolución de sus procesos de salud enfermedad, sobre todo en mestizos beneficiarios de larga exposición. Uso más regular de los servicios locales de salud y otros servicios del Estado (como hospitales y albergues). Mayor disposición y acceso a la resolución de procesos de salud enfermedad a través de cirugías en el segundo nivel.

Los hogares no indígenas no beneficiarios, prefieren la medicina tradicional que los servicios de salud del Estado, refieren trayectorias de atención más cortas, usan con menos frecuencia los servicios de salud locales y muestran cierta renuencia a participar en campañas locales de salud. Emplean la autoatención, los remedios caseros y las resoluciones religiosas para enfrentar sus procesos de salud enfermedad. Documentamos que es común que suspendan sus trayectorias de atención cuando hay necesidad de intervención quirúrgica por obstáculos económicos; sus trayectorias suelen ser costosas. La discriminación positiva de indígenas en los hospitales de la Tarahumara provoca una exclusión, que en esta microrregión hace más vulnerables a los mestizos en comparación con otras microrregiones de las restantes entidades.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: DATOS GENERALES DE LA MUESTRA EN LAS DIFERENTES ENTIDADES

CHIAPAS

La muestra del estudio cualitativo comprende un total de 44 casos de los cuales 30 son mujeres indígenas (26 beneficiarias y cuatro no beneficiarias de *Oportunidades*) y 14 mujeres no indígenas (10 beneficiarias y 4 no beneficiarias). En promedio, los ciclos reproductivos comienzan a los 19 años y terminan a los 35 años. El promedio de número de hijos es de 6.6 hijos por mujer, sin embargo no resulta significativo dada la gran diferencia entre los casos. Tampoco resultan significativas las diferencias entre mujeres indígenas y no indígenas (beneficiarias o no beneficiarias), la diferencia radica principalmente en la duración del ciclo reproductivo: entre más extendido sea éste, mayor es el número de hijos por caso. Además, dadas las características de la muestra (gran número de casos indígenas beneficiarios) no es posible establecer una comparación contundente.

Pautas de atención en el parto. En general las mujeres indígenas de las localidades estudiadas en el estado de Chiapas se han atendido con partera. Las razones que subyacen a esta preferencia son la costumbre, el hecho de que la partera sea una persona conocida por ellas y por la comunidad y en muchos casos ésta (o éste) es incluso un familiar (madre, suegra, tía, etc.). Consideran la atención hospitalaria como fría e impersonal dada la rotación de médicos (al interior de la institución o bien de la comunidad). Muchas mencionan la cuestión del pudor, no les gusta que gente desconocida (y en su mayoría hombres) las vean. De igual manera, una de las mayores limitantes en la búsqueda de atención médica es el temor de ser víctima de alguna negligencia médica, o bien, de ser intervenida quirúrgicamente en caso de ser necesaria una cesárea. Este temor se ve fundado por el hecho de que a las mujeres les angustia tener que desatender a sus otros hijos por acudir a las instituciones de salud para el alumbramiento, o bien durante el tiempo necesario para la recuperación.

Mujeres indígenas jóvenes (18-19 durante el estudio). En los casos reportados las mujeres fueron atendidas por parteras. Se reporta un par de casos de madres jóvenes en vías de su primer alumbramiento que planeaban atenderse con la ayuda de partera. Estas asistieron a control prenatal de diferente manera: una con partera que ofrece atenciones de tipo "masajes para acomodar al bebé", vitaminas, sueros, etc. y otra en la clínica de salud.

Mujeres indígenas entre 38 y 45 años. Hicieron uso de atención médica en los partos por complicaciones médicas, sin embargo manifiestan como primera opción la partera. Se observa que una vez que hicieron uso de los servicios médicos, suelen preferir este tipo de atención para los siguientes partos por las facilidades que ofrece la atención médica en el parto (inyecciones que provocan el parto, equipo médico en caso de complicaciones).

Mujeres indígenas entre 40 y 50 años. Acudieron con partera en casi la totalidad de sus partos. Se observa no obstante que las mujeres que presentan ciclos reproductivos largos han sido atendidas por médicos en sus últimos partos. Esto se debe a que las parteras las envían a atención médica dado el carácter de riesgo que presentan los partos a edad madura.

Mujeres no indígenas. Los pocos casos reportados declaran acudir al médico únicamente en caso de venir en mala posición el bebé.

Muerte infantil. Se reportan 19 casos de muerte infantil, 17 en hogares indígenas y dos en no indígenas, cabe mencionar nuevamente que la diferencia se debe a las características de la muestra (mayoría de casos indígenas beneficiarios). La mayoría de estos (10/19) ocurrieron en los primeros meses de vida y un caso cerca del año. Le siguen los casos de muerte durante la infancia (6/19). Para el resto de los casos no se especificó la información. Las muertes tuvieron por causa, en el caso de los infantes en sus primeros meses de vida, las enfermedades respiratorias, así como problemas de alimentación (el bebé no aceptaba el alimento). En el caso de las muertes durante la infancia, los motivos de los fallecimientos fueron las enfermedades respiratorias y los cuadros de infección gastrointestinal. En la región de Las Margaritas, resalta el hecho de que los niños fallecidos, nacidos en las primeras generaciones de las mujeres entre 40 y 50 años, no fueron atendidos por la falta de servicios de salud a proximidad. Se recurría entonces a la partera o al curandero.

Métodos anticonceptivos. Una de las características que salta a la vista en el análisis es el hecho de que las mujeres indígenas no reportan la utilización de métodos anticonceptivos (1/30 casos), únicamente se documentó 20% de casos en los que se ha realizado la salpingoclasia. En contraste, 40% de la muestra de mujeres no indígenas, principalmente beneficiarias y ex beneficiarias, manifiesta utilizar o haber utilizado métodos anticonceptivos hormonales, y 30% se ha hecho operar con el fin de no tener más hijos. Las mujeres no indígenas beneficiarias han obtenido información respecto a los métodos anticonceptivos y su utilización a través de las pláticas de *Oportunidades*, a las que asistieron como parte de sus responsabilidades.

Las mujeres indígenas opinan que los métodos anticonceptivos tales como pastillas e inyecciones hormonales son dañinos para la salud de la mujer, de ahí que algunas prefieran operarse al considerar que ya tienen los hijos que desean y/o que puedan mantener. También ponen a consideración en esta decisión el costo de la atención durante el parto y sobre todo, en caso de requerir cesárea que resulta costosa y cuya atención posterior las obliga a desatender a la familia. Otro de los factores que desalienta el uso de los métodos anticonceptivos modernos en algunos de los casos estudiados (indígenas) es el desacuerdo de la pareja quien decide tomar las precauciones necesarias sin recurrir tampoco a métodos "no naturales". En cuanto a la salpingoclasia, sale a la luz la labor de convencimiento realizada por los médicos de los servicios locales de salud.

OAXACA

Pautas de atención de partos. En general, en todas las regiones de estudio se observa que hay una alta frecuencia en las historias reproductivas documentadas de atención del parto con partera, sobre todo en lo que concierne a los casos de mujeres indígenas. Como sucede con Chihuahua, algunas mujeres de edades de 30 a 40 años van a buscar asistencia hospitalaria en los últimos partos, ya sea por temor a complicaciones (complicaciones relativas a los embarazos tardíos, cesáreas) o bien porque la mujer desea detener definitivamente la capacidad reproductiva. Esta búsqueda de atención médica es aún más probable si se vive en la cabecera municipal donde se cuenta con servicio médico de segundo nivel o bien son más frecuentes los casos de mujeres no indígenas que siguen esta última pauta. Es también en estos últimos partos de mujeres no indígenas donde se han presentado casos de atención prenatal. En Mazatlán Villa de Flores se presentan casos de coincidencia de migración durante la etapa del parto a la Ciudad de México, ahí la atención fue hospitalaria. Las mujeres jóvenes acuden con más frecuencia al hospital que las mayores, sobre todo al control prenatal. Esto se puede explicar por el mayor acceso en la actualidad a los servicios de salud institucionales. En los casos de mujeres mayores se alternó la atención de la partera y de servicios

médicos. Las mujeres beneficiarias han acudido mayormente a control prenatal en los periodos en los que han sido beneficiarias. De esto último, la ocurrencia ha sido mayor en mujeres no indígenas.

Métodos anticonceptivos. Las mujeres indígenas beneficiarias de edades de 20 a 40 utilizan y/o conocen los métodos anticonceptivos. Para estas mujeres, la decisión de emplearlos o no se encuentra relacionada con la percepción de los métodos como causantes de daños en la salud de la mujer. Con frecuencia, la toma de anticonceptivos o bien la esterilización permanente se hace hasta el final del ciclo reproductivo cuando la mujer y/o la pareja consideran que se tienen los hijos deseados. En general se reporta un nivel bajo de utilización de los métodos anticonceptivos durante el periodo reproductivo: es decir se planifica tardíamente. Como ya se mencionó en el apartado anterior, este tipo de comportamiento se observa más en mujeres no indígenas que en indígenas.

Muerte infantil. La mayoría de los casos que se reportaron resultaron muertes en los primeros meses de vida provocadas por cuadros respiratorios o gastrointestinales.

CHIHUAHUA

Se cuenta con 48 trayectorias reproductivas para el análisis de las cuales 12 corresponden a casos de madres indígenas beneficiarias, 13 de indígenas no beneficiarias, 12 de mujeres no indígenas y beneficiarias, 11 de no indígenas no beneficiarias. En cuanto a la duración del ciclo reproductivo, se observa una diferencia entre mujeres indígenas y no indígenas: las primeras comienzan en promedio a los 17 y terminan a los 30, y para las segundas, la edad promedio es de 20 para el inicio y 31 para el fin. El número de hijos promedio es de cinco, con la localidad de Samachique como la más representativa de esta cifra. Las mujeres indígenas no beneficiarias de las regiones estudiadas de Chihuahua tienden a tener el mayor número de hijos. Se trata de mujeres cuyas edades oscilan entre los 42 y 60 años, y que finalizaron su ciclo reproductivo antes de 1998.

En general, como se mostrará a continuación, la clínica de Samachique cumple verdaderamente con el objetivo de salud de primer nivel al asegurar tanto a beneficiarios como no beneficiarios los servicios de atención pre y posnatal, la provisión de métodos anticonceptivos y orientación de salud sexual.

Pautas de atención de partos. La diferencia entre mujeres indígenas y no indígenas radica en que la mujer no indígena prefiere buscar la atención de personal médico para el parto aunque se presenten casos que por urgencia o bien por falta de servicios en la proximidad se atiendan con partera. La mujer indígena prefiere la atención de la partera, no obstante se observa que frecuentemente los últimos partos son atendidos por médicos ya sea por complicaciones relativas a la posición inadecuada del producto o bien por aquellas que tienen que ver con la salud de la mujer. Es muy posible que esta pauta sea determinada por un acceso más amplio a los servicios, sobre todo para aquellos partos cercanos a la mitad de la década de los noventa. Puesto que las clínicas de primer nivel no atienden partos con dificultades, las mujeres se han visto obligadas a acudir a otras localidades con servicios de segundo nivel. En cuanto a la atención prenatal ésta es frecuente, de hecho, es en la microrregión de Samachique donde se hallaron más casos de mujeres que acudieron a la clínica local en búsqueda de atención médica y esto en casos tanto de beneficiarias como no beneficiarias.

Métodos anticonceptivos. En general, se presentan casos de mujeres tanto indígenas como no indígenas que utilizan métodos anticonceptivos alternando el uso de DIU y métodos hormonales, con periodos de descanso donde ocurrieron embarazos. Dichos periodos de descanso pudieron ocurrir por elección propia o bien por desabasto de métodos anticonceptivos en la clínica local, lo que representa una limitante para su utilización. Muchos de los ciclos reproductivos terminan con la realización de la operación de ligadura de trompas de Falopio luego de decidir el último parto. En Maycoba, la clínica distribuye tanto los métodos hormonales como el DIU. Algunas familias debieron asumir el costo de la esterilización permanente. Las mujeres más jóvenes (19 a 40 años) utilizan o han utilizado con mayor frecuencia los métodos anticonceptivos.

El estudio de los casos de la microrregión de Samachique arroja resultados diferentes, en los que se aprecia una mayor frecuencia de utilización, tanto en beneficiarias y no beneficiarias así como indígenas y no indígenas, de métodos hormonales y/o DIU en algún momento de su vida reproductiva (66%) y de ligadura de trompas de Falopio al final del ciclo reproductivo (73%). La mayor frecuencia se observa después de los años 1990. En estos casos se documentó el acuerdo de la pareja sexual y familiar en la decisión del control familiar. En todos los casos de utilización de métodos hormonales y/o DIU, éstos fueron proveídos por la clínica de la localidad (primer nivel) aunque con periodos de desabasto que algunas mujeres lograban superar encargando los medicamentos a otras localidades, y las que no los conseguían se embarazaban en algunos de los casos. Como ya se mencionó anteriormente, el promedio de hijos en esta región se acerca a los cinco hijos por familia, aunque si se separan las poblaciones indígenas de las no indígenas se obtiene un promedio de cinco para los primeros y de tres para los segundos, dicha diferencia se explica con el hecho de que son las mujeres indígenas quienes utilizan menos los anticonceptivos, o únicamente deciden ligarse después de considerar que ya tuvieron los hijos que deseaban. Algunos testimonios hacen referencia a la labor de convencimiento en cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos así como en la orientación sobre la planificación de parte del personal médico de la clínica local.

Salud sexual. La realización de la prueba de detección del cáncer cervicouterino se lleva a cabo más por mujeres beneficiarias que por las no beneficiarias. Luego de la plática sobre el tema, las mujeres son invitadas a realizarse la prueba. Puesto que la plática de corresponsabilidad se realiza al mismo tiempo, puede llevar a pensar a estas mujeres que el Papanicolaou es parte de sus corresponsabilidades, por lo que se observa que las beneficiarias lo realicen cada año, en tanto que las no beneficiarias presenten periodos de hasta tres años sin haberse realizado la prueba. No obstante, las beneficiarias se quejan de no estar informadas de los resultados que arrojan estas pruebas.

Aparte del caso especial de Samachique, se observa que en los casos de las mujeres no indígenas, tanto beneficiarias como no beneficiarias, se presenta con mayor frecuencia la utilización de los métodos anticonceptivos hormonales y dispositivo, que en los casos de mujeres indígenas.

Muerte infantil. Se documentaron 18 casos de muerte infantil en la muestra estudiada. De éstos 83% son de familias indígenas y casi la totalidad murieron antes de cumplir un año de enfermedades relacionadas principalmente con padecimientos gastrodigestivos y respiratorios. Cabe enfatizar que en la muestra de Chihuahua hay igual número de casos de indígenas y no indígenas. Se reporta un caso de negligencia médica en el que no recibieron la atención adecuada ya que el médico se encontraba ebrio. Los casos restantes no indígenas, murieron todos de enfermedades respiratorias.

SONORA

Guarijía. La muestra de hogares indígenas estudiada en la región guarijía presenta visibles diferencias con la muestra no indígena. En la primera se observa un número más elevado de alumbramientos por hogar, asistidos por parteras e incluso por la mujer misma con ayuda del cónyuge, se utilizan en muy pocos casos métodos anticonceptivos, lo que puede extenderse para los hogares no indígenas también. Estos últimos combinan la atención de parteras con instituciones públicas de salud. Los hogares no beneficiarios analizados no han realizado la prueba de detección del cáncer cervicouterino. Las mujeres indígenas presentan un ciclo reproductivo más extendido que las no indígenas.

Mayo. En la microrregión mayo se observa que la mayoría de los hogares estudiados, indígenas y no indígenas, beneficiarios y no beneficiarios, recurre a instituciones de salud públicas del IMSS principalmente (segundo nivel) o de la SSA para el alumbramiento y el control prenatal. En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos, éstos son ampliamente utilizados sin grandes diferencias entre indígenas o no indígenas, beneficiarios o no beneficiarios. Al parecer la cercanía de las instituciones hospitalarias o bien el hecho de que los ejidatarios sean derechohabientes hace menos notable la diferencia entre los diferentes grupos estudiados.

Yaqui. El ciclo reproductivo de las mujeres no indígenas es más corto y en algunos casos tardío que el de las mujeres indígenas. Estas últimas hacen menor uso de los métodos anticonceptivos modernos que las no indígenas, principalmente beneficiarias. Las mujeres de la primera generación han estado menos informadas sobre los métodos anticonceptivos. En cuanto al tipo de atención durante el embarazo y parto, se logra apreciar una diferencia clara entre indígenas, que recurren mayoritariamente a la partera, y las no indígenas de los casos estudiados cuyos partos se han atendido en instituciones de salud públicas.

En todos los casos, se observa un patrón similar: las generaciones más jóvenes, indígenas o no indígenas, beneficiarios o no beneficiarios, presentan comportamientos disímiles a las de la generación anterior, esto es, asisten al control prenatal y prefieren realizar los alumbramientos en instituciones de salud.

Es también notable la influencia del Programa Oportunidades en la ocurrencia y frecuencia en la realización de la prueba detección del cáncer cervicouterino. Algunas veces bajo la forma de disuasión (pláticas de sensibilización e información de parte del personal médico) o bien de imposición (se considera corresponsabilidad), el Programa ha logrado aumentar la frecuencia de la realización de la prueba.

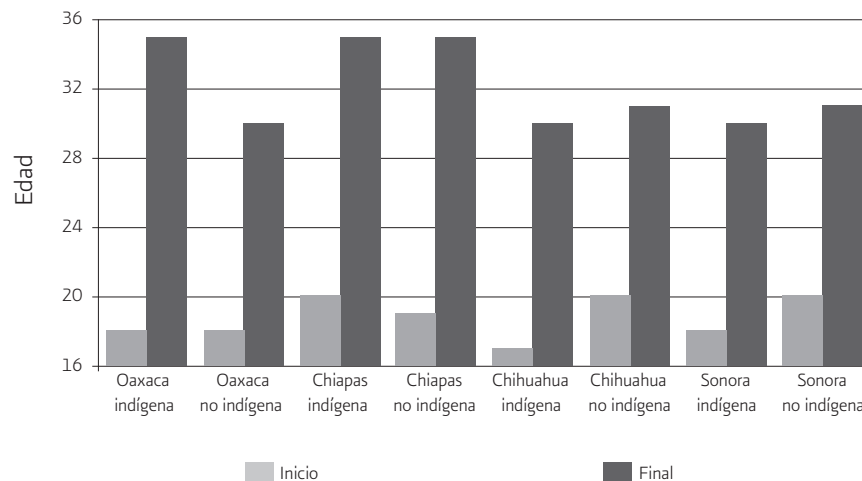
ANÁLISIS DE TRAYECTORIAS DE SALUD REPRODUCTIVA

Ciclo reproductivo, número de hijos y utilización de métodos anticonceptivos

El estudio de casos en las distintas localidades y estados arroja como resultado principal que, a excepción de Chiapas, las mujeres indígenas presentan ciclos reproductivos ligeramente más largos que las no indígenas. Éstos se distinguen por comienzos más tempranos que oscilan entre los 17 y 18 años y terminan alrededor de los 30. En Oaxaca se observaron ciclos con término más tardío en los que la mujer indígena deja de tener hijos a los 35 años. En el estado de Chiapas no se encontraron diferencias entre los casos estudiados indígenas y no indígenas en cuanto a la duración, inicio y término de los ciclos reproductivos: ambos comienzan entre los 19 y 20 años para terminarse al igual que en Oaxaca a los 35 años. Ambos estados comparten un promedio de seis hijos tanto para mujeres indígenas como no indígenas. En cuanto a la muestra de los estados del norte, estos arrojan como resultado promedios diferentes entre mujeres indígenas y no indígenas que indican una mayor cantidad de hijos de las primeras con respecto a las últimas (6 y 4 respectivamente para Chihuahua, y 5 y 3 hijos para Sonora, aproximadamente).

En lo que respecta a la “utilización de métodos anticonceptivos”, los datos señalan ciertas diferencias entre las localidades de estudio. Tales discrepancias se originan fundamentalmente por el acceso a los distintos métodos, a través de los servicios de primer nivel disponibles al momento de la historia reproductiva, y el desempeño de dichos

FIGURA 6
Duración del ciclo reproductivo por estados, según edad



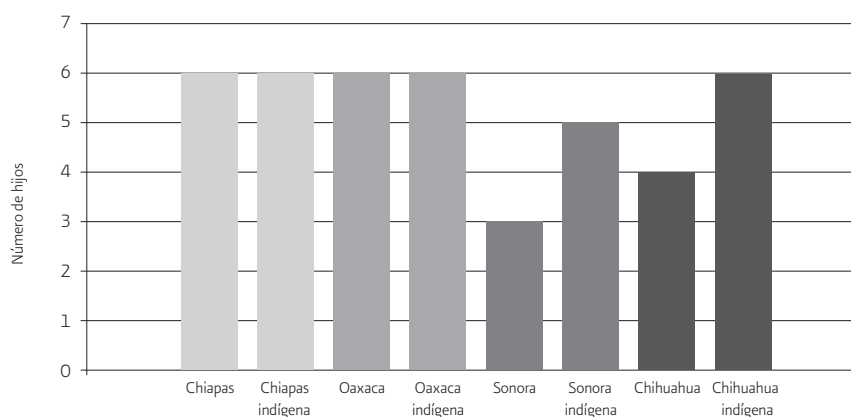


FIGURA 7
Número de hijos
por estado

servicios en cuanto a su labor de información y convencimiento a propósito de su utilización. En este sentido se puede afirmar que a mayor edad de la mujer, menor ha sido el nivel de utilización de métodos anticonceptivos, ya que muchos de los servicios han sido de reciente creación o bien las políticas de calidad de salud han sido apenas instrumentadas. Prueba de ello son los casos de mujeres, indígenas y no indígenas, así como beneficiarias y no beneficiarias encontrados, cuyas edades oscilan entre los 20 y 40 años que conocen y/o han utilizado métodos anticonceptivos modernos. En cuanto a las limitantes para su utilización se encontró mencionado en los testimonios principalmente el desabasto de métodos en los servicios de primer nivel locales, así como la idea de que éstos son perjudiciales para la mujer, además de la oposición de parte de la pareja sexual.

En la mayoría de las microrregiones de estudio, salvo las excepciones que se mencionarán más adelante, las mujeres indígenas manifestaron no utilizar métodos anticonceptivos durante su periodo reproductivo. Se observa únicamente que, en ciertos casos, las mujeres han decidido operarse cuando consideran que ya no desean tener más hijos. Las mujeres no indígenas, beneficiarias principalmente, han mostrado mayor frecuencia en la utilización de métodos anticonceptivos hormonales y así como el DIU.

El análisis de los casos del estado de Chiapas arrojó un solo caso de mujer indígena que tomó anticonceptivos, encontrando que 20% de los casos se realizó la salpingoclasia. En contraste, 40% de la muestra de mujeres no indígenas, principalmente beneficiarias y ex beneficiarias, manifiesta utilizar o haber utilizado métodos anticonceptivos hormonales, y 30% se ha hecho operar con el fin de no tener más hijos. Las mujeres no indígenas beneficiarias han obtenido información respecto a los métodos anticonceptivos y su utilización a través de las pláticas de *Oportunidades*, a las que asistieron como parte de sus corresponsabilidades. Las mujeres indígenas de esta muestra opinan que los métodos anticonceptivos tales como pastillas e inyecciones hormonales, son dañinos para la salud de la mujer, de ahí que algunas prefieran operarse al considerar que ya tienen los hijos que desean y/o que puedan mantener. También ponen a consideración en esta decisión el costo de la atención durante el parto y sobre todo, en caso de requerir cesárea cuya atención resulta costosa y las obliga a desatender a la familia durante la etapa posoperatoria. Otro de los factores que desalienta el uso de los métodos anticonceptivos modernos en algunos de los casos indígenas estudiados, es el desacuerdo de la pareja quien decide tomar las precauciones necesarias sin recurrir tampoco a métodos "no naturales". En cuanto a la salpingoclasia, resalta la labor de convencimiento realizada por los médicos de los servicios locales de salud.

En las microrregiones estudiadas en Oaxaca, se observa que las mujeres indígenas beneficiarias de edades de 20 a 40 utilizan y/o conocen los métodos anticonceptivos. Para estas mujeres, la decisión de emplear o no emplearlos se encuentra relacionada con la percepción de los métodos como causantes de daños en la salud de la mujer. Con frecuencia, la toma de anticonceptivos o bien la esterilización permanente se realiza hasta el final del ciclo reproductivo, cuando la mujer y/o la pareja consideran que se tienen los hijos deseados.

En Chihuahua se presentan casos de mujeres tanto indígenas como no indígenas que utilizan métodos anticonceptivos alternando el uso de DIU y métodos hormonales, con periodos de no utilización durante los cuales ocurrieron en algunos casos embarazos. Dichos periodos de pausa pudieron ocurrir por elección propia o bien por desabasto de métodos anticonceptivos en la clínica local de primer nivel, lo que representa una limitante para su utilización. Muchas de los ciclos reproductivos terminan con la realización de la operación de ligadura de trompas de Falopio luego de decidir el último parto. En Maycoba, la clínica distribuye tanto los métodos hormonales como el DIU. Algunas familias debieron asumir el costo de la esterilización permanente. Las mujeres más jóvenes (19 a 40 años) utilizan o han utilizado con mayor frecuencia los métodos anticonceptivos.

Cabe destacar el caso particular de la microrregión de Samachique, donde los datos etnográficos informan de una mayor utilización, tanto en beneficiarias y no beneficiarias así como indígenas y no indígenas, de métodos hormonales y/o DIU en algún momento de su vida reproductiva (66%) y de ligadura de trompas de Falopio al final del ciclo reproductivo (73%) (figura 8). La mayor frecuencia se observa después de 1990. En estos casos se documentó el acuerdo de la pareja sexual y familiar en la decisión del control familiar. En todos los casos de utilización de métodos hormonales y/o DIU, éstos fueron proveídos por la clínica de la localidad (primer nivel) aunque con periodos de desabasto que algunas mujeres lograban superar encargando los medicamentos a otras localidades, y las que no los conseguían se embarazaban en algunos de los casos. En Samachique el promedio de hijos en hogares indígenas es de cinco y de tres para los no indígenas, dicha diferencia se explica con el hecho de que son las mujeres indígenas quienes utilizan menos los anticonceptivos, o únicamente deciden ligarse después de considerar que ya tuvieron los hijos que deseaban. Algunos de los testimonios de esta región hacen referencia a la labor de convencimiento en cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos así como en la orientación sobre la planificación de parte del personal médico de la clínica local.

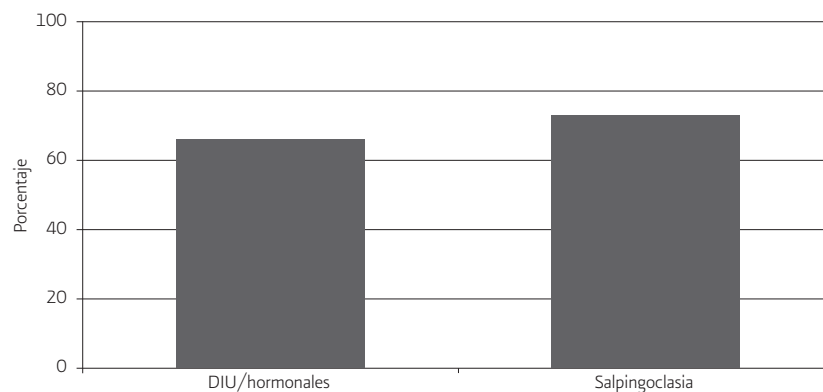
De igual manera, en la microrregión mayo en Sonora, se observa que la mayoría de los hogares estudiados, indígenas y no indígenas, beneficiarios y no beneficiarios, utilizan ampliamente métodos anticonceptivos hormonales y DIU sin grandes diferencias. Al parecer, en esta región juega un papel importante la cercanía de las instituciones hospitalarias o bien el hecho de que los ejidatarios sean derechohabientes, que hace menos notable la diferencia entre los distintos tipos de hogares estudiados.

Registramos que los principales obstáculos para el acceso a métodos anticonceptivos son la falta de abasto y, sobre todo, las actitudes de rechazo de sus parejas reproductivas; en los casos en donde no hay atención de primer nivel, las casas de salud bien abastecidas son un comodín que garantiza el acceso de las mujeres a métodos de control de la natalidad.

DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

En general, salvo las dos excepciones mencionadas anteriormente, la ausencia de testimonios sobre la realización de la prueba de detección del cáncer cervicouterino, da cuenta de la gran ausencia de ésta en la atención a la

FIGURA 8
Utilización de métodos anticonceptivos en Samachique, Chihuahua



salud sexual de las mujeres no beneficiarias en las regiones estudiadas. En contraste, se observó que las mujeres beneficiarias han acudido a hacerse esta prueba luego de haber recibido alguna de las pláticas sobre el tema, donde posteriormente las mujeres son exhortadas a realizársela, lo que las lleva a pensar que se trata del cumplimiento de una corresponsabilidad. No obstante, en los casos en los que se reporta su realización, los resultados de la prueba han sido escasamente comunicados o bien éstos han sido remitidos de manera tardía.

En Chihuahua por ejemplo, algunas mujeres beneficiarias, indígenas y no indígenas manifestaron haberse realizado la prueba durante el cumplimiento de la corresponsabilidad de asistir a la plática de salud. Esta coincidencia, como ya se mencionó, puede llevar a pensar a estas mujeres que el Papanicolaou es parte de sus corresponsabilidades, por lo que se observa que las beneficiarias lo realicen cada año, en tanto que las no beneficiarias presenten periodos de hasta tres años sin haberse realizado la prueba.

ATENCIÓN PRENATAL, POSNATAL Y DEL PARTO

En cuanto al cuidado prenatal de tipo médico, éste es muy poco frecuente, sobre todo en mujeres indígenas y/o mujeres de más de 45 años de edad. Se acude más bien con la partera en ciertos periodos de la gestación, la cual lleva a cabo masajes destinados a acomodar al producto en la posición correcta y en algunos casos, hasta proveer de complementos vitamínicos a las embarazadas. Las mujeres jóvenes, tanto indígenas como no indígenas, beneficiarias y no beneficiarias, acuden con mayor frecuencia al control prenatal de tipo médico, a excepción de Chiapas donde en los casos de mujeres jóvenes estudiados, se observó que también acudían a la partera. En los casos de mujeres mayores se alternó la atención de la partera y de servicios médicos. Las mujeres beneficiarias han acudido mayormente a control prenatal en los periodos en los que han sido beneficiarias. De esto último la ocurrencia ha sido mayor en mujeres no indígenas. Como ya se mencionó anteriormente, en las regiones Mayo de Sonora y Samachique de Chihuahua, las mujeres recurren casi en su totalidad a control pre y posnatal. En cuanto a esta última, puede decirse que la clínica cumple con el objetivo de calidad para los servicios de primer nivel al asegurar a beneficiarios como no beneficiarios de una atención prenatal y posnatal, de la provisión de métodos anticonceptivos y de orientación en cuanto a salud sexual.

Del análisis de los casos en las diferentes regiones, salta a la vista la amplia frecuencia con que las mujeres recurren a la partera para la atención de sus alumbramientos. Las diferentes razones que se aducen son, aparte de la ausencia de servicios para los partos que se han llevado a cabo antes de 1990, las dificultades de transporte y desplazamiento hacia comunidades con mayor provisión de servicios, el costo de la atención, la frialdad de la institución hospitalaria, el "pudor" de las mujeres de ser expuestas a múltiples médicos (por causa de rotación de horarios, o bien de la breve estancia de los médicos en las comunidades), el temor a ser víctimas de negligencias médicas y/o abusos,* entre otras. En este sentido, la partera es una persona de conocimientos consolidados o bien un familiar (muchas veces la madre, la suegra, una tía, etc.). No obstante, se documentan numerosos casos donde la partera recomienda, e incluso niega la atención, a mujeres con complicaciones de parto (muchas de ellas mayores de 30 años de edad), para que acudan a alguna institución hospitalaria a recibir atención médica. De ahí que los últimos partos de numerosas mujeres tanto indígenas como no indígenas, beneficiarias y no beneficiarias entre los 45 y más años de edad, habiendo recurrido a partera durante casi la totalidad de sus partos, hayan ocurrido en instituciones hospitalarias (aunque también pueda deberse a la decisión de realizarse la salpingoclasia).

En numerosos casos la mujer decide pasar por el parto sola o bien con ayuda de la pareja, en situaciones de urgencia (parto inminente), falta de recursos o bien, por las experiencias anteriores que hacen sentir a la mujer preparada para llevar a cabo el alumbramiento de manera independiente.

Por último, resulta pertinente resaltar que las conductas migratorias, implican retos para el sector salud de acuerdo a las necesidades de las pautas de atención de mujeres migrantes que inician su vida sexual y se embar-

* Se encontraron casos donde los doctores esterilizaron a la mujer sin su consentimiento, sólo con el consentimiento de la pareja, y donde se implantó un DIU sin haber puesto al tanto a la paciente, la cual sufrió de complicaciones posteriores y desconocía la razón. También temen la cesárea, ya que esta es costosa y requiere de recuperación posterior, además de representar un riesgo por la anestesia.

zan en territorios lejanos a sus comunidades, pero que vuelven a ellas durante el último trimestre para garantizar el acompañamiento de la familia y la comunidad en la atención del parto, un reto que no siempre es asumido por los prestadores de servicios de salud debido a las dificultades para evaluar el control prenatal y la condición de salud de las mujeres cuando llegan a sus consultorios rurales, provocando negativas en la atención.

MUERTE INFANTIL

El principal resultado que arrojan los datos es que las principales causas de muerte infantil son aquellas que tienen que ver con padecimientos respiratorios y gastrointestinales. La mayoría de estas muertes ocurre en hogares indígenas.

En Chihuahua se documentaron 18 casos de muerte infantil de los cuales 80% corresponden a familias indígenas. Casi la totalidad murió antes de cumplir un año de enfermedades relacionadas principalmente con padecimientos gastrointestinales y respiratorios. Se reporta un caso de negligencia médica en el que no recibieron la atención adecuada ya que el médico se encontraba en estado de ebriedad. Los casos restantes no indígenas murieron todos de enfermedades respiratorias. En la microrregión de Las Margaritas, en Chiapas, los niños de las primeras generaciones de mujeres entre 40 y 50 años murieron sin ser atendidos por personal médico ya que no había en aquel entonces servicios médicos a proximidad.

TALLERES COMUNITARIOS DE CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

El autocuidado, la salud y la enfermedad son conceptos que cambian de acuerdo con los diferentes contextos culturales. Se sabe que no existe ningún grupo humano o persona que prescindiera de la capacidad y necesidad de prodigar la atención necesaria para garantizar cierto bienestar físico y emocional, en mayor o menor medida y siempre desde su experiencia y sentido. En un mismo grupo étnico o comunidad, los significados referentes a la salud, la enfermedad y el cuerpo son diferentes. Mujeres, hombres, adolescentes o adultos mayores significan sus cuerpos y su cuidado de maneras muy distintas.

En contextos indígenas, proveer de cuidados al individuo y a la familia adquiere una connotación diferente. Participar en rituales mágico religiosos para proteger los cultivos y la cosecha, acudir por limpias familiares con curanderos, con el propósito de establecer orden y equilibrio con las fuerzas de la naturaleza y la comunidad, son, entre otras, prácticas orientadas a prodigar el bienestar, la protección y el cuidado del ser y su entorno.

De acuerdo con lo anterior, el autocuidado en grupos indígenas, implica una reflexión más allá del sentido de la biomedicina, donde cabe hacerse la pregunta ¿Qué sentido tienen las prácticas del cuidado personal de la salud y el cuerpo para un grupo indígena determinado? ¿Qué significados podría tener para los beneficiarios de *Oportunidades* el autocuidado de la salud?

Los talleres de autocuidado del Programa pretenden, a partir de información pertinente para la salud, promover prácticas de prevención y autocuidado. Para este propósito, la necesidad de explorar el significado de “cuidarse” y “cuidar”, el “cuerpo” y la “salud” es un paso imprescindible para la comunicación de los mensajes de salud y la posible apropiación de la información. Provocar una reflexión personal sobre los propios valores, creencias y conductas puede facilitar una mejor relación con los cuerpos y la salud y la incorporación de nuevas prácticas orientadas al cuidado de los mismos. Sin embargo, este ejercicio no forma parte de las reflexiones cotidianas de los prestadores de servicios de salud, ni de la estructura misma del Paquete Básico Garantizado de Salud. La bitácora de 40 temas proveídos por el Programa (anexo C) no contempla ninguno referente a los significados de la salud, la enfermedad, el cuerpo y su cuidado.

Suscitar las reflexiones sobre los significados en relación al cuerpo, la salud y la enfermedad en contextos multiculturales implica, ante todo, propiciar un ambiente de confianza y comunicación entre los proveedores de salud y los beneficiarios. Para que los mensajes relativos al cuidado de la salud tengan impacto en quienes los reciben se requiere de una metodología participativa que se muestre atenta a las necesidades, sentido y prácticas de los implicados, justamente para que las personas concluyan por sí mismas los beneficios que puede tener la incorporación paulatina de nuevas prácticas y actitudes.

* En términos oficiales estas intervenciones son consideradas “talleres”, pero dada la metodología expositiva que los caracteriza, entrecorillado el término, se considera que más bien se trata de charlas de salud.

El éxito de un taller de autocuidado depende también de la elaboración de cartas descriptivas que detallen técnicas grupales, pertinentes a los contextos culturales donde se llevan a cabo, y que sean de utilidad para los equipos médicos que desarrollan los temas, así como materiales, insumos y espacios propicios para la realización de las dinámicas.

Si bien, todas las condiciones referidas pueden propiciar un mejor impacto y aceptación de las temáticas tratadas, en la práctica, los “talleres”^{*} distan de considerarlas. Las precarias condiciones de infraestructura, la necesidad de insumos y materiales para la ejecución de dinámicas grupales, la falta de capacitación y las condiciones de sobrecarga laboral del personal médico, comprometen la calidad de las intervenciones para la educación del autocuidado de la salud. Se observa que los “talleres” de salud se llevan a cabo del siguiente modo:

- a) Los “talleres” tienen una duración de 40 a 60 minutos, y generalmente se destina hasta media hora para la firma de asistencia.
- b) Se imparten en español y los materiales de apoyo están en dicha lengua.*
- c) Aunque las temáticas de los talleres deben impartirse de acuerdo a cada grupo de edad, se observa que no hay coherencia entre las temáticas y los grupos a los que se destinan (salvo los Temas de Capacitación para el Autocuidado de la Salud para becarios de educación media superior). Por ejemplo, se documentó la impartición de “talleres” relativos a la utilización de métodos anticonceptivos a adultas mayores, y de vacunación de niños a mujeres con hijos de mediana edad (adultos jóvenes).
- d) La metodología es expositiva, a modo de “charlas”. No son comunes las dinámicas grupales, debido a la escasa capacitación (y tiempo para llevarlas a cabo) de los equipos médicos sobre técnicas y manejo de grupos.
- e) Las herramientas didácticas se reducen a la utilización de láminas que proporciona la SSA o el IMSS-*Oportunidades* y a un cuadernillo de trabajo al que generalmente se le da lectura para la discusión de temas. Las lecturas grupales excluyen a las beneficiarias analfabetas y suelen ser en general muy tediosas.
- f) Aunque la agenda temática de los talleres de *Oportunidades* contempla 40 temas para adultos y 10 para jóvenes becarios de educación media superior, al cabo de 10 años, las beneficiarias de larga exposición encuentran reiterativo y aburrido revisar los mismos temas. Entre otras cosas, esto se debe a que comúnmente los prestadores de servicios de salud, desarrollan las temáticas que más conocen, obviando otras. Se cree conveniente considerar el tiempo de exposición al programa en las agendas temáticas.
- g) En 90% de las localidades donde se llevan a cabo los talleres, no se contaba con un espacio adecuado para su instrumentación. Usualmente estas reuniones se desarrollan en áreas comunes al aire libre, donde los beneficiarios son expuestos a las condiciones del clima. En pocas localidades se contaba con sillas adecuadas; se documentó el uso de asientos inapropiados, como bancas, banquillos o jardineras de concreto.
- h) Las comunidades donde el ausentismo del equipo médico es frecuente, son más propensas a las prácticas de complicidad en el cumplimiento de las corresponsabilidades;[†] bajo estas condiciones los “talleres” de salud, no se imparten o se imparten de manera inadecuada y más bien se orientan al registro de asistencias. Sin embargo, donde realmente se instrumentan, los talleres de autocuidado a la salud resultan potencialmente útiles como un componente de educación general para adultos que no lograron completar su ciclo de educación primaria o secundaria.

LOS TALLERES Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Desde el punto de vista de los equipos médicos, el Programa *Oportunidades* a través de los talleres, ha expuesto a los beneficiarios a información pertinente para su salud. Sin embargo, su tránsito hacia la incorporación de prácticas de autocuidado, más que lerdo, es en todo caso nulo. Opinan que las prácticas de autocuidado no pueden ser ope-

* A excepción de cuatro localidades en Chiapas y Oaxaca (de las 38 donde se ubican los hogares de estudio), donde se documentó que una enfermera bilingüe llevaba a cabo la sesión en lengua indígena.

† González de la Rocha M, Paredes P, Sánchez-López G. Evaluación cualitativa de impacto del Programa *Oportunidades*, Largo plazo, Zonas rurales Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Oaxaca). México: CIESAS, 2008.

rantes en ámbitos rurales e indígenas por las dificultades que significan “las costumbres”,* sobre todo en lo relativo al saneamiento básico, actividades como hervir el agua, la defecación al ras del suelo y enfermedades prevenibles como ERA, EDA y dengue.† Estas enfermedades nunca son adjudicadas a las condiciones de pobreza, marginación y la inadecuada infraestructura de servicios, sino a la condición étnica de los hogares. De algún modo, *Oportunidades* ha propiciado este cambio en la percepción de los padecimientos, sobre todo entre hogares indígenas que viven a proximidad de centros de salud, entre estas familias se documentó el impacto más evidente, en tanto cambios de percepciones y conocimiento de diagnósticos, sobre todo en términos comparativos con hogares mestizos no beneficiarios.

Difundir información pertinente a la salud, desde un punto de vista biomédico, ha tenido un efecto ambivalente. De acuerdo con las trayectorias de atención documentadas, la utilización de un bagaje médico, para referirse a las enfermedades, fue más común entre los hogares beneficiarios. A largo plazo, se considera que disponer de esta información puede significar mejores recursos para la comunicación de estas familias en sus encuentro médicos. Por otro lado, también podría incidir en el fomento de la participación en campañas nacionales de salud, que parten precisamente de nosologías biomédicas. Aunque el tratamiento de las enfermedades durante los talleres sea exclusivamente desde el punto de vista de la medicina oficial, e implique una oportunidad en los sentidos expuestos, esta situación ha tenido también consecuencias no planeadas y no positivas. A partir de la observación durante los talleres, documentamos una persistente actitud de crítica hacia las costumbres, anulación de los conocimientos y prácticas locales. Los siguiente testimonios brindan algunos ejemplos, respecto de la conducta de los equipos médicos durante las charlas de salud, que son generalizables a las otras microrregiones de estudio:

“Si hay aseo e higiene no va a haber diarreas ni enfermedades, llegan al hospital con el niño enfermo y le piden a todos los santos que se curen en vez de hacernos caso...”

*Explicación de una dietista, en Comaltepec, 24 de abril de 2008.
Diario de campo de Alicia Albertos.*

“Si quieren seguir con sus costumbres, usar algodón, huarache, calzón, es tradición, es costumbre de ustedes, si a ustedes les gusta vestirse así, pues vístanse así, pero limpien sus casas...”

Promotor de salud, Comaltepec, 24 de abril de 2008. Diario de campo de Alicia Albertos.

“... no quiero ser grosero, pero quiero que todos seamos inteligentes, nadie somos tontos... como el elefantito que quería ser libre, muchos de nosotros también tenemos un callo, pero en el cerebro, pero ustedes no son elefantitos, son seres humanos, tienen inteligencia ¿van a ser como el elefante?”

Promotor de salud, 23 de abril de 2008, Charco Nduayoo. Diario de campo de Alicia Albertos, microrregión Costa.

* Los prestadores de salud opinan que en términos de acceso a la información no hay diferencias entre la población indígena y mestiza, es decir, ambos hogares reciben por igual los contenidos de salud. Pero ellos argumentan que el desempeño de prácticas, es muy limitado entre las familias indígenas, debido a su condición étnica.

† Este apartado expone brevemente el punto de vista de los prestadores de servicios, aunque a lo largo del texto se documentan los impactos favorables evidentes a partir del análisis de la información obtenida en campo.

Los ejemplos anteriores son útiles para ilustrar el modo en que las creencias de los pueblos indígenas y las formas de significar el cuerpo y sus procesos de salud-enfermedad no son aceptados como un saber y una experiencia válida, todo lo contrario: es incorrecta. Expresiones como “les hemos enseñado pero no entienden” son comunes y generales a todos los escenarios.

De acuerdo a la información documentada, los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud corren el riesgo de convertirse en herramientas que desestiman y no legitiman los saberes locales relativos al cuidado de la salud y la medicina indígena o tradicional. Los talleres deben de garantizar el respeto por otras manifestaciones culturales relativas a la salud y la enfermedad, en sus temáticas y metodologías; para ellos la capacitación y sensibilización de los prestadores de servicios de salud es imprescindible.

IMPACTO DE LOS TALLERES COMUNITARIOS DE CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

Temáticas. A pesar de que existe un abanico de 40 temas dirigidos a beneficiarias adultas, de acuerdo con los talleres documentados, los temas que se imparten con mayor frecuencia son: a) “Saneamiento básico familiar”, b) “Uso del complemento alimenticio”, c) “El menor de un año”, d) “Vacunas”, e) “Diarreas y uso de VSO” y f) “Planificación familiar”.

De las 40 temáticas que maneja la agenda de talleres, 11 de ellas corresponden a temas relativos a la salud sexual y reproductiva, pero los temas que se imparten con frecuencia son, a) “Planificación familiar” y b) “Cáncer de mama y cervicouterino, toma de Pap y autoexploración mamaria”.

Aunque en la agenda se contempla el tema de “Salud y género”, durante el trabajo de campo no se documentó que los equipos médicos abordaran esta temática, ni tampoco las mujeres beneficiarias hicieron referencia haberlo recibido.

Como se señaló en el apartado de salud reproductiva, el acceso y utilización de los métodos anticonceptivos está más relacionado con factores generacionales, demostrando que las mujeres de 20 a 40 años los usan de manera más común. Este cambio también podría estar relacionado con la presencia de servicios que han sido de reciente creación o bien políticas de salud que han sido apenas instrumentadas (entre ellas *Oportunidades*). Si bien las concepciones con respecto al uso de métodos anticonceptivos no han cambiado significativamente (aun se considera que son nocivos para la capacidad reproductiva a largo plazo) con la asistencia a los talleres (o por lo menos no pudimos ver relaciones precisas), se observó que las mujeres entre 20 y 40 años (las primeras han sido becarias y son estudiantes de educación media superior) muestran una mejor disposición para discutir temas de salud reproductiva (métodos anticonceptivos y Pap), sobre todo cuando coinciden en hogares beneficiarios de larga exposición.

En general y en conjunto con otras campañas, *Oportunidades* ha coadyuvado a la promoción de la salud sexual y reproductiva como un ámbito de la salud pública y no sólo de la vida íntima de las mujeres. De cualquier modo se considera que el desarrollo de los talleres de autocuidado a través de un sólido componente de género es imprescindible en la tarea no sólo de la promoción de la información técnica sobre la utilización de métodos anticonceptivos, sino en la posibilidad de traducir dicha información desde una plataforma que rescate el sentido que las mujeres le dan a sus cuerpos y a su vida reproductiva. Por otro lado, la necesidad de hacer partícipes a los varones en charlas de salud reproductiva es imperiosa, sobre todo porque contamos con evidencias sobre la desaprobación de estas prácticas por parte de los esposos de titulares mayores de 35 años, principalmente en hogares indígenas de Oaxaca, entre los cuales al menos 20% de las mujeres de la muestra acudieron a los servicios de salud para la aplicación de métodos anticonceptivos sin el consentimiento de sus maridos.

Sin duda, el fomento del uso de métodos anticonceptivos a través de información técnica es menesteroso pero deben ser considerados los aspectos culturales que obstaculizan su plena utilización.

Por eso, parece ser que los temas relativos a la salud en general y salud sexual y reproductiva en particular pudieran tener mejores resultados si antes se contara con una sensibilización previa sobre la importancia del cuidado de sí mismas y de las implicaciones de género en cuanto al acceso a la salud, ya que son las mujeres el grupo cautivo por antonomasia. Se considera que debe integrarse más solidamente el componente de género y hacer más específicas las agendas temáticas relativas a género y salud dirigidas a las mujeres adultas e incorporar a los varones en estas discusiones. Para ello propone como imprescindible brindar capacitaciones sobre este tema a los equipos médicos.

Por otro lado, se observa que las temáticas de prevención y cuidado de la salud de la población infantil son acogidas con mayor interés por parte de las madres mestizas titulares de larga exposición. Se observa una atención más oportuna en las enfermedades como diarreas y deshidratación, de hijos de beneficiarias de larga exposición, principalmente mestizas, que viven a proximidad de los centros de salud. Del mismo modo, se documentó que en el caso de una epidemia de dengue en la microrregión mixe en Oaxaca, de acuerdo con los beneficiarios, la identificación temprana de síntomas estaba relacionada con las labores de prevención de *Oportunidades* (visitas de auxiliares médicas y charlas de salud).

Los talleres de Salud han tenido una mejor acogida en las siguientes temáticas: "Uso del complemento alimenticio", "Parasitosis/ciclo de desparasitación", "Saneamiento básico a nivel familiar", "Vacunas, diarreas y uso del Vida Suero Oral (VSO)", "Cuidados del menor de un año y el mayor de un año".

Saneamiento básico. A lo largo de una década, los talleres han tenido un impacto favorable en el desarrollo de prácticas de saneamiento básico, sin embargo este impacto está condicionado por las características de la infraestructura local. En la totalidad de las microrregiones, las limitantes para el acceso de agua potable, así como la contaminación de los ríos y mantos acuíferos, son una constante y un obstáculo real al que se enfrentan los hogares de estudio y que determinan su salud y sus prácticas de saneamiento básico. En Maycoba, durante 2007 fallecieron dos niños pimas debido a infecciones derivadas del consumo de agua. En esta localidad las infecciones dérmicas y parasitarias son padecimientos comunes reportados por las familias independientemente de su adscripción al Programa y de su condición étnica. Con el propósito de tener acceso a agua no contaminada, los hogares se ven en la necesidad de pagar por el transporte de agua hasta sus viviendas, práctica, vale resaltar, reportada por hogares beneficiarios de larga exposición, entre los que se observó una mayor preocupación por tener acceso a agua potable.

Independientemente de su adscripción al Programa, las familias rarámuri que viven en condiciones de marginalidad geográfica (rancherías), reportaron una mayor incidencia de enfermedades parasitarias y dérmicas, derivadas de los obstáculos para el acceso al agua en sus viviendas y menos capacidad para llevar a cabo prácticas de saneamiento básico, como un adecuado manejo de excretas, aseo general de los hogares y sus habitantes. En la localidad serrana de La Ciénega en Chihuahua, los hogares no cuentan con abastecimiento regular de agua, algunas familias transportan agua y recolectan agua de lluvia mediante escurrimiento del techo al tinaco.* Aunque estos hogares tienen proximidad al centro de salud local (cinco minutos a pie hacia las instalaciones de la UMR del IMSS-*Oportunidades*) sus prácticas de saneamiento básico y los padecimientos reportados –aun siendo beneficiarios de larga exposición– no son radicalmente diferentes a los de los hogares no beneficiarios.

En las microrregiones chiapanecas, las condiciones de saneamiento básico son comprometedoras, los hogares no cuentan con letrinas adecuadas, en ocasiones se trata solamente de "hoyos", condiciones que en términos comparativos con las microrregiones de otras entidades ya han sido relativamente superadas (a excepción de hogares rarámuri y pima).

Es posible reconocer que la población mestiza con más años de exposición al Programa es la que demostró un mejor impacto respecto a la incorporación de prácticas de saneamiento básico, siendo menor en familias indígenas que viven en contextos de marginación geográfica (guarijíos y rarámuris). Aunque se podría pensar que esta situación se explica por su condición étnica, está más bien asociada a las características de la infraestructura local. En Chiapas se observó que las familias de segunda generación (nuevos hogares) de ex becarios (independientemente de la variable etnicidad), también habían demostrado un impacto positivo.

Con respecto al manejo de la basura, se observa una excelente disposición del control de desechos por parte de las familias beneficiarias, pero a través de procedimientos sistemáticamente erróneos (por ejemplo, la quema de plásticos). Aunque el Programa no fomenta directamente estas prácticas, la promoción directa de los prestadores de servicios ha provocado que muchas beneficiarias vean las quemaduras de basura como una "corresponsabilidad". Se considera que

* Se observó también que los hogares (principalmente indígenas) con prácticas de acarreo de agua, actividad generalmente realizada por las mujeres, reportaron con mayor frecuencia dolores lumbares, "bolas en la espalda", y abortos (dos casos en la mazateca).

ésta puede ser una buena oportunidad para promover prácticas correctas de manejo de desperdicios (clasificación y reutilización) como parte de la agenda temática del Programa, haciendo explícitos esos contenidos.

En suma, el fomento y desarrollo de prácticas de saneamiento básico tienen una mejor acogida cuando las condiciones externas (control y manejo de los desechos, acceso al agua, construcción y uso adecuado de letrinas) son óptimas, aunque se documentó un bajo impacto en el cambio de hábitos de higiene como hervir el agua y aceptar las nuevas condiciones de “encorralamiento” de animales, debido a las implicaciones en las economías domésticas.

SALUD Y COMUNIDAD

Si bien, la adscripción al Programa significa un privilegio para acceder a canales de comunicación y redes sociales, y en algunas ocasiones garantiza el acceso a programas federales y del estado, esta situación es privativa de los beneficiarios y no es extensible a la comunidad en su conjunto. Este estado de cosas provoca una apatía generalizada entre los no beneficiarios que se expresa de diferente modo. Se recogieron múltiples opiniones de hogares no beneficiarios y prestadores de servicios de salud que nos permiten asegurar que el tema de la salud comunitaria se vincula con la pertinencia a *Oportunidades*. Es decir, se asume que las acciones de salud comunitaria son exclusivas de los beneficiarios del Programa. Esta percepción popular tiene consecuencias lamentables para la promoción de campañas preventivas de descacharrización, vacunación de población infantil, animales domésticos y de corral. Los hogares no beneficiarios muestran reticencias para participar en dichas campañas, argumentando que “no son de *Oportunidades*”. Según la evidencia acumulada, en términos de participación social, se observa que el Programa en contextos rurales ha tenido consecuencias no planeadas en los siguientes aspectos:

- Condicionamiento de la participación comunitaria de acuerdo con la adscripción a *Oportunidades*, con una consecuente apatía de los no beneficiarios hacia las acciones promovidas por el sector salud, como campañas de descacharrización, vacunación de población infantil y adulta, animales domésticos y de corral.
- Los equipos médicos disponen de los beneficiarios, principalmente las mujeres titulares, como ejecutores de sus responsabilidades laborales.
- En todas las localidades estudiadas, las mujeres titulares son las ejecutoras del aseo de espacios públicos y quemas de basura. La exclusión de los varones de dichas actividades ha tenido como consecuencia la feminización de la participación comunitaria.
- Se observa una división social entre beneficiarios y no beneficiarios. La población adscrita al Programa ha demostrado privilegios de atención, sobre los no beneficiarios.
- Ausencia de programas de salud que involucren a la población abierta. “Oportunización”* de las agendas de salud preventiva de otros programas de salud del estado o municipio.

Finalmente, se debe resaltar que la integración de la población a las prácticas de saneamiento básico y prevención de enfermedades transmisibles, independientemente de su adscripción al Programa, es un reto que no se puede obviar en la operación del Paquete Básico Garantizado de Salud, si se persigue un verdadero fortalecimiento de la salud comunitaria. El éxito de las acciones más concretas del Paquete Básico Garantizado de Salud depende de la efectiva colaboración de todos los sectores y de la capacidad para involucrar a la población no adscrita a *Oportunidades*.

IV. Impacto y discusión de resultados

INFRAESTRUCTURA

En términos de infraestructura se observó que los escenarios de estudio ofrecen diferentes oportunidades de acceso y limitaciones para la atención a la salud de los hogares estudiados. En Sonora, las microrregiones yaqui y mayo demostraron contar con el mayor número y variedad de instituciones médicas, así como equipos médicos más profe-

* Con “oportunización” nos referimos al protagonismo del Programa sobre otros.

sionalizados, equipamiento e instalaciones más amplias y completas. Sin embargo, estas condiciones no se traducen en una mejor atención de los hogares estudiados. Se documentó una sobredemanda de servicios e irregularidades de abasto de medicamentos, que tienen repercusiones directas en la calidad de la atención recibida por las familias. La diversidad y condiciones de los servicios están relacionadas con la ubicación de estas microrregiones en *hinterlands* urbanos, con mejores medios de comunicación y transporte.

En la microrregión guarijía de Sonora, las condiciones de los servicios estatales de salud, no distan mucho de las documentadas en la microrregión Yepachi-Maycoba de Chihuahua, ausencias de personal médico profesionalizado y francas limitantes en términos de las capacidad resolutive de los centros locales de salud, además de los inconvenientes de ser localidades alejadas de centros de atención de segundo nivel y con una reducida variedad de la oferta médica.

En Norogachi y Samachique, microrregiones de Chihuahua, si bien las redes de salud públicas (SSA e IMSS-*Oportunidades*) son limitadas en cuanto a sus instalaciones, abasto de medicamentos y profesionales médicos, la infraestructura de servicios es considerablemente diferente, dada la presencia de dos instituciones médicas religiosas. Ambas trabajan con un modelo de atención que busca adaptarse a las condiciones culturales de la población, caracterizado también por tener una mejor capacidad resolutive, impactando directamente en la calidad de la atención recibida por estos hogares de estudio.

En Chiapas y Oaxaca las condiciones de la infraestructura de servicios no son muy diferentes, aunque Chiapas, demostró tener un mayor rezago en términos de acceso a servicios de calidad, determinado por un franco desabasto de medicamento y equipos médicos profesionalizados más grave en comparación con Oaxaca. En tanto Oaxaca, aunque la cobertura, infraestructura de servicios y equipo médico, sea menos irregular que en Chiapas, se observa que estas condiciones no garantizan el acceso a la salud de las familias indígenas.

Podríamos afirmar que la infraestructura y calidad de los servicios de salud del estado se muestra limitada en contextos de pobreza focalizada, y no de acuerdo con los grados de marginación de las entidades de estudio. Aunque Sonora revela grados de marginación “muy bajo” en cuanto al municipio de Guaymas, y “medio”, en los municipios de Etchojoa y Álamos, las características de los servicios, al menos en las localidades de estudio donde se ubican los hogares guarijíos (municipio de Álamos) fueron semejantes a las documentadas en las comunidades indígenas de estudio en Chiapas y Oaxaca que exhiben grados de “muy alta” marginación. De cualquier modo, en términos generales, a mayor densidad de población indígena y grados de marginación (en el caso Oaxaca y Chiapas), se observa una menor calidad de los servicios de salud públicos y de los equipos médicos al frente.

Se corroboró la hipótesis inicial de que los grupos indígenas presentan las condiciones más desfavorables de acceso a los servicios de salud y atención apropiada en casos de enfermedad a causa del rezago, y aunque existan contrastes significativos en las condiciones de vida de los diversos grupos indígenas, aun en contextos donde los patrones de cobertura –respecto del acceso a servicios de salud– parezcan adecuados (como Oaxaca), las posibilidades de acceso a una atención de calidad son más bajas entre los indígenas rurales que entre los mestizos rurales.

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN

Las condiciones generales de la infraestructura de servicios a la que tienen acceso los hogares de estudio, determinan sus pautas de atención. Como se ha demostrado, estas condiciones fueron comparativamente mejores en las entidades del norte que en las del sur, pero focalizadas a las microrregiones yaqui y mayo de Sonora, como consecuencia de una red más diversificada de servicios públicos y de su ubicación en un *hinterland* urbano, que significa mayores posibilidades de acceso y en Chihuahua, dada la presencia de instituciones médicas religiosas, en las microrregiones de la serranía tarahumara (Samachique y Norogachi).

En términos generales puede decirse que *Oportunidades* tiene impactos favorables en la salud de las familias beneficiarias en tanto que, a través de la consulta preventiva periódica de éstas y la capacitación que se ofrece en los talleres de autocuidado a la salud, el personal médico logra tener un mejor conocimiento del estado general de salud de estas familias en comparación con el de las no beneficiarias. Si bien el Programa ha incrementado la demanda de servicios en el primer nivel de atención –principalmente con motivo del cumplimiento de corresponsabilidades–, al cabo de 10 años, las condiciones y calidad de los servicios, no corresponden al incremento de esta demanda.

En las localidades donde se documentó una limitada capacidad resolutive en el medio local (servicios de primer nivel), se observa la tendencia de desplazamientos a nodos urbanos en la búsqueda de una mejor atención, con la creciente tendencia de una subutilización de los servicios del primer nivel como centros de monitoreo de corresponsabilidades.

La limitada eficacia resolutive de las clínicas rurales públicas ha tenido como consecuencia numerosos obstáculos para el acceso a una atención de calidad y francas dificultades para el desarrollo cabal de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud. En consecuencia, la población indígena y rural, muestra una escasa confianza en relación a la atención que reciben de los centros locales de salud, sobre todo de los hogares estudiados en las microrregiones de Oaxaca, Chiapas, Yepachi-Maycoba y guarijá en Sonora, que afecta de diferentes maneras sus condiciones generales de salud y su calidad de vida.

La necesidad de una atención que resuelva los eventos de enfermedad y la desconfianza generalizada hacia los centros locales de salud –ciertamente fundamentada– está relacionada con éxodos en la búsqueda de atención de los episodios de enfermedad, con consecuencias graves para las economías domésticas, más evidentes en hogares indígenas.

Las familias que habitan en las localidades de las microrregiones Norogachi y Samachique, donde la calidad de la oferta de servicios fue mayor, dada la presencia de instituciones médicas religiosas y de una UMR del IMSS-*Oportunidades* que provee un adecuado control y atención del embarazo y consejería sobre salud reproductiva, sirven de parámetro y evidencia de que los servicios locales con eficacia resolutive tienden a acotar las trayectorias de atención y sus costos, aunque las profundas desigualdades sociales en las que viven los hogares rarámuris siguen siendo indiscutibles, sobre todo las relativas a las condiciones más generales que impactan la salud, como aquellas que devienen de la infraestructura de servicios (agua, vivienda, transporte) y las características de los asentamientos serranos (rancherías, limitadas por el contexto orográfico).

En las microrregiones yaqui y mayo de Sonora, la diversidad en la oferta de servicios de salud públicos, configura un abanico más amplio de posibilidades de atención y determina sus pautas. Los hogares de estas microrregiones, aun los indígenas, acuden con más frecuencia a los centros locales de salud y los costos de la atención son en general menos costosos en comparación con los que se documentaron en hogares indígenas de las microrregiones del sur.

En las microrregiones de Chiapas, Oaxaca, Yepachi-Maycoba en Chihuahua y guarijá en Sonora, se documentaron las condiciones de infraestructura y calidad más deficientes. En estas localidades, los hogares de estudio revelaron una mayor frecuencia de atención de sus eventos de enfermedad en clínicas y laboratorios privados u hospitales públicos a donde tenían que trasladarse con implicaciones costosas. La inversión en la atención privada y en contextos alejados de sus comunidades, implicaron gastos que a largo plazo disminuyeron la posibilidad de resolver sus procesos de salud-enfermedad. Comúnmente estas trayectorias concluyeron antes de encontrar una solución a sus padecimientos, frecuentemente por motivos económicos.

Los episodios de enfermedad sin resolver se hacen parte de la cotidianidad de los hogares, mermando sus capacidades para trabajar y estudiar con consecuentes procesos de acumulación de desventajas. Por otra parte, los hogares con eventos de enfermedad no resueltos, tienden a acumular problemas de salud, que refieren diferentes miembros de la familia, complicando aún más sus posibilidades para generar recursos, económicos y habilidades, que puedan serles útiles para mejorar sus condiciones de vida.

Las consecuencias sociales en cuanto al cambio de roles domésticos, propiciados por los procesos de s-e-a fueron más evidentes en hogares indígenas que vivían en los contextos de mayor precariedad en cuanto a la calidad de servicios locales de salud. El impacto más evidente fue relativo a la interrupción de las trayectorias educativas de jóvenes en edad escolar, por motivos de enfermedad, o por las consecuencias económicas de eventos de enfermedad que acaecieron en sus familias, obligándoles a iniciar sus trayectorias laborales tempranamente. Esta pauta fue muy evidente en la microrregión de Tumbalá en Chiapas. Aun siendo ex becarios, sus posibilidades reales para continuar sus trayectorias escolares estaban limitadas por su acceso a servicios de salud. Se cree que estas implicaciones, particulares a grupos domésticos que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, podrían hacerlos candidatos a apoyos diferenciales, principalmente de aquellos jóvenes que viven con padecimientos crónicos o que sus padres los padecen.

Por todo lo anterior, en los contextos con más desventajas en términos de acceso a servicios de calidad y que presentan una frecuencia mayor de éxodos en la búsqueda de servicios con capacidad resolutive, se considera que es pertinente poner atención en el seguimiento de referencia y contrarreferencia de la atención en nodos urbanos o ajenas a sus localidades, a través del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes beneficiarios del Programa.

Pese a lo anterior se tiene evidencias etnográficas que nos permiten asegurar que sí existe una demanda real de los usuarios respecto a los servicios locales, principalmente con la expectativa de acceder a consejería, medicamentos (asumiendo, en muchos casos, que deben pagar por ellos) y búsqueda de apoyos para la gestión de “pases” o “recomendaciones” que les puedan ser útiles en los hospitales urbanos.

Se observa la concurrencia a clínicas rurales para la atención de padecimientos, generalmente crónicos o menores (en el caso de Samachique atención durante el embarazo), de los cuales los hogares beneficiarios han aprendido a reconocer las posibilidades resolutivas de los centros locales, una habilidad que no demostraron los hogares no beneficiarios, quienes en general tienen una relación muy limitada con las unidades locales de salud. En general, estos padecimientos se refieren a la atención de dolores, diarreas, infecciones respiratorias, accidentes menores y acceso, en las comunidades donde el abasto de métodos anticonceptivos y medicamentos para crónicos degenerativos (diabetes e hipertensión) es regular, a estos insumos.

Oportunidades, en su propósito de ofrecer el nivel de la atención primaria a la salud, ha tenido aciertos resolutivos que son dignos de resaltar. En los casos, como el de la UMR de Samachique, donde hay una adecuada atención y control del embarazo y acceso a métodos anticonceptivos, las mujeres, independientemente de su condición étnica acuden por servicios. Las consultas familiares del Programa demostraron ser de gran utilidad en la detección de pacientes hipertensos, en las microrregiones de Chihuahua y Oaxaca, y de diabéticos en Oaxaca, aun cuando el acceso a medicamentos y el control de los casos fue irregular. La atención y tratamiento de los indígenas beneficiarios padecientes de diabetes, fue considerablemente mejor que la de los no beneficiarios, entre quienes se reportó una incidencia mayor de casos de atención urgente por crisis diabética en clínicas privadas y hospitales públicos de segundo nivel.

Pese a las limitaciones de acceso a medicamentos en los centros locales de salud, las consultas familiares son útiles en la generación de diagnóstico. En general, los hogares beneficiarios, demostraron una mayor preocupación por resolver sus eventos de enfermedad. Se cree que el acceso a información pertinente para su salud y el acceso a un ingreso regular (transferencias monetarias), les brinda una disposición diferente para atender sus procesos de salud enfermedad, que es más evidente al compararlos con los hogares beneficiarios, aunque las resoluciones de sus procesos no se den, en todos los casos, en los contextos locales de atención, debido a las limitaciones en la capacidad resolutive de los servicios rurales.

En general, las familias beneficiarias demostraron un mejor conocimiento de su estado de salud y una mejor disposición para participar en campañas de salud preventiva. Sin embargo, aunque el Programa ha logrado aumentar la demanda de servicios y la participación comunitaria de los beneficiarios en campañas de salud, las capacidades resolutivas de los centros locales de atención no son acordes a estas demandas. En localidades donde el desabasto de insumos para la detección de diabetes y toma de muestra de Papanicolaou es irregular o nulo, los mensajes de prevención que se abordan en talleres y campañas, pierden credibilidad.

Los pocos pero contundentes aciertos que las familias beneficiarias identifican en cuanto a *Oportunidades* (campañas de vacunación, acceso a tratamiento de crónico-degenerativos, disponibilidad de analgésicos y en algunos casos a métodos anticonceptivos, acceso a atención de padecimientos de los que identifican capacidad resolutive de los centros) pueden a largo plazo cambiar la percepción de las familias, particularmente indígenas, sobre los servicios públicos de salud y sobre la incorporación paulatina de prácticas de prevención y autocuidado. Se considera que estos aciertos deben sostenerse, garantizando sobre todo el acceso a medicamentos en el primer nivel de atención.

De cualquier modo, ante las desfavorables condiciones en que operan los servicios públicos de primer nivel, el impacto del Programa sigue siendo mínimo en la modificación de las pautas de atención. El tránsito hacia una medicina preventiva y a la resolución de demandas en el primer nivel de atención sigue siendo una meta lejana, que únicamente podrá concretarse al asegurar las condiciones básicas para el funcionamiento de las clínicas rurales, principalmente a través del abasto de medicamentos y la presencia de equipos médicos profesionalizados. Aspectos que

sólo pueden garantizarse a través de un sólido trabajo interinstitucional que persiga metas comunes, principalmente entre *Oportunidades* y las autoridades sanitarias.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Fecundidad y uso de métodos anticonceptivos

Se corrobora la hipótesis de que las mujeres indígenas presentan ciclos reproductivos ligeramente más largos que las no indígenas en todas las entidades. En promedio, las mujeres indígenas del sur, tienen seis hijos, mientras que en Sonora son cinco. Por otro lado, ya se observa que en general, el inicio de las trayectorias en el caso de las mujeres de 19 años en adelante se da a edades superiores que las de sus madres. Lo cual confirma que la reducción de los ciclos reproductivos está más relacionada con la edad o generación a la que pertenecen las mujeres que con su condición étnica.

Las mujeres mestizas de las microrregiones del norte refieren los promedios más bajos de hijos, tres en Sonora y cuatro en Chihuahua. No se percibe que exista un incremento de la natalidad relacionada con la presencia de *Oportunidades*. En general, donde existe acceso a métodos anticonceptivos, se reportó una frecuencia de uso mayor entre mujeres beneficiarias mestizas que entre las no beneficiarias, sobre todo a partir de su adscripción al Programa, y una buena disposición a la planificación familiar entre mujeres indígenas, de Chihuahua y Sonora, que tienen acceso a métodos anticonceptivos y a las intervenciones quirúrgicas, una vez que han decidido no tener más hijos.

La utilización de métodos anticonceptivos está relacionada con acceso a centros de salud, el abasto y las concepciones sobre los mismos. En la microrregión mayo de Sonora y en las microrregiones de Chihuahua son ampliamente utilizados sin amplias diferencias entre indígenas y no indígenas. En la microrregión yaqui, la frecuencia de uso es mayor entre mujeres mestizas y en la microrregión guarijía se utilizan en muy pocos casos, tanto entre indígenas como mestizas, principalmente por dificultades del desabasto. En Chiapas, la utilización de métodos anticonceptivos por mujeres indígenas no fue reportada, y en Oaxaca se observó una preferencia por los métodos de control natal definitivos y una tendencia muy evidente de tener al último hijo en escenarios médicos organizados para acceder a la salpingoclasia. Entre las mujeres indígenas del sur la menor frecuencia del uso de métodos anticonceptivos durante su vida reproductiva está muy relacionada con las concepciones de que son perjudiciales para la salud reproductiva y principalmente en Oaxaca, por las actitudes de rechazo de sus parejas sexuales.

El factor generacional, también tiene una incidencia en el uso de métodos anticonceptivos, que está relacionada con la reciente creación de instituciones de salud, que en los contextos rurales de estudio, se remonta, en términos muy amplios, a partir de mediados de la década de los noventa. Las mujeres de 20 a 40 años, conocen y/o han utilizado métodos anticonceptivos, no sólo porque han tenido mayor acceso a centros de salud que sus madres, sino porque han estado más expuestas a información relativa al uso de anticonceptivos, a través de campañas generales y talleres del Programa.

Los métodos preferidos por las mujeres de la muestra durante sus vidas reproductivas (que se concentran en beneficiarias mestizas), fueron el DIU y las inyecciones hormonales porque requieren de poca atención. Y entre mujeres indígenas, la práctica de la salpingoclasia.

No se puede precisar el impacto de *Oportunidades* en cuanto a la planificación familiar, a través de métodos anticonceptivos, pero sí se puede decir que la cercanía de centros de salud y el abasto regular de métodos anticonceptivos, fueron elementos más contundentes en la determinación de las pautas de empleo. Si bien, el Programa ha tenido una incidencia bastante positiva en cuanto a la promoción de métodos anticonceptivos, sobre todo a través de charlas y talleres en mujeres mestizas de 20 a 40 años, se cree que estas acciones no están siendo aprovechadas del mismo modo entre las mujeres indígenas. Al cabo de 10 años, en los hogares de estudio de Oaxaca y Chiapas, las percepciones sobre el uso de métodos anticonceptivos no han cambiado mucho, ni las actitudes de los varones al respecto. Se cree que en estos otros contextos indígenas, se debe hacer hincapié en la impartición de talleres mixtos, con el objetivo de explicar claramente, las ventajas y riesgos de los métodos anticonceptivos. Parece imprescindible que a la par se desarrollen talleres de sensibilización sobre las implicaciones de los métodos anticonceptivos a la

salud, dirigidos a mujeres indígenas, que se impartan respetuosamente y adaptados a las condiciones culturales de cada contexto. Para que estos talleres transiten de una exposición técnica sobre las características de cada método a una experiencia participativa, es también necesario capacitar a los equipos médicos, pues ellos, suelen abordar estos temas únicamente a partir de “charlas” y “exposición”.

En cuanto a los talleres de planificación familiar entre jóvenes becarias de educación media superior, no hay elementos para determinar su impacto, pero sí se puede afirmar que estas jóvenes muestran en general una mejor disposición a discutir sobre estos temas y tienen un mejor acervo informativo al respecto. Por último se propone también que las brigadas y centros de salud ofrezcan el servicio de esterilización, que permita a los hogares realizar la decisión sin que implique un gasto mayor para las familias y sobre todo garantizar el abasto constante de estos insumos en los centros de salud.

Pautas de atención del embarazo y el parto

Se observó una tendencia de cambio en las historias reproductivas de las mujeres, principalmente mestizas, que es evidente en la forma de atender los últimos partos. El impacto generacional en cuanto a las pautas de atención del embarazo entre estas mujeres –que muestra cierta tendencia al acceso de atención prenatal en escenarios médicos organizados– está asociado con la creación reciente de centros de salud (a mediados de la década de los noventa), pero principalmente con la etapa del ciclo doméstico de los hogares (más consolidados), lo que posibilita una mayor estabilidad y una mejor atención de la salud reproductiva. Aunque sin duda estos cambios en la concurrencia a control prenatal, coinciden con los periodos en los que las mujeres han sido beneficiarias.

Entre las mujeres jóvenes (mayores de 19 años), a excepción de Chiapas, independientemente de su condición étnica y estatus en el Programa, se observó una frecuencia de atención prenatal mayor que aducimos, está relacionada con la creación de centros de salud en sus comunidades.

En general, el cambio de pautas de atención del embarazo en contextos médicos, está más relacionado con el acceso a servicios de calidad en el primer nivel de atención, que con la variable étnica. Aunque también para las mujeres indígenas su condición étnica juega un papel preponderante en cuanto a la decisión sobre el modelo de atención que eligen (partera, partos sin asistencia o con la asistencia de sus esposos o figuras familiares femeninas), dicha decisión está sobre todo moldeada por el tipo de trato que reciben en las unidades médicas y el temor de ser víctimas de negligencias o abusos (situación muy común en Chiapas y Oaxaca). Estas mujeres prefieren recibir atención durante el embarazo y el parto en contextos domésticos. De cualquier forma, cuando las mujeres indígenas de 19 a 40 años, tienen acceso a atención de calidad y calidez, prefieren ser tratadas en contextos médicos como ejemplifica el caso de Samachique, donde la totalidad de las mujeres de estudio, indígenas y no indígenas, acudieron a atención prenatal y posnatal en su clínica local, dado el buen funcionamiento de la UMR del IMSS-*Oportunidades* en cuanto a la atención del embarazo y orientación para la salud reproductiva.

Respecto de la atención del parto, la atención en escenarios médicos se concentra en mujeres mayores de 40 años a partir de la segunda generación de partos (1990 en adelante) y de mujeres jóvenes, mayores de 19 años, generalmente mestizas y beneficiarias, que viven en contextos donde pueden tener acceso a servicios de salud con eficacia resolutoria, aunque cuando se les compara con los casos atendidos con partera se llega a la conclusión de que la atención del parto en contextos rurales sigue efectuándose por parteras. En general, estas mujeres acuden a centros médicos en caso de un embarazo riesgoso y generalmente a sugerencia de las parteras.

Según el análisis realizado, la elección del tipo de atención durante el embarazo y el parto, está determinada por los servicios disponibles al momento de estos eventos y no necesariamente porque su condición étnica privilegie la atención con partera sobre la atención médica (a excepción de los casos mencionados). No es una coincidencia, por ejemplo, que en Oaxaca las mujeres que a lo largo de su trayectoria reproductiva tuvieron distinto tipo de atención sean justamente aquellas cuyas historias de vida están marcadas también por la migración de la ciudad a la sierra (en el caso de mujeres no mazatecas) o de la sierra a la ciudad (en el caso de indígenas nacidas en la Cañada mazateca). Ahora bien, el hecho de que las mujeres indígenas prefieren tener a sus hijos en contextos domésticos nos lleva a

considerar que esta preferencia está determinada no sólo por el tipo de atención que reciben por ser indígenas en contextos médicos organizados sino, también, por la necesidad de evitar los obstáculos para continuar con el trabajo doméstico y el rol de cuidadoras de sus hijos. Un parto atendido por partera en el domicilio de la parturienta, le permite a ésta seguir al tanto de los eventos y las necesidades domésticas, no así los partos en los escenarios médicos organizados.

Se considera que las pautas de atención con parteras en contextos rurales, de indígenas y no indígenas, siguen manifestando las dificultades de atención en contextos médicos, debido a la escasa confianza (principalmente de indígenas) y a las dificultades de traslado hacia centros de salud con capacidad resolutive. Aunque efectivamente a partir de mediados de la década de los noventa, existen más centros de atención, mayor información sobre los riesgos durante el embarazo y el apoyo de Progres y *Oportunidades* (1998), estos esfuerzos no han sido suficientes para garantizar una atención oportuna del embarazo y el parto en comunidades indígenas y rurales, sobre todo porque la atención de la salud reproductiva de las mujeres no es solamente una cuestión de presupuesto o acceso a servicios de salud, sino de calidad humana.

Detección oportuna de cáncer cervicouterino

El Programa ha tenido un impacto muy positivo en incrementar la realización del examen de detección entre mujeres beneficiarias. La ausencia de testimonios sobre esta práctica preventiva entre las mujeres no beneficiarias que se entrevistaron durante el estudio, habla de las dificultades de acceso a la toma de prueba entre mujeres no adscritas a *Oportunidades*. El Programa también ha incidido en la disposición de las mujeres indígenas a realizarse la prueba. Esta disposición es mejor en aquellos contextos en los que los servicios de laboratorio son relativamente eficientes en cuanto a la notificación de resultados. El funcionamiento óptimo en cuanto a cobertura de insumos para la prueba de Papanicolaou y la relación eficiente entre clínicas rurales y los laboratorios que las procesan, tiene una incidencia muy positiva en que otras mujeres cercanas a quienes se realizaron la prueba, acudan a la misma (microrregiones yaqui y mayo en Sonora).

La percepción de las beneficiarias es que la prueba es parte de las corresponsabilidades del Programa, pues generalmente las revisiones ocurren después de los talleres. En aquellos contextos donde se documentaron irregularidades en el abasto de insumos (mazateca) la promoción de estas medidas preventivas suele perder credibilidad y a largo plazo desanimar a las mujeres para efectuarse la prueba. Cuando la prueba se consuma, un problema común son las notificaciones tardías de resultados, o la no notificación de resultados negativos, por lo que se observa pertinente, comunicar los resultados de las pruebas, explicar su lectura y orientar acerca de la importancia de la prueba.

Ahora bien, aunque *Oportunidades* ha incrementado la prevención y autocuidado de la salud reproductiva entre las mujeres, particularmente en cuanto la prueba de Papanicolaou, se sugiere garantizar que estos esfuerzos coincidan con la capacidad resolutive del sistema sanitario. Los fallos positivos en contextos de marginación y pobreza, con dificultades en cuanto al acceso de atención, son un factor que desanima a las mujeres, sobre todo mayores de 40 años, para ser partícipes de estas prácticas.

V. Conclusiones y recomendaciones

Las condiciones socioestructurales en que viven los hogares rurales e indígenas y las desventajas propias del sistema sanitario, comprometen la calidad de vida de los hogares, y generan una acumulación de desventajas que influyen en su capacidad para tener acceso a la salud y de mantener un estado óptimo de la misma con el propósito de trabajar o estudiar, condiciones que dada su etiología estructural, difícilmente pueden ser modificadas por las acciones de *Oportunidades*.

Garantizar el acceso a la salud sigue siendo un elemento fundamental en la tarea de incidir en la transmisión intergeneracional de la pobreza. El análisis aquí realizado ha dado elementos sólidos para afirmar que los procesos de salud-enfermedad en el México rural tienen consecuencias sociales, producen cambios en los roles domésticos y

generan crisis económicas al nivel doméstico, crisis de las que las familias difícilmente pueden salir debido al déficit acumulado de recursos, oportunidades y posibilidades. Cuando la calidad de los servicios no es una garantía, el afrontamiento de los episodios de enfermedad tiene consecuencias desestabilizadoras para las economías y los roles domésticos. Estas consecuencias, implican la pérdida parcial o definitiva, de la capacidad productiva de miembros económicamente activos (como enfermos o acompañantes de las trayectorias de atención), comprometen sus habilidades para el trabajo o la interrupción de trayectorias educativas. Los eventos de enfermedad generan impactos en el aprovechamiento escolar, ya sea como enfermo, o como quien padece las consecuencias emocionales y estresantes de los cambios de roles domésticos que devienen del evento de enfermedad. Estas consideraciones son imprescindibles para estimar las posibilidades reales de estos hogares hacia una posible mejora o no en su calidad de vida.

De acuerdo con las pautas de atención documentadas se observa que, a mayor capacidad resolutive de los centros locales de salud, mejores son las posibilidades de tratar los eventos de enfermedad sin que la atención a la salud signifique mayor pobreza para los hogares indígenas y rurales. Sin duda el impacto del componente de salud del Programa podría ser muy efectivo si las condiciones de infraestructura, abasto de medicamentos y equipos médicos profesionalizados en estos contextos fueran adecuadas a las demandas y expectativas de atención de los beneficiarios.

Por consiguiente, y mientras se logran mejores condiciones en la oferta de los servicios, consideramos que es pertinente una mejor integración del Paquete Básico Garantizado de Salud a los modelos reales de atención, con el propósito de hacer un esfuerzo coordinado entre *Oportunidades* y las dependencias del sector salud en cuanto al seguimiento de referencias y contrarreferencias de la atención en servicios urbanos o rurales ajenos a las comunidades donde residen los hogares. Dicha integración resultaría del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales (en ámbitos regionales) que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas, para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes.

Considerando los obstáculos que se documentaron en las trayectorias de atención que tienen como destinos otras comunidades, se cree que los talleres comunitarios de autocuidado de la salud pueden significar una oportunidad y una herramienta útil en la orientación hacia servicios con eficacia resolutive al interior de los *hinterlands* de atención de diferentes contextos regionales. Ello contribuiría a la disminución de los costos de atención exógena de los hogares puesto que las pautas en la búsqueda de atención resolutive siguen, sin la orientación necesaria, una lógica basada en ensayo y error, y se traducen en intentos que generalmente implican inversiones comprometedoras para las economías domésticas y que no siempre garantizan la resolución de sus necesidades de atención; se sabe que para ello es imprescindible, de nuevo, un esfuerzo coordinado entre el Programa y las autoridades sanitarias, con el propósito de conocer las pautas de atención regionales, y las opciones de servicios de salud disponibles. Las estancias cortas de los médicos en las comunidades conducen a un desconocimiento de las posibilidades de atención a las que se puede acceder en la misma región (en donde se inscribe su universo de atención) o en regiones aledañas en la búsqueda de resolución de aspectos muy específicos, como servicio de laboratorio, o estudios técnicos (rayos X, ultrasonidos, etc.).

La calidad en la atención recibida (percibida y experimentada por los usuarios) influye de manera determinante en las condiciones de salud de las familias y el acceso a servicios de salud, así como en las pautas de búsqueda de atención que manifiestan y en el desarrollo de capacidades orientadas a la prevención y el autocuidado. Se considera que el Paquete Básico Garantizado de Salud debe trabajar a través de una lógica que comprenda los diferentes contextos culturales y asociarse con los otros sectores locales de la atención a la salud en contextos rurales e indígenas (curanderos, hueseros, parteras, hierberos, etc.). Por ello, una posible recomendación es incorporar promotores de salud con autoridad y prestigio local, que sean miembros de las redes de atención tradicionales, que generalmente conocen mejor las necesidades y la epidemiología local, en función de que la variable étnica juega un papel preponderante en la integración de los beneficiarios a los centros de servicios y en la efectividad de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud, que por lo común no considera contenidos y metodologías apropiados a las realidades multiculturales.

Al cabo de una década, la presencia del Programa en las localidades estudiadas, ha generado un impacto positivo en cuanto al fomento de prácticas de saneamiento básico. Sin embargo, aunque dichas prácticas se fomenten en

los senos familiares, particularmente de los hogares beneficiarios mestizos próximos a las unidades médicas, se cree que *Oportunidades* puede tener un impacto más integral en la salud comunitaria haciendo un esfuerzo intersectorial mejor coordinado para no sólo promover prácticas de saneamiento, sino para fomentar acciones que garanticen el acceso pleno a los servicios básicos, como son agua, drenaje, control y manejo de la basura.

Se considera prioritario incorporar a las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud en contextos rurales e indígenas el componente de género, pero de una manera sólida y sistemática. Dichas acciones deben hacer posible que los mensajes informativos se cristalicen en reflexiones y prácticas de autocuidado de acuerdo al sentido y experiencia, principalmente de las mujeres en relación a la salud sexual y reproductiva, con la encomienda de integrar a los hombres a dichos ejercicios reflexivos.

El Programa tiene como objetivo apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema con el fin de “potenciar las capacidades de sus miembros” y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, “a través del mejoramiento de opciones” en educación, “salud y alimentación”, además de “contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y calidad de vida”. Considerando lo anterior, se cree que es imprescindible la promoción de talleres de salud en derechos humanos, tanto para prestadores de servicios, como para usuarios de servicios, si lo que se busca es fortalecer la capacidad ciudadana en estos hogares.

El Paquete Garantizado de Salud presenta diferentes grados de impacto en el desarrollo de capacidades orientadas al autocuidado y la prevención de la salud, de acuerdo al grado de exposición al Programa y etnicidad, pero principalmente, en función de la calidad, acceso y proximidad a los servicios de primer nivel, que es su marco de ingerencia. Sin embargo, la deficiente calidad de los servicios debilita su correcta operación y los logros reportados se tornan relativos ante un panorama pobre de provisiones externas que hagan posible su ejercicio real. El tránsito hacia una atención a la salud más preventiva que paliativa y la incorporación de prácticas de autocuidado y prevención, dependen de una intervención más amplia de política pública y social, que pueda garantizar una mejor calidad de los servicios ofertados por el Estado. Bajo estas condiciones, los efectos de la pobreza sobre la salud, parecen explicarse no por su relación de causa y efecto, sino en tanto que las dificultades de acceso a una atención de calidad y la “mala salud”, son un componente de la pobreza, más que una consecuencia o causa de la misma, haciendo evidentes las situaciones de inequidad y desigualdad y perpetuando la herencia generacional de la pobreza.

VI. Análisis FODA

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO1	En términos generales puede decirse que <i>Oportunidades</i> tiene impactos favorables en la salud de las familias beneficiarias en tanto que, a través de la consulta preventiva periódica de éstas y la capacitación que se ofrece en los talleres de autocuidado a la salud, el personal médico logra tener un mejor conocimiento del estado general de salud de estas familias en comparación con el de las no beneficiarias	No aplica
FO2	Existe una demanda real de los hogares beneficiarios de larga exposición o de aquellos que independientemente de su exposición al Programa y su etnicidad viven cerca de los centros de salud, respecto a los servicios locales, principalmente con la expectativa de acceder a medicamentos y consejería, generalmente en la búsqueda de apoyos para la gestión de “pases” o “recomendaciones” que les puedan ser útiles en los hospitales urbanos	Considerando el éxodo en búsqueda de servicios de salud con capacidad resolutive, y las crecientes expectativas y necesidades de consejería y gestión de la población se recomienda integrar a las agendas temáticas de los talleres, asesorías sobre la oferta regional de servicios de segundo nivel, sus características, costos y posibilidades de atención

FO3	El Programa ha significado un cambio positivo para los hogares y sus comunidades, debido a las transferencias monetarias que suelen utilizarse como recurso emergente ante necesidades de salud	Esta situación sucede generalmente en hogares indígenas, creemos que podría ofrecerse un apoyo diferenciado para familias Indígenas.
FO4	El Programa ha incrementado la demanda y acceso de servicios por parte de hogares indígenas en general a partir de las corresponsabilidades El Programa ha logrado generar impactos muy positivos y específicos en cuanto a la demanda y acceso de las familias indígenas a servicios de salud y a su participación en campañas de vacunación. A través del fomento de prácticas de saneamiento básico en las comunidades se han visto también cambios, relativos principalmente a la construcción de letrinas en las viviendas indígenas, con gradientes significativos de acuerdo al grado de marginación y pobreza en que viven dichos hogares. Los más considerables son los observados en las microrregiones estudiadas en Oaxaca y Sonora	Los pocos pero contundentes aspectos resolutivos documentados (campañas de vacunación, saneamiento básico comunitario, acceso a tratamiento de diabéticos e hipertensos) pueden a largo plazo cambiar la percepción de las familias indígenas sobre los servicios públicos de salud
FO5	La adscripción al Programa significa un privilegio para acceder a canales de comunicación y redes sociales. En algunas ocasiones garantiza el acceso a Programas Federales y del estado	Se advierte a las autoridades locales y del Programa, que alguna información de interés para la comunidad en general no está siendo difundida adecuadamente. Se recomienda que las autoridades del Programa adviertan a las autoridades locales o de otros Programas sociales, sobre la pertinencia de incentivar diferentes formatos (además del oral o carteles ubicados en los centros donde se concentra la población beneficiaria, tales como escuelas o centros de salud) para garantizar la difusión adecuada sobre otros programas sociales que pueda ser de interés a la comunidad en general
FO6	Al cabo de una década, la presencia del Programa en las localidades estudiadas, ha generado un impacto positivo en cuanto al fomento de prácticas de Saneamiento Básico en las familias beneficiarias, principalmente a través de la construcción de letrinas, disminuyendo la presencia de excretas al aire libre o el empleo de corrales, parcelas o campos para la deposición de excretas	El Programa puede tener un impacto más integral en la salud comunitaria, haciendo un esfuerzo intersectorial mejor coordinado para no sólo promover prácticas de saneamiento, sino para fomentar acciones que garanticen el acceso pleno a los servicios básicos, como son agua, drenaje, control y manejo de la basura
FO7	Mejores hábitos de saneamiento básico en los hogares formados por hijas de titulares), indígenas o no indígenas que tienen un acceso relativo a servicios de salud y habitan en contextos rurales menos marginales (cabeceras municipales y comunidades cercanas a nodos urbanos o localizadas sobre carreteras o ubicadas cerca de centros de salud)	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> considerar que los mensajes de saneamiento doméstico, tienen mejores resultados en los contextos rurales menos marginales (cabeceras municipales y comunidades cercanas a nodos urbanos o localizadas sobre carreteras o ubicadas cerca de centros de salud) y que por lo tanto los mensajes de saneamiento básico en hogares que no gozan de estas condiciones deben adecuarse a sus posibilidades, y no ser señalados como casos no exitosos

FO8	Entre los beneficiarios existe una excelente disposición del control de la basura, aunque a través de métodos erráticos (como quema de desechos plásticos; no se documentó la promoción correcta del manejo de desperdicios) que aunque no son promovidos directamente por el Programa, si lo han venido siendo por los ejecutores locales (a excepción de las mirorregiones chiapanecas)	Se recomienda integrar a la agenda temática de los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud, el tema del manejo adecuado de los desperdicios, como tema específico (se hace una referencia muy general al tema en tanto: Saneamiento básico a nivel familiar), debe incorporarse específicamente a la agenda como "Clasificación y manejo adecuado de los desperdicios"
FO9	El Programa Oportunidades ha tenido un impacto positivo en la identificación temprana de factores de riesgo, diagnóstico y atención de la población infantil que ha crecido bajo el umbral del Programa (principalmente de EDA, IRA y deshidratación). El primer nivel de atención es la opción prístina documentada en los trayectorias de atención de hogares beneficiarios de larga exposición que viven próximos a los centros de salud, independientemente de su adscripción étnica y, en el caso de las beneficiarias indígenas, oportuna detección sólo cuando coincide con la consulta familiar	Se recomienda a las autoridades del sector salud y Oportunidades garantizar los insumos y medicamentos para el tratamiento de EDA, IRA y deshidratación en los centros rurales de salud y casas de salud, con el propósito de brindar una atención oportuna a la población infantil que ha crecido bajo el umbral del Programa y considerar que el impacto de los mensajes preventivos de dichos padecimientos depende de la cobertura y la garantía del acceso a medicamentos
FO10	Los beneficiarios diabéticos e hipertensos que viven en contextos donde los servicios tienen cierta capacidad resolutive (sobre todo referente a acceso medicamentos), muestran un mejor tratamiento y control de sus padecimientos (no aplica para las microrregiones chiapanecas y la microrregión mixe en Oaxaca) en comparación con los no beneficiarios (diabéticos e hipertensos)	Se recomienda a las autoridades del sector Salud y del Programa Oportunidades garantizar el abasto de medicamentos para pacientes diabéticos e hipertensos en las microrregiones chiapanecas
FO11	En varios lugares de la Tarahumara existen Hospitales y Clínicas dependientes de organizaciones religiosas que prestan servicios de salud con un modelo de atención respetuoso y adaptado a las condiciones culturales de la población indígena	Se recomienda a las autoridades del sector salud y del Programa Oportunidades establecer convenios con los hospitales y clínicas religiosas que operan en la Tarahumara para que éstas colaboren con las clínicas públicas en los servicios de atención médica y educación para la salud de las familias beneficiarias
FO12	En conjunto con otras campañas, el Programa Oportunidades ha coadyuvado a la promoción de la salud sexual y reproductiva como un ámbito de la salud pública y no sólo de la vida íntima de las mujeres	Seguir promoviendo la salud sexual y reproductiva a través del Paquete Básico Garantizado de Salud, integrando una sólida metodología participativa y de género en los talleres de autocuidado, además de la inclusión de los varones a dichas acciones. Diseñar y proporcionar materiales didácticos dirigidos a población indígena, que puedan ser empleados por los prestadores de servicios de salud
FO13	Mejor disposición para discutir temas de salud reproductiva (métodos anticonceptivos y Papanicolaou) en hogares beneficiarios de larga exposición donde habitan mujeres de primera y segunda generación (éstas últimas que han sido becarias y son estudiantes de EMS)	Se recomienda a las autoridades del sector salud y Oportunidades garantizar el acceso a métodos anticonceptivos no sólo en centros de salud sino en escuelas de nivel medio superior y pruebas de Papanicolaou. Continuar y fortalecer los talleres de salud sexual y reproductiva

FO14	Mejor disposición para la búsqueda de atención prenatal y métodos anticonceptivos en mujeres de 19 a 40 años, con acceso a centros de salud con capacidad resolutive	Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos
FO15	El programa a incrementado la examinación del Pap entre mujeres beneficiarias. Estas mujeres muestran una mejor disposición para realizarse la prueba del Pap	Se recomienda a las autoridades del sector salud y del Programa Oportunidades agilizar el proceso de la obtención de resultados, ya que en general se documento una mejor disposición de las mujeres beneficiarias (en relación con las no beneficiarias) a practicarse la Pap
FO16	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud son espacios sociales ya reconocidos, en general la asistencia es constante y puntual, pero la repetición de las temáticas resulta aburrida para las beneficiarias (sobre todo de larga exposición al Programa). Generalmente se reproducen los temas más conocidos y que mejor manejan los prestadores de servicios locales, sin atender a la diversidad de temáticas de la agenda de <i>Oportunidades</i>	Se recomienda enfatizar la necesidad de aplicación de los talleres por grupo de edad y grado de exposición al Programa (observamos que generalmente no se considera) Se recomienda capacitar a los equipos de salud en temas relativos a la violencia familiar, abuso de sustancias entre varones jefes de familia, violencia de género y masculinidad, que aunque están contemplados en las agendas generalmente no se promueven por falta de capacitación. Es urgente la necesidad de cuadernillos de trabajo con ejemplos de dinámicas y técnicas grupales para los prestadores de servicios de salud y asistentes rurales
FO17	En general los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud no se imparten a través de metodologías participativas, se dan bajo la forma de "charlas" debido a las limitantes en términos de tiempo (sobrecarga de trabajo del personal y auxiliares de salud), capacitación, espacios adecuados y disposición de materiales didácticos	Observamos una urgente necesidad de creación de cartas descriptivas temáticas que funcionen como herramientas para las auxiliares de salud y prestadores de servicios con el propósito de facilitar su aplicación
FO18	Donde realmente se instrumentan, los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud resultan potencialmente útiles como un componente de educación general para adultos que no lograron completar su ciclo de educación primaria o secundaria	Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> , proveer de materiales didácticos apropiados a las y los promotores o personal de salud, para fortalecer la comprensión de la información entre los beneficiarios analfabetas. Promover los programas de alfabetización de la población adulta durante los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud
FO19	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud han tenido una mejor acogida en las siguientes temáticas: Uso del complemento alimenticio, Parasitosis/Ciclo de desparasitación, Saneamiento básico a nivel familiar, Vacunas, Diarreas y uso del VSO, Cuidados del menor de un año y el mayor de un año y Planificación familiar (entre beneficiarias)	Se recomienda redoblar esfuerzos para seguir garantizando los medicamentos e insumos para los padecimientos que se refieren, pues consideramos que su éxito está relacionado con la provisión regular de los mismos (vacunas y suero oral), además de la disposición de las titulares para escuchar sobre cuidados de la población infantil

FOZO	Con respecto al manejo de la basura, observamos una excelente disposición al control de desechos por parte de las familias beneficiarias, pero a través de procedimientos sistemáticamente erróneos (por ejemplo, la quema de plásticos). Aunque el Programa no fomenta directamente estas prácticas, la promoción directa de los prestadores de servicios ha provocado que muchas beneficiarias vean las quemas de basura como una "corresponsabilidad"	Consideramos que ésta puede ser una buena oportunidad para promover prácticas correctas de manejo de desperdicios (clasificación y reutilización) como parte de la agenda temática del Programa, haciendo explícitos esos contenidos
DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA1	Siendo el Primer Nivel de Atención la base operacional del Paquete Garantizado de Salud, las desventajas estructurales del sistema de salud implican una debilidad para la operación del mismo (sin duda la más grave)	El impacto del Programa está determinado por las condiciones en que operan los servicios de primer nivel, el esfuerzo y los logros del Programa deben coordinarse con la capacidad resolutive de los centros rurales de salud
DA2	En las localidades donde se documentó una limitada capacidad resolutive en el medio local (servicios de primer nivel), se observa la tendencia de desplazamientos a nodos urbanos en la búsqueda de una mejor atención, con la creciente tendencia de una subutilización de los servicios del primer nivel como centros de monitoreo de corresponsabilidades	Consideramos que es pertinente poner atención en el seguimiento de referencia y contrarreferencia de la atención en nodos urbanos, a través del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas, para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes beneficiarios del Programa
DA3	Muchas familias indígenas que viven en contextos de marginación geográfica, tiene más limitaciones para acceder a los servicios médicos públicos de salud, constituyen el sector de la población con mayores carencias en términos de atención a la salud y de incidencia de enfermedades materno-infantiles, respiratorias, tuberculosis y desnutrición	Se recomienda a las autoridades del sector salud y del Programa Oportunidades, redoblar los esfuerzos de coordinación con caravanas de salud y unidades móviles, a través de visitas más frecuentes
DA4	Las conductas migratorias implican retos para el sector salud de acuerdo a las necesidades de las pautas de atención de mujeres migrantes que inician su vida sexual y se embarazan en territorios lejanos a sus comunidades, pero que vuelven a ellas durante el último trimestre para garantizar el acompañamiento de la familia y la comunidad en la atención del parto, un reto que no siempre es asumido por los prestadores de servicios de salud debido a las dificultades para evaluar el control prenatal y la condición de salud de las mujeres cuando llegan a sus consultorios rurales, provocando negativas en la atención	Se recomienda a las autoridades del sector salud y del Programa Oportunidades, asumir este reto e incentivar algún tipo de intervención multisectorial o tal vez interestatal, que pueda permitir dar seguimiento a la atención de la salud reproductiva de estas mujeres
DA5	Ante las desfavorables condiciones en que operan los servicios de primer nivel, en términos generales, el impacto del Programa Oportunidades sigue siendo mínimo en tanto cambiar las pautas de atención y orientarlas a la medicina preventiva y a la resolución de demandas en el primer nivel de atención	El impacto del Programa está determinado por las condiciones en que operan los servicios de primer nivel, el esfuerzo y los logros del Programa deben coordinarse con la capacidad resolutive de los centros rurales de salud

DA6	<p>Si bien el Programa Oportunidades ha logrado aumentar la demanda de servicios, esto no es acorde a las capacidades resolutorias de los mismos, principalmente en términos de la prevención de factores de riesgo de padecimientos crónico-degenerativos y de detección oportuna de cáncer cervicouterino, principalmente por las necesidades de pruebas rápidas de dextrosis, baumanómetros y materiales para la toma de muestra de Papanicolaou</p>	<p>Se recomienda a las autoridades del sector salud y del Programa Oportunidades, dotar a los centros locales de salud, con los insumos necesarios para la toma de pruebas de enfermedades crónico-degenerativas</p>
DA7	<p>Las limitaciones para el desarrollo de capacidades orientadas a la prevención y el autocuidado, residen en las condiciones inadecuadas en que operan los centros de salud y en la falta de credibilidad de los usuarios hacia dichos centros (historias previas de escasa o nula capacidad resolutoria, ausencia de médicos profesionales, rotación de personal de salud, negación del servicio, desabasto de medicamentos e insumos y en general malas experiencias del pasado que son transmitidas generacionalmente). Esta situación es más común entre usuarios indígenas que viven alejados de los centros</p>	<p>Se recomienda a las autoridades del sector salud garantizar los medicamentos, personal médico e insumos necesarios para brindar atención oportuna. Se sugiere a las autoridades del Programa, incorporar promotores de salud con autoridad y prestigio local, que coadyuven en la construcción de relaciones de más confianza entre los usuarios de los servicios y los centros de salud, considerando que generalmente, conocen mejor las necesidades y la epidemiología local, y son nativos y residentes de las comunidades</p>
DA8	<p>Si bien el Programa Oportunidades ha logrado aumentar la frecuencia de detección del Papanicolaou, la escasa capacidad de respuesta del sector salud en caso de un resultado de cáncer cervicouterino desanima a las mujeres a tener prácticas de detección oportuna, aunado a los retrasos con que llegan los resultados</p>	<p>Se recomienda a las autoridades del sector salud, fortalecer y garantizar la atención de las pacientes con cáncer. La difusión de la prueba de Papanicolaou como un dispositivo de salud preventiva, debe coincidir con la capacidad resolutoria del sistema sanitario</p>
DA9	<p>Si bien el Programa Oportunidades ha logrado aumentar la frecuencia de detección del Papanicolaou, independientemente de los resultados estos generalmente no van acompañados de consejería. En general los resultados negativos, generalmente no se comunican</p>	<p>Se recomienda a las autoridades del sector salud y <i>Oportunidades</i> que garanticen la comunicación de resultados (positivos o negativos) de las pruebas de Papanicolaou. Se sugiere reforzar las labores de consejería individuales para mujeres que padecen cáncer de mama y cervicouterino</p>
DA10	<p>Uno de los motivos de mayor peso que provocan el rechazo de los servicios de atención en el primer nivel (aun por parte de quienes viven cerca de ellos), es la falta de reconocimiento y la percepción de poca efectividad de los mismos. Situación más común entre beneficiarios indígenas</p>	<p>Creemos que es imprescindible resarcir, en los contextos locales más inmediatos, la confianza en las instituciones a través de una colaboración mas cercana con las autoridades médicas tradicionales que puedan coadyuvar a la construcción de una atención a la salud más integral y a generar mayor participación comunitaria. Creemos que el Paquete Básico Garantizado de Salud debe trabajar a través de una lógica que pondere la competencia cultural y asociarse con los otros sectores locales de la atención a la salud en contextos rurales e indígenas (curanderos, hueseros, parteras, hierberos, etc.). Por ello, una posible recomendación es incorporar, bajo el esquema de vocal de salud, a promotores de salud con autoridad y prestigio local, que sean miembros de las redes de atención tradicionales o indígenas.</p> <p>La amenaza latente es que, aun contando con las redes estructurales, estas sean subempleadas.</p>

DA11	La acogida de las temáticas de los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud suele ser mejor cuando se trata del cuidado de los otros, principalmente de los niños y no de las mujeres, aun siendo ellas el público cautivo por antonomasia de los talleres	Debe integrarse más solidamente el componente de género y hacer más específicas las agendas temáticas relativas a género y salud. Aunque estas ya están "incluidas" generalmente el tema no es abordado por los prestadores de servicios, en ausencia de capacitación
DA12	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud corren el riesgo de convertirse en herramientas que desestiman y no legitiman los saberes locales relativos al cuidado de la salud y la medicina indígena o tradicional	Los talleres deben de garantizar la competencia cultural en sus temáticas y metodologías; para ellos la capacitación y sensibilización de los prestadores de servicios de salud es imprescindible
DA13	Las violaciones a los derechos a la salud y la discriminación por motivos de etnicidad alejan a los usuarios de los servicios o los exponen a situaciones de abuso de poder, que se traduce en una mala calidad en la atención, aunque tengan acceso a los mismos	Creemos que es imprescindible la promoción de talleres de salud en derechos humanos, tanto para prestadores de servicios, como para usuarios de servicios, si lo que se busca es fortalecer y potenciar las habilidades sociales y capacidades de los hogares para ampliar sus alternativas en el propósito de alcanzar mejores niveles de bienestar
DA14	Los eventos de enfermedad grave o sin resolución suelen concentrarse en hogares con antecedentes de enfermedad. En estas familias donde los procesos de salud-enfermedad, lejos de resolverse, son parte de la vida cotidiana (caso Chiapas) las capacidades productivas se ven mermadas y se minan también las oportunidades reales de los miembros del hogar en edad escolar para continuar con sus trayectorias escolares	Consideramos pertinente ofrecer, apoyos diferenciados para jóvenes en edad escolar que viven en hogares en donde se concentran casos de enfermedad o que padecen alguna enfermedad que implique movilización y atención costosa. Esta medida sería conveniente para evitar la deserción escolar por motivos de salud

VII. Referencias

1. Diario Oficial de la Federación. 31 de diciembre de 2007. Secretaría de Desarrollo Social. Acuerdo por el que se emiten las "Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades". México: Secretaría de Desarrollo, 2007.
2. Osorio-Carranza RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles, México: CIESAS-INDAH-INI, 2001.
3. Incháustegui C. Entorno enemigo. Los mazatecos y sus sobrenaturales. Desacatos 2000;5:131-146.

VIII. Anexos

A. ACCIONES DEL PAQUETE BÁSICO GARANTIZADO DE SALUD DE ACUERDO A LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES (2008)*

Componente de salud

El componente de salud opera bajo cuatro estrategias específicas:

- a) Proporcionar de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud, el cual constituye un beneficio irreducible, con base en las cartillas de salud, de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida de cada persona, conforme al numeral 6.8.1. de estas Reglas de Operación.
- b) Promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, en especial, prevenir y atender la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas o en lactancia, mediante la entrega de complementos alimenticios, la vigilancia y el monitoreo de la nutrición de los niños menores de cinco años, de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, el control de los casos de desnutrición y la educación alimentario-nutricional.
- c) Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad, mediante la comunicación educativa en salud, priorizando la nutrición, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y
- d) Reforzar la oferta de servicios de salud en las unidades de salud del primer nivel de atención en las que opera el Programa.

Las acciones adicionales para mejorar el modelo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se realizarán conforme a los modelos y protocolos de atención de cada uno de los proveedores de los servicios de salud, estarán dirigidas a cada uno de los miembros de las familias beneficiarias, y se realizarán conforme a la frecuencia establecida en el numeral 6.8.1 de estas Reglas de Operación. Las acciones se dirigen con especial énfasis a la población más vulnerable como mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y los niños menores de cinco años.

Se buscará poner un cuidado especial en la detección oportuna y el tratamiento de niñas y niños con diversos grados de desnutrición, reforzando la vigilancia de su peso y talla, promoviendo el consumo del complemento alimenticio y otorgando orientación alimentaria.

Los talleres comunitarios de capacitación para el autocuidado de la salud están dirigidos a los integrantes de 15 años o más y a los becarios de educación media superior. Mediante la comunicación educativa se promueven cambios de actitudes y hábitos a favor de la salud, tratando de arraigar una actitud preventiva y de autocuidado, y ofreciendo a la población información accesible que considere sus particularidades, tales como, enfoque de género, no discriminación e interculturalidad.

Las instituciones estatales de salud, a través de los programas regulares del sector y con la participación que corresponda al Gobierno Federal, de acuerdo a los recursos presupuestarios disponibles, aplicarán una estrategia de fortalecimiento de la infraestructura de salud. Igualmente, se procura un trato digno y de calidad a los usuarios, con base en programas como Sicalidad del sector salud.

B. MATERIALES GUÍA PARA EL TRABAJO DE CAMPO

Formato para historias reproductivas

Las historias reproductivas se aplicarán solamente a todas aquellas mujeres de 15 a 55 años que habiten en los

* Tomado íntegramente de las reglas de Operación del Programa Oportunidades (2008).

hogares seleccionados para observación etnográfica intensiva (estudios de caso). Básicamente serán historias dirigidas a averiguar las trayectorias de atención y su calidad. La elaboración de las historias comprende el llenado de un cuadro sintético para cada mujer y narraciones que incluyan aspectos pertinentes sobre los temas a tratar: embarazos, partos y planificación familiar. Con el objeto de identificación se asignará un número consecutivo (folio) a cada historia reproductiva, mismo que se consignará en el diario de campo respecto de las reflexiones personales. Pueden utilizarse los números de las preguntas para registrar las respuestas –generosamente– en hojas en blanco que se deben engrapar a este formato. No olvidar que parte de esta información puede ser confidencial. Se recomienda realizar la entrevista con discreción, preferentemente a solas con la entrevistada.

Folio: _____

Fecha: _____ Entrevistador: _____

NÚMERO DE EMBARAZOS		NÚMERO DE PARTOS		NÚMERO DE ABORTOS		NÚMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS		
EMBARAZO	AÑO (GESTA/PARA)	NÚMERO DE VECES QUE ASISTIÓ A CONTROL PRENATAL	NOMBRE DEL HIJO (HIJOS VIVOS)	RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO (PARTO, CESÁREA, ABORTO, MORTINATO)	LUGAR DONDE SE ATENDIÓ (LOCALIDAD Y TIPO DE SERVICIO DE SALUD DONDE CULMINÓ)	QUIÉN ATENDIÓ (MÉDICO, ENFERMERA, PARTERA, FAMILIAR)	¿CÓMO LA ATENDIERON?	COMENTARIOS (COMPLICACIONES, PROBLEMAS, COSTOS, ETCÉTERA)
Primero								
Segundo								
Tercero								
Cuarto								
Quinto								
Sexto								

Localidad: _____

Familia: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____

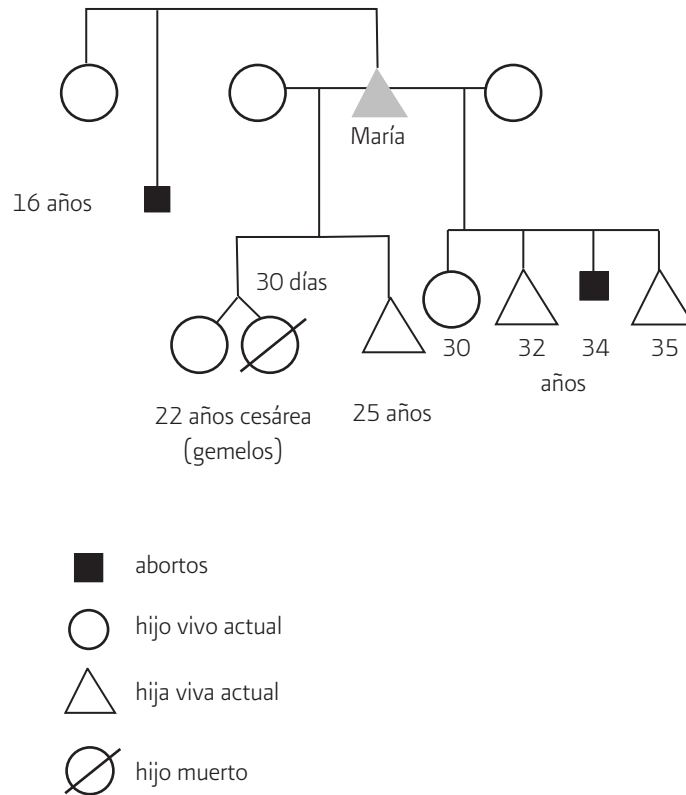
¿Cuántas veces ha estado embarazada?: _____

¿Cuántos hijos ha tenido?: _____

¿Cuántos de ellos viven actualmente?: _____

Edad en el primer embarazo: _____

El llenado de los siguientes cuadros nos servirá para precisar más la historia reproductiva. No obstante, hay que utilizar hojas blancas o el diario de campo para narrar detalladamente el curso del embarazo y sus formas de atención. No olvidar incluir frases textuales de las narraciones de las entrevistadas.



Historia reproductiva gráfica

Un ejemplo: María, la entrevistada tuvo un aborto en su primer embarazo con quien fue su novio, a los 16 años. Después tuvo un embarazo gemelar a los 22 años que se resolvió por cesárea, muriendo uno de ellos al mes de nacido. Tuvo además –en esta primera unión estable– una niña tres años más tarde, por parto natural (a sus 25 años). Más tarde se unió con una segunda pareja con la que tuvo un hijo, una hija, un aborto y su última hija. Las edades de María están consignadas en la siguiente figura:

Episodios gestacionales

Para indagar las cuestiones de embarazo y parto se elegirán al menos dos embarazos para obtener esta información, maximizando la diferencia en tiempo. Puede ser el primero que haya culminado en un parto y el último (el cual siempre deberá incluirse por recordarse mejor) o elegir también algún otro más que sea significativo (por ser distinto en su curso o resultados). La idea es obtener una comparación, de preferencia de un episodio anterior a 1998 y el que sea más reciente. El etnógrafo seleccionará junto con la entrevistada cuales de los episodios de gestación son los más adecuados para elaborar una narración detallada, pudiendo incluir otras gestaciones que se consideren pertinentes (abortos, cesáreas, gemelares, mortinatos, etcétera). Se debe ser muy acucioso en la obtención de datos. Es decir, inquirir profundamente sobre la causa de las decisiones tomadas, desde las creencias en salud hasta los factores que resulten ser cruciales (tiempos, distancias, costos, derechohabiencia en ese momento, calidad percibida, etcétera). De lo que se trata es ver si el Programa ha influenciado la toma de decisiones y también como se percibe la calidad de la atención en forma evolutiva, procesual, recordando que nos interesa evaluar lo que ha pasado en los últimos 10 años.

I. Embarazos: realizar cada narrativa gestacional por separado

1. Posición del embarazo en la historia reproductiva (primero, segundo, especificar)
2. Mes y año en que ocurrió
3. ¿Hubo control prenatal?
4. ¿Quién o quiénes lo proporcionaron?
5. ¿En qué momento inició? (mes del embarazo al tiempo de la primera visita)
6. ¿Cuántas veces acudió y con quién cada vez?
7. ¿Cuál fue la calidad de atención percibida por la entonces embarazada? (cada vez si hubo diferencias de acuerdo al sitio o al proveedor)
8. ¿Cómo fue el embarazo? (si se presentaron complicaciones médicas o dificultades de otro tipo).
9. ¿La pesaron, midieron, examinaron el abdomen, le tomaron la tensión arterial, le pusieron vacuna antitetánica, le dieron hierro, vitaminas o ácido fólico?
10. Si le hablaron de los síntomas cuando hay complicaciones (hinchazón de piernas, ausencia de movimiento, contracciones, dolor abdominal, cansancio, dolor de cabeza, sangrado o flujo vaginal, fiebre, náuseas, vómito), o de las ventajas de la lactancia materna.
11. ¿Entendió lo que le dijo el médico o la enfermera sobre los cuidados en el embarazo o los medicamentos?
12. Comentarios adicionales (sugerencias, anécdotas, etcétera)

II. Partos: también cada parto consignado por separado. Deben ser los mismos que los episodios de embarazo registrados antes

1. Mes y año en que ocurrió.
2. ¿Dónde se atendió el parto? (lugar, institución)
3. ¿Quién fue la persona encargada?
4. ¿Cómo fue la calidad técnica percibida?
5. ¿Cómo la trataron?
6. Si hubo complicaciones y cómo se resolvieron
7. Factores que motivaron decisiones
8. Sugerencias de mejoramiento en el proceso de atención del parto.
9. En caso de alguna muerte perinatal (antes o después del parto) indagar cuales fueron los síntomas o signos –en la madre o en el hijo–, la forma de buscar –o no– atención, los tratamientos administrados, la evolución de los acontecimientos.

III. Planificación familiar (PF)

1. ¿Sigue actualmente algún método de PF?
2. ¿Cuál?
3. ¿Cuánto tiempo hace que lo utiliza?
4. ¿Cuáles otros ha utilizado?
5. En caso de anticonceptivos orales o inyectables, ¿dónde los consigue?
6. ¿Ha tenido algún problema para conseguirlos? (explicar)
7. ¿Desearía tener más hijos?
8. ¿Por qué motivos?
9. ¿Desearía seguir otro método para planificar su familia?
10. ¿Cuál es la actitud de su pareja? ¿Está de acuerdo con su opinión?
11. ¿Ha cambiado su opinión sobre la planificación familiar en los últimos 10 años?

IV. Detección de cáncer cervicouterino

1. ¿Se ha realizado el Papanicolaou alguna vez?
2. ¿Por qué? (tanto en respuestas negativas como afirmativas)
3. Antes de hacerse la prueba por primera vez, ¿sabía en qué consistía?
4. ¿Sabe cada qué tanto tiempo se recomienda que las mujeres se hagan la prueba del cáncer?
5. ¿Cuántas veces lo ha realizado en los últimos tres años?
6. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba?
7. ¿Dónde se lo realizó?
8. ¿Quién la hizo? (hombre, mujer, médico, enfermera, promotora)
9. ¿Considera que el tiempo que le lleva trasladarse de su casa al lugar donde se hace la prueba es mucho, regular o poco?
10. ¿Le entregaron los resultados?
11. ¿Le explicaron los resultados?
12. ¿Entendió lo que le explicaron?
13. ¿Cómo se sintió atendida la última vez que acudió?
14. ¿Considera que al tomarle la prueba del cáncer lo hicieron con cuidado?
15. ¿El personal que realiza la prueba le inspira confianza y seguridad?
16. ¿Considera que el trato de quienes realizan la prueba es amable?
17. ¿El instrumental que se usa le da confianza?
18. ¿Considera que el lugar donde toman la prueba es adecuado? (privacidad, dignidad)
19. ¿Considera que el tiempo de espera es mucho, regular o poco?
20. En la clínica a la que Usted va, ¿considera que los horarios en los que hacen la prueba son adecuadas para Usted?
21. ¿Considera que el tiempo de entrega de resultados es mucho, poco o regular?
22. ¿Le tiene confianza a los resultados?
23. ¿Ha asistido a alguna plática sobre el cáncer cervicouterino?
24. ¿Le fue útil, aprendió cosas nuevas con esta plática?
25. ¿Cómo se sintió atendida la última vez que acudió?
26. ¿Hay alguna sugerencia sobre el programa del Papanicolaou? (especificar el sitio donde se dirige la sugerencia de mejora)

Formato para itinerario terapéutico

La elaboración de itinerarios terapéuticos está indicada en todos los miembros del hogar respecto al último episodio de enfermedad o padecimiento. Pueden, a juicio del entrevistador, elegirse otros episodios que arrojen información valiosa. Para el llenado de datos y la descripción narrativa pueden utilizarse hojas adicionales y también el diario de campo, especialmente para incluir reflexiones y observaciones personales. Con el objeto de identificación se asignará un número consecutivo (folio) a cada itinerario terapéutico, mismo que se consignará en el diario de campo respecto a las reflexiones personales. Las respuestas a las preguntas pueden indicarse con la numeración, en hojas blancas (engrapadas) o el diario de campo.

Folio: _____

Fecha: _____ Entrevistador: _____

Localidad: _____

Familia: _____

Informante: _____ Parentesco: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____

1. ¿Cuándo fue la última vez que se enfermó, que se puso "malo"? (poner día, mes, año o estación, lo más específico posible)
2. ¿De qué se enfermó? (en palabras del informante o paciente)
3. ¿Por qué razón o razones considera que se enfermó (o recayó) esa vez (reconstruir el modelo explicativo mencionando las causas. Incluir en el diario de campo las propias reflexiones sobre los factores causales que pueden presumirse estar relacionados a juicio del entrevistador)
4. ¿Quién realizó el primer diagnóstico? ¿Hubo otros diagnósticos? (especificar el proceso familiar de que era lo que le pasaba, y como esto fue o no transformado por el diagnóstico de un médico o un curandero o algún otro agente de salud, incluidos familiares o amigos)
5. ¿Qué hizo cuando se enfermó? (Reconstruir en forma detallada la secuencia de acciones realizadas, desde las domésticas a las institucionales. Incluir en la narración descripciones de lo que se hizo y en qué momento (remedios domésticos, acudir a la farmacia, al médico, etcétera) en forma minuciosa, indicando los procesos de toma de decisiones, factores relevantes asociados a la calidad de la atención y también las prescripciones recibidas (si se puede mencionar el medicamento y la dosis). Incluir los problemas encontrados en el proceso de atención, la calidad percibida, las facilidades y ayudas recibidas también). No se debe conformarnos con la primera narración. Hay que averiguar si además se acudió al curandero, si se incorporaron remedios sugeridos, si se tuvo que conseguir los medicamentos en otra parte, etcétera. ¿Cuáles fueron las opciones utilizadas en su itinerario terapéutico? (Explorar medidas caseras utilizadas, dietéticas, automedicación, fuentes de abasto de medicamentos utilizados, consejos recibidos, uso de redes sociales, servicios de salud visitados, medicinas alternativas o populares?)

Asegurarse de numerar las opciones en el orden en que fueron utilizadas

6. ¿Le realizaron procedimientos diagnósticos durante el episodio de enfermedad? (especificar cuáles, si tuvo problemas para su realización, si los considero útiles y bien indicados)
7. ¿Cuál fue la primera decisión terapéutica? ¿Quién la tomó? ¿Con base a qué consideraciones?
8. ¿Acudió a algún sitio fuera del hogar a buscar atención? (Realizar una narrativa de lo acontecido en cada acción terapéutica: traslado, costos, tiempos de espera, rituales de la visita, procedimientos diagnósticos, medidas terapéuticas, etcétera)
9. ¿Cuál fue la evolución del padecimiento? (Indicar recaídas y complicaciones, citas posteriores, secuelas, cronificaciones, otros aspectos que hayan tenido que ver con la curación o el seguimiento)
10. Calidad percibida en las diferentes opciones de atención a la salud a las que se acudió durante el curso del padecimiento. Interacción con el personal, si consideraron la atención adecuada y oportuna, si se explicaron las prescripciones terapéuticas. Dónde se surtieron los medicamentos y cómo. Problemas percibidos. Sugerencias de mejora. Eficacia de los métodos institucionales en comparación con otros métodos (curanderos, parteras, etc.).
11. También es relevante averiguar sobre las consecuencias económicas de la enfermedad: gastos generados o relacionados con la enfermedad: venta de recursos para compensar gastos de transporte y atención médica, disminución de los ingresos por discapacidad del enfermo o por abandono de actividades productivas por parte de aquellos que atendieron al enfermo). Ello nos permitirá además identificar factores que, junto con las remesas de emigrantes y/o los apoyos de *Oportunidades*, inciden en la economía del hogar.
12. Y las consecuencias sociales de la enfermedad (cambios de roles domésticos, apoyo por parte de familiares y amigos o pérdida de los mismos, etc.). ¿Cómo le afectó la enfermedad o enfermedades a la familia, y al enfermo? Indagar sobre tiempo invertido por otros en cuidados, tareas que tuvieron que dejar de hacer para atender al enfermo, intercambio de roles, trabajo infantil, femenino, de otros parientes, etc., para compensar la discapacidad de un miembro activo del hogar.

Guía para entrevistas al personal de salud

Los proveedores de los servicios de salud resultan cruciales en la operación del Programa Oportunidades y es necesario entrevistarlos o entablar conversaciones con todos ellos (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, promotores, técnicos de atención primaria, administrativos, choferes, etcétera) que incluyan los siguientes puntos. Para su llenado utilizar hojas blancas adicionales. También si se considera pertinente pueden incluirse observaciones en el diario de campo (relacionando con el folio).

Folio: _____
 Fecha (primera vez) _____
 Entrevistador: _____
 Localidad: _____

I. Datos personales

1. Nombre del entrevistado: _____
2. Fecha de nacimiento: _____
3. Edad actual: _____
4. Lugar de nacimiento: _____
5. Estado civil (más bien situación familiar, describir):
6. ¿Dónde y qué estudió? (fechas y lugares, especializaciones, otros estudios):
7. Datos sobre la trayectoria laboral (puestos anteriores, lugares e instituciones)
8. Tiempo de trabajar en esta comunidad
9. ¿Cómo y por qué llegó aquí?
10. ¿Qué le parece vivir en esta comunidad?
11. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este centro de salud?
12. ¿Cómo ha resultado su experiencia "intercultural"? (trato con los indígenas)
13. ¿Vive en la localidad? o ¿cuánto tiempo suele permanecer en la comunidad?

II. Desempeño de actividades en el centro de salud

1. ¿Qué puesto desempeña en este centro de salud? (especificar si es un puesto de base, por contrato temporal o de servicio social, o si no recibe honorarios)
2. ¿Le parece bien su salario?
3. ¿Cuál es su horario/calendario de trabajo?
4. ¿Trabaja además en otra parte?
5. ¿Cuáles son sus responsabilidades institucionales? (actividades vinculadas con el puesto y también responsabilidades específicas)
6. ¿Qué otras tareas ha tenido que asumir voluntariamente por necesidades locales?
7. ¿Qué problemas encuentra para llevarlas a cabo?
8. ¿Se encuentra satisfecho con su trabajo y los resultados del mismo?
9. ¿Con sus superiores?
10. ¿Qué sugerencias de mejora tiene?
11. ¿Le han dado cursos de capacitación?
12. ¿Sobre cuáles temas? (elegir los más importantes o útiles según el entrevistado, señalar los poco útiles, comentar la calidad de los cursos)
13. ¿Cuándo fueron?

III. Perfil epidemiológico local

1. ¿Qué enfermedades o accidentes se presentan en forma más frecuente en la localidad? (incluir los cinco más frecuentes o más que sean problemáticos)
2. ¿Qué factores se relacionan con su incidencia?
3. ¿En quiénes suelen presentarse esas enfermedades (hombres, mujeres, niños)? ¿Hay diferencias étnicas?
4. ¿Qué problemas se encuentran para su atención en este centro?
5. ¿Utiliza alguna fuente para consultar detalles sobre los medicamentos? (indicar cuál)

IV. Salud reproductiva en mujeres

1. ¿Qué problemas encuentra para atender la salud reproductiva de las mujeres? (en lo general)
2. En planificación familiar (actitud de usuarios, implementos, abasto de métodos de anticoncepción)
3. En control de embarazo (actitud de usuarios, implementos, abasto de medicamentos, mecanismos de referencia a unidades de apoyo)
4. En atención obstétrica (mecanismos de referencia a unidades de apoyo)
5. En detección oportuna de cáncer cervicouterino (actitud de usuarios, implementos, relación el laboratorio de citología)
6. ¿Cómo ocurre al comparar indígenas con no indígenas? (en cada uno de los rubros: PPF, control prenatal, atención obstétrica, Papanicolaou)
7. ¿Y en beneficiarios de largo plazo? (ibíd.)
8. Incluir ejemplos de casos.

V. Niños

1. ¿Qué facilidades o problemas tiene para manejar correctamente los problemas de los niños?
2. ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes en los niños de la localidad? (preguntar por separado en menores de un año, menores de 1-5 años y escolares).
3. ¿Cómo ocurre al comparar indígenas con no indígenas? (respecto a cada una de las enfermedades más comunes, incluyendo algunas que aunque no sean frecuentes resulten problemáticas por deficiencias o carencias del servicio)
4. ¿Y en beneficiarios de largo plazo? Incluir ejemplos de casos.

VI. Adultos mayores

1. ¿Qué facilidades o problemas tiene para manejar correctamente los problemas de los pacientes diabéticos e hipertensos?
2. ¿Cómo ocurre al comparar indígenas con no indígenas?
3. ¿Y en beneficiarios de largo plazo?
4. Incluir ejemplos de casos.

VII. Funcionamiento del centro de salud

1. ¿Se cuenta con el material adecuado y suficiente para ofrecer los servicios con calidad?
2. ¿Cómo está el abasto de medicamentos? (indicar carencias)
3. ¿Y el instrumental o equipo de trabajo? (indicar carencias)
4. ¿Cómo funcionan los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes hacia otras unidades de salud? (indicar problemas e incluir casos)

5. ¿Funcionan la clínica o los servicios con normalidad? Cumplimiento de la normatividad.
6. ¿Qué es lo que hace usted para la mejora del servicio?
7. ¿Cuáles y cómo son sus relaciones con el resto de los trabajadores del centro? ¿Existen dificultades de entendimiento o comunicación?
8. ¿Qué opina de los horarios y turnos (si los hay) con los que se trabaja en esta unidad?

VIII. Relaciones con los usuarios

1. ¿Quiénes acuden con mayor frecuencia a esta unidad o centro de salud (hombres, mujeres, niños)?
2. ¿Qué problemas encuentra en la relación con los pacientes?
3. ¿Habla la lengua indígena local o alguna lengua indígena?
4. ¿Tiene problemas de comunicación con sus pacientes? (Explicar especialmente con cuales y dar ejemplos)
5. ¿Acuden puntualmente a las citas?
6. ¿Cumplen con las prescripciones terapéuticas?(en caso negativo explicar factores que inciden en el no cumplimiento de los tratamientos)
7. ¿Están teniendo algún impacto las acciones preventivas (Línea de vida/Prevenimss)?
8. ¿Hay diferencias en la relación con los pacientes beneficiarios de *Oportunidades*?
9. ¿Hay diferencias en la relación con los pacientes indígenas?

IX. Talleres de Autocuidado de la Salud

1. ¿Se ofrecen talleres sobre salud por parte del personal del centro?
2. ¿Quiénes son los responsables?
3. ¿Los temas son los adecuados para esta comunidad?
4. Se recibió algún tipo de capacitación (especificar en qué temas sí y cuáles no, preguntar por la calidad de la capacitación de los mismos)
5. ¿Considera que tienen impacto en la salud de los destinatarios? (especificar cuáles sí, cuáles no y por qué)
6. Observaciones o sugerencias.

X. Sobre *Oportunidades*

1. ¿Qué cambios ha significado *Oportunidades* para el desempeño de sus actividades?
2. ¿Cómo calificaría la capacitación que le dieron sobre el manejo del Programa *Oportunidades*?
3. ¿Qué opina sobre el Programa?
4. ¿Cómo es el estado de salud de los beneficiarios del Programa respecto a los beneficiarios?
5. ¿Y entre indígenas y no indígenas?
6. ¿Cómo llevan los beneficiarios el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud? (comparar indígenas con no indígenas)
7. ¿Qué opina sobre quienes son dados de baja por no cumplir con las corresponsabilidades en salud?
8. ¿Tiene sugerencias de mejora para el Programa?
9. ¿Qué piensa sobre las reglas de operación de *Oportunidades*?
10. ¿Y la de operación del componente de salud?
11. ¿De los beneficios de *Oportunidades*?
12. ¿Cómo funciona el registro de familias en su unidad de salud?
13. ¿Cómo funciona la certificación de asistencia a consultas médicas y los Talleres de Autocuidado de Salud?
14. ¿Cómo funcionan las condiciones de entrega de apoyo?
15. ¿Cómo le va con el llenado de formatos?
16. ¿Cuántas horas dedica por semana a la atención de los pacientes de *Oportunidades*? (en promedio)

C. TEMAS DE LOS TALLERES COMUNITARIOS DE CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

• Uso del complemento alimenticio	• Parasitosis/Ciclo de desparasitación
• Alimentación y salud	• Infecciones respiratorias agudas (IRAs)
• Saneamiento básico a nivel familiar	• Tuberculosis
• Participación social	• Hipertensión arterial y diabetes
• Adolescencia y sexualidad	• Prevención de accidentes
• Planificación familiar	• Manejo inicial de lesiones
• Nutrición	• Enfermedades Prostáticas
• Entornos favorables para la salud comunitaria	• Cultura para la donación de órganos
• Maternidad sin riesgo	• Salud bucal
• Embarazo	• Enfermedades transmitidas por vectores y alacranismo
• Alimentación durante el embarazo y la lactancia	• Prevención de las adicciones
• Parto y puerperio	• Infecciones de transmisión sexual
• Cuidados del recién nacido	• Prevención de VIH/SIDA
• Lactancia materna y alojamiento conjunto	• Género y salud
• Cáncer de mama y cérvico uterino, toma de Papanicolaou y autoexploración mamaria	• Violencia intrafamiliar
• El menor de un año	• Climaterio, menopausia y andropausia
• El mayor de un año	• Acciones básicas en caso de desastres
• Vacunas	• Atención al adulto mayor
• Estimulación temprana	• Discapacidad
• Diarreas y uso del VSO	• Otros temas vinculados a la situación epidemiológica local

TEMAS DE CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD PARA BECARIOS DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

1. Adolescencia y sexualidad
2. Planificación familiar
3. Prevención de accidentes
4. Prevención de adicciones
5. Infecciones de transmisión sexual
6. VIH/SIDA
7. Género y salud
8. Violencia Intrafamiliar
9. Nutrición
10. Entornos favorables para la salud comunitaria

Capítulo III

Diez años de *Oportunidades* en zonas rurales:
efectos sobre la utilización de servicios
y el estado de salud de sus beneficiarios

AUTORES

**Sergio Bautista Arredondo, Stefano M Bertozzi, Jef L Leroy, Ruy López Ridaura,
Sandra G Sosa Rubí, Martha María Téllez Rojo, Dilys Walker**

**Colaboradores: Julio César Campuzano, Katie Gass, Betty Manrique Espinoza, Mariana
Mojarro Íñiguez, Aarón Salinas Rodríguez, Edson Serván, Juan Manuel Zurita**

Introducción

A diez años de la implementación de *Oportunidades* en México, existe la posibilidad de realizar una evaluación de largo plazo que, a pesar de no contar con un diseño experimental, sí permitirá identificar la tendencia en el tiempo de los indicadores de salud más importantes entre la población beneficiaria y, lo que es más importante aún, distinguir diferencias en estas tendencias entre distintos grupos de beneficiarios. Es sabido que aun dentro del grupo poblacional relativamente homogéneo de beneficiarios de *Oportunidades* existen todavía diferencias en términos, por ejemplo, de su condición indígena, de su nivel de ingresos, del tamaño de la localidad en la que viven y de su grado de marginación, entre otros aspectos. Por tanto, es de utilidad tomar en cuenta estas características para identificar grupos entre los cuales se puede documentar una tendencia creciente (o decreciente) en los indicadores de interés. El objetivo de este análisis es documentar estas tendencias, distinguiendo y caracterizando la heterogeneidad observada en diferentes tipos de indicadores de utilización de servicios, de salud y de gasto en salud entre diferentes grupos de población determinados por condición indígena, sexo y año de incorporación al Programa Oportunidades.

Por otro lado, una evaluación de largo plazo como ésta también puede identificar la heterogeneidad contemporánea entre diferentes grupos, en términos de sus estados de salud y utilización que hacen de servicios de salud. Para efectos del presente estudio se usa por primera vez la Encuesta de Evaluación de los Hogares Rurales (Encel) 2007; mediante la cual se recolectó información detallada sobre aspectos de salud, utilización y calidad de los servicios que no habían sido medidos en el pasado, con un especial enfoque en la calidad de los servicios de salud y educación que reciben los beneficiarios del Programa. La información con la que se cuenta este año permite hacer un diagnóstico de la salud de la población beneficiaria en dos sentidos: por un lado, mediante indicadores de salud que por primera vez se midieron y, por el otro, con respecto al papel que desempeña la calidad de los servicios como determinante de los niveles de salud y utilización de servicios médicos entre la población beneficiaria. Finalmente, debido a que en 2007 por primera vez se incluyeron en la muestra de hogares encuestados mediante la Encel, localidades de los estados de Chiapas y Oaxaca y de cuatro estados de la zona norte del país,* se pueden incluir en este diagnóstico hogares de regiones observadas por primera vez en el marco de la evaluación de *Oportunidades*.

En el primer apartado que trata sobre salud reproductiva y planificación familiar, se analizan los cambios en la utilización de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad reproductiva que son beneficiarias de *Oportunidades*. Asimismo, se identifican características asociadas a la decisión de no usar métodos anticonceptivos. Por otra parte, se examinó el efecto del Programa Oportunidades sobre el patrón de utilización de servicios prenatales y obstétricos. Finalmente, se indagó sobre la calidad percibida de los servicios prenatales y obstétricos recibidos por mujeres beneficiarias de *Oportunidades*.

En la sección de salud infantil se analizó la información sobre morbilidad infantil en los últimos 15 días y los síntomas manifestados. Se caracterizaron los patrones de búsqueda de atención médica y se identificaron barreras y facilitadores para dicha búsqueda, incluyendo conocimientos sobre la búsqueda de atención cuando los niños están enfermos con síntomas específicos y la percepción de la calidad del centro de salud en comparación con otros proveedores de servicios de salud, en términos del costo de transportación, el tiempo de espera y la calidez del servicio.

* Durango, Sinaloa, Nayarit y Aguascalientes.

En la sección de síndrome metabólico se analizó la información relacionada con las alteraciones o enfermedades asociadas a éste, específicamente la hipertensión arterial sistémica, la diabetes tipo 2 y la hiperlipidemia.* El síndrome metabólico es un conjunto de trastornos metabólicos, principalmente asociados a obesidad, que se asocian fuertemente con infarto y otros eventos cardiovasculares.¹ Estas alteraciones son las causas de mayor morbi-mortalidad en los adultos mexicanos,^{2,3} con un enorme impacto en la calidad de vida y capacidades básicas de los individuos.⁴ Estas alteraciones son frecuentes no sólo en comunidades urbanas sino también en la población rural, donde el contexto de pobreza complica aún más el acceso a servicios de salud de calidad y la adherencia adecuada a las indicaciones terapéuticas.² Además del control de estas enfermedades, la prevención y detección oportuna son dos importantes estrategias que pueden ayudar a controlar el desarrollo de estas enfermedades entre la población. En este análisis se evaluó el estado de salud de los adultos de la población beneficiaria de *Oportunidades* con estos diagnósticos y las actividades de detección oportuna entre la población de riesgo, así como los posibles factores que expliquen su heterogeneidad entre los diferentes grupos poblacionales de interés.

En la sección de adultos mayores (AM) por primera vez se describieron las condiciones de salud de los AM residentes en hogares que forman parte de las localidades incluidas en el diseño original de la muestra de evaluación de *Oportunidades*.[†] Para esta evaluación se tomaron como referencia principalmente las reglas de operación del Programa Oportunidades en materia de prestación de servicios de salud para el grupo de AM, publicadas en 2007. Se abordaron temas relacionados con enfermedades crónicas y agudas y estilos de vida relacionados con la salud. Se indagó de manera particular lo referente a capacidad funcional y función cognitiva de los AM. Finalmente, se hizo un diagnóstico de la cobertura[‡] de intervenciones altamente efectivas que recibe este grupo.

En la última sección del documento se analizó la utilización de servicios ambulatorios de salud, preventivos y curativos, públicos y privados, en las últimas cuatro semanas, así como los gastos asociados a estos eventos. Se hizo este análisis para los años 2000, 2003 y 2007. Además, se analizó comparativamente, entre 2003 y 2007, la utilización de servicios hospitalarios en los últimos tres años, así como los gastos asociados. Para concluir, en esa sección también se analizó el autorreporte de morbilidad y estado general de salud en 2007.

Metodología

La evaluación del Programa Oportunidades que se presenta en este documento no cuenta con un diseño experimental para atribuir el impacto del Programa sobre el grupo de indicadores que interesa analizar. El método empleado para identificar el efecto de *Oportunidades* sobre los hogares beneficiarios se basa en tres características de la muestra de hogares analizados: en primer lugar, en el hecho de que se puede observar a los mismos hogares durante diferentes rondas de evaluación; esto proporciona variabilidad temporal. En segundo lugar, en el hecho de que es posible identificar la antigüedad de los hogares en el Programa y, finalmente, en que se puede identificar, mediante autorreporte, si los hogares son beneficiarios o no del Programa.

IDENTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO: GRUPOS DE INCORPORACIÓN

Los grupos de hogares que se distinguieron para comparar están determinados por la ronda de su incorporación a *Oportunidades*. Por un lado está el grupo de hogares que recibieron el Programa desde su inicio, en 1998. Enseguida se encuentran los hogares que recibieron el Programa dos años después, en 2000. Ambos grupos de hogares constituyen la muestra original de evaluación de impacto de *Oportunidades*, donde los primeros fueron el grupo tratamiento y los segundos el grupo control. En este sentido, se sabe que estos grupos eran comparables en la línea

* Hiperlipidemia se refiere al trastorno caracterizado por la elevación de lípidos o "grasas", incluyendo colesterol y triglicéridos, entre otros tipos.

† Para la población general de AM beneficiarios de *Oportunidades*, el INSP llevó a cabo un diagnóstico sobre sus condiciones generales de vida en 2006. Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades. 2006. Reporte de Investigación, INSP-Oportunidades.

‡ La medida de cobertura utilizada es una combinación de variables de acceso y la decisión de usar los servicios de los indicadores del componente de adultos mayores.

basal en 1997. Finalmente está el grupo de hogares incorporados al Programa en 2003 y que constituyó el nuevo grupo de comparación, una vez que los controles originales fueron incorporados en 2000. La forma en que se identificaron estos hogares fue cuasi experimental, mediante una aproximación de "pareo" (*propensity score matching*), que toma en cuenta características observables de los hogares para encontrar un grupo contrafactual adecuado.

Se construyó la variable de grupo de incorporación con base en la entidad federativa y la localidad a la que pertenecían los hogares en 2003. El tipo de localidad puede ser: 1) tratamiento en el año 1998; 2) tratamiento en el año 2000, y 3) control en el año 2003. Esta información se obtuvo de la base socioeconómica rural de la Encel 2003. El uso de esta variable tiene dos implicaciones importantes: primero, identifica la antigüedad de los hogares por localidad, es decir, identifica el ofrecimiento del Programa o la intención de otorgar sus beneficios a los hogares, y no necesariamente la incorporación real. En la medida en que la tasa de aceptación e incorporación sea alta en las localidades, como es el caso en el ámbito rural, los resultados de este análisis de la intención de tratamiento (o *intention to treat*, como se denomina) se acercan más a los resultados de un análisis de efecto sobre los hogares tratados (o *treatment on the treated*). Segundo, no se cuenta con esta variable para las localidades no incluidas en la muestra de la Encel 2003; por tanto no es posible usarla para los hogares que pertenecen a las localidades de Chiapas, Oaxaca y los estados del norte del país.

IDENTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO: AUTORREPORTE DE SER BENEFICIARIOS EN 2007

Una forma alternativa en que se puede observar variabilidad en la asignación del Programa Oportunidades sobre los hogares incluidos en la muestra de la Encel 2007, proviene del autorreporte de los hogares respecto a si reciben o no sus beneficios. Esta variable tiene la ventaja de ser a nivel de hogar, es decir, permite hacer un análisis de efecto sobre los hogares tratados. Una ventaja adicional es que se cuenta con esta variable para todos los hogares incluidos en la Encel 2007, incluyendo aquellos que viven en Chiapas, Oaxaca y el norte del país.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como ya se ha mencionado, un aspecto importante de investigación en este informe es el papel que desempeña la calidad de los servicios de salud sobre la utilización de los mismos y la salud de los beneficiarios de *Oportunidades*. En 2007 la Encel incluyó, por primera vez, un componente enfocado a medir la calidad de los servicios de salud y educación destinados a los que tienen acceso los beneficiarios del Programa. Con esta información se ha generado una variable que mide, por localidad, la calidad estructural en estos centros de salud; en la sección de metodología se detalla la construcción de esta variable.

ANÁLISIS

Para efectos del presente análisis se utilizaron dos tipos de acercamientos para determinar la correlación entre la presencia de *Oportunidades* y los niveles observados en las variables de interés:

1. Análisis multivariado. Se realizó usando únicamente la Encel 2007. El objetivo es presentar un análisis de los factores correlacionados con el estado de salud, utilización de servicios y las barreras para usarlos, entre la población beneficiaria de *Oportunidades*. Un objetivo importante de este análisis es identificar diferencias entre dos tipos de características individuales: sexo y condición étnica. El modelo general utilizado para este análisis es el siguiente:

$$Y = \alpha + \beta_1 I + \beta_2 H + \beta_3 L + \beta_4 C + \beta_5 O + \beta_6 Op + \epsilon$$

en donde I es un vector de características en el plano individual: edad, sexo, educación, etc.; H es un vector de características por hogar: composición demográfica, condición indígena y nivel socioeconómico. L es un vector

de características por localidad: existencia de servicios, precios de servicios específicos; C es un índice de calidad de los servicios de salud por clínica; O es un vector de características que es importante controlar para el resultado específico, y Op es la variable de identificación del tratamiento (grupos de incorporación o autorreporte de ser o no beneficiario).

Este modelo general se utilizó en todas las secciones de los resultados, aunque en todas se adecuó para aplicar la mejor estrategia posible de análisis; de esta manera, ninguna de las secciones usó exactamente la misma versión del modelo.

2. Análisis descriptivo de trayectorias. En este caso se utilizaron diferentes rondas de la Encel. El objetivo fue mostrar las trayectorias en el tiempo de diferentes variables de interés en cada tema, así como la heterogeneidad en estas trayectorias determinadas por el Programa (grupos de incorporación) y aquellas determinadas por características individuales: hombres respecto a mujeres, indígenas respecto a no indígenas. Cabe aclarar que no se trata de un análisis longitudinal propiamente dicho, debido sobre todo a dos hechos: por un lado existen secciones en las que un análisis de este tipo carecería de sentido dado que es baja la probabilidad de que los eventos de interés se repitan continuamente en periodos de pocos años; dos ejemplos de lo anterior son los resultados relacionados con los embarazos y las hospitalizaciones. Por otro lado, es posible identificar únicamente a los mismos individuos entre las distintas rondas de la Encel 2003 y 2007. Para cualquier ronda anterior, sólo se pueden identificar los hogares. Por tanto, el análisis presentado en esta sección aborda las diferencias en los promedios de las variables de interés, entre las diferentes rondas de evaluación del 2000 al 2007. Debido a que este análisis necesariamente se debe restringir a indicadores que se han medido de la misma manera a través de las diferentes encuestas, sólo fue posible incluirlo en las secciones de salud reproductiva y utilización de servicios de salud.

Resultados

SALUD REPRODUCTIVA

Para el análisis descriptivo de la utilización de métodos anticonceptivos se utilizó información de la Encel 1998, 2003 y 2007. Al comparar los tres años se encontró que, de las mujeres en edad reproductiva, 36% notificaron haber usado algún método anticonceptivo en 1998, 42% en 2003 y 57% en 2007. El aumento en la proporción de mujeres que usan métodos anticonceptivos fue mayor entre aquellas que indicaron tener al menos un hijo, cuya proporción fue de 37% en 1998, 54% en 2003 y 56% en 2007. Entre mujeres casadas o unidas, con al menos un hijo, el cambio más relevante se observa en el grupo de jóvenes de 15 a 19 años. En ese grupo la proporción de usuarias de métodos anticonceptivos ha aumentado con el tiempo de la siguiente manera: 33% en 1998, 54% en 2003 y 70% en 2007.

ATENCIÓN PRENATAL

En esta sección se presenta un análisis de corte transversal de la utilización que hicieron de los servicios prenatales 5 930 mujeres en edad reproductiva, con niños menores de dos años, y que respondieron preguntas sobre su experiencia en la atención prenatal durante su último embarazo, con datos recolectados mediante la Encel 2007.

De las mujeres no indígenas 95.5% recordaron haber sido atendidas por un médico o enfermera durante sus visitas prenatales; entre las mujeres indígenas ese porcentaje bajó a 91.1%. Por otra parte 36% de las mujeres señalaron que, además del primer proveedor de salud, alguien más las revisó durante el cuidado prenatal; en 48% de dichos casos el proveedor de salud adicional fue una partera. En 61% de las mujeres indígenas el proveedor de salud adicional fue la partera y en 31% el médico. En el caso de las mujeres no indígenas, 48% fueron atendidas por la partera como segunda opción de proveedor y 45% por el médico.

En el análisis descriptivo sobre la proporción de las mujeres que mencionaron haber elegido como principal proveedor de salud para la atención prenatal a médicos o enfermeras, no se observaron diferencias significativas entre

mujeres indígenas y no indígenas. En ambos casos la proporción de las mujeres que visitaron algún médico o enfermera durante la atención prenatal es de alrededor de 90%. Sin embargo, la proporción que mencionó atenderse con una partera más frecuentemente (como una opción alternativa de atención) fue mayor entre mujeres indígenas (5.4%) que entre las no indígenas (3.4%). En general el promedio de consultas prenatales es de seis visitas (desviación estándar igual a 3).

Para el análisis multivariado de los principales determinantes de la utilización de consultas prenatales se utilizó un modelo Poisson cuyos errores estándar fueron ajustados con conglomerados por localidad para corregir la potencial correlación dentro de cada localidad, debido a la presencia de mujeres con características similares. Los datos usados provienen de la Encel 2007. Los resultados del modelo Poisson ajustado para el número de visitas prenatales en 2007 se presentan en el cuadro 1. Las mujeres unidas o casadas y con mayor educación recurrieron con mayor intensidad a los servicios prenatales. La existencia de una complicación en el embarazo tiene un efecto positivo y significativo en la frecuencia de utilización de los servicios prenatales. El mismo efecto se observa para las mujeres con seguridad social. En contraste, las mujeres indígenas utilizaron con menor frecuencia los servicios prenatales en comparación con las no indígenas. Finalmente, las mujeres que notificaron ser beneficiarias de *Oportunidades* recurrieron con mayor intensidad a los servicios de salud. No se encontraron efectos estadísticamente significativos en la variable de calidad que indica disponibilidad de recursos médicos por localidad. Adicionalmente, no se encontraron efectos estadísticamente significativos en el periodo de incorporación a *Oportunidades* (1998, 2000 y 2003) en este modelo, lo que indica que la antigüedad en el Programa no se asocia con una mayor utilización de servicios prenatales.

ACCESO A SERVICIOS OBSTÉTRICOS

De las mujeres indígenas 51% mencionaron haber sido atendidas por un médico en su último parto, mientras que 39% fueron asistidas por una partera. En contraste, la mayor parte de las mujeres no indígenas (79%) mencionaron haber sido atendidas por un médico y sólo 14% por una partera. Por otro lado, 87.1% de mujeres indígenas informó haber dado a luz a su último hijo con parto fisiológico, mientras que entre mujeres no indígenas esa cifra descendió a 72.6%.

Para analizar de manera multivariada la decisión de las mujeres sobre el lugar donde se atienden su parto, se estimó un modelo logístico cuya variable dependiente es haberse atendido durante el último parto con un médico o enfermera (=1), versus haberlo hecho con una partera (=0). El cuadro 2 muestra los resultados de la estimación del modelo logístico. Se encontró una asociación entre la mayor educación de las mujeres, ya sea educación secundaria con una razón de momios* (RM) 5 igual a 2.55 o educación superior (RM=5.26) con respecto a educación primaria y la atención del parto con un médico o enfermera. La presencia de alguna complicación, particularmente en el parto, se asocia significativamente con la atención del parto con un médico o enfermera (RM=2.10). La condición indígena del hogar se asocia significativamente con la atención del alumbramiento con una partera (RM=0.43), mientras que estar asegurado se asocia con la atención del parto con un médico o una enfermera (RM=1.39). Adicionalmente, las mujeres pertenecientes a familias con mayor disponibilidad de bienes en el hogar, en especial en el tercil de índice de bienes 2 (RM=1.32) y, en mayor medida en el tercil del índice de bienes 3 (RM=1.60), se relacionaron significativamente con la atención del parto con un médico o una enfermera. El menor índice de marginación en la localidad se relacionó con la atención del parto con un médico o una enfermera. Del mismo modo, la presencia de al menos una partera en la localidad se asoció con la atención del parto por una partera (RM=0.65). Esto último se puede relacionar con dos aspectos: por un lado, es probable que en aquellas localidades donde hay parteras exista menos disponibilidad de médicos y, por el otro, podría estar reflejando la preferencia de las mujeres por atenderse el parto con una partera si está disponible en la localidad. Finalmente se encontró que las mujeres beneficiarias de *Oportunidades* (RM=1.07) que además tienen más antigüedad en el Programa, particularmente aquellas pertenecientes a familias que se incorporaron en 1998 (RM=1.62), se asociaron con la atención del parto con un médico o enfermera. No se hallaron efectos estadísticamente significativos de la variable que indica la calidad estructural en la localidad.

* Razón de momios. El momio de un evento se define como la probabilidad de que un evento suceda entre la probabilidad de que no suceda. La razón de momios es la razón del momio de un grupo de interés entre el momio de un grupo de comparación

CUADRO 1
Modelo Poisson para
el número de visitas
prenatales

VARIABLE DEPENDIENTE: NÚMERO DE VISITAS PRENATALES ^a		
VARIABLE	CAMBIOS MARGINALES	
Grupo de incorporación		
Año 1998	-0.272**	-0.253
Año 2000	-0.119	-0.054
Año 2003 (referencia)		
Características individuales		
Edad en años	0.156	0.174**
Edad al cuadrado	-0.003**	-0.003**
Estado marital	0.810***	0.801**
Condición laboral ^b	-0.432	-0.442
Educación primaria (referencia)		
Secundaria	0.591***	0.582***
Superior	1.601***	1.557***
Complicación de salud en el embarazo	0.306**	0.332***
Características del hogar		
Indígena	-0.471***	-0.426***
Bienes tercil 1 (referencia)		
Bienes tercil 2	0.014	0.019
Bienes tercil 3	-0.013	-0.020
Oportunidades ^c		
Aseguramiento ^d	0.035**	0.036**
	0.569***	0.591***
Características en la localidad		
Calidad estructural baja (referencia) ^e		
Calidad estructural media baja		0.117
Calidad estructural media alta		0.281
Calidad estructural alta		-1.633**
Índice de marginación	-0.068	-0.070
N	5,455	5,419
Estimador de máxima verosimilitud	-13 417.6	-13 331.05
χ^2	119.52 ^f	130.16 ^g

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10

^a Errores estándar ajustados por 170 conglomerados de localidades.

^b Condición laboral es una variable dicotómica igual a 1 si la mujer menciona haber estado trabajando la última semana.

^c Variable de autorreporte que es igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de *Oportunidades*, e igual a 0 en caso contrario.

^d Aseguramiento es una variable dicotómica igual a 1 si la mujer indica tener algún tipo de aseguramiento IMSS, ISSSTE o Seguro Popular.

^e Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

^f Estimado con 15 grados de libertad.

^g Estimado con 18 grados de libertad.

**VARIABLE DEPENDIENTE IGUAL A 1 SI ATENCIÓN DEL PARTO ES CON MÉDICO,
E IGUAL A 0 SI ATENCIÓN DEL PARTO ES CON PARTERA**

VARIABLE	RAZÓN DE MOMIOS ^a	RAZÓN DE MOMIOS ^a
Grupo de incorporación		
Año 1998	1.620***	1.630***
Año 2000	1.350	1.320
Año 2003 (referencia)		
Características individuales		
Edad 14-19 años	1.850**	1.870**
Edad 20-24 años	1.280	1.300
Edad 25-35 años	1.280	1.320
Edad 35-49 años (referencia)		
Estado marital	1.230	1.220**
Condición laboral ^b	1.260	1.280
Referencia: Educación primaria		
Educación secundaria ^a	2.550***	2.570***
Educación superior ^a	5.260***	5.010***
Complicaciones en el embarazo	1.650***	1.680***
Complicaciones en el parto	2.100***	2.040***
Características del hogar		
Condición indígena	0.430***	0.420***
Bienes tercil 1 (referencia)		
Bienes tercil 2	1.320***	1.320***
Bienes tercil 3	1.600***	1.580***
Oportunidades ^c	1.070***	1.070***
Aseguramiento ^d	1.390***	1.360***
Características en la localidad		
Clínica de salud ^e	1.090	1.070
Partera ^f	0.650**	0.650**
Calidad estructural baja (referencia) ^g		
Calidad estructural media baja		0.940
Calidad estructural media alta		1.510
Calidad estructural alta		3.09
Índice de marginación 2005	0.57***	0.560***
N	5 211	5 175
Razón de verosimilitud	-2 185.76	-2 171.54
χ^2	324.4 ^h	330.2 ⁱ

CUADRO 2

Modelo logístico de atención del parto con un médico/enfermera o partera

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10

^a Errores estándar ajustados por 170 conglomerados de localidades.

^b Condición laboral es una variable dicotómica igual a 1 si la mujer menciona haber trabajado la última semana.

^c Variable de autorreporte que es igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de Oportunidades.

^d Aseguramiento es una variable dicotómica igual a 1 si la mujer indica tener algún tipo de aseguramiento IMSS, ISSSTE o Seguro Popular.

^e Variable dicotómica igual a 1 si existe una clínica de salud en la localidad.

^f Variable dicotómica igual a 1 si hay parteras en la localidad.

^g Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

^h Estimado con 20 grados de libertad.

ⁱ Estimado con 22 grados de libertad.

SALUD INFANTIL

El análisis presentado en esta sección utiliza exclusivamente la base de datos de la Encel 2007. De los 6 024 niños menores de dos años en la base quedaron 5 572 observaciones para el análisis. De éstas, 49% son mujeres y la edad promedio es de 12.18 meses.

MORBILIDAD

El 37% de los niños que quedaron en la muestra final estuvieron enfermos en los últimos 15 días. Se encontró que la tos y la fiebre fueron los síntomas más comunes, con una prevalencia de 27 y 20% respectivamente, mientras que 10% presentaron respiración rápida y 9% tuvieron diarrea potencialmente peligrosa. Casi la mitad de los padres percibieron la severidad de la enfermedad como leve, en tanto que 39% la percibieron como moderada y 11% como grave.

No existe una diferencia notable entre los grupos de incorporación. Este resultado indica que no se observa un efecto acumulado de la incorporación al Programa en la salud de los niños. La única diferencia en la prevalencia entre indígenas y no indígenas se encontró en morbilidad general; la prevalencia en indígenas (39%) fue más baja que en no indígenas (33%). Los niños beneficiarios resultaron ser más sanos que los no beneficiarios; los niños beneficiarios mostraron menos morbilidad en general: tos, diarrea y diarrea potencialmente peligrosa.

De acuerdo con los resultados, el patrón de búsqueda cambia según la gravedad percibida. Se observó una clara tendencia a acudir con el médico particular cuando la enfermedad se percibió como más grave. De igual forma, más padres acudieron al centro o casa de salud, o a un hospital. Menos padres dieron medicamentos sin prescripción. Sin embargo, darle un remedio casero al niño no cambió con la percepción de la gravedad. Se observaron las mismas tendencias entre los tres grupos de incorporación, aunque no siempre llegaron a ser significativas por el tamaño de la muestra (Encel 2007).

Es notorio que las madres no indígenas hayan mostrado mayor propensión por acudir a un centro o casa de salud y menor propensión por el médico particular o la farmacia. El efecto de la gravedad percibida en la búsqueda de atención únicamente resultó significativo en el grupo de los no indígenas. Las madres no indígenas acuden con un médico particular cuando perciben que la enfermedad del niño es grave, mientras que las madres indígenas muestran una mayor tendencia a acudir al centro de salud bajo esas circunstancias.

En el cuadro 3 se presentan los resultados de los análisis de regresión, que consideran las variables del sexo y la edad de niño, la etnicidad, el tiempo en *Oportunidades*, el índice de bienes del hogar, la disponibilidad de servicios de salud en la localidad y la gravedad percibida de la enfermedad. Se presentan modelos separados para el grupo de incorporación (1998, 2000 o 2003) y para la variable de ser beneficiario o no de *Oportunidades*, con y sin la variable de la calidad en los servicios.

Los hogares indígenas tuvieron una probabilidad mucho más alta de llevar al niño a un proveedor público (centro de salud, casa de salud u hospital) cuando éste padeció cualquier enfermedad en las últimas dos semanas (cuadro 3, columnas 1 a 4). Los hogares en el tercil 3, el más alto de bienes, acudieron menos a un proveedor público (columnas 1 a 4). Ser beneficiario de *Oportunidades* tuvo un efecto positivo en la utilización de un servicio público (columnas 3 y 4). Tener un centro de salud en la localidad incrementó substancialmente la probabilidad de acudir con un proveedor público (columnas 1 a 4). La severidad percibida no resultó significativa. Los resultados son parecidos para diarrea potencialmente severa pero, debido al número limitado de niños en esta condición, la mayoría de los efectos no fueron estadísticamente significativos. El efecto negativo de la calidad de los servicios en el sexto modelo no se puede explicar (columna 6).

	VARIABLE DEPENDIENTE: BÚSQUEDA DE ATENCIÓN DE UN PROVEEDOR PÚBLICO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS							
	CUALQUIER ENFERMEDAD				DIARREA POTENCIALMENTE PELIGROSA			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Grupos de incorporación								
Año 1998 (referencia)								
Año 2000	-0.035	-0.057			-0.078	-0.092		
Año 2003	-0.059	-0.037			-0.098	0.052		
Características individuales								
Género (1=m, 0=f)	-0.020	-0.025	0.000	-0.006	0.076	0.118	0.079	0.095
Edad 3-6 meses	0.030	0.000	0.052	-0.008	-0.398	-0.396	-0.445 ⁺	-0.429 ⁺
Edad 6-9 meses	-0.023	-0.080	-0.021	-0.067	-0.523	-0.573	-0.531**	-0.496**
Edad 9-12 meses	-0.050	-0.115	-0.029	-0.113	-0.636 ⁺	-0.551	-0.626***	-0.511**
Edad 12-15 meses	-0.087	-0.144	-0.077	-0.147 ⁺	-0.615 ⁺	-0.587	-0.643***	-0.602***
Edad 15-18 meses	-0.042	-0.086	-0.009	-0.067	-0.586	-0.593	-0.596***	-0.565**
Edad 18-21 meses	-0.068	-0.105	-0.020	-0.041	-0.555	-0.588	-0.562**	-0.510**
Edad 21-24 meses	-0.034	-0.064	-0.008	-0.056	-0.536	-0.485	-0.521**	-0.474**
Enf. moderada	0.050	0.052	0.049 ⁺	0.053 ⁺	0.048	0.042	0.021	0.022
Enf. severa	0.060	0.050	0.041	0.035	0.014	-0.055	-0.018	-0.078
Características del hogar								
Indígena	0.150***	0.162***	0.092**	0.101**	0.089	0.101	0.027	0.013
Bienes tercil 1 (referencia)								
Bienes tercil 2	-0.023	-0.026	-0.032	-0.027	-0.052	-0.033	-0.090	-0.082
Bienes tercil 3	-0.115***	-0.116**	-0.093***	-0.085***	-0.171	-0.151	-0.192**	-0.192**
Oportunidades ^a			0.081***	0.079***			0.071	0.076
Características de la localidad								
Centro de salud ^b	0.112**	0.123**	0.137***	0.136***	0.081	0.084	0.118	0.107
Casa de salud ^c	-0.011	0.003	0.011	0.019	-0.031	0.044	0.003	0.018
Médico particular ^d	-0.139	-0.139	-0.007	0.063	-0.376	-0.598	-0.069	-0.197
Calidad estructural baja (referencia) ^e								
Calidad estructural media baja		-0.102		-0.070		-0.262**		-0.163
Calidad estructural media alta		-0.031		0.035		-0.071		0.010
Calidad estructural alta		-0.136 ⁺		-0.077		-0.346**		-0.205
Intercepto	0.508***	0.613***	0.388***	0.460***	1.011***	1.021	0.976***	0.975***
N	1 090	846	1 400	1 108	269	213	345	279

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10.

^a Variable de autorreporte igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de *Oportunidades*, e igual a 0 en caso contrario.

^b Igual a 1 si existe al menos una clínica de salud en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^c Igual a 1 si existe al menos una casa de salud en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^d Igual a 1 si existe al menos un médico particular en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^e Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud a nivel localidad.

CUADRO 3
Análisis de regresión para la búsqueda de atención de un proveedor público durante las últimas dos semanas. Encel 2007

SÍNDROME METABÓLICO

En esta sección se presentan los resultados referentes a las enfermedades asociadas al síndrome metabólico, especialmente diabetes tipo 2 (DT2) e hipertensión arterial sistémica (HTA) y sus factores de riesgo en la población beneficiaria del Programa Oportunidades.

En general, la población notificó prevalencias relativamente altas tanto de DT2 (5.6%) como de HTA (10.2%) y el grupo de indígenas informó prevalencias de ambas enfermedades más bajas aún después de ajustar por edad y otros posibles predictores. En relación con los exámenes de detección se observó que, en general, existe una adecuada cobertura de exámenes de detección de hipertensión arterial y diabetes: más de 50% de los participantes sin diagnóstico de HTA indicaron haber recibido una medición de la presión arterial en el último año y casi 30% de los participantes sin diagnóstico de DT2 notificaron haber tenido un examen de glucosa en el último año.

En lo que respecta al examen físico y a la medición de biomarcadores (cuadro 4), se observaron prevalencias importantes de obesidad y sobrepeso tanto entre la población no indígena, como en la indígena. No obstante, los

CUADRO 4
Mediciones biológicas de las mujeres incluidas en la muestra para la evaluación del síndrome metabólico, por etnicidad

	NO INDÍGENA	INDÍGENA	VALOR P [†]
Índice de masa corporal[§]			
Con al menos un diagnóstico			
Normal	19.6	31.2	
Sobrepeso	40.2	40.5	
Obesidad	40.3	28.3	p≤0.0*
Sin ningún diagnóstico			
Normal	27.0	54.1	
Sobrepeso	37.5	33.3	
Obesidad	35.5	12.6	p≤0.05
Presión arterial			
Hipertensos en descontrol [‡]	59.4	58.7	NS
No hipertensos en descontrol (pb diagnóstico)	32.7	38.9	p≤0.05
Hemoglobina glucosilada en diabéticos[¶]			
Buen control	26.8	36.6	
Mal control (pb diagnóstico)	46.4	49.7	
Muy mal control (pb diagnóstico)	26.8	13.8	p≤0.05
Hemoglobina glucosilada en NO diabéticos			
Buen control	75.9	82.8	
Mal control (pb diagnóstico)	18.3	13.0	
Muy mal control (pb diagnóstico)	5.7	4.2	p≤0.05
Colesterol[‡]			
Diagnosticados en descontrol	47.4	44.0	NS
No diagnosticados con descontrol	34.7	30.1	NS
N	1 641	448	

* Todos los valores en el cuadro son porcentajes.

† Los valores p fueron calculados mediante la prueba ji cuadrada.

§ Índice de masa corporal: normal=<25 kg/m²; sobrepeso= 25-<30 kg/m²; obesidad: ≥ 30 kg/m².

‡ Descontrol hipertensivo: presión sistólica ≥ 140 mmHg o presión diastólica ≥ 90 mmHg.

¶ Descontrol glucémico: buen control=HbA1c<7%, mal control= HbA1c 7 - <12 %, muy mal control HbA1c ≥12%.

‡ Descontrol de colesterol: Colesterol capilar ≥ 200 mg/dl.

niveles de obesidad son significativamente mayores en el grupo no indígena. La proporción de pacientes con diagnóstico de HTA en descontrol es de casi 60%, tanto entre indígenas como entre no indígenas. Sin embargo, entre los pacientes sin diagnóstico de HTA la proporción de descontrol hipertensivo –y por lo tanto de pacientes con hipertensión no diagnosticada– es de alrededor de 30% y es más alta (39 vs. 33%) entre indígenas que entre no indígenas. Esto posiblemente refleja la falta de acceso u oportunidad para la realización de exámenes de detección, especialmente entre los indígenas.

En el ajuste multivariado se incluyeron obesidad y otros predictores importantes de los niveles de presión arterial, así como un índice de bienes como marcador de estado socioeconómico y por el indicador de la calidad de atención de la clínica correspondiente (cuadro 5). En los resultados se observa que la población indígena muestra un mayor riesgo, estadísticamente significativo, de tener descontrol hipertensivo entre participantes sin diagnóstico (probable

	DESCONTROL HIPERTENSIVO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ^a			DESCONTROL HIPERTENSIVO EN PACIENTES SIN DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (PB DIAGNÓSTICO NO CONOCIDO) ^a		
	AJUSTADO A EDAD	(1)	(2)	AJUSTADO A EDAD	(1)	(2)
Grupo de incorporación						
Año 1998 (referencia)						
Año 2000		1.450	1.620		1.020	0.960
Año 2003		0.700	1.010		0.890	0.880
Chiapas-Oaxaca		1.70***	1.610		0.850	0.820
Características individuales						
Edad (en años)	1.060***	1.060***	1.060***	1.050	1.060***	1.060
Sin Dx (referencia)						
Dx. Diabetes ^b		1.380***	1.370***		1.800***	1.850***
Dx. Dislipidemia ^c		0.700	0.780		0.820	0.850
IMC (Kg./m ²)		1.020	1.030		1.060***	1.070***
Tiempo de diagnóstico (año)		1.040***	1.400***			
Características del hogar						
Indígena	0.930	0.960	0.880	1.430	1.610***	1.740***
Bienes tercil 1 (referencia)			1.000			1.000
Bienes tercil 2			0.900			0.800
Bienes tercil 1			0.600			0.760
Características a nivel localidad						
Calidad estructural alta (referencia) ^d			1.000			1.000
Calidad estructural alta media			0.800			0.970
Calidad estructural alta media baja			0.540			0.840
Calidad estructural alta baja			0.610			1.110

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, + $p < 0.10$

^a Razones de momios notificadas.

^b ^c Diagnóstico conocido de diabetes o hiperlipidemias.

^d Que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

^e Diagnóstico

^f Índice de masa corporal

CUADRO 5
Modelos de regresión logística para el descontrol hipertensivo en pacientes con y sin diagnóstico de hipertensión

HTA no diagnosticada), con una $RM=1.74$ en comparación con la población no indígena. Además de los predictores que se esperaban asociados al subdiagnóstico de HTA, tales como la edad y obesidad (IMC), ninguna otra variable se asoció con este desenlace de interés. No se encontró una relación significativa entre el descontrol hipertensivo y ser beneficiario de *Oportunidades* (tanto usando la variable de grupos como usando la variable de autorreporte). La calidad estructural de las clínicas tampoco predice diferencias en descontrol hipertensivo.

Respecto a los pacientes con DT2, la menor parte de los participantes –poco más de una tercera parte de los indígenas y algo más de una cuarta parte de los no indígenas– se encuentran bajo buen control de la enfermedad. El grado de descontrol es más alto entre los no indígenas, especialmente en la categoría de muy mal control, donde la diferencia es de 26.8% contra 13.8% entre los indígenas. Sin embargo, al ajustar por predictores de control metabólico, en particular por el tiempo de evolución de la enfermedad, sobrepeso y obesidad (menor entre indígenas), esa diferencia parece revertirse con un riesgo de descontrol mayor entre indígenas que entre no indígenas con una RM no significativa de 1.32 (cuadro 6). En cuanto a los pacientes sin diagnóstico conocido de DT2, los valores de hemoglobina glucosilada sugieren una proporción de 24% de individuos con probable diagnóstico desconocido de

CUADRO 6
Modelos de regresión logística para el descontrol glucémico (hemoglobina glucosilada) en pacientes con y sin diagnóstico de diabetes

	DESCONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES ^a			DESCONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES SIN DIAGNÓSTICO DE DIABETES (PB DIAGNÓSTICO NO CONOCIDO) ^a		
	AJUSTADO A EDAD	(1)	(2)	AJUSTADO A EDAD	(1)	(2)
Grupo de incorporación						
Año 1998 (referencia)						
Año 2000		0.970	1.270		1.430	1.380
Año 2003		0.800	0.870		1.130	1.030
Chiapas-Oaxaca		0.850	0.930		1.180	1.200
Característica individuales:						
Edad (años)	1.020***	1.000	1.010	1.020***	1.040***	1.040**
Sin Dx (referencia)						1.0
Dx. HTA ^b		0.850	0.850		1.180***	0.810
Dx. Dislipidemia ^c		1.090	1.120		0.870	1.230
IMC (Kg/m ²)		1.020	1.000		1.060***	1.060***
Tiempo de diagnóstico (año)		1.780***	1.670			
Características del hogar						
Indígena	0.610***	1.570	1.320	0.590***	0.710	0.890
Bienes tercil 1 (referencia)						
Bienes tercil 2			1.040			1.770**
Bienes tercil 3			1.320			1.610**
Características en la localidad						
Calidad estructural alta (referencia) ^d						
Calidad estructural alta media			1.130			0.980
Calidad estructural alta media baja			0.770			0.980
Calidad estructural alta baja			0.790			1.000

*** $p<0.01$, ** $p<0.05$, + $p<0.10$.

^a RM notificadas

^b Diagnóstico

^c Índice de masa corporal

^d Que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud por localidad.

DT2 entre no indígenas y 17.2% entre indígenas. Esta diferencia se acorta y deja de ser significativa en el modelo multivariado, pero aún en la misma dirección (cuadro 6). Nuevamente, los grupos de incorporación o el autorreporte de incorporación al Programa no parecen determinar diferencias en estos indicadores de salud.

SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES

La presente sección es un análisis del componente de adultos mayores (AM) incorporado en la Encuesta Nacional de Evaluación de Hogares Rurales 2007 (Encel 2007). El cuestionario, diseñado ex profeso para este tipo de población, incluyó mediciones sobre tres rubros principales: patrones de ingreso, gasto y ahorro, salud (física y mental) y nutrición, así como redes de apoyo (social y familiar) y arreglos residenciales. Un total de 13 indicadores de salud y 10 indicadores de cobertura fueron construidos y analizados tomando en consideración las diversas normas mexicanas de salud para este grupo poblacional, así como las reglas de operación del Programa Oportunidades donde se especifica el tipo de revisiones que deben hacerse al AM en cada visita médica y el tipo de servicios (preventivos y de cobertura) a los que tiene derecho.

En las figuras 1 y 2 se muestran algunos de los indicadores utilizados por género y estatus indígena. Se observa una mejor percepción del estado de salud en la población indígena, así como una probabilidad menor de diagnósticos médicos, como la hipertensión arterial y diabetes mellitus. Asimismo destaca el hecho de que indicadores como la dependencia funcional y los síntomas depresivos tienden a estar más elevados entre los indígenas, incluso con diferencias estadísticamente significativas (figura 1). Por otro lado, en materia de cobertura y utilización de servicios de salud, se observa una clara diferencia en detrimento de la población indígena. Esta situación es particularmente evidente en salud dental y salud visual, como se puede observar en las figuras 2 y 3.

Por otro lado, en general los hombres presentan mejores indicadores de salud al compararlos con las mujeres. Tal es el caso de los diagnósticos médicos de hipertensión y diabetes mellitus, así como el autorreporte de síntomas depresivos, la dependencia funcional y la pérdida de 16 piezas dentales o más. Empero, en materia de cobertura y utilización de servicios de salud son las mujeres quienes notifican tener una mayor cobertura.

Al analizar el efecto del tipo de localidad, de acuerdo con la ronda de incorporación de la localidad al Programa Oportunidades, no se encontraron diferencias prácticamente para ningún indicador analizado, ni para los relacionados con el estado de salud ni para la de cobertura y utilización de servicios de salud. La figura 3 muestra estos resultados para algunos indicadores seleccionados.

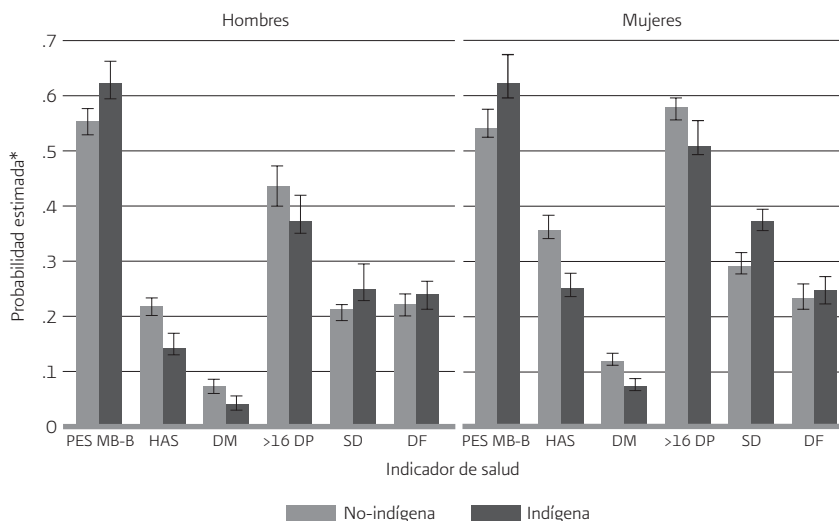
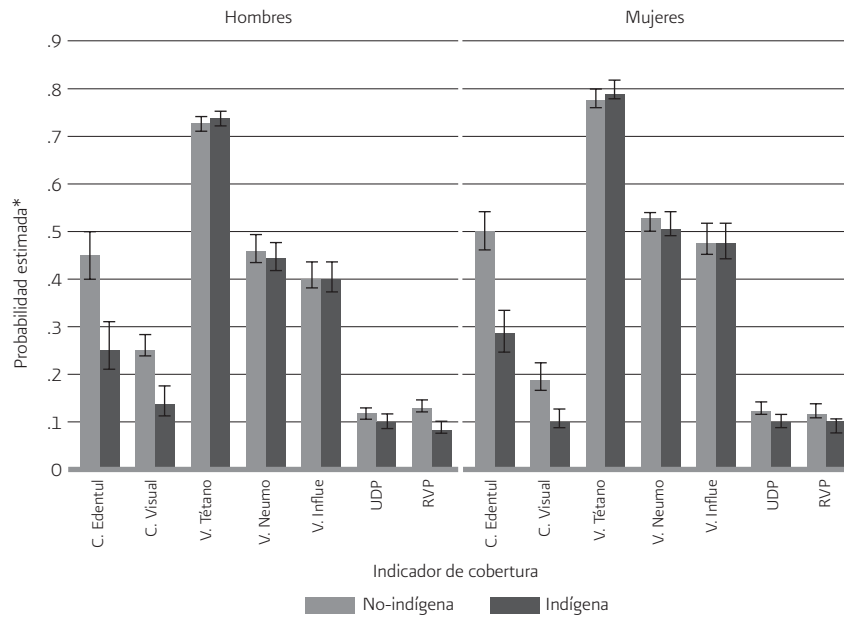


FIGURA 1
Indicadores del estado de salud de los adultos mayores

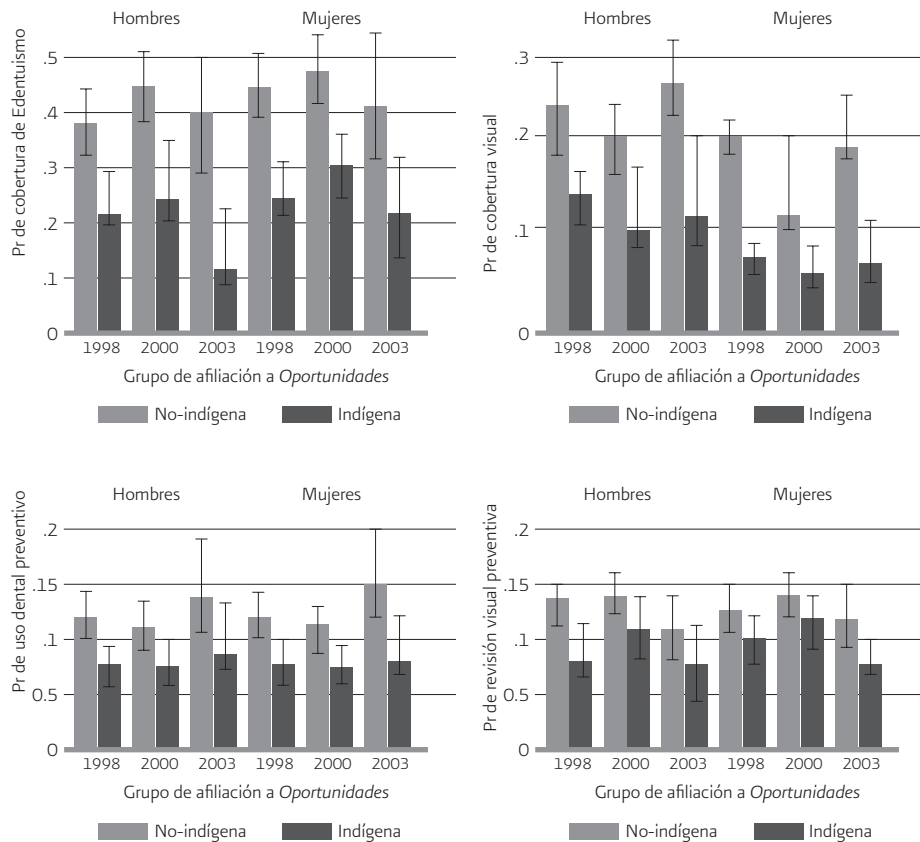
* PES MB-B (percepción del estado de salud "muy bueno" y "bueno"); HAS (hipertensión arterial); DM (diabetes mellitus); >16 DP (más de 16 piezas dentales perdidas); SD (síntomas depresivos), y DF (dependencia funcional)

FIGURA 2
Cobertura y utilización
de los servicios de
salud de los adultos
mayores



C. Edentul (cobertura de edentulismo); C. Visual (cobertura visual); V. Tétano (cobertura de vacunación contra tétanos); V. Neumo (cobertura de vacunación contra neumococo); V. Influe (cobertura de vacunación contra haemophilus influenzae); UDP (uso dental preventivo) y RVP (revisión visual preventiva)

FIGURA 3
Indicadores de
cobertura/utilización
en salud bucal y
salud visual, según
año de afiliación
de la localidad de
residencia al Programa
Oportunidades



*UDP (Uso dental preventivo), RVP (revisión visual preventiva)

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS, GASTO EN SERVICIOS DE SALUD Y AUTORREPORTE DE ESTADO DE SALUD

En esta sección se presenta el análisis de la utilización de servicios de salud, el gasto asociado a la misma y del autorreporte del estado de salud de las personas que viven en hogares incorporados al Programa Oportunidades. Se realizaron dos tipos de análisis: uno descriptivo y otro multivariado. El primero se empleó para describir la evolución de la utilización de servicios de salud públicos y privados, del gasto y de las condiciones de morbilidad e inactividad por motivos de salud de las personas y, por otro lado, para identificar trayectorias en los indicadores por grupos de edad, género y condición étnica. En el análisis descriptivo se emplearon datos de la Encel 2000 (marzo), 2003 y 2007. A fin de que las comparaciones entre las diferentes rondas fueran más informativas y fáciles de interpretar, se optó por excluir de la muestra a los hogares que se formaron después de 1998. Es decir, durante todo el periodo analizado se mantuvo exactamente a los mismos hogares.

En la figura 4 se muestra el cambio, entre 2000 y 2007, de la proporción de hogares que notificaron haber usado servicios ambulatorios en las últimas cuatro semanas, para los grupos de edad de 18 a 49 años y 50 y más años. El resultado más importante de esta figura, tiene que ver con el hecho de que parece existir una drástica disminución en la utilización de los servicios de salud, particularmente públicos, y de manera más específica entre la población de 18 a 49 años. En la figura 5 se muestra el mismo análisis distinguiendo, además, por sexo. Los resultados son similares, aunque menos drásticos para las mujeres.

Por lo que respecta al autorreporte de morbilidad medido como el número de días enfermo en las últimas cuatro semanas, la figura 5 muestra el cambio entre 2000 y 2007, distinguiendo por sexo. De acuerdo con los resultados de las tres rondas de la Encel, el promedio de días enfermo en las últimas cuatro semanas se ha incrementado entre la

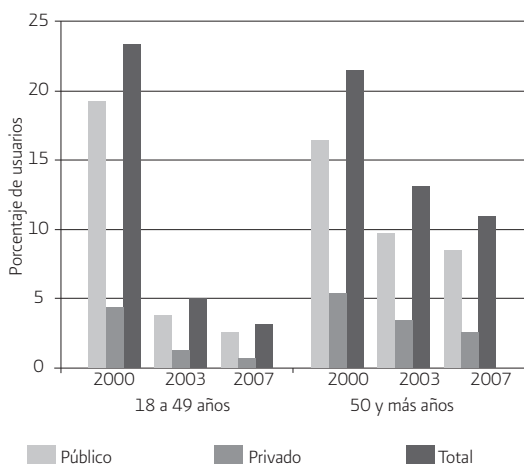


FIGURA 4
Utilización de los servicios de salud públicos, privados y en total por hogar en las últimas cuatro semanas

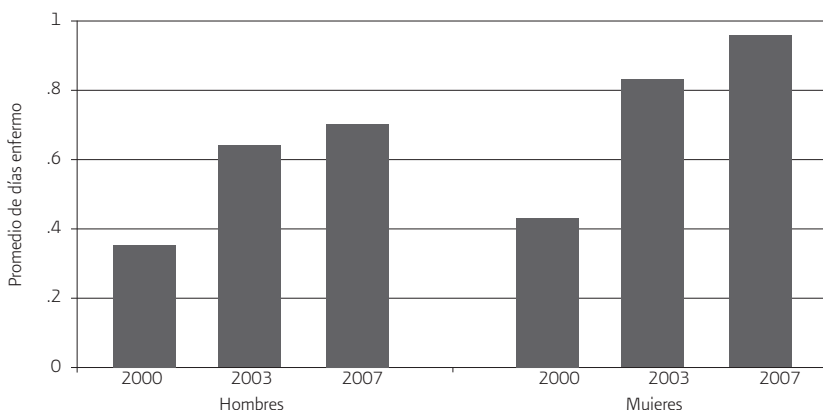


FIGURA 5
Reporte de morbilidad en el último mes, por sexo

población de beneficiarios en los últimos siete años, tanto entre hombres como entre mujeres, aunque este aumento es mayor entre las mujeres: de 0.4 días pasó a casi 1 día.

El análisis multivariado tiene como objetivo identificar diferencias en los niveles de los indicadores de utilización, gasto y salud entre diferentes grupos de beneficiarios y los factores asociados a esas diferencias. Los grupos de interés a comparar en este análisis, con base en la información de la Encel 2007 son, además de hombres y mujeres e indígenas vs. no indígenas como en el análisis descriptivo, tres tipos de localidades de acuerdo con el año de su incorporación al Programa. Alternativamente, como se explicó en la sección de metodología, se utilizó una variable de autorreporte de ser beneficiario del Programa en 2007.

En el cuadro 7 se muestran los resultados de las estimaciones para la utilización de servicios ambulatorios (totales y públicos) en 2007. Se usaron dos especificaciones (1 y 2) diferentes del modelo general presentado en la sección de métodos. La primera considera como variable de tratamiento al tipo de localidad a la cual pertenece el hogar, mientras que la segunda considera el autorreporte de ser beneficiario del Programa. Ambas especificaciones controlan por características demográficas de los usuarios (edad y sexo) y por estatus socioeconómico por hogar, usando el índice de activos (sección de metodología) y por otras características del jefe del hogar. La diferencia entre las especificaciones (a) y (b) en ambos modelos, es que en (b) se incluyó el índice de calidad en la estructura de los centros de salud.

En primer lugar se observó que los coeficientes estimados en los cuatro modelos, tanto para los servicios ambulatorios públicos como en general, son estables, lo cual da confianza respecto a la pérdida de muestra causada por la variable de calidad, es decir, esto es una evidencia de que no se pierden hogares sistemáticamente diferentes a los que permanecen en la muestra. El año de incorporación al Programa sí tiene un efecto sobre la utilización de servicios tanto totales como públicos. Los hogares en localidades incorporadas en 1998 tienden a usar menos los servicios ambulatorios. Es interesante analizar este hecho a la luz del resultado del análisis descriptivo que muestra una disminución en el tiempo de la utilización de este tipo de servicios. La combinación de ambos indica que, en el tiempo, es probable que sean los primeros beneficiarios del Programa quienes reducen más su utilización. Por este motivo, se investigó si la utilización de servicios preventivos también muestra una tendencia a disminuir en el tiempo y se encontró que no es el caso, o al menos no lo es de manera tan drástica como sucede en los servicios totales (anexo E). Esto implica que la reducción en la utilización se debe, proporcionalmente, más a los servicios curativos y, por los resultados que se muestran en el cuadro 7, es posible que este efecto sea más fuerte entre los beneficiarios con mayor antigüedad en el Programa. Esta hipótesis debe investigarse con más detalle por dos motivos: primero porque, de validarse, implica un efecto positivo importante del Programa; segundo, porque implica que el resultado hallado en el informe de morbilidad (que parece haber aumentado en el tiempo) se debe a un cambio en la percepción e informe de morbilidad y no necesariamente a un empeoramiento del estado de salud. Por otro lado, en el caso de la variable de autorreporte de ser beneficiarios no se encontró un efecto sobre la utilización en este análisis multivariado.

La calidad de los servicios sí tiene un efecto positivo sobre la utilización de los mismos. En aquellos hogares que tienen acceso a clínicas con niveles altos de calidad, aumenta la probabilidad de la utilización de servicios en comparación con los hogares que tienen acceso a clínicas con baja calidad estructural. Es importante subrayar que este resultado es significativo, muy importante, y que dado en las estimaciones se controla por nivel de marginación en la localidad, no se puede atribuir a escasez de servicios públicos o a alguna otra característica de pobreza en la localidad. Por otro lado, es importante notar que hemos encontrado este significativo rol de la calidad de los servicios únicamente en lo que respecta a la utilización general de servicios. En las secciones anteriores, en las que se analizó el efecto de la calidad estructural de las clínicas sobre indicadores específicos de salud reproductiva, salud infantil, síndrome metabólico y salud de adultos mayores, no encontramos un efecto significativo de la calidad estructural. Tomando en cuenta los resultados encontrados en esta sección, es muy probable que lo anterior se deba a que el índice de calidad estructural no es apropiado para medir calidad de servicios específicos. Es importante que en futuras investigaciones se usen índices más apropiados y específicos para el grupo de población o el problema de salud a estudiar.

Para ambos tipos de utilización (totales y públicos), mayores niveles de marginación locales están asociados con una menor utilización de servicios de salud ambulatorios. Asimismo se encontró que las mujeres tienen una menor probabilidad de usar servicios (en promedio 3%) con respecto a los hombres; como era de esperarse, las personas

de mayor edad (de 50 y más) utilizan más los servicios ambulatorios. La condición indígena no tiene un efecto sobre la utilización a diferencia de lo encontrado en el análisis descriptivo. Esto implica que una vez controlando por pobreza, educación, marginalidad, etc., el hecho de ser indígena no implica una menor utilización de servicios.

Finalmente, pese a que la variable de autorreporte de ser beneficiarios no tenga impacto sobre el uso de servicios ambulatorios, la interacción de este indicador con la condición indígena de los hogares sí favorece su utilización, lo cual coincide de alguna manera con la interacción entre grupos de incorporación y la condición indígena de los hogares. Esto

CUADRO 7
Modelos probabilísticos lineales para la utilización de servicios de salud ambulatorio público y en general en las últimas cuatro semanas

	VARIABLE DEPENDIENTE: ¿HA UTILIZADO SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?							
	SERVICIOS AMBULATORIOS TOTALES				SERVICIOS AMBULATORIOS PÚBLICOS			
	(1A)	(1B)	(2A)	(2B)	(1A)	(1B)	(2A)	(2B)
Grupo de incorporación								
Año 1998	-0.013+	-0.019**			-0.010	-0.014+		
Año 2000	-0.018**	-0.020**			-0.016**	-0.017**		
Año 2003 (referencia)								
Año 1998*indígena	0.004	0.022			0.008	0.025**		
Año 2000*indígena	0.017	0.034**			0.017	0.031**		
Año2003*indígena (referencia)								
Características individuales								
Género (1= m, 0 = f)								
	-0.033***	-0.034***	-0.033***	-0.034***	-0.027***	-0.028***	-0.027***	-0.028***
Edad de 0 a 6 años (referencia)								
Edad de 7 a 17 años	-0.058***	-0.056***	-0.058***	-0.056***	-0.039***	-0.037***	-0.039***	-0.037***
Edad de 18 a 49 años	-0.055***	-0.055***	-0.055***	-0.055***	-0.041***	-0.040***	-0.041***	-0.040***
Edad de 50 y más años	0.019***	0.018***	0.019***	0.018***	0.009**	0.009**	0.009**	0.009**
Características del hogar								
Indígena								
	-0.000	-0.017	-0.005	-0.002	-0.001	-0.016	-0.004	-0.000
Bienes tercil 1 (referencia)								
Bienes tercil 2	0.005	0.007+	0.005	0.007+	0.003	0.005	0.003	0.005
Bienes tercil 3	0.002	0.003	0.002	0.003	-0.002	0.000	-0.002	0.000
<i>Oportunidades</i> ^a								
			-0.001	0.000			-0.001	0.000
<i>Oportunidades</i> ^a *indígena			0.008***	0.005+			0.007***	0.005**
Jefe del hogar sin educación (referencia)								
Jefe del hogar con educación primaria	0.035	0.038	0.035	0.038	0.024	0.027	0.024	0.027
Jefe del hogar con educación mayor a primaria	0.059**	0.061**	0.059**	0.061**	0.039+	0.042+	0.040+	0.042+
Características a nivel localidad								
Calidad estructural baja/media baja (referencia) ^b								
Calidad estructural media alta		0.004		0.005		0.007		0.007
Calidad estructural alta		0.013		0.015+		0.016+		0.017**
Índice de marginación 2005	-0.013***	-0.012**	-0.013***	-0.013***	-0.004	-0.004	-0.004	-0.004
Intercepto	0.109***	0.108***	0.099***	0.091***	0.091***	0.086***	0.083***	0.074***
N	128 115	100 398	128 115	100 398	128 115	100 398	128 115	100 398

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10

^a Variable de autorreporte igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de *Oportunidades*, e igual a 0 en caso contrario.

^b Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

se vuelve más interesante aún, si se considera que casi 60% de los hogares que se autorreportaron como beneficiarios del Programa se ubican en localidades tratamiento 1998 y 2000. Esto implica que el Programa ha motivado un considerable aumento en la utilización de los servicios ambulatorios por parte de la población indígena.

Discusión

En general se encontró que ser más pobre, ser mujer y ser indígena está relacionado con peor estado de salud, con usar menos servicios de salud y con niveles más pobres de detección y control de enfermedades crónicas. Este hallazgo requiere validación, por ejemplo mediante la comparación entre la inequidad observada en la muestra de evaluación de *Oportunidades* y aquella observada en otras muestras representativas en nacionales país. Es decir, una hipótesis interesante a probar es que las inequidades entre los beneficiarios de *Oportunidades* se han reducido como efecto del Programa.

En general, la población de beneficiarios que se definió en el estudio como indígena se encuentra en desventaja respecto a la población que se define como no indígena. El primer punto a considerar se vincula con la variable usada para definir "indígena". Se ha definido un hogar como indígena a partir de la respuesta dada en el cuestionario sociodemográfico, respecto a si el jefe o la jefa del hogar hablan alguna lengua indígena. Esta definición se ha usado en el pasado no sin críticas respecto a su validez. Es posible que la definición de etnicidad relevante para este tipo de análisis no tenga exclusivamente que ver con el entendimiento de alguna lengua indígena, sino más bien con otras características culturales y de comportamiento que no necesariamente se captan con el hecho de que alguno o ambos jefes del hogar hablen o entiendan una lengua indígena. En la medida en que esto sea cierto, la presente definición será deficiente y convendría entonces usar definiciones basadas en otras respuestas para explorar el tema. El segundo punto se refiere al hecho de que, debido a que no se contó con un análisis similar en el pasado, no es posible decir si la desventaja observada en los grupos indígenas respecto a los grupos que no lo son ha cambiado a lo largo de 10 años de implementación de *Oportunidades*. El tercer punto se relaciona con la observación de que la población indígena notifica un mejor estado de salud respecto a la población no indígena. Es muy probable que este resultado tenga que ver con un menor acceso, por parte de este grupo, a servicios médicos, lo cual se traduciría en una percepción distinta de lo que constituye un problema de salud y en menores tasas de diagnóstico de enfermedades crónicas. Además, ayudaría mucho ajustar los análisis por otros factores para verificar que el efecto de "ser indígena" se mantiene, por ejemplo: tamaño y aislamiento de las localidades, proporción de la localidad que es indígena, tipo de la clínica (presencia de médicos), etc. Sería muy útil a este respecto llevar a cabo un estudio que se enfoque a investigar de manera exclusiva y con mayor profundidad el efecto de la condición indígena sobre la utilización de servicios y el estado de salud y cuál es el papel de *Oportunidades* en esta relación.

Por otro lado se ha encontrado que, en general, las mujeres presentan desventajas en términos de su estado de salud y de su utilización de servicios, en particular preventivos, respecto a los hombres. Independientemente del hecho de que cualquier brecha en este sentido es injustificable desde el punto de vista de la equidad social, es difícil decir –debido a que no se cuenta con análisis previos de este tipo– si la magnitud de esta brecha ha cambiado en el tiempo y, en especial, si ha cambiado para mejorar la situación de las mujeres mexicanas pobres. *Oportunidades* ha marcado un hito en la política social de México en lo que se refiere a las mujeres pobres, por un lado al otorgarles más poder de negociación dentro del hogar mediante su rol de titular beneficiaria y, por el otro, al fomentar en ellas un mayor sentido de sus derechos de usar servicios públicos. Por este motivo es recomendable investigar con mayor profundidad estos aspectos en el futuro.

En general se encontró que la antigüedad en el Programa *Oportunidades*, medida por el año de incorporación al mismo, no está correlacionada con diferencias significativas en términos del estado de salud y de la utilización de servicios médicos. Este resultado es difícil de interpretar; por un lado, podría deberse a dos efectos opuestos: que los miembros de las familias con más tiempo en el Programa se enferman menos pero que, al mismo tiempo, son más sensibles y tienen más información y, por tanto, reportan más enfermedades, ciertamente cancelando el efecto de incorporación en el Programa. En el análisis de reporte de morbilidad y de días de incapacidad presentado en este documento se halló algo de evidencia sobre la validez de esta hipótesis. Por otro lado, es posible argumentar que

los hogares que fueron incorporados antes a *Oportunidades* son diferentes que los que se incorporaron después, en particular menos sanos y con una probabilidad mayor de tener un peor estado de salud en ausencia del Programa. Si esto es cierto, el hecho de no encontrar diferencias en el estado de salud en 2007 podría ser evidencia de que el Programa ha llevado a los beneficiarios a un estado de salud igual, independientemente de lo mal que iniciaron cuando se implementó *Oportunidades*. Una tercera alternativa podría ser que algunos efectos del Programa se observan en el corto plazo y que, una vez logrado ese cambio, ya es difícil observar mejoría.

El índice de calidad de las clínicas que se empleó en los análisis presentados en este documento tiene, en general, poco efecto sobre los indicadores analizados para enfermedades específicas; sin embargo, se encontró que tiene un efecto positivo sobre la utilización general de servicios. Este resultado sugiere la necesidad de usar indicadores de calidad específicos a la condición de interés. Los resultados observados en la sección de utilización de servicios son muy alentadores en el sentido de que indican que la población beneficiaria es sensible a mejoras en la calidad de los servicios y responde usándolos más. Es importante corroborar con mayor profundidad estos resultados en estudios futuros.

Los indicadores de salud reproductiva son especialmente útiles para observar de manera longitudinal debido a la alta comparabilidad entre las encuestas; en este análisis las tendencias encontradas son notables por los cambios detectados en el tiempo. Las mujeres de todos los niveles socioeconómicos observadas en las Encel son ahora considerablemente homogéneas en términos de la utilización de los servicios de atención prenatal (componente fundamental de las corresponsabilidades). La situación en este sentido era muy diferente hace 10 años. No obstante, en el modelo de corte transversal con datos de 2007 sobre la intensidad de utilización de los servicios prenatales, se encontraron diferencias en la intensidad de utilización de los servicios de salud de la siguiente manera: a) se observó una mayor utilización entre mujeres con más educación respecto a las de menos educación, y b) de las mujeres con algún tipo de aseguramiento respecto a las que no lo tienen. Adicionalmente, una proporción de estas mujeres señalaron tener una opción alternativa de atención –la partera en el caso de las indígenas– para el seguimiento prenatal. Sería importante identificar los motivos específicos por los que estas mujeres eligen un proveedor alternativo de servicios prenatales; sin embargo, cabe aclarar que esta búsqueda rebasa los límites del presente estudio. Por otra parte, es importante considerar que estas diferencias en la utilización de servicios prenatales –en promedio las mujeres de la muestra analizada tienen en seis visitas prenatales– son mayores a las encontradas al inicio de *Oportunidades* en 1998, y aceptables tomando en cuenta los estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005.

En contraste se encontró que las mujeres, particularmente de hogares indígenas, prefieren atender su parto con una partera en lugar de un médico y/o enfermera; la razón principal general fue la confianza que tienen en la partera. Esta situación se da aún cuando 90% de las mujeres indígenas señalan asistir a un médico para el seguimiento prenatal. Es fundamental conocer los motivos específicos por los cuales las mujeres, una vez que han tenido contacto con médicos o enfermeras para su seguimiento prenatal, deciden atender su parto con parteras. Esto requeriría acciones coordinadas entre el Programa *Oportunidades* y el sector salud que permitan empatar los logros de *Oportunidades* a través de los incentivos a la demanda de servicios prenatales, con las acciones del sector salud de ofertar estos servicios. Lo anterior necesitaría de mayores esfuerzos por parte del sector salud para incentivar la utilización completa (servicios prenatales, obstétricos, etc.) y adecuada de los servicios de salud reproductiva entre las mujeres de zonas rurales.

Otro cambio notable ha ocurrido en lo que respecta a la utilización general de anticonceptivos, así como en los términos del empleo de los métodos más usados. A diferencia de lo que sucede en otros países, el condón es muy poco utilizado entre las mujeres más jóvenes, en tanto que el DIU es el método más usado.

Los resultados de los análisis de salud infantil sugieren un efecto positivo de *Oportunidades* en la salud de los niños menores a 24 meses. Los análisis multivariados mostraron un efecto protector de entre 3 y 4 puntos porcentuales, aunque es probable que el efecto real sea más grande. Se sabe que las personas más pobres tienden a subreportar las enfermedades; al mismo tiempo, se esperaría que los beneficiarios del Programa supieran más sobre enfermedades por el hecho de participar en los talleres y que, en consecuencia, notificarían más enfermedades. Por tanto, dados ambos efectos, el efecto real sobre enfermedades en niños podría ser más grande.

Otro efecto positivo de *Oportunidades* es que los beneficiarios acuden más al centro de salud cuando sus niños presentan un problema de salud. Los modelos multivariados muestran que este efecto no es una consecuencia de la diferencia en nivel socioeconómico, condición étnica o disponibilidad de servicios en la localidad. Parece que el

Programa ha tenido un efecto positivo en la búsqueda de atención. Desafortunadamente, no se cuenta con información sobre la calidad técnica de otros proveedores de salud en la localidad (por ejemplo, médico privado o farmacia privada). No obstante, estudios anteriores han mostrado que la calidad del sector público es superior a aquella de los servicios privados a los que recurren las personas de bajo ingreso. Acudir con un médico privado ha sido asociado con mortalidad infantil más alta.^{5,6} A partir de estos estudios, se puede interpretar la preferencia por el centro de salud como un resultado positivo de *Oportunidades* en la salud de los niños. Un resultado preocupante es la tendencia a buscar más a un médico particular, entre más grave se evalúa la enfermedad. Dado el problema potencial de la calidad técnica de los médicos particulares, esto puede tener consecuencias negativas en la salud de los niños.

Los análisis de la preferencia por servicios públicos mostraron que los beneficiarios tienen una preferencia más alta por los mismos. De nueva cuenta, parece que este resultado no es consecuencia de la diferencia entre los beneficiarios y no beneficiarios en términos de nivel socioeconómico, condición étnica o disponibilidad de servicios en la localidad. Otro resultado positivo es la percepción del centro de salud: en general se evaluó igual o mejor que el médico particular y que la farmacia privada. La única excepción es el tiempo de espera: las personas percibieron peor al centro de salud que a los proveedores alternos.

Los datos cuantitativos que se presentan tienen una limitación en cuanto a la comprensión de los determinantes específicos de la preferencia por la utilización de proveedores públicos o privados. Así, por ejemplo, es necesario entender las razones de la preferencia por el médico privado cuando el niño padece una enfermedad percibida como grave. Se considera importante llevar a cabo estudios adicionales para entender a detalle estos determinantes. Con la información resultante, el Programa Oportunidades y la Secretaría de Salud podrían implantar programas para mejorar la búsqueda de atención.

Con respecto al análisis relativo al síndrome metabólico, se hace evidente la importancia que las enfermedades asociadas a éste, en particular la DT2 y la HTA, tienen en la población beneficiaria de *Oportunidades*. Los estimadores observados son muy similares y, por lo tanto, corroboran lo que ya se había notificado en un ejercicio de evaluación del Programa Oportunidades utilizando la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2006 (Ensanut 2006).⁷ Al utilizar una muestra representativa del país, los estimadores con la Ensanut son más robustos que los aquí empleados y la similitud de los hallazgos de alguna forma valida los procedimientos utilizados en el presente análisis. Sin embargo, en este análisis fue posible mostrar que la población indígena presenta una prevalencia más baja de diagnóstico conocido tanto de DT2 como de HTA, en comparación con la no indígena. Si bien existe la hipótesis de que la población amerindia tiene una alta predisposición genética, sobre todo para DT2, los resultados que aquí se presentan reflejan no necesariamente que dicha hipótesis sea falsa, sino que esta población aún no ha expresado totalmente su riesgo debido, probablemente, a la ausencia de otros factores de riesgo ambientales, en particular en estilos de vida. Por lo tanto y con base en las prevalencias ya detectadas en la población indígena, es importante reconocer esta posibilidad de susceptibilidad genética e incorporarla con la misma intensidad a las actividades de prevención y detección.

Por otro lado, es importante reconocer que la prevalencia del autorreporte de enfermedad, es decir la proporción de beneficiarios que refirieron haber sido diagnosticados previamente por un médico, refleja sólo una proporción de la prevalencia real de estas enfermedades (es sólo la punta del iceberg) ya que estas enfermedades (DT2, HTA) cursan con periodo prolongado sin síntomas. Datos de la Ensanut sugieren que, tanto para DT2 como para HTA, existe una relación de un paciente que desconoce su diagnóstico por cada paciente que ya ha sido diagnosticado,^{7,*} por lo que seguramente las prevalencias reales serán mucho más altas; incluso, podrían duplicarse. En este sentido, el análisis que se realizó midiendo la presión arterial y la hemoglobina glucosilada en mujeres beneficiarias del Programa sin diagnóstico previo, apunta a una alta proporción de posibles pacientes no diagnosticados especialmente para el caso de hipertensión y peor aún para la población indígena. Inclusive a pesar del hecho de que se encontraron coberturas adecuadas de exámenes de detección, tanto en el análisis general de la Encel 2007 como en las submuestras, es posible que esos exámenes no se estén realizando con la calidad necesaria para detectar tempranamente los casos de HTA y DT2. En este sentido es importante reforzar las actividades de detección, en particular en la población de más de 40 años y con datos de sobrepeso y obesidad, que claramente se asocian con estos diagnósticos.

* Villalpando S, et al. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 en México. Manuscrito en preparación para número especial de *Salud Pública de México*.

Entre los pacientes ya diagnosticados, las prevalencias de descontrol evidenciado por los niveles de biomarcadores y de presión arterial son especialmente altas; poco más de la mitad de los hipertensos y casi tres cuartas partes de los diabéticos se encuentran con algún grado de descontrol. Lo anterior, aunado a los datos sobre la mala calidad de la atención –sobre todo en la baja proporción de pacientes con cambio en tratamientos, limitada vigilancia periódica de los niveles de control y el apego deficiente a las recomendaciones de dieta y ejercicio–, sugiere la necesidad inmediata de probar innovaciones al modelo de atención para incrementar su calidad y, por lo tanto, su efecto en el control de estos pacientes.

Los resultados de la encuesta en clínicas, notificados en la evaluación de calidad 2008,⁸ que sugieren una baja calidad generalizada en lo que respecta a síndrome metabólico, se confirman con lo que se informa en este análisis: una minoría de la población notifica buen control de DT2 y HTA, y una porción todavía inferior informa tamizaje de hiperlipidemia. Esto sugiere que la respuesta del sector salud está rezagada respecto al cambio epidemiológico por el que México atraviesa, acompañado de tasas crecientes de obesidad y enfermedades crónicas incluso en los deciles de población más pobres.

Por último, en este análisis preliminar sobre posibles factores que expliquen la heterogeneidad del estado de salud de la población se observó que, aunque la población indígena tiene una menor prevalencia de este tipo de alteraciones, también presentó las proporciones más bajas en la realización de prueba de detección (específicamente la toma de presión arterial). Además, los datos sugirieron que, una vez diagnosticados, es posible que los pacientes indígenas tengan menor grado de control que los no indígenas. En cambio, los grupos de incorporación o el autorreporte de ser beneficiario no parecen explicar la heterogeneidad.

Con respecto a la sección de adultos mayores, es importante destacar que este primer intento por documentar el estado de salud y el nivel de cobertura alcanzado para un grupo de intervenciones altamente efectivas, con una perspectiva de análisis por género y por estatus indígena, aporta información invaluable para la toma de decisiones. De ahí la importancia de dar continuidad a estos esfuerzos fortaleciendo la parte metodológica de la encuesta, en particular con la incorporación de mediciones biológicas. Lo anterior permitirá evaluar, por ejemplo, hasta qué punto el número menor de diagnósticos médicos (autorreportados) en población indígena pudiera más bien evidenciar barreras de acceso que potencialmente impidan su acercamiento a los servicios de salud.

Por otro lado, el concepto de salud en AM incorpora la apreciación subjetiva del estado de salud que depende de la conjunción de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y el apoyo social. El interrogatorio acerca de la satisfacción vital proporciona una noción respecto a la calidad de vida y el bienestar global del individuo en un momento dado.⁹ Así, la percepción del estado de salud es una herramienta útil para conocer el estado de salud de los AM, ya que ha demostrado su valor como indicador confiable, incluso en población mexicana.^{10,11} Aproximadamente 12% de los AM notificaron su salud como muy buena-buena; 31% indicó que era regular y poco más de 56% la calificaron como mala-muy mala. Poco más de 25% manifestó que su salud era mejor a la de 12 meses previos; 57% dijo que igual y 18% refirió que era peor. Estas cifras contrastan con lo informado en el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México realizado en 2003,¹² donde se documenta que entre 20 y 25% de los y las AM respectivamente, consideran que tienen buena salud; 11% piensa que mejoró su estado de salud en los últimos dos años; 45% cree que sigue igual y 42% declaró que ha empeorado.

Es importante tomar en cuenta que la información presentada en este capítulo excluye a un subgrupo de AM con mayor vulnerabilidad social: las personas con deterioro cognitivo y que no tienen cuidador (N=361) o bien cuyo cuidador también tenía deterioro cognitivo (N= 87), o que presentaban algún grado de discapacidad auditiva o visual severa y no tenían cuidador (N=403). No queda claro, a partir de este análisis, cuáles son los niveles de salud y cobertura de este subgrupo aún más vulnerable, aunque se puede suponer que el escenario es peor al observado en este análisis. Según la OMS, estas afecciones tienen graves consecuencias sobre las interacciones sociales y personales, la viabilidad económica, y la salud mental de las personas afectadas, y deberían ser tratadas con seriedad.¹³ Es importante documentar, en un futuro cercano, las actividades que el Programa está instrumentando para garantizar que los servicios de salud sean accesibles a estas personas y que sus beneficios, en términos de salud, también les lleguen.

De igual manera, prácticamente 29% de los AM presentaron dependencia funcional. Este perfil caracteriza una especial fragilidad del AM debido, precisamente, a la conjunción de la edad y a un precario estado de salud. Además,

la renuencia de los AM a frecuentar los servicios de salud, así como los factores asociados a sus discapacidades y la falta de funcionalidad en las actividades de la vida diaria deben ser tomados en cuenta en las políticas de reducción de la pobreza que incluyen corresponsabilidades de los AM para la atención a la salud.

A diferencia de lo observado en otras secciones, la utilización preventiva de servicios de salud, especialmente en vacunación, es mayor en mujeres que en hombres. Llama la atención que, a pesar de que la vacuna para la neumonía cuenta con poco tiempo de incluirse en la cartilla nacional para el adulto mayor, 52% de las mujeres y 46% de los hombres reportaron habérsela aplicado en los últimos cinco años.

Finalmente, en la sección de utilización de servicios se encontró un resultado muy interesante que vale la pena explorar con mayor profundidad en el futuro. Entre 2000 y 2007, se observa una disminución dramática en la utilización de servicios ambulatorios. Este resultado se confirmó en el análisis transversal multivariado, donde se detectó que los hogares de localidades incorporadas en 1998 tienen una menor probabilidad de haber ido a consulta en las últimas cuatro semanas. La disminución en el tiempo de este indicador (y de mayor magnitud entre los beneficiarios con mayor antigüedad en el Programa) puede deberse a múltiples causas, pero analizando otros resultados en esta sección se puede aventurar una hipótesis que deberá ser validada con mayor profundidad en el futuro. La utilización de servicios preventivos también mostró una disminución, aunque no tan drástica como la total; esto implica que los servicios preventivos ligados a las corresponsabilidades probablemente no han sido afectados por esta tendencia decreciente. Por otro lado se observó que, entre los usuarios de consultas, la tendencia en el gasto asociado a éstas ha disminuido en el tiempo. Esto puede ser un indicio de que la proporción de consultas preventivas, respecto a las curativas, ha crecido en el tiempo. Toda esta información permite aventurar la hipótesis de que *Oportunidades* ha tenido un efecto positivo en la salud general de sus beneficiarios; parecen resultados muy prometedores, pero que sin duda merecen la realización de un estudio específico más adelante.

Análisis FODA

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO1	Una considerable proporción de las mujeres que utilizan clínicas que atienden a mujeres afiliadas a <i>Oportunidades</i> señala utilizar el carnet prenatal para programar sus visitas al médico durante el embarazo.	No aplica
FO2	Una proporción alta (más de 90%) de las mujeres indígenas y no indígenas señalan haber sido atendidas por un médico durante la atención prenatal.	No aplica
FO3	El promedio de visitas prenatales es de seis visitas, sin presentarse grandes diferencias en el promedio de visitas entre indígenas y no indígenas.	No aplica
FO4	Las mujeres que autorreportan ser beneficiarias de <i>Oportunidades</i> utilizan más los servicios prenatales.	No aplica
FO5	La mayor parte de las mujeres señalan que se les ha recetado y han tomado suplementos alimenticios durante el embarazo. La mayor parte, además, señala haber recibido el suplemento alimenticio Nutrivida.	No aplica

FO6	La mayor parte de las mujeres no indígenas atienden su parto con un médico, casi 80%.	No aplica
FO7	Las mujeres beneficiadas por <i>Oportunidades</i> y que tienen más tiempo en el Programa son más propensas a atenderse el parto con un médico que con una partera.	No aplica

DEBILIDADES Y AMENAZAS

DA1	De las mujeres, 36% señala acudir con un segundo proveedor de salud durante la atención prenatal; 61% de las mujeres indígenas acuden a un segundo proveedor de salud en la atención prenatal.	Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar lo motivos por los que las mujeres van a un segundo proveedor de salud para la atención prenatal.
DA2	Una proporción importante de mujeres señala no haber tenido acceso a pruebas de orina ni de sangre, ni a pruebas de sífilis ni ultrasonido.	Recomendaciones al sector salud. Mejorar el acceso a pruebas de laboratorio que corresponden a la NOM.
DA3	Las mujeres indígenas y las mujeres con menor educación utilizan menos intensamente los servicios prenatales. En contraste, las mujeres con algún tipo de aseguramiento (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular) usan más los servicios prenatales en comparación con aquellas que no tienen cobertura de aseguramiento.	Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Caracterizar mejor a las mujeres que siguen presentando bajo uso de servicios prenatal para poder intervenir en sus determinantes.

DA4	<p>Existe todavía una proporción importante de mujeres a las que no se les brinda información sobre signos de alarma específicos durante la atención prenatal.</p>	<p>Recomendaciones al sector salud Mejorar la información otorgada a las mujeres embarazadas sobre los posibles signos de alarma durante el embarazo. Esto se podría efectuar de manera autodidáctica (videos, etc.), con talleres, o por parte de los proveedores de salud mejor capacitados. Habrá que innovar y evaluar diferentes abordajes.</p>
DA5	<p>La mayor parte de las mujeres de condición indígena señala haber atendido su parto en su casa. La principal razón es la confianza de atenderse ahí. Adicionalmente se encontró que las mujeres de condición indígena tienen menos probabilidad de atender su parto con un médico, en comparación con una partera.</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Indagar acerca de los principales motivos por los que las mujeres indígenas no tienen confianza en atender su parto en servicios de salud formales o con médicos. Experimentar maneras innovadoras para incrementar las tasas de parto atendido por un profesional capacitado en su comunidad, incluyendo pagos a parteras acompañadoras, pagos condicionados a la mujer, contratación de parteras y/o enfermeras obstetras profesionales, habilitación de clínicas para poder atender partos en condiciones más seguras (oxígeno, ambulancia, equipo de reanimación, incubadora) con la posibilidad de referencia cuando está indicado.</p>

<p>DA6</p>	<p>Las mujeres con menos educación, de condición indígena y que tienen menos bienes en el hogar, atienden su parto con parteras en lugar de médicos.</p>	<p>Recomendaciones al sector salud Mejorar el acceso a atención obstétrica formal entre mujeres más pobres y de condición indígena.</p>
<p>DA7</p>	<p>A pesar de que el Programa Oportunidades ha logrado aumentar el uso de servicios prenatales entre las mujeres beneficiarias (indígenas y no indígenas), no es claro, particularmente entre las mujeres indígenas, que hayan cambiado las preferencias de éstas por atender su parto con parteras.</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar las razones por las que las mujeres en zonas rurales y de origen indígena, a pesar de haber aumentado su atención prenatal con médicos, no lo han hecho así con la atención obstétrica.</p> <p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> y el sector salud Fortalecer las acciones coordinadas entre <i>Oportunidades</i> y el sector salud, que permitan empatar los logros del Programa a través de los incentivos a la demanda de servicios prenatales, con las acciones del sector salud de ofertar estos servicios. Esto necesitaría mayores esfuerzos por parte del sector salud para incentivar el uso completo (servicios prenatales, servicios obstétricos, etc.) y adecuado de los servicios de salud reproductiva entre las mujeres de zonas rurales.</p>

SALUD INFANTIL

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO8	Niños en familias afiliadas a <i>Oportunidades</i> tienen menos problemas de salud (notificados) que los no afiliados.	No aplica
FO9	Los beneficiarios usaron la clínica o la casa de salud con mayor frecuencia (47 vs. 37%) y acudieron menos al médico particular (14 vs. 25%).	No aplica
FO10	Los beneficiarios de <i>Oportunidades</i> se inclinan más por los servicios médicos públicos	No aplica
FO11	La mayoría de los padres creyó que el centro de salud era mejor o igual en comparación a un médico particular o farmacia privada	No aplica
DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA8	Tendencia a acudir con el médico particular cuando la enfermedad se percibe como más grave.	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar lo motivos por los que los padres van a un medico particular para la atención a enfermedades percibidas como graves. Traducir los motivos en una campaña de cambio de comportamiento usando investigación formativa.</p> <p>Recomendaciones al sector salud Implementar la campaña de cambio de comportamiento basado en evidencia.</p>

<p>DA9</p>	<p>Alta proporción de padres que buscan atención de un proveedor no adecuado (por ejemplo, la farmacia) en caso de enfermedades percibidas como graves.</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar lo motivos por los que los padres van a un médico particular para la atención a enfermedades percibidas como graves. Traducir los motivos en una campaña de cambio de comportamiento usando investigación formativa.</p> <p>Recomendaciones al sector salud Implementar la campaña de cambio de comportamiento basado en evidencia.</p>
<p>DA10</p>	<p>La preferencia por acudir con un proveedor público es más baja en familias con más recursos.</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar los motivos por los que los padres van a un proveedor público para asegurar la "atracción" de los proveedores públicos. Así se puede evitar que los beneficiarios, en cuanto suban en nivel socioeconómico, vayan a usar el sector privado.</p> <p>Recomendaciones al sector salud Asegurar que la calidad percibida por los usuarios corresponda con la calidad técnica de los servicios públicos.</p>
<p>DA11</p>	<p>La mayoría de los padres consideró el tiempo de espera peor en el centro de salud que en una farmacia privada o con un médico particular</p>	<p>Recomendaciones al sector salud Investigar lo que causa la percepción de mayor tiempo de espera en los centros de salud. Reducir el tiempo de espera en los centros de salud.</p>

SÍNDROME METABÓLICO

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZA Y OPORTUNIDADES		
FO12	Existe una adecuada cobertura de exámenes de detección de hipertensión arterial (toma de presión arterial). Más de 50% de los participantes sin diagnóstico de HTA del total y de prácticamente cualquier subgrupo analizado, notificó haber recibido una medición de la presión arterial en el último año.	No aplica
FO13	En general, alrededor de 25% de la población adulta reportó un examen de glucosa para la detección de DT2 en último año, lo que se puede clasificar como adecuado.	No aplica
FO14	El grupo que se autorreportó como beneficiario del Programa, notificó mayor proporción de exámenes de presión arterial tanto en los no diagnosticados (exámenes de tamizaje o detección) como en los pacientes con diagnóstico de HTA (exámenes para la vigilancia del control de la enfermedad).	No aplica
FO15	La proporción de pacientes con DT2 y/o HTA en tratamiento con medicamentos fue alta sin diferencias entre grupos por etnicidad o de grupos de incorporación al Programa.	No aplica
FO16	94% de los pacientes con DT2 y 79.8% con HTA notificaron una muy buena adherencia al tratamiento con medicamentos.	No aplica
FO17	La mayoría de las pacientes con enfermedades HTA y/o DT2 tuvieron al menos cuatro consultas de control en el último año.	No aplica
DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA12	En general, la población adulta informó prevalencias relativamente altas de diagnóstico previo de DT2 (5.6%) y de HTA (10.2%).	Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i> Establecer como prioridad la detección y control de este tipo de enfermedades en la población beneficiaria, con el reforzamiento de los talleres de autocuidado.

DA13	Un alto porcentaje de participantes sin diagnóstico de enfermedad crónica (cerca de 70% en no indígenas y de 50% en indígenas) tienen peso no saludable (sobrepeso u obesidad) y, por lo tanto, alto riesgo de DT2 y de HTA.	<p>Recomendaciones al sector salud</p> <p>Reforzar estrategia de prevención de obesidad y detección de enfermedades crónicas en la población con peso no saludable.</p> <p>Recomendaciones <i>Oportunidades</i></p> <p>Reforzar el componente de peso no saludable (sobrepeso y obesidad) en talleres para incrementar la noción del riesgo asociado.</p>
DA14	El grupo clasificado como indígena notificó una menor proporción de exámenes de detección para HTA.	<p>Recomendaciones <i>Oportunidades</i></p> <p>Explorar las razones de esta heterogenidad, ya que al menos entre los grupos de beneficiarios los indígenas deberían recibir la misma intensidad de exámenes de detección que los no indígenas.</p>
DA15	A pesar de los altos porcentajes y cobertura adecuada de exámenes de detección, existe una alta proporción de posibles pacientes no diagnosticados tanto de HTA (cerca de 30%) como para DT2 (alrededor de 20%).	<p>Recomendaciones al sector salud</p> <p>Verificar sus procedimientos de detección oportuna ya que aparentemente a pesar de una buena cobertura aun el subdiagnóstico es altamente prevalente.</p> <p>Capacitación a personal encargado de los exámenes de detección.</p>
DA16	El grupo indígena parece el más afectado por la proporción de probables pacientes de HTA no diagnosticados.	<p>Recomendaciones <i>Oportunidades</i></p> <p>Explorar las razones de esta heterogenidad, ya que al menos entre los grupos de beneficiarios los indígenas deberían recibir la misma intensidad de exámenes de detección que los no indígenas.</p>

DA17	<p>La proporción de pacientes con diagnóstico de HTA en descontrol es de casi 60%, tanto entre indígenas como entre no indígenas, y no existen diferencias entre grupos de incorporación al Programa o por el autorreporte de ser beneficiario o no.</p>	<p>Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i> Además de reforzar los talleres en los beneficiarios, agregar un plan serio de capacitación a los médicos y al personal de salud para que el componente de calidad de atención se fortalezca.</p>
DA18	<p>La mayoría de los pacientes con DT2 tienen algún grado de descontrol de la glucosa: cerca de 70% en los indígenas y más de 75% de los no indígenas.</p>	<p>Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i> Además de reforzar los talleres en los beneficiarios, agregar un plan serio de capacitación a los médicos y personal de salud para que el componente de calidad de atención se fortalezca.</p>
DA19	<p>Se encontró a más de 20% de los pacientes con DT2 sin examen de glucosa en el último año. Lo anterior se ubica debajo de la recomendación de atención, ya que se espera que la totalidad de los pacientes tengan al menos dos exámenes anuales de vigilancia.</p>	<p>Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i> Además de la capacitación a médicos, asegurar el acceso a laboratorio en las clínicas que atienden pacientes beneficiarios del Programa.</p>
DA20	<p>A pesar de una buena adherencia a los tratamientos con medicamentos, se observó una baja adherencia a los planes de dieta y ejercicio en pacientes con DT2 e HTA.</p>	<p>Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i> Reforzar los grupos de autoayuda y explorar la posibilidad de incorporarlos como parte de la corresponsabilidad del Programa.</p>

DA21	Proporciones muy bajas (menos de 30%) de pacientes que informaron algún cambio en su tratamiento desde que inició su padecimiento para DT2 y HTA.	Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i> Además de reforzar los talleres entre los beneficiarios, agregar un plan serio de capacitación a los médicos y personal de salud para que el componente de calidad de atención se fortalezca.
------	---	--

ADULTOS MAYORES

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO18	Las mujeres presentan mayor cobertura y utilización de servicios de salud.	No aplica
FO19	No existen desigualdades en la cobertura de vacunación por estatus indígena. Hallazgo importante en materia de equidad social.	No aplica
FO20	No existen desigualdades en la cobertura de detección oportuna de cáncer cervicouterino por estatus indígena. Hallazgo importante en materia de equidad social.	No aplica

DEBILIDADES O AMENAZAS		
DA22	<p>Un porcentaje considerable de los adultos mayores presentan dependencia funcional (28.64%). La probabilidad de tener dependencia funcional es mayor en mujeres.</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Establecer estrategias, con perspectiva de género, para garantizar que estas personas reciban servicios de salud. Las visitas domiciliarias son una posible opción.</p> <p>Especificar en las reglas de operación del Programa, las actividades específicas que <i>Oportunidades</i> deberá instrumentar para garantizar que los servicios de salud sean accesibles a dichas personas.</p> <p>Investigaciones futuras deberán abordar esta problemática mediante estudios de casos y entrevistas a informantes.</p>
DA23	<p>Baja cobertura de vacunación (h. influenza 44%, neumonía 49%, tétanos 75%).</p>	<p>Recomendaciones al sector salud. Mejorar la disponibilidad y el acceso a las vacunas.</p> <p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Mejorar la información y la promoción de las vacunas.</p>

DA24	Baja cobertura en la detección oportuna de cáncer cervicouterino (34.93%).	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Mejorar la información y difusión sobre la importancia de la detección oportuna del cáncer cervicouterino.</p>
DA25	Baja cobertura de mamografía para la detección del cáncer de mama (7.3%).	<p>Recomendaciones al sector salud Mejorar la disponibilidad y el acceso a la mamografía.</p> <p>Se sugiere que mediante el análisis de información oficial se establezcan estrategias específicas para incrementar la oferta, con criterios explícitos de priorización.</p> <p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Mejorar la información y la difusión sobre la importancia de la mamografía para la detección oportuna del cáncer de mama.</p> <p>Documentar hasta qué punto las bajas coberturas se deben a la falta de disponibilidad del equipo adecuado (mamógrafos) o a otras barreras de acceso (aceptabilidad cultural, falta de información, etc.).</p>

DA26	Baja cobertura de detección de cáncer prostático en hombres que presentan sintomatología prostática (21.3%).	<p>Recomendaciones al sector salud Mejorar la información sobre sintomatología prostática con el uso de material audiovisual (videos) y la realización de pláticas con personal mejor capacitado. Innovar y evaluar campañas de promoción y difusión para la detección del cáncer prostático.</p>
DA27	Baja cobertura (43.74%) en el tratamiento del edentulismo (pérdida total de los dientes naturales). La probabilidad de estar cubierto es estadísticamente menor en personas indígenas.	<p>Recomendaciones al sector salud Mejorar la disponibilidad y el acceso al tratamiento del edentulismo.</p> <p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Analizar los principales motivos por los que los indígenas tienen menor cobertura para este indicador.</p>
DA28	La cobertura en salud visual es más baja en indígenas versus no indígenas.	<p>Recomendaciones al sector salud Mejorar la disponibilidad y el acceso al tratamiento de los trastornos visuales.</p> <p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar los principales motivos por los que las personas indígenas tienen menor cobertura.</p>

DA29	Baja utilización de salud bucal preventiva (12.23%)	Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Innovar y evaluar campañas de promoción y difusión para mejorar el uso dental preventivo.
------	---	---

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO21	Se encontró que, entre 2000 y 2007, la utilización de servicios preventivos se mantuvo relativamente constante. Esto puede ser evidencia de que las corresponsabilidades siguen teniendo un efecto positivo para motivar el uso de servicios. Es un logro importante respecto al cumplimiento de los objetivos del Programa.	No aplica
FO22	Se encontró que la población indígena beneficiaria de <i>Oportunidades</i> tiene una mayor probabilidad de usar este tipo de servicios que la población no indígena. Es un importante efecto respecto al acceso a servicios (probablemente preventivos) entre la población indígena.	No aplica
FO23	En clínicas calificadas con un nivel de calidad relativamente alto, la utilización de servicios ambulatorios es mayor. Éste es un resultado muy importante, que confirma la hipótesis de que los usuarios perciben y reaccionan frente a la calidad de los servicios haciendo mayor uso de los mismos.	Recomendaciones al sector salud Es de vital importancia hacer un esfuerzo para mejorar las condiciones estructurales básicas de las clínicas en medios rurales.

DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA30	Se encontró una disminución muy significativa en el uso de servicios públicos entre 2000 y 2007. En el documento se establece la hipótesis de que esto puede atribuirse a servicios curativos. De ser cierto, puede ser una señal de mejora de salud de la población beneficiaria. Sin embargo, esto no se refleja en el reporte de morbilidad, que se ha incrementado en el mismo periodo.	Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> 1. Es necesario verificar rigurosamente el cumplimiento de las corresponsabilidades en este sentido. 2. Es necesario investigar este aspecto a profundidad. Los efectos observados pueden ser positivos o negativos. Es imposible hacer un diagnóstico preciso con el análisis presentado en este documento, pero es un tema que puede investigarse en un documento específico.
DA31	Se encontró que la población femenina notifica una mayor prevalencia de morbilidad	Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Es necesario hacer énfasis en el cuidado de la salud de las mujeres. El sistema de incentivos puede mejorarse a este respecto.

Referencias

1. Grundy SM, Brewer HB Jr, Cleeman JI, Smith SC Jr, Lenfant C, American Heart Association, *et al.* Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation* 2004;109(3):433-438.
2. Fagard RH, Van den Enden M. Treatment and blood pressure control in isolated systolic hypertension diastolic hypertension in primary care. *J Hum Hypertens* 2003;17(10):681-687.
3. Stevens G, Dias RH, Thomas KJ, Rivera JA, Carvalho N, Barquera S, *et al.* Characterizing the epidemiological transition in Mexico: national and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. *PLoS Med* 2008;5(6):e125.
4. Ford ES, Li C. Metabolic syndrome and health-related quality of life among U.S. adults. *Ann Epidemiol* 2008;18(3):165-171.
5. Bojalil R. Understanding influences on the quality of care given to children by private doctors in Hidalgo, Mexico. London: University of London. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2002.
6. Rivera JA, Sotres-Alvarez D, Habicht JP, Shamah T, Villalpando S. Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progresá) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study. *JAMA* 2004;291:2563-2570.
7. Olaiz-Fernandez G, Rojas Martínez R, Palma-Coca O, Franco A. Componente de Oportunidades de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 Indicadores de salud. México: INSP, 2006. Accesible en la página de Oportunidades.
8. Gutiérrez JP, Leroy J, López R *et al.* Evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2007-2008. Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
9. Aparicio R. Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez. La situación demográfica de México. México, 2002.
10. Ageing – exploding the myths. Ageing and Health Programme (AHE). Geneva: WHO, 1999.
11. Gobierno de México. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano, para el ejercicio fiscal 2007. Disponible en: http://www.gob.mx/htmls/Reglas_de_Operacion_2007_%20LINKS_MAYO_9.pdf
12. Kirkwood T. In Ebrahim S, Kalache A, eds. Mechanisms of Ageing in Epidemiology in Old Age. London: BMJ Publishing Group, 1996:3
13. Lozano-Ascencio R, Frenk-Mora J, González-Block MA. El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. *Salud Publica Mex* 1996;38: 419-429.

Diez años de *Oportunidades* en zonas rurales: efectos sobre la utilización de servicios y el estado de salud de sus beneficiarios

I. Introducción

O*portunidades* es probablemente el programa de transferencias condicionadas de efectivo cuyos efectos en la salud, la nutrición y la educación de sus beneficiarios está mejor documentado en países de ingresos medios y bajos.^{1,2} Desde 1999, cuando fueron publicados los primeros resultados de la evaluación externa, el Programa Oportunidades se ha beneficiado de su componente de evaluación en, al menos, dos sentidos: primero, al proveer evidencia de que ha servido para justificar su impresionante expansión desde entonces y segundo, al permitir identificar aspectos débiles en su diseño e implementación que han sido mejorados como consecuencia. Durante esta década, *Oportunidades* ha tenido un crecimiento notable tanto en cobertura de beneficiarios, como en los beneficios que provee. A finales de 1999 la cobertura era de alrededor de 2.6 millones de familias, casi 40% de las familias que habitan el medio rural en más de 50 000 localidades de 31 estados de la República mexicana. En ese mismo año su presupuesto fue de casi 777 millones de pesos, lo que representaba el 0.2% del PIB de México.³ Para 2006, el Gobierno Federal asignó un presupuesto de 35 000 millones de pesos para garantizar la cobertura de 5 millones de familias, que representan a alrededor de 25 millones de beneficiarios.

Otra consecuencia importante de la evaluación de *Oportunidades* y de la difusión oportuna de sus resultados, fue la adopción de modelos similares de combate a la pobreza en Latinoamérica y el Caribe primero, y en Asia y África posteriormente. Por otro lado, *Oportunidades* fue probablemente el primer programa de su tipo que incluyó, desde su concepción misma, un componente de evaluación rigurosa. A los pocos años, esto se convirtió en la norma para una gran parte de los programas financiados con fondos internacionales y, a partir de 2001, para todos los programas financiados por el Gobierno mexicano. En años recientes se ha expandido considerablemente la cultura de la evaluación de programas sociales, situación en

la que *Oportunidades* desempeñó un papel importante al mostrar la factibilidad y los grandes beneficios resultantes de la puesta en marcha de una evaluación de este tipo.

A diez años de la implementación del Programa en México, existe la posibilidad de realizar una evaluación de largo plazo que, aunque no cuente ya con un diseño experimental, sí permite identificar la tendencia en el tiempo de los indicadores de salud más importantes entre la población beneficiaria y, más importante aún, distinguir las diferencias en dichas tendencias entre distintos grupos de beneficiarios. Es sabido que aun dentro del grupo poblacional relativamente homogéneo de beneficiarios de *Oportunidades* siguen existiendo diferencias en términos, por ejemplo, de su condición indígena, de su nivel de ingresos, del tamaño de la localidad en la que viven y de su grado de marginación, entre otras características. Por tanto, es de utilidad tomar en cuenta estas características para identificar grupos en los cuales se puede documentar una tendencia creciente (o decreciente) en los indicadores de interés. El objetivo de este análisis es documentar estas tendencias, distinguiendo y caracterizando la heterogeneidad observada en diferentes tipos de indicadores de utilización de servicios, de salud y de gasto en salud en diferentes grupos de población determinados por condición indígena, sexo y año de incorporación al Programa Oportunidades.

Por otro lado, una evaluación de largo plazo como ésta también puede identificar la heterogeneidad contemporánea entre diferentes grupos, en términos de sus estados de salud y la utilización que hacen de los servicios de salud. Para efectos del presente estudio se usa por primera vez la Encuesta de Evaluación de los Hogares (EnceH) 2007, mediante la cual se recolectó información detallada sobre aspectos de salud, utilización y calidad de los servicios que no habían sido medidos en el pasado, con un especial enfoque en la calidad de los servicios de salud y educación que reciben los beneficiarios del Programa. La información con la que se cuenta este año, permite hacer un diagnóstico de la salud de la población beneficiaria en dos sentidos: por un lado, mediante indicadores de salud que por primera vez se midieron y, por el otro, a través del papel que juega la calidad de los servicios como determinante de los niveles de salud y de utilización de servicios médicos entre la población beneficiaria. Finalmente, debido a que en 2007 se incluyeron por primera vez en la muestra de hogares encuestados localidades de los estados de Chiapas y Oaxaca y de cuatro estados de la zona norte del país,* podemos incluir en este diagnóstico hogares de regiones observadas por primera vez en el marco de la evaluación de *Oportunidades*.

La estructura de este documento sigue una lógica de línea de vida,[†] es decir, cada sección se enfoca en diferentes grupos de población de acuerdo con su edad y sexo, siguiendo un orden cronológico. Cada una de estas secciones se orienta, por lo tanto, a los problemas de salud más relevantes en el grupo de edad y sexo estudiado y analiza el estado de salud y la utilización de servicios de salud teniendo en cuenta los objetivos de *Oportunidades*. Las secciones del documento son las siguientes: i) salud reproductiva y planificación familiar entre las mujeres en edad reproductiva; ii) salud infantil entre los niños menores de dos años; iii) diagnóstico y prevalencia de enfermedades asociadas al síndrome metabólico, especialmente diabetes e hipertensión arterial y sus factores de riesgo en personas mayores de 18 años; iv) salud de los adultos mayores, y v) utilización de servicios y gasto en atención médica (ambulatoria y hospitalaria) entre toda la población. Vale la pena reiterar que todos los componentes del análisis hacen énfasis en identificar diferencias en sus indicadores específicos asociadas a la condición indígena, el sexo, el autorreporte de la pertenencia al Programa por hogar y el año de incorporación al Programa Oportunidades a nivel localidad de las diferentes poblaciones de estudio y a los niveles de calidad de los servicios de salud a los que tienen acceso los hogares en sus respectivas localidades.

En el primer apartado, que se refiere a salud reproductiva y planificación familiar, se analizaron los cambios en la utilización de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad reproductiva que viven en localidades beneficiarias de *Oportunidades*. Asimismo, se identificaron características asociadas a la decisión de no usar métodos anticonceptivos. Por otra parte, se analizó el efecto del Programa Oportunidades sobre el patrón de utilización de servicios prenatales y obstétricos. Finalmente, se indagó acerca de la calidad percibida de los servicios prenatales y obstétricos recibidos por mujeres beneficiarias de *Oportunidades*.

* Durango, Sinaloa, Nayarit y Aguascalientes.

† El término línea de vida hace referencia a las diferentes etapas que recorre un individuo durante su vida, además de ciertos eventos que ocurren a lo largo de ésta (por ejemplo el embarazo y la menopausia), poniendo especial interés en las principales causas de morbilidad y mortalidad de acuerdo con su grupo de edad y sexo.

En la sección de salud infantil se analizó la información sobre morbilidad infantil en los últimos 15 días y los síntomas manifestados. Se caracterizaron los patrones de búsqueda de atención médica y se identificaron las barreras y los facilitadores para dicha búsqueda, incluyendo conocimientos sobre la búsqueda de atención cuando los niños están enfermos con síntomas específicos y la percepción de la calidad del centro de salud en comparación con otros proveedores de servicios de salud, en términos del costo de transportación, el tiempo de espera y la calidez del servicio.

En la sección de síndrome metabólico (SM) se analizó información relacionada con las alteraciones o enfermedades asociadas a éste, específicamente hipertensión arterial sistémica (HTA), diabetes tipo 2 (DT2) e hiperlipidemia.* El SM es un conjunto de trastornos metabólicos, principalmente asociados a obesidad, que se asocian fuertemente con infarto y otros eventos cardiovasculares.⁴ Estas alteraciones son las causas de mayor morbi-mortalidad en los adultos mexicanos,^{5,6} con un enorme impacto en la calidad de vida y capacidades básicas de los individuos.⁷ Estas alteraciones son frecuentes no sólo en comunidades urbanas sino también en la población rural, donde el contexto de pobreza complica aún más el acceso a servicios de salud de calidad y la adherencia adecuada a las indicaciones terapéuticas.⁵ Además del control de estas enfermedades, la prevención y detección oportuna son dos importantes estrategias que pueden ayudar a controlar el desarrollo de estas enfermedades entre la población. En este análisis se evaluó el estado de salud de los adultos de la población beneficiaria de *Oportunidades* con estos diagnósticos y las actividades de detección oportuna entre la población de riesgo, así como los posibles factores que expliquen su heterogeneidad entre los diferentes grupos poblacionales de interés.

En la sección de adultos mayores (AM) se describen, por primera vez, las condiciones de salud de los AM que viven en hogares pertenecientes a las localidades incluidas en el diseño original de la muestra de evaluación de *Oportunidades*.[‡] Para esta evaluación se tomaron como referencia, principalmente, las reglas de operación del Programa *Oportunidades* en materia de prestación de servicios de salud para el grupo de AM, publicadas en 2007. Se abordaron temas relacionados con enfermedades crónicas y agudas y estilos de vida vinculados con la salud. Se indagó en especial lo referente a capacidad funcional y función cognitiva de los AM. Finalmente, se realizó un diagnóstico de la cobertura de intervenciones altamente efectivas que recibe este grupo.

En la última sección del documento se analiza la utilización de servicios ambulatorios de salud: preventivos y curativos, públicos y privados, en las últimas cuatro semanas, así como los gastos asociados a estos eventos. Se llevó a cabo este análisis para 2000, 2003 y 2007. La utilización de servicios hospitalarios en los últimos tres años, así como los gastos asociados, se analizó comparativamente entre 2003 y 2007. Para concluir, en esa sección también se analizó el autorreporte de morbilidad y estado general de salud en 2007.

II. Metodología

En cualquier evaluación de impacto de un programa social, el problema clave a resolver consiste en la identificación de un contrafactual adecuado. Es decir, la identificación de una situación en la cual es posible observar lo que sucedería con el grupo que está recibiendo el programa, en el caso en que no lo estuviera recibiendo. Como se sabe, el método considerado como estándar de oro para la creación del contrafactual, es el diseño experimental en el cual el programa es asignado de manera aleatoria a un subconjunto de hogares dentro de un conjunto de hogares elegibles. Los hogares que, por ende también de manera aleatoria, no reciben el programa, constituyen el contrafactual.

La evaluación del Programa *Oportunidades* que aquí se presenta no cuenta con un diseño experimental para atribuir el impacto del Programa sobre el grupo de indicadores que interesa analizar. El método empleado para identificar el efecto de *Oportunidades* sobre los hogares beneficiarios se basa en tres características de la muestra de hogares analizados. Por un lado, en el hecho de que se puede observar a los mismos hogares durante diferentes rondas de evaluación; esto aporta variabilidad temporal. En segundo lugar, en el hecho de que se puede identificar

* Hiperlipidemia se refiere al trastorno caracterizado por la elevación de lípidos o "grasas" incluyendo colesterol y triglicéridos entre otros tipos.

‡ Para la población general de AM beneficiarios de *Oportunidades*, el INSP llevó a cabo un diagnóstico sobre sus condiciones generales de vida en 2006. Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores del Programa *Oportunidades*. 2006. Reporte de Investigación, INSP-*Oportunidades*.

la antigüedad de los hogares en el Programa. Finalmente, en el hecho de que se puede identificar, mediante auto-reporte, si los hogares son beneficiarios o no del Programa.

IDENTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO: GRUPOS DE INCORPORACIÓN

Para poder hablar del efecto de *Oportunidades* sobre la salud de sus beneficiarios, es necesario contar con variabilidad en la asignación del mismo entre la muestra de hogares analizada. Bajo un diseño experimental, esta variabilidad tiene, comúnmente, dos características: primero, la asignación del Programa es aleatoria y segundo, sólo existen dos opciones: ser beneficiario o no serlo. En consideración a las características de la muestra de hogares de la Encel 2007, se propone un abordaje distinto. Dado que la asignación del Programa ya se ha hecho, al menos el ofrecimiento del mismo, en todas las localidades incluidas en la muestra, no es posible contar con una variable de tratamiento dicotómica (beneficiario vs. no beneficiario) generada de manera aleatoria. Sí existe, sin embargo, otro tipo de variabilidad: la antigüedad de los hogares como beneficiarios de *Oportunidades*. Bajo el supuesto de que los efectos del Programa cambian en el tiempo, ya sea acumulándose o bien atenuándose, una variable que identifique de manera adecuada diferentes grupos de hogares, con base en la fecha en que fueron incorporados al Programa, se puede esperar que muestre efectos diferenciados sobre los indicadores de interés que sea apropiado atribuir a *Oportunidades*.

Los grupos de hogares que se distinguieron para comparar están determinados por el año de su incorporación al Programa *Oportunidades*. Por un lado, está el grupo de hogares que recibieron el Programa desde su inicio, en 1998. En segundo lugar, se encuentran los hogares que recibieron el Programa dos años después, en 2000. Ambos grupos de hogares constituyen la muestra original de evaluación de impacto de *Oportunidades* en la que los primeros fueron el grupo tratamiento y los segundos el grupo control. En este sentido, se sabe que estos grupos eran comparables en la línea basal en 1997. En tercer lugar, está el grupo de hogares incorporados al Programa en 2003. Este grupo constituyó el nuevo grupo de comparación, una vez que los controles originales fueron incorporados en 2000. La forma en que se identificaron estos hogares fue cuasi-experimental, mediante una aproximación de “pareo” (propensity score matching), que toma en cuenta características observables de los hogares para encontrar un grupo contrafactual adecuado. En este sentido, el grupo 2003 constituyó, en su momento, un comparador adecuado para los hogares beneficiarios que llevaban ya dos años recibiendo los beneficios del Programa. Por esta razón, el grupo 2003 no es un grupo de comparación ideal para los otros dos grupos (1998 y 2000), ya que no se puede garantizar su perfecta comparabilidad con ellos en la línea basal,* sin embargo sí constituye una segunda mejor alternativa adecuada si, al interpretar los resultados, se toma en cuenta la forma en que este grupo fue seleccionado.

A pesar de no contar con un diseño experimental para identificar el impacto de *Oportunidades*, se considera que este análisis es relevante por varios motivos. En primer lugar, permite identificar la tendencia de diversas variables de interés, entre los grupos de hogares, para identificar cambios en el impacto del Programa en el tiempo. Es decir, es posible responder de una manera confiable a la pregunta relacionada con la duración de los efectos de *Oportunidades*. En segundo lugar, es posible identificar patrones distintos en estas tendencias, entre diferentes grupos demográficos. En este documento se presta particular interés a los indígenas y las mujeres. En tercer lugar, se puede abordar la pregunta relacionada con la acumulación de impacto del Programa *Oportunidades*.

Se construyó la variable de grupo de incorporación con base en la entidad federativa y la localidad a la que los hogares pertenecían en 2003. El tipo de localidad puede ser: 1) tratamiento en el año 1998, 2) tratamiento en 2000, y 3) control en 2003. Esta información se obtuvo de la base socioeconómica rural de la Encel 2003. La utilización de esta variable tiene dos implicaciones importantes: primero, esta variable identifica la antigüedad de los hogares por localidad, es decir, identifica el ofrecimiento del Programa o la intención de otorgar sus beneficios a los hogares y no necesariamente la incorporación real. En la medida en que la tasa de aceptación e incorporación sea alta en las localidades, como se sabe que es el caso en las localidades rurales, los resultados de este análisis de la intención de tratamiento (o *intention*

* De hecho es probable que el grupo 2003 esté formado por hogares que eran menos pobres en 1997 que los hogares de los otros dos grupos, dado que se seleccionaron para ser comparables por sus características observables en 2000, es decir después de que el grupo de tratamiento original hubiera recibido los beneficios del Programa por dos años.

to treat, como se denomina) se acercan más a los resultados de un análisis de efecto sobre los hogares tratados (o *treatment on the treated*). Segundo, no se cuenta con esta variable para las localidades no incluidas en la muestra de la Encel 2003; por tanto, no es posible usarla para los hogares que pertenecen a las localidades de Chiapas, Oaxaca y los estados del norte. En el cuadro 1 se presenta la distribución de la muestra de hogares de la Encel 2007 respecto a los grupos de incorporación y los estados de reciente incorporación en la muestra.

IDENTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO: AUTORREPORTE DE SER BENEFICIARIOS EN 2007

Una forma alternativa en que se puede observar variabilidad en la asignación del Programa Oportunidades sobre los hogares incluidos en la muestra de la Encel 2007, proviene del autorreporte de los hogares respecto a si reciben o no sus beneficios. Esta variable tiene la ventaja de ser a nivel de hogar, es decir, permite hacer un análisis de efecto sobre los hogares tratados. Una ventaja adicional es que se cuenta con esta variable para todos los hogares incluidos en la Encel 2007, incluyendo aquellos situados en Chiapas, Oaxaca y el norte.

Sin embargo, esta variable tiene también algunas desventajas. Por un lado, a diferencia del diseño experimental, en este caso los hogares beneficiarios no lo son como resultado de un proceso aleatorio, sino como resultado de su decisión de incorporarse. Esto limita sustancialmente la capacidad para identificar rigurosamente el impacto de *Oportunidades* sobre los indicadores de interés. Por otro lado, se trata de una variable autorreportada, lo cual puede introducir sesgos debidos a que los hogares que deciden reportar erróneamente pueden ser sistemáticamente distintos a los que deciden no hacerlo, especialmente distintos en características relacionadas con su salud y utilización de servicios médicos.

No obstante, se optó por usar esta variable de autorreporte de incorporación para comparar los resultados obtenidos a partir de ella, con aquellos obtenidos a partir de la variable de grupos de incorporación. Así, en la medida en que los resultados se obtuvieron mediante estos dos tipos de análisis, es como reportaron en el documento. Aproximadamente 95% (41 627) de los hogares encuestados en la Encel 2007 respondieron esta pregunta. En el cuadro 2 se muestra la distribución de los hogares respecto a estas dos variables de identificación del tratamiento: grupos de incorporación y autorreporte de incorporación.

GRUPO DE INCORPORACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CUADRO 1 Distribución de hogares por tipo de grupo
Año 1998	15 049	34.17	
Año 2000	10 321	23.44	
Año 2003	6 375	14.48	
Chiapas o Oaxaca	10 997	24.97	
Norte*	1 294	2.94	
Total	44 036	100.00	

* Durango, Sinaloa, Nayarit y Aguascalientes

GRUPOS DE INCORPORACIÓN	AUTORREPORTE DE INCORPORACIÓN			CUADRO 2 Distribución de los hogares en la Encel 2007 respecto de las variables de identificación del tratamiento
	SÍ	NO	TOTAL	
Año 1998	9 919	4 202	14 121	
Año 2000	6 783	2 924	9 707	
Año 2003	3 521	2 387	5 908	
Chiapas o Oaxaca	7 761	2 851	10 612	
Norte*	1 122	157	1 279	
Total	29 106	12 521	41 627	

* Durango, Sinaloa, Nayarit y Aguascalientes

INDICADOR DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

Con el propósito de establecer un criterio de estratificación de los hogares que permita controlar en los modelos multivariados por alguna variable proxy de nivel socioeconómico, se construyó un índice de activos. Este es el principal indicador de riqueza por hogar y está conformado por el primer factor de un análisis de componentes principales.⁸

El indicador propuesto incluye información sobre las condiciones de infraestructura y posesión de activos en el hogar. Las variables incluidas en dicho índice (dicotómicas todas; sí = 1 y no = 0) incluyen: el material usado en la construcción de techos, paredes y pisos; la existencia de servicios de agua entubada al interior del hogar, servicio eléctrico; y la posesión de activos como estufa, refrigerador, televisores, equipos de sonido, teléfono, lavadora, horno, computadoras, etc., todos los cuales se pueden adquirir en forma privada. A fin de diferenciar el impacto de este indicador sobre los indicadores analizados, se incluyó en terciles. En los cuadros 3, 4 y 5 se muestra la distribución de este indicador tanto por grupo de incorporación al Programa (local y autorreportado), como por condición étnica.

CUADRO 3

Distribución porcentual de los hogares de la Encel 2007 por grupo de incorporación y tercil de índice socioeconómico		GRUPO DE INCORPORACIÓN				
		AÑO 1998	AÑO 2000	AÑO 2003	CHIS U OAX	NORTE
TERCIL						
1		36.7	34.4	25.3	36.6	20.6
2		33.1	32.3	32.3	34.4	35.2
3		30.2	33.2	42.5	29.0	44.3
N		15 049	10 321	6 375	10 997	1 294

CUADRO 4

Distribución porcentual de los individuos de la Encel 2007 por condición étnica y tercil de índice socioeconómico		CONDICIÓN ÉTNICA		GÉNERO	
		NO INDÍGENA	INDÍGENA	FEMENINO	MASCULINO
TERCIL					
1		24.5	60.3	35.2	35.2
2		35.1	28.3	33.2	33.2
3		40.4	11.4	31.5	31.6
N		174 431	76 664	126 812	122 082

CUADRO 5

Distribución porcentual del número de individuos de la Encel 2007 por condición de incorporación (autorreporte) y tercil de índice socioeconómico		INCORPORADO		
		SÍ	NO	NO SABE
TERCIL				
1		36.6	29.6	14.0
2		34.2	29.5	59.9
3		29.2	40.8	26.1
N		170 047	68 539	7 437

ABORDAJE DE LÍNEA DE VIDA

Cada apartado en la sección de resultados del reporte aborda, en la medida de lo posible, los siguientes temas:* utilización de servicios, morbilidad y barreras para la utilización de servicios. Como ya se mencionó, la estructura de la sección de resultados refleja una perspectiva analítica que se enfoca en diferentes fases de la vida de los individuos en apartados independientes. En cada apartado se analizaron grupos demográficos específicos y se abordaron los principales temas de salud relevantes para dicho grupo. Específicamente, los apartados de la sección de resultados y los grupos analizados en cada uno de ellos son los siguientes:

1. Salud reproductiva y planificación familiar. Mujeres en edades reproductivas, es decir de 15 a 49 años.
2. Salud infantil. Niños menores de dos años.
3. Síndrome metabólico. Hombres y mujeres mayores de 18 años y, en una subsección, mujeres mayores de 40 años.
4. Salud de los adultos mayores. Hombres y mujeres mayores de 65 años.
5. Uso de servicios y gasto en atención médica. Población en general.

En todas las secciones se ha puesto especial interés en distinguir el estado de salud, la utilización de servicios y las barreras para la utilización, entre dos grupos de población: hombres vs. mujeres e indígenas vs. no indígenas.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como se ha mencionado, un aspecto importante a investigar en este informe es el papel que juega la calidad de los servicios de salud sobre su utilización y sobre la salud de los beneficiarios de *Oportunidades*. En 2007 la Encel, por primera vez, incluyó un componente enfocado a medir la calidad de los servicios de salud y educación a los que tienen acceso los beneficiarios del Programa. Mediante esta información se ha generado una variable que mide, por localidad, la calidad estructural en estos centros de salud.⁹

El indicador de calidad se contruyó mediante análisis factorial, reteniendo el primer factor a partir de las variables de porcentaje de áreas, insumos, equipos, medicamentos y servicios que se proporcionan (comparando contra lo que deberían tener o proporcionar, según el tipo de unidad). El indicador mide la calidad en un nivel general, es decir, no se enfoca en aspectos específicos relacionados con la salud reproductiva, infantil o de los adultos mayores. Este índice de calidad está dividido en categorías que permiten discriminar unidades de baja calidad, calidad media (media baja y media alta), y de alta calidad. En todos los casos el índice se refiere a niveles de calidad relativa, es decir, con relación a las clínicas incluidas en la muestra. El cuadro 6 se presenta la distribución del índice general de estructura.

CATEGORÍA	NÚMERO DE LOCALIDADES	PORCENTAJE	CUADRO 6 Distribución del índice de calidad estructural de los centros de salud
Baja	63	10.31	
Media baja	199	32.57	
Media alta	291	47.63	
Alta	47	7.69	
Valores perdidos	11	1.80	
Total	611	100.00	

* No en todas las secciones del cuestionario se hicieron necesariamente preguntas sobre estos tres temas.

ANÁLISIS

Para efectos del presente análisis se emplearon dos tipos de acercamientos para determinar la correlación entre la presencia de *Oportunidades* y los niveles observados en las variables de interés:

1. *Análisis multivariado*. Se realizó usando únicamente la Encel 2007. El objetivo es presentar un análisis de los factores correlacionados con el estado de salud, utilización de servicios y las barreras para usarlos, entre la población beneficiaria de *Oportunidades*. Un objetivo importante de este análisis es identificar diferencias entre dos tipos de características individuales: sexo y condición étnica. El modelo general empleado para este análisis es el siguiente:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 I + \beta_2 H + \beta_3 L + \beta_4 C + \beta_5 O + \beta_6 Op + \epsilon$$

en donde I es un vector de características por individuo: edad, sexo, educación, etc.; H es un vector de características del hogar: composición demográfica, condición indígena* y nivel socioeconómico; L es un vector de características de la localidad: existencia de servicios, precios de servicios específicos; C es un índice de calidad de los servicios de salud por clínica; O es un vector de características que es importante controlar para el resultado específico, y Op es la variable de identificación del tratamiento (grupos de incorporación o autorreporte de ser o no beneficiario).

Si bien en todas las secciones de los resultados se aplicó este modelo general, en todas se adecuó este modelo general para aplicar la mejor estrategia posible de análisis y, por tanto, ninguna de las secciones usa exactamente la misma versión del modelo.

2. *Análisis descriptivo de trayectorias*. Para este análisis se utilizaron diferentes rondas de la Encel. El objetivo es mostrar las trayectorias en el tiempo de diferentes variables de interés en cada tema, así como la heterogeneidad en estas trayectorias determinadas por el Programa (grupos de incorporación) y las determinadas por características individuales: hombres respecto a mujeres, indígenas respecto a no indígenas. Es importante aclarar que no se trata de un análisis longitudinal propiamente dicho, debido sobre todo a dos hechos: por un lado existen secciones en las que un análisis de este tipo carecería de sentido debido a que la probabilidad de que los eventos de interés se repitan continuamente en periodos de pocos años es baja; dos ejemplos de lo anterior son los resultados relacionados con los embarazos y las hospitalizaciones. Por otro lado, únicamente es posible identificar a los mismos individuos entre las distintas rondas de la Encel 2003 y 2007.‡ Para cualquier ronda anterior, únicamente es posible identificar a los hogares. Por tanto, el análisis presentado en esta sección se refiere a las diferencias en los promedios de las variables de interés, entre las diferentes rondas de evaluación del 2000 al 2007. Debido a que este análisis necesariamente se debe restringir a indicadores que se han medido de la misma manera a través de las diferentes encuestas, sólo fue posible incluirlo en las secciones de salud reproductiva y utilización de servicios de salud.

RESUMEN DE LOS MÉTODOS ESPECÍFICOS USADOS EN CADA SECCIÓN DE RESULTADOS

Con el objeto de facilitar la lectura del documento, en esta sección se han incluido una serie de cuadros que presentan, de manera sintética, los métodos usados en cada sección de los resultados. Cada cuadro presenta la muestra utilizada para los análisis, el tipo de análisis que se aplicó, las bases de datos de donde provienen los datos incluidos en el análisis y los indicadores de interés.

* Definimos como indígenas a aquéllos hogares que reportaron que el jefe o la jefa del hogar hablan una lengua indígena.

‡ Como se sabe, la Encel es la encuesta de evaluación que realiza levantamientos de información para los hogares, existen siete rondas que fueron realizadas en los años 1998, 1999, 2000, 2003 y 2007.

POBLACIÓN	TIPO DE ANÁLISIS	BASES USADAS	VARIABLES DE RESULTADO
Mujeres 15-49 años	Análisis descriptivo longitudinal	Encel 1998, 2003, 2007	<ol style="list-style-type: none"> Utilización o no utilización de métodos anticonceptivos. Tipo de métodos anticonceptivos utilizados. Principales razones de no utilización. <p>Como función de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mujeres casadas o unidas que informan haber tenido al menos un hijo. El grupo de edad al que pertenecen las mujeres (15-19, 20-24, 25-34 y 35-49). Grupos de incorporación a <i>Oportunidades</i> (1998, 2000, 2003).
Mujeres 15-49 años	Multivariado	Encel 2007	<ol style="list-style-type: none"> Asistencia a consulta prenatal con un médico/enfermera vs. partera. Número de visitas prenatales. Problemas de salud durante el embarazo. Intervenciones de salud durante la atención prenatal. Identificación de complicaciones de salud durante el embarazo (signos de alarma). Acceso a medicamentos y suplementos alimenticios. Atención del parto por un médico/enfermera vs. una partera. Lugar de atención del parto. Complicaciones de salud durante el parto. <p>Como función de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Grupos de incorporación a <i>Oportunidades</i>* (1998, 2000, 2003). Condición indígena. Calidad de los servicios. Otras variables de control para mejorar el modelo.

CUADRO 7
Metodología específica del análisis de salud reproductiva

* También se empleó la variable de autorreporte de ser beneficiario del Programa en 2007.

POBLACIÓN	TIPO DE ANÁLISIS	BASES USADAS	VARIABLES DE RESULTADO
Niños 0-24 meses	Multivariado	Encel 2007	<ol style="list-style-type: none"> Morbilidad en las últimas dos semanas. Búsqueda hipotética en caso de una enfermedad severa. Búsqueda de atención real.* <p>Como función de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Grupos de incorporación a <i>Oportunidades</i> (1998, 2000, 2003). Condición indígena. Calidad de los servicios. Otras variables de control para mejorar el modelo.
Niños 0-24 meses	Multivariado	Encel 2007	<ol style="list-style-type: none"> Morbilidad en las últimas dos semanas. Búsqueda hipotética en caso de una enfermedad severa. Búsqueda de atención real.* <p>Como función de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Grupos de incorporación a <i>Oportunidades</i> (1998, 2000, 2003). Condición indígena. Calidad de los servicios. Otras variables de control para mejorar el modelo.

CUADRO 8
Metodología específica del análisis de salud infantil

* Como variable independiente se incluyó también la severidad de la enfermedad percibida por la madre.

CUADRO 9
Metodología específica
para el análisis de
síndrome metabólico

POBLACIÓN	TIPO DE ANÁLISIS	BASES USADAS	VARIABLES DE RESULTADO
Adultos de 18 años o más	Multivariado	Encel 2007	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevalencia de autorreporte de diagnósticos de hipertensión arterial sistémica (HTA), diabetes mellitus (DT2) e hiperlipidemia (altos niveles colesterol o triglicéridos en sangre). 2. Proporción de reporte de toma de presión arterial y de examen de glucosa para la detección temprana de este tipo de enfermedades. <p>Como función de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grupos de incorporación a <i>Oportunidades</i> (1998, 2000, 2003). 2. Condición indígena. 3. Calidad de los servicios. 4. Otras variables de control. <p>Modelos separados para las muestras de Oaxaca - Chiapas y las localidad del Norte.</p>
Jefas de hogar con diagnóstico de enfermedades asociadas al síndrome metabólico (HTA y DT2) y mujeres de 40 años sin diagnóstico	Multivariado	Encel 2007	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descontrol hipertensivo (presión sistólica ≥ 140 mmHg o presión diastólica ≥ 90 mmHg) en mujeres con el diagnóstico previo de hipertensión arterial sistémica. 2. Probable hipertensión arterial NO diagnosticada: mujeres con presión sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg y SIN diagnóstico previo de HTA / mujeres sin diagnóstico previo de HTA). 3. Descontrol metabólico (2 puntos de corte de hemoglobina glucosilada: HbA1c ≥ 7 y HbA1c ≥ 12) sobre mujeres CON diagnóstico previo de diabetes. 4. Probable diabetes NO diagnosticada: mujeres con HbA1c ≥ 7. 5. Variables del proceso de calidad de atención. <p>Como función de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grupos de incorporación a <i>Oportunidades</i> (1998, 2000, 2003). 2. Condición indígena. 3. Calidad de los servicios. 4. Otras variables de control.

CUADRO 10
Metodología específica
utilizada para el análisis
de adultos mayores

POBLACIÓN	TIPO DE ANÁLISIS	BASES USADAS	VARIABLES DE RESULTADO
Adultos mayores de 65 años o más	Multivariado	Encel 2007. Índice de marginación por localidad correspondiente al 2005 (CONAPO)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporción de AM que han fumado más de 100 cigarrillos y que fuman actualmente. 2. Autopercepción del estado de salud. 3. Estado de salud comparado con el de otra persona de su misma edad. 4. Proporción de autorreporte de artritis, incontinencia urinaria, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, pérdida de 16 o más piezas dentarias y cinco o más síntomas depresivos. 5. Afectación de las actividades de la vida diaria. 6. Afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria. 7. Dependencia funcional. 8. Cobertura de edentulismo. 9. Cobertura en salud visual. 10. Cobertura para la detección de cáncer de próstata (en pacientes sintomáticos). 11. Cobertura de la vacuna contra el tétanos. 12. Cobertura de la vacuna contra la neumonía. 13. Cobertura de la vacuna contra <i>H. Influenza</i>. 14. Cobertura de la prueba para la detección de cáncer de mama (mamografía.) 15. Cobertura de la prueba para la detección de cáncer cervicouterino (Papanicolaou). 16. Cobertura preventiva de salud bucal. 17. Revisión visual preventiva. <p>Como función de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grupos de incorporación a <i>Oportunidades</i>* (1998, 2000, 2003). 2. Condición indígena. 3. Sexo. 4. Calidad de los servicios. 5. Otras variables de control para mejorar el modelo.

* También se empleó la variable de autorreporte de ser beneficiario del Programa en 2007.

POBLACIÓN	TIPO DE ANÁLISIS	BASES USADAS	VARIABLES DE RESULTADO
Hombres y mujeres en los siguientes rango de edad: 0-6, 7-17, 18-49 y 50 o más	Análisis longitudinal descriptivo	Encel 2000 marzo, 2003, 2007. Índice de marginación por localidad correspondiente al 2005 (Conapo)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilización servicios ambulatorios públicos. 2. Utilización servicios ambulatorios en general. 3. Morbilidad. 4. Inactividad. 5. Intensidad de utilización (ocasiones en que se acudió a atenderse en general). 6. Gasto en hospitalización (en pesos constantes al 2007). 7. Gasto en consulta ambulatoria (en pesos constantes al 2007). 8. Atención preventiva. <p>Como función de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad. 2. Condición indígena. 3. Grupos de incorporación a <i>Oportunidades</i>* (1998, 2000, 2003).

*También se empleó la variable de autorreporte de ser beneficiario del Programa en 2007.

CUADRO 11
Metodología específica utilizada para el análisis de utilización de servicios

III. Resultados

SALUD REPRODUCTIVA

Cambios en la utilización de métodos anticonceptivos entre las mujeres beneficiarias de *Oportunidades*

Para el análisis descriptivo de uso de métodos anticonceptivos se utilizó información de las Encel 1998, 2003 y 2007. Para cada año se empleó una muestra de mujeres en edad reproductiva unidas o casadas que notificaron haber tenido, al menos, un hijo. Se dividió la muestra en cuatro grupos de edad: 15 a 19, 20 a 24, 25 a 34 y 35 a 49 años.

Al comparar los tres años se encontró que 36% de las mujeres en edad reproductiva informaron haber usado algún método anticonceptivo en 1998, 42% en 2003 y 57% en 2007. El aumento en la proporción de mujeres que usan métodos anticonceptivos fue mayor entre aquellas que informaron tener, al menos, un hijo, cuya proporción fue de 37, 54, y 56% en 1998, 2003 y 2007, respectivamente. Entre mujeres casadas o unidas con al menos un hijo, el cambio más relevante se observa en el grupo de jóvenes de 15 a 19 años. En este grupo se detectó que la proporción de usuarias de métodos anticonceptivos ha aumentado con el tiempo: 33% en 1998, 54% en 2003 y 70% en 2007.

En cuanto a los tipos de anticonceptivos utilizados por las mujeres, se compararon los cambios en la distribución de los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres usuarias únicamente de los años de 2003 y 2007. Entre las mujeres más jóvenes (15 a 19 años y 20 a 24 años) el dispositivo intrauterino es el método más usado en ambos años. El segundo y tercer tipos de métodos más utilizados en este rango de edad, en ambos años, son las inyecciones y el condón. Menos de 5% de las mujeres en los grupos de 15 a 19 años y de 20 a 24 años en 2007 mencionaron utilizar el ritmo o retiro como método anticonceptivo (figura 1).

En el grupo de mujeres de 25 a 34 años los métodos más frecuentemente utilizados en 2003 fueron el condón, las inyecciones y el dispositivo, mientras que en 2007 en orden descendente fueron el método definitivo, el dispositivo y las inyecciones. El método más utilizado en el grupo de mujeres de 35 a 49 para ambos años (2003 y 2007) fue el método definitivo (figura 2). Adicionalmente cabe mencionar que el método de ritmo o retiro fue poco usado en todos los grupos de edad en 2007.

En 1998 las principales razones para no usar métodos anticonceptivos que notificaron las mujeres casadas o unidas de la mayor parte de los grupos de edad fueron: en primer lugar, el deseo de tener más hijos; en segundo

lugar, la falta de conocimiento de los métodos y, en tercer lugar, el hecho de estar dando pecho. Para los años 2003 y 2007 las razones fueron: primero, la separación o viudez; segundo, la ausencia temporal de la pareja y tercero, el hecho de estar embarazada (anexo A).

ATENCIÓN PRENATAL

En esta sección se presenta un análisis de corte transversal de la utilización de servicios prenatales de 5 930 mujeres en edad reproductiva con niños menores de dos años, que respondieron preguntas sobre su experiencia en la atención prenatal durante su último embarazo, con datos recolectados en la Encel 2007. Los resultados descriptivos de esta

FIGURA 1
Distribución de utilización de tipos de métodos anticonceptivos por grupo de edad

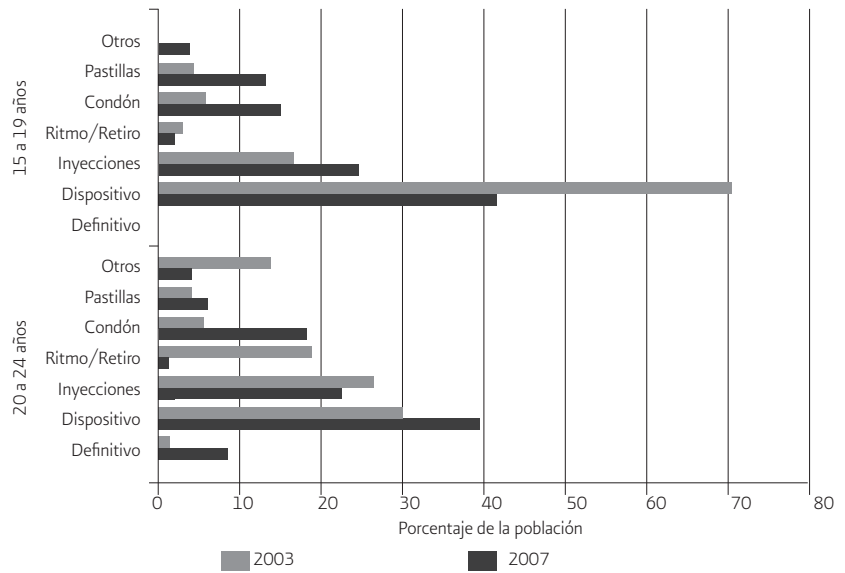
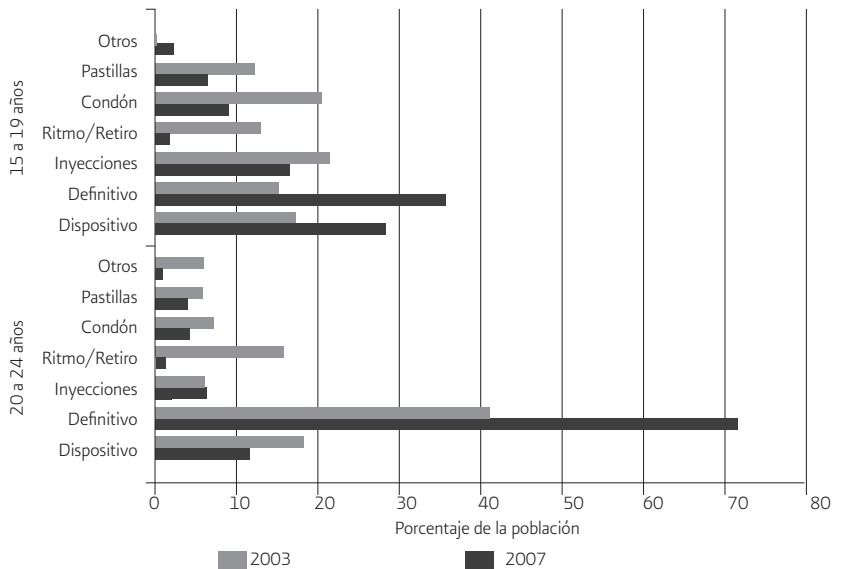


FIGURA 2
Distribución de utilización de tipos de métodos anticonceptivos por grupos de edad



muestra revelan que 98.2% de las mujeres dijeron recordar que sus visitas fueron programadas mediante el carnet prenatal. Sin embargo, al cuestionarlas sobre la utilización del carnet para el seguimiento del embarazo, la proporción de mujeres que mencionó haberlo usado bajó a 75%. De las mujeres que mencionaron haber asistido a visitas prenatales durante su último embarazo, 75% refirieron que no pagaron por su consulta prenatal y, de éstas, 95% señalaron haber acudido al sector público (SSA, IMSS-*Oportunidades* y otras instituciones del sector público).

De las mujeres no indígenas 95.5% recordaron haber sido atendidas por un médico o enfermera durante sus visitas prenatales; entre las mujeres indígenas este porcentaje fue de 91.1%. Del total de mujeres, 36% señalaron que alguien más las revisó durante el cuidado prenatal además del primer proveedor de salud; en 48% de dichos casos el proveedor de salud adicional fue una partera. En 61% de las mujeres indígenas, el proveedor de salud adicional fue la partera y 31% el médico. Por su parte, entre las mujeres no indígenas, 48% acudieron con la partera como segunda opción de proveedor y 45% con el médico.

El patrón de utilización de servicios para la atención prenatal es ligeramente distinto entre mujeres indígenas y no indígenas. En ambos casos, alrededor de 58% mencionaron haber acudido a consulta prenatal en centros de salud de la Secretaría de Salud (SSA). La segunda opción entre mujeres no indígenas fue la asistencia a consultorios u hospitales privados (11.2%), seguida de la asistencia a clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (8.9%) e IMSS-*Oportunidades* (7.9%). Entre las mujeres de origen indígena, la segunda, tercera y cuarta opciones fueron las clínicas u hospitales del IMSS (11.0%), la auxiliar de salud de la SSA (10.4%) e IMSS-*Oportunidades* (8.9%). Cabe mencionar que es posible que la distribución de los lugares de asistencia esté sesgada por el auto-reporte de las mujeres, ya que no se tiene la certeza de que las mujeres distingan claramente la diferencia entre los servicios otorgados por la SSA y por IMSS-*Oportunidades*.

En el análisis descriptivo sobre la proporción de las mujeres que mencionaron haber elegido como principal proveedor de salud para la atención prenatal a médicos o enfermeras, no se observaron diferencias significativas entre mujeres indígenas y no indígenas. En ambos casos la proporción de las mujeres que visitaron algún médico o enfermera durante la atención prenatal es de alrededor de 90%. Sin embargo, la proporción que mencionó atenderse con una partera más frecuentemente (como una opción alternativa de atención) es mayor entre mujeres indígenas (5.4%) que entre no indígenas (3.4%). En general, el promedio de consultas prenatales fue de seis visitas (desviación estándar igual a 3). Empero, al comparar los promedios de número de visitas prenatales entre mujeres indígenas y no indígenas se encontró que existía casi una visita de diferencia favoreciendo a las mujeres no indígenas, diferencia que es estadísticamente significativa.

Para el análisis multivariado de los principales determinantes de utilización de consultas prenatales, se empleó un modelo Poisson cuyos errores estándar fueron ajustados con conglomerados por localidad para corregir la potencial correlación dentro de cada localidad debido a la presencia de mujeres con características similares. Los datos usados provienen de la Encel 2007. Las covariables que se incluyeron en el modelo son características individuales de la mujer, como edad y edad al cuadrado (para modelar el hecho de que la utilización de este tipo de servicios decrece con la edad), variables dicotómicas que indican el estado marital (igual a uno si la mujer informa estar unida o casada) y condición laboral (igual a uno si la mujer indica haber estado trabajando en la última semana) y tres variables dicotómicas que indican el nivel de educación. Se incluyó también una variable dicotómica que señala la presencia de alguna complicación de salud durante el embarazo. A estas variables se agregaron características del hogar que denotan condición indígena y acceso a algún tipo de aseguramiento (IMSS, ISSSTE, etc. y Seguro Popular). Además, se incluyó una variable que mide el índice de bienes (o disponibilidad de bienes) del hogar como aproximación al bienestar familiar; de esta forma, aquellas familias con menor acumulación de bienes se ubican en la categoría de índice de bienes tercil uno. Además, se agregó al modelo una variable dicotómica, por familia, de autorreporte de incorporación a *Oportunidades* y un grupo de variables que indican el período de incorporación al Programa (1998, 2000 y 2003). En el primer caso, se espera que las mujeres que señalan pertenecer al Programa presenten una mayor intensidad de utilización de los servicios prenatales. En el segundo caso, se asume que las mujeres con mayor tiempo en *Oportunidades*, dado que han estado más expuestas a información de programas de prevención reproductiva, tienen mayor disposición a la utilización de servicios reproductivos en unidades de salud formales. Adicionalmente se incluyó una variable categórica que indica la calidad estructural de la clínica, es decir,

la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud por clínica a la que tienen acceso las mujeres como beneficiarias de *Oportunidades*.

Los resultados del modelo Poisson ajustado para el número de visitas prenatales en 2007 se presentan en el cuadro 12. Las mujeres unidas o casadas y con mayor educación usan con mayor intensidad los servicios prenatales. La existencia de una complicación en el embarazo tiene un efecto positivo y significativo en la frecuencia de utilización de los servicios prenatales. El mismo efecto se observa para las mujeres con seguridad social. En contraste, las indígenas utilizan con menor frecuencia los servicios prenatales en comparación a las no indígenas. Por último, las mujeres que informaron ser beneficiarias de *Oportunidades* utilizan con mayor intensidad los servicios de salud. No se encontraron efectos estadísticamente significativos en la variable de calidad que indica disponibilidad de recursos médicos por localidad. Adicionalmente no se encontraron efectos estadísticamente significativos en el período de incorporación a *Oportunidades* (1998, 2000 y 2003) en este modelo, lo que indica que la antigüedad en el Programa no se asocia con una mayor utilización de servicios prenatales.

Los problemas de salud que las mujeres mencionaron con mayor frecuencia tener durante su último embarazo fueron dolor de cabeza (32%) y presión alta (19%), seguidos por la presencia de infecciones (17%), la amenaza de aborto (16%), el aumento excesivo de peso (14%) y la anemia (12%) (anexo A). Respecto a los procedimientos que mencionaron las mujeres les fueron realizados con mayor frecuencia durante la atención prenatal, están los siguientes: toma de peso (98%), presión arterial (97%) y medición del útero (85.6%). El segundo grupo de intervenciones son las pruebas de orina (70%) y de sangre (68.3%). Cabe mencionar que la proporción de mujeres que dijeron recordar haber recibido el resultado de su grupo sanguíneo fue de 49% entre mujeres no indígenas y apenas de 30% entre mujeres indígenas; dichas diferencias resultaron estadísticamente significativas (anexo A). El grupo de intervenciones de menor frecuencia fueron la exploración de mamas (31%) y la prueba de sífilis (13.1%). La realización de, al menos, un ultrasonido durante el embarazo fue de alrededor de 30%.

Con respecto a la identificación de signos de alarma durante el embarazo, la mayor parte de las mujeres mencionaron haber tenido información de parte de los médicos y enfermeras sobre signos de alarma en general. Por otro lado, el porcentaje de mujeres que recuerdan haber sido advertidas sobre signos de alarma específicos durante su último embarazo es considerablemente bajo.* En general, la proporción de mujeres que recuerdan haber recibido indicaciones de signos de alarma específicos es muy bajo. Entre las que recuerdan haber recibido indicaciones de signos de alarma, 21% de mujeres indígenas y 18.9% de no indígenas señalaron haber sido aconsejadas sobre a dónde acudir en caso de sufrir maltrato físico durante el embarazo. Apenas 53.5% de mujeres indígenas y 60.9% de mujeres no indígenas fueron advertidas sobre hinchazón de piernas; 58.9 y 62.5%, respectivamente, sobre dolores de cabeza; 53.9% de las mujeres indígenas y 64.4% de las mujeres no indígenas señalan haber sido advertidas sobre sangrado vaginal; 63.4% de las indígenas y 71.5% de las no indígenas fueron informadas sobre falta de movimiento del bebé; y 61.0 y 66.9%, respectivamente, sobre contracciones uterinas. Finalmente, 59.7% de las indígenas y 72.8% de las no indígenas fueron alertadas sobre salida de flujo vaginal (cuadro 13). En todos los casos, las diferencias en las proporciones entre indígenas y no indígenas fueron estadísticamente significativas.

Más de 85% de las mujeres mencionaron recordar que les fue recetado un suplemento alimenticio y más de 90% dijeron haber recibido la vacuna contra el tétanos. Sin embargo, los porcentajes bajan cuando las mujeres especifican si efectivamente tomaron los suplementos alimenticios: 83.7% de no indígenas y 69.8% de las indígenas señalaron haber tomado pastillas de hierro. De las mujeres indígenas 7, y 6% de las mujeres no indígenas mencionaron haber tomado pastillas de ácido fólico; empero, este resultado puede estar afectado por el hecho de que las mujeres no supieran que las pastillas de hierro que les son recetadas también pueden contener ácido fólico. Las diferencias entre indígenas y no indígenas fueron estadísticamente significativas. Adicionalmente, se encontró que más de 90% de las mujeres indígenas y no indígenas señalaron haber recibido por parte del médico o enfermera sobres de Nutrivida (promovidos por *Oportunidades* y que contienen vitaminas, minerales y calorías).

* Las mujeres reportan lo que recuerdan les señaló el médico o proveedor de salud como un posible signo de alarma durante su embarazo. Debido a esto, este reporte puede presentar sesgo de memoria.

VARIABLE DEPENDIENTE: NÚMERO DE VISITAS PRENATALES

CUADRO 12

Modelo Poisson para el número de visitas prenatales

VARIABLE	CAMBIOS MARGINALES	
Grupo de incorporación		
Año 1998	-0.272**	-0.253
Año 2000	-0.119	-0.054
Año 2003 (referencia)		
Características individuales		
Edad en años	0.156	0.174**
Edad al cuadrado	-0.003**	-0.003**
Estado marital	0.810***	0.801**
Condición laboral ^b	-0.432	-0.442
Educación primaria (referencia)		
Secundaria	0.591***	0.582***
Superior	1.601***	1.557***
Complicación de salud en el embarazo	0.306**	0.332***
Características del hogar		
Indígena	-0.471***	-0.426***
Bienes tercil 1 (referencia)		
Bienes tercil 2	0.014	0.019
Bienes tercil 3	-0.013	-0.020
Oportunidades^c		
Aseguramiento ^d	0.035**	0.036**
Características en la localidad		
Calidad estructural baja (referencia) ^e		
Calidad estructural media baja		0.117
Calidad estructural media alta		0.281
Calidad estructural alta		-1.633**
Índice de marginación	-0.068	-0.070
N	5,455	5,419
Estimador de máxima verosimilitud	-13 417.6	-13 331.05
χ^2	119.2 ^f	130.16 ^g

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10 (a)

^a Errores estándar ajustados por 170 conglomerados de localidades.^b Condición laboral es una variable dicotómica igual a 1 si la mujer menciona haber estado trabajando la última semana.^c Variable de autorreporte que es igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de *Oportunidades*, e igual a 0 en caso contrario^d Aseguramiento es una variable dicotómica igual a 1 si la mujer indica tener algún tipo de aseguramiento IMSS, ISSSTE o Seguro Popular.^e Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.^f Estimado con 15 grados de libertad.^g Estimado con 18 grados de libertad.

CUADRO 13**Signos de alarma durante el embarazo**

		DURANTE EL EMBARAZO MÁS RECIENTE ¿LE HABLARON SOBRE ...?			
		SÍ	NO	NR	TOTAL
¿Dónde acudir en caso de que alguien la maltratara?					
No indígena	N	698	36	2 946	3 680
	%	18.97	0.98	80.05	100
Indígena	N	267	26	978	1,271
	%	21.01	2.05	76.95	100
Total	N	965	62	3 924	4 951
	%	19.49	1.25	79.26	100
¿Hinchazón de piernas?					
No indígena	N	2,241	32	1,407	3,680
	%	60.90	0.87	38.23	100
Indígena	N	680	17	574	1,271
	%	53.50	1.34	45.16	100
Total	N	2,921	49	1,981	4,951
	%	59.00	0.99	40.01	100
¿Dolor de cabeza?					
No indígena	N	2 302	30	1 348	3 680
	%	62.55	0.82	36.63	100
Indígena	N	749	16	506	1271
	%	58.93	1.26	39.81	100
Total	N	3 051	46	1 854	4 951
	%	61.62	0.93	37.45	100
¿Sangrado vaginal?					
No indígena	N	2 371	32	1 277	3 680
	%	64.43	0.87	34.70	100
Indígena	N	685	22	564	1,271
	%	53.89	1.73	44.37	100
Total	N	3 056	54	1 841	4 951
	%	61.72	1.09	37.18	100
¿Falta de movimiento del bebé?					
No indígena	N	2 630	34	1 016	3 680
	%	71.47	0.92	27.61	100
Indígena	N	806	20	445	1,271
	%	63.41	1.57	35.01	100
Total	N	3 436	54	1 461	4 951
	%	69.40	1.09	29.51	100
¿Contracciones uterinas?					
No indígena	N	2 464	39	1 177	3 680
	%	66.96	1.06	31.98	100
Indígena	N	776	30	465	1,271
	%	61.05	2.36	36.59	100
Total	N	3 240	69	1 642	4 951
	%	65.44	1.39	33.17	100
¿Salida de flujo o líquido vaginal?					
No indígena	N	2 679	35	966	3 680
	%	72.80	0.95	26.25	100
Indígena	N	759	26	486	1,271
	%	59.72	2.05	38.24	100
Total	N	3 438	61	1 452	4 951
	%	69.44	1.23	29.33	100

ACCESO A SERVICIOS OBSTÉTRICOS

En esta sección se presenta el análisis de corte transversal de la utilización de servicios obstétricos de 5 930 de mujeres con niños menores de dos años, que respondieron preguntas sobre su experiencia en el último embarazo. Se encontraron diferencias importantes en términos del lugar donde las mujeres notificaron haber atendido su último parto. El primer lugar de atención del parto para mujeres indígenas fue su casa (44.4%), en segundo lugar el hospital de la SSA (17.9%) y en tercer lugar el hospital IMSS (9.38%). De la proporción de mujeres indígenas que mencionaron haberse atendido en su casa, 38% señalaron como principal razón mayor confianza y, como segunda causa (20%), por no tener otra opción.

Este orden cambia entre mujeres no indígenas: el primer lugar de atención del parto fue el hospital de la SSA (24.3%); el segundo los centros de salud de la SSA (14.6%); en tercer lugar los hospitales o clínica privados (14.8%) y, en cuarto lugar, su casa (11.9%). De las razones por las que estas mujeres señalaron haberse atendido en un hospital de la SSA o IMSS fueron: la primera por ser más barato y la segunda por tener confianza en el lugar.

De las mujeres indígenas, 51% mencionaron haber sido atendidas por un médico en su último parto, mientras que 39% lo fueron por una partera. En contraste, la mayoría de las mujeres no indígenas (79%) mencionaron haber sido atendidas por un médico y sólo 14% por una partera. Por otra parte, 87.1% de las mujeres indígenas indicaron haber tenido su último hijo con parto fisiológico,* mientras que entre mujeres no indígenas esa cifra fue de 72.6%.

Del grupo de complicaciones durante la atención del parto que las mujeres reconocieron haber tenido, en primer lugar se encuentra la presencia de presión alta (12.2%) y dolor de cabeza (11.6%). Les siguen complicaciones como parto prematuro (6.8%) y sufrimiento fetal (6.8%). Una proporción mayor de mujeres señalaron que el médico mencionó que habían aumentado excesivamente de peso (7.19%), mientras que la proporción de mujeres que mencionan haber tenido aumento insuficiente de peso durante el embarazo fue de 4.4%.

Para analizar de manera multivariada la decisión de las mujeres sobre el lugar en el que se atienden en el parto, se estimó un modelo logístico cuya variable dependiente es haberse atendido durante el último parto con un médico o enfermera (igual a 1), versus haberlo hecho con una partera (igual a 0). Los errores estándar fueron ajustados con conglomerados por localidad. Las variables independientes por individuo incluyen variables dicotómicas como grupos de edad, estado marital y condición laboral (igual a 1 si la mujer informó haber trabajado en la última semana) y el nivel de educación se incluye como variable dicotómica. Se consideró también la variable dicotómica que indica la presencia de alguna complicación durante el embarazo y una adicional que indica la presencia de complicaciones en el nacimiento, si ésta se presentó antes de la atención del parto. A estas variables se agregaron características del hogar como condición indígena, acceso a algún tipo de aseguramiento, índice de bienes del hogar. Se incluyó, además, una variable de autorreporte de incorporación a *Oportunidades* y un grupo de variables que indican el período de incorporación al Programa (1998, 2000 y 2003). Como se indicó anteriormente, ambas variables se incluyeron en el modelo asumiendo un efecto diferenciado entre beneficiarse por el Programa *Oportunidades* y el tiempo de exposición al mismo. Adicionalmente se consideró una variable que indica el acceso a seguridad social, y una variable que indica la calidad estructural de la clínica de salud más cercana (ya sea en la misma localidad o en aquella más cercana) donde las mujeres deben acudir para cumplir con sus corresponsabilidades con *Oportunidades*. Finalmente, se agregaron dos variables por localidad sobre la disponibilidad de proveedores y recursos de salud para la atención obstétrica: una variable dicotómica donde 1 indica si en la localidad existe una partera y una variable dicotómica donde 1 indica si hay en la localidad algún centro de salud (SSA, IMSS-*Oportunidades*).

En el cuadro 14 se muestran los resultados de la estimación del modelo logístico. Se encontró una relación entre la mayor educación de las mujeres, ya sea educación secundaria (RM=2.55), educación superior (RM=5.26) o educación primaria, y la atención del parto con un médico o enfermera. La presencia de alguna complicación, particularmente en el parto, se asocia significativamente con la atención del parto con un médico o enfermera (RM=2.10).

* Aquel en el que se ponen en marcha todos los mecanismos que la naturaleza tiene previstos para que nazca el bebé. En este parto no existen las intervenciones médicas.

CUADRO 14
Modelo logístico de
atención del parto con
un médico/enfermera o
partera

VARIABLE DEPENDIENTE IGUAL A 1 SI ATENCIÓN DEL PARTO ES CON MÉDICO, E IGUAL A CERO SI ATENCIÓN DEL PARTO ES CON PARTERA		
VARIABLE	RAZÓN DE MOMIOS ^a	RAZÓN DE MOMIOS ^a
Grupo de incorporación		
Año 1998	1.620***	1.630***
Año 2000	1.350	1.320
Año 2003 (referencia)		
Características individuales		
Edad 14-19 años	1.850**	1.870**
Edad 20-24 años	1.280	1.300
Edad 25-35 años	1.280	1.320
Edad 35-49 años (referencia)		
Estado marital	1.230	1.220**
Condición laboral ^b	1.260	1.280
Referencia: Educación primaria		
Educación secundaria ^a	2.550***	2.570***
Educación superior ^a	5.260***	5.010***
Complicaciones en el embarazo	1.650***	1.680***
Complicaciones en el parto	2.100***	2.040***
Características del hogar		
Condición indígena	0.430***	0.420***
Bienes tercil 1 (referencia)		
Bienes tercil 2	1.320***	1.320***
Bienes tercil 3	1.600***	1.580***
Oportunidades ^c	1.070***	1.070***
Aseguramiento ^d	1.390***	1.360***
Características de la localidad		
Clínica de salud ^e	1.090	1.070
Partera ^f	0.650**	0.650**
Calidad estructural baja (referencia) ^g		
Calidad estructural media baja		0.940
Calidad estructural media alta		1.510
Calidad estructural alta		3.09
Índice de marginación 2005	0.57***	0.560***
N	5 211	5 175
Razón de verosimilitud	-2 185.76	-2 171.54
χ^2	324.4 ^h	330.2 ⁱ

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10

^a Errores estándar ajustados por 170 conglomerados de localidades.

^b Condición laboral es una variable dicotómica igual a 1 si la mujer menciona haber trabajado la última semana.

^c Variable de autorreporte que es igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de *Oportunidades*.

^d Aseguramiento es una variable dicotómica igual a 1 si la mujer indica tener algún tipo de aseguramiento IMSS, ISSSTE o Seguro Popular.

^e Variable dicotómica igual a 1 si existe una clínica de salud en la localidad.

^f Variable dicotómica igual a 1 si hay parteras en la localidad.

^g Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

^h Estimado con 20 grados de libertad.

ⁱ Estimado con 22 grados de libertad.

La condición indígena del hogar se asocia significativamente con la atención del parto con una partera (RM=0.43), mientras que estar asegurada se asocia con la atención del parto con un médico o una enfermera (RM=1.39). Adicionalmente, las mujeres que pertenecen a familias con mayor disponibilidad de bienes en el hogar, en especial en el tercil de índice de bienes 2 (RM=1.32), y en mayor medida en el tercil del índice de bienes 3 (RM=1.60), atienden su parto con un médico o con una enfermera. El menor índice de marginación por localidad se relaciona con la atención del parto con un médico o una enfermera. Del mismo modo, la presencia de al menos una partera en la localidad se asocia con la atención del parto por una partera (RM=0.65). Esto último se puede relacionar con dos aspectos: por un lado, el hecho de que es probable que en aquellas localidades donde hay parteras exista menos disponibilidad de médicos. Por otro lado, podría estar reflejando la preferencia de las mujeres por atenderse el parto con una partera si está disponible en la localidad. Finalmente, se halló que las mujeres beneficiarias de *Oportunidades* (RM=1.07), que además tienen más antigüedad en el Programa, particularmente aquellas que pertenecen a familias que se incorporaron en 1998 (RM=1.62) tendieron a atender su parto con un médico o enfermera. No se encontraron efectos estadísticamente significativos de la variable que indica la calidad estructural a nivel localidad.

SALUD INFANTIL

El análisis presentado en esta sección utiliza exclusivamente la base de datos de la Encl 2007. De los 6 024 niños menores de dos años en la base, 436 tuvieron un hermano menor y este módulo no se aplicó a ellos para poder enfocarse en el niño más pequeño del hogar en este grupo de edad. En 16 hogares se aplicó el módulo al hermano mayor de menos de dos años. De acuerdo con lo anterior, quedaron 5 572 observaciones para el análisis; de éstas, 49% son mujeres y la edad promedio fue de 12.18 meses.

Morbilidad

El 37% de los niños que quedaron en la muestra final estuvieron enfermos en los últimos 15 días (cuadro 15). Se encontró que la tos y la fiebre fueron los síntomas más comunes, con una prevalencia de 27 y 20%, respectivamente, mientras que 10% presentaron respiración rápida y 9% tuvieron diarrea potencialmente peligrosa. Casi la mitad de los padres percibieron la severidad de la enfermedad como leve, 39% como moderada y 11% como grave.

No existe una diferencia notable entre los grupos de incorporación de beneficiarios del Programa (cuadro 15). Este resultado indica que no se observa un efecto acumulado de la incorporación a *Oportunidades* en la salud de los niños. La única diferencia en la prevalencia entre indígenas y no indígenas se halló en morbilidad general; la prevalencia en indígenas (39%) fue más baja que en no indígenas (33%). Los niños beneficiarios del Programa tendieron a ser más sanos que los no beneficiarios, ya que se registró menos morbilidad en general: tos, diarrea y diarrea potencialmente peligrosa.

El centro o la casa de salud fueron los lugares a donde más acudieron los padres cuando el/la niño(a) estaba enfermo(a) (43%) (cuadro 16). De igual manera se observó que muchos padres informaron haber llevado al menor a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción (30%), darle un remedio casero (18%) o buscar atención de un médico particular (18%). Cabe aclarar que las madres podían mencionar hasta tres lugares donde acudieron con sus niños enfermos y por eso las columnas del cuadro 16 pueden sumar más de 100. En general no se hallaron diferencias en el patrón de búsqueda entre los grupos de incorporación. Hay diferencias significativas entre los padres indígenas y no indígenas: los indígenas acudieron más al centro o la casa de salud (53 vs. 40%), menos al médico particular (12 vs. 21%) e indicaron una utilización menor de la farmacia o medicamentos sin prescripción (24 vs. 32%). Al comparar a los beneficiarios con los no beneficiarios, se encontró que los primeros usaron la clínica o la casa de salud con mayor frecuencia (47 vs. 37%) y acudieron menos al médico particular (14 vs. 25%).

De acuerdo con los resultados mostrados en el cuadro 16, el patrón de búsqueda cambia según la gravedad percibida. Se observa una clara tendencia a acudir con el médico particular cuando la enfermedad se percibe como más grave. De igual forma, más padres acudieron al centro o a la casa de salud, o bien a un hospital. Menos padres

CUADRO 15
Morbilidad en los últimos 15 días, menores de dos años (porcentaje)

	TODOS	GRUPO DE INCORPORACIÓN			INDÍGENA		OPORTUNIDADES	
		1998	2000	2003	No	Sí	No	Sí
Cualquier enfermedad	37.4	37.2	36.5	38.8	39.0*	33.0*	39.9*	35.5*
Tos	26.9	27.8	26.3	29.0	27.0	26.0	29.6*	25.1*
Fiebre/calentura	20.0	20.3	19.6	22.6	19.0	21.0	21.3	19.3
Diarrea	10.1	10.0	10.0	9.9	10.0	11.0	11.8*	9.1*
Diarrea potencialmente peligrosa	9.2	9.1	9.3	9.1	9.0	10.0	10.9*	8.3*
N	5 539	1 818	1 268	891	3 928	1 481	1 994	3 238

* Valores estadísticamente diferentes, $p < 0.05$.

dieron medicamentos sin prescripción. Sin embargo, darle un remedio casero al niño no cambió con la percepción de la gravedad. Se observan las mismas tendencias entre los tres grupos de incorporación, aunque no siempre llegaron a ser significativas por el tamaño de la muestra (anexo C).

Es notorio que las madres no indígenas mostraron una mayor propensión a acudir a un centro o casa de salud y una menor propensión a ir con el médico particular o a la farmacia (cuadro 17). El efecto de la gravedad percibida en la búsqueda de atención únicamente resultó significativo en el grupo de las no indígenas. Las madres no indígenas acuden con un médico particular cuando perciben que la enfermedad del niño es grave, mientras que las madres indígenas muestran una mayor tendencia a acudir al centro de salud bajo esas circunstancias. Este resultado puede ser consecuencia de una preferencia diferencial, o de una falta de acceso a médicos particulares en las localidades donde viven los indígenas o, incluso, de una falta de recursos para pagar esos servicios.

Se encontró que los beneficiarios tuvieron una mayor preferencia hacia el centro/casa de salud (47 vs. 37% en no beneficiarios) y una menor preferencia hacia el médico privado (25 vs. 14%). Las tendencias por gravedad percibida fueron parecidas en ambos grupos (anexo C).

La mayoría de los padres opinaron que deben llevar a los niños al centro de salud cuando tienen enfermedades potencialmente peligrosas como respiración difícil o rápida y diarrea con sangre (68 y 70%, respectivamente) (cuadro 18). En comparación con los síntomas menos peligrosos tales como fiebre, y diarrea con sangre, se observó una mayor inclinación por el centro de salud, pero también por los médicos privados. Sólo entre 2% y 3% opinaron que llevar al niño a una farmacia o darle un remedio casero era adecuado cuando tiene síntomas peligrosos.

Al comparar los grupos de incorporación se observa una mayor propensión a acudir al centro/casa de salud y una menor inclinación por el médico privado en las localidades que tienen más años de incorporación (anexo C). Estos resultados parecen no ser una consecuencia de diferencias de acceso en los grupos, puesto que no se hallaron diferencias significativas entre los grupos de incorporación en términos de contar con un centro de salud o un médico privado. Los indígenas siempre se inclinaron más por el centro de salud y menos por el médico particular en comparación con los no indígenas (diferencias entre los grupos de alrededor de 10 puntos porcentuales). Una vez más, este resultado puede ser consecuencia de una preferencia diferencial o de una falta de acceso a médicos particulares en localidades donde viven los indígenas. Finalmente, los beneficiarios se inclinaron más por asistir a la clínica, en comparación con los no beneficiarios. El resultado opuesto se encontró para el médico privado (anexo C).

De acuerdo con los resultados obtenidos, 63% de las madres que habían recurrido al centro de salud al menos una vez, pensaron que el costo de transporte para llegar al centro de salud era menor en comparación con un médico particular o farmacia privada (cuadro 19). Asimismo, 59% consideraron que el tiempo para llegar al centro de salud era más reducido. Respecto a las cuestiones de calidad y las relaciones personales, 90% creyeron que el centro de salud era mejor o igual en comparación a un médico particular o farmacia privada. Cabe destacar que el único aspecto que resultó calificado negativamente por una alta proporción de madres fue el tiempo de espera, pues 62% lo consideraron peor que en una farmacia privada o con un médico particular.

CUANDO SE ENFERMÓ, ¿QUÉ HIZO?	TODOS	GRAVEDAD PERCIBIDA		
		LEVE	MODERADA	GRAVE
Llevarlo al centro/casa de salud	42.8	40.5	45.1	46.4
Llevarlo a un médico particular	18.3	16.0*	17.0*	33.9*
Llevarlo a un hospital	3.1	2.9*	2.4*	6.9*
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción	30.3	33.4*	29.6*	19.3*
Darle un remedio casero	18.0	18.0	18.1	18.0
Llevarlo con el promotor/vocal	0.8	0.8	0.9	0.9
Otro (médico tradicional, vecino, etc.)	8.1	9.5*	7.1	4.3*
No sabe o no recuerda	42.8	40.5	45.1	46.4
N	2 069	1 014	805	233

CUADRO 16
Búsqueda de atención
(porcentaje)

* Valores estadísticamente diferentes, $p < 0.05$.

CUANDO SE ENFERMÓ, ¿QUÉ HIZO?	GRAVEDAD PERCIBIDA							
	TODOS	NO INDÍGENA			INDÍGENA			
		LEVE	MODERADA	GRAVE	TODOS	LEVE	MODERADA	GRAVE
Llevarlo al centro/casa de salud	39.6*	37.3	42.6	41.8	52.5*	53.4	51.1	59.4
Llevarlo a un médico particular	20.7*	17.4*	19.9 ^c	39.4*	11.6*	11.1	10.4	18.8
Llevarlo a un hospital	3.1	2.8*	2.2 ^c	7.9*	3.0	3.2	3.0	3.1
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción	32.2*	35.3*	32.1 ^c	17.6*	24.1*	25.9	22.9	23.4
Darle un remedio casero	18.9	18.6	19.7	18.2	15.6	14.3	15.6	18.8
Llevarlo con el promotor/vocal	0.7	0.8	0.5	0.6	1.2	0.5	1.7	1.6
Otro (médico tradicional, vecino, etc.)	8.2	10.0*	6.7	3.6*	7.9	7.4	8.2	6.3
N	1,525	800	552	165	493	189	231	64

CUADRO 17
Búsqueda de atención
por condición étnica
(porcentaje)

* Valores estadísticamente diferentes, $p < 0.05$.

Análisis multivariado

En los cuadros 20a, 20b y 20c se presentan los resultados de los análisis de regresión, que consideran las variables del sexo y la edad de niño, la etnicidad, el tiempo en, el índice de bienes del hogar, la disponibilidad de servicios de salud en la localidad y la gravedad percibida de la enfermedad. Se muestran modelos separados para el grupo de incorporación (1998, 2000 o 2003) y para la variable de ser beneficiario o no de *Oportunidades*, con y sin la variable de la calidad en los servicios. Los modelos se estimaron usando efectos aleatorios de localidad para corregir la potencial falta de independencia de las variables a nivel localidad.

En cuanto a la prevalencia de cualquier enfermedad y diarrea potencialmente peligrosa, se observa que los niños de 0 a 5 meses se enfermaron menos (cuadro 20a). Los hogares indígenas en el tercil 3 del índice de bienes notificaron más diarrea en niños que otros hogares (columnas 7 y 8); este resultado se debe potencialmente a diferencias en el reporte de enfermedades. No se informan diferencias entre los grupos de incorporación. Un resultado de impacto

CUADRO 18
Resumen de
conocimiento
(porcentaje)

	QUÉ SE DEBE HACER CUANDO LOS NIÑOS ESTÁN ENFERMOS CON...		
	FIEBRE	RESPIRACIÓN DIFÍCIL O RÁPIDA	DIARREA CON SANGRE
Llevarlo al centro/casa de salud	44.5	68.1	69.9
Llevarlo a un médico particular	7.9	17.1	17.3
Llevarlo al hospital	2.1	5.1	4.6
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción	23.6	1.6	2.7
Darle un remedio casero	18.0	2.8	2.0
Llevarlo al promotor/vocal	0.2	0.1	0.1
Otro (médico tradicional, vecino, etc)	2.9	1.2	0.8
No sabe	0.6	3.6	2.5
N	5 554	5 554	5 554

CUADRO 19
Percepción del centro
de salud

	EN COMPARACIÓN A UNA FARMACIA PRIVADA Y UN MÉDICO PARTICULAR, EL CENTRO DE SALUD LE CONVIENE / ES MEJOR POR... [‡]		
	MÁS/MEJOR	IGUAL	MENOS/PEOR
Costo de transporte	63.4	24.9	11.5
Tiempo para llegar	59.1	27.4	13.6
Tiempo de espera	13.8	24.2	62.0
Horario	17.3	49.9	32.8
Calidad de atención	34.7	53.9	11.4
Trato personal	35.4	51.8	12.8
Explicaciones de cómo cuidar a su hijo	38.7	55.4	5.8
Importa el bienestar de su hijo	37.1	53.3	9.6
N*	2,139	2,139	2,139

* Los que contestaron "no sabe" no fueron incluidos en este análisis y por eso la "N" varía por pregunta.

‡ Valores informados en porcentajes.

es el efecto "protector" de ser beneficiario del Programa; la prevalencia de diarrea en los niños beneficiarios fue de 3 a 4 puntos porcentuales más baja que en niños no beneficiarios (columnas 7 y 8). Dados los talleres de salud, es poco probable que este resultado sea consecuencia de diferencias en el reporte. No se encontraron efectos en la disponibilidad de los servicios de salud ni de calidad de los mismos.

Los hogares indígenas tuvieron una probabilidad mucho más alta de llevar al niño a un proveedor público (centro de salud, casa de salud u hospital) cuando tuvo cualquier enfermedad en los últimos dos semanas (cuadro 20b, columnas 1 a 4). Los hogares en el tercil 3, el más alto de bienes, acudieron menos a un proveedor público (columnas 1 a 4). Ser beneficiario de *Oportunidades* tuvo un efecto positivo en la utilización de un servicio público (columnas 3 y 4). Tener un centro de salud en la localidad incrementó substancialmente la probabilidad de acudir con un proveedor público (columnas 1 a 4). La severidad percibida no resultó significativa. Los resultados son parecidos para diarrea potencialmente severa pero, debido al número limitado de niños en esta condición, la mayoría de los efectos no fueron estadísticamente significativos. El efecto negativo de la calidad de los servicios en el sexto modelo no se puede explicar (columna 6).

Los modelos de preferencia se presentan en el cuadro 20c. Se estimaron los modelos sobre la decisión de usar un proveedor público en dos condiciones hipotéticas: el niño tiene fiebre o el niño tiene diarrea con sangre. Se observa que la preferencia baja cuando el niño tiene más meses de edad (columnas 1 a 5 y 7). Los indígenas y los hogares con menos recursos (tercil 1 de bienes) tuvieron una preferencia más alta para acudir con un proveedor público. Los

VARIABLE DEPENDIENTE ES LA PRESENCIA DE MORBILIDAD EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

	CUALQUIER ENFERMEDAD				DIARREA POTENCIALMENTE PELIGROSA			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Grupo de incorporación								
Año 1998 (referencia)								
Año 2000	0.016	0.008			0.004	-0.005		
Año 2003	-0.034	-0.035			-0.001	-0.016		
Características individuales								
Género (1=m, 0=f)	-0.001	0.002	0.002	0.013	0.004	0.012	0.005	0.010
Edad 3-6 meses	0.092**	0.119**	0.070+	0.084+	0.040+	0.040	0.035+	0.030
Edad 6-9 meses	0.176***	0.177***	0.184***	0.181***	0.088***	0.095***	0.078***	0.076***
Edad 9-12 meses	0.231***	0.238***	0.209***	0.220***	0.098***	0.107***	0.085***	0.089***
Edad 12-15 meses	0.223***	0.253***	0.221***	0.219***	0.096***	0.105***	0.095***	0.098***
Edad 15-18 meses	0.240***	0.253***	0.191***	0.192***	0.135***	0.151***	0.120***	0.131***
Edad 18-21 meses	0.283***	0.294***	0.247***	0.246***	0.110***	0.108***	0.098***	0.089***
Edad 21-24 meses	0.172***	0.163***	0.168***	0.156***	0.088***	0.087***	0.085***	0.076***
Características del hogar								
Indígena	0.024	0.024	-0.014	-0.003	0.021	0.008	0.019	0.009
Bienes tercil 1 (referencia)								
Bienes tercil 2	0.021	0.023	0.039	0.053	0.014	0.015	0.012	0.011
Bienes tercil 3	0.042	0.045	0.031	0.041	0.035**	0.037**	0.030**	0.029**
Oportunidades ^a			-0.033	-0.028			-0.031***	-0.038***
Características a nivel localidad								
Centro de salud ^b	-0.030	-0.016	-0.055	-0.045	-0.012	-0.015	-0.022+	-0.024+
Casa de salud ^c	0.013	0.031	0.008	0.029	0.010	0.011	0.001	0.006
Medico particular ^d	-0.079	-0.011	0.058	0.088	-0.010	-0.002	-0.012	-0.019
Calidad estructural baja (referencia) ^e								
Calidad estructural media baja		-0.052		-0.032		0.006		0.013
Calidad estructural media alta		-0.039		-0.038		0.020		0.013
Calidad estructural alta		-0.060		-0.050		0.021		0.013
Intercepto	0.180***	0.206**	0.228***	0.223***	-0.022	-0.038	0.014	0.005
N	2 946	2 265	3 850	3 041	2 936	2 255	3 835	3 027

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10.

^a Variable de autorreporte igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de *Oportunidades*, e igual a 0 en caso contrario.

^b Igual a 1 si existe al menos una clínica de salud en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^c Igual a 1 si existe al menos una casa de salud en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^d Igual a 1 si existe al menos un médico particular en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^e Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud a nivel localidad.

CUADRO 20A
Análisis de regresión
de la morbilidad
durante las últimas dos
semanas

beneficiarios se inclinan más por los servicios médicos públicos (columnas 3, 4, 7 y 8). La disponibilidad de servicios no cambia la preferencia. Los modelos sugieren que la calidad tiene un efecto positivo en la preferencia por los servicios públicos (columnas 4 y 8); sin embargo, no todos los coeficientes llegaron a ser significativos. Cabe destacar que es muy probable que la preferencia por los servicios públicos se deba parcialmente a su disponibilidad en la localidad.

CUADRO 20b

Análisis de regresión
para la búsqueda
de atención de un
proveedor público
durante las últimas dos
semanas. Encel 2007

	VARIABLE DEPENDIENTE: BÚSQUEDA DE ATENCIÓN DE UN PROVEEDOR PÚBLICO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS							
	CUALQUIER ENFERMEDAD				DIARREA POTENCIALMENTE PELIGROSA			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Grupos de incorporación								
Año 1998 (referencia)								
Año 2000	-0.035	-0.057			-0.078	-0.092		
Año 2003	-0.059	-0.037			-0.098	0.052		
Características individuales								
Género (1=m, 0=f)	-0.020	-0.025	0.000	-0.006	0.076	0.118	0.079	0.095
Edad 3-6 meses	0.030	0.000	0.052	-0.008	-0.398	-0.396	-0.445 ⁺	-0.429 ⁺
Edad 6-9 meses	-0.023	-0.080	-0.021	-0.067	-0.523	-0.573	-0.531**	-0.496**
Edad 9-12 meses	-0.050	-0.115	-0.029	-0.113	-0.636 ⁺	-0.551	-0.626***	-0.511**
Edad 12-15 meses	-0.087	-0.144	-0.077	-0.147 ⁺	-0.615 ⁺	-0.587	-0.643***	-0.602***
Edad 15-18 meses	-0.042	-0.086	-0.009	-0.067	-0.586	-0.593	-0.596***	-0.565**
Edad 18-21 meses	-0.068	-0.105	-0.020	-0.041	-0.555	-0.588	-0.562**	-0.510**
Edad 21-24 meses	-0.034	-0.064	-0.008	-0.056	-0.536	-0.485	-0.521**	-0.474**
Enf. moderada	0.050	0.052	0.049 ⁺	0.053 ⁺	0.048	0.042	0.021	0.022
Enf. severa	0.060	0.050	0.041	0.035	0.014	-0.055	-0.018	-0.078
Características del hogar								
Indígena	0.150***	0.162***	0.092**	0.101**	0.089	0.101	0.027	0.013
Bienes tercil 1 (referencia)								
Bienes tercil 2	-0.023	-0.026	-0.032	-0.027	-0.052	-0.033	-0.090	-0.082
Bienes tercil 3	-0.115***	-0.116**	-0.093***	-0.085***	-0.171	-0.151	-0.192**	-0.192**
Oportunidades ^a			0.081***	0.079***			0.071	0.076
Características de la localidad								
Centro de salud ^b	0.112**	0.123**	0.137***	0.136***	0.081	0.084	0.118	0.107
Casa de salud ^c	-0.011	0.003	0.011	0.019	-0.031	0.044	0.003	0.018
Médico particular ^d	-0.139	-0.139	-0.007	0.063	-0.376	-0.598	-0.069	-0.197
Calidad estructural baja (referencia) ^e								
Calidad estructural media baja		-0.102		-0.070		-0.262**		-0.163
Calidad estructural media alta		-0.031		0.035		-0.071		0.010
Calidad estructural alta		-0.136 ⁺		-0.077		-0.346**		-0.205
Intercepto	0.508***	0.613***	0.388***	0.460***	1.011***	1.021	0.976***	0.975***
N	1 090	846	1 400	1 108	269	213	345	279

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10.

^a Variable de autorreporte igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de *Oportunidades*, e igual a 0 en caso contrario.

^b Igual a 1 si existe al menos una clínica de salud en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^c Igual a 1 si existe al menos una casa de salud en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^d Igual a 1 si existe al menos un médico particular en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^e Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud a nivel localidad.

VARIABLE DEPENDIENTE: PREFERENCIA POR SERVICIOS PÚBLICOS

CUADRO 20c
Análisis de regresión para la preferencia por servicios públicos de salud

	FIEBRE				DIARREA CON SANGRE			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Grupos de incorporación								
Año 1998 (referencia)								
Año 2000	-0.042	-0.036			-0.048 ⁺	-0.045		
Año 2003	-0.039	-0.017			-0.091***	-0.056		
Centro de salud	0.027	-0.006	0.038	-0.002	0.012	0.011	0.033	0.029
Casa de salud	-0.020	-0.058 ⁺	-0.010	-0.040	-0.027	-0.040	-0.004	-0.012
Medico particular	0.064	0.162	0.049	0.074	0.010	0.016	-0.024	-0.032
Características individuales								
Género (1=m, 0=f)	0.027	0.025	0.034**	0.034**	0.015	0.012	0.019	0.014
Edad 3-6 meses	-0.068	-0.073 ⁺	-0.056 ⁺	-0.066 ⁺	-0.046	-0.060 ⁺	-0.028	-0.035
Edad 6-9 meses	-0.137***	-0.136***	-0.124***	-0.141***	-0.065**	-0.048	-0.061**	-0.050
Edad 9-12 meses	-0.147***	-0.164***	-0.124***	-0.145***	-0.063**	-0.055	-0.049 ⁺	-0.040
Edad 12-15 meses	-0.158***	-0.144***	-0.157***	-0.159***	-0.078**	-0.053	-0.064**	-0.036
Edad 15-18 meses	-0.145***	-0.166***	-0.137***	-0.164***	-0.077**	-0.067 ⁺	-0.079***	-0.071**
Edad 18-21 meses	-0.136***	-0.144***	-0.141***	-0.161***	-0.080***	-0.060	-0.064**	-0.041
Edad 21-24 meses	-0.145***	-0.101***	-0.133***	-0.110***	-0.074**	-0.049	-0.072***	-0.049
Características del hogar								
Indígena	0.179***	0.164***	0.118***	0.109***	0.084***	0.097***	0.070***	0.075***
Bienes tercil 1 (referencia)								
Bienes tercil 2	-0.091***	-0.092***	-0.101***	-0.097***	-0.033	-0.019	-0.047***	-0.032 ⁺
Bienes tercil 3	-0.147***	-0.139***	-0.151***	-0.142***	-0.082***	-0.054**	-0.083***	-0.058***
Oportunidades ^a			0.089***	0.080***			0.075***	0.063***
Características a nivel localidad								
Centro de salud ^b	0.027	-0.006	0.038	-0.002	0.012	0.011	0.033	0.029
Casa de salud ^c	-0.020	-0.058	-0.010	-0.040	-0.027	-0.040	-0.004	-0.012
Medico particular ^d	0.064	0.162	0.049	0.074	0.010	0.016	-0.024	-0.032
Calidad estructural baja (referencia) ^e								
Calidad estructural media baja		0.061		0.086**		0.024		0.030
Calidad estructural media alta		0.083 ⁺		0.109***		0.063		0.079**
Calidad estructural alta		-0.053		-0.024		0.001		0.003
Intercepto	0.569***	0.556***	0.510***	0.482***	0.849***	0.785***	0.760***	0.706***
N	2,921	2,243	3,819	3,013	2,864	2,191	3,756	2,955

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10.

^a Variable de autorreporte igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de Oportunidades, e igual a 0 en caso contrario.

^b Igual a 1 si existe al menos una clínica de salud en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^c Igual a 1 si existe al menos una casa de salud en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^d Igual a 1 si existe al menos un médico particular en la localidad, e igual a 0 en caso contrario.

^e Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud a nivel localidad.

SÍNDROME METABÓLICO

En esta sección se presentan los resultados referentes a las enfermedades asociadas al síndrome metabólico, especialmente diabetes tipo 2 (DT2) e hipertensión arterial sistémica (HTA) y sus factores de riesgo en la población beneficiaria del Programa Oportunidades. Como se mostró en el cuadro 6 de la sección general de metodología, para este análisis se utilizaron dos fuentes principales de información:

- 1) El cuestionario utilizado para la evaluación general en hogares Encel 2007, donde se preguntó a los jefes de hogar, o a sus esposas o compañeras, si algún médico le había diagnosticado DT2 y/o HTA y, en caso positivo, si recibía o no tratamiento. Además se les preguntó si se habían hecho la prueba de detección para estas enfermedades. Con esta información se crearon los indicadores de interés (en la sección de metodología se encuentra la definición específica de cada indicador) y se analizó esta información para todos los adultos incluidos en la muestra que respondieron directamente estas preguntas (N=26 203).
- 2) El cuestionario específico de síndrome metabólico. Con base en el autorreporte de enfermedad diagnosticada durante el levantamiento de la Encel 2007, se seleccionó de forma aleatoria una muestra de mujeres jefas de hogar o compañeras o esposas de jefes de hogar, cubriendo una cuota predefinida por estado (excluyendo los estados del norte por cuestiones logísticas) para acumular un total de 2 500 participantes: 25% de ellas sin un diagnóstico previo de enfermedad crónica y mayores de 40 años de edad (este grupo fue definido como en riesgo de enfermedad crónica). El restante 75% de la muestra notificaron al menos uno de los tres diagnósticos de interés (DT2, HTA y/o hipercolesterolemia). Se logró entrevistar a 2 212 jefas de hogar a las que se les aplicó un cuestionario que obtiene información más detallada sobre la enfermedad, el tratamiento, la adherencia y la calidad de la atención. Además, se incluyó medición de peso, talla y presión arterial sistólica y diastólica por parte de personal previamente estandarizado. Adicionalmente se tomó una muestra de sangre capilar para la determinación de niveles de colesterol y hemoglobina glucosilada que refleja los niveles de glucosa o azúcar en sangre de los últimos tres meses. Ambas pruebas son independientes del estado de ayuno. Con base en estas mediciones, fue posible clasificar a las participantes con enfermedad conocida como pacientes en control o descontrol, y a las participantes sin diagnóstico conocido como probables casos no diagnosticados o hallazgos de encuesta.

Análisis con la encuesta en hogares Encel 2007

En el cuadro 21 se muestran las características generales de la población adulta de jefes del hogar (ambos sexos) que respondieron a las preguntas de salud del cuestionario general aplicado en hogares (Encel 2007). La edad promedio es de 42.1 años (desviación estándar (DE) 14.9) y es similar entre los grupos de incorporación y entre la población indígena y no indígena. Sin embargo, los participantes que informaron no ser beneficiarios de *Oportunidades* son ligeramente más jóvenes que los que notificaron sí serlo. El 71% de la muestra está compuesta por mujeres y esa proporción es más baja entre el grupo de indígenas y en la muestra de las localidades de Oaxaca y Chiapas. El nivel de escolaridad es la primaria para la mayoría de la población y, en general, el grupo de indígenas presentó niveles de escolaridad más bajos que los no indígenas; el grupo de residente de las localidades del Norte tuvo los más altos y los que notificaron ser beneficiarios de *Oportunidades* presentaron niveles de escolaridad más bajos que los no beneficiarios.

De acuerdo con el índice de bienes, la población indígena reportó mayores niveles de pobreza que la no indígena y, en general, los niveles de pobreza disminuyeron conforme la incorporación al Programa por localidad es más reciente, mientras que la población beneficiaria indicó niveles de pobreza ligeramente más altos que la población no beneficiaria. De la población de estudio, 11% provienen de localidades atendidas por clínicas donde la calidad de atención según la estructura (recursos humanos y materiales) de las mismas se calificó como baja.* Dicha proporción fue claramente menor en las localidades del Norte.

* Esta calificación fue específicamente diseñada para efectos del presente análisis y en la sección de metodología se describe la construcción

El cuadro 22 presenta la distribución de los indicadores de salud correspondientes a las alteraciones asociadas al síndrome metabólico entre los jefes de hogares de la Encel 2007. En general, la población notificó prevalencias relativamente altas tanto de DT2 (5.6%) como de HTA (10.2%). En comparación con lo informado en 2003, en la primera ronda de evaluación en la que se preguntó específicamente sobre estas alteraciones, las prevalencias de diagnóstico previo de HTA y DT2 presentaron un ligero ascenso; de 3.4 a 5.6% para el caso de DT2 y de 9.9 a 10.2% para el caso de HTA. En 2007, la población indígena presentó una prevalencia más baja tanto de HTA como de DT2 en comparación con el grupo no indígena, aun después de ajustar por edad y otros posibles predictores, incluyendo la autopercepción de su figura corporal (1 de 9 opciones) como una variable *proxy* de peso corporal, el cual no fue medido durante el levantamiento general de la Encel 2007.

En cuanto a los grupos de incorporación al Programa, se observó una mayor prevalencia significativa de DT2 entre los grupos de incorporación tardía, después de ajustar por los posibles predictores mencionados en el pie del cuadro 22. Esto no se observó para el caso de HTA. La proporción de pacientes en tratamiento para ambos padecimientos fue alta, sin diferencias entre los grupos de comparación. En cuanto a la comparación según el autorreporte de incorporación al Programa, las prevalencias de ambas enfermedades (DT2 y HTA) fueron muy similares, y se observó una tendencia no significativa de mayor tratamiento con medicamentos en el grupo de beneficiarios, en contraste con los no beneficiarios para ambas enfermedades.

Por otro lado, en relación con los exámenes de detección se encontró que, en general, existe una adecuada cobertura de exámenes de detección de hipertensión arterial (toma de presión arterial), en tanto que más de 50% de los participantes sin diagnóstico de HTA del total y de prácticamente cualquier subgrupo analizado, notificaron

	INDÍGENA		GRUPO DE INCORPORACIÓN					BENEFICIARIO OPORTUNIDADES*		TOTAL
	SÍ	NO	1998	2000	2003	NORTE	CHIS-OAX	SI	NO	
Edad en años (media)	43.9	42.5	41.4	40.8	42.0	43.7	44.4	43.6	39.6	42.1
Proporción de mujeres	61.0	73.4	73.3	73.8	76.4	77.1	58.0	72.8	68.6	71.0
Escolaridad										
Sin educación	32.2	19.3	24.9	22.5	18.8	13.6	20.5	22.7	19.9	21.7
Educación primaria	58.3	63.8	60.5	62.2	63.8	61.0	64.5	63.6	60.0	62.4
Educación más que primaria	9.4	16.9	14.7	15.3	17.3	25.4	14.9	13.7	20.1	15.9
Índice de bienes										
Bienes tercil 1	62.0	22.5	33.5	29.9	21.6	19.7	37.1	31.8	28.0	30.5
Bienes tercil 2	26.5	34.3	31.9	31.7	32.0	35.4	35.3	34.1	30.1	32.7
Bienes tercil 3	11.6	43.3	34.7	38.4	46.5	45.0	27.7	34.1	41.9	36.9
Calidad estructural de clínicas										
Calidad estructural baja	9.1	11.6	10.9	16.5	10.9	5.6	6.5	10.5	11.6	11.0
Calidad estructural media baja	31.2	36.0	32.9	35.8	29.1	26.1	44.4	37.3	31.5	35.0
Calidad estructural media alta	50.4	40.3	40.5	39.9	36.4	57.3	49.0	43.5	40.9	42.4
Calidad estructural alta	9.2	12.1	15.6	7.7	23.4	10.9	0.0	8.7	16.0	11.5
Indígena	-	-	23.9	25.6	11.9	7.1	21.0	23.3	16.1	20.6
N [‡]	4 977	19 160	8 542	6 046	5 054	1 190	5 366	8 625	16 613	26 203

* Beneficiario de Oportunidades según autorreporte.

‡ Las N de cada categorización no suman exactamente el total debido a la presencia de valores ausentes. Todas las variables se presentan como porcentajes, excepto edad en la que se presenta la media.

CUADRO 21
Características generales de los jefes de hogar en la Encel 2007, por etnicidad, grupo de incorporación y autorreporte de incorporación a Oportunidades

CUADRO 22
Características de diagnósticos asociados al síndrome metabólico de los adultos entrevistados en la Encel 2007, por grupo de incorporación y etnicidad*

	INDÍGENA		GRUPO DE INCORPORACIÓN					BENEFICIARIO OPORTUNIDADES*		TOTAL
	SÍ	NO	1998	2000	2003	CHIS-OAX	NORTE	SÍ	NO	
Diagnóstico médico de DT2	3.9*	6.1	4.6	5.4*	7.1*	5.1	5.7	5.59	5.24	5.6
Medicamentos para la diabetes (sólo diabéticos)	85.6	88.0	86.5	89.7	89.0	85.8	82.9	89.0	87.4	87.6
Diagnóstico médico de HTA	6.4*	11.2	9.8	9.5	11.9	8.3*	13.8	10.0	10.0	10.2
Medicamentos para HTA (sólo hipertensos)	69.8	69.4	70.3	66.0	69.9	68.4	82.4	73.8	68.1	69.4
Al menos un examen de azúcar en el último año										
SIN dx de DT2 (tamizaje)	27.1	28.5	27.6	25.8	32.7	25.7	-	29.2	22.6	27.9
CON dx de DT2 (control)	77.1	74.5	72.5	78.0	79.9	60.7	-	74.8	74.1	74.3
Al menos una toma de presión arterial en el último año										
SIN dx de HTA (tamizaje)	50.3*	60.3	58.5	57.1	58.3	54.0	64.9*	64.5*	46.2	58.1
CON dx de HTA (control)	89.9	91.5	92.7	89.6	90.5	90.0	97.0	93.7	87.1	91.3

* Diferencias significativas con $p < 0.01$ en contraste con 1998 para grupos de incorporación, para los no indígenas en el caso de indigenismo y para los beneficiarios en casos del autorreporte de incorporación a *Oportunidades*, después de ajustar por edad, sexo, escolaridad, índice de bienes, índice de calidad de la atención a nivel de clínicas, la autopercepción de figura corporal (*proxy* de peso corporal) y la presencia de otro diagnóstico, DT2 o HTA, para el modelo correspondiente.

* Valores reportados en porcentaje

haber recibido una medición de la presión arterial en el último año. Sin embargo, el grupo de población indígena informó una menor proporción de exámenes de detección de HTA, estadísticamente significativa después del ajuste multivariado, mientras que el grupo que se autorreportó como beneficiario del Programa, notificó mayor proporción de exámenes de presión arterial tanto en los no diagnosticados (exámenes de tamizaje* o detección) como en los pacientes con diagnóstico de HTA (exámenes para la vigilancia del control de la enfermedad). Esta diferencia fue significativa aun después del análisis multivariado.

Para el caso de la prueba de glucosa o azúcar para detectar DT2 o evaluar el control en los pacientes ya diagnosticados, no se observaron diferencias significativas en ninguna de las comparaciones tanto por etnicidad como por incorporación al Programa. En general alrededor de 25% de la población adulta notificó un examen de glucosa para la detección de DT2 en último año, lo que se puede clasificar como adecuado. Sin embargo, en el grupo de pacientes ya diagnosticados con diabetes el hecho de que exista más de 20% de pacientes en todos los grupos sin examen de glucosa en el último año está por debajo de la recomendación de atención, ya que se espera que la totalidad de los pacientes tengan, al menos, dos exámenes anuales de vigilancia.

Análisis en la submuestra específica de síndrome metabólico

Se obtuvo información completa de 2 089 esposas o compañeras del jefe del hogar que participaron en el módulo específico de síndrome metabólico, que incluyó examen de antropometría, determinación de marcadores biológicos e información para su definición como indígena. Por diseño, alrededor de 75% de ellas tenían al menos un diagnóstico

* Búsqueda de enfermedades, como cáncer, que carecen de síntomas. Por ejemplo, la principal medida de tamizaje para cáncer de mama es la mamografía. Tamizaje puede referirse a la coordinación de programas en poblaciones grandes.

de interés (DT2, HTA y/o dislipidemia). En el cuadro 23 se muestran las características de estas participantes por etnicidad. En general, existe una proporción más alta de indígenas en localidades de incorporación temprana (1998) que en las de incorporación más reciente. De acuerdo con el indicador de calidad estructural, la población indígena de esta submuestra tiene, proporcionalmente, más acceso a clínicas con calidad media alta y alta, comparada con la población no indígena. La proporción de participantes que informaron tener un diagnóstico previo es menor entre el grupo de indígenas y el tiempo de diagnóstico fue bastante menor en el mismo grupo.

En lo que respecta al examen físico y a la medición de biomarcadores (cuadro 24), se observaron prevalencias importantes de obesidad y sobrepeso, tanto entre la población no indígena como en la indígena, especialmente en el grupo de participantes con al menos un diagnóstico donde 80.5% de los pacientes no indígenas y 60.8% de los indígenas se clasificaron con peso no saludable (sobrepeso + obesidad). A todas luces los niveles de obesidad son significativamente mayores entre el grupo no indígena. En el grupo de participantes sin diagnóstico, que por diseño son de 40 años o más y no necesariamente representan la población adulta general, se encontró que más de 70% de los no indígenas y casi la mitad de los indígenas presentaron peso no saludable. La proporción de pacientes con diagnóstico de HTA en descontrol es de casi 60%, tanto entre indígenas como entre no indígenas. Sin embargo, entre pacientes sin diagnóstico de HTA la proporción de descontrol hipertensivo y, por lo tanto, de pacientes con hipertensión no diagnosticada es de alrededor de 30% y es más alta (39 vs. 33%) entre indígenas que entre no indígenas. Lo anterior posiblemente refleja la falta de acceso u oportunidad para la realización de exámenes de detección, especialmente entre indígenas.

En el ajuste multivariado se incluyeron obesidad y otros predictores importantes de los niveles de presión arterial, así como un índice de bienes como marcador de estado socioeconómico y por el indicador de la calidad de atención de la clínica correspondiente (cuadro 25). En los resultados se observó que la población indígena muestra un mayor riesgo, estadísticamente significativo, de tener descontrol hipertensivo entre participantes sin diagnóstico (probable HTA no diagnosticada), con una RM= 1.74 en comparación con la población no indígena. Además de los predictores que se esperaban asociados al subdiagnóstico de HTA, tales como la edad y obesidad (índice de masa corporal) ninguna otra variable se asoció con este desenlace de interés. No se halló una relación significativa entre el descontrol hipertensivo y ser beneficiario de *Oportunidades* (usando tanto la variable de grupos como la de autorreporte). La calidad estructural de las clínicas tampoco predice diferencias en descontrol hipertensivo.

Entre los individuos con diagnóstico conocido de HTA, no se encontraron diferencias significativas por etnicidad o por grupo de incorporación. Sin embargo, en un análisis exploratorio, modelando de forma independiente el riesgo de descontrol de la presión sistólica o diastólica, se halló una asociación significativa entre aumento en la calidad de la atención y mejoría en el control de la presión diastólica, aunque no así en la sistólica. Es necesario explorar a profundidad lo anterior antes de llegar a conclusiones, aunque algunos estudios previos han encontrado que la presión diastólica es más susceptible a controlarse con mejorías en el proceso de atención, en contraste con la sistólica que tiene una asociación muy fuerte con edad.¹⁰

Respecto a los pacientes con DT2, la minoría de los participantes se encuentran en buen control de la enfermedad; de ellos, poco más de una tercera parte son indígenas y poco más de una cuarta parte son no indígenas (cuadro 21). El grado de descontrol es más alto entre los no indígenas, especialmente en la categoría de muy mal control, donde la diferencia es de 26.8 *versus* 13.8% entre los indígenas. No obstante, al ajustar por predictores de control metabólico, especialmente por el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, sobrepeso y obesidad (menor entre indígenas), dicha diferencia parece revertirse con un riesgo de descontrol mayor entre indígenas que entre no indígenas con una RM no significativa de 1.32 (cuadro 26). En cuanto a los pacientes sin diagnóstico conocido de DT2, los valores de hemoglobina glucosilada sugieren una proporción de 24% de individuos con probable diagnóstico desconocido de DT2 entre no indígenas y 17.2% entre indígenas (cuadro 24). Esta diferencia se acorta y deja de ser significativa en el modelo multivariado, pero aún en la misma dirección. Nuevamente, los grupos de incorporación o el autorreporte de incorporación al Programa no parecen determinar diferencias en estos indicadores de salud.

Finalmente, en el cuadro 27 se muestra la distribución de los indicadores asociados al proceso de atención para los pacientes con diagnósticos de HTA y DT2, distinguiendo entre indígenas y no indígenas. Si bien las proporciones de pacientes con tratamiento son altas, en particular para DT2, en general la población indígena mostró menor

CUADRO 23

Características de las mujeres incluidas en la muestra para la evaluación del síndrome metabólico, por etnicidad

	NO INDÍGENAS*		INDÍGENAS†		VALOR P
	N	%	N	%	
Grupo de incorporación					
Año 1998	407	24.8	167	37.3	
Año 2000	320	19.5	124	27.7	
Año 2003	446	27.2	69	15.4	
Chiapas-Oaxaca	468	28.5	88	19.6	p≤0.05
Características individuales (A)					
Sin diagnóstico	363	22.1	139	31.0	
Con algún diagnóstico	1278	77.9	309	69.0	p≤0.05
Autorreporte de diabetes	515	31.4	153	34.2	NS
Autorreporte hipertensión arterial	820	50.0	209	46.7	NS
Autorreporte de hiperlipidemia	476	29.0	82	18.3	p≤0.05
Características del hogar					
Bienes tercil 1	311	18.5	217	53.3	
Bienes tercil 2	575	34.3	122	30.0	
Bienes tercil 3	790	47.2	68	16.7	p≤0.05
Características locales					
Calidad estructural baja [§]	140	10.6	24	7.0	
Calidad estructural media baja [§]	548	41.8	107	31.2	
Calidad estructural media alta [§]	507	38.7	171	49.8	
Calidad estructural alta [§]	115	8.7	41	11.9	p≤0.05
	MEDIANA	(P25-P75)	MEDIANA	(P25-P75)	
Características individuales (B)					
Autorreporte de diabetes					
Tiempo de diagnóstico (años) [#]	5	(2-10)	4	(1-8)	p≤0.05
Autorreporte hipertensión arterial					
Tiempo de diagnóstico (años) [#]	3	(1-8)	2	(1-5)	p≤0.05
Autorreporte de hiperlipidemia					
Tiempo de diagnóstico (años) [#]	1	(0-2)	1	(0-3)	NS
	MEDIA	(P25-P75)	MEDIA	(P25-P75)	
Edad (años)	53	(46-60)	53	(48-59)	NS

NS: No significativo.

* El tamaño de muestra de no indígenas es de 1 641.

† El tamaño de muestra de indígenas es de 448.

[§] El total para esta variable es menor por que no todas las localidades tuvieron una evaluación de calidad.

[#] Tiempo de diagnóstico sólo para la población diagnosticada. Reportados son: mediana y (p25-p75).

Los diagnósticos individuales pueden sumar más de 100% por pacientes con más de un diagnóstico conocido.

	NO INDÍGENA	INDÍGENA	VALOR P [‡]
Índice de masa corporal[§]			
Con al menos un diagnóstico			
Normal	19.6	31.2	
Sobrepeso	40.2	40.5	
Obesidad	40.3	28.3	$p \leq 0.0$
Sin ningún diagnóstico			
Normal	27.0	54.1	
Sobrepeso	37.5	33.3	
Obesidad	35.5	12.6	$p \leq 0.05$
Presión arterial			
Hipertensos en descontrol [#]	59.4	58.7	NS
No hipertensos en descontrol (pb diagnóstico)	32.7	38.9	$p \leq 0.05$
Hemoglobina glucosilada en diabéticos[¶]			
Buen control	26.8	36.6	
Mal control (pb diagnóstico)	46.4	49.7	
Muy mal control (pb diagnóstico)	26.8	13.8	$p \leq 0.05$
Hemoglobina glucosilada en no diabéticos			
Buen control	75.9	82.8	
Mal control (pb diagnóstico)	18.3	13.0	
Muy mal control (pb diagnóstico)	5.7	4.2	$p \leq 0.05$
Colesterol[*]			
Diagnosticados en descontrol	47.4	44.0	NS
No diagnosticados con descontrol	34.7	30.1	NS
N	1 641	448	

CUADRO 24

Mediciones biológicas de las mujeres incluidas en la muestra para la evaluación del síndrome metabólico, por etnicidad*

* Todos los valores en el cuadro son porcentajes.

‡ Los valores p fueron calculados mediante la prueba χ^2 cuadrada.

§ Índice de masa corporal: normal = $< 25 \text{ kg/m}^2$; sobrepeso = $25 - < 30 \text{ kg/m}^2$; obesidad: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Descontrol hipertensivo: presión sistólica $\geq 140 \text{ mmHg}$ o presión diastólica $\geq 90 \text{ mmHg}$.

¶ Descontrol glucémico: buen control = $\text{HbA1c} < 7\%$, mal control = $\text{HbA1c} 7 - < 12\%$, muy mal control $\text{HbA1c} \geq 12\%$.

* Descontrol de colesterol: colesterol capilar $\geq 200 \text{ mg/dL}$.

CUADRO 25
Modelos de regresión
logística para el
descontrol hipertensivo
en pacientes con y
sin diagnóstico de
hipertensión

	DESCONTROL HIPERTENSIVO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ^a			DESCONTROL HIPERTENSIVO EN PACIENTES SIN DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (PB DIAGNÓSTICO NO CONOCIDO) ^a		
	AJUSTADO A EDAD	(1)	(2)	AJUSTADO A EDAD	(1)	(2)
Grupo de incorporación						
Año 1998 (Referencia)						
Año 2000		1.450	1.620		1.020	0.960
Año 2003		0.700	1.010		0.890	0.880
Chiapas-Oaxaca		1.70***	1.610		0.850	0.820
Características individuales						
Edad (en años)	1.060***	1.060***	1.060***	1.050	1.060***	1.060
Sin Dx (Referencia)						
Dx. Diabetes ^b		1.380***	1.370***		1.800***	1.850***
Dx. Dislipidemia ^c		0.700	0.780		0.820	0.850
IMC (Kg./m ²)		1.020	1.030		1.060***	1.070***
Tiempo de diagnóstico (año)		1.040***	1.400***			
Características del hogar						
Indígena	0.930	0.960	0.880	1.430	1.610***	1.740***
Bienes tercil 1 (referencia)			1.000			1.000
Bienes tercil 2			0.900			0.800
Bienes tercil 1			0.600			0.760
Características a nivel localidad						
Calidad estructural alta (referencia) ^d			1.000			1.000
Calidad estructural alta media			0.800			0.970
Calidad estructural alta media baja			0.540			0.840
Calidad estructural alta baja			0.610			1.110

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10

^a Razones de momios notificadas.

^b ^c Diagnóstico conocido de diabetes o hiperlipidemias.

^d Que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

tendencia de estar en tratamiento que los no indígenas. Estas diferencias no fueron significativas aun en los modelos multivariados (anexo metodológico). En otros indicadores no hubo diferencias importantes entre indígenas y no indígenas; sin embargo, se observó una baja adherencia a los planes de dieta y ejercicio entre pacientes con DT2 e HTA y proporciones muy bajas (menos de 30%) de pacientes que informaron algún cambio en su tratamiento desde que inició su padecimiento, tanto en indígenas como en no indígenas. De la misma forma, una proporción importante de pacientes no cumple con la norma en cuanto al seguimiento con determinaciones de glucosa o tomas de presión arterial de forma periódica, a pesar de que la mayoría cumplió con la norma de al menos tres consultas de control en el último año, lo que probablemente refleje una mala calidad del proceso de atención.

CUADRO 26
Modelos de regresión logística para el descontrol glucémico (hemoglobina glucosilada) en pacientes con y sin diagnóstico de diabetes

	DESCONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES ^a			DESCONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES SIN DIAGNÓSTICO DE DIABETES (PB DIAGNÓSTICO NO CONOCIDO) ^a		
	AJUSTADO A EDAD	(1)	(2)	AJUSTADO A EDAD	(1)	(2)
Grupo de incorporación						
Año 1998 (referencia)						
Año 2000		0.970	1.270		1.430	1.380
Año 2003		0.800	0.870		1.130	1.030
Chiapas-Oaxaca		0.850	0.930		1.180	1.200
Característica individuales						
Edad (años)	1.020***	1.000	1.010	1.020***	1.040***	1.040**
Sin Dx (referencia)						1.0
Dx. HTA		0.850	0.850		1.180***	0.810
Dx. Dislipidemia		1.090	1.120		0.870	1.230
IMC (Kg/m ²)		1.020	1.000		1.060***	1.060***
Tiempo de diagnóstico (año)		1.780***	1.670			
Características del hogar						
Índigena	0.610***	1.570	1.320	0.590***	0.710	0.890
Bienes tercil 1 (referencia)						
Bienes tercil 2			1.040			1.770**
Bienes tercil 3			1.320			1.610**
Características en la localidad						
Calidad estructural alta (referencia) ^b						
Calidad estructural alta media			1.130			0.980
Calidad estructural alta media baja			0.770			0.980
Calidad estructural alta baja			0.790			1.000

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, + $p < 0.10$.

^a RM notificadas.

^b Que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud por localidad.

Dx: Diagnóstico

IMC: Índice de masa corporal.

SALUD DE ADULTOS MAYORES

La presente sección ofrece un análisis del componente de adultos mayores (AM) incorporado a la Encel 2007. El cuestionario, diseñado ex profeso para este tipo de población, incluyó mediciones sobre tres rubros principales: patrones de ingreso, gasto y ahorro, salud (física y mental) y nutrición, así como redes de apoyo (social y familiar) y arreglos residenciales. Se construyeron y analizaron un total de 13 indicadores de salud y 10 indicadores de cobertura y utilización de servicios de salud, tomando en consideración las diversas normas mexicanas de salud para este grupo poblacional, así como de las reglas de operación del Programa Oportunidades en las que se especifica el tipo de revisiones que deben hacerse al AM en cada visita médica y el tipo de servicios (preventivos y de cobertura) a los que tiene derecho.^{10,11}

CUADRO 27
Indicadores de calidad de la atención en mujeres incluidas en la muestra para la evaluación del síndrome metabólico, por diagnóstico y etnicidad

	NO INDÍGENA	INDÍGENA	TOTAL
Participantes con diagnóstico de diabetes			
Tratamiento con medicamento (pastillas o insulina)	91.8	86.4	90.5
Uso de Insulina	2.0	2.3	2.8
Tomó el medicamento todos los días de la semana previa a la encuesta	93.1	97.8	94.0
Plan de dieta de control	69.8	68.9	69.6
Adherencia a la dieta menos que muy bien	61.4	59.2	61.0
Plan de ejercicio de control	41.9	47.6	43.0
Adherencia al plan de ejercicio menos que muy bien	49.7	57.1	51.3
Cambio de tratamiento desde que inició su padecimiento	32.9	29.2	32.2
Al menos una vez le han tomado una muestra de sangre venosa en el último año	63.2	57.3	62.1
Al menos una complicación crónica	16.9	11.6	15.8
Participantes con diagnóstico de hipertensión arterial			
Tratamiento con medicamento	74.6	69.2	73.5
Tomó el medicamento todos los días de la semana previa a la encuesta	79.9	79.2	79.8
Plan de dieta de control	42.8	45.9	43.4
Adherencia a la dieta menos que muy bien	56.8	62.7	58.0
Plan de ejercicio de control	30.0	33.6	30.6
Adherencia al plan de ejercicio menos que muy bien	54.3	53.1	54.0
Cambio de tratamiento desde que inició su padecimiento	26.6	20.0	25.3
Al menos tres tomas de presión arterial en el último año	42.4	48.9	43.8
Cualquier diagnóstico (diabetes, hipertensión arterial o dislipidemia)			
Menos de tres consultas en el último año	30.3	26.7	29.6
N	1,641	448	2,089

Nota: Todos los valores corresponden a porcentajes. Ninguna comparación fue significativa.

En el presente estudio fueron utilizados un total de 13 indicadores de salud y 10 indicadores de cobertura y utilización de servicios de salud. Cabe destacar que se aplicó una pequeña prueba para evaluar la función cognitiva del AM entrevistado, de modo que a aquellos que presentaban deterioro cognitivo no se les aplicaba el cuestionario. El análisis que se presenta aquí informa los resultados de estimaciones multivariadas, en las que se empleó un abordaje similar al usado hasta ahora (cuadros 28 y 29). Por su parte, las figuras muestran las probabilidades estimadas, los coeficientes estimados, así como los intervalos de confianza respectivos, para los indicadores de salud y utilización analizados.

En las figuras 3 y 4 se muestran algunos de los indicadores utilizados por sexo y estatus indígena. Se observa una mejor percepción del estado de salud en la población indígena y los resultados para indicadores muestran una mejor percepción del estado de salud por parte de la población indígena. Empero, se observa entre este mismo grupo una probabilidad de prevalencia menor de diagnósticos médicos, así como de hipertensión arterial y diabetes mellitus. De igual manera es notorio que indicadores como la dependencia funcional y los síntomas depresivos tiendan a estar más elevados entre los indígenas, incluso con diferencias estadísticamente significativas (figura 3). Por otro lado, en materia de cobertura y utilización de servicios de salud, se observa una clara diferencia en detrimento de la población indígena. Esta situación es particularmente evidente en salud dental y salud visual, como se puede observar en la figura 4.

INDICADORES	MODELO I*										MODELO II*					
	MUJERES			INDÍGENAS			GRUPO DE INCORPORACIÓN†				MUJERES		INDÍGENAS		BENEFICIARIO DE OPORTUNIDADES	
	RM	VALOR P	N	RM	VALOR P	N	Z000	Z003	N	RM	VALOR P	RM	VALOR P	RM	VALOR P	N
Cobertura de edentulismo **	1.28	0.025	1.10	0.043	0.536	0.88	0.589	1,451	1.34	0.020	0.66	0.659	0.91	0.528	1,230	
Utilización preventiva de salud bucal	1.07	0.377	1.08	0.593	0.505	0.74	0.045	7,226	1.02	0.757	0.89	0.377	0.86	0.159	6,237	
Cobertura en salud visual	0.74	0.000	0.78	0.151	0.138	1.01	0.931	3,899	0.73	0.001	0.83	0.271	0.73	0.006	3,348	
Revisión visual preventiva	1.02	0.746	0.84	0.265	0.561	1.17	0.420	7,226	0.95	0.531	0.79	0.129	0.92	0.376	6,237	
Cobertura de la vacuna contra el tétanos	1.38	0.000	0.96	0.012	0.724	0.70	0.006	7,226	1.38	0.000	1.25	0.026	1.69	0.000	6,237	
Cobertura de la vacuna contra la neumonía	1.34	0.000	0.97	0.659	0.742	0.82	0.137	7,226	1.32	0.000	1.00	0.976	1.54	0.000	6,237	
Cobertura de la vacuna contra <i>H. Influenza</i>	1.34	0.000	0.93	0.332	0.497	0.87	0.311	7,226	1.33	0.000	1.08	0.453	1.43	0.000	6,237	
Cobertura detección de cáncer cervicouterino	---	---	1.16	0.441	0.261	0.68	0.048	3,433	---	---	1.07	0.657	1.66	0.000	2,901	
Cobertura detección de cáncer de mama	---	---	1.31	0.650	0.234	1.06	0.825	3,444	---	---	0.86	0.501	0.98	0.872	2,912	
Cobertura detección de cáncer de próstata	---	---	0.86	0.961	0.391	1.40	0.123	1,720	---	---	0.96	0.789	0.70	0.024	1,507	

* Ajustados por: edad, aseguramiento, si vive solo, índice de posesión de bienes, porcentaje de indígenas que residen en la localidad, índice de marginación por localidad, índice de calidad estructural

† Grupo de referencia: año 1998

** Pérdida de piezas dentales

CUADRO 28
Análisis de regresión multivariada, indicadores de cobertura/utilización en salud de adultos mayores

Por otro lado, en general los hombres presentaron mejores indicadores de salud cuando se comparan con las mujeres. Tal es el caso de los diagnósticos médicos de hipertensión y diabetes mellitus, así como el autorreporte de síntomas depresivos, la dependencia funcional, y la pérdida de 16 piezas dentales o más (figura 3). Sin embargo, en materia de cobertura y utilización de servicios de salud son las mujeres quienes notificaron tener una mayor cobertura.

Para las intervenciones de vacunación, no hay evidencia estadística de diferencias por estatus indígena (figura 4). A este respecto, cabe destacar los bajos niveles de cobertura de vacunación alcanzados, especialmente en aquella contra el H. Influenza en la que se registra tan sólo 44%. La vacuna contra la neumonía alcanzó prácticamente 49% de cobertura, mientras que para la vacuna contra el tétanos se tiene 75% de cobertura.

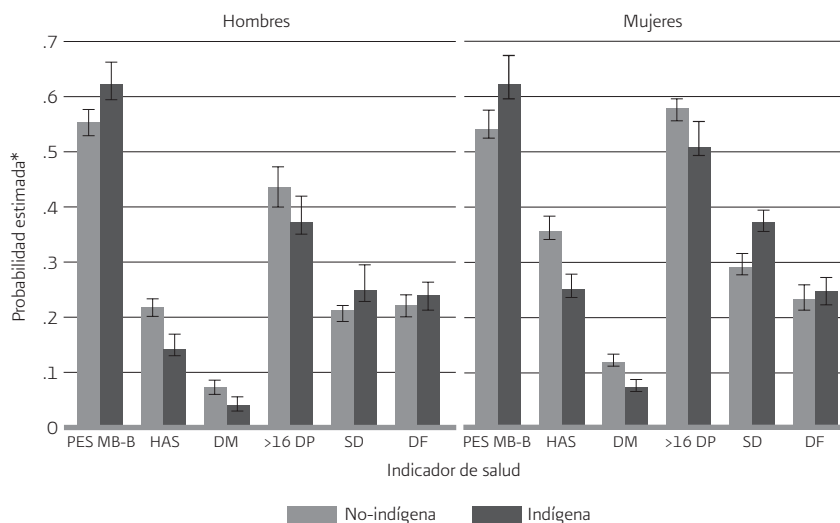


FIGURA 3
Indicadores del estado de salud de adultos mayores

* PES MB-B (percepción del estado de salud "muy bueno" y "bueno"), HAS (hipertensión arterial), DM (diabetes mellitus) > 16 DP (más de 16 piezas dentales perdidas), SD (síntomas depresivos), DF (dependencia funcional)

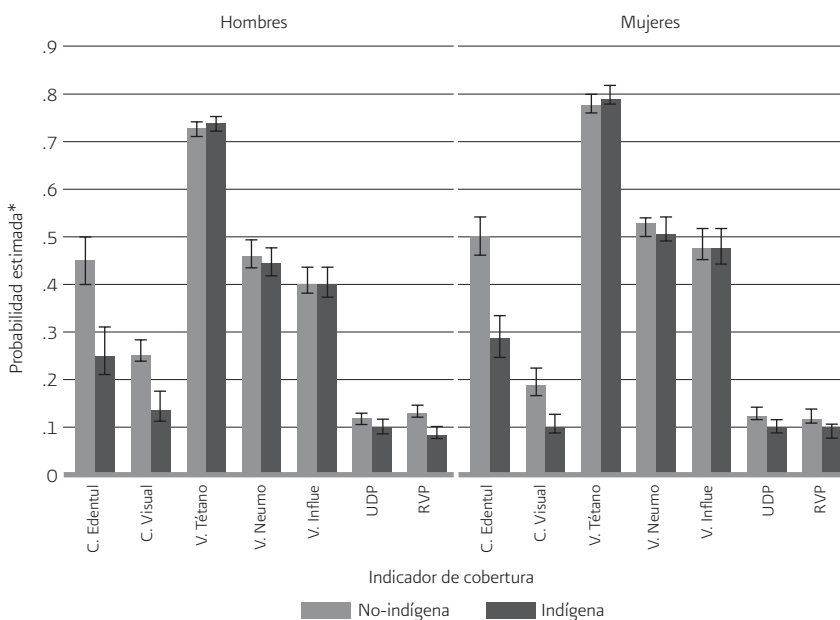


FIGURA 4
Cobertura y utilización de los servicios de salud de adultos mayores

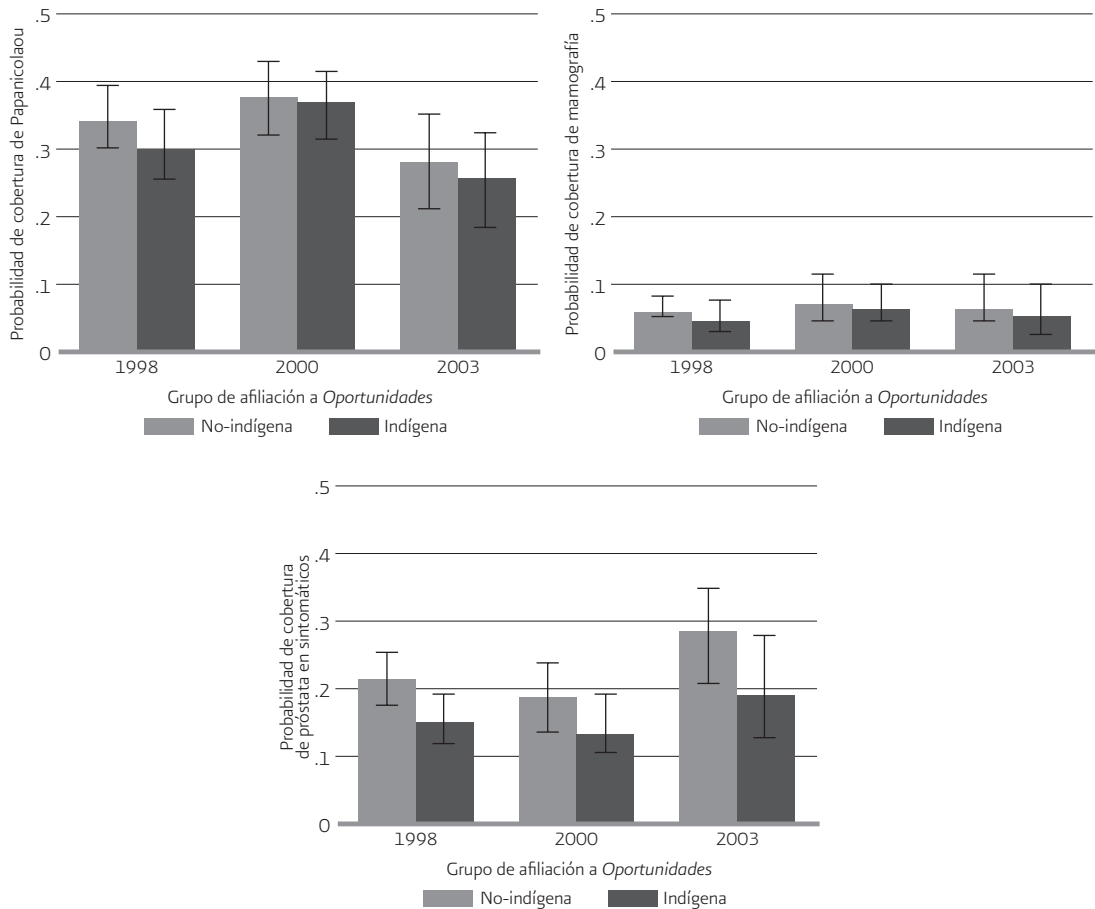
* C. Edentul (cobertura de edentulismo), C. Visual (cobertura visual), V. Tétano (cobertura de vacunación contra tétanos), V. Neumo (cobertura de vacunación contra neumococo), V. Influe (cobertura de vacunación contra Haemophilus influenza) UDP (uso dental preventivo), RVP (revisión visual preventiva)

En relación con la detección oportuna de cáncer, no se aprecian diferencias por estatus indígena, aunque son evidentes los bajos niveles de cobertura (figura 5). Así, la cobertura de detección oportuna para el cáncer cervicouterino no llega siquiera a 35%, lo que es incluso más alto que lo registrado en materia de detección de cáncer mamario, donde la cobertura fue tan sólo de 7.3%. La cobertura de detección de cáncer prostático en hombres que presentan sintomatología prostática alcanza 21.3%.

Al analizar el efecto del tipo de localidad, de acuerdo a la ronda de incorporación de la localidad al Programa Oportunidades, no se encontraron diferencias prácticamente para ningún indicador analizado, ni para los relacionados con el estado de salud ni para la de cobertura y utilización de servicios de salud. En las figuras 6 y 7 se muestran estos resultados para algunos indicadores seleccionados.

Tampoco se encontraron claras diferencias en el estado de salud de la población que reside en los estados del Norte, en comparación con la de Chiapas y Oaxaca. Sin embargo, al interior de ambas regiones existen marcadas diferencias en salud bucal, en detrimento de la población indígena, especialmente en la cobertura de tratamiento del edentulismo. En lo que respecta al uso dental preventivo, se muestran diferencias en Chiapas y Oaxaca, no así en los estados del norte (anexo D). Lo anterior tiene implicaciones importantes en términos de desigualdad, especialmente si se considera la alta proporción de población indígena que reside en el sur del país.

FIGURA 5
Cobertura de detección oportuna de cáncer en adultos mayores



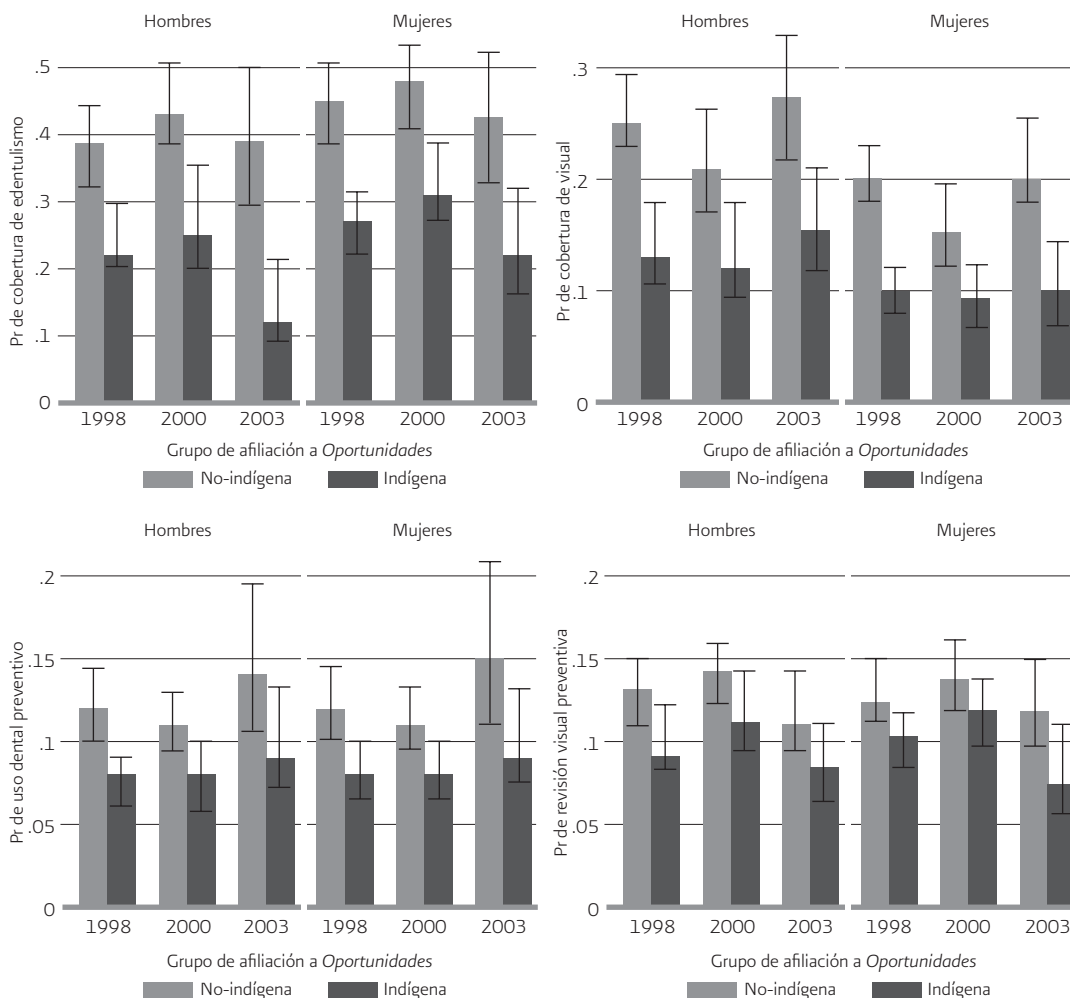


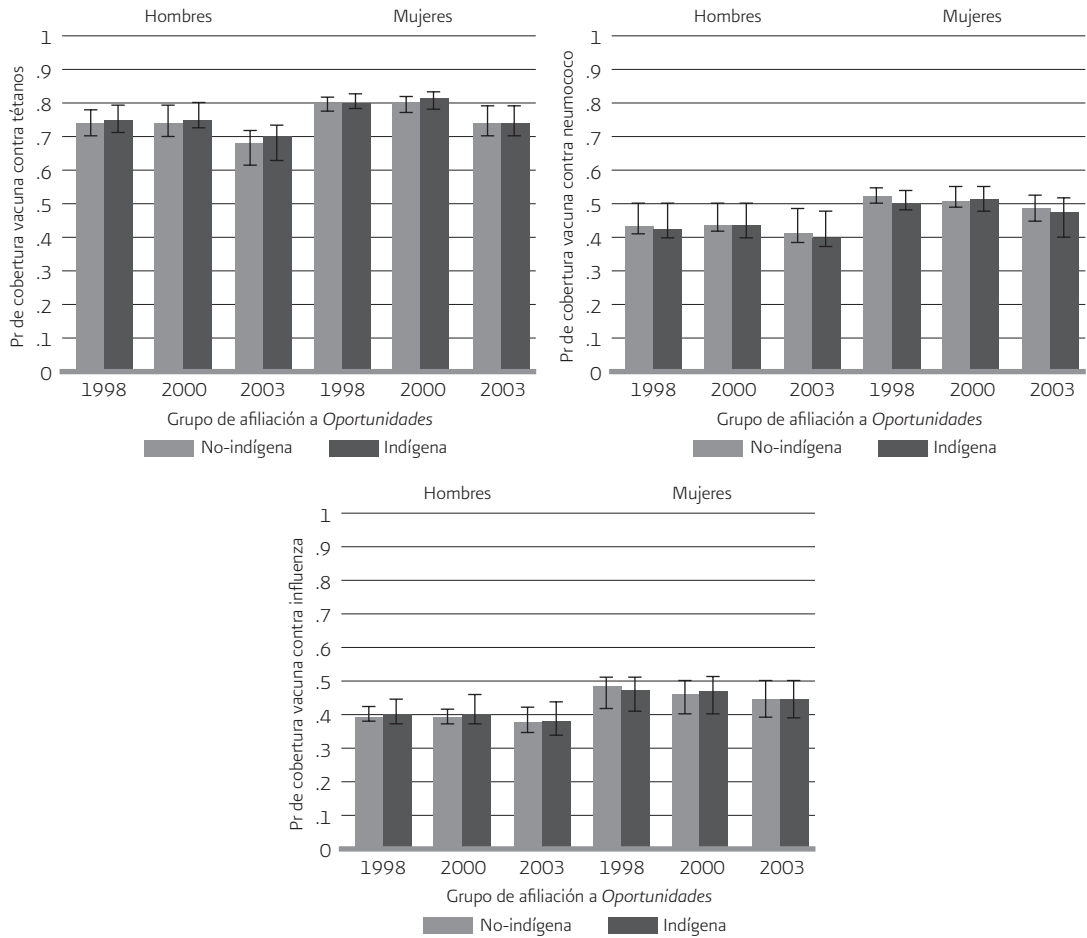
FIGURA 6 Indicadores de cobertura/utilización en salud bucal y salud visual, según año de afiliación de la localidad de residencia al Programa Oportunidades de adultos mayores

* UDP (uso dental preventivo), RVP (revisión visual preventiva).
Edentulismo: pérdida de piezas dentales. *

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS, GASTO EN SERVICIOS DE SALUD Y AUTORREPORTE DE ESTADO DE SALUD

En esta sección se presenta el análisis de la utilización de servicios de salud y del gasto asociado a la misma, así como del autorreporte del estado de salud de las personas que viven en hogares incorporados a *Oportunidades*. Se realizaron dos tipos de análisis: uno descriptivo y otro multivariado. El primero se emplea para describir la evolución de la utilización de servicios de salud públicos y privados, del gasto y de las condiciones de morbilidad e inactividad por motivos de salud de las personas y, por otro lado, para identificar trayectorias en los indicadores por grupos de edad, sexo y condición étnica. En el análisis descriptivo se emplearon datos de las Encel 2000 (marzo), 2003 y 2007. A fin de que las comparaciones entre las diferentes rondas fueran más informativas y fáciles de interpretar, se optó por excluir de la muestra hogares que se formaron después de 1998; es decir, durante todo el periodo analizado se mantuvieron exactamente los mismos hogares. En el cuadro 30 se muestra un resumen de la disponibilidad de indicadores en las diferentes rondas de la Encel usadas en el análisis descriptivo, así como el periodo al que se hace referencia en la pregunta específica para cada uno de ellos.

FIGURA 7
Cobertura de vacunación según año de afiliación de la localidad de residencia al Programa Oportunidades de adultos mayores



CUADRO 30
Muestra disponible para el análisis descriptivo, por grupos de edad

INDICADOR	2000 MARZO*				2003*				2007*				PERIODO
	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)	
1. Utilización servicios ambulatorios públicos	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Último mes
2. Utilización servicios ambulatorios totales	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Último mes
3. Morbilidad	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Último mes
4. Inactividad a causa de problemas de salud	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Último mes
5. Gasto en hospitalización	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Últimos tres años
6. Gasto en consulta ambulatoria	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Último mes
7. Atención preventiva	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Último año

* (1) 0 a 6 años, (2) 7 a 17 años, (3) 18 a 49 años y (4) 50 y más años de edad

INDICADORES SELECCIONADOS	2000 Y 2003		INCORPORACIÓN 1998, CHIAPAS Y OAXACA		NORTE	
	INCLUYENDO CALIDAD	SIN INCLUIR CALIDAD	INCLUYENDO CALIDAD	SIN INCLUIR CALIDAD	INCLUYENDO CALIDAD	SIN INCLUIR CALIDAD
	Utilización de servicios ambulatorios públicos	128 115	100 398	36 906	31 758	4 013
Utilización de servicios ambulatorios totales	128 115	100 398	36 906	31 758	4 013	3 563
Morbilidad	94 062	73 949	34 817	30 012	441	387
Gasto en hospitalización	2 250	1 817	337	288	---	---
Gasto en consulta ambulatoria	6 809	5 446	2 304	2 069	---	---

CUADRO 31
Distribución muestral para el análisis multivariado con la Encel 2007

Mediante el segundo tipo de análisis se determinaron los factores asociados a la heterogeneidad observada en la utilización de servicios, en el gasto y en la morbilidad, entre los grupos de interés de este informe: grupos de incorporación, hombres vs. mujeres e indígenas vs. no indígenas. En este análisis multivariado se utilizó exclusivamente la Encel 2007 y se incluyó a todos los hogares de esta muestra.

En el análisis descriptivo del 2007 no se distingue a los hogares considerando las distintas categorías de incorporación ni las regiones de los hogares,* mientras que en el análisis multivariado sí se agrupa, por un lado, a los hogares de localidades incorporadas en 1998, 2000 y 2003 y, por el otro, en modelos separados, a aquellos ubicados en Chiapas y Oaxaca. En éste análisis no se incluye a aquellos ubicados en algún estado del norte del país, debido a la escasez de observaciones. En el cuadro 31 se presenta la distribución de las muestras usadas en esta sección. Debido a que es considerable la cantidad de observaciones sin información en la variable de calidad, se presentan los tamaños de muestra incluyendo y sin incluir este indicador.

Análisis longitudinal descriptivo

En la figura 8 se presenta el cambio, entre 2000 y 2007, de la proporción de hogares que notificaron haber usado servicios ambulatorios en las últimas cuatro semanas, para los grupos de edad de 18 a 49 y de 50 años o más. El

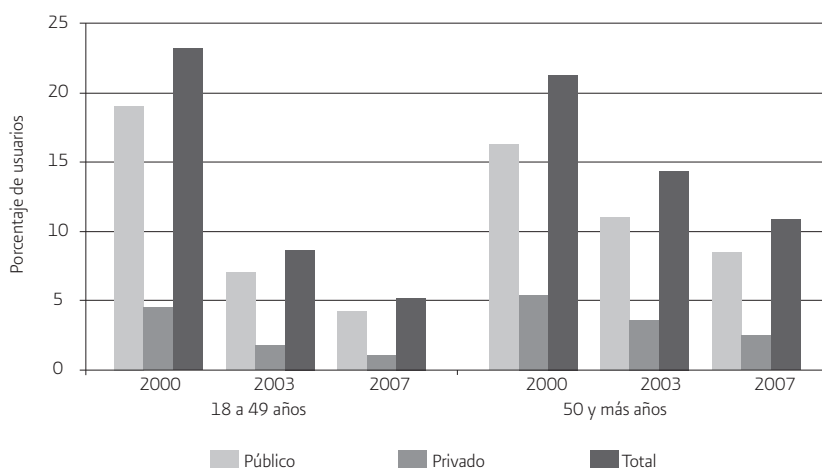


FIGURA 8
Utilización de servicios de salud públicos, privados y totales por hogar en las últimas cuatro semanas

* Pueden pertenecer a localidades de incorporación 1998, 2000 o 2003, o bien a aquellas procedentes de los estados de Chiapas, Oaxaca o del norte. Véase apartado de identificación de tratamiento en la introducción del documento.

resultado más importante de esta figura tiene que ver con el hecho de que, al parecer, hubo una drástica disminución en la utilización de servicios de salud, particularmente públicos, y de manera más específica entre la población de 18 a 49 años. En la figura 9 se muestra el mismo análisis pero distinguiendo, además, por sexo. Los resultados son similares, aunque menos drásticos para las mujeres.

Para introducir la condición étnica en el análisis, se graficó la diferencia entre indígenas y no indígenas en la proporción de usuarios de servicios ambulatorios públicos, privados y el total, durante las últimas cuatro semanas para cada grupo de edad (figura 10). Es decir, la proporción de indígenas menos la proporción de no indígenas, de tal modo que las cifras negativas implican una menor utilización de servicios por parte de los indígenas. En lo que se refiere a la utilización de servicios públicos, no se encontró una diferencia importante entre los dos grupos, excepto en 2000, cuando el grupo de indígenas usó más este tipo de servicios y en 2003, donde el grupo de no indígenas tiene la ventaja entre el grupo de 50 años o más. Por lo que respecta a la utilización de servicios privados y totales, la población indígena en general usa menos los servicios; no obstante, esta diferencia parece disminuir en el tiempo, especialmente entre el grupo de 18 a 49 años. Las diferencias en la utilización de servicios privados son estadísticamente significativas ($p < 0.001$) en todos los años, mientras que en la utilización de servicios públicos únicamente lo son para el año 2000 en personas de 50 años o más ($p < 0.10$), en 2003 en personas de 18 a 49 años ($p < 0.001$) y en 2007 en ambos grupos ($p < 0.001$).

FIGURA 9
Utilización de servicios de salud públicos, privados y en total en las últimas cuatro semanas, por sexo

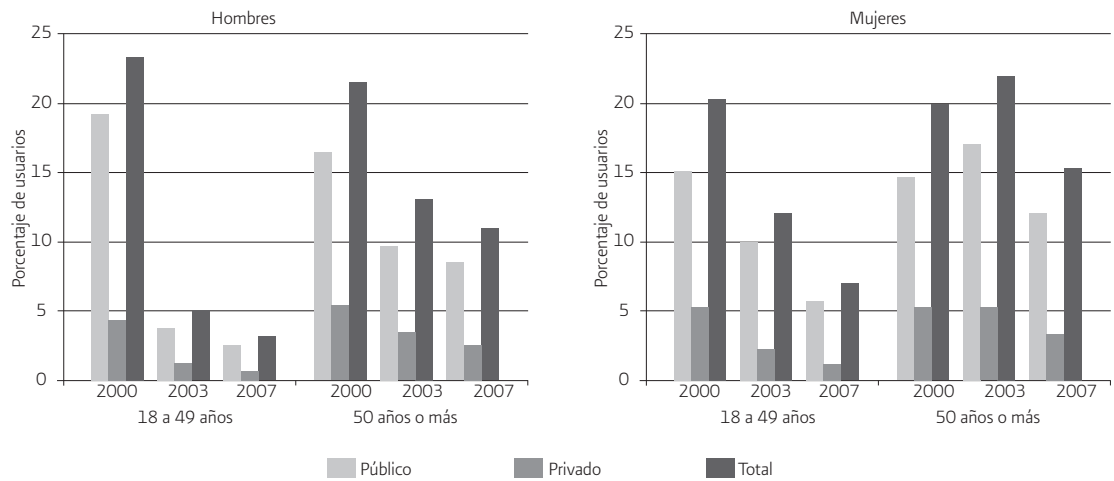
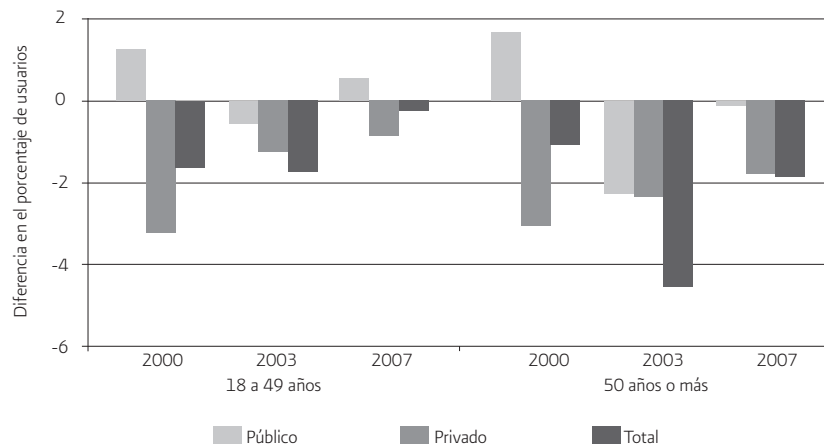


FIGURA 10
Diferencias indígena-no indígena en utilización de servicios de salud públicos, privados y en total por hogar en el último mes



En la figura 11 se muestra el cambio entre 2003 y 2007 en el gasto en atención ambulatoria en el último mes en pesos constantes de 2007, para cuatro grupos de edad, y distinguiendo entre atención pública, privada y el total. Este promedio de gasto se calculó considerando únicamente a aquellos que notificaron haber usado los servicios en las últimas cuatro semanas, de tal forma que las diferencias no pueden atribuirse a la menor utilización mostrada antes. En primer lugar se observa que, conforme aumenta la edad, tiende a aumentar también el gasto en servicios ambulatorios. En segundo lugar, independientemente del grupo de edad, no se detectó un cambio entre 2003 y 2007 en el gasto en servicios públicos ambulatorios. Por el contrario, durante el mismo periodo se observa una disminución bastante significativa en el gasto en servicios ambulatorios privados y en el total de alrededor de 200 pesos mensuales en promedio.

La diferencia en gasto en servicios ambulatorios entre la población indígena y la no indígena se presenta en la figura 15, distinguiendo entre diferentes grupos de edad. En general, parece que los indígenas gastan menos que el grupo de no indígenas, con algunas excepciones, especialmente entre los grupos de 7 a 17 y entre mayores de 50 años, en lo que se refiere a servicios privados. Cabe destacar tres hechos: a) no parece existir ninguna tendencia clara en el tiempo: en algunos casos la diferencia disminuye y en otros aumenta entre 2003 y 2007; b) el rango

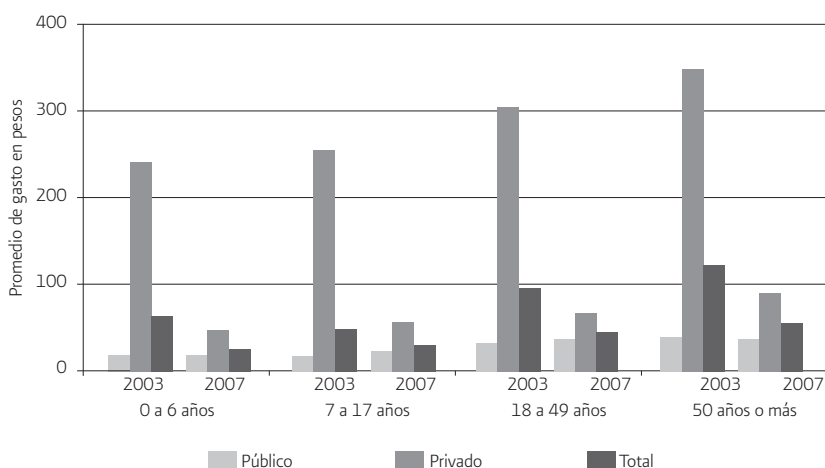


FIGURA 11
Gasto en atención ambulatoria por hogar en el último mes (pesos constantes de 2007)

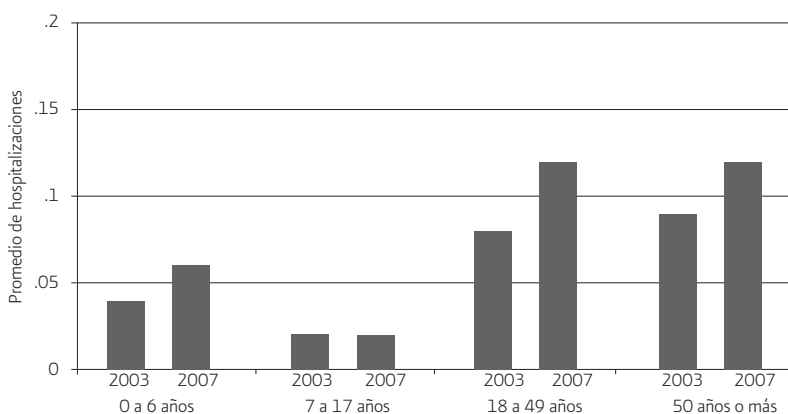


FIGURA 12
Número de hospitalizaciones en los últimos tres años

de variación en la diferencia de gasto (significativa en todos los grupos de edad y años considerados en el caso de utilización de los servicios públicos, $p < 0.05$) es siempre inferior a 50 pesos y, en muchos casos, es bastante menor, y c) el que los indígenas gasten menos es, probablemente, un mero reflejo de que son más pobres, usan menos servicios privados y tienen menos acceso a medicamentos y otros complementos de la consulta.

Por lo que respecta a la utilización de servicios hospitalarios, en la figura 12 se presenta el cambio entre 2003 y 2007 en la frecuencia de hospitalizaciones durante los últimos tres años. En general sí se observa una tendencia al aumento, especialmente en el caso de las personas entre 18 y 49 años. Como puede observarse en la figura 13, lo anterior se debe a que las mujeres en este grupo de edad aumentaron considerablemente su utilización de servicios hospitalarios entre 2003 y 2007. Este resultado es consistente con los encontrados en salud reproductiva, donde se informa que las mujeres han aumentado el uso del hospital para servicios obstétricos. Por lo que respecta a la población indígena se encontró que, como en el caso de la atención ambulatoria, usan menos los servicios que la población no indígena. No se detectaron cambios en el tiempo en este sentido (figura 14).

En la figura 16 se muestra el cambio en el gasto debido a hospitalizaciones ocurridas en los últimos tres años, entre 2003 y 2007, para diferentes grupos de edad. Al igual que en la sección de gasto en utilización de servicios ambulatorios, el análisis del gasto en hospitalizaciones incluye únicamente a aquellos individuos que fueron hospitalizados. En general, no se observan diferencias en el tiempo ni entre grupos de edad, con la excepción del grupo de AM de 50 años entre quienes sí se distingue, por un lado, que gastan más en hospitalizaciones que el resto de los grupos y, por el otro, que sí hay un notable aumento en este tipo de gasto en el tiempo.

FIGURA 13
Número de hospitalizaciones en los últimos tres años, por sexo

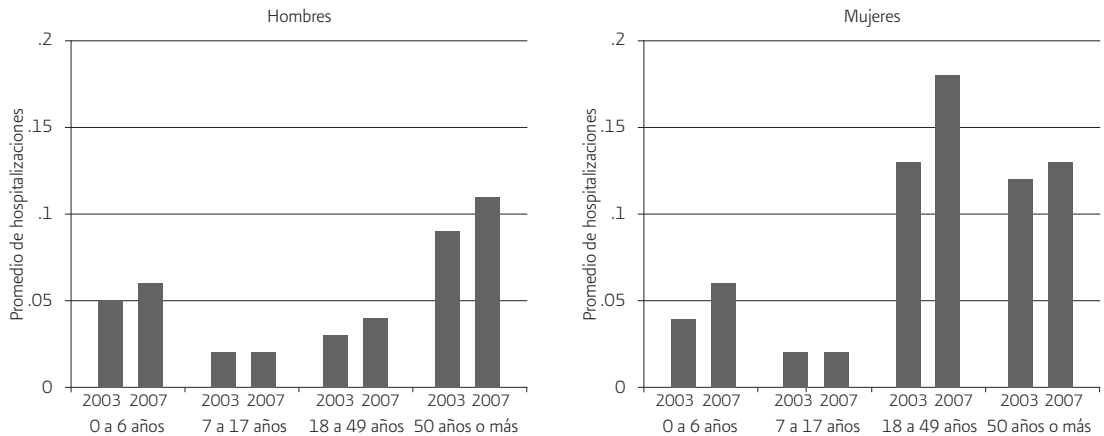
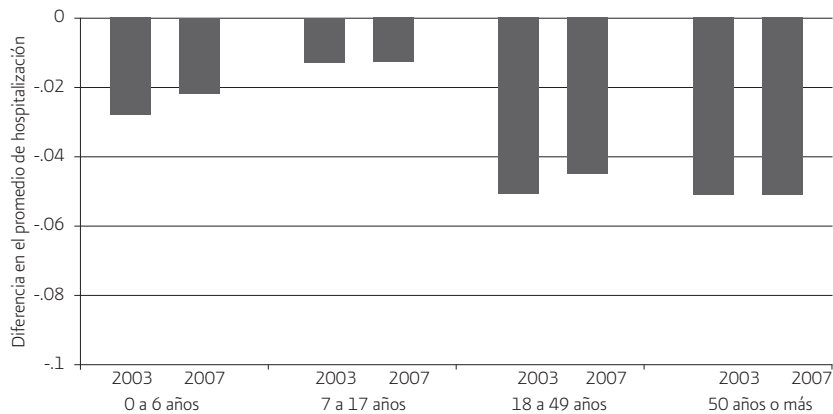


FIGURA 14
Diferencia indígena-no indígena en el número de hospitalizaciones en los últimos tres años



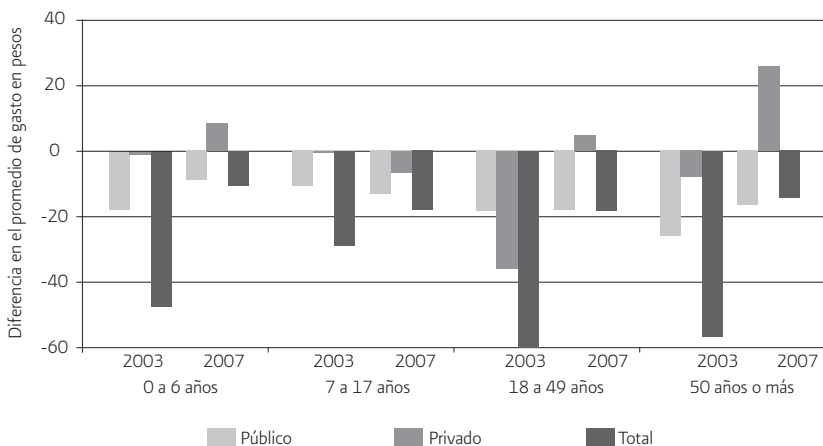


FIGURA 15
Diferencias indígena-no indígena en gasto en atención ambulatoria por hogar en el último mes (pesos constantes de 2007)

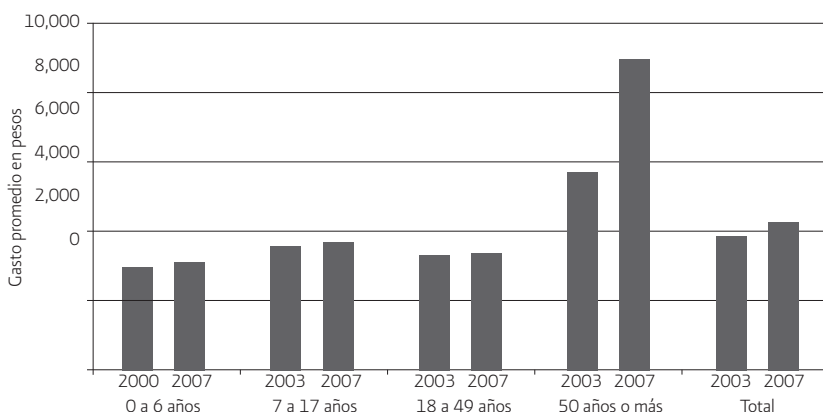


FIGURA 16
Gasto asociado con hospitalizaciones por hogar en los últimos tres años (pesos constantes de 2007)

En la figura 17 se muestran las diferencias entre indígenas y no indígenas en cuanto a gasto asociado a hospitalizaciones, en pesos constantes a 2007. Los resultados no son muy distintos al caso de la utilización ambulatoria. En general, los indígenas gastan menos. Lo que es importante destacar aquí, es que las diferencias en los promedios de gasto de hospitalizaciones sí son grandes (entre 500 y más de 2 000 pesos) y estadísticamente significativas ($p < 0.05$) para 2003 entre las personas de 0 a 6 años, 18 a 49 y 50 y más años, lo cual se repite en 2007. Con excepción del grupo de 7 a 17 años, sí existe una tendencia en el tiempo que muestra que estas diferencias se incrementaron entre 2003 y 2007. Al igual que en el caso de la utilización de servicios ambulatorios, estas diferencias reflejan, probablemente, un menor acceso a servicios.

Por lo que respecta al autorreporte de morbilidad medido como el número de días enfermo en las últimas cuatro semanas, en la figura 18 se muestra el cambio entre 2000 y 2007, por sexo. De acuerdo con los resultados de las tres rondas de la Encel, el promedio de días enfermo en las últimas cuatro semanas se ha incrementado entre la población de beneficiarios en los últimos siete años, tanto entre hombres como entre mujeres, aunque este aumento es mayor entre las mujeres: de 0.4 días pasó a casi un día.

Las diferencias entre indígenas y no indígenas se muestran en la figura 19; en este caso se distingue, además de la condición étnica y los grupos de edad, por sexo. En general los indígenas notifican menos morbilidad que los no indígenas ($p < 0.001$ en los tres años y grupos de edad entre hombres y mujeres, salvo para el caso de mujeres

FIGURA 17
Diferencias indígena-no indígena en gasto asociado con hospitalizaciones por hogar, en los últimos tres años (pesos constantes de 2007)

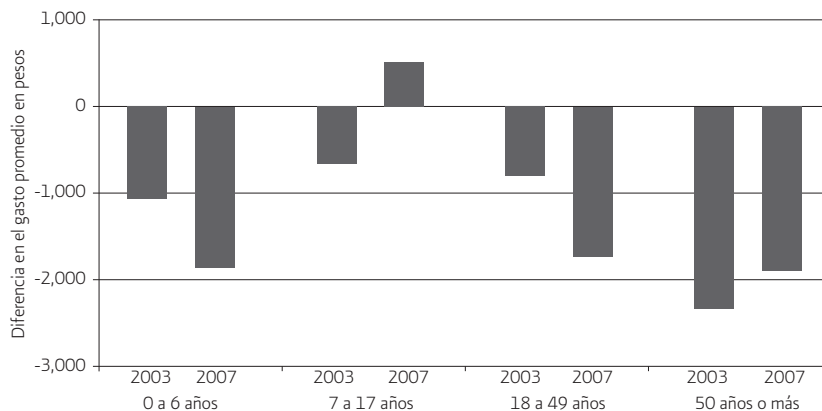


FIGURA 18
Reporte de morbilidad en el último mes, por sexo

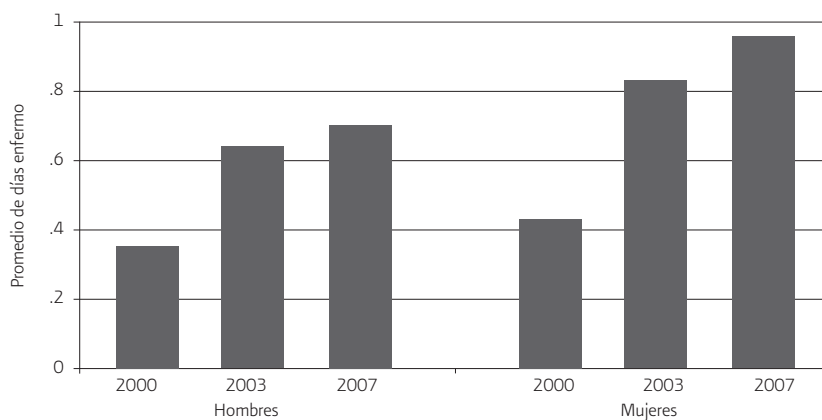
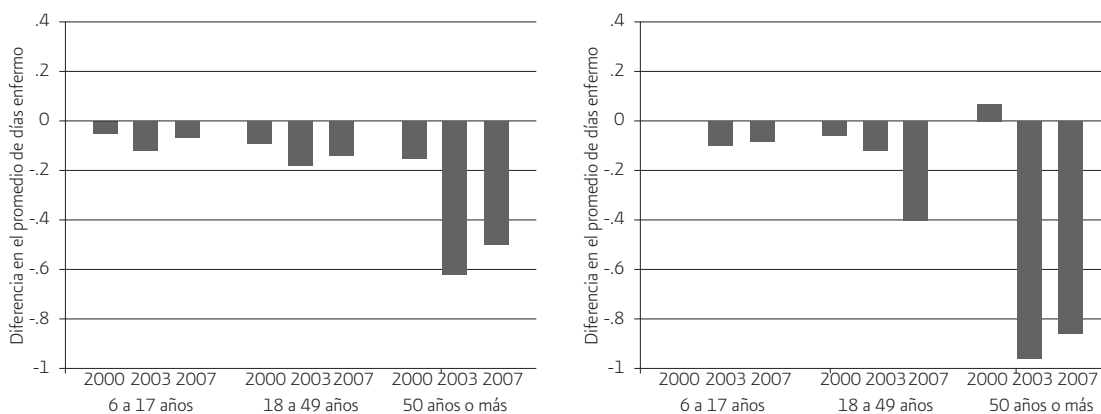


FIGURA 19
Diferencias indígena-no indígena en el reporte de morbilidad en el último mes, por sexo



en 2000). Es probable que esto se deba a una diferencia en la percepción de morbilidad entre los dos grupos, y no necesariamente a una verdadera diferencia en el estado de salud. Por otra parte, con excepción del grupo de edad de 7 a 17 años, sí existe una tendencia en el tiempo: esta diferencia creció tanto para mujeres como para hombres entre 2000 y 2007. No es posible determinar los motivos de este cambio; sin embargo, se pueden proponer algunas hipótesis, a saber: es probable que, debido a que la población no indígena de beneficiarios tiene un mayor acceso a los servicios de salud, esté crecientemente sensibilizada respecto a su estado de salud y, por tanto, notifique más morbilidad aun cuando su estado de salud realmente no haya empeorado. Finalmente, existen diferencias significativa ($p < 0.05$) entre hombres y mujeres en 2007 para el grupo de 18 a 49 años, y en 2003 y 2007 para el grupo de mayores de 50 años. En ambos casos la diferencia entre indígenas y no indígenas es mayor entre las mujeres que entre los hombres, es decir que proporcionalmente las mujeres no indígenas notifican más morbilidad respecto a las mujeres indígenas, que los hombres no indígenas respecto a los hombres indígenas.

En las figuras 20 y 21 se muestran los resultados sobre el autorreporte de días de inactividad debido a enfermedad, pero sólo para dos grupos de edad: 18 a 49 y mayores de 50 años (cuadro 30). Los resultados en esta variable son difíciles de interpretar en relación con los hallazgos encontrados a través del reporte de morbilidad. Por un lado, no parece haber un cambio significativo en el total de días de inactividad en los últimos siete años, lo cual no respalda la hipótesis de que el aumento en el reporte de morbilidad se debe a un cambio en el reporte y no necesariamente a un cambio en el estado de salud. Por otro lado, los indígenas sí notifican menos días de inactividad que los no indígenas ($p < 0.001$ en todos los periodos y rangos de edad para hombres y mujeres), lo cual coincide con los resultados de morbilidad.

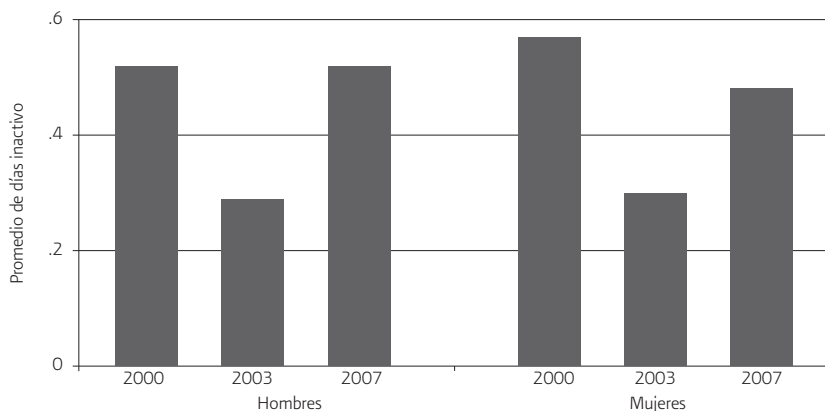


FIGURA 20
Reporte de días de inactividad por sexo en el último mes

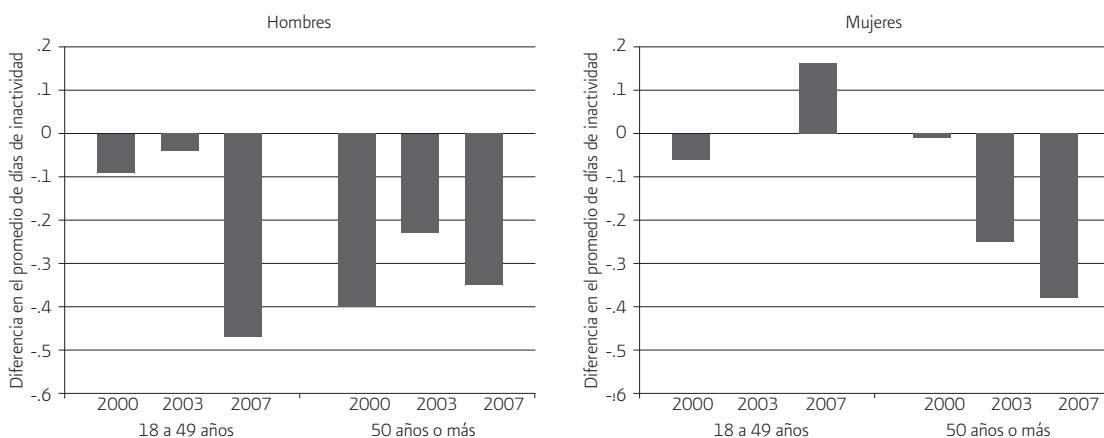


FIGURA 21
Diferencias indígena-no indígena en el reporte de días de inactividad por sexo en el último mes

Análisis multivariado

Este análisis tiene el objetivo de identificar diferencias en los niveles de los indicadores de utilización, gasto y salud, entre diferentes grupos de beneficiarios y los factores asociados a esas diferencias. Los grupos de interés a comparar en este análisis, según la información de la Encel 2007 son, además de hombres y mujeres e indígenas vs. no indígenas, como en el análisis descriptivo, tres tipos de localidades de acuerdo con el año de su incorporación al Programa. Alternativamente –como se explicó en la sección de metodología–, se empleó una variable de autorreporte de ser beneficiario del Programa en 2007.

En el cuadro 32 se muestran los resultados de las estimaciones para la utilización de servicios ambulatorios (totales y públicos) en 2007. Se utilizaron dos especificaciones (1 y 2) diferentes del modelo general presentado en la sección de métodos. La primera, considera como variable de tratamiento al tipo de localidad a la cual pertenece el hogar, mientras que la segunda considera el autorreporte de ser beneficiario del Programa. Ambas especificaciones controlan por características demográficas de los usuarios (edad y sexo) y por estatus socioeconómico por hogar,

CUADRO 32
Modelos probabilísticos lineales para la utilización de servicios de salud ambulatorio público y, en general, en las últimas cuatro semanas

	VARIABLE DEPENDIENTE: ¿HA UTILIZADO SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?							
	SERVICIOS AMBULATORIOS TOTALES				SERVICIOS AMBULATORIOS PÚBLICOS			
	(1A)	(1B)	(2A)	(2B)	(1A)	(1B)	(2A)	(2B)
Grupo de incorporación								
Año 1998	-0.013+	-0.019**			-0.010	-0.014+		
Año 2000	-0.018**	-0.020**			-0.016**	-0.017**		
Año 2003 (referencia)								
Año 1998*indígena	0.004	0.022			0.008	0.025**		
Año 2000*indígena	0.017	0.034**			0.017	0.031**		
Año 2003*indígena (referencia)								
Características individuales								
Género (1=m, 0=f)	-0.033***	-0.034***	-0.033***	-0.034***	-0.027***	-0.028***	-0.027***	-0.028***
Edad de 0 a 6 años (referencia)								
Edad de 7 a 17 años	-0.058***	-0.056***	-0.058***	-0.056***	-0.039***	-0.037***	-0.039***	-0.037***
Edad de 18 a 49 años	-0.055***	-0.055***	-0.055***	-0.055***	-0.041***	-0.040***	-0.041***	-0.040***
Edad de 50 años o más	0.019***	0.018***	0.019***	0.018***	0.009**	0.009**	0.009**	0.009**
Características del hogar								
Indígena	-0.000	-0.017	-0.005	-0.002	-0.001	-0.016	-0.004	-0.000
Bienes tercil 1 (referencia)								
Bienes tercil 2	0.005	0.007+	0.005	0.007+	0.003	0.005	0.003	0.005
Bienes tercil 3	0.002	0.003	0.002	0.003	-0.002	0.000	-0.002	0.000
Oportunidades ^a			-0.001	0.000			-0.001	0.000
Oportunidades ^a *indígena			0.008***	0.005+			0.007***	0.005**
Jefe del hogar sin educación (referencia)								
Jefe del hogar con educación primaria	0.035	0.038	0.035	0.038	0.024	0.027	0.024	0.027
Jefe del hogar con educación mayor a primaria	0.059**	0.061**	0.059**	0.061**	0.039+	0.042+	0.040+	0.042+
Características en la localidad								
Calidad estructural baja/baja/media baja (referencia) ^b								
Calidad estructural media alta		0.004		0.005		0.007		0.007
Calidad estructural alta		0.013		0.015+		0.016+		0.017**
Índice de marginación 2005	-0.013***	-0.012**	-0.013***	-0.013***	-0.004	-0.004	-0.004	-0.004
Intercepto	0.109***	0.108***	0.099***	0.091***	0.091***	0.086***	0.083***	0.074***
N	128 115	100 398	128 115	100 398	128 115	100 398	128 115	100 398

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10

^a Variable de autorreporte igual a uno si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de *Oportunidades*, e igual a cero en caso contrario.

^b Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

usando el índice de activos (sección de metodología) y por otras características del jefe del hogar. La diferencia entre las especificaciones (a) y (b) en ambos modelos, es que en (b) se incluyó el índice de calidad en la estructura de los centros de salud.

En primer lugar, se observó que los coeficientes estimados en los cuatro modelos, tanto para los servicios ambulatorios públicos como en general, son estables, lo cual da confianza respecto a la pérdida de muestra causada por la variable de calidad; es decir, lo anterior es evidencia de que no se pierden hogares sistemáticamente diferentes a los que permanecen en la muestra. El año de incorporación al Programa sí tiene un efecto sobre la utilización de servicios tanto totales como públicos. Los hogares en localidades incorporadas en 1998 tienden a usar menos los servicios ambulatorios. Resulta interesante analizar este hecho a la luz del resultado del análisis descriptivo que muestra una disminución en el tiempo de la utilización de este tipo de servicios. La combinación de ambos indica que, en el tiempo, es probable que sean los primeros beneficiarios del Programa los que reducen más su utilización. Por este motivo, se investigó si la utilización de servicios preventivos también muestra una tendencia a disminuir en el tiempo y se encontró que no es el caso, o al menos no lo es de manera tan drástica como sucede con los servicios totales (anexo E). Esto implica que la reducción en la utilización se debe proporcionalmente más a los servicios curativos y, por los resultados que se muestran en el cuadro 32, es posible que este efecto sea más fuerte entre los beneficiarios con mayor antigüedad en *Oportunidades*. Esta hipótesis debe investigarse con más detalle por dos motivos: primero porque, de validarse, implica un efecto positivo importante del Programa; segundo, porque implica que el resultado encontrado en el reporte de morbilidad (que parece haber aumentado en el tiempo) se debe a un cambio en la percepción y reporte de morbilidad y no necesariamente a un empeoramiento del estado de salud. Por otro lado, en el caso de la variable de autorreporte de ser beneficiarios, no se halló un efecto sobre la utilización en este análisis multivariado.

Por otra parte, la calidad de los servicios sí tiene un efecto positivo sobre la utilización de los mismos. En aquellos hogares con acceso a clínicas con niveles de calidad alta, aumenta la probabilidad de la utilización de los servicios respecto a los hogares que tienen acceso a clínicas con baja calidad estructural. Es importante subrayar que este resultado es significativo, muy importante y que, dado que en las estimaciones se está controlando por nivel de marginación en la localidad, no se puede atribuir a escasez de servicios públicos o alguna otra característica de pobreza en la localidad. Por otro lado, es importante notar que hemos encontrado este significativo rol de la calidad de los servicios únicamente en lo que respecta a la utilización general de servicios. En las secciones anteriores, en las que se analizó el efecto de la calidad estructural de las clínicas sobre indicadores específicos de salud reproductiva, salud infantil, síndrome metabólico y salud de adultos mayores, no encontramos un efecto significativo de la calidad estructural. Tomando en cuenta los resultados encontrados en esta sección, es muy probable que lo anterior se deba a que el índice de calidad estructural no es apropiado para medir calidad de servicios específicos. Es importante que en futuras investigaciones se usen índices más apropiados y específicos para el grupo de población o el problema de salud a estudiar.

Para ambos tipos de utilización (totales y públicos), mayores niveles de marginación en la localidad están asociados con una menor utilización de servicios de salud ambulatorios. Asimismo se encontró que las mujeres tienen una menor probabilidad de usar servicios (en promedio 3%) con respecto a los hombres; como era de esperarse, las personas de mayor edad (de 50 años o más) utilizan más los servicios ambulatorios. La condición indígena no tiene un efecto sobre la utilización, a diferencia de lo que se encontró en el análisis descriptivo. Esto implica que, una vez controlando por pobreza, educación, marginalidad, etc., el hecho de ser indígena no implica una menor utilización de los servicios.

Finalmente, pese a que la variable de autorreporte de ser beneficiarios no tenga impacto sobre el uso de servicios ambulatorios, la interacción de este indicador con la condición indígena de los hogares sí favorece la utilización, lo cual coincide de alguna manera con la interacción entre grupos de incorporación y la condición indígena de los hogares. Esto se vuelve más interesante si se considera que casi 60% de los hogares que se autorreportaron como beneficiarios del Programa se ubican en localidades de tratamiento en 1998 y 2000. Lo anterior implica que *Oportunidades* ha motivado un considerable aumento en la utilización de los servicios ambulatorios por parte de la población indígena.

En el cuadro 33 se muestran los resultados obtenidos para la variable dependiente de reporte de morbilidad en las últimas cuatro semanas. No se encontró ninguna diferencia en probabilidad de reporte de morbilidad por grupos de incorporación, ni por condición étnica. Sin embargo, al igual que en el caso de la utilización de servicios ambulatorios,

CUADRO 33
Morbilidad en las
últimas cuatro
semanas. Modelo
probabilístico lineal

VARIABLE DEPENDIENTE: ¿HA ESTADO ENFERMO EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?				
	(1)	(2)	(3)	(4)
Grupo incorporación				
Año 1998	0.005		0.003	
Año 2000	0.008		0.005	
Año 2003 (referencia)				
Año 1998*indígena		-0.005+		-0.000
Año 2000*indígena		0.010		-0.004
Año 2003*indígena (referencia)				
Características individuales				
Género (1=m, 0=f)	-0.027***	-0.027***	-0.027***	-0.027***
Edad de 0 a 6 años (referencia)				
Edad de 7 a 17 años	-0.056***	-0.056***	-0.056***	-0.056***
Edad de 18 a 49 años	-0.019***	-0.019***	-0.019***	-0.019***
Edad de 50 años o más	0.065***	0.065***	0.061***	0.061***
Características del hogar				
Indígena	0.026	-0.002	0.006	0.014
Bienes tercil 1 (referencia)				
Bienes tercil 2	0.001	0.002	0.001	0.001
Bienes tercil 3	0.007	0.007	0.006	0.006
Oportunidades ^a	-0.012		0.004	
Jefe del hogar sin educación (referencia)				
Oportunidades ^a *indígena	-0.021		0.002	
Jefe del hogar con educación primaria	-0.015	-0.015	0.013	0.013
Jefe del hogar con educación mayor a primaria	0.005	0.005	0.035	0.035
Características en la localidad				
Calidad estructural baja/baja/media baja (referencia) ^b				
Calidad estructural media alta			-0.007	-0.008
Calidad estructural alta			-0.009	-0.010
Índice de marginación 2005	-0.031***	-0.031***	-0.033***	-0.033***
Intercepto	0.176***	0.189***	0.161***	0.165***
N	94 062	94 062	73 949	73 949

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10

^a Variable de autorreporte igual a uno si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de *Oportunidades*, e igual a cero en caso contrario.

^b Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

la interacción entre el grupo de tratamiento de 1998 y la condición indígena de los hogares resulta significativa, reduciendo la probabilidad de notificar morbilidad en 0.5% respecto a aquellos hogares indígenas ubicados en localidades incorporadas en 2003. Otros resultados relevantes se vinculan con indicadores como sexo, grupos de edad y marginación local, que impactan negativamente –al igual que en la utilización de servicios ambulatorios la probabilidad de notificar morbilidad en las últimas cuatro semanas–. Esto es, las mujeres tienen una mayor probabilidad de informar morbilidad. Respecto a las personas menores de seis años (grupo de referencia), aquellos individuos de 50 años o más tuvieron una probabilidad promedio de 6.5% de notificar un episodio de enfermedad en las últimas cuatro semanas, mientras que en las personas de 7 a 17 años ésta fue 5.6% menor, respecto al grupo de referencia, y en las de 18 a 49 años 1.9% menor respecto al mismo grupo.

IV. Discusión

En general se encontró que ser más pobre, ser mujer y ser indígena se relaciona con tener un peor estado de salud y usar menos servicios de salud, y con niveles más pobres de detección y control de enfermedades crónicas. Este hallazgo requiere de validación, por ejemplo mediante la comparación entre la inequidad observada en la muestra de evaluación de *Oportunidades* y aquella encontrada en otras muestras representativas en el país. Es decir, una

hipótesis interesante a probar es que las inequidades entre los beneficiarios de *Oportunidades* se han reducido como efecto del Programa. Otra posibilidad es que las diferencias observadas en mortalidad materno infantil en la población general sean principalmente resultado de enfermedades agudas, mientras que en esta evaluación el enfoque se hizo sobre todo en enfermedades crónicas y en atención preventiva. Con respecto a estas últimas, es probable que entre la población general exista menos inequidad en términos de acceso a servicios de calidad y lo que lo aquí observado sea un mero reflejo de este hecho: por ejemplo, en el caso de control de DT2 y HTA, es posible que exista pobre calidad tanto para indígenas como para no indígenas en la población general.

En términos generales, la población beneficiaria que se definió en el estudio como indígena se encuentran en desventaja respecto a la aquella que se define como no indígena. El primer punto a considerar tiene que ver con la variable usada para definir "indígena": se definió un hogar como indígena a partir de la respuesta dada en el cuestionario sociodemográfico, respecto a si el jefe o la jefa del hogar hablaban alguna lengua indígena. Esta definición se ha usado ya en el pasado, no sin críticas respecto a su validez. Es posible que la definición de etnicidad relevante para este tipo de análisis no se vincule de manera exclusiva con el entendimiento de alguna lengua indígena, sino más bien con otras características culturales y de comportamiento que no necesariamente se captan con el hecho de que alguno o ambos jefes del hogar hablen o entiendan una lengua indígena. En la medida en que esto sea cierto, la presente definición será deficiente y convendrá usar otras basadas en otras respuestas para explorar el tema. Por otra parte, debido a que no se contó con un análisis similar en el pasado, es imposible afirmarse la desventaja observada de los grupos indígenas respecto a los grupos que no lo son, ha cambiado a lo largo de diez años de implementación de *Oportunidades*. Por último, se observó que la población indígena notifica un mejor estado de salud respecto a la población no indígena. Es muy probable que este resultado tenga que ver con un menor acceso, por parte de este grupo, a los servicios médicos, lo cual se traduciría en una percepción distinta de lo que constituye un problema de salud y en menores tasas de diagnóstico de enfermedades crónicas. Además, ayudaría mucho ajustar los análisis por otros factores para verificar si el efecto de "ser indígena" se mantiene, por ejemplo: tamaño y aislamiento de las localidades; proporción de la localidad que es indígena; tipo de la clínica (presencia de médicos), etcétera. Sería muy útil a este respecto llevar a cabo un estudio enfocado a investigar, de manera exclusiva y con mayor profundidad, el efecto de condición indígena sobre la utilización de servicios y el estado de salud y el papel que desempeña *Oportunidades* en esta relación.

Por otro lado se encontró que, en general, las mujeres presentan desventajas en términos de su estado de salud y de la utilización que hacen de los servicios, en particular preventivos, respecto a los hombres. Independientemente de que cualquier brecha en este sentido es injustificable desde el punto de vista de la equidad social, es difícil decir –debido a que no se tienen análisis previos de este tipo– si la magnitud de esta brecha ha cambiado en el tiempo y, en especial, si ese cambio ha sido en el sentido de mejorar la situación de las mujeres pobres mexicanas. *Oportunidades* ha marcado un hito en la política social de México por lo que se refiere a las mujeres pobres, por un lado al otorgarles más poder de negociación dentro del hogar mediante su rol de titular beneficiaria y, por el otro, al fomentar entre ellas un mayor sentido de sus derechos a utilizar los servicios públicos. Por este motivo, es recomendable investigar con mayor profundidad, en el futuro, estos aspectos.

En general se encontró que la antigüedad en el Programa *Oportunidades*, medida por el año de incorporación al mismo, no está correlacionada con diferencias significativas en términos del estado de salud y de la utilización de servicios médicos. Este resultado es difícil de interpretar: por una parte, podría deberse a dos efectos opuestos: que los miembros de las familias con más tiempo en el Programa se enferman menos pero que, al mismo tiempo, son más sensibles y tienen más información y, por tanto, notifican más enfermedades, cancelando efectivamente el efecto de incorporación al Programa. En el análisis de reporte de morbilidad y de días de incapacidad presentado en este documento se encontró algo de evidencia sobre la validez de esta hipótesis. Por otra parte, es posible argumentar que los hogares que fueron incorporados antes a *Oportunidades* son diferentes a los que se incorporaron después siendo, en particular, menos sanos y con una probabilidad mayor de tener un peor estado de salud en ausencia del Programa. Si lo anterior es cierto, el hecho de no encontrar diferencias en el estado de salud en 2007 podría ser evidencia de que *Oportunidades* ha llevado a los beneficiarios a un estado de salud igual, independientemente de lo mal que iniciaron cuando se implementó el Programa. Una tercera alternativa podría ser que algunos efectos de *Oportunidades* se observan en el corto plazo y que, una vez logrado ese cambio, ya es difícil observar mejoría.

El índice de calidad de las clínicas empleado en los análisis que se presentan en este documento tiene, en general, poco efecto sobre los indicadores analizados para enfermedades específicas; no obstante, sí se encontró que tiene un efecto positivo sobre la utilización general de los servicios. Este resultado sugiere la necesidad de usar indicadores de calidad específicos a la condición de interés. Los resultados observados en la sección de utilización de servicios son muy alentadores en el sentido de que indican que la población beneficiaria es sensible a mejoras en la calidad de los servicios y que responde usándolos más. Es importante corroborar con mayor profundidad estos resultados en estudios futuros.

Los indicadores de salud reproductiva son especialmente útiles para la observación longitudinal debido a la alta comparabilidad entre las encuestas, y en este análisis las tendencias que se encontraron son notables por los cambios observados en el tiempo. Las mujeres de todos los niveles socioeconómicos observadas en las Encel son ahora considerablemente homogéneas en términos de la utilización de servicios de atención prenatal (componente fundamental de las corresponsabilidades). La situación en este sentido era muy diferente hace diez años. No obstante, en el modelo de corte transversal, con datos de 2007, sobre la intensidad de utilización de los servicios prenatales, se encontraron diferencias en la intensidad de utilización de los servicios de salud, de la siguiente manera: a) se observó una mayor utilización entre mujeres con más educación respecto a las de menos educación, y b) de las mujeres con algún tipo de aseguramiento respecto a las que no lo tienen. Adicionalmente, una proporción de estas mujeres señalaron tener una opción alternativa de atención –la partera en el caso de las indígenas– para el seguimiento prenatal. Sería importante identificar los motivos específicos por los que estas mujeres eligen un proveedor alternativo de servicios prenatales; empero, cabe aclarar que esta búsqueda rebasa los límites del presente estudio. Por otra parte, es importante considerar que estas diferencias en la utilización de servicios prenatales –en promedio las mujeres de la muestra analizada tienen seis visitas prenatales– es mayor a lo encontrado al inicio de Programa Oportunidades en 1998, y aceptable tomando en cuentas los estándares internacionales de la OMS en 2005.

En contraste se encontró que las mujeres, particularmente de hogares indígenas, prefieren atender su parto con una partera en lugar de un médico y/o enfermera; la razón general principal fue la confianza que tienen en la partera. Esta situación se da aun cuando 90% de las mujeres indígenas señalan asistir a un médico para el seguimiento prenatal. Es fundamental conocer los motivos específicos por los que las mujeres, una vez que tuvieron contacto con médicos o enfermeras para su seguimiento prenatal, deciden atender su parto con parteras. Esto requeriría acciones coordinadas entre el Programa Oportunidades y el sector salud, que permitan empatar los logros del Programa a través de los incentivos a la demanda de servicios prenatales, con las acciones del sector salud de ofertar estos servicios. Lo anterior necesitaría mayores esfuerzos por parte del sector salud para incentivar la utilización completa (servicios prenatales, servicios obstétricos, etc.) y adecuada de los servicios de salud reproductiva entre las mujeres de zonas rurales.

Otro cambio notable ha ocurrido en lo que respecta la utilización general de anticonceptivos, así como en términos del empleo de los métodos más usados. A diferencia de otros países, la utilización del condón entre las más jóvenes es muy baja y, por el contrario, el DIU es el método más usado.

Los resultados de los análisis de salud infantil sugieren un efecto positivo de *Oportunidades* en la salud de los niños menores de 24 meses. Los análisis multivariados mostraron un efecto protector de entre 3 y 4 puntos porcentuales, aunque es probable que el efecto real sea más grande. Es sabido que las personas más pobres tienden a subreportar las enfermedades; al mismo tiempo, se esperaría que los beneficiarios de *Oportunidades* supieran más sobre enfermedades por participar en los talleres y que, en consecuencia, notificarían más enfermedades. Por tanto, dados ambos efectos, el efecto real sobre enfermedades en niños podría ser más grande.

Otro efecto positivo del Programa es que los beneficiarios acuden más al centro de salud cuando sus niños presentan un problema de salud. Los modelos multivariados muestran que este efecto no es una consecuencia de la diferencia en el nivel socioeconómico, condición étnica o disponibilidad de servicios en la localidad. Parece que *Oportunidades* ha tenido un efecto positivo en la búsqueda de atención. Desafortunadamente, no se cuenta con información sobre la calidad técnica de otros proveedores de salud en la localidad (por ejemplo el médico o la farmacia privados). No obstante, estudios anteriores han mostrado que la calidad del sector público es superior a aquella de los servicios privados usados por personas de bajo ingreso. Acudir con un médico privado ha sido asociado con mortalidad infantil mas alta.^{10,12} A partir de estos estudios, se puede interpretar la preferencia por el centro de salud como un resultado

positivo del Programa en la salud de los niños. Un resultado preocupante es la tendencia a buscar más a un médico particular, entre más grave se evalúa la enfermedad. Dado el problema potencial de la calidad técnica de los médicos particulares, esto puede tener consecuencias negativas en la salud de los niños.

Los análisis de la preferencia por servicios públicos mostraron que los beneficiarios tienen una mayor preferencia por los mismos. De nueva cuenta, parece que este resultado no es consecuencia de la diferencia entre los beneficiarios y los no beneficiarios en términos del nivel socioeconómico, condición étnica o disponibilidad de servicios en la localidad. Otro resultado positivo es la percepción del centro de salud. En general, se evaluó igual o mejor que el médico particular y la farmacia privada. La única excepción es el tiempo de espera: los individuos percibieron peor al centro de salud que a los proveedores alternos.

Por otra parte, los datos cuantitativos que se presentan tienen una limitación en el sentido de entender los determinantes específicos de la preferencia por la utilización de proveedores públicos o privados. Una cuestión importante, por ejemplo, es entender las razones de la preferencia por el médico privado cuando el niño padece una enfermedad percibida como grave. Es importante llevar a cabo estudios adicionales para entender con más detalle estos determinantes. Con la información otorgada, el Programa Oportunidades, junto con la Secretaría de Salud, podrían establecer programas para mejorar la búsqueda de atención.

En cuanto al análisis relativo al síndrome metabólico, se hace evidente la importancia que las enfermedades asociadas a éste, específicamente la DT2 y la HTA, tienen en la población beneficiaria de *Oportunidades*. Los estimadores observados son muy similares y, por lo tanto, corroboran lo que ya se había informado en un ejercicio de evaluación del Programa Oportunidades utilizando la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (Ensanut 2006).⁶ Al utilizar una muestra representativa del país, los estimadores con la Ensanut son más robustos que los aquí tratados, y la similitud de los hallazgos de alguna forma valida los procedimientos utilizados en el presente análisis. Empero, en este análisis se pudo mostrar que la población indígena presenta una prevalencia más baja de diagnóstico conocido, tanto de DT2 como de HTA, que la no indígena. Si bien se ha elaborado la hipótesis de que la población amerindia tiene una alta predisposición genética, especialmente para DT2, los resultados que aquí se presentan indican no necesariamente que esta hipótesis sea falsa, sino que esta población aún no ha expresado de manera total su riesgo, con probabilidad debido a la ausencia de otros factores de riesgo ambientales, especialmente en los estilos de vida. Por lo tanto y con base en las prevalencias ya detectadas en la población indígena, es importante reconocer esta posibilidad de susceptibilidad genética e incorporar a esta población, con la misma intensidad, a las actividades de prevención y detección.

Por otro lado, es importante reconocer que la prevalencia del autorreporte de enfermedad, es decir la proporción de beneficiarios que refirieron haber sido diagnosticados previamente por un médico, refleja sólo una proporción de la prevalencia real de estas enfermedades (es sólo “la punta del iceberg”) ya que estas enfermedades (DT2, HTA) cursan con periodo prolongado sin síntomas. Datos de la Ensanut sugieren que tanto para DT2 como para HTA existe una relación de un paciente que desconoce su diagnóstico por cada paciente que ya ha sido diagnosticado,^{6,*} por lo que con seguridad las prevalencias reales serán mucho más altas, llegando posiblemente a duplicarse. En este sentido, el análisis que se realizó aquí con la medición de la presión arterial y de hemoglobina glucosilada en mujeres beneficiarias del Programa sin diagnóstico previo, mostró una alta proporción de posibles pacientes no diagnosticados especialmente para el caso de hipertensión y peor aún para la población indígena. Inclusive ante el hecho de que se encontraron adecuadas coberturas de exámenes de detección tanto en el análisis general de la Encel 2007 como en la submuestras, es posible que esos exámenes no se estén realizando con la calidad necesaria para detectar tempranamente los casos de HTA y DT2. En este sentido, es importante reforzar las actividades de detección, sobre todo en la población de más de 40 años y con datos de sobrepeso y obesidad, que claramente se asocian con estos diagnósticos.

Entre los pacientes ya diagnosticados, las prevalencias de descontrol evidenciado por los niveles de biomarcadores y de presión arterial son especialmente altas; poco más de la mitad de los hipertensos y casi tres cuartas partes de los diabéticos se encuentran con algún grado de descontrol. Lo anterior, aunado a los datos sobre la mala calidad de

* Villalpando S, et al. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 en México. Manuscrito en preparación para número especial de *Salud Pública de México*.

la atención, fundamentalmente en la baja proporción de pacientes con cambio en tratamientos, limitada vigilancia periódica de los niveles de control y el apego deficiente a las recomendaciones de dieta y ejercicio, sugiere la necesidad inmediata de probar innovaciones al modelo de atención para incrementar su calidad y, por lo tanto, su efecto en el control de estos pacientes.

Los resultados de la encuesta en clínicas, notificados en la evaluación de calidad 2008,⁹ que sugieren una baja calidad generalizada en lo que respecta a síndrome metabólico, se confirman con lo que se informa en este análisis: una minoría de la población notifica buen control de DT2 y HTA, y una cantidad todavía menor de personas reportan haberse realizado un examen de sangre para detectar de forma temprana un trastorno de grasa en la sangre (hiperlipidemias). Esto sugiere que la respuesta del sector salud está rezagada respecto al cambio epidemiológico por el que atraviesa México, acompañado de tasas crecientes de obesidad y enfermedades crónicas incluso en los deciles de población más pobres.

Por último, en este análisis preliminar sobre posibles factores que expliquen la heterogeneidad del estado de salud de la población se observó que, aunque la población indígena tiene una menor prevalencia de este tipo de alteraciones, también presenta las proporciones más bajas en cuanto a pruebas de detección (específicamente la toma de presión arterial). Además, los datos sugirieron que una vez diagnosticados, es posible que los pacientes indígenas tengan menor grado de control que los no indígenas. En cambio los grupos de incorporación o el autorreporte de ser beneficiario no parecen explicar la heterogeneidad.

Con respecto a la sección de AM, es importante destacar que este primer intento por documentar el estado de salud y el nivel de cobertura alcanzado para un grupo de intervenciones altamente efectivas, con una perspectiva de análisis por sexo y por estatus indígena, ha permitido obtener información invaluable para la toma de decisiones. De ahí la importancia de dar continuidad a estos esfuerzos fortaleciendo la parte metodológica de la encuesta, especialmente con la incorporación de mediciones biológicas. Esto permitirá evaluar, por ejemplo, hasta qué punto el número menor de diagnósticos médicos (autorreportados) en población indígena pudiera evidenciar más bien barreras de acceso que potencialmente impiden su acercamiento a los servicios de salud.

Por otro lado, el concepto de salud en los AM incorpora la apreciación subjetiva del estado de salud que depende de la conjunción de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y el apoyo social. El interrogatorio acerca de la satisfacción vital aporta una noción respecto a la calidad de vida y el bienestar global del individuo en un momento dado.¹³ Así, la percepción del estado de salud es una herramienta útil para conocer el estado de salud de los AM, ya que ha demostrado su valor como indicador confiable, incluso en población mexicana.^{14,15}

Aproximadamente 56% de los adultos mayores reportaron su salud como muy buena – buena. Sin embargo hubo diferencias por estatus indígena: 62% de los indígenas describió su salud como muy buena – buena en comparación con el 54% de los no indígenas. En contraparte, poco más de 12% reportó su salud como mala – muy mala (13% de los no indígenas versus 11% de los indígenas), sin que hubiera diferencias por sexo o estatus de afiliación al Programa Oportunidades, estadísticamente significativas, en este indicador. Poco más del 25% manifestó que su salud era peor a la de 12 meses previos, 57% dijo que igual y 18% refirió que era mejor. En este último indicador, menos población indígena reportó su salud peor a la de 12 meses y más mujeres la reportaron como peor y mejor cuando se comparan con población no indígena y hombres, respectivamente. Tampoco en este indicador hubo diferencias por estatus de afiliación al Programa. Estas cifras contrastan con lo reportado en el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México realizado en 2003, donde se documenta que entre 20 y 25% de los y las AM respectivamente, considera que tiene buena salud, el 11% considera que mejoró su estado de salud en los últimos dos años, pero 45% cree que sigue igual y 42% declara que ha empeorado su salud.

Cabe tomar en cuenta que la información presentada en este capítulo excluye a un subgrupo de AM con mayor vulnerabilidad social: personas con deterioro cognitivo y que no tienen cuidador (N=361), o cuyo cuidador también tenía deterioro cognitivo (N=87) o bien presentaban algún grado de discapacidad auditiva o visual severa y no tenían cuidador (N=403). No queda claro, a partir de este análisis, cuáles son los niveles de salud y cobertura de este aún más vulnerable subgrupo, aunque se puede suponer que el escenario es peor al observado en este análisis. Según la OMS, estas afecciones tienen graves consecuencias sobre las interacciones sociales y personales, la viabilidad econó-

mica y la salud mental de las personas afectadas, y deberían ser tratadas con seriedad.¹⁷ Es importante documentar, en un futuro cercano, las actividades que el Programa pueda instrumentar para garantizar que los servicios de salud sean accesibles a estas personas y sus beneficios, en términos de salud, también les lleguen.

De igual manera, prácticamente 29% de los AM presentaron dependencia funcional. Este perfil caracteriza una especial fragilidad del AM, debido precisamente a la conjunción de la edad y un precario estado de salud. Además, la renuencia de los AM a frecuentar los servicios de salud, así como los factores asociados a sus discapacidades y la falta de funcionalidad en las actividades de la vida diaria, deben tomarse en cuenta en las políticas de reducción de la pobreza que incluyen corresponsabilidades de los AM para la atención a la salud.

A diferencia de lo observado en otras secciones, la utilización preventiva de servicios de salud, especialmente en vacunación, es mayor en mujeres que en hombres. Llama la atención que, a pesar de que la vacuna para la neumonía cuenta con poco tiempo de incluirse en la cartilla nacional para el AM, 52% de las mujeres y 46% de los hombres notificaron habérsela aplicado en los últimos cinco años.

Finalmente, en la sección de utilización de servicios se encontró un resultado muy interesante, que vale la pena explorar con mayor profundidad en el futuro: entre 2000 y 2007 se observa una disminución dramática en la utilización de los servicios ambulatorios. Este resultado se confirmó en el análisis transversal multivariado, donde se halló que los hogares de localidades incorporadas en 1998 tenían una menor probabilidad de haber ido a consulta en las últimas cuatro semanas. La disminución en el tiempo de este indicador (y de mayor magnitud entre los beneficiarios con mayor antigüedad en el Programa) se puede deber a múltiples causas, pero analizando otros resultados en esta sección, se puede aventurar una hipótesis que deberá ser validada con mayor profundidad en el futuro. La utilización de servicios preventivos también mostró una disminución, aunque no tan drástica como la total; esto implica que los servicios preventivos ligados a las corresponsabilidades probablemente no se han visto afectados por esta tendencia decreciente. Por otro lado, se observa que entre los usuarios de consultas la tendencia en el gasto asociado a éstas ha disminuido en el tiempo. Lo anterior puede ser un indicio de que la proporción de consultas preventivas, respecto a las curativas, ha crecido en el tiempo. El conjunto de toda esta información permite aventurar la hipótesis de que *Oportunidades* ha tenido un efecto positivo en la salud general de sus beneficiarios. Parecen ser resultados muy prometedores, pero que sin duda merecen un estudio específico en el futuro.

V. Análisis FODA

SALUD REPRODUCTIVA

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO1	Una considerable proporción de las mujeres que utilizan clínicas que atienden a mujeres afiliadas a <i>Oportunidades</i> señala utilizar el carnet prenatal para programar sus visitas al médico durante el embarazo.	No aplica
FO2	Una proporción alta (más de 90%) de las mujeres indígenas y no indígenas señalan haber sido atendidas por un médico durante la atención prenatal.	No aplica
FO3	El promedio de visitas prenatales es de seis visitas, sin presentarse grandes diferencias en el promedio de visitas entre indígenas y no indígenas.	No aplica
FO4	Las mujeres que autorreportan ser beneficiarias de <i>Oportunidades</i> utilizan más los servicios prenatales.	No aplica
FO5	La mayor parte de las mujeres señalan que se les ha recetado y han tomado suplementos alimenticios durante el embarazo. La mayor parte, además, señala haber recibido el suplemento alimenticio Nutrivida.	No aplica
FO6	La mayor parte de las mujeres no indígenas atienden su parto con un médico, casi 80%.	No aplica
FO7	Las mujeres beneficiadas por <i>Oportunidades</i> y que tienen más tiempo en el Programa son más propensas a atenderse el parto con un médico que con una partera.	No aplica
DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA1	De las mujeres, 36% señala acudir con un segundo proveedor de salud durante la atención prenatal; 61% de las mujeres indígenas acuden a un segundo proveedor de salud en la atención prenatal.	Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar lo motivos por los que las mujeres van a un segundo proveedor de salud para la atención prenatal.

DA2	Una proporción importante de mujeres señala no haber tenido acceso a pruebas de orina ni de sangre, ni a pruebas de sífilis ni ultrasonido.	Recomendaciones al sector salud. Mejorar el acceso a pruebas de laboratorio que corresponden a la NOM.
DA3	Las mujeres indígenas y las mujeres con menor educación utilizan menos intensamente los servicios prenatales. En contraste, las mujeres con algún tipo de aseguramiento (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular) usan más los servicios prenatales en comparación con aquellas que no tienen cobertura de aseguramiento.	Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Caracterizar mejor a las mujeres que siguen presentando bajo uso de servicios prenatal para poder intervenir en sus determinantes.
DA4	Existe todavía una proporción importante de mujeres a las que no se les brinda información sobre signos de alarma específicos durante la atención prenatal.	Recomendaciones al sector salud Mejorar la información otorgada a las mujeres embarazadas sobre los posibles signos de alarma durante el embarazo. Esto se podría efectuar de manera autodidáctica (videos, etc.), con talleres, o por parte de los proveedores de salud mejor capacitados. Habrá que innovar y evaluar diferentes abordajes.

DA5	<p>La mayor parte de las mujeres de condición indígena señala haber atendido su parto en su casa. La principal razón es la confianza de atenderse ahí. Adicionalmente se encontró que las mujeres de condición indígena tienen menos probabilidad de atender su parto con un médico, en comparación con una partera.</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Indagar acerca de los principales motivos por los que las mujeres indígenas no tienen confianza en atender su parto en servicios de salud formales o con médicos. Experimentar maneras innovadoras para incrementar las tasas de parto atendido por un profesional capacitado en su comunidad, incluyendo pagos a parteras acompañadoras, pagos condicionados a la mujer, contratación de parteras y/o enfermeras obstetras profesionales, habilitación de clínicas para poder atender partos en condiciones más seguras (oxígeno, ambulancia, equipo de reanimación, incubadora) con la posibilidad de referencia cuando está indicado.</p>
DA6	<p>Las mujeres con menos educación, de condición indígena y que tienen menos bienes en el hogar, atienden su parto con parteras en lugar de médicos.</p>	<p>Recomendaciones al sector salud Mejorar el acceso a atención obstétrica formal entre mujeres más pobres y de condición indígena.</p>

<p>DA7</p>	<p>A pesar de que el Programa Oportunidades ha logrado aumentar el uso de servicios prenatales entre las mujeres beneficiarias (indígenas y no indígenas), no es claro, particularmente entre las mujeres indígenas, que hayan cambiado las preferencias de éstas por atender su parto con parteras.</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar las razones por las que las mujeres en zonas rurales y de origen indígena, a pesar de haber aumentado su atención prenatal con médicos, no lo han hecho así con la atención obstétrica.</p> <p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> y el sector salud Fortalecer las acciones coordinadas entre <i>Oportunidades</i> y el sector salud, que permitan empatar los logros del Programa a través de los incentivos a la demanda de servicios prenatales, con las acciones del sector salud de ofertar estos servicios. Esto necesitaría mayores esfuerzos por parte del sector salud para incentivar el uso completo (servicios prenatales, servicios obstétricos, etc.) y adecuado de los servicios de salud reproductiva entre las mujeres de zonas rurales.</p>
------------	--	---

SALUD INFANTIL

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO8	Niños en familias afiliadas a <i>Oportunidades</i> tienen menos problemas de salud (notificados) que los no afiliados.	No aplica
FO9	Los beneficiarios usaron la clínica o la casa de salud con mayor frecuencia (47 vs. 37%) y acudieron menos al médico particular (14 vs. 25%).	No aplica
FO10	Los beneficiarios de <i>Oportunidades</i> se inclinan más por los servicios médicos públicos	No aplica
FO11	La mayoría de los padres creyó que el centro de salud era mejor o igual en comparación a un médico particular o farmacia privada	No aplica
DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA8	Tendencia a acudir con el médico particular cuando la enfermedad se percibe como más grave.	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar lo motivos por los que los padres van a un medico particular para la atención a enfermedades percibidas como graves. Traducir los motivos en una campaña de cambio de comportamiento usando investigación formativa.</p> <p>Recomendaciones al sector salud Implementar la campaña de cambio de comportamiento basado en evidencia.</p>

<p>DA9</p>	<p>Alta proporción de padres que buscan atención de un proveedor no adecuado (por ejemplo, la farmacia) en caso de enfermedades percibidas como graves.</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar lo motivos por los que los padres van a un médico particular para la atención a enfermedades percibidas como graves. Traducir los motivos en una campaña de cambio de comportamiento usando investigación formativa.</p> <p>Recomendaciones al sector salud Implementar la campaña de cambio de comportamiento basado en evidencia.</p>
<p>DA10</p>	<p>La preferencia por acudir con un proveedor público es más baja en familias con más recursos.</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar los motivos por los que los padres van a un proveedor público para asegurar la "atracción" de los proveedores públicos. Así se puede evitar que los beneficiarios, en cuanto suban en nivel socioeconómico, vayan a usar el sector privado.</p> <p>Recomendaciones al sector salud Asegurar que la calidad percibida por los usuarios corresponda con la calidad técnica de los servicios públicos.</p>
<p>DA11</p>	<p>La mayoría de los padres consideró el tiempo de espera peor en el centro de salud que en una farmacia privada o con un médico particular</p>	<p>Recomendaciones al sector salud Investigar lo que causa la percepción de mayor tiempo de espera en los centros de salud. Reducir el tiempo de espera en los centros de salud.</p>

SÍNDROME METABÓLICO

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZA Y OPORTUNIDADES		
FO12	Existe una adecuada cobertura de exámenes de detección de hipertensión arterial (toma de presión arterial). Más de 50% de los participantes sin diagnóstico de HTA del total y de prácticamente cualquier subgrupo analizado, notificó haber recibido una medición de la presión arterial en el último año.	No aplica
FO13	En general, alrededor de 25% de la población adulta reportó un examen de glucosa para la detección de DT2 en último año, lo que se puede clasificar como adecuado.	No aplica
FO14	El grupo que se autorreportó como beneficiario del Programa, notificó mayor proporción de exámenes de presión arterial tanto en los no diagnosticados (exámenes de tamizaje o detección) como en los pacientes con diagnóstico de HTA (exámenes para la vigilancia del control de la enfermedad).	No aplica
FO15	La proporción de pacientes con DT2 y/o HTA en tratamiento con medicamentos fue alta sin diferencias entre grupos por etnicidad o de grupos de incorporación al Programa.	No aplica
FO16	94% de los pacientes con DT2 y 79.8% con HTA notificaron una muy buena adherencia al tratamiento con medicamentos.	No aplica
FO17	La mayoría de las pacientes con enfermedades HTA y/o DT2 tuvieron al menos cuatro consultas de control en el último año.	No aplica
DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA12	En general, la población adulta informó prevalencias relativamente altas de diagnóstico previo de DT2 (5.6%) y de HTA (10.2%).	Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i> Establecer como prioridad la detección y control de este tipo de enfermedades en la población beneficiaria, con el reforzamiento de los talleres de autocuidado.

DA13	Un alto porcentaje de participantes sin diagnóstico de enfermedad crónica (cerca de 70% en no indígenas y de 50% en indígenas) tienen peso no saludable (sobrepeso u obesidad) y, por lo tanto, alto riesgo de DT2 y de HTA.	<p>Recomendaciones al sector salud</p> <p>Reforzar estrategia de prevención de obesidad y detección de enfermedades crónicas en la población con peso no saludable.</p> <p>Recomendaciones</p> <p><i>Oportunidades</i></p> <p>Reforzar el componente de peso no saludable (sobrepeso y obesidad) en talleres para incrementar la noción del riesgo asociado.</p>
DA14	El grupo clasificado como indígena notificó una menor proporción de exámenes de detección para HTA.	<p>Recomendaciones</p> <p><i>Oportunidades</i></p> <p>Explorar las razones de esta heterogenidad, ya que al menos entre los grupos de beneficiarios los indígenas deberían recibir la misma intensidad de exámenes de detección que los no indígenas.</p>
DA15	A pesar de los altos porcentajes y cobertura adecuada de exámenes de detección, existe una alta proporción de posibles pacientes no diagnosticados tanto de HTA (cerca de 30%) como para DT2 (alrededor de 20%).	<p>Recomendaciones al sector salud</p> <p>Verificar sus procedimientos de detección oportuna ya que aparentemente a pesar de una buena cobertura aun el subdiagnóstico es altamente prevalente.</p> <p>Capacitación a personal encargado de los exámenes de detección.</p>

DA16	El grupo indígena parece el más afectado por la proporción de probables pacientes de HTA no diagnosticados.	<p>Recomendaciones <i>Oportunidades</i></p> <p>Explorar las razones de esta heterogenidad, ya que al menos entre los grupos de beneficiarios los indígenas deberían recibir la misma intensidad de exámenes de detección que los no indígenas.</p>
DA17	La proporción de pacientes con diagnóstico de HTA en descontrol es de casi 60%, tanto entre indígenas como entre no indígenas, y no existen diferencias entre grupos de incorporación al Programa o por el autorreporte de ser beneficiario o no.	<p>Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i></p> <p>Además de reforzar los talleres en los beneficiarios, agregar un plan serio de capacitación a los médicos y al personal de salud para que el componente de calidad de atención se fortalezca.</p>
DA18	La mayoría de los pacientes con DT2 tienen algún grado de descontrol de la glucosa: cerca de 70% en los indígenas y más de 75% de los no indígenas.	<p>Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i></p> <p>Además de reforzar los talleres en los beneficiarios, agregar un plan serio de capacitación a los médicos y personal de salud para que el componente de calidad de atención se fortalezca.</p>
DA19	Se encontró a más de 20% de los pacientes con DT2 sin examen de glucosa en el último año. Lo anterior se ubica debajo de la recomendación de atención, ya que se espera que la totalidad de los pacientes tengan al menos dos exámenes anuales de vigilancia.	<p>Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i></p> <p>Además de la capacitación a médicos, asegurar el acceso a laboratorio en las clínicas que atienden pacientes beneficiarios del Programa.</p>

DA20	A pesar de una buena adherencia a los tratamientos con medicamentos, se observó una baja adherencia a los planes de dieta y ejercicio en pacientes con DT2 e HTA.	Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i> Reforzar los grupos de autoayuda y explorar la posibilidad de incorporarlos como parte de la corresponsabilidad del Programa.
DA21	Proporciones muy bajas (menos de 30%) de pacientes que informaron algún cambio en su tratamiento desde que inició su padecimiento para DT2 y HTA.	Recomendaciones al sector salud y <i>Oportunidades</i> Además de reforzar los talleres entre los beneficiarios, agregar un plan serio de capacitación a los médicos y personal de salud para que el componente de calidad de atención se fortalezca.

ADULTOS MAYORES

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO18	Las mujeres presentan mayor cobertura y utilización de servicios de salud.	No aplica
FO19	No existen desigualdades en la cobertura de vacunación por estatus indígena. Hallazgo importante en materia de equidad social.	No aplica
FO20	No existen desigualdades en la cobertura de detección oportuna de cáncer cervicouterino por estatus indígena. Hallazgo importante en materia de equidad social.	No aplica

DEBILIDADES O AMENAZAS		
DA22	<p>Un porcentaje considerable de los adultos mayores presentan dependencia funcional (28.64%). La probabilidad de tener dependencia funcional es mayor en mujeres.</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Establecer estrategias, con perspectiva de género, para garantizar que estas personas reciban servicios de salud. Las visitas domiciliarias son una posible opción.</p> <p>Especificar en las reglas de operación del Programa, las actividades específicas que <i>Oportunidades</i> deberá instrumentar para garantizar que los servicios de salud sean accesibles a dichas personas.</p> <p>Investigaciones futuras deberán abordar esta problemática mediante estudios de casos y entrevistas a informantes.</p>
DA23	<p>Baja cobertura de vacunación (h. influenza 44%, neumonía 49%, tétanos 75%).</p>	<p>Recomendaciones al sector salud. Mejorar la disponibilidad y el acceso a las vacunas.</p> <p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Mejorar la información y la promoción de las vacunas.</p>

DA24	Baja cobertura en la detección oportuna de cáncer cervicouterino (34.93%).	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Mejorar la información y difusión sobre la importancia de la detección oportuna del cáncer cervicouterino.</p>
DA25	Baja cobertura de mamografía para la detección del cáncer de mama (7.3%).	<p>Recomendaciones al sector salud Mejorar la disponibilidad y el acceso a la mamografía.</p> <p>Se sugiere que mediante el análisis de información oficial se establezcan estrategias específicas para incrementar la oferta, con criterios explícitos de priorización.</p> <p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Mejorar la información y la difusión sobre la importancia de la mamografía para la detección oportuna del cáncer de mama.</p> <p>Documentar hasta qué punto las bajas coberturas se deben a la falta de disponibilidad del equipo adecuado (mamógrafos) o a otras barreras de acceso (aceptabilidad cultural, falta de información, etc.).</p>

DA26	Baja cobertura de detección de cáncer prostático en hombres que presentan sintomatología prostática (21.3%).	<p>Recomendaciones al sector salud Mejorar la información sobre sintomatología prostática con el uso de material audiovisual (videos) y la realización de pláticas con personal mejor capacitado. Innovar y evaluar campañas de promoción y difusión para la detección del cáncer prostático.</p>
DA27	Baja cobertura (43.74%) en el tratamiento del edentulismo (pérdida total de los dientes naturales). La probabilidad de estar cubierto es estadísticamente menor en personas indígenas.	<p>Recomendaciones al sector salud Mejorar la disponibilidad y el acceso al tratamiento del edentulismo.</p> <p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Analizar los principales motivos por los que los indígenas tienen menor cobertura para este indicador.</p>
DA28	La cobertura en salud visual es más baja en indígenas <i>versus</i> no indígenas.	<p>Recomendaciones al sector salud Mejorar la disponibilidad y el acceso al tratamiento de los trastornos visuales.</p> <p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Averiguar los principales motivos por los que las personas indígenas tienen menor cobertura.</p>

DA29	Baja utilización de salud bucal preventiva (12.23%)	Recomendaciones a <i>Oportunidades</i> Innovar y evaluar campañas de promoción y difusión para mejorar el uso dental preventivo.
------	---	---

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO21	Se encontró que, entre 2000 y 2007, la utilización de servicios preventivos se mantuvo relativamente constante. Esto puede ser evidencia de que las corresponsabilidades siguen teniendo un efecto positivo para motivar el uso de servicios. Es un logro importante respecto al cumplimiento de los objetivos del Programa.	No aplica
FO22	Se encontró que la población indígena beneficiaria de <i>Oportunidades</i> tiene una mayor probabilidad de usar este tipo de servicios que la población no indígena. Es un importante efecto respecto al acceso a servicios (probablemente preventivos) entre la población indígena.	No aplica
FO23	En clínicas calificadas con un nivel de calidad relativamente alto, la utilización de servicios ambulatorios es mayor. Éste es un resultado muy importante, que confirma la hipótesis de que los usuarios perciben y reaccionan frente a la calidad de los servicios haciendo mayor uso de los mismos.	Recomendaciones al sector salud Es de vital importancia hacer un esfuerzo para mejorar las condiciones estructurales básicas de las clínicas en medios rurales.

DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA30	<p>Se encontró una disminución muy significativa en el uso de servicios públicos entre 2000 y 2007. En el documento se establece la hipótesis de que esto puede atribuirse a servicios curativos. De ser cierto, puede ser una señal de mejora de salud de la población beneficiaria. Sin embargo, esto no se refleja en el reporte de morbilidad, que se ha incrementado en el mismo periodo.</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es necesario verificar rigurosamente el cumplimiento de las corresponsabilidades en este sentido. 2. Es necesario investigar este aspecto a profundidad. Los efectos observados pueden ser positivos o negativos. Es imposible hacer un diagnóstico preciso con el análisis presentado en este documento, pero es un tema que puede investigarse en un documento específico.
DA31	<p>Se encontró que la población femenina notifica una mayor prevalencia de morbilidad</p>	<p>Recomendaciones a <i>Oportunidades</i></p> <p>Es necesario hacer énfasis en el cuidado de la salud de las mujeres. El sistema de incentivos puede mejorarse a este respecto.</p>

VI. Referencias

1. Cruz C, de la Torre R, Velázquez C. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001–2006. Informe compilatorio. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
2. Reglas de Operación del Programa 2008, Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 2007. México, DF.
3. Hoddinott J, Skoufias E. The impact of PROGRESA on food consumption. FCND Discussion Paper 150. Washington, DC: International Food Policy Research Institute (IFPRI), 2003.
4. Gertler P. ProgresA: Evaluación de Resultados del Programas de Educación, Salud y Alimentación, 'El impacto del Programas de Educación Salud y Alimentación (PROGRESA) sobre la salud. Mexico: IFPRI, UC-Berkeley.
5. Behrman JR, Todd PE, Hernández-Prado B, Urquieta-Salomón JE, Attanasio O, Angelucci M, *et al*. Metodología de evaluación de en zonas urbanas 2002-2004 y rurales 1997-2003. En: Hernández-Prado B, Hernández-Ávila M, Urquieta-Salomón JE, eds. Evaluación externa de impacto del Programa 2006. Tomo III, Documento metodológico. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
6. Olaiz-Fernandez G, Rojas Martínez R, Palma-Coca O, Franco A. Componente de Oportunidades de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 Indicadores de salud. México: INSP, 2006. Accesible en la página de Oportunidades.
7. Fagard RH, Van den Enden M. Treatment and blood pressure control in isolated systolic hypertension diastolic hypertension in primary care. *J Hum Hypertens* 2003;17(10):681-687.
8. Kolenikov S, Angeles G. The Use of Discrete Data in Principal Component Analysis: Theory, Simulations, and Applications to Socioeconomic Indices. Working Paper of MEASURE/Evaluation project, No. WP-04-85, Carolina Population Center, UNC, 2004.
9. Gutierrez JP, Leroy J, López R *et al*. Evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2007-2008. Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades. Cuernavaca Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
10. Bojalil R. Understanding influences on the quality of care given to children by private doctors in Hidalgo, Mexico. London: University of London. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2002.
11. Cordova-Villalobos JA, Barrigüete-Melendez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernandez-Avila M, *et al*. Chronic non-communicable diseases in Mexico: epidemiologic synopsis and integral prevention. *Salud Publica Mex* 2008;50(5):419-427.
12. Rivera JA, Sotres-Alvarez D, Habicht JP, Shamah T, Villalpando S. Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (ProgresA) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study. *JAMA* 2004;291:2563–2570.
13. Aparicio R. Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez. La situación demográfica de México. México, 2002.
14. Ageing – exploding the myths. Ageing and Health Programme (AHE). Geneva: WHO, 1999.
15. Gobierno de México. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano, para el ejercicio fiscal 2007. Disponible en: http://www.gob.mx/htmls/Reglas_de_Operacion__2007_%20LINKS_MAYO_9.pdf
16. Kirkwood T. En: Ebrahim S, Kalache A, eds. Mechanisms of ageing in epidemiology in old age. London: BMJ Publishing Group, 1996:3.
17. Lozano-Ascencio R, Frenk-Mora J, González-Block MA. El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. *Salud Publica Mex* 1996;38:419-429.

VII. Anexos

A. METODOLOGÍA ESPECÍFICA DE LA SECCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA

Se realizaron dos tipos de análisis: uno descriptivo y otro econométrico. El descriptivo se emplea para: 1) la utilización de métodos anticonceptivos entre mujeres de 15 a 49 años de edad, y 2) abordar la calidad de los servicios prenatales y obstétricos recibidos. Por su parte, el análisis econométrico se utiliza para inferir sobre los factores asociados, por un lado, a la demanda por servicios prenatales y, por el otro, a la decisión de atenderse el parto ya sea con un médico o enfermera, o con una partera, o en casa.

Para el análisis descriptivo de la utilización de métodos anticonceptivos se empleó información de las Encel 1998, 2003 y 2007. Para cada uno de estos años se clasificó a las mujeres en cuatro grupos de edad: 15-19, 20-24, 25-34 y 35-49 años. En la muestra de 15 a 24 años se incluyó a mujeres jóvenes que podían ser jefas de hogar o esposas del jefe del hogar o ninguna de las anteriores, mientras que la muestra de 25 a 49 años incluyó sólo a mujeres jefas de hogar o esposas del jefe del hogar. Dicha clasificación permite hacer comparables, por un lado, las muestras de análisis y, por el otro, los cambios en la utilización de métodos anticonceptivos de las mujeres beneficiarias del Programa.

Para analizar la demanda por servicios prenatales (aproximada por el número de visitas prenatales) y la decisión por parte de las mujeres de ir a atenderse el parto con un médico o enfermera, o con una partera, o en casa, se plantearon dos modelos probabilísticos: un modelo Poisson para analizar los principales determinantes del número de visitas prenatales, y un modelo Probit para inferir sobre la probabilidad de que la mujer atienda su parto ya sea con un médico o enfermera, o en caso de atenderse con una partera, o en casa. Para este análisis se contó con una muestra de 5 930 mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años de edad) que tenían hijos de dos años o menos, construida a partir de información de los años 1998 y 2007.

En el análisis de calidad de los servicios prenatales y obstétricos recibidos por mujeres beneficiarias se utilizó el informe, por parte de las mujeres, de los procedimientos médicos a los que accedieron en su último embarazo, tanto para la atención prenatal como para la atención del parto, además de variables asociadas con los signos de alarma y problemas notificados durante el embarazo. Este análisis se complementa tomando en cuenta el periodo en el que las familias de estas mujeres empezaron a recibir los beneficios de *Oportunidades* (1998, 2000 y 2003). En esta parte se trabajó únicamente con mujeres en edad reproductiva que notificaron tener hijos de dos años y menos comparando, además, la utilización de servicios prenatales y obstétricos con base en la condición indígena de las mismas; esto último a fin de establecer si existen diferencias en la utilización de servicios de salud prenatales y obstétricos en población indígena y no indígena.

Finalmente, el análisis se complementó con la estimación de dos modelos estadísticos: uno Poisson para analizar los principales determinantes del número de visitas prenatales, y otro Probit para medir la probabilidad de que la mujer atienda su parto con un médico o enfermera contra la atención del parto con una partera o en casa. Dichos modelos fueron ajustados por un grupo de covariables asociadas a características individuales de la mujer como edad, estado marital, condición laboral y educación, además de condiciones de salud presentadas durante el embarazo tales como dolor de cabeza, presión arterial, niveles de azúcar en la sangre, infecciones y otras enfermedades. A estas

variables se agregaron características del hogar como condición étnica, acceso a algún tipo de aseguramiento, índice de bienes del hogar; aparte de algunas variables que denotan estructura familiar como la presencia de niños menores de 17 años y AM de 54 años. En estos modelos se incluye, además, un grupo de variables que indican el periodo de incorporación a *Oportunidades* (1998, 2000 y 2003). Esta última variable intenta medir si la antigüedad del hogar en el Programa influye en las decisiones de las mujeres para utilizar servicios prenatales o para decidir el lugar de atención de su parto con un proveedor específico.

B. RESULTADOS DE LA SECCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA

RAZÓN	AÑO Y RANGO DE EDAD											
	1998				2003				2007			
	15 a 19	20 a 24	25 a 34	35 a 49	15 a 19	20 a 24	25 a 34	35 a 49	15 a 19	20 a 24	25 a 34	35 a 49
Desea embarazarse	24.6	22.6	16.3			2	12					
Está dando pecho	15.6	13.8	12.1								12.6	
No está casada	13.5											
No conoce los métodos	12.5	16.2	18.4	15.7								
Oposición de su pareja o de algún pariente		8	11.3									
Tiene menopausia				32.4				19.4				17
No tiene relaciones sexuales				8.4								
Ausencia temporal de su pareja				8.2	1.9	12.7	17.7	9.7		8.9	16.8	10.5
Separada o viuda					94.7	69.8	43.1	37.2	35.5	32.4	7.8	22.9
Está embarazada					2.3	10.5	14.5		1.7	5.2	25.2	
Dejó de tener sexo					0.4			11.4				9.3
No ha tenido relaciones sexuales									58.7	42.4		
Por esterilidad de ella									0.9			
Otras razones	33.8	39.4	41.9	35.3	0.8	5	12.7	22.3	3.2	11.2	37.7	40.3
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Número de mujeres	480	1 246	2 620	3 595	1 384	686	717	588	7 132	1 997	684	677

Nota: Las celdas en blanco indican que no se informó la razón de no utilización de anticonceptivos respectiva en el año y grupo de edad correspondiente.

CUADRO B1
Distribución porcentual de las mujeres de acuerdo con las principales razones por las que no usan métodos anticonceptivos

CUADRO B2
Problemas notificados
durante el embarazo

**DURANTE EL EMBARAZO ¿LE DIAGNOSTICARON O DIJERON QUE TENÍA
ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS O SÍNTOMAS?**

PROBLEMA DE SALUD		SÍ	NO	NR	TOTAL	PROBLEMA DE SALUD		SÍ	NO	NR	TOTAL
¿Presión alta?						¿Anemia?					
No indígena	N	715	3 185	70	3 970	No indígena	N	517	3381	72	3 970
	%	18.01	80.23	1.76	100		%	13.02	85.16	1.81	100
Indígena	N	186	1 188	41	1 415	Indígena	N	123	1 244	48	1 415
	%	13.14	83.96	2.90	100		%	8.69	87.92	3.39	100
Total	N	901	4 373	111	5 385	Total	N	640	4 625	120	5 385
	%	16.73	81.21	2.06	100		%	11.88	85.89	2.23	100
¿Sangrado vaginal?						¿Ganancia excesiva de peso?					
No indígena	N	333	3 582	55	3 970	No indígena	N	606	3 291	73	3 970
	%	8.39	90.23	1.39	100		%	15.26	82.90	1.84	100
Indígena	N	74	1 305	36	1 415	Indígena	N	103	1 260	52	1 415
	%	5.23	92.23	2.54	100		%	7.28	89.05	3.67	100
Total	N	407	4 887	91	5 385	Total	N	709	4 551	125	5 385
	%	7.56	90.75	1.69	100		%	13.17	84.51	2.32	100
¿Amenaza de aborto?						¿Ganancia insuficiente de peso?					
No indígena	N	760	3 167	43	3 970	No indígena	N	285	3 608	77	3 970
	%	19.14	79.77	1.08	100		%	7.18	90.88	1.94	100
Indígena	N	119	1 262	34	1 415	Indígena	N	81	1 279	55	1 415
	%	8.41	89.19	2.40	100		%	5.72	90.39	3.89	100
Total	N	879	4 429	77	5 385	Total	N	366	4 887	132	5 385
	%	16.32	82.25	1.43	100		%	6.80	90.75	2.45	100
¿Preeclampsia?						¿Dolor de cabeza?					
No indígena	N	132	3 646	192	3 970	No indígena	N	1 291	2 638	41	3 970
	%	3.32	91.84	4.84	100		%	32.52	66.45	1.03	100
Indígena	N	26	1 299	90	1 415	Indígena	N	420	966	29	1 415
	%	1.84	91.80	6.36	100		%	29.68	68.27	2.05	100
Total	N	158	4 945	282	5 385	Total	N	1 711	3 604	70	5 385
	%	2.93	91.83	5.24	100		%	31.77	66.93	1.30	100
¿Azúcar alta en la sangre o diabetes?						¿Algún tipo de infección?					
No indígena	N	44	3 865	61	3 970	No indígena	N	764	3 149	57	3 970
	%	1.11	97.36	1.54	100		%	19.24	79.32	1.44	100
Indígena	N	5	1 363	47	1 415	Indígena	N	138	1 235	42	1 415
	%	0.35	96.33	3.32	100		%	9.75	87.28	2.97	100
Total	N	49	5 228	108	5 385	Total	N	902	4 384	99	5 385
	%	0.91	97.08	2.01	100		%	16.75	81.41	1.84	100

DURANTE EL EMBARAZO MAS RECIENTE ¿ALGÚN MÉDICO O ENFERMERA ...

CUADRO B3
Procedimientos realizados durante la atención prenatal

PROCEDIMIENTO		SÍ	NO	NR	TOTAL	PROCEDIMIENTO		SÍ	NO	NR	TOTAL
¿Le tomó muestra de orina?						¿Le midió el útero?					
No indígena	N	2 605	1 050	25	3 680	No indígena	N	3 172	475	33	3 680
	%	70.8	28.53	0.68	100		%	86.2	12.91	0.90	100
Indígena	N	807	453	11	1 271	Indígena	N	1 044	197	30	1 271
	%	63.5	35.64	0.87	100		%	82.1	15.50	2.36	100
Total	N	3 412	1 503	36	4 951	Total	N	4 216	672	63	4 951
	%	69	30.36	0.73	100		%	85.2	13.57	1.27	100
¿Le tomó muestra de sangre?						¿Le realizó exploración de mamas?					
No indígena	N	2 590	1 058	32	3 680	No indígena	N	1 085	2 565	30	3 680
	%	70.4	28.75	0.87	100		%	29.5	69.70	0.82	100
Indígena	N	789	471	11	1 271	Indígena	N	450	797	24	1 271
	%	62.1	37.06	0.87	100		%	35.4	62.71	1.89	100
Total	N	3 379	1 529	43	4 951	Total	N	1 535	3 362	54	4 951
	%	68.2	30.88	0.87	100		%	31.0	67.91	1.09	100
¿Le hizo prueba para detectar sífilis?						¿Le recetó algún suplemento de vitaminas o minerales?					
No indígena	N	499	2 757	424	3 680	No indígena	N	3 175	492	13	3 680
	%	13.6	74.92	11.52	100		%	86.3	13.37	0.35	100
Indígena	N	161	980	130	1 271	Indígena	N	1 092	168	11	1 271
	%	12.7	77.10	10.23	100		%	85.9	13.22	0.87	100
Total	N	660	3 737	554	4 951	Total	N	4 267	660	24	4 951
	%	13.3	75.48	11.19	100		%	86.2	13.33	0.48	100
¿La pesaron?						¿Le realizó al menos un ultrasonido?					
No indígena	N	3 583	89	8	3 680	No indígena	N	2 991	679	10	3 680
	%	97.4	2.42	0.22	100		%	81.3	18.45	0.27	100
Indígena	N	1 227	36	8	1 271	Indígena	N	672	588	11	1 271
	%	96.5	2.83	0.63	100		%	52.9	46.26	0.87	100
Total	N	4 810	125	16	4 951	Total	N	3 663	1 267	21	4 951
	%	97.2	2.52	0.32	100		%	74.0	25.59	0.42	100
¿Le tomó la presión arterial?						¿Le aplicó la vacuna contra el tétanos?					
No indígena	N	3 562	108	10	3 680	No indígena	N	3 377	257	46	3 680
	%	96.8	2.93	0.27	100		%	91.8	6.98	1.25	100
Indígena	N	1 194	69	8	1 271	Indígena	N	1 143	101	27	1 271
	%	93.9	5.43	0.63	100		%	89.9	7.95	2.12	100
Total	N	4 756	177	18	4 951	Total	N	4 520	358	73	4 951
	%	96.1	3.58	0.36	100		%	91.3	7.23	1.47	100

C. SALUD INFANTIL

CUADRO C1
Búsqueda de atención:
incorporación 1998
(porcentaje)

CUANDO SE ENFERMÓ, ¿QUÉ HIZO?	TODOS	GRAVEDAD PERCIBIDA		
		LEVE	MODERADA	GRAVE
Llevarlo al centro/casa de salud	42.8	37.7 ^a	47.6 ^a	49.3
Llevarlo a un médico particular	17.1	16.6 ^a	15.5 ^b	27.4 ^{a,b}
Llevarlo a un hospital	1.9	1.2 ^a	1.8 ^b	5.5 ^{a,b}
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción	30.3	34.0	27.7	23.3
Darle un remedio casero	20.4	20.9	18.5	24.7
Llevarlo con el promotor/vocal	1.3	1.2	1.5	1.4
Otro (médico tradicional, vecino, etc.)	8.7	11.3	7.7	0.0
N	677	326 ^a	271 ^b	73 ^{a,b}

^{a,b} Valores estadísticamente diferentes, $p < 0.05$.

CUADRO C2
Búsqueda de atención:
incorporación 2000
(porcentaje)

CUANDO SE ENFERMÓ, ¿QUÉ HIZO?	TODOS	GRAVEDAD PERCIBIDA		
		LEVE	MODERADA	GRAVE
Llevarlo al centro/casa de salud	41.5	42.4	40.4	43.5
Llevarlo a un médico particular	18.8	14.8 ^a	18.1 ^b	41.3 ^{a,b}
Llevarlo a un hospital	4.3	3.7	4.7	6.5
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción	31.5	34.2 ^a	31.6	17.4 ^a
Darle un remedio casero	15.8	15.6	15.8	17.4
Llevarlo con el promotor/vocal	0.6	0.4	1.2	0.0
Otro (médico tradicional, vecino, etc.)	8.9	9.1	9.4	6.5
N	463	243	171	46

^{a,b} Valores estadísticamente diferentes, $p < 0.05$.

CUADRO C3
Búsqueda de atención:
incorporación 2003
(porcentaje)

CUANDO SE ENFERMÓ, ¿QUÉ HIZO?	TODOS	GRAVEDAD PERCIBIDA		
		LEVE	MODERADA	GRAVE
Llevarlo al centro/casa de salud	36.9	34.3	38.8	42.1
Llevarlo a un médico particular	25.1	24.7	22.8	35.8
Llevarlo a un hospital	3.1	3.1	2.2	6.3
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción	30.3	32.2	31.7	18.9
Darle un remedio casero	17.5	16.4	18.6	16.8
Llevarlo con el promotor/vocal	0.8	0.8	1.0	0.0
Otro (médico tradicional, vecino, etc.)	7.0	7.3	7.1	5.3
N	36.9	34.3	38.8	42.1

^{a,b} Valores estadísticamente diferentes, $p < 0.05$.

CUANDO SE ENFERMÓ, ¿QUÉ HIZO?	TODOS	GRAVEDAD PERCIBIDA		
		LEVE	MODERADA	GRAVE
Llevarlo al centro/casa de salud	36.9	34.3	38.8	42.1
Llevarlo a un médico particular	25.1	24.7 ^a	22.8 ^b	35.8 ^{a,b}
Llevarlo a un hospital	3.1	3.1	2.2	6.3
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción	30.3	32.2 ^a	31.7 ^b	18.9 ^{a,b}
Darle un remedio casero	17.5	16.4	18.6	16.8
Llevarlo con el promotor/vocal	0.8	0.8	1.0	0.0
Otro (médico tradicional, vecino, etc.)	7.0	7.3	7.1	5.3
N	796	385	312	95

^{a,b} Valores estadísticamente diferentes, p<0.05.

CUADRO C4
Búsqueda de atención: no beneficiarios de *Oportunidades* (porcentaje)

CUANDO SE ENFERMÓ, ¿QUÉ HIZO?	TODOS	GRAVEDAD PERCIBIDA		
		LEVE	MODERADA	GRAVE
Llevarlo al centro/casa de salud	46.6	44.1	49.7	49.6
Llevarlo a un médico particular	14.1	10.6 ^a	13.3 ^b	32.6 ^{a,b}
Llevarlo a un hospital	3.2	2.8 ^a	2.7 ^b	7.0 ^{a,b}
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción	30.3	34.2 ^a	27.8	20.9 ^a
Darle un remedio casero	18.3	18.6	18.1	19.4
Llevarlo con el promotor/vocal	0.7	0.7	0.7	0.8
Otro (médico tradicional, vecino, etc.)	8.6	11.0 ^a	6.5	3.9 ^a
N	1149	564	443	129

^{a,b} Valores estadísticamente diferentes, p<0.05.

CUADRO C5
Búsqueda de atención: beneficiarios de *Oportunidades* (porcentaje)

	GRUPO DE INCORPORACIÓN			INDÍGENA		OPORTUNIDADES	
	1998	2000	2003	NO	SÍ	NO	SÍ
	Llevarlo al centro/casa de salud	45.8	40.6	37.0	39.0	58.0	49.5
Llevarlo a un médico particular	7.5	7.9	11.6	9.0	4.0	6.1	10.6
Llevarlo al hospital	1.0	2.1	1.7	2.0	2.0	1.8	2.5
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción	21.8	25.8	30.6	27.0	15.0	21.0	27.6
Darle un remedio casero	20.0	19.7	14.5	18.0	17.0	17.3	19.2
Llevarlo al promotor/vocal	0.2	0.4	0.1	0.0	0.0	0.3	0.0
Otro (médico tradicional, vecino, etc.)	2.7	2.4	4.2	3.0	2.0	3.1	2.6
No sabe	0.8	0.9	0.1	1.0	1.0	0.7	0.7
N	1 824	1 272	891	3 935	1 489	3 248	1 998

CUADRO C6
Resumen de conocimiento. ¿Qué se debe hacer cuando los niños están enfermos con fiebre? (porcentaje)

CUADRO C7

Resumen de conocimiento. ¿Qué se debe hacer cuando los niños están enfermos con respiración difícil o rápida? (porcentaje)

	GRUPO DE INCORPORACIÓN			INDÍGENA		OPORTUNIDADES	
	1998	2000	2003	NO	SÍ	NO	SÍ
Llevarlo al centro/casa de salud	71.0	63.7	61.2	65.0	76.0	72.9	60.0
Llevarlo a un médico particular	16.1	18.5	26.4	20.0	8.0	12.7	24.3
Llevarlo al hospital	3.9	6.0	4.3	5.0	5.0	4.7	5.7
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción	1.2	1.9	1.6	2.0	2.0	1.6	1.7
Darle un remedio casero	2.5	3.4	1.8	2.0	4.0	3.0	2.7
Llevarlo al promotor/vocal	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
Otro (médico tradicional, vecino, etc)	1.1	1.6	0.8	1.0	1.0	1.2	1.2
No sabe	3.7	4.6	3.5	4.0	3.0	3.3	4.3
N	1 824	1 272	891	3 935	1 489	3 248	1 998

CUADRO C8

Resumen de conocimiento. ¿Qué se debe hacer cuando los niños están enfermos con diarrea con sangre? (porcentaje)

	GRUPO DE INCORPORACIÓN			INDÍGENA		OPORTUNIDADES	
	1998	2000	2003	NO	SÍ	NO	SÍ
Llevarlo al centro/casa de salud	72.1	66.7	63.3	67.0	77.0	74.2	63.1
Llevarlo a un médico particular	15.5	19.3	27.4	21.0	8.0	12.7	24.6
Llevarlo al hospital	3.7	5.3	3.8	5.0	4.0	4.2	5.1
Llevarlo a una farmacia y/o darle medicamento de farmacia sin prescripción	2.7	2.1	1.3	2.0	3.0	3.0	2.2
Darle un remedio casero	1.8	2.4	1.2	2.0	3.0	2.3	1.5
Llevarlo al promotor/vocal	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1
Otro (médico tradicional, vecino, etc)	0.7	1.2	0.3	1.0	1.0	0.9	0.5
No sabe	3.1	2.7	2.2	2.0	3.0	2.3	2.9
N	1 824	1 272	891	3 935	1 489	3 248	1 998

D. METODOLOGÍA ESPECÍFICA DE LA SECCIÓN DE ADULTOS MAYORES

En este anexo se incorporaron datos concernientes a la metodología utilizada para el análisis del estado de los AM que formaron parte de la Encel 2007, en términos de los instrumentos e indicadores propuestos, del tamaño de muestra (disponible y utilizado), de las características generales de los AM, de los modelos estadísticos utilizados y de los resultados detallados de estos últimos.

Instrumentos

Se diseñó un cuestionario ex profeso para este tipo de población –AM– que incluyó mediciones sobre tres rubros principales: patrones de ingreso, gasto y ahorro; salud (física y mental) y nutrición; redes de apoyo (social y familiar) y arreglos residenciales. En términos de salud, se revisaron las diversas normas mexicanas de salud para este grupo poblacional, así como las reglas de operación del Programa Oportunidades en las que se especifica el tipo de revisiones que deben hacerse al AM en cada visita médica y el tipo de servicios (preventivos y de cobertura) a los que tiene derecho el AM.^{10,11} En el cuadro E1 se muestra la lista de indicadores utilizados, así como su operacionalización.

En cuanto al tamaño de muestra, en los 13 estados que visitó la Encel 2007, se obtuvo alguna información de 12 146 AM. La distribución por estado y zona se muestra en el cuadro E2. De estos 12 146 AM, 850 (7%) presentaron problemas de deterioro cognitivo o alguna discapacidad (visual y/o auditiva) y no tuvieron cuidador, por lo que no se les aplicó la encuesta. De los restantes 11 296, no se obtuvo la información del cuestionario de hogar en el caso de 2 020 AM, por lo que al final se obtuvo una muestra, con datos completos, de 9 276 AM, dependiendo de cada indicador, cuyo tamaño de muestra se determina de manera particular y en función de la definición misma del indicador. Cabe mencionar que la muestra incluye a los AM de 65 años en adelante, y que en cada hogar entrevistado se levantó información para todos los AM que residían en el hogar.

Características sociodemográficas de los adultos mayores

Para el análisis de los indicadores de salud, la muestra final incluyó un total de 9 276 AM que tenían un promedio de edad de 73.6 años; 47.8% eran mujeres. En el cuadro E3 se puede apreciar que, con respecto a la presencia de indígenas 31.24% de los AM manifestaron hablar alguna lengua indígena y 36.35% informaron saber leer y escribir un recado. Cerca de 36% viven en alguna localidad a las que llegó el Programa durante 1998; 24% en localidades afiliadas durante 2000 y, en alrededor de 13%, el Programa llegó a su localidad en 2003. Poco más de 25% vivían en Chiapas o Oaxaca y tan sólo 2.47% residían en estados del norte (Aguascalientes, Durango, Nayarit y Sinaloa). Finalmente, y en términos de vulnerabilidad, 4.3% viven solos y cerca de 55% no cuentan con ningún tipo de seguridad social.

La información generada en torno al estado de salud de los AM se organizó en dos grandes rubros o temáticas generales. En la primera se incluyeron indicadores relacionados con la percepción del estado de salud, con el auto-reporte de diagnóstico médico de algunos padecimientos crónicos, y con la dependencia funcional, mientras que en la segunda se incorporaron indicadores relacionados con la atención preventiva, la cobertura de cierto número de vacunas, y la cobertura para la detección de algunos tipos de cáncer. En el cuadro E3 se muestra la lista total de indicadores utilizados, así como las prevalencias para la muestra analizada.

Para el análisis del estado de salud de los AM que viven en pobreza y en el ámbito rural, resulta de particular interés que se tomen en cuenta las condiciones relacionadas con el género, dado que las mujeres representan un grupo especialmente vulnerable porque sobreviven más tiempo y lo hacen en condiciones económicas, sociales y de salud caracterizadas por un alto grado de marginación.⁵ Por esa razón, los resultados expuestos se estratifican según el sexo del AM. De igual forma, la condición indígena se ha considerado como una variable importante para entender el proceso de salud durante la vejez, particularmente para esta población de AM pobres y rurales, en el entendido de que, de manera regular, el grupo de AM indígenas ha padecido un rezago importante en materia de salud. Por esta misma razón, el análisis también se llevó a cabo de manera estratificada según la condición indígena de los AM.

Como principal variable de exposición se utilizó el grupo de incorporación de la localidad al Programa Oportunidades años 1998, 2000, y 2003. Para estos tres grupos se hicieron comparaciones para determinar si un mayor tiempo de exposición podría tener algún efecto sobre los indicadores analizados. Por separado, también se analizaron las localidades de los estados del sur (Chiapas y Oaxaca) y del norte (Aguascalientes, Durango, Nayarit y Sinaloa), aunque de una manera más bien descriptiva y para tener un diagnóstico de los indicadores analizados para estas localidades.

El análisis final de la información se llevó a cabo mediante el uso de modelos de regresión que incorporaron la presencia de estas tres variables: sexo, condición étnica, y tipo de localidad, además de una serie de covariables que, según la literatura, estarían relacionadas con los indicadores propuestos en este informe. De manera puntual, se plantearon dos modelos: uno si se trataba de un indicador de salud y otro si era un indicador de cobertura/utilización. Para los indicadores de salud el modelo se ajustó de acuerdo con las siguientes variables: tipo de localidad, sexo, condición étnica, edad, aseguramiento médico, si el AM vivía solo, índice de bienes, proporción de habitantes que sólo hablaban lengua indígena en la localidad e índice de marginación municipal de 2005. Por otro lado, para los indicadores de cobertura/utilización se utilizaron las variables: tipo de localidad, sexo, condición étnica, edad, aseguramiento médico; si al AM vivía solo, dependencia funcional, índice de bienes, proporción de habitantes que sólo hablaban lengua indígena en la localidad, índice de marginación municipal de 2005 y calidad estructural de las unidades de primer nivel de las localidades de residencia.

En términos generales, el modelo estadístico utilizado puede describirse como sigue: primero, defínanse las siguientes cantidades de interés, donde i indexa a los hogares/AM.

Y_i , indicador de la variable de resultado. Para esta evaluación, los principales indicadores de resultado se refieren al estado de salud del AM y a la cobertura/utilización de los servicios de salud.

X_i , indicador de la principal variable de exposición. Es decir, para el tipo de localidad según la ronda de incorporación (1998, 2000, 2003) o según la región del país (sur, norte).

Z_i , indicador de las variables de estratificación. En este caso es un vector que incluye al sexo y el estatus de etnicidad.

Además de estas tres cantidades (Y_i , X_i , Z_i) se consideró un vector adicional de variables control denotado por (W_i) que incluye a las covariables enlistadas líneas atrás. Esto significa que para cada unidad i se observa o mide (Y_i , X_i , Z_i , W_i). De modo que, a partir de estas cantidades, se puede escribir el modelo utilizado como sigue:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \beta_2 Z_i + \beta_3 W_i + \epsilon_i$$

donde Y_i , es la variable de resultado; X_i , es la variable de exposición por tipo de localidad; Z_i , es la variable de estratificación: sexo e etnicidad; W_i , son variables de control o covariables, y ϵ_i , es el residuo.

Los resultados detallados, en términos de probabilidades ajustadas, de los modelos utilizados se encuentran en los cuadros D4 y D5.

CUADRO D1
Construcción de
indicadores utilizados

DOMINIO	INDICADOR	CONSTRUCCIÓN	DENOMINADOR
		NUMERADOR	
Factores de riesgo	Proporción de AM que han fumado más de 100 cigarrillos y que fuman actualmente	Total AM fuman actualmente	Total AM
Estado de salud	Auto percepción del estado de salud	% AM perciben estado de salud bueno-muy bueno, % regular, % malo-muy malo	Total AM
	Estado de salud comparado con el de otra persona de su misma edad	% AM perciben estado de salud bueno-muy bueno, % regular, % malo-muy malo	Total AM
	Proporción de autorreporte de artritis	Total de AM que autorreportan diagnóstico médico de artritis	Total AM
	Proporción de autorreporte de incontinencia urinaria	Total de AM que autorreportan incontinencia urinaria	Total AM
	Proporción de autorreporte de hipertensión arterial	Total de AM que autorreportan diagnóstico médico de hipertensión arterial	Total AM
	Proporción de autorreporte de diabetes mellitus	Total de AM que autorreportan diagnóstico médico de diabetes mellitus	Total AM
	Proporción de autorreporte de hipercolesterolemia	Total de AM que autorreportan diagnóstico médico de hipercolesterolemia	Total AM
	Proporción de personas que ha perdido 16 o más piezas dentarias	Total AM que ha perdido 16 o más piezas dentarias	Total AM
Salud mental	Proporción de la población con síntomas depresivos	Total AM con cinco o más síntomas depresivos	Total AM
Actividades básicas / instrumentales de la vida diaria	Alteración de las actividades de la vida diaria	Total AM con al menos una dificultad en AVD	Total AM
	Alteración de las actividades instrumentales de la vida diaria	Total AM con al menos dos discapacidades	Total AM
	Dependencia funcional	Total AM con al menos una AVD o con al menos 2 AIVD	Total AM
Cobertura de padecimientos	Cobertura de edentulismo	Total AM que tienen placa dentaria	Total AM con pérdida total de dientes (edentulismo)
	Cobertura en salud visual	Total AM que usan lentes y ven bien	Total AM que usan lentes y/o tienen algún problema visual
	Cobertura para la detección de cáncer de próstata (en pacientes sintomáticos)	Total AM hombres respondieron sí detección (últimos tres años) y sí recibieron resultados	Total AM hombres con alguna sintomatología prostática
Cobertura con enfoque preventivo	Cobertura de la vacuna contra el tétanos	Total AM respondieron sí (aplicar >60 años, dos dosis intervalos 4/8 semanas refuerzo cada 5/10 años)	Total AM
	Cobertura de la vacuna contra la neumonía	Total AM respondieron sí (aplicar >60 años, refuerzo cada cinco años)	Total AM
	Cobertura de la vacuna contra H. Influenza	Total AM respondieron sí (aplicar >60 años, refuerzo anual)	Total AM
	Cobertura de la prueba para la detección de cáncer de mama (mamografía)	Total AM mujeres respondieron sí (últimos 3 años) y sí recibieron resultados	Total AM mujeres
	Cobertura de la prueba para la detección de cáncer cervicouterino (Papanicolaou)	Total AM mujeres respondieron sí detección (últimos 3 años) y sí recibieron resultados	Total AM mujeres
	Cobertura preventiva de salud bucal	Total AM que acudieron al dentista en el último año	Total AM
	Revisión visual preventiva	Total AM que acudieron a revisión de sus ojos en el último año	Total AM

CUADRO D2
Adultos mayores por
entidad federativa.
Encel 2007

ENTIDAD FEDERATIVA	N	%
Aguascalientes	48	0.4
Chiapas	1 373	11.3
Durango	81	0.67
Guerrero	429	3.53
Hidalgo	1 469	12.09
Michoacán	1 176	9.68
Nayarit	74	0.61
Oaxaca	1 469	12.09
Puebla	1 248	10.27
Querétaro	590	4.86
San Luis Potosí	1 684	13.86
Sinaloa	93	0.77
Veracruz	2 412	19.86
Total	12 146	100

CUADRO D3
Características
sociodemográficas de
los adultos mayores

VARIABLES		%	*N (MUESTRA)	
Características sociodemográficas	Mujeres	47.82	9 276	
	Edad	65-75 años	65.55	9 269
		76-85 años	27.8	
		86-95 años	5.98	
		95 años o más	0.67	
	Indígenas	31.24	9 276	
	Con pareja	63.94	9 180	
	Viven solos	4.3	9 276	
	Cuentan con algún aseguramiento médico	45.4	9 276	
	Sabe leer y escribir	36.35	9 276	
	Tipo de localidad de residencia (ronda de afiliación al Programa Oportunidades)	1998	35.51	9 276
		2000	24.09	
		2003	12.76	
		Chiapas – Oaxaca	25.16	
		Norte	2.47	
Entidad de residencia	Aguascalientes	0.44	9 276	
	Chiapas	13.28		
	Durango	0.45		
	Guerrero	2.57		
	Hidalgo	11.31		
	Michoacán	8.95		
	Nayarit	0.7		
	Oaxaca	11.88		
	Puebla	9.25		
	Querétaro	5.38		
	San Luis Potosí	14.34		
Sinaloa	0.87			
Veracruz	20.58			

Continúa...

...Continuación

Indicadores de salud	Auto percepción del estado de salud	Muy bueno – Bueno	56.37	7 231
		Regular	31.39	
		Malo - Muy malo	12.24	
	Autopercepción del estado de salud comparado con hace 12 meses	Muy Bueno – Bueno	17.65	7 218
		Regular	57.15	
		Malo - Muy malo	25.2	
	Estado de salud comparado con otra persona de su misma edad	Muy bueno – Bueno	58.43	7 167
		Regular	31.48	
		Malo - Muy malo	10.09	
	Tabaquismo	Negado	74.29	9 276
		No actual	19.87	
		Actual	5.84	
	Diagnóstico [†] médico de artritis		15.21	9 276
	Diagnóstico médico de hipertensión arterial		25.92	9 271
	Diagnóstico médico de diabetes mellitus		8.6	9 270
	Diagnóstico médico de hipercolesterolemia		5.21	9 276
Pérdida de piezas dentales	Ninguna	6.37	9 165	
	1-4	21.56		
	5-15	23.56		
	16-31	29.18		
	Edentulismo	19.33		
Autorreporte de incontinencia urinaria		16.97	9 276	
Síntomas depresivos		26.37	7 240	
Dificultades en las actividades de la vida diaria		22.04	9 270	
Dificultades en las actividades instrumentales		18.49	9 271	
Dependencia funcional		28.64	9 271	
Indicadores de cobertura	Cobertura de edentulismo		43.74	1 772
	Utilización preventiva de salud bucal		12.23	9 276
	Cobertura en salud visual		20.45	5 037
	Utilización preventiva de salud visual		12.18	9 276
	Cobertura de la vacuna contra el tétanos		75.71	9 276
	Cobertura de la vacuna contra la neumonía		48.97	9 276
	Cobertura de la vacuna contra la H. Influenza		44.28	9 276
	Cobertura para detección de cáncer cervicouterino		34.93	4 423
	Cobertura detección de cáncer de mama (mamografía)		7.3	4 436
Cobertura para detección de cáncer de próstata		21.34	2 231	

* Observaciones con información completa, por variable.

† El diagnóstico médico es por autorreporte del AM.

CUADRO D4A
Indicadores de salud

INDICADOR			1998		2000		2003		CHIS-OAX		NORTE	
			Pr	[IC 95%]	Pr	[IC 95%]	Pr	[IC 95%]	Pr	[IC 95%]	Pr	[IC 95%]
Autopercepción del estado de salud (N=7 184)*	No indígena	Hombre	0.53	[0.50,0.56]	0.55	[0.52,0.58]	0.51	[0.46,0.57]	0.58	[0.54,0.61]	0.61	[0.52,0.70]
		Mujer	0.52	[0.49,0.56]	0.55	[0.51,0.58]	0.51	[0.45,0.56]	0.57	[0.54,0.61]	0.62	[0.53,0.70]
	Indígena	Hombre	0.60	[0.57,0.64]	0.63	[0.59,0.67]	0.59	[0.54,0.65]	0.64	[0.60,0.67]	0.73	[0.64,0.81]
		Mujer	0.60	[0.57,0.64]	0.62	[0.58,0.66]	0.6	[0.55,0.65]	0.64	[0.60,0.68]	0.76	[0.66,0.83]
Estado de salud comparado con el de otra persona de su misma edad (N=7 120)	No indígena	Hombre	0.59	[0.56,0.62]	0.6	[0.56,0.63]	0.57	[0.52,0.63]	0.59	[0.54,0.64]	0.67	[0.57,0.76]
		Mujer	0.56	[0.53,0.59]	0.56	[0.53,0.60]	0.54	[0.48,0.59]	0.56	[0.51,0.61]	0.65	[0.54,0.74]
	Indígena	Hombre	0.62	[0.58,0.66]	0.63	[0.58,0.67]	0.6	[0.55,0.66]	0.61	[0.56,0.66]	0.74	[0.64,0.82]
		Mujer	0.59	[0.55,0.63]	0.59	[0.54,0.64]	0.58	[0.53,0.64]	0.58	[0.53,0.63]	0.74	[0.63,0.83]
Tabaquismo actual (N=9 213)	No indígena	Hombre	0.16	[0.13,0.18]	0.12	[0.10,0.15]	0.12	[0.07,0.16]	0.08	[0.05,0.10]	0.12	[0.06,0.18]
		Mujer	0.01	[0.01,0.02]	0.01	[0.00,0.01]	0.01	[0.00,0.01]	0.01	[0.00,0.01]	0.01	[0.00,0.01]
	Indígena	Hombre	0.06	[0.04,0.08]	0.05	[0.03,0.06]	0.05	[0.03,0.07]	0.03	[0.02,0.04]	0.05	[0.02,0.07]
		Mujer	0.00	[0.00,0.01]	0.00	[0.00,0.00]	0.00	[0.00,0.00]	0.00	[0.00,0.00]	0.00	[0.00,0.01]
Diagnóstico médico de artritis (N=9 213)	No indígena	Hombre	0.14	[0.12,0.16]	0.15	[0.13,0.17]	0.18	[0.15,0.22]	0.11	[0.10,0.13]	0.16	[0.12,0.22]
		Mujer	0.17	[0.15,0.19]	0.17	[0.15,0.20]	0.22	[0.19,0.26]	0.14	[0.12,0.16]	0.19	[0.14,0.25]
	Indígena	Hombre	0.13	[0.11,0.15]	0.13	[0.11,0.15]	0.16	[0.13,0.20]	0.1	[0.08,0.12]	0.1	[0.07,0.15]
		Mujer	0.15	[0.13,0.18]	0.16	[0.13,0.18]	0.2	[0.16,0.24]	0.13	[0.10,0.15]	0.12	[0.08,0.18]
Diagnóstico médico de hipertensión arterial (N=9 208)	No indígena	Hombre	0.24	[0.22,0.26]	0.21	[0.19,0.24]	0.24	[0.21,0.28]	0.18	[0.16,0.21]	0.25	[0.19,0.30]
		Mujer	0.38	[0.36,0.41]	0.34	[0.31,0.37]	0.39	[0.34,0.43]	0.3	[0.26,0.34]	0.39	[0.32,0.46]
	Indígena	Hombre	0.17	[0.15,0.19]	0.15	[0.13,0.17]	0.17	[0.15,0.20]	0.12	[0.10,0.15]	0.13	[0.09,0.18]
		Mujer	0.28	[0.25,0.31]	0.25	[0.22,0.28]	0.28	[0.24,0.32]	0.2	[0.17,0.24]	0.2	[0.14,0.27]
Diagnóstico médico de diabetes mellitus (N=9 207)	No indígena	Hombre	0.07	[0.06,0.08]	0.07	[0.06,0.08]	0.09	[0.07,0.11]	0.06	[0.05,0.08]	0.06	[0.03,0.09]
		Mujer	0.12	[0.10,0.14]	0.12	[0.10,0.14]	0.15	[0.12,0.17]	0.11	[0.09,0.13]	0.1	[0.06,0.16]
	Indígena	Hombre	0.04	[0.03,0.05]	0.04	[0.03,0.05]	0.05	[0.04,0.07]	0.03	[0.03,0.04]	0.02	[0.01,0.04]
		Mujer	0.07	[0.06,0.08]	0.07	[0.06,0.09]	0.09	[0.07,0.11]	0.06	[0.04,0.08]	0.03	[0.02,0.06]
Diagnóstico médico de hipercolesterolemia (N=9 213)	No indígena	Hombre	0.05	[0.04,0.06]	0.05	[0.04,0.06]	0.05	[0.04,0.06]	0.04	[0.03,0.06]	0.06	[0.04,0.10]
		Mujer	0.07	[0.06,0.09]	0.07	[0.06,0.09]	0.07	[0.06,0.10]	0.07	[0.05,0.09]	0.1	[0.06,0.15]
	Indígena	Hombre	0.02	[0.01,0.02]	0.02	[0.01,0.02]	0.02	[0.01,0.03]	0.02	[0.01,0.02]	0.01	[0.00,0.02]
		Mujer	0.03	[0.02,0.04]	0.03	[0.02,0.04]	0.03	[0.02,0.04]	0.03	[0.02,0.04]	0.01	[0.01,0.03]

Continúa...

...Continuación

Pérdida de 16 o más piezas dentales (N=9 102)	No indígena	Hombre	0.4	[0.36,0.43]	0.44	[0.40,0.48]	0.37	[0.31,0.42]	0.53	[0.48,0.58]	0.49	[0.41,0.57]
		Mujer	0.53	[0.50,0.57]	0.57	[0.53,0.61]	0.51	[0.45,0.57]	0.67	[0.62,0.71]	0.6	[0.52,0.67]
	Indígena	Hombre	0.35	[0.31,0.39]	0.39	[0.35,0.43]	0.31	[0.26,0.37]	0.47	[0.41,0.52]	0.4	[0.30,0.51]
		Mujer	0.48	[0.44,0.52]	0.52	[0.47,0.56]	0.44	[0.38,0.50]	0.61	[0.56,0.66]	0.54	[0.43,0.64]
Autorreporte de incontinencia urinaria (N=9 213)	No indígena	Hombre	0.17	[0.15,0.19]	0.17	[0.15,0.19]	0.2	[0.17,0.23]	0.12	[0.11,0.14]	0.15	[0.10,0.20]
		Mujer	0.21	[0.19,0.23]	0.2	[0.18,0.22]	0.24	[0.21,0.28]	0.16	[0.14,0.18]	0.17	[0.13,0.23]
	Indígena	Hombre	0.14	[0.12,0.16]	0.13	[0.11,0.15]	0.16	[0.13,0.19]	0.09	[0.08,0.11]	0.09	[0.06,0.14]
		Mujer	0.17	[0.14,0.19]	0.16	[0.14,0.18]	0.19	[0.16,0.23]	0.12	[0.10,0.14]	0.1	[0.07,0.16]
Síntomas depresivos (N=7 193)	No indígena	Hombre	0.21	[0.19,0.23]	0.22	[0.20,0.25]	0.22	[0.19,0.25]	0.19	[0.16,0.22]	0.16	[0.11,0.23]
		Mujer	0.29	[0.27,0.32]	0.31	[0.28,0.34]	0.3	[0.27,0.34]	0.25	[0.22,0.30]	0.22	[0.16,0.31]
	Indígena	Hombre	0.26	[0.23,0.30]	0.28	[0.24,0.32]	0.27	[0.23,0.31]	0.24	[0.21,0.28]	0.24	[0.16,0.34]
		Mujer	0.35	[0.32,0.39]	0.37	[0.33,0.42]	0.36	[0.31,0.41]	0.35	[0.30,0.40]	0.3	[0.20,0.43]
Dificultad en las actividades de la vida diaria (N=9 207)	No indígena	Hombre	0.21	[0.19,0.23]	0.18	[0.16,0.21]	0.22	[0.18,0.26]	0.17	[0.14,0.19]	0.25	[0.19,0.32]
		Mujer	0.25	[0.22,0.27]	0.21	[0.19,0.24]	0.27	[0.22,0.31]	0.21	[0.18,0.24]	0.27	[0.21,0.34]
	Indígena	Hombre	0.21	[0.19,0.24]	0.18	[0.16,0.21]	0.21	[0.17,0.25]	0.17	[0.14,0.20]	0.17	[0.12,0.24]
		Mujer	0.25	[0.22,0.27]	0.21	[0.18,0.24]	0.25	[0.21,0.30]	0.2	[0.17,0.24]	0.22	[0.16,0.30]
Dificultad en las actividades instrumentales de la vida diaria (N=9 208)	No indígena	Hombre	0.09	[0.08,0.11]	0.08	[0.07,0.10]	0.09	[0.07,0.12]	0.07	[0.06,0.08]	0.12	[0.08,0.16]
		Mujer	0.26	[0.23,0.28]	0.23	[0.20,0.26]	0.26	[0.22,0.31]	0.22	[0.19,0.25]	0.28	[0.21,0.36]
	Indígena	Hombre	0.12	[0.10,0.14]	0.1	[0.09,0.12]	0.11	[0.08,0.14]	0.09	[0.07,0.11]	0.11	[0.07,0.16]
		Mujer	0.31	[0.27,0.34]	0.28	[0.24,0.32]	0.3	[0.24,0.36]	0.25	[0.22,0.29]	0.32	[0.24,0.43]
Dependencia funcional (N=9 208)	No indígena	Hombre	0.24	[0.21,0.26]	0.22	[0.19,0.25]	0.24	[0.20,0.29]	0.18	[0.16,0.21]	0.28	[0.22,0.34]
		Mujer	0.35	[0.32,0.38]	0.32	[0.28,0.35]	0.36	[0.30,0.41]	0.29	[0.26,0.32]	0.37	[0.30,0.44]
	Indígena	Hombre	0.26	[0.23,0.29]	0.23	[0.20,0.26]	0.24	[0.20,0.29]	0.2	[0.17,0.23]	0.2	[0.15,0.27]
		Mujer	0.37	[0.33,0.41]	0.34	[0.30,0.37]	0.36	[0.30,0.42]	0.3	[0.27,0.34]	0.34	[0.26,0.43]

* N = tamaño de la muestra correspondiente a cada indicador.

CUADRO D4B
Indicadores de salud

INDICADOR			NO OP		SÍ OP	
			PR	[IC 95%]	PR	[IC 95%]
Autopercepción del estado de salud (N=6,039)*	No Indígena	Hombre	0.53	[0.50,0.56]	0.55	[0.53,0.58]
		Mujer	0.53	[0.49,0.56]	0.56	[0.53,0.58]
	Indígena	Hombre	0.6	[0.56,0.64]	0.61	[0.58,0.65]
		Mujer	0.6	[0.56,0.64]	0.62	[0.59,0.65]
Estado de salud comparado con el de otra persona de su misma edad (N=5,983)	No Indígena	Hombre	0.6	[0.56,0.63]	0.59	[0.56,0.61]
		Mujer	0.57	[0.53,0.60]	0.56	[0.53,0.59]
	Indígena	Hombre	0.62	[0.58,0.66]	0.61	[0.58,0.65]
		Mujer	0.6	[0.55,0.64]	0.59	[0.55,0.62]
Tabaquismo actual (N=)	No Indígena	Hombre	0.12	[0.10,0.15]	0.13	[0.10,0.15]
		Mujer	0.01	[0.01,0.01]	0.01	[0.01,0.01]
	Indígena	Hombre	0.05	[0.03,0.06]	0.05	[0.03,0.06]
		Mujer	0.00	[0.00,0.01]	0.00	[0.00,0.01]
Diagnóstico médico de artritis (N=7,856)	No Indígena	Hombre	0.15	[0.13,0.17]	0.14	[0.13,0.15]
		Mujer	0.18	[0.16,0.20]	0.17	[0.15,0.18]
	Indígena	Hombre	0.13	[0.11,0.15]	0.12	[0.11,0.14]
		Mujer	0.16	[0.13,0.18]	0.15	[0.13,0.17]
Diagnóstico médico de hipertensión arterial (N=7,853)	No Indígena	Hombre	0.23	[0.21,0.25]	0.21	[0.19,0.23]
		Mujer	0.37	[0.34,0.40]	0.34	[0.32,0.37]
	Indígena	Hombre	0.16	[0.14,0.19]	0.14	[0.13,0.16]
		Mujer	0.27	[0.23,0.30]	0.25	[0.22,0.28]
Diagnóstico médico de diabetes mellitus (N=7,850)	No Indígena	Hombre	0.08	[0.07,0.09]	0.07	[0.06,0.08]
		Mujer	0.13	[0.11,0.15]	0.12	[0.10,0.13]
	Indígena	Hombre	0.05	[0.04,0.06]	0.04	[0.03,0.05]
		Mujer	0.07	[0.06,0.09]	0.07	[0.06,0.08]
Diagnóstico médico de hipercolesterolemia (N=7,856)	No Indígena	Hombre	0.05	[0.04,0.07]	0.04	[0.04,0.05]
		Mujer	0.08	[0.06,0.09]	0.07	[0.05,0.08]
	Indígena	Hombre	0.02	[0.01,0.03]	0.02	[0.01,0.02]
		Mujer	0.03	[0.02,0.04]	0.02	[0.02,0.03]
Pérdida de 16 o más piezas dentales (N=7,786)	No Indígena	Hombre	0.41	[0.38,0.45]	0.45	[0.42,0.49]
		Mujer	0.57	[0.53,0.61]	0.59	[0.56,0.62]
	Indígena	Hombre	0.34	[0.30,0.38]	0.38	[0.35,0.42]
		Mujer	0.48	[0.43,0.52]	0.52	[0.48,0.55]
Autorreporte de incontinencia urinaria (N=7,856)	No Indígena	Hombre	0.17	[0.15,0.19]	0.16	[0.14,0.17]
		Mujer	0.2	[0.18,0.23]	0.19	[0.17,0.20]
	Indígena	Hombre	0.14	[0.12,0.16]	0.13	[0.11,0.15]
		Mujer	0.16	[0.14,0.19]	0.15	[0.14,0.18]
Síntomas depresivos (N=6,047)	No Indígena	Hombre	0.19	[0.17,0.22]	0.2	[0.18,0.22]
		Mujer	0.27	[0.24,0.30]	0.28	[0.25,0.30]
	Indígena	Hombre	0.25	[0.21,0.29]	0.26	[0.23,0.29]
		Mujer	0.33	[0.29,0.38]	0.35	[0.31,0.38]
Dificultad en las actividades de la vida diaria (N=7,850)	No Indígena	Hombre	0.2	[0.18,0.22]	0.2	[0.18,0.22]
		Mujer	0.24	[0.21,0.27]	0.22	[0.20,0.24]
	Indígena	Hombre	0.2	[0.17,0.22]	0.2	[0.18,0.22]
		Mujer	0.23	[0.20,0.26]	0.23	[0.20,0.26]
Dificultad en las actividades instrumentales de la vida diaria (N=7,851)	No Indígena	Hombre	0.08	[0.07,0.10]	0.09	[0.08,0.10]
		Mujer	0.25	[0.22,0.28]	0.24	[0.22,0.26]
	Indígena	Hombre	0.1	[0.09,0.12]	0.11	[0.10,0.13]
		Mujer	0.29	[0.25,0.33]	0.3	[0.27,0.33]
Dependencia funcional (N=7,851)	No Indígena	Hombre	0.22	[0.19,0.24]	0.22	[0.20,0.25]
		Mujer	0.34	[0.31,0.37]	0.32	[0.30,0.35]
	Indígena	Hombre	0.23	[0.21,0.26]	0.25	[0.22,0.27]
		Mujer	0.35	[0.31,0.39]	0.35	[0.32,0.38]

* N = tamaño de la muestra correspondiente a cada indicador.

CUADRO D5A
Indicadores de
cobertura y utilización
de servicios de salud

INDICADOR	1998		2000		2003		CHIS-OAX		NORTE			
	PR	[IC 95%]	PR	[IC 95%]	PR	[IC 95%]	PR	[IC 95%]	PR	[IC 95%]		
Cobertura de edentulismo (N=1,451)	No Indígena	Hombre	0.38	[0.32,0.44]	0.44	[0.38,0.51]	0.39	[0.29,0.50]	0.52	[0.46,0.58]	0.42	[0.29,0.57]
		Mujer	0.45	[0.39,0.51]	0.48	[0.42,0.54]	0.43	[0.33,0.53]	0.57	[0.51,0.62]	0.5	[0.36,0.64]
	Indígena	Hombre	0.23	[0.19,0.29]	0.26	[0.20,0.34]	0.13	[0.08,0.22]	0.29	[0.23,0.37]	0.22	[0.11,0.40]
		Mujer	0.26	[0.21,0.31]	0.31	[0.25,0.38]	0.22	[0.14,0.32]	0.34	[0.28,0.41]	0.23	[0.10,0.43]
Utilización preventiva de salud bucal (N=7,226)	No Indígena	Hombre	0.13	[0.11,0.15]	0.14	[0.12,0.16]	0.11	[0.09,0.14]	0.12	[0.10,0.15]	0.17	[0.11,0.24]
		Mujer	0.13	[0.11,0.15]	0.14	[0.12,0.16]	0.12	[0.09,0.15]	0.13	[0.10,0.15]	0.18	[0.12,0.25]
	Indígena	Hombre	0.09	[0.08,0.12]	0.11	[0.09,0.14]	0.08	[0.06,0.11]	0.09	[0.07,0.12]	0.07	[0.04,0.13]
		Mujer	0.1	[0.08,0.12]	0.12	[0.09,0.14]	0.08	[0.06,0.11]	0.1	[0.08,0.12]	0.07	[0.03,0.12]
Cobertura en salud visual (N=3,899)	No Indígena	Hombre	0.25	[0.22,0.29]	0.21	[0.16,0.26]	0.27	[0.22,0.33]	0.28	[0.22,0.34]	0.27	[0.18,0.38]
		Mujer	0.2	[0.16,0.23]	0.15	[0.12,0.19]	0.2	[0.16,0.25]	0.21	[0.16,0.26]	0.22	[0.14,0.31]
	Indígena	Hombre	0.14	[0.11,0.17]	0.13	[0.09,0.17]	0.15	[0.11,0.21]	0.15	[0.10,0.21]	0.21	[0.12,0.34]
		Mujer	0.1	[0.08,0.12]	0.09	[0.06,0.12]	0.1	[0.07,0.14]	0.1	[0.07,0.15]	0.21	[0.10,0.38]
Revisión visual preventiva (N=7,226)	No Indígena	Hombre	0.12	[0.10,0.14]	0.11	[0.09,0.13]	0.14	[0.11,0.19]	0.15	[0.13,0.18]	0.2	[0.15,0.27]
		Mujer	0.12	[0.10,0.14]	0.11	[0.09,0.13]	0.15	[0.11,0.21]	0.16	[0.13,0.19]	0.21	[0.16,0.28]
	Indígena	Hombre	0.08	[0.06,0.09]	0.08	[0.06,0.10]	0.09	[0.07,0.13]	0.1	[0.08,0.13]	0.11	[0.07,0.18]
		Mujer	0.08	[0.06,0.10]	0.08	[0.06,0.10]	0.09	[0.07,0.13]	0.1	[0.08,0.13]	0.11	[0.07,0.19]
Cobertura de la vacuna contra el Tétanos (N=7,226)	No Indígena	Hombre	0.74	[0.71,0.78]	0.74	[0.70,0.78]	0.68	[0.63,0.73]	0.73	[0.69,0.77]	0.69	[0.59,0.77]
		Mujer	0.8	[0.77,0.82]	0.79	[0.75,0.82]	0.74	[0.70,0.78]	0.79	[0.75,0.82]	0.75	[0.66,0.82]
	Indígena	Hombre	0.76	[0.72,0.79]	0.77	[0.73,0.80]	0.7	[0.64,0.75]	0.73	[0.68,0.77]	0.68	[0.56,0.79]
		Mujer	0.8	[0.77,0.83]	0.81	[0.77,0.84]	0.74	[0.69,0.78]	0.78	[0.74,0.81]	0.7	[0.57,0.81]
Cobertura de la vacuna contra la neumonía (N=7,226)	No Indígena	Hombre	0.45	[0.41,0.49]	0.45	[0.41,0.49]	0.41	[0.36,0.47]	0.49	[0.44,0.53]	0.54	[0.44,0.63]
		Mujer	0.52	[0.49,0.56]	0.51	[0.47,0.56]	0.48	[0.43,0.54]	0.56	[0.51,0.60]	0.61	[0.52,0.70]
	Indígena	Hombre	0.44	[0.40,0.49]	0.45	[0.40,0.50]	0.4	[0.35,0.46]	0.46	[0.41,0.51]	0.5	[0.38,0.63]
		Mujer	0.5	[0.46,0.55]	0.51	[0.46,0.56]	0.47	[0.40,0.53]	0.54	[0.49,0.59]	0.52	[0.38,0.65]
Cobertura de la vacuna contra H. Influenza (N=7,226)	No Indígena	Hombre	0.39	[0.36,0.43]	0.38	[0.35,0.42]	0.37	[0.32,0.43]	0.45	[0.41,0.50]	0.5	[0.41,0.59]
		Mujer	0.47	[0.43,0.51]	0.45	[0.41,0.49]	0.44	[0.38,0.50]	0.53	[0.48,0.58]	0.58	[0.49,0.67]
	Indígena	Hombre	0.4	[0.35,0.44]	0.4	[0.35,0.45]	0.37	[0.31,0.44]	0.45	[0.40,0.49]	0.46	[0.35,0.58]
		Mujer	0.46	[0.42,0.51]	0.46	[0.41,0.51]	0.44	[0.38,0.50]	0.53	[0.49,0.58]	0.49	[0.36,0.61]
Cobertura para detección de cáncer cérvico uterino (N=3,433)	No Indígena	0.34	[0.30,0.39]	0.38	[0.33,0.43]	0.28	[0.22,0.35]	0.3	[0.25,0.36]	0.36	[0.26,0.47]	
	Indígena	0.3	[0.25,0.35]	0.37	[0.32,0.42]	0.25	[0.18,0.33]	0.26	[0.21,0.32]	0.21	[0.12,0.34]	
Cobertura detección de cáncer de mama (mamografía, N=3,444)	No Indígena	0.06	[0.05,0.08]	0.08	[0.05,0.11]	0.07	[0.05,0.11]	0.05	[0.04,0.07]	0.12	[0.07,0.20]	
	Indígena	0.05	[0.03,0.07]	0.07	[0.05,0.10]	0.06	[0.03,0.09]	0.04	[0.03,0.06]	0.05	[0.02,0.13]	
Cobertura para detección de cáncer de próstata (N=1,720)	No Indígena	0.21	[0.17,0.25]	0.18	[0.14,0.23]	0.28	[0.21,0.36]	0.26	[0.21,0.32]	0.16	[0.09,0.29]	
	Indígena	0.15	[0.12,0.19]	0.14	[0.11,0.19]	0.19	[0.13,0.27]	0.17	[0.12,0.24]	0.13	[0.06,0.26]	

* N = tamaño de la muestra correspondiente a cada indicador

CUADRO D5B
Indicadores de
cobertura y utilización
de servicios de salud

INDICADOR			NO OP		SÍ OP	
			PR	[IC 95%]	PR	[IC 95%]
Cobertura de edentulismo (N=1,230)	No Indígena	Hombre	0.45	[0.38,0.53]	0.45	[0.39,0.51]
		Mujer	0.5	[0.43,0.57]	0.51	[0.46,0.56]
	Indígena	Hombre	0.28	[0.21,0.36]	0.24	[0.19,0.29]
		Mujer	0.29	[0.23,0.36]	0.28	[0.23,0.34]
Utilización preventiva de salud bucal (N=6,237)	No Indígena	Hombre	0.15	[0.13,0.17]	0.12	[0.11,0.14]
		Mujer	0.15	[0.13,0.18]	0.13	[0.11,0.14]
	Indígena	Hombre	0.11	[0.09,0.14]	0.09	[0.08,0.11]
		Mujer	0.11	[0.09,0.13]	0.1	[0.08,0.12]
Cobertura en salud visual (N=3,348)	No Indígena	Hombre	0.3	[0.26,0.35]	0.22	[0.19,0.25]
		Mujer	0.23	[0.19,0.28]	0.16	[0.14,0.19]
	Indígena	Hombre	0.19	[0.14,0.24]	0.13	[0.10,0.17]
		Mujer	0.11	[0.08,0.15]	0.09	[0.07,0.12]
Revisión visual preventiva (N= 6,237)	No Indígena	Hombre	0.15	[0.13,0.17]	0.13	[0.12,0.15]
		Mujer	0.14	[0.12,0.17]	0.13	[0.11,0.15]
	Indígena	Hombre	0.1	[0.07,0.12]	0.08	[0.07,0.10]
		Mujer	0.09	[0.07,0.11]	0.08	[0.07,0.10]
Cobertura de la vacuna contra el Tétanos (N=6,237)	No Indígena	Hombre	0.66	[0.62,0.69]	0.77	[0.74,0.79]
		Mujer	0.72	[0.69,0.75]	0.82	[0.80,0.84]
	Indígena	Hombre	0.66	[0.62,0.70]	0.77	[0.74,0.79]
		Mujer	0.7	[0.66,0.74]	0.82	[0.79,0.84]
Cobertura de la vacuna contra la neumonía (N=6,237)	No Indígena	Hombre	0.38	[0.35,0.41]	0.5	[0.47,0.53]
		Mujer	0.44	[0.41,0.48]	0.57	[0.54,0.59]
	Indígena	Hombre	0.36	[0.31,0.40]	0.47	[0.43,0.50]
		Mujer	0.4	[0.35,0.45]	0.53	[0.50,0.57]
Cobertura de la vacuna contra H. Influenza (N=6,237)	No Indígena	Hombre	0.35	[0.31,0.38]	0.44	[0.41,0.47]
		Mujer	0.41	[0.37,0.45]	0.51	[0.48,0.54]
	Indígena	Hombre	0.34	[0.30,0.38]	0.42	[0.39,0.46]
		Mujer	0.39	[0.34,0.43]	0.5	[0.46,0.53]
Cobertura para detección de cáncer cérvico uterino (N=2,901)	No Indígena		0.25	[0.22,0.29]	0.38	[0.34,0.41]
	Indígena		0.22	[0.18,0.27]	0.32	[0.28,0.37]
Cobertura detección de cáncer de mama (mamografía, N=2,912)	No Indígena		0.06	[0.05,0.08]	0.07	[0.06,0.09]
	Indígena		0.05	[0.03,0.07]	0.05	[0.04,0.07]
Cobertura para detección de cáncer de próstata (N=1,507)	No Indígena		0.27	[0.22,0.33]	0.21	[0.18,0.24]
	Indígena		0.2	[0.15,0.27]	0.14	[0.11,0.18]

* N = tamaño de la muestra correspondiente a cada indicador

E. Utilización y gasto en servicios de salud

	HOSPITALIZACIÓN				AMBULATORIO			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)
Grupo de incorporación								
Año 1998	-0.261		-0.410		0.013		0.026**	
Año 2000	0.064		0.038		0.018**		0.026**	
Año 2003 (referencia)								
Año 1998*etnicidad	-0.263		-0.477		0.000		-0.011	
Año 2000*etnicidad	-0.028		-0.583		-0.009		-0.018	
Año*indígena (referencia)								
Características individuales								
Género (1=m, 0=f)	0.247	0.154	0.014	-0.132	-0.006	-0.006	-0.005	-0.005
Edad de 0 a 6 años (referencia)								
Edad de 7 a 17 años	0.863	0.885	1.052	1.071	0.004	0.004	0.003	0.003
Edad de 18 a 49 años	0.125	0.065	-0.211	-0.287	0.021***	0.021***	0.019***	0.019***
Edad de 50 y más años	2.584***	2.606***	2.126***	2.153***	0.039***	0.039***	0.045***	0.045***
Características del hogar								
Indígena	-1.352**	-0.534	-1.002	-0.866	-0.009	-0.020**	-0.005	-0.030**
Bienes tercil 1 (referencia)								
Bienes tercil 2	0.176	0.153	0.099	0.034	0.003	0.005	-0.002	-0.000
Bienes tercil 3	0.229	0.242	-0.040	-0.068	0.005	0.006	-0.001	-0.001
Oportunidades ^a		0.388**		0.528**		-0.002		-0.002
Oportunidades ^a *indígena		-0.557***		-0.286		0.005		0.010
Jefe del hogar sin educación (referencia)								
Jefe del hogar con educación primaria	-10.910***	-11.099***	-6.679	-6.665	0.057***	0.051***	0.053***	0.047***
Jefe del hogar con educación mayor a primaria	-11.260***	-11.491***	-7.171	-7.187	0.065***	0.059***	0.058***	0.053***
Características en la localidad								
Calidad estructural baja baja/media baja (referencia) ^b								
Calidad estructural media alta			-0.208	-0.260			0.004	0.002
Calidad estructural alta			0.031	-0.073			0.011	0.006
Índice de marginación 2005	-0.409	-0.458	-0.537	-0.582	-0.002	0.002	-0.004	0.002
Intercepto	14.116***	13.644***	10.410+	9.561	-0.035**	-0.015	-0.038**	-0.007
N	2 250	2 250	1 817	1 817	6 809	6 809	5 446	5 446

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10. Estimaciones realizadas en errores robustos

^a Variable de autorreporte igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de Oportunidades, e igual a 0 en caso contrario.

^b Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

CUADRO E1
Modelo de probabilidad lineal para el gasto asociado a utilización de servicios de salud ambulatorios u hospitalarios (miles de pesos constantes a 2007)

CUADRO E2
Modelos de probabilidad lineal y Poisson para la utilización de servicios estimados para la población de Chiapas y Oaxaca

	MODELO DE PROBABILIDAD LINEAL PARA LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS				MODELO POISSON PARA EL NÚMERO DE VECES QUE SE USAN LOS SERVICIOS DE SALUD EN GENERAL (EFECTOS MARGINALES NO NOTIFICADOS)(*)	
	EN GENERAL		PÚBLICOS		(1)	(2)
	(1)	(2)	(1)	(2)		
Grupo de incorporación						
Oportunidades**índígena	-0.003	-0.003	-0.004	-0.005	0.037**	0.043**
Características individuales						
Género (1=m, 0=f)	-0.029***	-0.030***	-0.026***	-0.026***	-0.008	-0.012
Edad de 0 a 6 años (referencia)						
Edad de 7 a 17 años	-0.048***	-0.049***	-0.034***	-0.036***	-0.021	-0.021
Edad de 18 a 49 años	-0.030***	-0.032***	-0.021***	-0.025***	0.077**	0.085**
Edad de 50 y más años	0.024***	0.027***	0.019***	0.020**	0.118***	0.113***
Características del hogar						
Índígena						
Bienes tercil 1 (referencia)	0.004	-0.001	0.002	-0.001	-0.045	-0.035
Bienes tercil 2	0.002	-0.003	-0.000	-0.001	0.022	0.030
Bienes tercil 3	0.024**	0.026+	0.023+	0.026+	-0.082	-0.086
Oportunidades ^a	-0.002	-0.002	-0.001	-0.002	-0.008**	-0.008+
Jefe del hogar sin educación (referencia)						
Jefe del hogar con educación primaria	0.073***	0.073***	0.060***	0.060***	-0.012	-0.008
Jefe del hogar con educación mayor a primaria	0.089***	0.090***	0.067***	0.068***	Eliminado	eliminado
Características en la localidad						
Calidad estructural baja baja/media baja (referencia) ^b						
Calidad estructural media alta		-0.009		-0.005		-0.018
Calidad estructural alta		eliminado		Eliminado		eliminado
Índice de marginación 2005	-0.013	-0.002	-0.007	0.002	0.015	0.034
Intercepto	0.037***	0.054***	0.030***	0.046***	0.300***	0.305***
N	36 906	31 758	36 906	31 758	2 958	2,674

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10. Errores estándar robustos en corchetes.

^a Variable de autorreporte igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de Oportunidades, e igual a 0 en caso contrario.

^b Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

CUADRO E3
Modelos de probabilidad lineal para la morbilidad y el gasto estimados para la población de Chiapas y Oaxaca

	MODELO DE PROBABILIDAD LINEAL PARA LA MORBILIDAD EN EL ÚLTIMO MES		MODELO DE PROBABILIDAD LINEAL PARA EL GASTO EN MILES DE PESOS CONSTANTES A 2007			
			HOSPITALIZACIÓN		AMBULATORIO	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Grupo de incorporación						
Oportunidades ^a *indígena	0.002	0.002	-1.234	-1.232	-0.005	-0.006+
Características individuales						
Género (1=m, 0=f)	-0.025***	-0.026***	1.341	0.814	-0.002	-0.000
Edad de 0 a 6 años (referencia)						
Edad de 7 a 17 años	-0.044***	-0.045***	2.007	2.547+	0.000	-0.001
Edad de 18 a 49 años	-0.037***	-0.041***	1.772***	1.917**	0.017**	0.017**
Edad de 50 y más años	0.039***	0.037***	2.598**	3.080***	0.037***	0.037***
Características del hogar						
Indígena	0.002	0.001	1.056	0.777	-0.004	-0.000
Bienes tercil 1 (referencia)						
Bienes tercil 2	0.004	0.003	-0.336	-0.538	-0.015+	-0.014
Bienes tercil 3	0.003	0.004	0.555	0.628	-0.015	-0.012
Oportunidades ^a	-0.002	-0.003	0.303	0.454	0.002	0.002
Jefe del hogar sin educación (referencia)						
Jefe del hogar con educación primaria	-0.253	-0.252	0.429	0.519	0.000	-0.016
Jefe del hogar con educación mayor a primaria	-0.223	-0.223	Eliminado	eliminado	0.017+	Eliminado
Características en la localidad						
Calidad estructural baja/baja/media baja (referencia) ^b						
Calidad estructural media alta		-0.023+		0.786		-0.008
Calidad estructural alta		0.000		0.000		0.000
Índice de marginación 2005	-0.004	0.005	-0.461	-0.530	-0.028***	-0.031***
Intercepto	0.401	0.423	0.005	-0.594	0.018	0.036***
N	34,817	30,012	337	288	2,304	2,069

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10. Estimaciones realizadas con errores robustos..

^a Variable de autorreporte igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de Oportunidades, e igual a 0 en caso contrario.

^b Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

CUADRO E4
Modelos probabilístico lineal y Poisson de la utilización de servicios estimados para la población del norte

	MODELO DE PROBABILIDAD LINEAL PARA LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS				MODELO POISSON PARA EL NÚMERO DE VECES QUE SE USAN LOS SERVICIOS DE SALUD EN GENERAL (EFECTOS MARGINALES NO NOTIFICADOS)	
	EN GENERAL		PÚBLICOS		(1)	(2)
	(1)	(2)	(1)	(2)		
Grupo de incorporación						
Oportunidades ^a : indígena	0.206**	0.283	0.184+	0.284	0.136	0.104
Características individuales						
Género (1=m, 0=f)	-0.041***	-0.043***	-0.037***	-0.040***	0.033	0.049
Edad de 0 a 6 años (referencia)						
Edad de 7 a 17 años	-0.086***	-0.067***	-0.080***	-0.068***	0.024	0.080
Edad de 18 a 49 años	-0.059***	-0.043**	-0.051***	-0.041+	0.112	0.200+
Edad de 50 y más años	0.055**	0.073***	0.048+	0.063**	0.094	0.169
Características del hogar						
Indígena	-0.248***	-0.302	-0.215**	-0.289	-0.208	-0.082
Bienes tercil 1 (referencia)						
Bienes tercil 2	0.021	0.027	0.010	0.019	0.014	-0.004
Bienes tercil 3	0.015	0.019	0.014	0.022	-0.086	-0.002
Oportunidades ^a	0.0001	-0.011	-0.007	-0.018+	0.074	0.003
Jefe del hogar sin educación (referencia)						
Jefe del hogar con educación primaria	-0.020	0.111***	-0.021	0.108***	-0.018	-0.079
Jefe del hogar con educación mayor a primaria	Eliminado	0.118***	Eliminado	0.120***	Eliminado	Eliminado
Características en la localidad						
Calidad estructural baja baja/media baja (referencia) ^b						
Calidad estructural media alta	Eliminado	0.043+		0.030		0.003
Calidad estructural alta		0.076**		0.051+		0.225**
Índice de marginación 2005	-0.025	-0.014	-0.027+	-0.022	0.018	0.003
Intercepto	0.175***	Eliminado	0.165***	Eliminado	0.197	0.161
N	4 013	3 563	4 013	3 563	441	387

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10. Estimaciones realizadas con errores robustos.

^a Variable de autorreporte igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de Oportunidades, e igual a 0 en caso contrario.

^b Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

	MODELO DE PROBABILIDAD LINEAL PARA LA MORBILIDAD EN EL ÚLTIMO MES	
	(1)	(2)
Grupo de incorporación		
<i>Oportunidades</i> ^a *indígena	0.013	0.382
Características individuales		
Género (1=m, 0=f)	-0.026**	-0.025+
Edad de 0 a 6 años (referencia)		
Edad de 7 a 17 años	-0.088***	-0.064***
Edad de 18 a 49 años	-0.072***	-0.046**
Edad de 50 y más años	0.004	0.024
Características del hogar		
Indígena	-0.037	-0.370
Bienes tercil 1 (referencia)		
Bienes tercil 2	0.062**	0.068**
Bienes tercil 3	0.030	0.038
<i>Oportunidades</i> ^a	-0.007	-0.024
Jefe del hogar sin educación (referencia)		
Jefe del hogar con educación primaria	-0.007	0.143***
Jefe del hogar con educación mayor a primaria	--	0.145**
Características a nivel localidad		
Calidad estructural baja baja/media baja (referencia) ^b		
Calidad estructural media alta		0.053
Calidad estructural alta		0.173**
Índice de marginación 2005	-0.036	-0.021
Intercepto	0.201***	--
N	3,423	3,004

*** p<0.01, ** p<0.05, + p<0.10. Estipaciones realizadas con errores robustos.

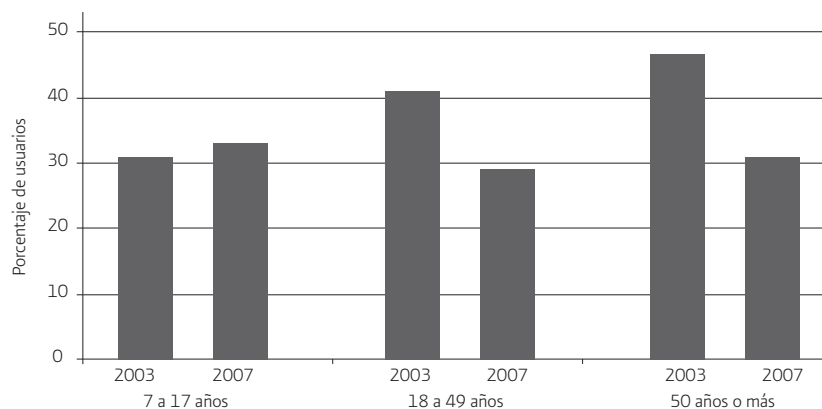
^aVariable de autorreporte igual a 1 si una persona en el hogar menciona que el hogar se beneficia de *Oportunidades*, e igual a 0 en caso contrario.

^b Índice que mide la disponibilidad de recursos materiales y humanos de salud en la localidad.

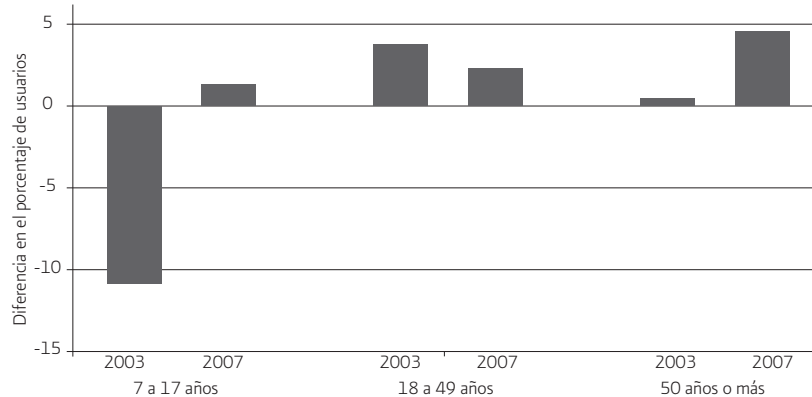
CUADRO E5
Modelo probabilístico de morbilidad en el último mes estimado para la población del norte

FIGURA E1

Utilización de servicios de salud preventivos por hogar en el último año

**FIGURA E2**

Diferencia indígena-no indígena en la utilización de servicios de salud preventivos en el último año



Capítulo IV

Diagnóstico situacional del estado nutricional de niños menores de dos años de edad y de sus madres, beneficiarios de *Oportunidades* en zonas rurales

AUTORES

**Lynnette M Neufeld, Fabiola Mejía, Ana Cecilia Fernández Gaxiola,
Armando García Guerra, Ignacio Méndez, Clara P Domínguez**

Resumen ejecutivo

Introducción

Oportunidades tiene como objetivo principal el desarrollo de capital humano mediante el desarrollo de las capacidades en educación, salud y nutrición de su población beneficiaria. Debido a los efectos adversos de la mala nutrición sobre el desarrollo, la capacidad para aprender y trabajar y el bienestar en general de las personas afectadas, su erradicación es requisito indispensable para el cumplimiento total de este objetivo. Después de diez años de su implementación resulta relevante indagar cómo ha evolucionado la situación nutricional desde que inició el Programa en zonas rurales y saber cuál es la brecha nutricional de los niños y sus madres, que el Programa aún debe atender en las comunidades rurales. El objetivo general de este documento es proveer un diagnóstico del estado de nutrición de niños menores de dos años de edad y sus madres en las mismas comunidades donde se realizó la evaluación del impacto de *Oportunidades* (entonces Progresá) de 1998-2000 y 2003. Al mismo tiempo, se pretende utilizar aquí la información disponible de otras encuestas para resaltar el rezago en la situación nutricional que aún falta resolver en la población y buscar algunos factores asociados con mayor prevalencia de mala nutrición. De manera específica, se buscó responder a los siguientes objetivos:

1. Estimar la prevalencia de anemia, talla baja y emaciación en niños menores de dos años de edad, beneficiarios de *Oportunidades* en zonas rurales de México.
2. Estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres, madres de niños menores de dos años de edad y la prevalencia de anemia en caso de mujeres embarazadas y en los primeros seis meses posparto.
3. Identificar las zonas del país o subgrupos dentro de la población beneficiaria con mayor rezago en el estado de nutrición e identificar la brecha en el estado de nutrición que el Programa debe atender en los siguientes años.
4. Identificar factores socioeconómicos y demográficos vinculados con mayor déficit en el estado nutricional en niños menores de dos años de edad.

Métodos

Los análisis realizados en este informe utilizan sobre todo la información procedente de la Encuesta de Evaluación de los Hogares (Encel) 2007 en zonas rurales. La muestra se obtuvo en los mismos siete estados en donde se llevó a cabo la evaluación del impacto original del Programa (esto es, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí y Veracruz). En 2007 se agregaron a la muestra Chiapas y Oaxaca, dada su alta concentración de población beneficiaria. Para la comparación con la situación nutricional en las localidades al inicio del Programa se utilizaron datos de rondas anteriores de la Encel (1998 y 1999), se hizo referencia a algunas cifras notificadas en la Encuesta Nacional de Nutrición (Enn 1999) y la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2006).

En los niños se calculó la talla para la edad, peso para la edad, peso para la talla, concentración de hemoglobina y prevalencia de talla baja, emaciación, riesgo de peso alto y anemia. La prevalencia de mala nutrición (es decir, talla baja, anemia, emaciación y riesgo de peso alto en niños; sobrepeso, obesidad en mujeres y anemia en mujeres embarazadas y en los primeros seis meses pos parto) se presenta para la población en su totalidad y por diversos subgrupos basados en características individuales, del hogar (etnicidad), de la comunidad y por entidad federativa.

En las mujeres se calculó el índice de masa corporal (IMC), concentración de hemoglobina en mujeres embarazadas y en los primeros seis meses posparto y las respectivas prevalencias. También se obtuvo información sobre las prácticas de lactancia y alimentación complementaria. La información sobre seguridad alimentaria se registra como la percepción de incertidumbre que experimenta la mujer, madre de los niños menores de dos años de edad, al no contar con suficientes alimentos o el dinero para poderlos obtener para su familia.

Resultados*

Se notifican los resultados de una muestra total de 5 855 niños menores de dos años al momento de aplicar la encuesta y 5 307 madres de estos niños. Hasta 27.4% de los respondientes en la muestra pertenecen a familias que se clasifican como indígenas.

La prevalencia de emaciación es baja en la población y dentro de los límites esperados en una población sana (<2.5%). La prevalencia de riesgo de peso alto fue de 4.7%. La prevalencia de talla baja fue de 21.8%. Una proporción significativamente mayor ($p < 0.001$) de niños (25.6%) que niñas (18.1%) sufre talla baja. Un porcentaje de 32.5% de los niños sufre anemia y es significativamente ($p < 0.01$) mayor la prevalencia en niños (34.6%) que en niñas (30.5%). La prevalencia de talla baja es mayor en Guerrero (36.3%); después existen cuatro estados con prevalencia de talla baja de 20 a 25% (Puebla, Veracruz, Chiapas y Oaxaca) y cuatro con la prevalencia de 15 a 20% (Hidalgo, Michoacán, Querétaro y San Luis Potosí). La prevalencia de anemia es alta en todos los estados incluidos en la muestra y varía de 25 a 40%.

La prevalencia de talla baja y anemia es mayor en grado significativo en los niños que pertenecen a familias que se clasifican como indígenas (33%) respecto de los niños de familias no indígenas (19.4%). En el tercil socioeconómico menos pobre, la prevalencia de talla baja y anemia es significativamente menor a la mitad de la prevalencia observada en el tercil más pobre (14.1% contra 32% y 32.8% contra 39%, respectivamente). De la misma manera, la prevalencia de anemia (59.2%) y talla baja (42.2%) es mayor en el tercil más pobre. La prevalencia de talla baja fue significativamente mayor en niños de familias beneficiarias de *Oportunidades* que en niños de familias no beneficiarias ($p < 0.01$). No existe diferencia en la prevalencia de emaciación, riesgo de peso alto o anemia por estatus de pertenencia al Programa.

La prevalencia de talla baja fue significativamente mayor en las localidades de muy alta (37.2%) y alta marginación (20%) respecto de las de menor marginación. De la misma manera, la prevalencia de anemia fue mayor en las localidades con muy alta marginación (40.6%), seguido por las de alta marginación (35.6%). No hubo diferencia significativa en la prevalencia de emaciación o riesgo de peso alto por nivel de marginación. La prevalencia de talla baja fue significativamente mayor en niños de localidades donde la incorporación al Programa inició desde 1998 (24.5%) en comparación con los niños de localidades donde la incorporación inició en 2000 (19.5%) o 2003 (21.2%). Este hallazgo no es sorprendente si se considera que en el grupo de 1998 se encuentra una mayor proporción de localidades de muy alta y alta marginación.

PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Hasta 95.6% de los niños recibe o recibió leche materna en algún momento de sus vidas; tal proporción es un poco mayor en la población de origen indígena. Al momento de la entrevista, 23.5% de los niños se alimentó con lactancia exclusivamente, 32% con lactancia predominante y 44.5% con lactancia parcial, con una edad promedio dentro de cada grupo de 3.3 ± 3 , 10.8 ± 5.7 y 12.2 ± 5.6 meses, respectivamente. En el subgrupo que ya no recibía leche materna, se le dejó de dar a un promedio de edad del niño de 9.4 ± 5.2 meses.

* Se informan todos los resultados y, en caso de ser estadísticamente significativos, se señala de manera explícita.

El patrón de uso de Nutrisano es similar entre niños por condición étnica. Entre 29.6 y 39.3% de los niños consumió Nutrisano en las últimas 24 horas antes de la entrevista en cualquier cantidad (desde una probadita hasta una cantidad mayor). La proporción de población que reportó no haber consumido Nutrisano es un poco más alto en la población de origen no indígena respecto de la población de origen indígena.

ESTADO NUTRICIO EN MUJERES, MADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS DE EDAD

La prevalencia de anemia en mujeres embarazadas fue de 17.3 y 8.6% en mujeres durante los primeros seis meses posparto. En mujeres que no habían tenido hijos en los últimos seis meses, la prevalencia de sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25.5$) fue menor en Guerrero (37%), segundo por Veracruz (42.8%), Oaxaca (46.2%) e Hidalgo (48.8%). En los restantes estados, la prevalencia fue mayor de 50%, con límites de 50.4% (Puebla) a 59.5% (Querétaro). La prevalencia de sobrepeso, obesidad y coexistencia de sobrepeso u obesidad en las madres y anemia en los niños es significativamente mayor en mujeres que viven en hogares con nivel económico más bajo (de acuerdo con el índice económico).*

SEGURIDAD ALIMENTARIA EN HOGARES BENEFICIARIOS DE OPORTUNIDADES EN ZONAS RURALES DE MÉXICO, ENCEL 2007

De acuerdo con el informe de la madre, un total de 1 241 hogares (21.9%) se puede clasificar con seguridad alimentaria. En 35.1% de los hogares se observó inseguridad leve, en 36% inseguridad moderada y en 7% inseguridad severa. La prevalencia de hogares con seguridad es significativamente menor en Guerrero (13.2%) y Puebla (15.1%) que en Querétaro (30.5%), San Luis Potosí (28%) y Michoacán (27.6%). La prevalencia y gravedad percibida de la inseguridad alimentaria es mayor de forma proporcional a la marginación. La inseguridad alimentaria, tanto por prevalencia como por gravedad, es más alta en hogares beneficiarios de *Oportunidades* respecto de los no beneficiarios.

COMPARACIÓN DE PREVALENCIAS DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS, BENEFICIARIOS DE OPORTUNIDADES EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

En los últimos 10 años se ha observado una notoria reducción de la prevalencia de talla baja en la población más pobre de México (Enn 1999, 44%; Ensanut 2006, 28%; Encel 2007, 21.8%). En general, la prevalencia de talla baja se redujo de manera considerable en los siete estados incluidos en las ENCEL 1998 y 1999 con un promedio de reducción de 10 puntos porcentuales (con excepción de Veracruz). De la misma manera, se observa una reducción notoria de la prevalencia de anemia; la prevalencia en niños beneficiarios del Programa en el 2007 (35.8%) es casi la mitad en comparación con el 1999 (61%). La reducción de la prevalencia de anemia fue similar en la población no beneficiaria (64.7% en 1999 y 35.2% en 2007).

Discusión

Durante los últimos diez años se ha observado un gran descenso de la prevalencia de desnutrición en niños menores de dos años de edad. La emaciación (bajo peso para la talla) se halla dentro del límite esperado en una población sana (<2.5%) en todos los estados y subgrupos estudiados. Al mismo tiempo, no se observa ningún aumento de

* El índice de nivel económico incluye diversos factores que se relacionan con el bienestar económico de la familia, de manera específica materiales de construcción de la casa y posesión de distintos enseres domésticos. Se construye el índice mediante el método de componentes principales. Para este análisis se divide la puntuación del índice en terciles, lo que permite la comparación de las personas más pobres con los intermedios y menos pobres.

la prevalencia de riesgo de peso alto en los niños menores de dos años de edad y la prevalencia es aún baja (<5%) en todos los estados y subgrupos.

Se advierte una gran diversidad en la prevalencia de talla baja y anemia entre estados de la República mexicana, con notorias reducciones en los últimos 10 años en casi todos. El grado en que la disminución de la prevalencia de talla baja se debe al Programa Oportunidades es difícil de cuantificar. El hecho de que ya no existe en este momento un grupo expuesto a condiciones económicas similares, que no haya recibido el Programa a lo largo de los últimos 10 años, limita la capacidad de realizar afirmaciones sobre la causalidad de exposición al Programa y los cambios en el estado de nutrición de la población. Dada la evidencia existente sobre el Programa,^{1,2} debe reconocerse que el Programa ha tenido efectos en el crecimiento de los niños. Sin embargo, se presenta aquí evidencia de que esta modificación no ha sido de la magnitud suficiente para erradicar el problema de talla baja. La prevalencia de talla baja sigue en particular alta en Guerrero, Puebla, Veracruz, Chiapas y Oaxaca. La evaluación en aspectos relacionados con la nutrición debe enfocarse a partir de ahora en la forma de fortalecer las acciones del Programa y las acciones adicionales necesarias para lograr un efecto de mayor magnitud.

Todos los análisis realizados por subgrupos resaltan la sólida asociación entre el bienestar económico y la prevalencia de talla baja y anemia. Más aún, no se observa una reducción considerable de la prevalencia de talla baja desde el 1998 en localidades de muy alta marginación. Es posible que ello se deba por lo menos en parte a factores ambientales (p. ej., falta de alimentos con adecuado valor nutritivo, baja calidad y accesibilidad a los servicios de salud, condiciones sanitarias precarias, entre otros) que limitan la capacidad de las familias de proveer las condiciones necesarias para el crecimiento adecuado de sus hijos. Una gran proporción de las madres de niños menores de dos años de edad en localidades de muy alta marginación percibe algún grado de inseguridad alimentaria.

En este documento se han resaltado algunos de los factores más importantes que muy probablemente son causas directas de la desnutrición en los niños, de manera específica las prácticas inadecuadas de lactancia y alimentación complementaria. Según las últimas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los niños deben recibir lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida. A partir del sexto mes debe iniciarse la introducción oportuna de alimentos con adecuado valor nutritivo (tanto en densidad energética como en micronutrientes). Se documenta aquí la introducción sumamente temprana (al mes de edad) de líquidos y leches, además de la materna, en más de 50% de los niños. Es poco probable que estos alimentos tengan la densidad necesaria de nutrientes. Al mismo tiempo, los alimentos con contenido de micronutrientes esenciales (en particular los alimentos de origen animal distintos de la leche, las frutas y las verduras) se introdujeron en sólo 20% durante los primeros dos años de vida. El resultado de este patrón es quizá una dieta con suficiencia en energía, pero con déficit notable de vitaminas y minerales. Este hallazgo destaca primero la gran necesidad de campañas educativas y consejería guiada dirigida al cambio de comportamiento relacionado con la lactancia y alimentación complementaria. Segundo, resalta la gran necesidad todavía no superada de la distribución y promoción efectiva de un complemento de micronutrientes.

Nutrisano es aún una excelente alternativa para la distribución por la calidad del producto y su gran aceptación en la población beneficiaria. Sin embargo, los resultados presentados aquí confirman hallazgos previos acerca de que Nutrisano tiene algunas limitaciones para lograr la focalización y el consumo regular en cantidad suficiente por los niños en la edad de mayor riesgo nutricional (6 a 24 meses de edad). Eso se debe sobre todo a la repartición del alimento entre otros miembros de la familia, lo cual deja una proporción baja para el niño a quien va dirigido el complemento. Urge considerar acciones relacionadas con la distribución del complemento (p. ej., dotación de Nutrisano proporcional al número de niños en la familia en localidades con alta y muy alta marginación; o la distribución de combinaciones, es decir, Nutrisano y Sprinkles de acuerdo con el número de niños en el hogar) que hagan posible el

* Rivera JA, Sotres-Alvarez D, Habicht JP, Shamah T, Villalpando S. Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progresá) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study. *JAMA* 2004;291:2563-2570. Y Neufeld LM, García Guerra A, Leroy J, Flores López ML, Fernández Gaxiola AC, Rivera Dommarco J. Impacto del Programa Oportunidades en nutrición y alimentación en zonas urbanas de México. En: Hernández-Prado B, Hernández-Ávila M (eds). Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

consumo de una dosis diaria de algún complemento con hierro, zinc y los otros micronutrientes esenciales desde los seis hasta los 24 meses de edad. Desde luego, cualquier modificación debe acompañarse de una intensa campaña educativa para asegurar el uso apropiado de los complementos.

En esta muestra, casi 50% de las mujeres ya tenía sobrepeso y obesidad a pesar de su joven edad (promedio de 27.5%). Sin duda, éste es un problema que no afecta tan sólo a la población beneficiaria del Programa sino al país en su totalidad. Aunque se observa una menor prevalencia en localidades con marginación muy alta y alta, y en familias con menor nivel económico, el sobrepeso y la obesidad son un reto en toda la población. Son insoslayables acciones dentro del Programa que permitan, por un lado, evitar un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad conforme se mejora el nivel económico de las familias beneficiarias y, por otro, proveer acciones estrictas para el control de la obesidad y las comorbilidades en la población ya afectada por estos problemas.

IMPLICACIONES PARA EL PROGRAMA

El objetivo de *Oportunidades* en cuanto a la desnutrición en niños menores de dos años debería ser su erradicación, esto es, que la prevalencia de talla baja sea aproximadamente de 2.5% (lo esperado en una población sana) y que la prevalencia de anemia se reduzca a menos de 10%. Aunque no se debe perder esta meta de vista, es poco factible esperar que en el corto plazo se alcancen estas cifras, por lo menos en el caso de la talla baja. Los datos presentados en este estudio y la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2006) proveen un contexto para calcular la brecha que todavía existe y reducir la desnutrición en la población beneficiaria de *Oportunidades* que se debe esperar a corto plazo. En la Encel 2007, la prevalencia de talla baja es más del doble en el tercil más pobre que el tercil menos pobre de la población. De igual manera, según la Ensanut 2006,^{3,4} la prevalencia de talla baja en los estados del sur fue de 33.2% dentro de los hogares más pobres y 15.4% en las poblaciones de recursos medios. A corto plazo, con el apoyo del Programa, las familias deben esperar que sus hijos logren un estado nutricional similar a lo observado dentro de sus mismas localidades en población menos pobre.

El estudio de eficacia⁵ llevado a cabo en fecha reciente mostró que el consumo regular de Nutrisano no provee beneficios de manera oportuna para la prevalencia y control de la anemia, como los que pueden obtenerse con el consumo de otros tipos de suplementos (de modo específico, Sprinkles o jarabe). Después de cuatro meses de complementación con Sprinkles o jarabe se observó una reducción de 15 puntos porcentuales en la prevalencia de anemia, sin cambio significativo en la prevalencia de anemia en el grupo que consumió Nutrisano. A los 24 meses de edad, los tres grupos tuvieron prevalencia aproximada de 5%, sin diferencia significativa entre ellos. Estos hallazgos ofrecen evidencia clara de que el objetivo de reducir la prevalencia de anemia en la población a menos de 10% es factible, si se logra el consumo regular y adecuado del complemento.

Con base en lo anterior, acerca del potencial impacto del complemento en el estado nutricional de la población beneficiaria, es fundamental que el Programa adopte una orientación más integral sobre la nutrición. El complemento que hoy día es el pilar del componente nutricional es apenas una herramienta que apoya a las familias para abatir las brechas nutricionales y debe considerarse sólo como una medida que se inserta en una estrategia de promoción de hábitos saludables de la buena alimentación a lo largo de la vida.

Por otro lado, queda claro que en las localidades se requieren urgentemente acciones radicales para la prevención y el control del peso excesivo. Algunas de las acciones requeridas para la prevención de la desnutrición (como la promoción de la lactancia exclusiva) tienen fuertes efectos también en la prevención del sobrepeso. Al contrario de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad no están concentrados en la población beneficiaria del Programa y

* Oláiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006. Y Shamah T, et al. Componente de *Oportunidades* de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005 (Ensanut-2005). Informe Técnico entregado a la Coordinación Nacional del Programa Oportunidades. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

† Neufeld LM, et al. Versión final del informe sobre el impacto de la suplementación en crecimiento, desarrollo y estado de micronutrientes. Informe técnico del estudio Eficacia de tres suplementos nutricionales para mejorar el crecimiento y desarrollo en niños menores de dos años y el estado de nutrición de mujeres embarazadas (Eficacia). Entregado a *Oportunidades*, diciembre 2007.

existe una enorme necesidad de políticas y acciones nacionales intensivas para su prevención y control. Eso dicho, los talleres de *Oportunidades* proporcionan un excelente foro para tratar este tema. En este momento, el tema de la obesidad y las medidas para su prevención están ausentes de los talleres.

Para lograr la erradicación de la desnutrición y el control del peso a lo largo de la vida, el Programa debe incorporar una estrategia integral de nutrición basada en:

- El monitoreo regular del crecimiento en niños de 0 a 5 años de edad vinculado con acciones para detectar y actuar en caso de problemas
- La consejería guiada, ligada al monitoreo del crecimiento con temas consistentes entre los mensajes recibidos de diferentes actores en salud (médicos, enfermedades, auxiliares, promotores y vocales)
- La educación efectiva para el cambio de prácticas a través de los talleres de autocuidado.
- La accesibilidad a micronutrientos esenciales (en forma de alimento o suplemento) durante los periodos críticos en los que se ha establecido la dificultad de llenar los requisitos sólo con la dieta, de manera específica el embarazo, y de los 6 a los 24 meses de edad
- La detección oportuna y complementación con micronutrientos (sin aporte de energía) para personas con anemia en edades diferentes a las ya mencionadas
- La revisión del peso para la detección oportuna y seguimiento de personas con sobrepeso y obesidad y las comorbilidades asociadas

En este momento se ha formado un grupo para formalizar estas modificaciones dentro del Programa y lograr su operación dentro del sector salud. La Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (Esian) tomará en consideración la diversidad en la prevalencia y gravedad de los problemas nutricionales dentro de la población beneficiaria con acciones diversas. Se ha planteado en este momento un estudio piloto para documentar la factibilidad de la implementación de la Esian y se desarrollan las campañas educativas con acciones integrales para lograr los objetivos.

Análisis FODA

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	FUENTE DEL ANÁLISIS
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO1	La prevalencia de talla baja es 11 puntos porcentuales menor de lo observado hace 10 años en población beneficiaria de <i>Oportunidades</i> (23.9 vs. 35.0%) con reducciones en todos los estados de la República (con excepción de Veracruz). La prevalencia de anemia en el 2007 (35.8%) es casi la mitad de lo observado en el Encel 1999 (61.0%)	Encel 1998, 2007
FO2	La prevalencia de emaciación queda dentro de lo esperado en una población sana (<2.5%) en niños menores de dos años de edad en todos los estados y subgrupos	Encel 2007
FO3	La prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres es menor en todos los estados (desde 40.4% en Guerrero a 61.1% en Querétaro) que la prevalencia nacional (casi 70%)	Encel 2007 Referencia 69
DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA1	Persistencia de talla baja en todos los estados, con mayor prevalencia en el sur del país (36.3% en Guerrero), en la población de origen indígena (33.0%), en la población que vive en localidades de marginación alta (20.0%) y muy alta (37.2%), y en hogares más pobres (32.0 vs. 14.1% en los menos pobres)	Encel 2007
DA2	Alta prevalencia de anemia en niños menores de dos años de edad (mayor a 30% en todos los grupos comparados) y en mujeres embarazadas (17.3%)	Encel 2007
DA3	Bajo consumo (consumo inadecuado) de Nutrisano por parte de la población objetivo (niños entre 6 y 24 meses de edad)	Encel 2007
DA4	Prácticas que no favorecen la lactancia y las prácticas de alimentación complementaria de acuerdo a las recomendaciones internacionales (introducción temprana de líquidos y tardía de alimentos ricos en micronutrientes)	Encel 2007
DA5	Alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres (más de 0% en todos los grupos de comparación.	Encel 2007

RECOMENDACIONES

PRIORIDAD	RELACIÓN	RECOMENDACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
R1	DA1-5	<p>Estrategia integral de nutrición con enfoque en la nutrición en las distintas etapas de la vida, iniciando con el embarazo y periodo de lactancia; niño menor de dos años y siguiendo lo más pronto posible con estrategias dirigidas a todos los grupos etarios (niños de edad escolar, y mujeres y hombre adolescentes, adultos, y de tercera edad). Con acciones y mensajes integrales sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El monitoreo del crecimiento en niños (regularmente de 0-5 años de edad) y de la talla y peso para el cálculo del IMC (anualmente) desde los cinco años y a lo largo de la vida • Fuerte promoción de la lactancia materna exclusiva para 6 meses y prolongada hasta los dos años con la implementación oportuna de alimentos complementos apropiados, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.¹ Las acciones deben enfocarse en la resolución de los problemas específicos enfrentados (consejería guiada) y ser implementados por personal con el tiempo, dedicación y capacidad de influir en las decisiones y acciones de las mujeres (ej. vocal/auxiliar/promotora con capacitación específica sobre el tema). Esta campaña debe enfocarse en alimentación desde el nacimiento hasta los dos años de vida. • La consejería guiada ligado al monitoreo del crecimiento y de peso a promoción de la alimentación saludable de acuerdo a la etapa de la vida. Se recomienda que se desarrolle una estrategia de educación sobre la compra en preparación de alimentos saludables que puede aplicar para la preparación de los alimentos en el hogar (dirigida a quien toma decisiones sobre qué preparar y quien prepara los alimentos). Esta campaña complementará la anterior, incluyendo preparación de alimentos para la familia, incluyendo los niños a partir de los dos años de vida • La distribución y promoción apropiada del complemento y con promoción utilizando mercadotecnia social. Cabe mencionar que en informes previos se ha realizado las recomendaciones concretas sobre los tipos de complemento más apropiado para mujeres¹⁷⁵ y a continuación se presentan opciones para niños en zonas rurales • La detección oportuna y suplementación con Sprinkles (niños) o tabletas (adultos) de personas con anemia • La detección oportuna y seguimiento de personas con sobrepeso y obesidad y las co-morbididades asociadas. Aparte de las acciones recomendadas de campañas educativas sobre la alimentación saludable, se debería explorar alternativas para intervenciones al nivel de la localidad (modificación ambiental) al nivel comunidad, unidad de salud, escuela, lugar de trabajo entre otros a favor de la alimentación saludable y la vida activa 	<p>Salud con apoyo estrecho de <i>Oportunidades</i></p> <p>SSA e IMSS-Op</p> <p>SSA e IMSS-Op</p> <p>SSA e IMSS-Op</p> <p><i>Oportunidades</i> y SSA</p> <p>SSA e IMSS-OP</p> <p><i>Oportunidades</i>, SSA, IMSS-OP. Dependiendo de acciones adicionales: SEP, otros</p>
R2	DA3	Cambiar el tipo de complemento entregado para mujeres embarazadas y periodo de lactancia para uno de micronutrientes sin aporte de energía (según resultados del estudio de Eficacia, se recomienda tabletas).	SSA, <i>Oportunidades</i>
R3	DA1-3	<p>Buscar un mecanismo de entrega de complementos que permita mejor focalización a los niños de 6 a 24 meses de edad, reconociendo la repartición intrafamiliar que ocurre con Nutrisano. Opciones incluye</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una dotación de Nutrisano proporcional al número de niños en el hogar • Nutrisano para niños de 6 a 24 meses de edad y leche Liconsa proporcional al número de niños en el hogar • Nutrisano y Sprinkles, con fuertes mensajes para la focalización adecuada de los Sprinkles a niños de 6 a 24 meses de edad (independientemente de si consumen Nutrisano) 	SSA, <i>Oportunidades</i>
R4	DA1	Dar prioridad al fortalecimiento de las actividades del Programa relacionadas con la nutrición y salud (ej. la implementación de la Esian) en las localidades clasificadas con alta y muy alta marginación	SSA, <i>Oportunidades</i>
R5	DA1, DA2, DA4	<p>Análisis adicionales que buscan explorar las asociaciones entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la calidad de los servicios de salud y el estado de nutrición en niños • la morbilidad de los niños y las prácticas de alimentación y el estado de nutrición en niños 	Equipo de investigación de la Encel

Diagnóstico situacional del estado nutricional de niños menores de dos años de edad y de sus madres, beneficiarios de *Oportunidades* en zonas rurales

I. Introducción

De manera formal, la nutrición se reconoció como parte esencial de los derechos humanos en 1924, cuando se firmó la Declaración de Ginebra (es decir, la Declaración de los Derechos del Niño) con el objetivo principal de que los niños recibieran todo lo necesario para su desarrollo normal y que ninguno sufriera hambre.¹ Aparecieron después otras declaraciones y convenciones en las que se confirmaba la importancia de la buena nutrición para la salud y el bienestar, aunque todavía no se reconocía de forma adecuada dentro de las políticas y programas de muchos países.^{2,3} En 2000, los gobiernos de varios países, incluido México, se comprometieron a concentrar sus recursos para lograr las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) en 2015.⁴ Erradicar la desnutrición resulta esencial para cumplir seis de las ocho metas propuestas en el plano mundial.⁵ A la mitad del plazo establecido, México ha logrado avances importantes en indicadores como disminución de la mortalidad infantil, la pobreza extrema, el hambre, la falta de acceso a agua potable y saneamiento y, sobre todo, la disminución de la mortalidad materna.^{6,7} No obstante, México se encuentra identificado dentro de los 68 países prioritarios por tener aún una tasa de mortalidad neonatal e infantil por arriba de lo deseado.⁸

Desde la concepción hasta los 2 a 3 años de edad, los niños forman sus órganos, tejidos, músculos y huesos, y desarrollan su potencial intelectual, metabólico y físico, lo que convierte a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, así como a los niños pequeños, en los grupos más vulnerables para los efectos negativos de la desnutrición.⁹ La desnutrición crónica a lo largo de esta etapa se manifiesta en la forma de retardo del crecimiento lineal, de tal manera que el individuo no alcanza su potencial genético de talla. Esta influencia es irreversible y las intervenciones implementadas después de los dos años de vida tienen un potencial muy limitado para revertir este problema.¹⁰

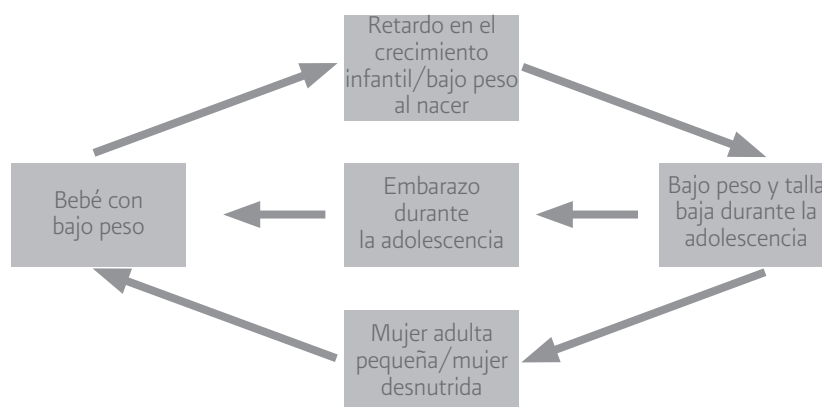
La buena nutrición es la base para la supervivencia, la salud y el desarrollo. La desnutrición a largo plazo tiene también efectos negativos sobre el desarrollo cognoscitivo, el motor, la inmunidad y tal vez el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas.¹¹⁻¹⁴ La desnutrición eleva la mortalidad y morbilidad materna e infantil.¹⁵⁻¹⁷ La anemia por deficiencia de hierro, durante la vida, tiene graves consecuencias sobre la función intelectual y física, aumenta la mortalidad de madres y niños, y disminuye la productividad y la capacidad de aprendizaje.¹⁸ Si una mujer padece desnutrición durante el embarazo, el crecimiento en talla¹⁹⁻²¹ y peso²² del feto disminuye y se incrementa el riesgo de nacer con bajo peso. Este último incrementa el riesgo de morbilidad, mortalidad infantil y desnutrición durante la vida entera y, entre mujeres, eleva la probabilidad de reproducir el fenómeno en la siguiente generación (figura 1). El bajo peso al nacer también se asocia significativamente con el peso y el IMC a los 5 a 6 años de edad;²³ el retardo del crecimiento intrauterino con el desarrollo de enfermedades coronarias en la edad adulta^{24,25} e hipertensión;²⁶ y la diabetes tipo 2, resistencia a la insulina²⁷ y el metabolismo del colesterol.²⁸ Por consiguiente, invertir para proteger el crecimiento fetal y el de los primeros años de vida no sólo mejora el estado nutricional de niños y madres, sino que es central para la prevención de la mala nutrición a lo largo de la vida y las futuras generaciones, e indispensable para el desarrollo del capital humano.²⁹

RELEVANCIA PARA EL PROGRAMA

Oportunidades tiene como objetivo principal desarrollar capital humano mediante la promoción de las capacidades en educación, salud y nutrición de su población beneficiaria. En virtud de los efectos adversos de la mala nutrición sobre el desarrollo, la capacidad para aprender y trabajar, y el bienestar en general de las personas afectadas, su erradicación es un requisito para el cumplimiento total de este objetivo. Con una población beneficiaria de 5 millones de familias, y una focalización efectiva en los grupos más vulnerables, cualquier influencia de *Oportunidades* en el estado nutricional de la población beneficiaria tiene un gran potencial para modificar las cifras nacionales.

El Programa lleva diez años en operación en zonas rurales de México y su impacto positivo en el crecimiento de los niños ya se ha documentado.^{31,32 y 35} El diseño de la evaluación original y el seguimiento de la cohorte de niños menores de dos años al momento de la implementación del Programa proveen la mejor evidencia de una relación causal entre el Programa y el estado nutricional de los niños. La documentación de este impacto es fundamental para justificar la existencia y continuidad del Programa. Sin embargo, debido a su relación con el crecimiento y desarrollo futuro, resulta fundamental también conocer la situación nutricional de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y los niños menores de dos años de edad. Esta información es vital para determinar cuáles de las variables del estado nutricional sobre las que el Programa tiene efectos merecen mayor o menor atención, a la luz de los resultados alcanzados hasta el momento por *Oportunidades*.

FIGURA 1
Ciclo intergeneracional
de la desnutrición³⁰



En este contexto, el objetivo principal de este documento es proveer un diagnóstico situacional del estado nutricional de los niños menores de dos años de edad y sus madres, ambos beneficiarios de *Oportunidades* en zonas rurales de México. De modo específico, se realizó una serie de análisis de naturaleza descriptiva para poder comentar las siguientes dos preguntas:

¿Cómo ha evolucionado la situación nutricional de los niños menores de dos años de edad y sus madres desde el inicio del Programa en las zonas rurales?

¿Cuál es la brecha de la situación nutricional de los niños menores de dos años de edad y sus madres que el Programa aún debe atender en las comunidades rurales?

ACCIONES DEL PROGRAMA RELACIONADAS

El Programa *Oportunidades* se diseñó para que sus beneficios recaigan en las etapas de mayor potencial para prevenir la desnutrición: el embarazo, la lactancia y los primeros dos años de vida del niño. *Oportunidades* es un programa de transferencias condicionadas que se entregan directamente a sus titulares para que las destinen sobre todo a la adquisición de una mayor cantidad, calidad y diversidad de alimentos.³³ Es posible que las transferencias se empleen para comprar una mayor variedad de alimentos con alto contenido de micronutrientes, lo cual está asociado a un crecimiento infantil adecuado.³⁴ Se ha documentado una pequeña pero significativa relación entre el total de las transferencias recibidas por las familias a lo largo del tiempo incorporado al Programa y la talla de los niños a los 24 a 68 meses de edad.³⁵ Aunque esto proporciona evidencia promisorias, no podemos conocer el mecanismo de impacto de esta relación ni comprobar de forma inobjetable que es efecto del dinero (es decir, podrían intervenir factores que confunden la relación y que no se han controlado en el análisis). La compra de alimentos ricos en nutrientes en el hogar no significa en todos los casos que los niños pequeños los consuman en las cantidades necesarias. Diversos indicios señalan que las prácticas de alimentación complementaria tienen influencias diversas, no siempre favorecidas por una mayor disponibilidad de alimentos en el hogar.³⁶⁻³⁸ Más aún, la evidencia científica indica que es muy difícil satisfacer las necesidades de algunos micronutrientes (en particular, hierro y zinc) en niños pequeños, sobre todo aquellos de 6 a 12 meses de edad.^{39,40}

Una de las acciones del componente alimentario del Programa con mayor potencial para modificar el estado nutricional de los niños pequeños y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia es la distribución de los alimentos fortificados (esto es, *Nutrisano* a los niños de 6 a 23 meses de edad y los de dos a cinco años de edad diagnosticados con algún grado de desnutrición; y *Nutrivida* a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia).⁴¹ Estos alimentos fortificados contienen los nutrientes habitualmente deficientes en las dietas de las personas de bajos recursos en México.⁴² La suplementación con micronutrientes se considera otra de las intervenciones más efectivas en términos del costo para mejorar la salud y el estado de los micronutrientes, en particular en niños de 6 a 24 meses de edad.⁴³

Los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud podrían tener un gran impacto para orientar a las madres acerca de la compra, preparación y consumo regular de alimentos ricos en micronutrientes. También podrían modificar las prácticas de lactancia materna al promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y extenderla hasta los dos años, de acuerdo con las recomendaciones internacionales actuales.⁴⁴ Evaluaciones previas del Programa han documentado que en la población de zonas rurales y urbanas, bajo los beneficios de *Oportunidades* o no, el inicio de la lactancia materna es muy alto (casi 95%), pero su duración es muy corta (2.5 meses).⁴⁵ Los talleres también incluyen temas de salud que pueden influir de manera indirecta en el estado nutricional de los grupos vulnerables, como la maternidad sin riesgo, parto y puerperio, cuidados del recién nacido y niños pequeños y la atención de enfermedades, entre otros.³³ La información presentada en este informe incluye algunas tendencias en las prácticas y las percepciones de las madres que podrían ser de ayuda para entender cómo podría fortalecerse el Programa para atender cualquier rezago del estado nutricional de la población identificada.

El Programa también tiene el potencial de mejorar la seguridad alimentaria de la población beneficiaria a través de las transferencias monetarias y los talleres ya mencionados. La seguridad alimentaria se ha definida como la seguridad que existe cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficientes

alimentos seguros y nutritivos para cubrir sus necesidades y preferencias dietéticas de alimentos para una vida activa y sana.⁴⁶ Desde luego, éste es un complejo concepto que implica varios factores, entre ellos la cantidad, calidad y diversidad de los alimentos, los recursos económicos para adquirirlos y el acceso constante en todo momento a ellos. Cuantificar el impacto del Programa sobre la seguridad alimentaria de las familias resulta un análisis novedoso para conocer la percepción de las familias al respecto. Más todavía, los resultados de dicho análisis representan un sólido indicador de la satisfacción de las necesidades dietéticas y podrían delinear un panorama más amplio sobre el uso de las transferencias monetarias concedidas por *Oportunidades*, en relación con la brecha que falta por cerrar para mejorar su alimentación y nutrición y, especialmente, fortalecer el Programa para contribuir a su fin último, es decir, la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza.

Otra de las medidas del Programa consiste en proporcionar de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud a todos los beneficiarios.³³ Este paquete, mediante la atención prenatal, del parto y el puerperio y la neonatal, además de la vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil, también tiene un gran potencial para mejorar el estado nutricional de los niños y madres de manera directa (esto es, a través de las consultas prenatales, atención del parto, aplicación de vacunas a la madre y el recién nacido, vigilancia del crecimiento en la infancia, entre otros cuidados). El control de los episodios de diarrea en el hogar, incluido el uso apropiado del suero oral, infecciones respiratorias agudas y tratamiento antiparasitario a la familia, comprendidos en el paquete, tiene un gran potencial para disminuir las enfermedades infecciosas y por consiguiente mejorar el estado nutricional de madres y niños. Indirectamente, al igual que los talleres, la consejería para la salud, orientación nutricional y la promoción y educación en salud pueden mejorar los cuidados y consumo de Nutrivida durante el embarazo para que el neonato tenga un peso adecuado, se encuentre sano, se alimente de leche materna y tenga las vacunas y cuidados necesarios para su crecimiento y estado nutricional apropiados.

Como ya se mencionó con anterioridad, el objetivo principal de este documento es proveer un diagnóstico situacional del estado de nutrición de los niños menores de dos años de edad y sus madres en las mismas comunidades donde se realizó la evaluación de impacto de *Oportunidades* (entonces Progresá) de 1998-2000 y 2003. Al mismo tiempo, se pretende utilizar aquí la información disponible de otras encuestas para delinear el rezago en la situación nutricional que aún falta resolver en la población y buscar algunos factores adjuntos con mayor prevalencia de mala nutrición. En particular, se intentó responder los siguientes objetivos:

1. Estimar la prevalencia de anemia, talla baja y emaciación en niños menores de dos años de edad, beneficiarios de *Oportunidades* en zonas rurales de México.
2. Estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres, madres de niños menores de dos años de edad y la prevalencia de anemia en caso de mujeres embarazadas y en los primeros seis meses posparto.
3. Identificar las zonas del país o los subgrupos dentro de la población beneficiaria con mayor rezago en el estado de nutrición y reconocer las áreas del estado de nutrición que el Programa debe atender en los siguientes años.
4. Identificar los factores socioeconómicos y demográficos vinculados con mayores carencias en el estado nutricional en niños menores de dos años de edad.

II. Metodología

DATOS UTILIZADOS

Para los análisis realizados en este informe se utiliza en especial la información obtenida como parte de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Rurales de *Oportunidades* (Encel) 2007. La muestra se obtuvo en los mismos siete estados en donde se llevó a cabo la evaluación de impacto original del Programa (Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz). En 2007 se agregaron a la muestra Chiapas y Oaxaca, en virtud de su alta concentración de población beneficiaria. Por razones de logística y costo se eliminaron las comunidades más pequeñas (≤ 20 hogares). Se incluyó a las localidades que originalmente recibieron la intervención y las de control original, además de las que formaron parte del control adicional agregado en 2003.⁴⁷ Para la comparación con la situación nutricional en las localidades al inicio del Programa se emplearon datos de Encel anteriores (1998 y 1999), la Encuesta Nacional

de Nutrición (ENN) 1999; asimismo, con fines de comparación, se hace referencia a la prevalencia de desnutrición registrada en la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2006).

Los datos utilizados para los análisis informados aquí se recolectaron durante la fase 2 de la Encel 2007. Durante la primera fase se levantó un censo comunitario y se identificaron todos los hogares con niños menores de dos años de edad. Todos estos niños y sus madres, además de cualquier otro niño en estos mismos hogares no identificado en la primera fase (p. ej., nacimientos recientes), conformaron la muestra principal para la segunda fase. Como parte de la fase 2, de todos los niños y sus madres se obtuvo el peso y la talla (longitud en niños de 0 a 24 meses de edad). Se tomó una muestra de sangre capilar para la medición de la concentración de hemoglobina en los niños y las mujeres embarazadas o que habían dado a luz en los últimos seis meses anteriores a la entrevista. También se obtuvo información acerca de las prácticas de lactancia y alimentación complementaria, y la seguridad alimentaria en el hogar, entre otros temas. En este informe se notificaron los resultados de todo ello y se especificó cuando tenían relevancia estadística.

Las mediciones de peso y talla/longitud se realizaron por duplicado y la media entre las dos se usó para el análisis. Se utilizaron métodos antropométricos estándares,⁴⁸ tras considerar una diferencia de 0.5 kg para el peso y 3.0 mm para la talla como diferencias máximas aceptables. Si las mediciones sobrepasaban estos límites se realizaba una tercera medición. Para las mediciones se emplearon básculas electrónicas (modelo 1582 madre-bebé Tanita Corp., Arlington Heights, IL, EU) e infantómetros/estadiómetros portátiles (Schorr Industries, Glen Burney, MD, EU).

La concentración de hemoglobina se midió con una muestra de sangre capilar y un fotómetro portátil (Hemo-cue, Inc., Misión Viejo, CA, EU). La anemia se definió con base en la concentración de hemoglobina por debajo del punto de corte, de acuerdo con la edad y ajustada a la altitud sobre el nivel del mar de la residencia para todos los niños y madres cuyo lugar de residencia se hallaba más de 1 000 m arriba del nivel del mar.⁴⁹ El punto de corte de la concentración de hemoglobina utilizado fue el recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (11 g/dl)⁵⁰ en caso de mujeres y de acuerdo con la edad en caso de los niños. Los datos sobre la altitud sobre el nivel del mar de las localidades en el estudio se obtuvieron de las bases de datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

INDICADORES EN LOS NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS DE EDAD

Los indicadores empleados para evaluar el estado nutricional de los niños fueron la talla para la edad, peso para la edad, peso para la talla, concentración de hemoglobina y las respectivas prevalencias de deficiencia (talla baja, emaciación, riesgo de peso alto y anemia). Se informó la prevalencia global de cada uno de los problemas nutricionales mencionados. Para algunas comparaciones se notificó también la prevalencia de problemas nutricionales, de manera específica talla baja y anemia en el mismo niño, la prevalencia de talla baja sin anemia y la anemia sin talla baja. Aunque el cálculo en general es el método convencional de registrar prevalencias, la estimación de la coexistencia de los problemas nutricionales permite conocer más a fondo la situación nutricional de los niños individuales.

Se calculó el puntaje Z [(mediana de referencia-medición individual)/desviación estándar de referencia] para los indicadores antropométricos mediante las nuevas tablas de referencia específicas para edad y sexo recomendadas por la OMS.⁵¹ La baja talla se definió como un puntaje Z de talla para la edad menor a dos desviaciones estándares por abajo de la mediana de referencia. La emaciación se definió de manera similar con el indicador peso para la talla. En niños menores de dos años de edad, el concepto de sobrepeso no está bien definido ya que no existe evidencia clara aún sobre el riesgo a más largo plazo de un peso alto en esta etapa de la vida. Por este motivo se notificó el riesgo de peso alto, definido como un puntaje Z de peso para la talla mayor a dos desviaciones estándar por arriba de la mediana de la misma referencia. Cabe mencionar que no se consideró apropiado el uso del indicador de peso para la edad para esta población. El indicador peso para la edad no distingue entre mala nutrición relacionado con el crecimiento lineal de los niños y su ganancia de peso, por lo que no se considera apropiado en el contexto de México porque no permite distinguir adecuadamente entre bajo peso debido a talla baja y problemas del peso (emaciación o riesgo de peso alto) o una inadecuada ganancia de peso. La prevalencia de anemia se definió como la concentración de hemoglobina por debajo del punto de corte apropiado para la edad, después de ajustar la concentración por la altura sobre el nivel del mar de la localidad de residencia.⁴⁹

En el informe de las prácticas de lactancia y alimentación complementaria, según la encuesta realizada con la madre, se hizo énfasis en los aspectos de las prácticas más importantes para lograr la alimentación adecuada del niño. En particular, se registraron el porcentaje de los niños que iniciaron la lactancia materna, el tipo de lactancia recibida al momento de la entrevista, algunas de las prácticas de alimentación en las dos primeras semanas de la vida y el consumo de productos fortificados clave, sobre todo Nutrisano y la leche Liconsa. Se consideró lactancia exclusiva si la madre refirió que el niño no consumió otros alimentos o bebidas, aunque fuera en “probaditas”. En caso de recibir leche materna más otros líquidos, pero no otras leches o sólidos, se tomó como lactancia predominante. Los niños cuyas madres señalaron que consumían leche materna más otros líquidos, incluidos leches o sólidos, se incluyeron en el grupo de lactancia parcial.

INDICADORES EN LAS MUJERES

En las mujeres se evaluaron el peso y la concentración de hemoglobina. Se calculó el índice de masa corporal [(talla (m²)/peso (kg)] y se clasificó el peso según las categorías recomendadas por la OMS, de modo específico, el peso bajo (IMC ≤18.5), peso normal (IMC, 18.6 a 24.9), sobrepeso (25 a 29.9) y obesidad (≥30).⁵² Para este análisis se excluyó a las mujeres embarazadas y se registró por separado a las que tuvieron niños dentro de los últimos seis meses. La prevalencia de anemia se informó, solamente y de manera separada, en mujeres embarazadas y en los primeros seis meses posparto.

INDICADORES EN EL HOGAR

Para evaluar la inseguridad alimentaria en el hogar se utilizó el cuestionario que desarrollaron y validaron González y colaboradores en Costa Rica.⁵³ El cuestionario indaga sobre la percepción de incertidumbre que experimenta la mujer en el hogar al no contar con suficientes alimentos o el dinero para poderlos obtener para su familia. Antes del levantamiento de información se revisó y adaptó la redacción de las preguntas al contexto mexicano y se realizó una prueba piloto con el fin de evaluar si las madres de los hogares beneficiarios de *Oportunidades* (no participantes en la Encel 2007) comprendían cada una de las preguntas planteadas. La prueba piloto se efectuó de acuerdo con la recomendaciones de la segunda guía de Proyecto de Asistencia Técnica sobre Alimentos y Nutrición (Fanta 2004).^{54,55}

El cuestionario profundiza en la gravedad y la frecuencia de la experiencia de inseguridad alimentaria en forma secuencial. Es decir, las primeras preguntas incluyen aspectos de inseguridad que podrían ocurrir en un gran número de hogares, por ejemplo la preocupación por la cantidad de alimentos. Las preguntas subsecuentes incluyen conceptos que representan mayor gravedad, por ejemplo haber tenido que prescindir algún tiempo de comida por falta de alimentos o dinero para comprarlos. Se obtuvieron frecuencias simples de las respuestas afirmativas y se graficaron para asegurar que el instrumento funcionara de la manera esperada (menor frecuencia en las preguntas de mayor gravedad). También se generó un factor para medir el grado de inseguridad alimentaria en el hogar, el cual se generó a partir de la sumatoria de respuestas para cada mujer. Los valores a las respuestas eran 0 = No, 1 = no muy seguido, 2 = seguido, 3 = muy seguido. Así, si la mujer respondió “No” en todas sus preguntas, se consideró un hogar con seguridad alimentaria; si tenía una o más respuestas afirmativas, se sumaban hasta obtener valores que oscilaban entre 1 y 46, como máximo. Se reportan los valores promedios, la variación y el rango de valores en general y por entidad federativa.

ENFOQUE METODOLÓGICO

El análisis presentado en este informe es de naturaleza descriptiva; su finalidad es buscar los puntos donde existe variación en la situación nutricional en la población beneficiaria y resaltar el rezago del estado nutricional por resolver. Para cumplir con los objetivos, se reporta con base en una diversidad de indicadores del estado de nutrición, en especial indicadores antropométricos y anemia. Se incluyeron también distintos factores que podrían estar influenciados directamente por el Programa Oportunidades y que tienen una relación directa con el estado nutricional, en particular las prácticas de lactancia, la alimentación complementaria y la seguridad alimentaria. No se cuenta con

datos de consumo dietético, sobre todo el nivel individual, como parte de la Encel 2007. Se tomó la decisión de no incluir esta información en esta ronda de la encuesta debido al alto tiempo requerido y porque ya se disponía de información sobre el tema de múltiples encuestas previas, incluida la Encel 1998,⁵⁶ Encel 1999,⁵⁶ Encel 2003,⁵⁷ la Encuesta de Evaluación de Hogares Urbanos (Encelurb 2002 y 2004)⁵⁸ y el Estudio de Consumo de Suplementos y Consumo Dietético.⁴⁵

La prevalencia de mala nutrición (talla baja, anemia, emaciación y riesgo de peso alto en niños, sobrepeso, obesidad en mujeres y anemia en mujeres embarazadas y en los primeros seis meses posparto) se presenta para la población en su totalidad y por diversos subgrupos basados en características a nivel individual, del hogar, la comunidad y por entidad federativa. Se presenta por edad y sexo del niño y, en el caso de las madres, por condición de embarazo y tiempo desde el último embarazo. En el caso de los hogares, se muestra la información por condición étnica, estatus de incorporación del hogar al Programa en el momento de la encuesta y por nivel socioeconómico. Las características comunitarias incluyen el año de incorporación de los hogares de la localidad al Programa, tamaño de la localidad y nivel de marginación. También la coexistencia de problemas nutricionales se presenta por estatus y año de incorporación al Programa y por grupo de edad.

La condición étnica se define con base en la información del hogar, en especial si la madre o el padre del niño hablan una lengua indígena o se consideran indígenas. En el caso de las mujeres, se presenta también por embarazo actual y dividido entre las que están en los primeros seis meses posparto y las que tienen siete meses o más a partir de su último embarazo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El principal objetivo de este informe es describir la situación nutricional de los niños menores de dos años de edad y sus madres, cuantificar el rezago de mala nutrición por superar en la población beneficiaria e identificar a grupos específicos con mayor rezago nutricional. Para cumplir con este objetivo, los análisis incluyen el uso de medidas descriptivas como las medidas de tendencia central y dispersión (medias, medianas, percentiles) y pruebas estadísticas para determinar si existen diferencias en la prevalencia de varios subgrupos. Se identifica el rezago en el estado nutricional, al comparar la población beneficiaria de *Oportunidades* con la población no beneficiaria del Programa en México (presentado en la sección de Resultados) y se contrastan las cifras de mala nutrición con las de otros países de la región (se comenta en la sección de Discusión).

Para el análisis sobre la relación entre las condiciones en el hogar y la situación nutricional se definieron dos índices, uno del nivel económico y otro de saneamiento. Para crear el índice de nivel económico se combinaron diversos indicadores de bienestar, incluidos los materiales de construcción de las casas y la posesión de enseres domésticos. El índice de saneamiento trató de identificar a los hogares por las condiciones de potencial exposición de infección, en especial presencia de polvo y diversos contaminantes en el hogar, sea por tener techo de paja, piso de tierra, falta de acceso al agua y drenaje, entre otros. Ambos índices se elaboraron mediante el método de componentes principales.^{59,60} Para ambos índices, el puntaje generado se dividió en terciles para lograr la comparación de las familias que viven con mayor riesgo (más pobres, condiciones sanitarias más precarias) y las que viven en condiciones intermedias o menores. En este sentido, los índices permiten comparar la población incluida en la muestra sin hacer ninguna referencia a un ideal o un nivel en el contexto más amplio.

Índice de nivel económico. Para la construcción del índice de nivel económico se utilizaron las características de los materiales de construcción del piso, el techo y las paredes, que se recodificaron en busca de un patrón de ordinalidad en cuanto a que los materiales utilizados tuvieran un sentido de menor a mayor costo; asimismo, se incluyeron como ordinales el suministro de agua a la vivienda y el tipo de sanitario. Además, se incluyó la posesión de automóvil propio, camión propio, motocicleta, bicicleta, televisión, aparatos de video, videojuegos, radio, aparatos de audio, computadora, refrigerador, estufa de gas, licuadora, horno de microondas, lavadora y plancha. Todas estas variables se emplearon como indicadores de posesión (sí = 1, no = 0, como variable dummy).

Índice de saneamiento. Para la construcción del índice de saneamiento se utilizaron las características de los materiales de construcción del piso, el techo y las paredes y se recodificaron hasta variables indicadoras, de tal modo que los materiales utilizados suponen una posible contaminación por polvo (piso de tierra, paredes de cartón, techo de paja, etc.) y otros materiales (sí = 1 y no = 0). Además, se incluyeron el suministro de agua a la vivienda y el tipo de sanitario.

Dado que el uso de las variables indicadoras representa la descomposición espectral de la matriz de correlación de las variables consideradas en el proceso, y que no se realizaron inferencias directas sobre las variables en cuestión, esta técnica es válida aun cuando el uso de variables indicadoras introduce correlaciones indeseadas. Es importante mencionar que precisamente la técnica de componentes principales busca generar un conjunto de variables no correlacionadas a partir de otro conjunto con cierto grado de multicolinealidad. Además, dado que se utiliza sólo el primer componente principal como índice o resumen de esta variabilidad en conjunto, es importante que la diferencia del primer componente respecto del segundo sea considerable con el fin de evitar inconsistencias en el indicador.⁶¹

Se recurrió al análisis de regresión logística⁶² para estudiar el nexo que existe entre las prevalencias de anemia y talla baja en relación con los índices de saneamiento y el nivel económico. Se incluyeron la edad y el sexo como covariables en virtud de su importante influencia sobre los indicadores analizados. Para la estimación de parámetros, se consideró la estructura de conglomerados por localidad, para lo cual se utilizaron errores de estimación robustos corregidos a partir del factor de inflación de varianzas, que considera la correlación intraconglomerados.⁶³

Para documentar las prácticas de alimentación se consideró si el niño recibía aun leche materna. Dentro del grupo que recibe otros alimentos (con o sin leche materna) se preguntó por los alimentos (de una lista de tipo frecuencia del consumo de alimentos) consumidos el día previo (sin tomar en cuenta la cantidad). Para el análisis presentado aquí se agregaron los alimentos de origen animal, alimentos de origen vegetal (frutas, verduras y leguminosas), caldos, leches (además de la leche materna) y otros líquidos. Para cada categoría se sumaron el porcentaje de niños que informaron un consumo de algún alimento en cada categoría el día anterior por edad. Para generar la gráfica de consumo de leche se presentan las frecuencias relativas y las curvas de tendencia calculadas a partir de modelos polinomiales de tercer orden. Para las gráficas de consumo de otros alimentos se usó el método de medias móviles de dos periodos para trazar las curvas de tendencia.⁶⁴

III. Resultados

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA

Durante el censo comunitario llevado a cabo en la primera etapa de la Encel 2007 se identificó a 7 265 niños menores de dos años de edad, los cuales integraron la muestra principal para el levantamiento. Fue posible reencontrar y entrevistar a 6 027 niños (83%) y sus madres. Además, se identificó a 37 niños adicionales (y sus respectivas madres) que no registró la primera fase de la Encel 2007. Por diversos motivos relacionados con el trabajo de campo, no se cuenta con información sobre los motivos por cada caso de no participación. No obstante, en general, los principales motivos para la pérdida de participantes fueron las condiciones climáticas, que limitaron la entrada de las brigadas de la fase 2 en algunas localidades y el limitado tiempo disponible para el trabajo de campo. Este último también limitó la posibilidad de volver a visitar a los hogares en caso de que la familia no pudiera atender a los encuestadores cuando acudieron a sus hogares.

Debido a la disposición de la gente a las mediciones y algunas mediciones fuera del rango aceptable, existen pequeñas diferencias en el número de datos disponibles para ciertos análisis. Se cuenta con talla y peso confiable para 5 855 niños, de los cuales 5 835 también poseen una estimación confiable de la edad y 5 826 de la concentración de hemoglobina. Se logró también obtener información sobre las prácticas de lactancia, alimentación complementaria y seguridad alimentaria en más de 95% de ellos.

La muestra se divide de manera equitativa entre niños (50.7%) y niñas (49.3%). La edad promedio de los niños fue de 12.8 ± 6.8 meses de edad, con un rango de 0.4 a 28.3 meses y sin diferencia significativa entre los

sexos (niños 13 ± 6.8 ; niñas 12.6 ± 6.8). Se sobrepasa el rango de edad esperado en niños (esto es, 0 a 24 meses) debido al diseño del estudio en el cual se visitó a todos los hogares con niños de 0 a 24 meses de edad al momento del censo comunitario (fase 1 de la Encel 2007) y con un rango de una semana o un poco más de dos meses entre las fases 1 y 2 de la encuesta.

La información para clasificar a las familias por su condición étnica estaba disponible sólo para 4 157 familias, de las cuales se obtuvo información relacionada con ambos padres en 3 807 (cuadro 1). El 27.4% de los respondientes en la muestra pertenece a familias que se clasifican como indígenas. La mayor parte de los entrevistados que señalaron hablar o entender lengua indígena también habla español. No hubo diferencia en la edad promedio o la proporción de niños y niñas de origen indígena y no indígena (datos no mostrados).

	PADRE DEL NIÑO		MADRE DEL NIÑO	
	N	%	N	%
Habla alguna lengua indígena y español	906	23.8	861	20.7
Habla solamente lengua indígena	65	1.7	139	3.3
Entiende lengua indígena pero no la sabe hablar	54	1.4	81	1.9
No sabe ni entiende lengua indígena	2,760	72.5	3,048	73.3
No sabe, no tiene madre/padre o no contestaron	22	0.6	28	0.7
Total	3,807	100.0	4,157	100

CUADRO 1

Proporción de respondientes* que reportan que la madre y/o el padre hablan alguna lengua indígena

* Se obtuvo información sobre las lenguas habladas en el hogar para un total de 4157 hogares, de los cuales se cuenta con la información para el padre y la madre del niño en 3807 (91.5%)

ESTADO NUTRICIO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS DE EDAD EN GENERAL, POR EDAD DEL NIÑO Y ENTIDAD FEDERATIVA

En promedio, los niños presentaron un peso por arriba de lo esperado para su talla (puntaje Z peso para la talla $+0.21 \pm 1.11$) y una talla por debajo de lo esperado para su edad (puntaje Z talla para la edad -1.07 ± 1.31). La prevalencia de talla baja (talla para la edad <-2 desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia) fue de 21.8% [intervalo de confianza al 95% (IC95%) 20.2, 23.3]. Una proporción significativamente mayor ($p < 0.001$) de niños que niñas sufre talla baja (niños: 25.6%, IC95% 23.6, 27.6; niñas: 18.1%, IC95% 16.3, 19.9). La prevalencia de emaciación (peso para la talla <-2 desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia) es baja en la población (2.4%, IC95% 2.0, 2.8) y dentro del rango esperado en una población sana ($<2.5\%$). Además, en dicha variable no se observa diferencia entre sexos (niños: 2.7%, IC95% 2.2, 3.3; niñas: 2.2%, IC95% 1.7, 2.8). La prevalencia de riesgo de peso alto (peso para la talla $>+2$ desviaciones estándar por arriba de la mediana de la población de referencia) fue de 4.7%, también sin diferencia entre los sexos (niños: 4.7%, IC95% 4.0, 5.5; niñas: 4.7%, IC95% 3.9, 5.6). El 32.5% de los niños sufre anemia. La prevalencia de anemia fue significativamente ($p < 0.01$) mayor en niños (34.6%, IC95% 32.4, 35.8) que niñas (30.5%, IC95% 28.3, 32.7).

La prevalencia esperada de la coexistencia de anemia y talla baja en el mismo niño es el producto entre la prevalencia de cada uno (anemia, 32.5%; talla baja, 21.8%) en la población (en este caso, 7.1%). En la población total, 8.4% tiene anemia y talla baja, 27.1% de los niños tiene sólo anemia y otro 14.1% sólo talla baja. Únicamente 50.4% de los niños medidos no presentó ninguno de los dos problemas nutricionales (anemia o talla baja).

La prevalencia de talla baja es significativamente más alta a mayor edad y es más baja en los niños de cero a cinco meses de edad (11.3%) y más alta en los de 18 a 24 meses de edad (32.1%) (cuadro 2). El riesgo de peso alto es mayor en los niños de 0 a 5 meses de edad, pero más o menos estable después a niveles hasta de la mitad de los registrados de cero a cinco meses. De igual manera, la prevalencia de emaciación no cambia con la edad. La anemia es más alta en niños de 6 a 11 meses de edad (42.8%), seguido por los de cero a cinco meses y más baja en los de 18 a 24 meses de edad. En el caso de los problemas nutricionales coexistentes, la prevalencia de talla baja en

conjunto con anemia no excede lo esperable si los problemas son independientes (el producto de la prevalencia de cada uno) en ninguna edad. Se advierte un marcado aumento de la prevalencia de talla baja y una reducción de la prevalencia de anemia, sin otro problema nutricional a medida que aumenta la edad de los niños.

No existe diferencia en la edad promedio de los niños incluidos en la muestra entre estados (cuadro 3). Tampoco se observó diferencia en la prevalencia de emaciación o riesgo de peso alto entre estados. La prevalencia de talla baja es mayor en Guerrero (36.3%) y la prevalencia es más de 10 puntos porcentuales mayor en comparación con cualquier otro estado. Después existen cuatro estados con prevalencia de talla baja entre 20 y 25% (Puebla, 25.1%; Veracruz, 24.4%; Chiapas, 21.6%; Oaxaca, 20.8%) y cuatro con la prevalencia entre 15 y 20% (Hidalgo, 19.6%; Michoacán, 16.2%; Querétaro, 17.4%; San Luis Potosí, 16.1%). La prevalencia de anemia en niños menores de dos años de edad es alta en todos los estados incluidos en la muestra. En dos estados de la República mexicana, la prevalencia de anemia en niños menores de dos años de edad es mayor al 40% (Guerrero, 42%, IC95% 36.4, 47.8; Puebla, 40.4%, IC95% 34.2, 46.9). En tres estados (Michoacán, Veracruz y Querétaro) se observa una prevalencia de anemia entre 30 y 40% y en cuatro estados (Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí) la prevalencia de anemia fluctúa entre 25 y 30%.

ESTADO NUTRICIO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS DE EDAD, POR CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES A LOS QUE PERTENECEN

Las prevalencias de talla baja ($p < 0.001$) y anemia ($p < 0.05$) son significativamente mayores en los niños que pertenecen a familias que se clasifican como indígenas respecto de los niños de familias no indígenas (figura 2). En los niños de origen indígena la prevalencia de talla baja es 12 puntos porcentuales más alta que los niños de hogares que no se clasificaron así. No se observan diferencias en la prevalencia de emaciación o riesgo de peso alto. En cuanto a los cambios de las comparaciones anteriores, la prevalencia coexistente de anemia y talla baja es mayor en niños de familias de origen indígena que en niños de familias de origen no indígena ($p < 0.001$) (cuadro 4) y excede la prevalencia esperada (6.1%).

El indicador del nivel económico construido con base en los materiales de construcción de la casa y la posesión de enseres domésticos es un fuerte pronóstico de la prevalencia de mala nutrición en niños (cuadro 5). El indicador permite la comparación objetiva del nivel económico entre los hogares que participaron en la encuesta. Por este motivo se presenta la prevalencia de mala nutrición por terciles del indicador; el primer tercil corresponde a los más

CUADRO 2
Prevalencia y coexistencia de mala nutrición en niños menores de dos años de edad, por grupo de edad

INDICADOR	EDAD DEL NIÑO (MESES) AL MOMENTO DE LA MEDICIÓN				VALOR P
	0-5	6-11	12-17	18-24	
N	1131	1379	1550	1599	--
Talla baja	11.3	16.6	25.5	32.1	<0.001
Emaciación	3.4	2.6	2.4	2.2	0.24
Riesgo de peso alto	9.3	4.6	3.8	2.6	<0.001
Anemia	40.4	42.8	34.3	26.7	<0.001
Problemas nutricionales coexistentes*					
Talla baja y anemia	6.0	7.7	9.8	8.6	
Talla baja sin anemia	6.1	8.3	15.7	23.0	
Anemia sin talla baja	34.4	35.0	24.7	17.8	
Total (anemia y/o talla baja)	46.4	51.0	50.2	49.4	<0.01

*Las prevalencias en la parte superior del cuadro representan las prevalencias totales en la población. En esta sección se presentan considerando la situación de cada niño en cuanto su estatus de anemia y talla baja, si sufre de uno, ambos o ninguno de los dos.

CUADRO 3
Prevalencia de mala nutrición en niños menores de dos años de edad, por entidad federativa

ENTIDAD FEDERATIVA	N	EDAD ₁ (MESES)	PREVALENCIA % (INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%)			
			EMACIACIÓN ¹	RIESGO DE PESO ALTO ¹	TALLA BAJA ²	ANEMIA ²
Chiapas	890	12.5 ±6.9	2.1 (1.4, 3.3)	4.4 (2.7, 7.1)	21.6 (17.7, 26.1) ^{a,b}	28.2 (22.8, 34.3) ^{a,b}
Guerrero	400	12.9 ±6.9	1.7 (0.8, 3.8)	2.2 (1.1, 4.4)	36.3 (29.8, 43.2) ^c	42.0 (36.4, 47.8) ^c
Hidalgo	715	12.5 ±7.1	2.5 (1.6, 3.9)	4.5 (3.2, 6.3)	19.6 (16.5, 23.2) ^{a,b}	28.0 (24.6, 31.6) ^a
Michoacán	588	13.2 ±6.9	2.7 (1.6, 4.6)	5.3 (3.7, 7.4)	16.2 (12.5, 20.8) ^a	37.5 (32.3, 43.0) ^b
Oaxaca	665	12.6 ±6.6	2.6 (1.7, 4.0)	6.0 (4.2, 8.4)	20.8 (16.0, 26.5) ^{a,b}	28.0 (24.0, 32.4) ^{a,b,c}
Puebla	500	13.2 ±6.8	2.2 (1.2, 4.0)	3.6 (2.3, 5.6)	25.1 (20.5, 30.2) ^{b,c}	40.4 (34.2, 46.9) ^c
Querétaro	362	12.9 ±6.6	1.9 (1.0, 3.7)	3.6 (2.1, 6.2)	17.4 (13.3, 22.4) ^{a,b}	30.6 (24.9, 37.0) ^{a,c}
San Luis Potosí	569	13.1 ±6.8	2.5 (1.6, 3.8)	5.1 (3.8, 6.8)	16.1 (13.5, 19.1) ^a	27.0 (22.9, 31.5) ^a
Veracruz	1176	12.8 ±6.9	2.9 (2.0, 4.2)	5.4 (4.3, 7.0)	24.4 (21.1, 28.1) ^b	35.3 (31.8, 39.0) ^{b,c}

¹ No hay diferencias estadísticamente significativas entre estados

² Los estados con letras distintas son significativamente diferentes (p<0.05) entre ellos y los estados que tienen las mismas letras, no son significativamente diferentes (ej. Talla baja: Michoacán tiene prevalencia significativamente menor que Guerrero, Puebla y Veracruz, pero la prevalencia en Michoacán no es diferente de la de Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Querétaro o San Luis Potosí)

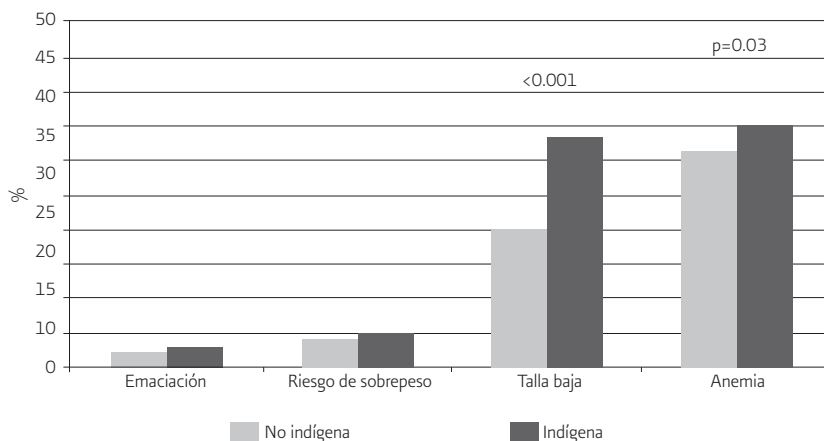


FIGURA 2
Prevalencia de mala nutrición en niños menores de dos años de edad, por condición étnica

pobres de la muestra y el tercero a los menos pobres. En el tercil menos pobre, la prevalencia de talla baja es menos de la mitad de la prevalencia observada en el grupo más pobre (14.1 contra 32%, respectivamente, p<0.001). Aunque también altamente significativa (p<0.001), en el caso de la anemia la magnitud de la diferencia entre grupos es mucho menor (menos pobres, 32.8%; más pobres, 39%). De la misma manera, la prevalencia de problemas coexistentes de la mala nutrición (de modo específico, talla baja y anemia) es mayor en el tercil más pobre. En este grupo, 59.2% de los niños sufre por lo menos dos de los problemas, con 12.1% con anemia y talla baja, mientras que las cifras para el tercil menos pobre son 42.2 y 5.5%, respectivamente. En cada caso, la prevalencia para el tercil intermedio se halla entre los dos. La prevalencia de emaciación y riesgo de peso alto no varía por tercil del nivel económico.

El índice de saneamiento se construye para identificar los hogares en donde los niños podrían estar expuestos a mayor riesgo de infección (p. ej., falta de agua, pisos de tierra). Los resultados del análisis mediante el índice de saneamiento muestran una mayor prevalencia de talla baja y anemia en los niños del tercil de condiciones sanitarias

CUADRO 4

Coexistencia de problemas nutricionales en niños por condición étnica

INDICADOR	NIÑO PERTENECE A FAMILIA NO INDÍGENA	NIÑO PERTENECE A FAMILIA INDÍGENA	VALOR P
	Anemia y talla baja	7.4	
Anemia sin talla baja	27.1	24.8	<0.001
Talla baja sin anemia	12.6	21.1	
Total (anemia y/o talla baja)	47.1	58.7	

CUADRO 5

Prevalencia y coexistencia de mala nutrición en niños menores de dos años de edad, por terciles de nivel económico*

INDICADOR	TERCILES DE NIVEL ECONÓMICO			VALOR-P
	MÁS POBRE	MEDIANO	MENOS POBRE	
Edad, meses	13.0	12.8	12.6	0.28
Talla baja	32.0	20.3	14.1	<0.001
Emaciación	3.1	2.1	2.8	0.12
Riesgo de peso alto	4.4	5.3	4.9	0.57
Anemia	39.0	34.6	32.8	<0.001
Problemas nutricionales coexistentes[†]				
Anemia y talla baja	12.1	7.7	5.5	<0.001
Anemia sin talla baja	27.1	26.9	27.5	
Talla baja sin anemia	20.2	12.7	9.2	
Total (anemia y/o talla baja)	59.2	47.3	42.2	

* El índice se crea considerando los materiales de construcción de la casa y la posesión de enseres domésticos comunes, utilizando la metodología de componentes principales. Se reporta prevalencia (%), excepto edad (promedio \pm desviación estándar)

† Las prevalencias en la parte superior del cuadro representan las prevalencias totales en la población. En esta sección se presentan considerando la situación de cada niño en cuanto su estatus de anemia y talla baja, si sufre de uno, ambos o ninguno de los dos

más precarias (cuadro 6). En esta comparación por nivel económico, como en todos los que siguen a continuación, la prevalencia de anemia y talla baja coexistente no es mayor de lo esperado si fueran independientes ambas.

La prevalencia de talla baja fue significativamente mayor en niños de familias beneficiarias de *Oportunidades* que en niños de familias no beneficiarias ($p < 0.01$) (cuadro 7). No existe diferencia en la prevalencia de emaciación, riesgo de peso alto o anemia por estatus de pertenencia al Programa. La prevalencia de talla baja y anemia coexistente y talla baja únicamente fue mayor en la población beneficiaria de *Oportunidades* respecto de la no beneficiaria, sin diferencia en la prevalencia de anemia sola.

ESTADO NUTRICIO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS DE EDAD, POR CARACTERÍSTICAS DE LA LOCALIDAD

No hubo diferencia significativa en la edad de los niños incluidos en la muestra por tamaño de localidad (cuadro 8). Tampoco hubo diferencia en la prevalencia de talla baja, emaciación o riesgo de peso alto entre los tres grupos de localidades. La prevalencia de anemia fue significativamente menor en las localidades más grandes (1 501-2 500 habitantes), sin diferencia entre los otros dos grupos. La prevalencia de problemas nutricionales coexistentes también varió sólo en las localidades más grandes debido a la menor prevalencia de anemia.

INDICADOR	TERCILES DE CONDICIONES SANITARIAS			VALOR-P
	MÁS PRECARIAS	MEDIANO	MENOS PRECARIAS	
Edad, meses	12.9	12.6	12.8	0.33
Talla baja	27.8	22.6	16.3	<0.001
Emaciación	3.1	2.4	2.4	0.27
Riesgo de peso alto	4.8	5.0	4.9	0.92
Anemia	37.8	35.5	33.4	0.03
Problemas nutricionales coexistentes[‡]				
Anemia y talla baja	10.2	8.7	6.5	
Anemia sin talla baja	27.5	27.1	26.8	
Talla baja sin anemia	17.9	14.3	10.2	
Total (anemia y/o talla baja)	55.6	50.1	43.5	<0.001

CUADRO 6
Prevalencia y coexistencia de mala nutrición en niños menores de dos años de edad, por terciles de condiciones sanitarias en el hogar*

* El índice se crea considerando los materiales de construcción de la casa y la posesión de enseres domésticos comunes, utilizando la metodología de componentes principales. Se reporta prevalencia (%), excepto edad (promedio \pm desviación estándar)

[‡] Las prevalencias en la parte superior del cuadro representan las prevalencias totales en la población. En esta sección se presentan considerando la situación de cada niño en cuanto su estatus de anemia y talla baja, si sufre de uno, ambos o ninguno de los dos

INDICADOR	BENEFICIARIOS [‡]	NO BENEFICIARIOS	VALOR P
N	3472	2142	--
Edad del niño	12.7 \pm 6.9	12.8 \pm 6.8	0.83
Talla baja	23.9 (3445)	19.4 (2122)	<0.01
Emaciación	2.3	2.9	0.24
Peso alto	5.0	4.7	0.69
Anemia	35.8 (3356)	35.2 (2062)	0.65
Problemas nutricionales coexistentes^{‡,§}			
Anemia y talla baja	9.1	7.0	
Anemia sin talla baja	26.8	28.0	
Talla baja sin anemia	15.1	12.7	
Total (anemia y/o talla baja)	51.0	47.7	<0.01

CUADRO 7
Prevalencia de mala nutrición en niños menores de dos años de edad, por estatus de pertenencia al Programa*

* Estatus de pertenencia a *Oportunidades* según autorreporte de la familia

[‡] Se reporta prevalencia (%) con la excepción de edad (promedio \pm desviación estándar). En el caso de talla baja y anemia, se reporta la n en paréntesis para talla baja y anemia dado que existen datos faltantes o fuera de rango factible para algunos niños.

[§] Las prevalencias en la parte superior del cuadro representan las prevalencias totales en la población. En esta sección se presentan considerando la situación de cada niño en cuanto su estatus de anemia y talla baja, si sufre de uno, ambos o ninguno de los dos.

Como es de esperarse por la focalización de *Oportunidades*, la mayor parte de los niños en la muestra proviene de localidades clasificadas con nivel de marginación muy alto (n=1 028) y alto (n=4 076) (cuadro 9). No se observó diferencia significativa en la edad de los niños por nivel de marginación. La prevalencia de talla baja en niños fue significativamente mayor en las localidades con nivel de marginación muy alto (37.2%), seguido por las localidades de marginación alta (20%). Fue significativamente menor la prevalencia en localidades con marginación media (11.7%) y baja (14.5%), sin diferencia entre ellos. De la misma manera, la prevalencia de anemia fue mayor en las localidades con nivel de marginación muy alta (40.6%), seguido por las de marginación alta (35.6%). Aunque la prevalencia es menor en las localidades con marginación media (26.7%) y baja (32.5%), aún es una prevalencia muy alta. No hubo diferencia significativa en la prevalencia de emaciación o riesgo de peso alto por nivel de marginación. La coexistencia de problemas nutricionales es mayor en localidades con marginación muy alta y la diferencia fue significativa entre los grupos. En las localidades de marginación muy alta, 63.5% de los niños sufre por lo menos un problema nutricional, en comparación con 48.7, 34.4 y 45.5% en las localidades de marginación alta, media y baja, respectivamente.

La prevalencia de talla baja fue significativamente mayor en niños de localidades donde la incorporación al Programa inició en 1998 (24.5%) que en los niños de localidades donde la incorporación inició en el año 2000 (19.5%) o en 2003 (21.2%) (cuadro 10). No se observó diferencia en la edad promedio de los niños, o en la prevalencia de emaciación, riesgo de peso alto o anemia entre los grupos. La prevalencia de anemia en conjunto con talla baja y talla baja sola fue significativamente mayor en las localidades incorporadas al Programa en el 1998, sin diferencia con los otros dos grupos. La prevalencia de anemia fue el único indicador que no varió entre grupos según el año de incorporación de las localidades al Programa. Dada la diversidad de la prevalencia de problemas nutricionales por nivel de marginación de la localidad (cuadro 9) se averiguó el porcentaje de las localidades con cada nivel de marginación por año de incorporación al Programa. Una proporción mayor de localidades en el 1998 tiene nivel de marginación muy alto respecto de las localidades en los años 2000 y 2003. Por lo contrario, el grupo del 2003 tiene la mayor proporción de localidades con nivel de marginación media y baja.

En las localidades del grupo de 1998, la prevalencia de talla baja es más alta en la población beneficiaria del Programa (24.7%) que en la población no beneficiaria (21.6%). La misma tendencia existe en el grupo de 2000 (beneficiarios, 21.7%; no beneficiarios, 16.2%) y 2003 (beneficiarios, 23.7%; no beneficiarios, 18.8%). No hubo diferencia significativa en los distintos grupos entre niños de familias beneficiarias en la edad de los niños o la prevalencia de emaciación, riesgo de peso alto o anemia.

CUADRO 8

Prevalencia y coexistencia de mala nutrición en niños menores de dos años de edad, por tamaño de localidad

INDICADOR	TAMAÑO DE LA POBLACIÓN (INEGI 2005)			VALOR P
	1-500	501-1500	1501-2500	
N	3475	1995	422	--
Edad del niño	12.8 ± 6.9	12.7 ± 6.9	12.6 ± 6.9	0.94
Talla baja	22.5 (3424)	21.1 (1974)	21.6 (416)	0.49
Emaciación	2.5	2.4	2.2	0.86
Riesgo de peso alto	4.5	4.7	6.0	0.43
Anemia	35.3 (3259)	36.9 (1884)	29.2 (407)	0.01
Problemas nutricionales coexistentes*				
Anemia y talla baja	8.3	9.0	6.3	
Anemia sin talla baja	27.0	28.2	23.5	
Talla baja sin anemia	14.6	13.0	16.2	
Total (anemia y/o talla baja)	49.9	50.2	46.0	0.10

* Las prevalencias en la parte superior del cuadro representan las prevalencias totales en la población. En esta sección se presentan considerando la situación de cada niño en cuanto su estatus de anemia y talla baja, si sufre de uno, ambos o ninguno de los dos.

INDICADOR	NIVEL DE MARGINACIÓN DE LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA				VALOR P
	MUY ALTO	ALTO	MEDIO	BAJO	
N	1028	4076	646	141	--
Edad del niño	12.9 ± 7.0	12.8 ± 6.8	12.3 ± 6.9	12.5 ± 7.0	0.30
Talla para edad	37.2 (1014)	20.0 (4022)	11.7 (639)	14.5 (138)	<0.01
Emaciación	2.9	2.5	1.6	3.6	0.29
Riesgo de peso alto	4.6	4.5	6.0	6.5	0.32
Anemia	40.6 (964)	35.6 (3853)	26.7 (606)	32.5 (126)	<0.01
Problemas nutricionales coexistentes*					
Anemia y talla baja	15.4	7.4	4.6	3.9	
Anemia únicamente	25.4	28.3	22.2	28.5	
Talla baja únicamente	23.1	13.0	7.6	13.1	
Total (anemia y/o talla baja)	63.5	48.7	34.4	45.5	<0.001

* Las prevalencias en la parte superior del cuadro representan las prevalencias totales en la población. En esta sección se presentan considerando la situación de cada niño en cuanto su estatus de anemia y talla baja, si sufre de uno, ambos o ninguno de los dos

CUADRO 9
Prevalencia y coexistencia de mala nutrición en niños menores de dos años de edad, por nivel de marginación de la localidad de residencia según la clasificación de Conapo (2005)

PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La información sobre las prácticas de alimentación está disponible para 5 645 de los niños de la muestra. Un total de 5 343 niños (95.6%) recibe o recibió leche materna en algún momento de sus vidas; la proporción es un poco mayor en la población de origen indígena (97.5%) respecto de la población de origen no indígena (94.8%). En el cuadro 11 se presenta información sobre algunos de los factores que influyen en el éxito de la lactancia materna, en particular si se le ofreció durante la primera hora después de nacer y si se le proporcionó el calostro.* El 31.8% de los niños de origen no indígena y 17.4% de los niños de origen indígena que recibieron leche materna, también recibieron otros líquidos o alimentos durante las primeras dos semanas después del nacimiento.

De los niños que recibieron lactancia en algún momento, 3 687 (69%) aún se alimentaban al pecho al momento de la entrevista (no ajustado por edad del niño) y 64.7% considera que la leche es todavía el alimento principal ("lo que más le alimenta"). Mediante la clasificación según el consumo de otras leches y alimentos, al momento de la entrevista, 867 (23.5%) de los niños se alimentaron con lactancia exclusivamente, 1 178 (32%) con lactancia predominante y 1 642 (44.5%) con lactancia parcial. La edad promedio de los niños que se clasificaron con lactancia exclusiva, predominante y parcial fue de 3.3±3, 10.8±5.7 y 12.2±5.6 meses, respectivamente. Las prevalencias en edades promedio en estos tres grupos no varían por condición étnica (datos no mostrados). En la figura 3 se presenta la proporción de niños que reciben lactancia exclusiva, predominante o parcial por edad del niño, incluidos todos los niños que al momento de la entrevista se hallaban en lactancia. Del 31% de los niños que ya no reciben leche materna, 96.9% de las madres consideró que en algún momento la leche materna fue el alimento principal del niño. Se les dejó de dar leche materna a un promedio de edad del niño de 9.4±5.2 meses, con un rango de uno hasta 24 meses de edad. De este mismo grupo, las madres informaron que la leche materna dejó de ser el alimento principal para los niños a un promedio de edad del niño de 6.4±3.9 meses.

* El calostro es un líquido amarillo intenso, de volumen escaso, rico en proteínas e inmunoglobulinas, y con menor contenido de grasa y lactosa que la leche "madura", que es la que se produce después del primer mes.

CUADRO 10

Prevalencia de mala nutrición en niños menores de dos años de edad, por año que inició la incorporación de familias a *Oportunidades* en la localidad

	AÑO EN QUE <i>OPORTUNIDADES</i> INICIA ACTIVIDADES EN LA LOCALIDAD			VALOR P
	1998	2000	2003	
N	1981	1419	948	--
Edad del niño	12.8 ± 6.9	12.9 ± 6.9	12.9 ± 6.9	0.92
Talla baja	24.5(1962)	19.5(1405)	21.2(942)	0.02
Emaciación	2.5	2.7	2.4	0.91
Riesgo de peso alto	4.6	5.3	3.7	0.19
Anemia	37.9 (1928)	35.3 (1370)	37.9 (909)	0.32
Problemas nutricionales coexistentes*				
Anemia y talla baja	9.8	7.2	8.3	
Anemia sin talla baja	28.0	28.2	28.9	
Talla baja sin anemia	14.9	12.5	13.3	
Total (anemia y/o talla baja)	52.7	47.9	50.5	0.04
Porcentaje de localidades por nivel de marginación (Conapo 2005)				
Muy alto	26.0	16.6	15.2	
Alto	66.0	77.0	53.9	
Medio	5.5	6.2	25.1	
Bajo	2.5	0.3	5.8	<0.001

* Las prevalencias en la parte superior del cuadro representan las prevalencias totales en la población. En esta sección se presentan considerando la situación de cada niño en cuanto su estatus de anemia y talla baja, si sufre de uno, ambos o ninguno de los dos.

CUADRO 11

Información sobre la lactancia en los primeros días de vida

	N	%
Pregunta hecha a las madres: "Cuando nació el bebé, ¿cuánto tiempo pasó antes de ponerlo al pecho por primera vez?"		
< 1 hora (representa la recomendación actual para favorecer el éxito de la lactancia)	3302	61.8
1 a 6 horas	1030	19.3
7 a 24 horas	212	4.0
> 24 horas	747	14.0
No sabe o no se acuerda	52	1.0
Pregunta hecha a las madres: "¿Qué hizo con el calostro?"		
Se lo dio al bebé	4689	87.8
Se desechó	578	10.8
No sabe o no se acuerda	76	1.4

A todas las madres que señalaron que su hijo(a) consumía todavía algo además de la leche materna (cualquiera que sea la edad o cantidad consumida) se les preguntó sobre diversos alimentos de interés particular. En el cuadro 12 se presenta la frecuencia de consumo de distintos tipos de leche distinta de la leche materna, según la cantidad consumida (probaditas o más) y condición de lactancia (sí o no) por condición étnica. Aunque se preguntó por

diversos tipos de leches (p. ej., en polvo, fresca, Liconsa, de cabra, entre otros) para este análisis interesó cuantificar la proporción de la población que consume cualquier tipo de leche, por lo que todos se sumaron, sin incluir solamente Nutrisano y leche materna. El patrón de uso de Nutrisano es similar entre niños que aún reciben leche materna y los que no la reciben, y también es similar entre niños por condición étnica. Entre 29.6 y 39.3% de los niños consumieron Nutrisano en las últimas 24 horas antes de la entrevista en cualquier cantidad (una probadita o una cantidad mayor). La proporción de población que informa no haber consumido Nutrisano es un poco más alta en población de origen no indígena que en la población de origen indígena. Alrededor de 20% de las madres notificó que su hijo(a) consumió la leche de Liconsa en las últimas 24 horas anteriores a la entrevista. El consumo de otros tipos de leche en niños que aún reciben leche materna es mayor en niños de origen no indígena que en niños de origen indígena. La misma tendencia existe en los niños que no reciben leche materna y la diferencia es menor.

Se observa en la población una introducción muy temprana de diversos tipos de alimentos (figura 4). Aun antes del mes de edad más de 30% de los niños recibe lácteos además de la leche materna o fórmula infantil y otros líquidos (incluidos jugos, refrescos, aguas, té y café). Más todavía, 50% de los niños de 1 y 3 meses de edad consumía otros líquidos. Por otro lado, menos de 10% recibe verduras sin diferencia en la proporción que recibe entre los 4 y 24 meses de edad. La proporción de los niños que reciben alimentos de origen animal, aparte de los lácteos, aumenta de manera gradual a partir de los cuatro meses de edad, pero llega a un máximo a partir de los 18 meses de edad, y sólo 18% de los niños los consume.

El consumo de leche es alto en la población de niños estudiados, pero los tipos de leche consumidas varían por la edad de los niños. Desde edades muy tempranas (cero a dos meses de edad) más de 55% de los niños consume leches de diversos tipos. En los niños de 0-2, 3-5 y 6-8 meses de edad, 41, 54.6 y 40.5% de los niños reciben leche materna sin ningún otro tipo de leche, respectivamente (cuadro 13). La mayor parte de los niños restantes en estos tres grupos de edad consume otras clases de leche (incluida la fórmula) y sólo alrededor de 3% (de 0 a 2 meses) y

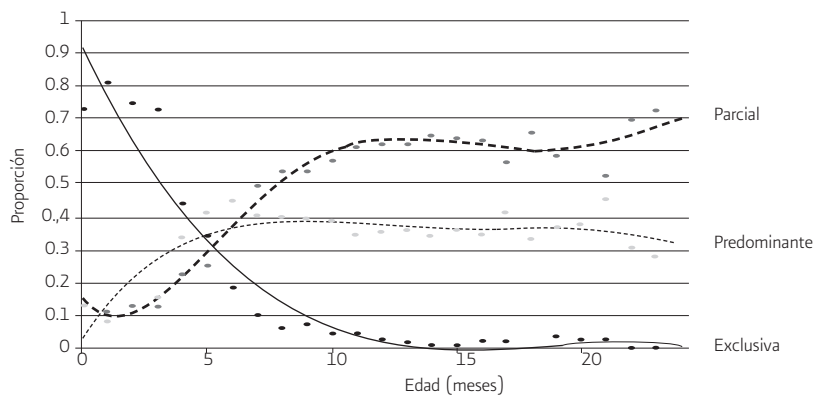
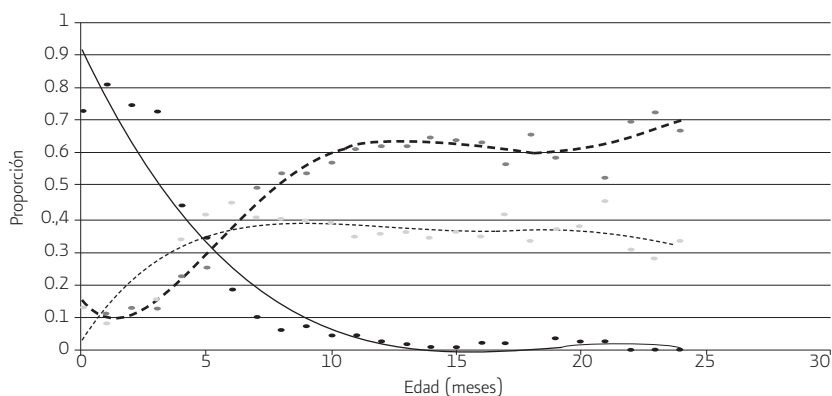


FIGURA 3
Proporción de niños que reciben lactancia exclusiva, predominante y parcial por mes de edad

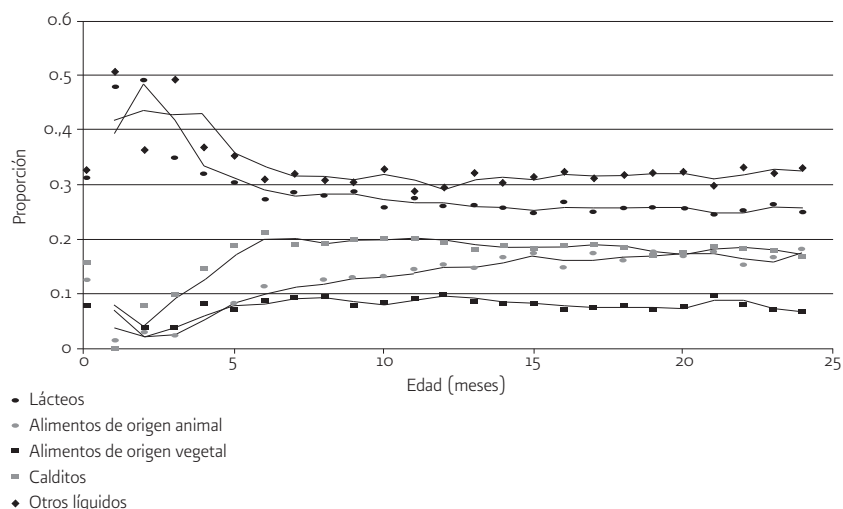
CUADRO 12
Porcentaje de niños que consumieron Nutrisano y otras leches el día previo de la entrevista*†

	POBLACIÓN NO INDÍGENA		POBLACIÓN INDÍGENA	
	RECIBE LECHE MATERNA	NO RECIBE LECHE MATERNA	RECIBE LECHE MATERNA	NO RECIBE LECHE MATERNA
Nutrisano				
Sí toma/come	31.3	29.8	39.3	29.6
Probaditas	5.8	5.0	10.1	11.1
Más que probaditas	25.5	24.8	29.2	18.5
Otras leches				
Sí toma/come	40.3	57.9	22.9	44.4
Probaditas	2.4	2.5	2.6	0
Más que probaditas	37.9	55.4	20.3	44.4

* Niños de 6 a 24 meses de edad al momento de la entrevista

† No se estimó el tamaño de la porción consumida

FIGURA 4
Proporción de niños que reciben alimentos de diferentes grupos por mes de edad



8.9% consumen Nutrisano, con o sin leches adicionales. La proporción de los niños que consumen Nutrisano (con o sin leche materna u otras leches) es mayor a casi un año de edad.

ESTADO NUTRICIO EN MUJERES, MADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS DE EDAD

La edad promedio de las mujeres participantes en el estudio fue de 27.1 ± 6.4 años, con un rango de 15 a 50 años. Existe información sobre el estado nutricional de 5 387 mujeres de las cuales 243 estaban embarazadas al momento de la entrevista y 1 187 estaban en los primeros seis meses posparto. Se diagnosticó anemia en 143 mujeres y la prevalencia fue mayor en mujeres embarazadas (17.3%) que en mujeres en el periodo posparto (8.6%).

Dentro del grupo de mujeres embarazadas, no se dispone de información sobre el peso anterior a la concepción en mujeres embarazadas ni datos válidos sobre la edad embarazote la gestación al momento de la entrevista. Por este motivo, el peso en estas mujeres no es una reflexión válida del estado nutricional de la mujer ni del progreso de su embarazo y se eliminó del análisis. Es posible que el embarazo reciente también modifique el peso de las mujeres en los últimos seis meses posparto, por lo que las prevalencias de bajo peso, sobrepeso y obesidad se presentan de

EDAD (MESES)	N	LM	LM+ NUTRISANO	LM+ NUTRISANO+ OTRAS LECHES	LM+ OTRAS LECHES	NUTRISANO+ OTRAS LECHES	NUTRISANO	OTRAS LECHES	NO CONSUMIÓ LECHE
0-2	134	41.0	1.5	1.5	45.5	2.2	0.0	8.2	0.0
3-5	350	54.6	6.3	2.6	28.0	0.9	0.0	7.4	0.3
6-8	560	40.5	15.0	7.1	23.2	2.3	0.0	11.6	0.2
9-11	660	30.9	13.8	9.7	24.1	3.9	0.5	16.1	1.1
12-14	765	23.0	11.0	10.9	18.7	9.5	1.2	24.1	1.7
15-17	653	21.6	9.8	10.0	16.7	10.3	2.0	26.3	3.4
18-20	606	16.2	8.8	6.8	12.7	14.9	3.0	31.5	6.3
21-23	615	12.0	6.3	6.0	10.1	15.1	6.2	37.1	7.2
24-26	83	9.6	7.2	3.6	8.4	16.9	4.8	38.6	10.8

CUADRO 13
Proporción de niños que reportan haber consumido leche materna, Nutrisano y/u otros tipos de leche el día previo de la entrevista, por grupo de edad

manera separada para las mujeres que están en los primeros seis meses posparto y las mujeres cuyo último embarazo ocurrió siete meses antes o más.

La prevalencia de peso bajo (IMC ≤ 18.5) en mujeres en los primeros seis meses posparto se encuentra dentro de lo que se espera en una población sana (<2.5%) en todos los estados, con excepción de Guerrero (4.1%) y San Luis Potosí (6.7%) (cuadro 14). No se detectó ninguna mujer con bajo peso en tres estados (Michoacán, Puebla y Querétaro). En todos los estados, la prevalencia de peso bajo es mayor en las mujeres que tienen siete meses o más posparto que las que tienen menos de seis meses, con la excepción de San Luis Potosí (cuadro 15). La prevalencia en mujeres con siete meses desde el último embarazo es menor en Michoacán (1.5%) y mayor en San Luis Potosí (5.5%).

En mujeres no embarazadas, pero que se encontraban en los primeros seis meses posparto, la prevalencia de sobrepeso (IMC 25.0-29.9) y obesidad (IMC ≥ 30.0) combinada no fue significativamente diferente entre estados, con un rango de 40.5% en Guerrero a 61.1% en Querétaro. Sin embargo, la prevalencia de sobrepeso fue significativamente menor en Guerrero (33.8%) que en Querétaro (44.4%), sin diferencia significativa entre los otros estados. Se observó mayor diversidad en la prevalencia de obesidad, que fue menor en San Luis Potosí (5.8%) y Guerrero (6.8%) y mayor en Puebla (16.9%), Querétaro (16.7%) y Michoacán (19.1%). En mujeres con siete meses o más posparto existe variación en la prevalencia de sobrepeso, obesidad y la prevalencia combinada entre estados. La prevalencia de

ENTIDAD FEDERATIVA	N	EDAD*	PREVALENCIA % (INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%)			
			BAJO PESO [†]	SOBREPESO [†]	OBESIDAD [†]	SOBREPESO Y OBESIDAD COMBINADA*
Chiapas	215	26.5±6.3	1.9 (0, 4.1) ^{ab}	40.4 (35.4, 43.5) ^{ab}	13.0 (9.2, 17.3) ^{b,c}	53.4 (45.5, 59.6)
Guerrero	76	28.4±6.1	4.1 (1.6, 9.0) ^{ab}	33.8 (28.0, 36.7) ^a	6.8 (3.1, 13.2) ^{ab}	40.5 (32.1, 47.5)
Hidalgo	167	26.7±6.2	1.2 (0.2, 6.2) ^{ab}	34.3 (29.7, 36.6) ^a	13.3 (9.2, 17.6) ^{b,c}	47.6 (40.0, 52.7)
Michoacán	98	28.0±5.8	0	31.9 (25.7, 37.6) ^{ab}	19.1 (14.1, 24.6) ^c	51.1 (41.9, 60.1)
Oaxaca	140	27.5±6.9	2.2 (0.9, 5.0) ^{ab}	41.9 (35.5, 46.1) ^{ab}	13.2 (9.2, 17.7) ^{b,c}	55.1 (46.0, 62.4)
Puebla	95	28.5±5.9	0	35.1 (26.5, 42.7) ^{ab}	16.0 (10.5, 22.3) ^{b,c}	51.1 (38.2, 63.8)
Querétaro	57	28.6±6.2	0	44.4 (37.2, 45.8) ^b	16.7 (7.9, 30.5) ^{b,c}	61.1 (47.0, 73.6)
San Luis Potosí	107	27.6±6.3	6.7 (4.5, 9.1) ^b	40.4 (30.3, 49.1) ^{ab}	5.8 (3.3, 9.1) ^a	46.2 (34.4, 48.1)
Veracruz	264	26.0±6.5	1.2 (0.3, 4.3) ^a	36.2 (31.7, 39.3) ^{ab}	10.9 (14.1, 24.6) ^{ab}	47.1 (40.7, 52.1)

CUADRO 14
Prevalencia de bajo peso, sobrepeso y obesidad en mujeres, madres de niños de 0 a 6 meses de edad, por entidad federativa

* No hubo diferencia estadísticamente significativa.

† Los estados con letras distintas son significativamente diferentes (p<0.05) entre ellos y los estados que tienen las mismas letras, no son significativamente diferentes (ej. bajo peso: Veracruz tiene prevalencia significativamente menor que San Luis Potosí, pero no existe diferencia significativa entre los otros estados).

CUADRO 15

Prevalencia de bajo peso, sobrepeso y obesidad en mujeres, madres de niños de 7 meses o más de edad, por entidad federativa

ENTIDAD FEDERATIVA	N	EDAD*	PREVALENCIA % (INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%)			
			BAJO PESO [†]	SOBREPESO [†]	OBESIDAD [†]	SOBREPESO Y OBESIDAD COMBINADA*
Chiapas	562	27.3±7.0	3.6 (2.8, 4.5) ^{ab}	40.3 (37.9, 42.2) ^c	12.4 (10.2, 15.0) ^{ab}	52.8 (49.0, 56.2) ^{b,c,d}
Guerrero	254	28.5±6.3	4.7 (3.4, 6.1) ^b	27.6 (23.2, 31.8) ^a	9.3 (6.6, 12.7) ^a	37.0 (30.4, 43.7) ^a
Hidalgo	480	27.8 ±6.6	2.9 (2.1, 4.0) ^{ab}	32.5 (29.2, 35.4) ^{ab}	16.3 (13.4, 19.3) ^{b,c}	48.8 (43.3, 54.0) ^{ab}
Michoacán	390	28.3 ±6.0	1.5 (0.8, 2.8) ^a	36.8 (33.8, 39.2) ^{b,c}	18.7 (15.8, 21.5) ^{c,d}	55.5 (50.3, 60.1) ^{c,d}
Oaxaca	459	27.8 ±6.8	2.6 (1.4, 4.8) ^{ab}	32.7 (30.3, 34.3) ^{ab}	13.5 (10.8, 16.5) ^{ab}	46.2 (41.8, 49.9) ^{ab}
Puebla	340	28.3 ±6.1	2.9 (1.8, 4.7) ^{ab}	34.0 (30.1, 37.2) ^{ab,c}	16.4 (13.4, 19.6) ^{b,c}	50.4 (44.4, 55.9) ^b
Querétaro	268	27.9 ±6.0	3.7 (2.2, 6.2) ^{ab}	38.3 (33.6, 42.3) ^{b,c}	21.2 (19.6, 22.2) ^d	59.5 (54.7, 63.0) ^d
San Luis Potosí	399	28.5 ±6.1	5.5 (3.8, 7.8) ^b	33.7 (31.0, 35.8) ^{ab}	17.7 (15.7, 19.6) ^c	51.4 (47.6, 54.5) ^{b,c}
Veracruz	794	28.3 ±7.1	4.5 (3.3, 6.0) ^b	30.5 (28.8, 32.0) ^{ab}	12.3 (10.7, 14.0) ^{ab}	42.8 (40.0, 45.4) ^{ab}

* No hubo diferencia estadísticamente significativa.

† Los estados con letras distintas son significativamente diferentes ($p < 0.05$) entre ellos y los estados que tienen las mismas letras, no son significativamente diferentes (ej. Bajo peso: Michoacán tiene prevalencia más baja que Guerrero, Veracruz y San Luis Potosí, pero los otros estados no difieren).

sobrepeso, obesidad y la prevalencia combinada es menor en Guerrero (27.6%, 9.3%, 37%, respectivamente), seguido por Veracruz (30.5%, 12.3%, 42.8%). Para los otros estados varía la prevalencia; por ejemplo, la prevalencia más alta de sobrepeso se detectó en Chiapas (40.3%) y Querétaro (38.3%), pero la prevalencia de obesidad es mayor en Querétaro (21.2%), Michoacán (18.7%) y San Luis Potosí (17.7%). Cinco estados tienen una prevalencia de sobrepeso y obesidad combinado de 50 a 60%, con la prevalencia más alta en Querétaro (59.5%).

La prevalencia de anemia en mujeres embarazadas fue mayor en San Luis Potosí (30%), seguido por Querétaro (25%), Chiapas (21.4%), Guerrero (18.2%), Veracruz (16.7%), Michoacán (17.2%), Hidalgo (11.5%), Puebla (12.5%) y Oaxaca (8.3%), sin diferencia significativa entre estados. Cabe mencionar que el número de mujeres embarazadas fue bajo en algunos estados, en particular Querétaro ($n = 8$) y Puebla ($n = 16$), por lo que la estimación de prevalencia debe interpretarse con precaución. Tampoco se cuenta con la duración del embarazo al momento de la medición. En mujeres durante los primeros seis meses posparto, la prevalencia de anemia no fue significativamente diferente entre estados ($p > 0.10$). La prevalencia más alta se registró en Guerrero (17.6%), seguido por Oaxaca (11.2%), Puebla (10.8%), San Luis Potosí (8.6%), Veracruz (7.8%), Chiapas (7.2%), Hidalgo (6.9%), Michoacán (6.4%) y Querétaro (3.6%).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad es significativamente mayor en mujeres que viven en hogares con condiciones de saneamiento menos precarias que las que viven en hogares con condiciones más precarias (cuadro 16). La misma relación existe con el indicador económico y la prevalencia es más alta en los hogares menos pobres. La prevalencia de bajo peso no varía significativamente por el nivel de índice de saneamiento o el índice económico. No hubo diferencia significativa en la prevalencia de bajo peso, sobrepeso u obesidad en mujeres por tamaño de localidad o entre beneficiarias y no beneficiarias de *Oportunidades*. La prevalencia de sobrepeso y obesidad es significativamente menor en localidades con marginación muy alta, sin diferencia en el resto de las localidades, ni en la prevalencia de peso bajo.

La coexistencia de sobrepeso u obesidad en las madres y anemia en el niño fue significativamente mayor en las familias con condiciones de saneamiento menos precarias que las más precarias (cuadro 17). La misma relación se observó con el índice económico. No se observaron diferencias en la prevalencia de sobrepeso u obesidad en la madre más talla baja y anemia en el niño o sobrepeso u obesidad en la madre y talla baja únicamente en el niño. Tampoco se observa una prevalencia de problemas coexistentes más alto de lo esperado.

SEGURIDAD ALIMENTARIA EN HOGARES BENEFICIARIOS DE OPORTUNIDADES EN ZONAS RURALES DE MÉXICO, ENCEL 2007

El cuestionario de seguridad alimentaria lo contestaron 5 666 mujeres, madres de niños menores de dos años de edad. Un total de 1 241 mujeres (21.9%) contestó "No" a todas las preguntas en el cuestionario, lo que llevó a clasificar sus hogares con seguridad alimentaria. Para el resto de los respondientes se consideró que sus hogares presentaban inseguridad alimentaria y se clasificó la gravedad percibida de acuerdo con la serie de preguntas respondidas de manera afirmativa.

El instrumento está diseñado de tal manera que las preguntas se ordenan de lo menos a lo más grave. Por este motivo es esperable un descenso de la frecuencia de respuesta afirmativa con las distintas preguntas. Este patrón se muestra con claridad en las respuestas obtenidas en esta encuesta (figura 5) y su hallazgo demuestra la consistencia interna del instrumento. Cabe mencionar que las preguntas con números pares se referían a la frecuencia de presentación de cada criterio, por lo que no se incluyeron en esta gráfica. Se incluyen en la gráfica los datos de una muestra pobre de Costa Rica utilizada para validar⁵³ el instrumento como punto de comparación.

Se clasificaron todos los hogares en grupos de acuerdo con su situación percibida de seguridad alimentaria; con seguridad e inseguridad leve, moderada y severa. Se consideraron hogares con seguridad alimentaria si la mujer

CUADRO 16
Prevalencia (%) de sobrepeso y obesidad en mujeres, madres de niños de 0 a 2 años de edad por diversas características del hogar y de la localidad

	PESO BAJO	SOBREPESO	OBESIDAD	SOBREPESO U OBESIDAD
Índice de saneamiento al nivel hogar*				
Más precario	3.9	31.5	10.8	42.3
Medio	2.6	36.3	15.7	52.0
Menos precario	2.4	38.3	17.3	55.6
Índice económico al nivel hogar*				
Más pobre	3.7	31.6	8.7	40.3
Medio	3.0	36.3	16.0	52.4
Menos pobre	2.8	38.2	19.2	57.5
Estatus de incorporación del hogar a Oportunidades†				
Beneficiarios	3.4	33.8	15.2	49.0
No beneficiarios	3.6	34.6	15.0	49.6
Nivel de marginación de la localidad (Conapo 2005)*				
Muy alto	4.3	26.8	8.4	35.2
Alto	3.6	35.2	15.8	51.0
Medio	2.2	39.9	17.2	57.1
Bajo	1.1	31.8	26.1	57.8
Tamaño de la localidad				
1-500	3.5	32.9	15.3	58.2
501-1500	3.2	35.4	14.3	49.7
1501-2500	4.7	39.3	14.9	54.2

* Diferencia significativa para la prevalencia de sobrepeso, obesidad y la prevalencia combinada entre grupos ($p < 0.001$).

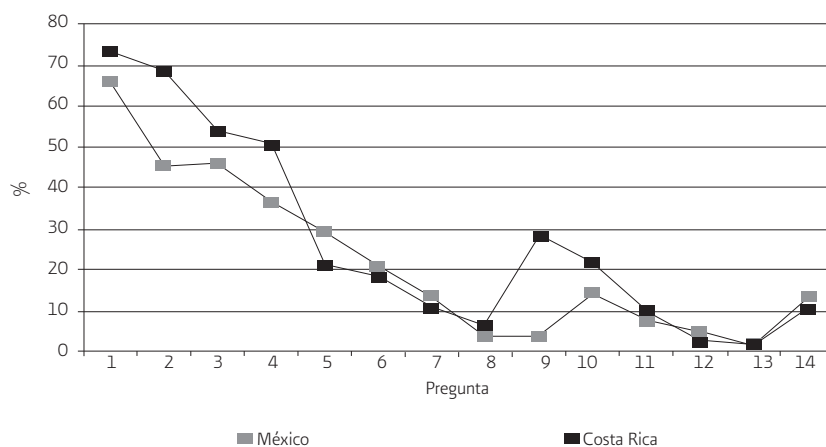
† Según autorreporte de la familia.

CUADRO 17
Coexistencia de mala nutrición en mujeres y sus hijos

	SOBREPESO U OBESIDAD EN LA MADRE Y TALLA BAJA Y ANEMIA EN EL NIÑO	SOBREPESO U OBESIDAD EN LA MADRE Y TALLA BAJA EN EL NIÑO	SOBREPESO U OBESIDAD EN LA MADRE Y ANEMIA EN EL NIÑO*
Por índice de saneamiento			
Más precario	4.0	6.5	10.9
Medio	4.3	6.7	14.0
Menos precario	3.8	6.1	13.5
Por índice económico			
Más pobre	4.3	7.1	10.1
Medio	4.1	5.2	14.5
Menos pobre	3.6	7.0	13.7

* Diferencia estadísticamente significativa entre categorías $p < 0.001$

FIGURA 5
Distribución porcentual de respuestas afirmativas para cada pregunta en el instrumento de seguridad alimentaria en los hogares rurales, con una muestra comparativa proveniente de Costa Rica⁵³



contestó de forma negativa a todos los ítems del cuestionario (21.9% de los hogares encuestados). La inseguridad leve se definió como una respuesta afirmativa a una o más de cuatro preguntas relacionadas con estar preocupada o bien que los adultos en el hogar consumen menos en cantidad o variedad. Se observó inseguridad leve en 35.1% de los hogares entrevistados. La inseguridad moderada se determina si por lo menos hay una respuesta afirmativa a la categoría anterior (leve) más cuando menos una respuesta afirmativa en cinco preguntas relacionadas con tener que dejar de consumir algún tiempo de alimento (sólo adultos) o servir menos comida a los niños. En esta encuesta, se clasificó a 36% de los hogares con inseguridad moderada. Por último, la inseguridad grave incluye por lo menos una respuesta afirmativa a los dos categorías anteriores y cuando menos una respuesta afirmativa a una de cinco preguntas relacionadas con dejar de servir algún tiempo de alimento de los niños, irse a dormir sin cenar o merendar o quedarse sin comer en el día. En esta encuesta, 7% de los hogares tiene inseguridad severa.

En Guerrero, las madres perciben mayor grado de inseguridad alimentaria, mientras que la proporción es menor en Hidalgo y San Luis Potosí (cuadro 18). En todos los estados, más de 75% de los hogares obtuvo puntuación menor a 10 dentro de una escala con rango de 0 a 46. El uso de la puntuación mediana enmarca una gran diversidad en otras maneras de estimar la inseguridad alimentaria. Por ejemplo, la prevalencia de hogares con seguridad es considerablemente menor en Guerrero (13.2%) y Puebla (15.1%) que en Querétaro (30.5%), San Luis Potosí (28%) o Michoacán (27.6%).

La prevalencia y gravedad percibida de inseguridad alimentaria es más alta a mayor nivel de marginación y en las localidades, pequeñas (1-500 habitantes) y medianas (501-1 500 habitantes) en comparación con las más grandes (cuadro 19). De la misma manera, una proporción mayor de mujeres percibe inseguridad alimentaria dentro de las comunidades incorporadas al Programa desde el año 1998. La inseguridad alimentaria, tanto por prevalencia como por gravedad, es más alta en hogares beneficiarios de *Oportunidades* que en los no beneficiarios.

No existe patrón claro entre la clasificación de estatus de seguridad alimentaria y la prevalencia de mala nutrición en niños (figura 6). En el caso de la talla baja, existe una tendencia hacia una menor prevalencia de talla baja en los hogares con seguridad alimentaria. En el caso de la anemia, el patrón es más claro. La prevalencia de anemia es menor tanto en los hogares con seguridad alimentaria como en los de inseguridad grave respecto de los otros dos grupos. Existe también una tendencia no significativa entre la presencia y gravedad de la inseguridad alimentaria y una menor prevalencia de riesgo de peso alto en los niños, pero no se observa un nexo con la emaciación. En el caso de las mujeres (figura 7), no se observa ninguna asociación entre la inseguridad alimentaria en el hogar y la prevalencia de peso bajo, sobrepeso u obesidad ($p > 0.50$).

COMPARACIÓN DE PREVALENCIAS DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS BENEFICIARIOS DE *OPORTUNIDADES* EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Se observan grandes cambios en algunos de los factores que pueden reflejar el bienestar económico de las familias en las localidades de los siete estados de la evaluación original (cuadro 20). Algunas de estas mejorías pueden tener impactos indirectos en el estado nutricional de los niños. Por ejemplo, la proporción de hogares con pisos de tierra y sin agua entubada en la casa se redujo casi a la mitad entre 1997 y 2007. Este cambio, por ejemplo, y el gran aumento de la proporción de hogares con refrigeración para conservar los alimentos puede reducir de manera notable la exposición de los niños a los agentes infecciosos.

La inclusión en la Encel 2007 de las mismas localidades donde se levantó información en el pasado hace posible efectuar una comparación muy importante de prevalencia de mala nutrición en muestras transversales de niños menores de dos años de edad. Aunque este análisis no se puede considerar una evaluación rigurosa de impacto del Programa, sí permite vigilar cambios en la prevalencia de mala nutrición en el tiempo y la magnitud de los problemas nutricionales aún por resolver. Se compararon también las prevalencias de mala nutrición en niños documentadas como parte de las Encuestas Nacionales y, de forma específica, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2005), en la que se obtuvo información de una muestra de población beneficiaria de *Oportunidades*.

ENTIDAD	CON SEGURIDAD* (%)	MEDIANA DE PUNTAJE [†]	PERCENTIL 25, 75 [‡]	RANGO MIN, MAX [‡]
Chiapas	21.2	4.0	2.0, 7.0	1, 25
Guerrero	13.2	6.0	3.0, 9.5	1, 39
Hidalgo	22.3	3.0	2.0, 6.0	1, 29
Michoacán	27.6	4.0	2.0, 8.0	1, 31
Oaxaca	18.3	4.0	2.0, 7.0	1, 28
Puebla	15.1	4.0	2.0, 8.0	1, 21
Querétaro	30.5	4.0	2.0, 7.0	1, 28
SLP	28.0	3.0	2.0, 7.0	1, 31
Veracruz	21.7	4.0	2.0, 7.0	1, 30
Todos	21.9	4.0	2.0, 7.0	1, 39

CUADRO 18
Mediana, rango intercuartil y rango de puntaje obtenido en la escala de seguridad alimentaria, por entidad federativa

* La suma total en el cuestionario es 0

† Incluye únicamente a los hogares con algún grado de inseguridad alimentaria (puntaje >0).

CUADRO 19

Prevalencia (%) y severidad de inseguridad alimentaria en hogares por grado de marginación, tamaño de la localidad, año de inicio de incorporación a *Oportunidades* en la comunidad y por estatus de incorporación del hogar al Programa *Oportunidades*

	CON SEGURIDAD	INSEGURIDAD LEVE	INSEGURIDAD MODERADA	INSEGURIDAD SEVERA
En total	21.9	35.1	36.0	7.0
Grado de Marginación*				
Muy alto	13.1	31.9	46.6	8.4
Alto	22.6	36.2	34.6	6.6
Medio/bajo	29.0	34.7	30.5	5.9
Tamaño de la localidad†				
1-500	21.4	35.5	36.1	7.0
501-1500	21.3	33.9	37.4	7.4
1501-2500	29.1	37.3	30.0	3.6
Año de inicio de incorporación a <i>Oportunidades</i>‡				
1998	20.9	34.9	36.0	8.1
2000	22.3	34.2	37.5	6.1
2003	27.1	35.8	31.7	5.3
Estado de incorporación de la familia#				
Beneficiarios	19.3	35.5	37.8	7.4
No beneficiarios	26.2	34.8	32.7	6.4

* Pearson $\chi^2(9) = 125.93, p < 0.001$

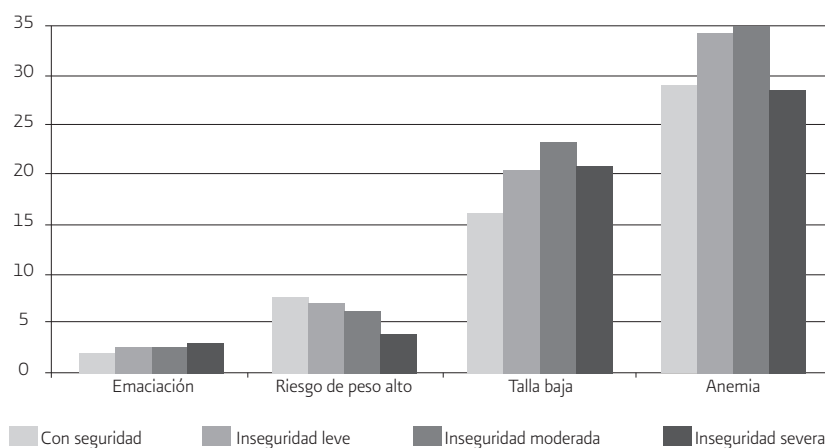
† Pearson $\chi^2(6) = 25.70, p < 0.001$

‡ Pearson $\chi^2(6) = 27.08, p < 0.001$

Pearson $\chi^2(3) = 42.32, p < 0.001$

FIGURA 6

Prevalencia de mala nutrición en niños menores de dos años de edad, por estatus de seguridad alimentaria del hogar



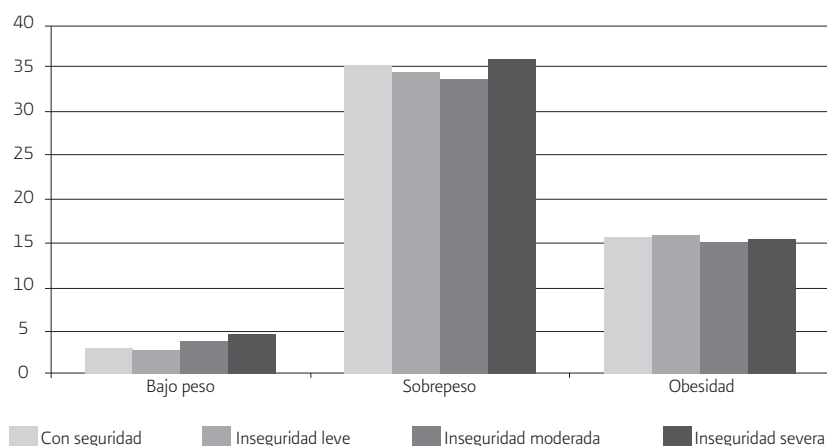


FIGURA 7
Prevalencia de mala nutrición en mujeres, por estatus de seguridad alimentaria del hogar

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR	1997†	2007	
		BENEFICIARIOS	NO BENEFICIARIOS
Piso de tierra	57.9	31.1*	23.5
Techo de paja, plástico o cartón	28.8	16.0*	12.2
Sin agua entubada en la casa	61.6	30.5	29.8
Sin baño	40.2	9.4*	12.6
Sin luz eléctrica	24.6	6.4*	7.5
Posesión de bienes			
Refrigerador	15.8	44.5*	51.2
Lavadora	4.9	12.4*	16.6
Automóvil	2.5	8.2*	16.4

CUADRO 20
Algunas características de los hogares en las localidades en 1997 y 2007

* Diferencias significativas ($p < 0.05$) entre beneficiarios y no beneficiarios en 2007.

† Información de los hogares participantes en el estudio en el 1997 (Encaseh 1997), sin filtrar por su presencia en la comunidad en el 2007 o pertinencia al Programa.

Primero se consideraron las prevalencias de mala nutrición reportadas en diversas publicaciones e informes aparecidos desde 1998 con datos de la población elegible o beneficiaria de *Oportunidades* en zonas rurales (cuadro 21). En general, la prevalencia de talla baja se ha reducido de manera notoria en las comunidades del estudio (sin incluir a Chiapas y Oaxaca) en los últimos 10 años: de 44% en 1998 a 21.8% en 2007. De la misma manera, se advierte una reducción considerable de la prevalencia de anemia.

Existen diversas debilidades en la comparación presentada en el cuadro 21. En especial, desde 1998 la OMS ha publicado una nueva referencia de crecimiento. Por este motivo se analizaron de nueva cuenta los datos de la Encel 1998 (beneficiarios y no beneficiarios) para hacer una comparación con las prevalencias reportadas aquí en las localidades donde se llevó a cabo la evaluación. Para este análisis se han recalculado los puntajes Z de los indicadores nutricionales mediante la nueva curva recomendada por la OMS. El uso de la nueva referencia desarrollada por la OMS resultaría en mayor prevalencia de talla baja que las referencias anteriores.⁶⁷

La prevalencia de talla baja es menor en seis de los siete estados en la Encel 2007 en comparación con la Encel 1998 (figura 8). Entre los estados, la magnitud de la diferencia varía mucho, desde 2.5 puntos porcentuales en San Luis Potosí (SLP) hasta 12 en Michoacán. No se observó aumento de la prevalencia en ningún estado y sólo en Veracruz la prevalencia quedó casi igual, en 25%.

Para entender mejor el cambio de la prevalencia de mala nutrición, se dividió la población entre beneficiarios y no beneficiarios de *Oportunidades* dentro de las localidades estudiadas. Para este análisis se utilizaron los datos de la Encel 1999, dado que en 1998 es posible que algunas familias no estuvieran enteradas de su estatus de pertenencia al Programa. Tanto en 1999 como en 2007, la prevalencia de talla baja es mayor en la población beneficiaria de *Oportunidades* que en la población no beneficiaria, sin diferencia significativa en la prevalencia de emaciación o riesgo de peso alto (cuadro 22). En 2007, la prevalencia de talla baja en niños menores de dos años de edad de la población beneficiaria se redujo 11.1 puntos porcentuales respecto de la prevalencia registrada en 1999. Esta cifra no cambia en comparación con la diferencia en prevalencia entre las dos encuestas en cuanto a los no beneficiarios (10%). En la población beneficiaria y la no beneficiaria, la prevalencia de anemia en niños menores de dos años de edad es casi la mitad en 2007 de lo que era en 1999. De la misma manera, la prevalencia coexistente de talla baja y anemia en el mismo niño fue tres veces mayor en 1999 que en 2007, sin diferencia entre la población beneficiaria y no beneficiaria. En 1999, la prevalencia coexistente de talla baja y anemia excedió a lo esperado tanto en beneficiarios como en no beneficiarios, pero no así en 2007.

En el cuadro 23 se presenta la prevalencia de mala nutrición en niños en 1999 y 2007 por nivel de marginación de las localidades. Cabe mencionar que para este análisis se limitó la base de 1999 al mismo rango de edad de los niños en 2007 para no introducir diferencias en las prevalencias debido a la edad de los niños. No se observa diferencia de consideración en la prevalencia de emaciación o riesgo de peso alto. Se identifican dos tendencias que deben resaltar. Primero, la diferencia en prevalencia de talla baja entre 1999 y 2007 es mucho más grande en localidades de marginación alta (-10.3 puntos porcentuales) y media (-12.5 puntos porcentuales). Se advierte poca diferencia en la prevalencia entre 1999 y 2007 en localidades de marginación muy alta (-4.9 puntos porcentuales) y baja (+3.4 puntos porcentuales). Cabe resaltar que el tamaño de la muestra de niños en las localidades con marginación baja en el 1999 fue pequeño, por lo que debe interpretarse la prevalencia con cautela. La segunda observación relevante es la drástica reducción de la prevalencia de anemia en todos los niveles de marginación entre 1999 y 2007, con gran diversidad por nivel de marginación, desde -22.5 puntos porcentuales en localidades de muy alta marginación hasta -68.5 en localidades de baja marginación. De nueva cuenta, la prevalencia de anemia en 1999 en localidades con marginación baja se debe interpretar con precaución en virtud del reducido tamaño de la muestra.

CUADRO 21
Comparación de la prevalencia de talla baja y anemia en niños menores de dos y cinco* años de edad, beneficiarios de *Oportunidades* en zonas rurales^{31,32,65, 66}

	1998 ³¹	1999 ⁶⁵	2000 ⁶⁵	2003 ³²	2005 ⁶⁶	ENCEL 2007
Talla baja (%)	44.0	38.8 [†]	-	17.4	28.0	21.8
Anemia (%)						
0-24 meses de edad	44.3	-	25.8	-	-	32.5
12-23 meses de edad	-	52.6 [§]	-	-	40.9	31.0
24-35 meses de edad	-	35.7 [§]	-	42.5	29.4	-
36-47 meses de edad	-	22.6 [§]	-	30.9	26.0	-
0-47 meses de edad	-	32.9	-	-	27.3	-

* El rango de edad difiere dependiendo del diseño del estudio. Las cifras para las encuestas nacionales en 1999 y 2005 incluyen niños de 0 a 5 años de edad y para la Encel 2003, se incluye niños de 2 a 4 años de edad. En el 1998, 2000 y 2007 se cuenta con información de niños de 0 a 2 años de edad únicamente.

[†] En la Encuesta Nacional de Nutrición 1999, no se obtuvo muestra representativa de beneficiarios de *Oportunidades*. El dato presentado representa la prevalencia en el tercil más bajo del nivel socio-económico.

[§] Prevalencia de anemia en zonas urbanas y rurales combinadas.

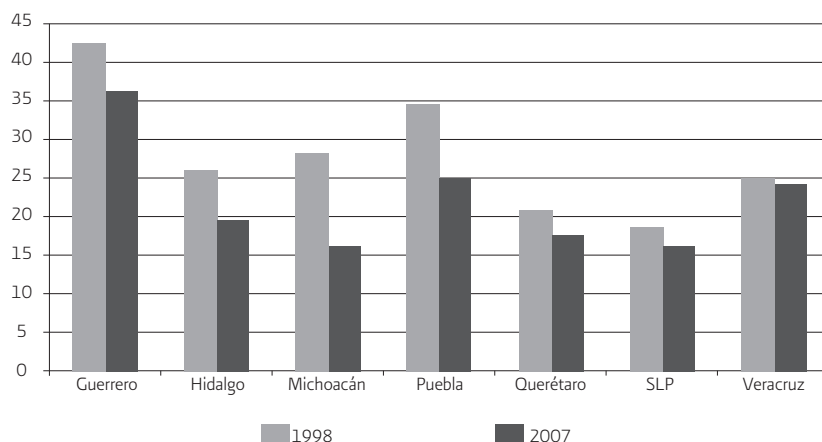


FIGURA 8
Prevalencia de talla baja en 1998 y en 2007, por entidad federativa

INDICADORES	BENEFICIARIOS		NO BENEFICIARIOS	
	1999	2007	1999	2007
Talla baja	35.0	23.9	29.4	19.4
Emaciación	3.3	2.3	1.1	2.9
Riesgo de peso alto	7.8	5.0	9.3	4.7
Anemia	61.0	35.8	64.7	35.2
Problemas nutricionales coexistentes				
Anemia y talla baja	29.0	9.1	26.5	7.0
Anemia sin talla baja	32.1	26.8	37.3	28.0
Talla baja sin anemia	15.2	15.1	12.8	12.7
Total (anemia y/o talla baja)	76.3	51.0	76.6	47.7

CUADRO 22
Prevalencia (%) de mala nutrición en niños menores de dos años de edad, por estatus de incorporación al Programa en 1999 y 2007*

* Estatus de incorporación según autorreporte de la familia.

IV. Discusión

Los datos presentados aquí proveen un amplio panorama de la situación nutricional en zonas rurales en nueve estados de la República mexicana, que representan las regiones del país (centro y sur) con la mayor densidad de población beneficiaria de *Oportunidades*. Esta información complementa de manera notable los datos disponibles sobre la situación nutricional de la población proveniente de las evaluaciones previas y las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición. Por un lado, el hecho de que se cuente con información de siete de los nueve estados incluidos en la Encel 2007 (Puebla, Veracruz, Guerrero, Querétaro, Michoacán, Hidalgo y San Luis Potosí) sobre el estado nutricional de niños menores de dos años de edad antes de la implementación del Programa permite realizar una comparación de la situación nutricional en muestras transversales, a manera de un tipo de “control histórico”. Si bien esto no se puede considerar una evaluación rigurosa de impacto del Programa, permite una reflexión muy importante sobre la situación actual de la población y la brecha que aún existe por atender en el aspecto nutricional. Por otro lado, se cuenta con información de dos estados adicionales (Chiapas y Oaxaca) en donde se encuentra una gran concentración de la población beneficiaria y donde no se habían llevado a cabo estudios de evaluación del Programa en zonas rurales.

CUADRO 23
Prevalencia de mala nutrición en niños menores de dos años de edad en 1999 y 2007, por nivel de marginación de la localidad de residencia según la clasificación de Conapo (2005)

INDICADOR	NIVEL DE MARGINACIÓN DE LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA				VALOR P
	MUY ALTO	ALTO	MEDIO	BAJO	
Edad del niño					
1999	13.2 ± 7.7	13.9 ± 8.0	12.9 ± 7.4	12.0 ± 8.7	0.34
2007	12.9 ± 7.0	12.8 ± 6.8	12.3 ± 6.9	12.5 ± 7.0	0.30
Talla para edad					
1999	42.1	30.3	23.2	11.1	<0.01
2007	37.2	20.0	11.7	14.5	<0.01
Diferencia	-4.9	-10.3	-12.5	+3.4	
Emaciación					
1999	4.0	2.9	2.0	0.0	0.60
2007	2.9	2.5	1.6	3.6	0.29
Diferencia	-1.1	-0.4	-0.4	+3.6	
Riesgo de peso alto					
1999	9.2	7.6	9.1	22.2	0.46
2007	4.6	4.5	6.0	6.5	0.32
Diferencia	-4.6	-3.1	-3.1	-16.7	
Anemia					
1999	63.1	59.2	65.0	100.0	0.17
2007	40.6	35.6	26.7	32.5	<0.01
Diferencia	-22.5	-23.6	-39.3	-68.5	

La principal fortaleza de la información presentada aquí proviene de la variedad de tipo de información disponible. Por un lado, esto permite explorar subgrupos de localidades y hogares dentro de las localidades para determinar factores relacionados con una mayor prevalencia de mala nutrición. Esta información sirve para asegurar que las acciones de *Oportunidades* se focalizan en los grupos más vulnerables. Por otro lado, la información disponible permite explorar factores que podrían hallarse en la cadena causal de la mala nutrición. Aunque el diseño observacional del estudio no permite concluir que éstos son los factores que ocasionan la desnutrición en estos niños, existe suficiente información en la literatura especializada para apoyar las conclusiones y resaltar áreas en las que convendría fortalecer el Programa.

CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

La situación nutricional actual y los rezagos por atender

Durante los últimos 10 años se ha observado un evidente descenso de la prevalencia de desnutrición en niños menores de dos años de edad. La emaciación (bajo peso para la talla) se encuentra dentro del rango esperado en una población sana en todos los estados y subgrupos estudiados. Aunque eso no implica que no haya niños con emaciación, sí presupone que la manera efectiva de identificarlos y tratarlos es a través del monitoreo individual en el contexto clínico. Al mismo tiempo, a pesar del aumento de la prevalencia de sobrepeso observado en otros grupos etarios en

México,⁶⁶ no se ha observado ningún incremento de la prevalencia de riesgo de sobrepeso (alto peso para la talla) en los niños menores de dos años de edad y la prevalencia es aún baja (<5%) en todos los estados y subgrupos.

Se observa una gran diversidad en la prevalencia de talla baja y anemia entre estados de la República mexicana. Al comparar la prevalencia de talla baja durante los últimos 10 años se advierte que algunos estados han logrado reducciones de consideración en la prevalencia de la talla baja. En Michoacán, por ejemplo, la prevalencia se redujo en 12 puntos porcentuales. Sólo en un estado (Veracruz) no se observa diferencia en la prevalencia respecto de hace 10 años. Es difícil cuantificar el grado en el que la disminución de la prevalencia de talla baja se debe al Programa Oportunidades. La evidencia de impacto del Programa sobre el crecimiento de los niños a corto plazo documentado con las evaluaciones rigurosas^{31,45} no debería soslayarse por el hecho de que no es posible corroborarlo en las evaluaciones de más largo plazo. El hecho de que ya no existe en este momento un grupo expuesto a condiciones económicas similares, sin que haya recibido el Programa a lo largo de los últimos 10 años, limita de manera notoria cualquier aseveración sobre el impacto. Dada la evidencia existente sobre el Programa, debe reconocerse que el Programa ha tenido efectos en el crecimiento de los niños, si bien tal impacto no ha sido de suficiente magnitud para erradicar el problema de la talla baja. En el caso de la nutrición, el enfoque de la evaluación debe situarse ahora en la forma de fortalecer las acciones del Programa y qué acciones adicionales se requieren para conseguir un impacto de mayores proporciones.

A pesar de la reducción, la prevalencia de talla baja es todavía alta a muy alta, particularmente en Guerrero (36.3%), Puebla (25.1%), Veracruz (24.4%), Chiapas (21.6) y Oaxaca (20.8%), por arriba de 15% en todos los estados incluidos en la muestra. En análisis futuros, el interés debe centrarse en explorar diferencias en algunos aspectos del Programa (p. ej., el grado de avance con la implementación de los talleres de autocuidado, la liga entre el monitoreo del crecimiento de los niños y alguna consejería guiada sobre el cuidado y alimentación de los niños, y la actividad de la vocal de nutrición) y otros cambios documentados en el plano estatal (p. ej., cobertura de vacunas, intervenciones de saneamiento y electrificación, fuentes de empleo) para determinar si existen diferencias sistemáticas entre estados que expliquen en parte las diferencias observadas. Se podría utilizar un tipo de análisis de desviación positiva,⁶⁸ una exploración de los factores en los estados donde la disminución de la talla baja ha sido mayor que pueden determinar esa reducción.

Un hallazgo aún no explicado en este estudio es la gran diferencia en la prevalencia de talla baja entre los sexos (25.6% en niños y 18.1% en niñas). Es posible que existan diferencias sistemáticas en las prácticas de cuidado de los niños que contribuyen a esta diferencia. En análisis futuros deben investigarse las vinculaciones entre las prácticas de alimentación, las infecciones y el tamaño en los niños para precisar si es posible dilucidar esta divergencia.

Todos los análisis realizados por subgrupos resaltan la sólida relación entre el bienestar económico de la familia y la localidad y la prevalencia de talla baja y anemia. El nivel de marginación de la localidad divide de manera muy clara a las localidades con mayor riesgo (muy alta y alta marginación) y menor riesgo (media y baja marginación) de talla baja y anemia en los niños, cualquiera que sea el tamaño de la localidad (número de habitantes). Más aún, en las localidades de muy alta marginación no se observa una reducción notoria de la prevalencia de talla baja desde 1998, en comparación con la reducción observada en localidades de nivel de marginación menor. Es posible que ello se deba, por lo menos en parte, a factores ambientales (p. ej., falta de alimentos con adecuado valor nutritivo, baja calidad y accesibilidad de los servicios de salud, condiciones sanitarias precarias, entre otros) que limitan la capacidad de las familias de proveer las condiciones necesarias para el crecimiento adecuado de sus hijos. Aunque existe una relación significativa entre el año de incorporación de las localidades al Programa y la prevalencia de talla baja (es mayor en las incorporadas en 1998 que en las de los años 2000 o 2003), ello también parece deberse al hecho de que un mayor número de localidades en este grupo se clasifica con marginación muy alta.

Una gran proporción de las madres de niños menores de dos años de edad en localidades de marginación muy alta percibe algún grado de inseguridad alimentaria. La seguridad alimentaria no es una estimación de la calidad o la cantidad real de alimentos disponibles para la familia, mucho menos los consumidos por el niño menor de dos años de edad, sino una percepción de la persona encargada de preparar los alimentos. Aunque la relación del nivel de inseguridad con los indicadores nutricionales no fue muy clara, la percepción de inseguridad podría ser un indicador de diversas situaciones precarias en la familia, las cuales se vinculan con problemas de desnutrición.

El menor nivel económico de la familia también es un factor que predice la prevalencia de talla baja y anemia. De igual manera, los niños de familias incorporados al Programa tienen mayor prevalencia de anemia y talla baja. En virtud del nexo entre la prevalencia de talla baja y anemia y el nivel económico, la mayor prevalencia en familias beneficiarias muy probablemente refleja la buena focalización en las familias más vulnerables y no debe interpretarse como una falla del Programa.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres en las comunidades participantes en la Encel 2007 fue un poco menor que la prevalencia nacional.⁶⁹ Es probable que ello se deba a la edad promedio del grupo (aproximadamente 27.5 años). Se ha documentado en México una clara tendencia hacia un incremento del peso e IMC a lo largo de la vida adulta.⁷⁰ En esta muestra, más de 50% de las mujeres ya tenía sobrepeso y obesidad a pesar de su joven edad. Sin duda, éste es un problema que no afecta sólo a la población beneficiaria del Programa sino al país en su totalidad y aquí se corrobora que la prevalencia no es diferente en las localidades beneficiarias y no beneficiarias de *Oportunidades*. Sin embargo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres tiene una relación inversa con el bienestar económico; en consecuencia, se observa una menor prevalencia en localidades con marginación muy alta y alta, y en familias con menor nivel económico. Como parte de la evaluación en zonas urbanas de México, se documentó un impacto del Programa en el IMC de las mujeres: el aumento es mayor en mujeres beneficiarias.⁴⁵ Es impostergable la conducción de acciones dentro del Programa que permitan evitar un aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad conforme se mejora el nivel económico de las familias beneficiarias.

FACTORES POSIBLES EN LA CADENA CAUSAL DE LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES

La sólida relación entre diversos indicadores del bienestar económico a nivel comunidad y el hogar resalta con claridad la importancia de este factor como causa de la mala nutrición. Sin embargo, es importante recordar que la situación económica per se no es la causa directa de la talla baja y anemia, sino un factor subyacente que predispone la mayor riesgo. Las causas directas de la desnutrición son el consumo dietético inadecuado y las enfermedades infecciosas graves y frecuentes.⁷¹

En este documento se han destacado algunos de los factores más importantes que muy probablemente son algunas de las causas directas de la desnutrición en los niños, de manera específica las prácticas inadecuadas de lactancia y alimentación complementaria. Según las últimas recomendaciones de la OMS,⁷² los niños deben recibir lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida. A partir de sexto mes debe iniciarse la introducción oportuna de alimentos con adecuado valor nutritivo (densidad energética y micronutrientes), con consistencia apropiada para el desarrollo de los niños y ofrecidos con suficiente frecuencia en el día (cinco comidas además de la leche materna). Se documenta aquí la introducción sumamente temprana de líquidos y caldos, los cuales carecen de la densidad necesaria de nutrientes. En realidad, se introducen en una gran proporción de los niños desde los primeros meses de edad, con el consiguiente desplazamiento de la leche materna. Al mismo tiempo, los alimentos con micronutrientes esenciales (en particular los alimentos de origen animal además de la leche y las frutas y verduras) se introducen de manera muy tardía. El resultado de este patrón es posiblemente una dieta con energía suficiente, pero con déficit notable de vitaminas y minerales. Este hallazgo hace evidente primero la gran necesidad de instituir campañas educativas y consejería guiada dirigida al cambio de comportamiento relacionado con la lactancia y alimentación complementaria. Segundo, resalta la gran necesidad que aún existe para la distribución y promoción efectiva de un complemento de micronutrientes.

Tal y como lo señalaban estudios previos,⁴⁵ una gran proporción de los niños no había consumido Nutrisano en el día previo de la entrevista. Dada la amplia información disponible sobre este tema, se tomó la decisión de no indagar sobre los motivos de la falta de consumo. Se ha comprobado en zonas rurales⁷⁰ y urbanas⁷³ que el bajo consumo por parte de los niños se debe sobre todo a la repartición del complemento con otros integrantes de la familia, sobre todo otros niños. Sin embargo, dado que la población beneficiaria percibe el Nutrisano como una forma de leche,⁷³ su aceptación y consumo pueden variar en ciertas poblaciones de acuerdo con su consumo acostumbrado de leche. Tuvo particular interés documentar si existe menor consumo de leche en niños provenientes de familias indígenas o niños de familias no indígenas. No se observó ninguna evidencia de diversidad en el consumo de leche por condi-

ción étnica y no hay motivo para pensar que la falta de costumbre del consumo de leche influye en la aceptación y consumo de Nutrisano.

Además de su menor valor nutritivo, la introducción de alimentos distintos de la leche materna antes de los seis meses de edad expone innecesariamente a los infantes a infecciones; cabe recordar que la segunda es causa directa de la desnutrición. En este informe se intentó documentar la contribución potencial de las condiciones higiénicas dentro de los hogares y la prevalencia de desnutrición. Para este análisis se ideó el índice de saneamiento. Como se esperaba, mientras más precarias fueran las condiciones sanitarias, más alta fue la prevalencia de talla baja y anemia. Sin embargo, existe fuerte asociación entre las condiciones sanitarias incluidas en el índice (p. ej., piso de tierra, falta de acceso a agua en el hogar) y el nivel económico de la familia, por lo que el índice no permite separar en su totalidad el factor económico del factor de saneamiento. Como parte de la Encel se dispone de información sobre la morbilidad de los niños durante los días anteriores a la entrevista. En análisis futuros se buscará vincular la morbilidad con las prácticas de alimentación para determinar si existe una relación de ellos con el estado nutricional. Sin embargo, dada la naturaleza transversal de la información, es posible que no se logre detectar este tipo de nexo. Aunque no sea así, con base en los conocimientos actuales, se sabe que ambas son fundamentales para el crecimiento óptimo de los niños.⁷²

IMPLICACIONES PARA EL PROGRAMA

El objetivo de *Oportunidades* en cuanto a la desnutrición en niños menores de dos años debe ser su erradicación, alcanzar una prevalencia de talla baja cercana a 2.5% (la prevalencia esperada en una población sana) y acercarse a una prevalencia de anemia menor de 10%.⁷⁵ Aunque no debe perderse esta meta de vista, es poco factible esperar que a corto plazo se alcancen estas cifras, por lo menos en el caso de la talla baja. Los datos presentados en este estudio y la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2005) proveen un contexto para delinear los rezagos que aún existen para la reducción de la desnutrición en la población beneficiaria de *Oportunidades* que debe esperarse a corto plazo. En la Encel 2007, la prevalencia de talla baja es más del doble en el tercil más pobre respecto de aquella del tercil menos pobre de la población. De igual manera, según la Ensanut 2005, la prevalencia de talla baja en los estados del sur fue de 33.2% (IC95%, 28.4, 38.5) dentro de los hogares más pobres y 15.4% (IC95%, 7.5, 29.2) en las poblaciones de recursos medios.⁶⁹ A corto plazo, con el apoyo del Programa, las familias deben esperar que sus hijos logren un estado nutricional similar a lo observado dentro de sus mismas localidades en población menos pobre.

Otro estudio que permite conjeturar sobre el impacto que puede esperarse del Programa es el estudio de "Eficacia de tres complementos" llevado a cabo por este grupo de estudio.⁷⁵ Como parte del estudio, se documentó que en niños que consumen uno de tres complementos (Nutrisano, Sprinkles o jarabe), la prevalencia de talla baja no aumenta entre los 8 y 24 meses de edad. Según los datos de la Encel 2007, los niños de 18 a 24 meses de edad tienen el doble de prevalencia de talla baja que la observada en niños de 6 a 11 meses de edad. En el estudio de Eficacia, por cada 10 dosis consumidas de cualquiera de los tres complementos se observó un aumento de la talla de 0.05 cm (comparado con el consumo de una dosis). Aunque parece poco, el consumo diario del complemento por un año se traduce en 1.8 cm adicionales de talla, una cantidad mayor al impacto del Programa documentado hasta el momento en zonas rurales o urbanas.^{45,68}

Por otro lado, el estudio de Eficacia mostró claros beneficios para la anemia con el consumo de Sprinkles y jarabe, beneficios mucho mayores que los observados con el consumo de Nutrisano en el corto plazo.⁷⁵ Después de cuatro meses de suplementación con Sprinkles o jarabe se observó una reducción de 15 puntos porcentuales en la prevalencia de anemia, sin cambio significativo en la prevalencia de anemia en el grupo que consumió Nutrisano. Después de 10 meses de suplementación, los grupos de Sprinkles y jarabe tenían prevalencia de anemia menor de 10% y a los 24 meses de edad los tres grupos tuvieron prevalencia cercana a 5%, sin diferencia significativa entre ellos. Estos hallazgos proveen evidencia clara de que la meta de reducir la prevalencia de anemia en la población a menos de 10% es factible, si se logra el consumo regular y adecuado del complemento.

Dicho todo lo anterior sobre el potencial impacto del complemento en el estado nutricional de la población beneficiaria, es fundamental que el Programa adopte una orientación más integral sobre la nutrición. Aunque queda claro, por los resultados del estudio de Eficacia, la gran contribución que un complemento consumido diariamente de 6 a 24 meses de edad puede tener para la salud y bienestar de los niños, el componente alimentario del Programa no debe enfocarse tan sólo en el complemento. Este último únicamente constituye una herramienta que apoya a las familias para reducir los rezagos nutricionales y debe insertarse en una estrategia enfocada a la promoción de hábitos saludables de la buena alimentación a lo largo de la vida.

Por otra parte, es evidente que en las localidades son apremiantes acciones agresivas para la prevención y el control del peso excesivo. Algunas de las acciones requeridas para la prevención de la desnutrición (p. ej., la promoción de la lactancia exclusiva) tienen notorios efectos también en la prevención del sobrepeso.⁷⁴ Al contrario de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad no se concentran en la población beneficiaria del Programa y existe una necesidad para políticas y acciones nacionales concertadas para su prevención y control. Los talleres de autocuidado de *Oportunidades* proporcionan un excelente foro para tratar este tema. En este momento, el tema de la obesidad y las medidas para su prevención está ausentes de los talleres.⁷⁷

Para lograr la erradicación de la desnutrición y el control del peso a lo largo de la vida, el Programa debe incorporar un enfoque integral de nutrición basado en lo siguiente:

- El monitoreo regular del crecimiento (en niños [as] de 0 a 5 años de edad) y peso regular (a partir de los seis años de edad, con una frecuencia acorde con la edad del individuo)
- La consejería guiada, impartida por médicos, enfermeras, auxiliares, promotores de salud y las vocales de nutrición del Programa para la resolución de problemas relacionados con la salud y la nutrición con contenidos repetidos y consistentes entre todos los actores
- La educación efectiva para el cambio de prácticas a través de los talleres de autocuidado de la salud
- La accesibilidad a micronutrientes esenciales (en forma de alimento o suplemento) durante los periodos críticos en los que se ha establecido la dificultad de llenar los requisitos sólo con la dieta, de manera específica el embarazo y de los 6 a 24 meses de edad
- La detección oportuna y suplementación con micronutrientes (sin aporte de energía) para personas con anemia en edades diferentes a las ya mencionados
- La detección oportuna y seguimiento de personas con sobrepeso y obesidad y las comorbilidades adjuntas

En este momento se ha creado un grupo para formalizar estas modificaciones dentro del Programa y lograr su operación dentro del sector salud. La Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (Esian) tomará en consideración la diversidad en la prevalencia y gravedad de los problemas nutricionales dentro de la población beneficiaria con acciones diversas. Se plantea en este momento un estudio piloto para documentar la factibilidad de la implementación de la Esian y se desarrollan las campañas educativas con acciones integrales para lograr los objetivos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitante de esta ronda de la Encel y las anteriores es que no se incluyen ciertas regiones del país, específicamente del norte. Aunque en general la proporción de la población beneficiaria es menor en esta región y la prevalencia de talla baja y otras manifestaciones de desnutrición son más bajas, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor en el norte.⁶⁹ Por otro lado, existen ciertos grupos que viven en pobreza extrema, por lo que en este momento no se dispone de información sobre algunos de los determinantes y sobre la prevalencia de desnutrición, por ejemplo de aquellos que habitan en la Sierra Tarahumara. Esto podría ser relevante para asegurar que las modificaciones propuestas como parte de la Esian respondan también a las condiciones reales en esta población, tanto por los aspectos de desnutrición como por la prevención y control de la obesidad.

Puesto que no es posible atribuir al Programa los cambios de la prevalencia de la mala nutrición en la población con certeza, es también una limitación. Sin embargo, como se comentó ya, se considera que ello no invalida el impacto

documentado previamente del Programa sobre el estado nutricional de la población. Por otro lado, la gran riqueza de información disponible como parte de la Encel y los estudios previos sobre el componente nutricional del Programa permiten hacer recomendaciones muy concretas sobre las modificaciones requeridas para su fortalecimiento.

V. Análisis FODA

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	FUENTE DEL ANÁLISIS
FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES		
FO1	La prevalencia de talla baja es 11 puntos porcentuales menor de lo observado hace 10 años en población beneficiaria de <i>Oportunidades</i> (23.9 vs. 35.0%) con reducciones en todos los estados de la República mexicana (con excepción de Veracruz). La prevalencia de anemia en el 2007 (35.8%) es casi la mitad de lo observado en el Encel 1999 (61.0%)	Encel 1998, 2007
FO2	La prevalencia de emaciación queda dentro de lo esperado en una población sana (<2.5%) en niños menores de dos años de edad en todos los estados y subgrupos	Encel 2007
FO3	La prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres es menor en todos los estados (desde 40.4% en Guerrero a 61.1% en Querétaro) que la prevalencia nacional (casi 70%)	Encel 2007 Referencia 69
DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA1	Persistencia de talla baja en todos los estados, con mayor prevalencia en el sur del país (36.3% en Guerrero), en la población de origen indígena (33.0%), en la población que vive en localidades de marginación alta (20.0%) y muy alta (37.2%), y en hogares más pobres (32.0 vs. 14.1% en los menos pobres)	Encel 2007
DA2	Alta prevalencia de anemia en niños menores de dos años de edad (mayor a 30% en todos los grupos comparados) y en mujeres embarazadas (17.3%)	Encel 2007
DA3	Bajo consumo (consumo inadecuado) de Nutrisano por parte de la población objetivo (niños entre 6 y 24 meses de edad)	Encel 2007
DA4	Prácticas que no favorecen la lactancia y las prácticas de alimentación complementaria de acuerdo a las recomendaciones internacionales (introducción temprana de líquidos y tardía de alimentos ricos en micronutrientes)	Encel 2007
DA5	Alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres (más de 0% en todos los grupos de comparación).	Encel 2007

RECOMENDACIONES

PRIORIDAD	RELACIÓN	RECOMENDACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
R1	DA1-5	<p>Estrategia integral de nutrición con enfoque en la nutrición en las distintas etapas de la vida, iniciando con el embarazo y periodo de lactancia; niño menor de dos años y siguiendo lo más pronto posible con estrategias dirigidas a todos los grupos etarios (niños de edad escolar, y mujeres y hombre adolescentes, adultos, y de tercera edad). Con acciones y mensajes integrales sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El monitoreo del crecimiento en niños (regularmente de 0-5 años de edad) y de la talla y peso para el cálculo del IMC (anualmente) desde los cinco años y a lo largo de la vida • Fuerte promoción de la lactancia materna exclusiva para 6 meses y prolongada hasta los dos años con la implementación oportuna de alimentos complementos apropiados, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.¹ Las acciones deben enfocarse en la resolución de los problemas específicos enfrentados (consejería guiada) y ser implementados por personal con el tiempo, dedicación y capacidad de influir en las decisiones y acciones de las mujeres (ej. vocal/auxiliar/promotora con capacitación específica sobre el tema). Esta campaña debe enfocarse en alimentación desde el nacimiento hasta los dos años de vida. • La consejería guiada ligado al monitoreo del crecimiento y de peso a promoción de la alimentación saludable de acuerdo a la etapa de la vida. Se recomienda que se desarrolle una estrategia de educación sobre la compra en preparación de alimentos saludables que puede aplicar para la preparación de los alimentos en el hogar (dirigida a quien toma decisiones sobre qué preparar y quien prepara los alimentos). Esta campaña complementará la anterior, incluyendo preparación de alimentos para la familia, incluyendo los niños a partir de los dos años de vida • La distribución y promoción apropiada del complemento y con promoción utilizando mercadotecnia social. Cabe mencionar que en informes previos se ha realizado las recomendaciones concretas sobre los tipos de complemento más apropiado para mujeres¹⁷⁵ y a continuación se presentan opciones para niños en zonas rurales • La detección oportuna y suplementación con Sprinkles (niños) o tabletas (adultos) de personas con anemia • La detección oportuna y seguimiento de personas con sobrepeso y obesidad y las co-morbididades asociadas. Aparte de las acciones recomendadas de campañas educativas sobre la alimentación saludable, se debería explorar alternativas para intervenciones al nivel de la localidad (modificación ambiental) al nivel comunidad, unidad de salud, escuela, lugar de trabajo entre otros a favor de la alimentación saludable y la vida activa 	<p>Salud con apoyo estrecho de <i>Oportunidades</i></p> <p>SSA e IMSS-Op</p> <p>SSA e IMSS-Op</p> <p>SSA e IMSS-Op</p> <p><i>Oportunidades</i> y SSA</p> <p>SSA e IMSS-OP</p> <p><i>Oportunidades</i>, SSA, IMSS-OP. Dependiendo de acciones adicionales: SEP, otros</p>
R2	DA3	Cambiar el tipo de complemento entregado para mujeres embarazadas y periodo de lactancia para uno de micronutrientes sin aporte de energía (según resultados del estudio de Eficacia, se recomienda tabletas).	SSA, <i>Oportunidades</i>
R3	DA1-3	<p>Buscar un mecanismo de entrega de complementos que permita mejor focalización a los niños de 6 a 24 meses de edad, reconociendo la repartición intrafamiliar que ocurre con Nutrisano. Opciones incluye</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una dotación de Nutrisano proporcional al número de niños en el hogar • Nutrisano para niños de 6 a 24 meses de edad y leche Liconsa proporcional al número de niños en el hogar • Nutrisano y Sprinkles, con fuertes mensajes para la focalización adecuada de los Sprinkles a niños de 6 a 24 meses de edad (independientemente de si consumen Nutrisano) 	SSA, <i>Oportunidades</i>
R4	DA1	Dar prioridad al fortalecimiento de las actividades del Programa relacionadas con la nutrición y salud (ej. la implementación de la Esian) en las localidades clasificadas con alta y muy alta marginación	SSA, <i>Oportunidades</i>
R5	DA1, DA2, DA4	<p>Análisis adicionales que buscan explorar las asociaciones entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la calidad de los servicios de salud y el estado de nutrición en niños • la morbilidad de los niños y las prácticas de alimentación y el estado de nutrición en niños 	Equipo de investigación de la Encel

VI. Referencias

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos. Declaración de los derechos del niño. Proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386 (XIV), del 20 de noviembre de 1959. Ginebra, Suiza. [Consultado en junio 2008]. Disponible en: http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/25_sp.htm
- Morris SS, Cogill B, Uauy R. Maternal and child undernutrition 5. Effective international action against undernutrition: why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress? *Lancet* 2008;371:608-621.
- Haddad L. Burying nutrition myths and activating choices for our children's development. *African J Food Nutr Sci* 2002;2(1).
- United Nations Development Programme, Millennium Development Goals (MDG's). About the MDG's: basics. Disponible en: <http://undp.org/mdg/> (Consultado en junio 2008).
- United Nations System Standing Committee on Nutrition, Sub-Committee on Nutrition. Fifth report on the world nutrition situation: nutrition for improved development outcomes. Geneva: ACC/SCN, 2004.
- Gabinete de Desarrollo Humano y Social. Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social. Naciones Unidas México. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2006. [Consultado en junio 2008]. Disponible en: <http://www.onu.org.mx/Docs/ODM%202006.pdf>
- Countdown Coverage Writing Group. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of intervention. *Lancet* 2008;371:1247-1258.
- United Nations Children Fund. Countdown to 2015 maternal, newborn and child survival. Tracking progress in maternal, newborn and child survival: The 2008 Report, 2008. [Consultado en junio 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/pmnch/Countdownto2015FINALREPORT-apr7.pdf>
- Singh M. Role of micronutrients for physical growth and mental development. *Indian J Pediatr* 2004;71(1):59-62.
- Schroeder DG, Martorell R, Rivera JA, Ruel MT, Habicht JP. Age differences in the impact of nutritional supplementation on growth. *J Nutr* 1995;(Suppl 4):S1051-S1059.
- Mendez MA, Adair LS. Severity and timing of stunting in the first two years of life affect performance on cognitive tests in later childhood. *J Nutr* 1999;129(8):1555-1562.
- Grantham-McGregor SM, Lira PI, Ashworth A, Morris SS, Assuncao AM. The development of low birth weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. *J Pediatrics* 1998;132:661-666.
- Bergvall N, Cnattingius S. Familial (shared environmental and genetic) factors and the foetal origins of cardiovascular diseases and type 2 diabetes: a review of the literature. *J Intern Med* 2008;Apr 29.
- Godfrey KM, Barker DL. Fetal nutrition and adult disease. *Am J Clin Nutr* 2000;71(Suppl 5):S1344-S1352.
- Pelletier DL, Frongillo EA. Changes in child survival are strongly associated with changes in malnutrition in developing countries. *J Nutr* 2003;133:107-119.
- Pelletier DL, Frongillo EA Jr, Habicht JP. Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. *Am J Pub Health* 1993;83(8):1130-1133.
- Bhan MK, Sommerfelt H, Strand T. Micronutrients deficiency in children. *Br J Nutr* 2001;85(Suppl 2):S199-S203.
- USAID/World Bank/Unicef/UNU/WHO/FAO/MI. Anemia Prevention and Control: What Works. Part 1. International Nutritional Anemia Consultative Group. [Consultado en junio 2008]. Disponible en: <http://inacg.ilsa.org/publications/index.cfm?pubentityid=17>
- Neufeld L, Haas J, Grajeda R, Martorell R. The timing of maternal weight gain during pregnancy and fetal growth. *Am J Hum Biol* 1999;11:627-637.
- Neufeld L, Haas J, Grajeda R, Martorell R. Changes in maternal weight from the first to second trimester are associated with fetal growth and infant length at birth. *Am J Clin Nutr* 2004;79:646-652.
- Li R, Haas J. The timing of the influence of maternal nutritional status during pregnancy on fetal growth. *Am J Hum Biol* 1998;10:529-539.
- Bergmann RL, Bergmann KE, Dudenhausen JW. Undernutrition and growth restriction in pregnancy. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program* 2008;61:103-21.
- Clapp JF, Lopez B. Size at birth, obesity and blood pressure at age five. *Metab Syndr Relat Disorder* 2007;5(2):116-126.
- Barker DJP, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet* 1986;1:1077-1081.
- Frankel S, Elwood P, Sweetnam P, Yarnell J, Davey-Smith G. Birth weight, body mass index in middle age, and incident coronary heart disease. *Lancet* 1996;348:1478-1480.
- Law CM, Shiell AW. Is blood pressure inversely related to birth weight? The strength of evidence from a systematic review of the literature. *J Hypertens* 1996;14:935-941.
- McCance DR, Pettit DJ, Hanson RL, Jacobsson LTH, Knowler WC, Bennett PH. Birth weight and non-insulin dependent diabetes: "thrifty genotype", "thrifty phenotype", or "surviving small baby genotype"? *BMJ* 1994;308:942-945.
- Barker DJP, Martyn CN, Osmond C, Hales CN, Fall CHD. Growth in utero and serum cholesterol concentrations in adult life. *BMJ* 1993;307:1524-1527.
- Victoria CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, *et al*. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008;371:357.
- ACC/SCN. Second Report on the World Nutrition Situation: Global and Regional Results. Geneva: ACC/SCN, 1992.
- Rivera JA, Sotres-Alvarez D, Habicht JP, Shamah T, Villalpando S. Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progres) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study. *JAMA* 2004;291:2563-2570.
- Neufeld LM, Sotres-Alvarez D, Gertler P, Tolentino-Mayo L, Jiménez-Ruiz J, Fernald L, *et al*. Impacto de Oportunidades en el crecimiento y estado nutricional de niños en zonas rurales. En: Hernández B, Hernández-Ávila M (eds). Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo III. Alimentación. México DF: INSP 2005:17-52.
- Secretaría de Desarrollo Social. Programa Oportunidades. Reglas de Operación 2008. [Consultado en julio 2008]. Disponible en: http://www.opportunidades.gob.mx/htmls/reglas_2007.html
- Ruel MT. Operationalizing dietary diversity: a review of measurement issues and research priorities. *J Nutr* 2003;133:S3911-S3926.
- Fernald LC, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash conditional transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet* 2008;8:371(9615):828-837.
- Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr Bull* 2003;24: 5-28.

37. Lutter CK, Rivera JA. Nutritional status of infants and young children and characteristics of their diets. *J Nutr* 2003;133(9):S2941-S2949.
38. Brown KH. Breastfeeding and complementary feeding of children up to 2 years of age. *Issues in Complementary Feeding*. Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program 2007;60:1-13.
39. Allen LH. To what extent can food-based approaches improve micronutrient status? *Asia Pac J Clin Nutr* 2008;17(Suppl 1):103-105.
40. Dewey K. Complementary feeding: what works? A systematic review of the literature. Working Group on Breastfeeding and Complementary Feeding. 2007 Feb 25 and 28; Rome, Italy: Standing Committee on Nutrition 34th Session, 2007.
41. Neufeld LM, Ramakrishnan U. Specific strategies to address micronutrient deficiencies in the young child: targeted fortification. Pettifor JM, Zlotkin S (eds): *Micronutrient deficiencies during the weaning period and the first years of life*. Nestle Nutrition Workshop Series Pediatric Program 2004;54:213-232.
42. Rosado JL, Rivera J, López G, Solano L. Development, production, and quality control of nutritional supplements for a national supplementation program in Mexico. *Food Nutr Bull* 2000;21:30-34.
43. Tan-Torres Edejer T, Aikins M, Black R, Wolfson L, Hutubessy R, Evans DB. Cost effectiveness analysis of strategies for child health in developing countries. *BMJ* 2005;331:1177-1183.
44. Organización Mundial de la Salud. 54a Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS, 2001.
45. Neufeld LM, García-Guerra A, Leroy J, Flores-López ML, Fernández-Gaxiola AC, Rivera-Dommarco J. Impacto del programa Oportunidades en nutrición y alimentación en zonas urbanas de México. En: Hernández-Prado B, Hernández-Ávila M (eds). *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2006*. Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública: 2006.
46. Latham MC. *Human nutrition in the developing world*. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1997.
47. Behrman JR, Petra ET. *Randomness in the Experimental Samples of PROGRESA (Education, Health and Nutrition Program)*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania, Research Report for IFPRI, mimeo, 1999.
48. Lohman T, Roche A, Martorell R. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1988.
49. Cohen JH, Haas JD. Hemoglobin correction factors for estimating the prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women residing at high altitudes in Bolivia. *Rev Panam Salud Publica* 1999; 6(6):392-399.
50. UNICEF/UNU/WHO/MI. Preventing iron deficiency in women and children: technical consensus on key issues. Technical Workshop 1998 October 7-9. Boston, Ottawa: International Nutrition Foundation and MI, 1999.
51. World Health Organization. *WHO Child Growth Standards. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development*. Geneva: WHO, 2006.
52. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra: OMS, 1995.
53. Gonzalez W, Jimenez A, Madrigal G, Muñoz LM, Frongillo EA. Development and validation of measure of household food insecurity in urban Costa Rica confirms proposed generic questionnaire. *J Nutr* 2008;138:587-592.
54. Frongillo EA, Nanama S, Wolfe WS. Technical guide to developing a direct, experienced-based measurement tool for household food insecurity. Washington DC: Food and Nutrition Technical Assistance, Academy for Educational Development, 2004.
55. Frongillo EA. Validation of measures of food insecurity and hunger. *J Nutr* 1999;129:506S-509S.
56. Hoddinott J, Skoufias E, Washburn R. *The impact of Progresá on consumption: a final report*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2000.
57. Attanasio OP, Maro DV. Efectos de mediano plazo del Programa Oportunidades sobre el consumo en áreas rurales. En: Hernández B, Hernández-Ávila M (eds). *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo IV, Aspectos económicos y sociales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005:19-52.
58. Angelucci M, Atanasio OP, Shaw J. El efecto de Oportunidades sobre el nivel y la composición del consumo en áreas urbanas. En: Hernández B, Hernández-Ávila M (eds). *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo IV, Aspectos económicos y sociales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005:55-101.
59. Jonson ED. *Métodos multivariados aplicados al análisis de datos*. México: International Thomson Editores, 2000.
60. CONAPO. *Índice de Marginación por Localidad 2005: Anexo C, Metodología de estimación del índice de marginación a nivel localidad 2005*. México, DF: Consejo Nacional de Población, 2007.
61. Kolenikov S, Angeles G. The use of discrete data in PCA: theory, simulations, and applications to socioeconomic indices. Working paper WP-04-85, MEASURE/Evaluation project. Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill, 2004.
62. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics. USA: John Wiley & Sons, 1989.
63. Murray MD. *Design and analysis of group-randomized trials*. New York: Oxford University Press, 1998.
64. Montgomery DC, Johnson LA, Gardiner JS. *Forecasting & Time Series Analysis*. 2nd ed. Singapore: McGraw-Hill, Inc. 1990:381.
65. Behrman JR, Hoddinott J. Evaluación del impacto de Progresá en la talla del niño en edad preescolar. En: *Más Oportunidades para las familias pobres. Evaluación de resultados del Programa Educación, Salud y Alimentación*. Alimentación 2000. México: IFPRI, 2000.
66. Shamah T, et al. Componente de Oportunidades de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005 (ENSANUT-2005). Informe Técnico entregado a la Coordinación Nacional del Programa Oportunidades. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
67. De Onis M, Onyango DW, Borghi E, Garza C, Yang H, for the WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Centre for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programs. *Public Health Nutr* 2006;9(7):942-947.
68. Sternin J, Choo R. The power of positive deviancy. An effort to reduce malnutrition in Vietnam orders an important lesson about managing change. *Harv Bus Rev* 2000; 78:14-15.
69. Oláiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
70. Bonvecchio A, Pelto GH, Escalante E, Monterrubio E, Habitch JP, Nava F, et al. Maternal knowledge and use of a micronutrient supplement was improved with a pragmatically feasible intervention in Mexico. *J Nutr* 2007;137(2):440-446.

71. United Nations Children's Fund. The State of the World Children 1998. Nutrition. New York: Oxford University Press, 1998.
72. World Health Organization (WHO). Guiding principles for complementary feeding of the breastfeed child. Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition.
73. Neufeld LM, Sotres-Alvarez D, Flores-López M, Tolentino-Mayo L, Jiménez-Ruiz J, Rivera Dommarco J. Estudio sobre el consumo de los suplementos alimenticios Nutrisano y Nutrivida en niños y mujeres de zonas urbanas beneficiarios de Oportunidades. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Tomo III. Alimentación. México DF: INSP, 2005:119-147.
74. Neufeld LM, *et al.* Versión final del informe sobre el impacto de la suplementación en crecimiento, desarrollo y estado de micronutrientes. Informe técnico del estudio Eficacia de tres suplementos nutricionales para mejorar el crecimiento y desarrollo en niños menores de 2 años y el estado de nutrición de mujeres embarazadas (Eficacia). Entregado a Oportunidades, Diciembre 2007.
75. Li R, Fein R, Grummer-Strawn LM. Association of breastfeeding intensity and bottle-emptying behaviors at early infancy with infant's risk for excess weight at late infancy. *Pediatrics* 2008;122(Supple 2):S77-S84.
77. Neufeld LM, Pelletier J, Domínguez R, Mejía F. Estudio de determinantes de sobrepeso y obesidad en mujeres y niños de zonas urbanas de México. Informe técnico entregado a Oportunidades, 24 noviembre 2006.

A diez años de intervención
Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008
en zonas rurales (1997-2007)

Tomo II El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición

Se terminó de imprimir en noviembre de 2008
por Dendrita Publicidad, S.A de C.V.
La edición consta de 1 000 ejemplares y estuvo al cuidado de la
Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública

