



COMISION NACIONAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
MEXICO



CIESAS



EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES INDÍGENAS EN MÉXICO,

*análisis nacional y de casos desde una
perspectiva de Derechos Humanos*

Responsable Institucional: Director General CIESAS Agustín Escobar Latapí

Directora de Vinculación: Lorea Mendoza Fernández

Coordinadora del proyecto: María Graciela Freyermuth Enciso

Fotografías de portada: Juan Carlos Martínez Pérez y Simón Chambers de la Iglesia Anglicana PWRDF

**El derecho a la protección de la salud en las mujeres
indígenas en México. Análisis nacional y de casos desde
una perspectiva de Derechos Humanos**

Índice

Presentación	I
---------------------------	----------

Parte I

Capítulo 1

Salud y Derechos Humanos, un enfoque conceptual

<i>Graciela Freyermuth (CIESAS-Sureste)</i>	1
---	----------

Capítulo 2

Mortalidad en poblaciones indígenas desde los determinantes sociales y violencia estructural

<i>Graciela Freyermuth (CIESAS-Sureste)</i>	23
---	-----------

Capítulo 3

Cobertura, disponibilidad de recursos y acceso a servicios de la atención a la salud de mujeres en tres regiones indígenas: Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar

<i>Sergio Meneses Navarro (CIESAS-Sureste/Conacyt), Blanca Pelcastre Villafuerte (INSP), Marisol Vega Macedo (ASAN)</i>	51
---	-----------

Parte II

Capítulo 4

La mortalidad materna de las mujeres indígenas de México. Un análisis desde el enfoque de los derechos humanos

<i>Graciela Freyermuth e Hilda Argüello</i>	81
---	-----------

Capítulo 5

La diabetes en mujeres indígenas de Yucatán en edad reproductiva.

Observaciones a favor de su salud

<i>Aracelly María Pereira Patrón</i>	111
--	------------

Capítulo 6	
El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los Derechos Humanos: La voz de mujeres indígenas migrantes en Chiapas	
<i>Enrique Eroza Solana, Mónica Carrasco Gómez, María Graciela Freyermuth Enciso</i>	
<i>Freyermuth Enciso</i>	139
Capítulo 7	
Del favor al derecho: condiciones de posibilidad para el acceso a la atención de la salud de trabajadoras agrícolas en el Noroeste de México	
<i>Ma. del Carmen Arellano G., Ma. del Carmen Castro V. y Patricia Aranda G.</i>	
<i>Aranda G.</i>	175
Anexo 1	203
Bibliografía	227
Autores	247
Siglas y acrónimos	250
Figuras	254
Tablas	255
Mapas	259
Tablas de anexos	260

Presentación

El documento que se presenta a continuación tiene como propósito ofrecer un panorama actual de la situación del derecho a la salud de las mujeres indígenas mexicanas. Su objetivo es dar cuenta de las condiciones de salud de la población indígena en el ámbito nacional y en algunas entidades federativas que cuentan con un porcentaje importante de esta población, utilizando como referente analítico el marco de los derechos humanos. El libro está organizado en dos partes, en la primera se ofrece un panorama de las políticas de salud en el país y se presentan dos estudios cuantitativos; en la segunda parte se exponen cuatro estudios cualitativos de investigadores e investigadoras expertos en el tema.

En el primer capítulo Freyermuth ofrece un breve recorrido a través de las demandas del movimiento feminista y de las mujeres indígenas organizadas a favor del cumplimiento de sus derechos en materia de salud, así como de las políticas públicas implementadas en el ámbito nacional e internacional como respuestas a dichas demandas.

La instantánea proporcionada por los datos cuantitativos permite conocer qué ocurre con la población indígena en materia de rezago educativo, condiciones de su vivienda y la oportunidad de afiliación a un seguro médico. Es así que en el segundo y tercer capítulos encontramos un panorama cuantitativo de la salud de la población indígena. El segundo capítulo, elaborado también por Freyermuth, se centra en las condiciones de vida que de manera estructural modelan la salud, así como las formas de enfermar y morir de las personas. En este sentido, además de describir los perfiles de mortalidad diferenciales entre hombres y mujeres indígenas, resalta el contraste en los riesgos de esta población con la de los municipios con una proporción menor de hablantes de lengua indígena, evidenciando las brechas en oportunidades de vida que persisten entre ellas.

A pesar de que la población indígena se encuentra dispersa en el país, se han identificado 25 regiones que congregan a municipios con población mayoritariamente indígena; a través de su análisis se puede identificar la forma de vivir y morir en los pueblos originarios de México. En el tercer capítulo, Meneses, Pelcastre y Vega muestran un panorama del nivel de cumplimiento del derecho a la salud en tres de estas regiones que

se caracterizan por sus persistentes condiciones desfavorables de vida, reconocibles a través de los indicadores de esperanza de vida al nacer y mortalidad materna e infantil. Así, a través del análisis de la cobertura, disponibilidad de recursos y acceso a servicios de atención a la salud para las mujeres en la Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar se da cuenta de las circunstancias en que ellas nacen, crecen, se reproducen y mueren.

Los estudios cualitativos, por su parte, ofrecen un acercamiento a los procesos por los que atraviesa la población indígena ante el infortunio de la enfermedad. Por ello, en la segunda parte, se seleccionaron cuatro estudios de caso elaborados por investigadores e investigadoras con amplia experiencia en cada uno de los temas en los que, mediante las narrativas de las propias mujeres o de familiares, se identificaron los retos que deben vencer para sobrevivir.

El capítulo cuatro muestra las dificultades de acceso, disponibilidad y aceptabilidad de servicios de salud para las mujeres indígenas de Chiapas y Oaxaca que fallecieron por causas maternas. En este capítulo, Freyermuth y Argüello dan cuenta de las políticas que se impulsaron al menos desde la década de los noventa para avanzar en la disminución de la mortalidad materna en México, mostrando los rezagos que persisten en Oaxaca y Chiapas a través de un análisis cuantitativo y develando las trayectorias seguidas por cinco mujeres indígenas fallecidas durante la maternidad.

La primera causa de muerte de mujeres en edad reproductiva en México es la diabetes, el riesgo de morir por esta enfermedad es del doble si comparamos su tasa con la de la cirrosis hepática, segunda causa en importancia. En vista de que 75 000 personas fallecen y aparecen 400 000 casos nuevos al año en México, el capítulo cinco es un estudio de mujeres indígenas yucatecas en edad reproductiva que da cuenta de la atención que reciben, sus fortalezas y oportunidades, presentando dos casos específicos que ilustran la complejidad de la diabetes a través la experiencia de sus protagonistas.

En el capítulo seis, Eroza, Carrasco y Freyermuth presentan las implicaciones que el cambio de paradigma en la causalidad del cáncer cervicouterino ha tenido en la vida de las mujeres indígenas. A través de las narrativas de dos mujeres indígenas migrantes

universitarias chiapanecas, portadoras del virus del papiloma humano, así como de dos mujeres con cáncer cervicouterino en fase terminal (una de ellas falleció después de la elaboración del estudio), se analizan las tribulaciones de las portadoras de una enfermedad de origen infeccioso y de transmisión sexual, cuyo estigma puede obstaculizar la búsqueda de atención oportuna. Los casos de cáncer cervicouterino de dos mujeres analfabetas muestran el infortunio y las dificultades que han atravesado para tener acceso a los servicios de salud en un sistema de cobertura no universal, basado en la afiliación.

Por último, el capítulo siete es un estudio sobre las reformas laborales y el limitado acceso de las jornaleras agrícolas, migrantes e indígenas, a la seguridad social. Arellano, Castro y Aranda muestran el deterioro de los derechos que están sufriendo estas trabajadoras, antes reconocidas como jornaleras y con derecho a los servicios de seguridad social, que se han convertido en trabajadoras informales. Las narrativas de las propias jornaleras revelan las dificultades cotidianas que viven estas mujeres para ser consideradas sujetos de derechos.



Foto: Gabriela Torres Freyermuth





Capítulo

Salud y Derechos Humanos, un
enfoque conceptual

Graciela Freyermuth (CIESAS-Sureste)

Presentación

En México persisten numerosas desigualdades entre mujeres y hombres que se manifiestan en brechas en las condiciones de vida, la sobrevivencia a enfermedades prevenibles, así como en el acceso diferenciado a servicios básicos de educación, salud e infraestructura. Los derechos humanos proveen un enfoque poderoso de intervención en salud, en la medida en que apelan a los valores de justicia social y equidad. Este enfoque cobra aun mayor relevancia si consideramos que los gobiernos tienen la obligación de proteger a las mujeres de muertes tempranas y evitables,¹ particularmente de las maternas, abusos sexuales, embarazos no deseados, y condiciones laborales peligrosas tanto para las madres como para los nonatos.

El marco de los derechos humanos en la salud no es algo nuevo. La Declaración Universal de los Derechos Humanos data de mediados del siglo XX y en ella se encuentran ya consagrados los derechos a la salud, a la integridad de la persona, a la no discriminación y al trato digno, por demás pertinentes en la atención de la salud de las mujeres indígenas. El acta de constitución de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) señala que el organismo promoverá "el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades".²

La Conferencia Mundial de Población de Bucarest de 1974 (De Cosío, 1990) transformó radicalmente la política de población ya que en ella se estableció que la planificación de la familia es un derecho fundamental de todas las parejas e individuos, derecho que fue reconocido por primera vez en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos de Teherán de 1968. En México, en 1974, se modificó el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y se le adicionó lo siguiente: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el

¹ Se considera una muerte evitable a aquella que, dada la tecnología médica existente y el avance de la ciencia, no debía suceder o podía ser prevenida. Se ha conformado una lista de 48 causas que potencialmente podrían ser evitables. En las muertes evitables en exceso, la evitabilidad se considera a partir de la identificación del mejor estándar alcanzado en el país (Franco-Marina *et al.*, 2006).

² El documento puede consultarse en <http://www.un.org/es/sections/un-charter/chapter-ix/>

número y el espaciamiento de sus hijos”. En las décadas de los setenta y ochenta las políticas públicas de la salud dirigidas a la mujer giraron en torno a los programas de planificación familiar. En este contexto, las organizaciones del movimiento de mujeres por la salud, promovieron una agenda muy clara para la incidencia política y de los cursos de acción del sector salud (Jurado, 2002).³ Las demandas aludían a la legalización del aborto, servicios de salud adecuados durante la interrupción del embarazo, promoción de mayor acceso de las mujeres a la educación sexual y a los métodos anticonceptivos, así como al mejoramiento de la calidad de los servicios de atención a la salud a fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad maternas.

Desde la década de los setenta se cuestionó la definición de políticas de salud sin la participación de las mujeres y se propuso la búsqueda de mecanismos para que pudieran incidir en éstas, con el fin de que los programas de salud dirigidos a mujeres fueran de y para ellas. Esta agenda se vio reflejada en la Primera Conferencia Mundial de la Mujer en la que se declaró a 1975 como el Año Internacional de la Mujer.

El derecho a decidir cuántos hijos tener y su espaciamiento llevó, como en otros temas de población, a tensiones entre el objetivo de la política pública, el control natal y las necesidades de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, en qué momento tener a sus hijos y poder interrumpir el embarazo. Estas tensiones fueron el marco del debate en la década de los noventa y de la irrupción de manera fundamental de las mujeres y feministas en la arena de la definición de una agenda internacional sobre este tema.

Los movimientos de mujeres y feministas tuvieron una gran participación en las reuniones preparatorias de las conferencias celebradas en El Cairo y Beijing, así como en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de 1994 y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995. En ellas se colocó nuevamente el foco de atención en los derechos, se cambió el paradigma de la planificación familiar por un enfoque amplio de derechos sexuales y reproductivos en el que se incluyeron el ejercicio de una sexualidad libre e informada, de embarazos y partos seguros, así como el derecho al

³ Las políticas públicas son los cursos de acción que toman los decisores estatales para "atender" un asunto considerado público (Jurado, 2002).

acceso a servicios de salud de buena calidad. Es en este entorno que se fortalece el movimiento feminista en México, conformado por activistas que han promovido los derechos sexuales y reproductivos, particularmente la despenalización del aborto y recientemente las acciones de exigibilidad y justiciabilidad.

La Cumbre del Milenio del 2000 puso de manifiesto la necesidad de mejorar el acceso a la salud como un asunto prioritario. México, con otros 188 Estados miembros de la ONU, asumió compromisos para erradicar las condiciones asociadas a la desigualdad social y la pobreza extrema de la población, a partir de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Desde la Cumbre del Desarrollo del Milenio los derechos humanos han estado en el centro de este debate, particularmente en los casos de mortalidad materna y de muertes por enfermedades del rezago, ambas reconocidas como un problema de derechos humanos.

La Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) elaboró un marco para la exigibilidad que considera a la mortalidad materna (MM) como una violación a los derechos humanos y señala como obligaciones de los Estados respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación –particularmente el derecho a la integridad personal– a fin de contribuir a superar las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna, entendida como la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el puerperio, asegurando que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas, gocen de un acceso efectivo a estos servicios (CIDH, 2010). El derecho a la integridad personal se relaciona con principios básicos de derechos humanos, como la igualdad, privacidad, autonomía y dignidad (CIDH, 2010); elementos que son fundamentales para asegurar la calidad de la atención en cualquier demanda de servicios de salud.

Reivindicaciones desde las mujeres indígenas

Si los movimientos feministas se han centrado en los derechos sexuales y reproductivos, así como en los laborales y políticos (Tuñón Pablos, 1997), el movimiento de mujeres indígenas es más heterogéneo en cuanto a sus reivindicaciones y composición: participan mujeres organizadas en redes, líderes del movimiento indígena, de proyectos

gubernamentales, de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) o vinculadas a agencias internacionales (FIMI, 2006; Espinosa, 2009). Esta heterogeneidad puede reconocerse no solo en la procedencia de sus integrantes, sino también en sus puntos de vista respecto a los problemas que identifican como prioritarios, situación que está muy relacionada por las tensiones entre los derechos colectivos de los pueblos indígenas y los derechos individuales de las mujeres.

Algunas posiciones colocan sus demandas como parte del movimiento reivindicativo de los pueblos originarios, es decir, no representando solamente sus intereses particulares, sino proponiendo una plataforma de acción conjunta entre hombres y mujeres, construyendo un discurso íntimamente relacionado con los intereses colectivos. Desde 1992 las demandas de los pueblos indígenas giran en torno a la educación, salud, tierra y territorio⁴ en un marco de respeto a sus derechos como ciudadanos y como pueblos.

Asimismo han reclamado la propiedad intelectual en los diseños de artesanía y textiles; el reconocimiento e implementación de los derechos de los pueblos indígenas; la aprobación de leyes nacionales que combatan el racismo y la discriminación; el reconocimiento y respeto a los saberes propios, cosmovisiones, lugares sagrados y espiritualidad; la inclusión del enfoque de género e interculturalidad; que se garantice el derecho a una atención de salud de calidad desde la cosmovisión indígena; la transformación del modelo de desarrollo económico que atenta contra la supervivencia de los pueblos indígenas, sus territorios, recursos y posibilidad de garantizar la soberanía alimentaria.

Las reivindicaciones que atañen específicamente a las mujeres son la participación política en todos los ámbitos de decisión –desde lo local hasta lo internacional–, espacios de defensoría de las mujeres indígenas que combatan el racismo, inclusión del enfoque de

⁴ De acuerdo con el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), el término territorio se refiere a un área geográfica que se encuentra bajo la influencia cultural y el control político de unos pueblos, mientras que el término tierra se refiere a la porción dentro de ese espacio que es apropiable por un individuo o persona jurídica. El primero es un derecho colectivo de los pueblos que crea la posibilidad de ejercer control y autoridad tanto sobre el conjunto de los recursos como sobre los procesos sociales que allí se dan; el segundo es un derecho individual de las personas que crea la posibilidad de aprovechar productivamente el suelo sin interferencia de otras personas (De la Cruz, 1997).

género e interculturalidad, garantía del derecho a una atención de la salud de calidad desde la cosmovisión de las mujeres indígenas (Berrío, 2013) y una vida libre de violencia.

Otra posición en el espectro del movimiento feminista indígena es la que plantea el debate de los problemas con una fuerte crítica de lo que ocurre al interior de sus propios pueblos. Ello tiene implicaciones de tipo organizacional con particularidades en las estrategias políticas, pueden encontrarse a quienes militan en grupos mixtos demandando la complementariedad con los hombres y la negociación para su participación, mientras que otras han señalado las dificultades –pese a su condición de indígenas– para la militancia en los grupos mixtos y reivindican tanto el trabajo feminista como la alianza con el movimiento de mujeres (Freyermuth, 2009).

Algunos elementos adicionales de debate al interior del movimiento son sus posiciones frente al mundo no indígena, reconociendo la necesidad de mantenerlo como aliado o excluido (ECMI, 2015), o su relación con el mundo global y las alianzas con entidades internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos o el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), pues algunas conciben a estos organismos como aliados y otras los perciben como instancias que sólo retardan la impartición de justicia y que responden a los intereses nacionales (Freyermuth, 2009).

También se reconoce la tensión que generan las diversas posiciones de las mujeres indígenas frente al discurso de los derechos humanos. Algunas organizaciones han elevado críticas a la aplicación de estos principios como defensa frente a la violencia ejercida contra ellas, ya que consideran que son políticas que, aunque se declaran como universales, en realidad son utilizadas de manera selectiva y discrecional.

De acuerdo con el Foro Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI), los gobiernos a nivel mundial continúan perpetrando, perdonando y tolerando la violencia contra la mujer indígena, lo cual puede implicar la práctica de los denominados “pactos patriarcales”, es decir, las negociaciones con el poder masculino en los pueblos y comunidades indígenas. El FIMI también resalta la necesidad de establecer un puente entre derechos colectivos e individuales, señalando que “no promueve[n] reemplazar los derechos individuales por los

colectivos”. Por el contrario, el FIMI considera que la protección de los derechos individuales es esencial para disfrutar de todos los derechos humanos y defender el derecho de las mujeres a una vida sin violencia (FIMI, 2006).

El ambiente global de movilizaciones masivas, militarización, desplazamientos, tráfico de personas y pobreza pone la salud de las mujeres latinoamericanas en un estado de vulnerabilidad y en una grave propensión a la adquisición de infecciones de transmisión sexual y de cáncer cervicouterino, así como a niveles mayores de mortalidad materna (Sánchez-Pérez, *et al.*, 2006). En este contexto, el FIMI explicita la necesidad de visibilizar los problemas de salud de las mujeres indígenas, ya que se han identificado pocas investigaciones y limitadas formas de registro, lo que impide siquiera hacer un balance de sus problemas más urgentes en este ámbito (FIMI, 2006).

Por ello, en sus propuestas, algunos de los puntos que adquieren relevancia son, precisamente, este registro y la visibilización de las mujeres indígenas y sus problemas, incluyendo también formas novedosas que pueden ser adoptadas por los gobiernos para considerar a esta población dentro del marco social global. Prácticas prometedoras en este sentido son el respeto a la libre determinación; el consentimiento previo e informado en procedimientos y tratamientos médicos; la incorporación de los pueblos y comunidades indígenas –y podría agregarse de las mujeres indígenas– en la definición de indicadores, su recolección y análisis; que los instrumentos sean realizados o aplicados en lenguas indígenas; que el análisis dé cuenta de la diversidad y el perfil sociodemográficos de los distintos pueblos –también podría agregarse de las distintas condiciones que tienen las mujeres indígenas– y asegurar que esta recolección de datos sirva como un instrumento de empoderamiento de los pueblos.

En México, la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas de México (CONAMI) tiene una larga trayectoria en la lucha por los derechos de las mujeres y de los pueblos indígenas. Desde 1997 esta organización de mujeres indígenas de todo el país ha construido una red de organizaciones de mujeres comprometidas con el desarrollo y la lucha por la libre determinación de sus pueblos. En el 2013,⁵ la CONAMI presentó su Agenda Política

⁵ Véase <http://conamimexico.blogspot.mx/2013/03/presentan-agenda-politica-de-las.html>.

de las Mujeres Indígenas de México como resultado de la reunión que realizaron en Pátzcuaro, Michoacán, en la que incluyeron cinco ejes: Derechos culturales, Derecho al territorio y recursos naturales, Derechos políticos y consulta libre, Derechos económicos y sociales, y Salud sexual y reproductiva.

En esta reunión se puntualizó que la salud es un problema social y que las mujeres indígenas sufren este problema de manera más aguda que las no indígenas ya que en muchas ocasiones son víctimas de negligencia médica. En ese tenor, se afirmó que la apuesta es retomar el concepto de salud comunitaria, es decir, los conocimientos médicos que vienen desde las abuelas y los médicos indígenas, así como trabajar la prevención y atención de enfermedades a través de la herbolaria.

Salud y pueblos indígenas en el marco internacional

Las agencias internacionales han ubicado la relación entre salud y enfermedad de la población indígena en el marco de las precarias condiciones de vida que afectan a la mayoría de ellas, así como en relación con el reto que representa la atención de sus necesidades en un contexto pluricultural, multiétnico y plurilingüe (OPS, 1998).⁶ Si bien es cierto que a lo largo del tiempo la población indígena ha desarrollado sus propios medios de atención a través de la llamada medicina tradicional, ésta ha permanecido prácticamente al margen de las prácticas oficiales

Uno de los antecedentes internacionales en el reconocimiento de la medicina tradicional y su integración a los sistemas oficiales de salud es la Declaración de Alma-Ata, emitida en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978) llamada “Salud para todos en el año 2000”. En ésta se proponía llevar a toda la población al final del siglo XX “a un nivel de salud que permita una vida social y económicamente productiva” (Alma Ata, 1978: 1). Se planteaba reconocer el derecho de los pueblos a la salud y el papel del Estado como responsable del cumplimiento de ese derecho. El documento apelaba a la voluntad política y a los esfuerzos coordinados del sector salud, así como a las actividades pertinentes de otros ámbitos del desarrollo social y

⁶ En el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrada del 9 al 11 de septiembre de 1998.

económico. La estrategia se centraba en la extensión de la cobertura de los servicios y en la atención primaria de salud.

Según la propia Declaración, el personal involucrado en esta estrategia podría incluir a "las personas que practican la medicina tradicional" en la medida en que sus servicios fueran necesarios para atender las necesidades expresas de salud de la comunidad, aunque con el adiestramiento técnico debido. Esta estrategia de atención propuesta por los organismos internacionales de salud incluía asesoría técnica y recursos financieros para su desarrollo.

Bajo la consigna de recuperar al curandero y a la partera como amigos del médico, se recomendó a los Estados miembros la movilización y capacitación sistemática de los recursos humanos de las medicinas tradicionales (curanderos, parteras, chamanes, hueseros, y aquellos llamados "tradi-practicantes" por la Organización Mundial de la Salud, OMS) para desarrollar formas adecuadas de integración. Esta iniciativa partía de dos supuestos: que gran parte de la población mundial mantenía las prácticas ancestrales y que las poblaciones indígenas carecían de acceso a los servicios y medicamentos de la medicina occidental.

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas OPS/OMS

En 1992, en el marco del aniversario de los 500 años de llegada de los europeos al continente americano, los Estados miembros de OPS propusieron iniciar un proceso consultivo para establecer los lineamientos para el trabajo en salud con los pueblos indígenas (OPS/OMS, 1999). En 1993 se llevó a cabo el Primer Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas en Winnipeg, Canadá, con la asistencia de 68 participantes pertenecientes a 18 países de la región que representaban a las organizaciones, pueblos y naciones indígenas de las Américas, a los gobiernos, organismos internacionales, centros académicos y organismos no gubernamentales (OPS/OMS, 1999).

Las recomendaciones de este taller se agruparon en una propuesta –la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas– y se identificaron los cinco principios que rigen el trabajo de la organización y sus Estados miembros con estos pueblos: Necesidad de un enfoque

integral de la salud, Derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas, Respeto y revitalización de las culturas indígenas, Reciprocidad en las relaciones entre los actores involucrados en los proceso, y Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas a través de sus representantes (OPS/OMS, 1999).

Los debates que se dieron en este taller contribuyeron al surgimiento del concepto de salud intercultural. Se planteó la promoción y puesta en marcha de modelos interculturales de salud, así como la organización de los servicios de tal forma que permitieran “que la cosmovisión de los pueblos y comunidades involucrados, en lugar de constituir una barrera, se constituy[er]an en el espacio idóneo para reducir las contradicciones entre lo que hacen en sus comunidades y lo que encuentran en las unidades de salud [hospitales, puestos, centros de salud]” (Cunningham, 2002: 17).

La importante presencia de la medicina tradicional en países pobres llevó a la OMS a elaborar la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005. Ésta se constituyó en un instrumento de apoyo a las estrategias de salud intercultural, proponiendo el uso de la medicina tradicional, así como de las medicinas llamadas *complementarias o alternativas* (OMS, 2002).

La estrategia comprendía cuatro objetivos principales: (a) integrar los aspectos pertinentes de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de atención de salud, formulando políticas nacionales sobre medicina tradicional y programas de aplicación; (b) fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la práctica de la medicina tradicional facilitando orientación sobre los patrones de reglamentación y de garantía de calidad; (c) incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la medicina tradicional según sea apropiado; y (d) promover el uso racional de la medicina tradicional por parte de los proveedores y los consumidores (OMS, 2002).

Este programa tuvo continuidad en el Plan de Acción 2005–2007 (OPS/OMS, *circa* 2005), que específicamente se promovió en América Latina. Este plan se basó en los contenidos y propuestas del Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas 2005-2015 y pretendió incorporar la perspectiva indígena en los ODM y políticas de salud; fortalecer la atención primaria de salud e interculturalidad; incluir alianzas estratégicas,

fortalecimiento de la capacidad técnica de los países y liderazgo indígena; e incorporar información y gestión del conocimiento.

El Plan de acción 2005-2015 tenía como meta y propósito lo siguiente:

...contribuir al logro de la equidad en las Américas en un contexto de reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de los pueblos y como propósito el fortalecimiento de la capacidad local, nacional, subregional, y regional para impulsar el desarrollo de la salud de los pueblos indígenas de la Región de una manera integrada, coordinada y con calidad en el marco de la interculturalidad y el desarrollo humano (OPS, 2004: 5).

Este plan tenía cuatro ejes de trabajo: Abogacía, desarrollo de la capacidad técnica y coordinación; Desarrollo de políticas y focalización para el logro de los ODM; Información y gestión del conocimiento; y Atención Primaria de la Salud e Interculturalidad (OPS, 2004: 5). En 2013 se publicó la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 que tenía dos objetivos principales:

...prestar apoyo a los Estados Miembros para que aprovechen la posible contribución de la MTC [Medicina Tradicional Complementaria] a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas, y promover la utilización segura y eficaz de la MTC mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales. Esos objetivos se alcanzarán por medio del establecimiento de tres objetivos estratégicos, a saber: 1) desarrollo de una base de conocimientos y formulación de políticas nacionales; 2) fortalecimiento de la seguridad, la calidad y la eficacia mediante la reglamentación; y 3) fomento de la cobertura sanitaria universal por medio de la integración de servicios de MTC y la auto atención de salud en los sistemas nacionales de salud (OMS, 2013:8).

La declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

Otra declaración que ha fortalecido a la llamada medicina tradicional es la declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007, resolución aprobada por la Asamblea General y suscrita por México que señala lo siguiente en su Artículo 24:

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo (ONU, 2008: 10).

El Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes

No puede soslayarse la importancia del Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989). Este es el primer instrumento jurídico internacional que reconoce la existencia de los pueblos indígenas y regula sus derechos – individuales y colectivos– con un enfoque global, incluyendo sus derechos políticos y territoriales. Su importancia radica en que la Carta de Naciones Unidas y la Declaración Universal de Derechos Humanos pusieron énfasis en los derechos individuales de las personas y no en los derechos colectivos de los pueblos.

El convenio, que México ratificó en septiembre de 1990 (CDI, 2003), establece en la Parte V sobre Seguridad Social y Salud, en los artículos 24 y 25, para los Estados signatarios lo siguiente:

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales económicas y culturales que se tomen en el país (OIT, 1969: 8-9, citado en CDI, 2003).

En síntesis, puede señalarse que una de las demandas de los pueblos y comunidades indígenas y particularmente de las mujeres indígenas ha sido la instauración de servicios de salud culturalmente competentes; por ello, el enfoque intercultural se ha presentado como una estrategia que puede asegurar una prestación de servicios adecuada. Desde esta perspectiva, la interculturalidad va más allá de la relación entre personas o grupos sociales

de diversas culturas, pues reivindica el derecho a la participación sistemática (OPS/OMS, 1993),⁷ el derecho al respeto de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas y de género, establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa.

Los principios de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas se centran en la necesidad de un enfoque integral de la salud, el derecho a la autodeterminación, el respeto y revitalización de las culturas indígenas, la reciprocidad en las relaciones y el derecho a la participación sistemática (Sánchez-Pérez, *et al.*, 2006). También se pueden identificar otras políticas por parte de la OMS que parten del reconocimiento de las medicinas tradicionales y/o complementarias como un recurso que puede mejorar la atención primaria de salud, como se concibió desde Alma-Ata en 1978. Estas iniciativas de fortalecimiento de la medicina tradicional están dirigidas a los gobiernos y se centran en documentar y evaluar las prácticas tradicionales o complementarias de salud a fin de que puedan integrarse como parte del sistema. Es por ello que estos planes tienen una perspectiva más vertical de incidencia en política pública y en la normalización de estas prácticas. Se ha considerado que la mejora en la prestación de servicios y de las condiciones de salud de los pueblos y comunidades indígenas sería una consecuencia del cumplimiento, por parte de cada país, de los ODM.

Salud y pueblos indígenas en el caso mexicano

El Instituto Nacional Indigenista

La política social posrevolucionaria promovió un indigenismo integrativo que se dirigió sobre todo a procurar la inclusión de los pueblos indígenas en el desarrollo y a homogeneizar a la población mexicana (Oehmichen, 1999). Esta política indigenista, implementada por más de dos décadas, se instrumentalizó a través del Instituto Nacional Indigenista (INI), entidad fundamental para la vinculación del Estado con los pueblos y comunidades indígenas, particularmente con sus estructuras organizativas. El INI, en la

⁷ Principios identificados en 1993 en el I Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas, en Winnipeg, Canadá.

década de los sesenta, promovió un programa más amplio que pretendía el desarrollo integral de los pueblos étnicos.

En el ámbito de salud, el INI se encaminó a la promoción de la medicina occidental, así como a la capacitación y formación de jóvenes de las comunidades indígenas en el conocimiento del fenómeno salud-enfermedad desde la perspectiva de la biomedicina; puso en marcha un programa de medicina intercultural cuya función específica fue introducir los conceptos racionales y comprensivos de la medicina moderna en la cultura de la comunidad (Aguirre, 1986).

En la década de los setenta se promovió la actividad sectorial y a través del INI se instrumentó la promoción de la salud, así como la instalación de clínicas. Mediante los programas de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), el INI, dada su vinculación con líderes locales y a través de esta estructura, inició la presencia del Estado en muchas comunidades indígenas. Además se abrieron otras perspectivas del trabajo en salud, determinadas por la Declaración de Alma-Ata.⁸ En este marco de apoyo internacional y financiamiento, las OSC⁹ ganaron algunos espacios en el campo de atención a la salud. Estas organizaciones respaldaron y fueron apoyadas financieramente por los organismos internacionales en materia de salud, favoreciendo la delegación de la asistencia médica a los recursos tradicionales de salud.

Es en 1979, coincidiendo con la irrupción del programa IMSS-Coplamar,¹⁰ que el Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil del INI, en San Cristóbal de las Casas, inició el proyecto denominado Medicinas Paralelas. Éste pretendía, a grandes rasgos, contribuir a que se reconociera, desarrollara formalmente y sistematizara la medicina indígena en los

⁸ Véase el apartado Salud y pueblos indígenas en el marco internacional.

⁹ Las OSC son las agrupaciones u organizaciones que, estando legalmente constituidas, realizan actividades como asistencia social, apoyo a la alimentación popular, promoción de la participación ciudadana, asistencia jurídica, apoyo para el desarrollo de los pueblos y comunidades indígenas, promoción de la equidad de género, y promoción y aportación de servicios para la atención de la salud y cuestiones sanitarias, entre otras. Estas actividades las llevan a cabo sin perseguir fines de lucro ni proselitismo partidista, político-electoral o religioso. Al respecto véase la Ley Federal de Fomento a las Actividades realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil.

¹⁰ Este programa se denominaría después IMSS-Solidaridad (1988-1997), IMSS-Progresá (1997-2000), IMSS-Oportunidades (2000-2012) y, a partir de la administración federal 2013-2018, IMSS-Prospere.

Altos de Chiapas (Solís y González, 1985). Para tal fin, consideraba necesario el trabajo conjunto con los médicos tradicionales en donde prevalecieran el respeto y el reconocimiento a estos terapeutas. El proyecto se aplicó fundamentalmente en los lugares que contaban con puestos de salud dependientes del INI, pretendiendo la colaboración de los enfermeros encargados. Estos proyectos se centraron en realizar un inventario de la herbolaria medicinal, así como de organizar y contactar a los llamados médicos tradicionales.

El Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional representó para el IMSS-Coplamar una estrategia básica en el acercamiento a la población rural marginada. Se trataba del proyecto en medicina tradicional de mayor envergadura realizado en el país y a cuyo nacimiento contribuyeron dos hechos: la creación de IMSS-Coplamar y la inclusión de la Unidad de Medicina Tradicional y Herbolaria (UMTH) 113 en el IMSS, fundada con el antiguo personal del Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM).

Estas instancias se propusieron desarrollar un proyecto de interrelación para el mejoramiento de la salud colectiva mediante el aprovechamiento de todos los recursos médico-sanitarios de la comunidad (incluyendo, desde luego, a los terapeutas tradicionales). Para ello, se requería de la comprensión, por parte del personal médico, de las características de este fenómeno de la cultura popular, conocimiento que había sido descuidado, en general, durante el proceso académico formativo del médico y en no pocas ocasiones subestimado.

En la década de los ochenta se promovió un nuevo modelo de etnodesarrollo, versión modificada del integracionismo, que dio mayor relevancia a la participación de los líderes locales como agentes de vinculación entre el gobierno y los pueblos y comunidades indígenas; en este contexto se crearon instancias de participación indígena. La Comisión del Programa Nacional de Solidaridad y posteriormente el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) fueron creados entre 1988 y 1990 con el fin de promover la participación indígena tanto en la definición de prioridades como en la ejecución de los proyectos (Rojas, 1992). Es en este marco que se consolidan las organizaciones de médicos

indígenas a lo largo del país y alrededor de los proyectos del INI y del IMSS-Coplamar (Freyermuth, 1993).

Para 1998 el INI contaba con una relación de 82 organizaciones de médicos indígenas tradicionales y, para el 2002, el IMSS Solidaridad reportaba 195 organizaciones constituidas no exclusivamente por población indígena (SSA, 2013). Fue en 1997 cuando se comenzó a desdibujar la política hacia los pueblos indígenas al promoverse una política social focalizada hacia los pobres, definidos fundamentalmente por su ingreso y condiciones de vida. En este modelo interesaba que las transferencias llegaran directamente a las familias, sin intermediarios, líderes u organizaciones (Oehmichen, 1999).

Es innegable que la irrupción del neozapatismo en 1994 atrajo fuertemente la atención sobre la desigual condición de la población indígena y reposicionó su figura en el centro del debate. También es cierto que la política indigenista en este país ha sido fundamentalmente una estrategia federal y que la población indígena, así como las mujeres, han sido una preocupación de diversas instancias de la política social, como la Secretaría de Salud (SS) y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) (CONEVAL, 2014).

El INI, que en 2003 se transformó en CDI, paulatinamente ha perdido relevancia en el desarrollo de la política social y/o intercultural, a pesar de que la mayoría de los municipios más pobres del país y con mayores rezagos son municipios habitados de forma predominante por población indígena. Como ejemplo, en el 2011 la CDI contaba con trece programas y, para el 2016, solamente permanecían cuatro; algunos simplemente han desaparecido y otros se han fusionado (CONEVAL, s/f). Si bien el presupuesto del organismo se ha incrementado a lo largo de las últimas administraciones federales, el 70 por ciento se destina a infraestructura.

Las Casas de Salud de la Mujer Indígena

En este escenario adverso, el proyecto de mayor envergadura que se ha impulsado para atender a mujeres indígenas es el de las Casas de Salud de la Mujer Indígena (CAMIS). La CDI, en el 2003, participó en la ejecución de este proyecto piloto financiado por el

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y destinado a la SSA. En éste se puso en marcha un modelo de atención tanto en violencia doméstica como en atención a la salud, que contaba con cuatro ejes de trabajo: comunicación, vinculación, prestación de servicios e investigación. El modelo incluía la participación de una OSC y un grupo de mujeres indígenas organizadas o no.

Estas casas, inicialmente cinco, se ubicaron dos en Oaxaca y una en cada uno de los estados de Chiapas, Guerrero y Chihuahua. El modelo fue propuesto a partir del trabajo de una OSC que tenía un proyecto en el municipio de Chalchihuitán, Chiapas, a través del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), sede Sureste (Freyermuth y González, 2002).

Posteriormente las CAMIS se regularizaron y se establecieron en la CDI. Entre el 2008 y 2011 se instalaron 14 casas más, cada una dirigida por organizaciones de mujeres indígenas (Berrío, 2015; DOF, 2007). A lo largo de esos años el modelo cambió y se centró en organizaciones de mujeres indígenas y al modelo modificado se le denominó Modelo autogestivo de atención a la violencia de género y la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. En el 2012, el proyecto se institucionalizó como Programa de Acciones para la Igualdad de Género con Población Indígena (PAIGPI) (DOF, 2013). Después se instalaron tres nuevas casas, llegando a 22 en 14 entidades federativas en el 2013.

El programa dejó de operar como tal a partir del 2014, pues se transformó en un componente del Programa de Derechos Indígenas. Este componente mantiene los apoyos a otras instancias de gobierno y a OSC para el fortalecimiento de los derechos de las mujeres indígenas. En la Matriz de Indicadores para Resultados del Programa de Derechos Indígenas se ubica como "promoción de la atención de la salud sexual y reproductiva, equidad de género, atención y prevención de la violencia contra las mujeres y derechos de las mujeres indígenas" y en los Lineamientos publicados en el DOF como un tipo de apoyo denominado "Derecho a la Igualdad de Género" (DOF, 2015).

El objetivo general del proyecto ha sido establecer un espacio de participación intersectorial entre las mujeres indígenas, las OSC y la convergencia institucional gubernamental. Busca apoyar las acciones que realizan las mujeres líderes y promotoras de

salud indígenas, así como constituirse en un punto de enlace con los servicios gubernamentales, particularmente de atención a la salud. A través de las CAMIS se ha impulsado un modelo de atención a la salud y a la violencia familiar para mujeres indígenas, culturalmente apropiado, así como adaptado a las necesidades y demandas de las mujeres de diferentes grupos étnicos. Es decir, ha incorporado las prácticas institucionales y tradicionales en beneficio de la población indígena en general y de las mujeres indígenas en particular (Freyermuth y Meléndez, 2009).

Por su estructura y financiamiento ha posibilitado la coordinación interinstitucional, incorporando el enfoque de género y etnia en los mecanismos operativos, de evaluación y de seguimiento en materia de salud reproductiva y violencia familiar entre la población indígena femenina. En las CAMIS se ha sensibilizado a la población en general y particularmente a las mujeres indígenas sobre la posibilidad de disfrutar de una vida libre de violencia, al tiempo que ha puesto a su alcance una atención a la salud reproductiva de calidad y culturalmente apropiada. También ha contribuido a garantizar la salud de las mujeres indígenas a través de servicios de salud no discriminatorios, accesibles y de calidad. Esto ha permitido disminuir los riesgos de daños a la salud de las mujeres indígenas, a través del fomento a una vida sin violencia.

Otra línea de acción ha sido la capacitación y la sensibilización de las parteras, promotoras y mujeres que se han involucrado con el programa. Se asume que sus integrantes, al pertenecer al ámbito local, cuentan con elementos para entender y atender la problemática de la violencia familiar y la salud de las mujeres indígenas, promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Freyermuth y Meléndez, 2009).

Cada una de las CAMIS ha puesto en marcha un modelo de acuerdo a sus capacidades, habilidades y condiciones particulares. En términos generales todas las casas combinan la atención o canalización obstétrica con la atención de la violencia doméstica. Cada una tiene aliados particulares, desde una o varias OSC hasta dependencias públicas; no hay un modelo específico de alianzas y éstas ocurren más bien de acuerdo con las coyunturas y sobre todo de acuerdo con los funcionarios que operan los programas de gobierno (Freyermuth y Meléndez, 2009). Todas las CAMIS han contado en promedio con dos camas destinadas a la atención médica y para las usuarias que pasan la noche en la casa.

En la misma habitación donde se atienden los partos, se da atención general y se toman las pruebas de Papanicolaou.

Las parteras tradicionales son un recurso local de atención a la salud materna que participan de manera importante en las CAMIS, además de llevar a cabo actividades de promoción a la salud directamente en las comunidades. Son originarias de los lugares y hablantes de lengua indígena local, su disponibilidad varía de acuerdo a la CAMIS, pero es común que hagan guardias para garantizar que siempre se encuentre al menos una partera las 24 horas del día. En algunas casas colaboran otros terapeutas tradicionales, por ejemplo, en San Mateo del Mar participan dos curanderos, un hombre y una mujer, y un sobador, siendo la única casa en la que contribuyen varones de la comunidad.¹¹ En 2016 existían 17 casas de salud en todo el país.

La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

Otra instancia fundamental en relación con la población indígena y su vinculación con la salud es la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) de la Secretaría de Salud, creada en agosto del 2002, que ha logrado articular en México las dos estrategias promovidas a nivel internacional: el fortalecimiento de los médicos indígenas y la atención interculturalmente apropiada a través de la instauración del parto vertical y respetuoso. Es así que se encarga de promover la interrelación de los prestadores de salud de la llamada medicina tradicional a través de (a) pago por sus servicios, (b) seguridad social y atención médica, (c) reconocimiento legal, (d) espacio digno y (e) relación intercultural. También se promueve esta vinculación desde el Seguro Popular, con la incorporación en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) de la atención tradicional con la partera, huesero, yerbatero y curandero, con la consecuente retribución económica a las y los terapeutas participantes.

La DMTyDI también ha impulsado la que ha sido una demanda de las mujeres indígenas organizadas: la institucionalización y pago a traductoras indígenas. Además, el reconocimiento y el fortalecimiento de las prácticas indígenas relacionadas con la salud

¹¹ Fichas de Buenas prácticas realizadas por Freyermuth y Meléndez, 2009.

materna ha sido prioritario para esta Dirección, por ello ha impulsado la retribución económica a parteras y terapeutas tradicionales que refieran y lleven pacientes en riesgo al hospital, incluyendo el pago de los pasajes, comida y el día perdido.

La DMTyDI ha elaborado guías técnicas para la implantación del Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, que se basa en un enfoque humanizado, intercultural y seguro (SSA/DMTyDI, 2013a). Se considera humanizado ya que la atención del parto está centrada en la mujer; intercultural porque pretende mejorar las competencias de los prestadores de servicios a fin de remontar las barreras culturales que impiden el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, y seguro porque sigue las mejores prácticas basadas en evidencia que promueven un parto desmedicalizado y confortable, permitiendo la identificación de partos de alto riesgo a fin de ser canalizados oportunamente.

Entre los objetivos del modelo pueden reconocerse la necesidad de incorporar actitudes de respeto con la mujer, la persona recién nacida y su familia, eliminando barreras culturales, promoviendo el acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto y el apego piel a piel inmediato al nacimiento, procurando la comodidad y la disminución del dolor con estrategias desmedicalizadas; modificar condiciones y procedimientos en las unidades de atención para que la mujer pueda deambular, cambiar de posición, tomar líquidos, decidir el acompañamiento y atenderse en posiciones verticales (se cuenta con implementos diseñados exprofeso y asequibles); disminuir la medicalización del parto en la medida de lo posible, evitando procedimientos rutinarios, de acuerdo a las evidencias científicas; y ofrecer la atención con diferente personal como enfermeras obstetras, parteras profesionales y parteras tradicionales (SSA/DMTyDI, 2013a).

Como parte de este modelo la Dirección diseñó una mesa obstétrica que facilita el parto a través de la posición vertical y es cómoda para el personal de salud durante la atención obstétrica. También ha promovido la atención respetuosa del parto y, por tanto, la prevención de violencia obstétrica.

Conclusiones

Estos antecedentes muestran que en las últimas décadas del siglo XX y en lo que va del XXI el discurso de los derechos humanos, el derecho a la salud, los derechos culturales y el derecho a la integridad personal, o los propios derechos reproductivos, han estado en el centro de debate en torno a las formas y prioridades de la salud de los pueblos y comunidades indígenas y en particular la de las mujeres. Esto no significa que se haya posibilitado su defensa y su ejercicio plenos.

Desde finales de la década de los setenta con la Declaración de Alma-Ata, se han promovido iniciativas a fin de respetar e integrar las formas de atender la salud-enfermedad desde la cultura indígena, el Convenio 169 también apuntó a la necesidad de que esta población cuente con seguridad social. Sin embargo, después de 35 años, poco se ha avanzado en la integración de la medicina llamada tradicional a las redes de atención a la salud y menos, como se muestra en el próximo capítulo, a que esta población cuente con seguridad social.

Como se concibió en la Declaración de Alma-Ata, las opciones de atención a la salud para los más pobres siguen centrándose en servicios auto sostenibles y/o de bajo costo. No obstante, las dificultades que estas políticas han enfrentado hay un interés sostenido en fortalecer a la medicina tradicional, en otorgar una atención culturalmente apropiada y vincular las prácticas indígenas tradicionales con la biomedicina, no solo en el ámbito internacional sino en el nacional.



Foto: Gabriela Torres Freyermuth

Capítulo

Mortalidad en poblaciones indígenas desde los determinantes sociales y violencia estructural

Graciela Freyermuth (CIESAS-Sureste)

Presentación

México es un país multicultural, en él habitan 7 382 785 personas de tres años y más hablantes de 68 variantes lingüísticas (Encuesta Inter Censal, 2015; CDI, 2016).¹² El náhuatl encabeza la lista superando el millón y medio (1 725 620), le siguen las lenguas mayas (859 607), tzeltal (556 720), mixteco (517 665), tzotzil (487 898), zapoteco (479 474), otomí (307 928), totonaco (267 635), chol (251 809) y mazateco (239 078) (INEGI, 2015). Esta diversidad lingüística refleja la pluralidad cultural en los pueblos indígenas de México.

Aún hoy esta población conforma regiones eminentemente indígenas, la mayoría de ellas ubicadas en zonas rurales de difícil acceso. Sin embargo, la emigración de esta población a zonas urbanas es frecuente. Este fenómeno implica muchas veces la pérdida de sus raíces culturales, pero otras la incorporación de diversos aspectos de su cultura en los lugares de destino. Su presencia se encuentra en todas las entidades federativas (Anexo 1, Tabla 1.1). El mayor número de indígenas se encuentra en Oaxaca con 1 734 658, cifra similar a la de Chiapas, mientras que el menor número reside en Zacatecas con 7 852 personas (EIC, 2015).

La CDI clasificó a los 2 456 municipios del país de acuerdo con el porcentaje de población indígena que habita en ellos respecto a su población total. De esta manera definió como *municipios indígenas* a aquellos que tienen 40% y más de población indígena (PI), como *municipios con presencia importante de hablantes de lengua minoritaria* a aquellos que tienen menos de 40% de PI y más de 5 000 indígenas, como *municipios con población indígena dispersa* a aquellos que tienen menos de 40% de PI y menos de 5 000 indígenas, y como *municipios sin población indígena* a los que no tienen población indígena.

De esta manera, el número de municipios indígenas en el país asciende a 624 y representan el 25% del total; los municipios con presencia importante de hablantes de lengua minoritaria son 239 y corresponden al 9.7%; los municipios con población indígena dispersa son 1 651 y constituyen el 63.6%; mientras que los municipios sin población

¹² Población de tres años y más hablante de una lengua indígena según datos de la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI); número de variantes lingüísticas según la CDI (2016) (véase Anexo 1, Tabla 1.1).

indígena son 32 y representan el 1.3% de los municipios en el país (CDI, 2010). Los municipios indígenas conforman a su vez 25 regiones que no respetan las fronteras interestatales y que se encuentran ubicadas en 19 entidades federativas (Anexo 1, Tabla 1.2).

Diversos estudios mostraron en la década de los noventa las desigualdades prevalecientes entre la población indígena en relación con la no indígena, tanto en condiciones de vida como en perfil epidemiológico y expectativas de vida (Sepúlveda, 1993; Torres *et al.*, 2003). El Programa Especial Para los Pueblos Indígenas 2014-2018 del Ejecutivo Federal reconoce que esta población vive en condiciones de pobreza y exclusión. En este documento se registran las condiciones de vida que padecen los pueblos indígenas en México en términos económicos, de derechos, desarrollo social y en la limitada participación de los propios pueblos en la definición de sus políticas (DOF, 2016).

Si bien el programa no aborda a profundidad las condiciones de salud, sí identifica entre los principales problemas de esta población los siguientes: enfermedades infecciosas, maternas y perinatales, problemas derivados de las deficiencias nutricionales, enfermedades no trasmisibles, así como accidentes y lesiones. Ante este diagnóstico sucinto, el presente capítulo tiene como objetivo proporcionar un panorama general de las condiciones de salud de la población indígena desde la perspectiva de los derechos humanos, reconociendo los avances y las áreas de oportunidad en el tema.

Antecedentes

La Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto Nacional Indigenista (INI), con base en la información del Censo de 1990 y de morbilidad de la propia secretaría, publicaron en 1993 el estudio Salud de los Pueblos Indígenas en México en el que se reconocían las condiciones de precariedad en las que vivía esta población (Sepúlveda, 1993). El estudio mostró que el 38.4% de la población indígena mayor de 15 años tenía diferentes niveles de analfabetismo frente al 12.4% de la población nacional. Sus condiciones de vivienda eran extremadamente adversas, pues el 61.8% se caracterizaba por tener piso de tierra, 61.9% no contaba con agua entubada y el 84.3% no tenía drenaje. Sus condiciones de salud se

caracterizaban por una elevada incidencia de enfermedades infectocontagiosas y desnutrición, todas evitables.

También se documentó que el entonces programa IMSS-Solidaridad (ahora IMSS-Prospera) era la única institución que otorgaba servicios a esta población; es decir, solo había 736 médicos para atender alrededor de 5.3 millones de indígenas. Es así que una gran parte de los municipios indígenas solamente contaban con sus propios recursos: huseros, parteras, hierberos y curanderos que forman parte de la llamada medicina tradicional (Sepúlveda, 1993: 43, 49).

Un informe presentado por CONEVAL en el 2014 mostró la persistente desigualdad entre la población mexicana, comparando la situación de la población indígena con el resto de los mexicanos.¹³ El estudio señaló que en ese año la población indígena que vivía en pobreza casi duplicaba al de la población no indígena (76.8% frente a 43.0%) y que la pobreza extrema en esta población era casi cinco veces mayor (38.0% frente a 7.9%). Seis de cada diez indígenas tenían al menos tres carencias sociales, mientras que esta situación se reducía a la tercera parte entre las personas no indígenas. Además, la mitad de la población indígena percibía ingresos inferiores al costo de la canasta básica alimentaria en comparación con el 18.0% de la población no indígena que estaba en esa situación. El 21.5% de la población indígena carecía de acceso a los servicios de salud y el 61.2% no contaba con seguridad social; 19.2% presentaba rezago educativo; 13.6% reportaba carencia por calidad y espacios en la vivienda; 21.2% no tenía acceso a los servicios básicos en la vivienda; y 23.3% carencia por acceso a la alimentación (CONEVAL, 2014:12, 103).

En este capítulo interesa profundizar en las formas en las que vive y muere la población indígena del país. Para ello se utiliza la perspectiva de los determinantes sociales que es una herramienta apropiada para analizar las intervenciones en salud desde una

¹³ El criterio utilizado para identificar a la población indígena en este capítulo es el de *hablar una lengua indígena*. La importancia de utilizar este criterio radica en que “la posibilidad de que el habla de lengua indígena –y en particular el monolingüismo– se relacione con una menor exposición a sistemas e instituciones sociales externas a la comunidad indígena de pertenencia, incluyendo las políticas gubernamentales de desarrollo social, lo cual podría tener un efecto en el acceso a diversas oportunidades de desarrollo” (CONEVAL, 2014: 32-33).

perspectiva de los derechos humanos ya que permite identificar aquellos aspectos estructurales, institucionales y de características sociodemográficas que ocasionan las desigualdades y modifican las probabilidades de enfermar y morir (OMS, 2009). La perspectiva de los determinantes sociales parte del hecho de que la estructura social condiciona las formas de enfermar y morir de las personas y que las desigualdades sociales tienen un peso fundamental en la sobrevivencia de la población (Castaño, 2009). Por ello, este capítulo enfatiza las diferencias entre mexicanas que mueren debido a enfermedades que pueden considerarse como evitables y por tanto injustas.

El analfabetismo, las carencias en las condiciones de vivienda, las carencias alimentarias pueden considerarse como violaciones a los derechos humanos cuando los gobiernos no establecen políticas exitosas que permitan remontar tales desigualdades. Dichos rezagos determinan un alcance limitado de los servicios de salud, lo que dificulta la sobrevivencia ocasionada por falta de acceso y de oportunidad en la atención médica (Figura 1).

La mortalidad por causas evitables es uno de los indicadores que muestra de manera evidente las brechas existentes entre mujeres y hombres, o entre mujeres de diferentes países, regiones y ámbitos locales, que son resultado de una distribución inequitativa de ingresos, recursos materiales y beneficios generados con las políticas públicas de los gobiernos. Por su carácter prevenible y por tanto evitable, constituyen un importante problema de derechos humanos, de igualdad de género y de justicia social. Por ello, identificar los determinantes sociales que repercuten directamente en la calidad de vida y sobrevivencia de las mujeres y hombres indígenas y, por lo tanto, en las desigualdades en salud, es fundamental para la visibilización y actuación sobre la población vulnerable.

Figura 1. Determinantes sociales estructurales de las formas de enfermar y morir



Fuente: elaboración propia.

Consideraciones metodológicas

Para la elaboración de las tablas que se analizan en el presente trabajo se utilizaron las bases de datos de mortalidad de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la SSA, las proyecciones de población municipal realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) con el Censo de Población y Vivienda 2010 y la Encuesta Intercensal 2015 levantada por el INEGI.

Para la elaboración de las tasas de mortalidad específica se tomaron las defunciones ocurridas durante el 2014 de residentes en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Yucatán, a partir de lo cual se calcularon tasas según las principales causas de muerte, sexo y grupos de edades, considerando las edades entre 0 y 49 años. Para las tasas por causa y sexo se multiplicó por 100 000 habitantes, mientras que para las tasas por grupos de edad se multiplicó por 10 000 habitantes.

En la organización de los descriptivos se diferencié a la población según su condición de hablante de lengua indígena (HLI) y, a partir de las categorías que se encuentran en las bases de datos de mortalidad de la DGIS,¹⁴ se hizo una reagrupación para concentrar en tres categorías a un número parecido de municipios y de población para que las tasas fueran más consistentes entre sí: a) 70% o más de HLI, b) 40% a 69% de HLI, y c) resto de la población.

Se utilizó el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2010) para la caracterización de la población indígena. Este índice se cruzó con la reagrupación de la condición de hablante de lengua indígena, a partir de lo cual se pudo tener una idea más clara del comportamiento de las defunciones según el nivel de desarrollo de cada tipo de municipio. Las demás variables fueron zona de residencia menor a 15 000 habitantes y zona de residencia menor a los 2 500 habitantes, que permite analizar las defunciones en función de la dispersión de la población; y sitio de defunción, para un acercamiento al acceso que tienen los distintos tipos de población a los servicios de salud.

Otra fuente de información utilizada fue la Encuesta Intercensal (EIC) 2015 levantada por el INEGI.¹⁵ Debido a que esta fuente de información es una muestra y no un censo, fue necesario verificar la calidad de los datos estimados. Para esto se utilizó el coeficiente de variación de las estimaciones, el cual mide la dispersión relativa de un conjunto de valores y se calcula como el cociente de la desviación estándar con el valor promedio de la estimación. Este coeficiente “proporciona una medida del error estándar respecto a la característica que se está midiendo. Suele expresarse en porcentajes... es útil para comparar la precisión de estimaciones de una encuesta cuyo tamaño o escala difieren” (ONU, 2009: 142). Tiene la ventaja de que –al ser un cociente- su medida es independiente de las unidades originales y por ello facilita comparar la variabilidad de dos o más conjuntos de datos.

¹⁴ Las categorías de la base de datos de mortalidad de la DGIS son: 70% o más de HLI; 40% a 69% de HLI; 5 000 indígenas o más; población indígena dispersa o lenguas minoritarias; y sin población indígena.

¹⁵ Las tablas que se incluyen forman parte de una investigación en curso: La Población Hablante de Lengua Indígena. Indicadores Sociodemográficos. Luna M. Freyermuth G. 2017 en dictamen.

Las estimaciones obtenidas pueden calificarse como de calidad (a) buena, si el coeficiente de variación no excede el 15%; (b) aceptable, si el coeficiente es mayor a 15% pero menor a 25%; y (c) baja, si es mayor o igual a 25% (INEGI, s.f.). De manera que se verificó que todos los estimadores reportados tuvieran un coeficiente de variación menor a 25%. Los ámbitos geográficos para los cuales se incluyeron las estimaciones de la población corresponden al total nacional, al agregado de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo y Yucatán, así como una para cada uno de ellos por separado. La decisión de tomar en cuenta las cinco entidades en conjunto y de forma individual se debe a que son éstas las que tienen el mayor porcentaje de población hablante de lengua indígena.

Es importante considerar que las estimaciones obtenidas no son para el total de la población, sino que corresponden a ciertos grupos de edades que varían de acuerdo con la característica analizada, tal como se describe a continuación:

- Como es de especial interés obtener estimaciones para el grupo de población hablante de lengua indígena y la pregunta sobre habla de lengua indígena sólo se realiza a las personas de tres años y más, entonces las variables por sexo, edad, derechohabiencia a algún servicio de salud y lugar en el que se atiende cuando tiene problemas de salud corresponden a este grupo etario.
- En cuanto a las características de educación, alfabetismo y educación básica incompleta, sólo se toma en cuenta a la población de 15 años y más.
- Las estimaciones de asistencia a la escuela se hicieron para el grupo de edad que va de los seis a los 14 años.
- Las características de las viviendas se estimaron tomando en cuenta solo las habitadas, excluyéndose las ubicadas en locales no construidos para habitación, viviendas móviles y refugios.

Para todas las características anteriores se obtuvieron las proporciones multiplicadas por 100, según la condición de habla de lengua indígena, y por sexo sólo para los hablantes de lengua indígena. La información relacionada con las viviendas se desagregó con base en la condición de habla de lengua indígena del jefe del hogar. Es importante señalar que las respuestas “No especificado” y “No sabe” no se tomaron en cuenta para la obtención de los

resultados. Debido a que el esquema de muestreo de la Encuesta Intercensal 2015 fue estratificado por conglomerados y en una sola etapa (INEGI, 2015), las obtenciones de todas las estimaciones se realizaron con el módulo de Muestras Complejas del paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 20, para lo cual se utilizaron los estratos, las unidades primarias de muestreo y los factores de expansión.

Derechos humanos y muertes evitables

El análisis desde los determinantes sociales se refiere a los derechos humanos en la medida en que las brechas entre hombres y mujeres, así como entre población indígena y no indígena son el resultado de la desigualdad estructural entre ellos y de un escenario social caracterizado por su injusticia. Por lo anterior, en este análisis interesa identificar las sinergias entre condiciones adversas que ponen en situaciones de vulnerabilidad a determinados grupos de población, particularmente los de mujeres indígenas. La intersección de vulnerabilidades coloca a los gobiernos ante el reto (y obligación) de proteger a las mujeres de muertes tempranas y evitables. Por ello, un acercamiento desde los derechos humanos permite entender mejor a las denominadas muertes evitables, esto es, las causas de muerte que podrían reflejar una acción limitada o deficiente de los servicios de salud.

En 1960 surgió la idea de que hay muertes que pueden prevenirse en razón de que sus causas son evitables con tratamientos que hasta el momento podían considerarse efectivos, por tanto, a dichas defunciones se les relacionó con la calidad de los servicios (Gómez, 2009). A manera de ejemplo, se puede mencionar para el caso de las mujeres, los fallecimientos por causas maternas, cáncer cervicouterino, cáncer de mama y los procesos infecciosos como la neumonía e influenza –para los que existe un tratamiento y vacunas– o la desnutrición.

Por ello, en 1976, se propuso como indicador de la gestión sanitaria a la denominada mortalidad evitable. Rustein y su equipo trabajó en una lista de causas de muertes, incapacidades y enfermedades denominadas innecesariamente precoces – *unnecessary untimely*. Bajo la premisa de que “si todo lo que se tenía que hacer se hubiera hecho, dichas defunciones se hubieran prevenido o retrasado” (Rustein, *et al.*, citado por

Gómez, 2009: 374). Por su parte, Charlton (1983) definió que la muerte por encima de los 64 años no podía considerarse como evitable.

Es en este contexto que el estudio de la mortalidad entre mujeres y hombres en edades reproductivas puede dar pistas sobre las condiciones de salud/enfermedad de la población indígena frente a población no indígena. El estudio de estas causas de muerte se analiza a la luz de distintos niveles de determinantes sociales: el estructural, el institucional y el de formas de vida.

Determinantes sociales estructurales

Los determinantes sociales estructurales de la mortalidad son resultado de la violación reiterada y sistemática de derechos humanos como el acceso a la salud, vivienda, alimentación, educación, a un medio ambiente sano y a la impartición de justicia (Jones, 2000).¹⁶ Sin embargo, los tres niveles de determinantes están íntimamente relacionados; los determinantes estructurales son constituyentes de las conductas de los prestadores de servicios de salud y de las de los usuarios de los servicios y, con frecuencia, de la agencia de las personas para su negociación en los ámbitos institucionales y, por tanto, en el ejercicio del derecho a la salud.

Educación

En un país donde el 93.1% de los habitantes no hablan una lengua indígena (EIC, 2015), el castellano es el idioma oficial y a través de éste se transmiten los mensajes para promocionar y prevenir las enfermedades. El conocimiento del español es, pues, fundamental para el acceso a los servicios y también para la comprensión de las recomendaciones significativas que permiten proteger la salud; su desconocimiento interviene en la exclusión a los servicios y por tanto dificulta su aceptabilidad. El conocimiento del castellano en el caso de la población indígena está relacionado con la escolaridad, aunque la educación primaria no asegura su comprensión cabal. La escolaridad ha mostrado ser una competencia para lograr la sobrevivencia en aquellos padecimientos evitables (López Carrillo *et al.*, 2009; Espejo, 2005, Calzado Mustelier, 2000, Kenkel, 1991; Grossman, 1976).

¹⁶ Adaptado del marco conceptual utilizado por Camara Phyllis Jones (2000) en su análisis sobre racismo.

El 23.2% de la población HLI de 15 años y más es analfabeta, a diferencia del 4.2% que presenta el resto de la población; en este caso, la brecha entre estos grupos es casi cinco veces mayor (Anexo 1, Tabla 1.3). No obstante, en las entidades federativas con un porcentaje más alto de población indígena (Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Yucatán y Quintana Roo) se observa un comportamiento diferente; por ejemplo, los tres primeros estados tienen un porcentaje mayor de población HLI analfabeta en relación con el promedio nacional y también un porcentaje mayor de población analfabeta en la población indígena.

En los casos de Yucatán y Quintana Roo, el porcentaje de población analfabeta tanto de HLI como de no hablante de lengua indígena (NHLI) es menor al promedio nacional, aunque las diferencias entre estos dos grupos es de ocho veces (Anexo 1, Tabla 1.3). El 29.5% de las mujeres indígenas son analfabetas, casi el doble que los hombres (16.6%). Guerrero presenta el mayor grado de analfabetismo en mujeres con 40.7%, le siguen Chiapas con 36.2% y Oaxaca con 31.4%. Las mujeres de los cinco estados estudiados presentan niveles de analfabetismo mayores que los de sus pares masculinos. El 70.8% de las mujeres indígenas no cuentan con educación básica completa (Anexo 1, Tabla 1.4).

Vivienda

Las características de la vivienda son fundamentales para la protección de las mujeres y sus familias ante un medio ambiente adverso. Una mejora sustancial en la obtención de agua potable disminuye las enfermedades diarreicas y la mejora en los materiales de construcción proporciona un ambiente adecuado para la prevención de las enfermedades respiratorias. Por ello las características de la vivienda es uno de los indicadores que permite identificar factores de riesgo para la salud.

El 15.4% de la población HLI no dispone de agua entubada en su vivienda, a diferencia del 4.3% del resto de la población. De las cinco entidades federativas incluidas en este estudio, Guerrero presenta el mayor rezago en este aspecto con un 24.0% de viviendas que carece de este líquido vital. El 14.8% de los HLI a nivel nacional tienen en sus viviendas piso de tierra con un diferencial importante de casi seis veces entre indígenas y no indígenas; en este caso también es Guerrero el que presenta el mayor número de

viviendas con piso de tierra con el 28.6%, esto significa que por cada cinco viviendas de HLI que no tienen piso de tierra hay dos viviendas con este piso en la población NHLI. Es decir, las condiciones de vida en general de los guerrerenses son de menor calidad que las del resto de la población (Anexo 1, Tabla 1.5).

La electricidad es un indicador importante en el acceso a una serie de servicios de la vida moderna. La comunicación digital se funda en este recurso y el acceso a información que puede ser vital para la protección de la salud depende de él. Solamente el 4.5% de la población HLI carece de este recurso, mientras que en el resto de la población únicamente el 0.7% no cuenta con ella; es decir que por cada seis viviendas de HLI que carecen de electricidad hay una vivienda de NHLI que no lo disfruta. Guerrero es nuevamente la entidad con mayor rezago en este rubro con un 7.7% de PHLI que no lo tiene, seguido de Chiapas con 5.2% y Oaxaca con 4.7%. Las cifras de rezago en acceso a la electricidad de los HLI de Quintana Roo y Yucatán están por debajo del promedio nacional (Anexo 1, Tabla 1.5).

Servicios de Salud

El acceso a servicios de salud es fundamental para la sobrevivencia de enfermedades evitables. En 1990, 10 millones de habitantes carecía de este servicio (Sepúlveda, 1993); más de dos décadas después, el 15.1% de la PHLI no contaba con ningún sistema de protección en salud, a diferencia del 17.4% del resto de la población, siendo este el único indicador en que el rezago es mayor en el resto de la población a nivel nacional ((Anexo 1, Tabla 1.6). Estas diferencias son similares en el resto de las entidades federativas. Llama la atención que el menor rezago en este aspecto lo tiene Guerrero con solo 11.8% de las personas HLI que no cuentan con un sistema de afiliación a la salud y el caso de Quintana Roo con un porcentaje mayor que el promedio nacional 16.2% ((Anexo 1, Tabla 1.5).

Es evidente que el Seguro Popular ha favorecido a la población HLI. La utilización de los servicios de salud ocurre bajo la protección de este programa; a nivel nacional el 63.7% de la población HLI lo utiliza, a diferencia del resto de la población (35.8%). Los cinco estados seleccionados para este trabajo son los que presentan un porcentaje más alto en el uso de este servicio con 65.7% superior del 63.6% promedio nacional (Anexo 1, Tabla

1.7). En Guerrero un porcentaje muy alto de HLI (89.3%) lo utiliza, en Oaxaca es el 63.7% y en Chiapas el 65.6%; por su parte, Yucatán y Quintana Roo son las entidades en donde los indígenas tienen un mayor porcentaje de afiliación a la seguridad social (Anexo 1, Tabla 1.6). Las mujeres indígenas tienen un porcentaje mayor de afiliación con respecto a sus pares masculinos, aunque la variación sea de entre tres y cinco puntos porcentuales.

A nivel nacional el 86.6% de las mujeres indígenas tiene algún tipo de protección en salud; el 92.5% de las mujeres de Yucatán y el 90.1% de Guerrero cuentan con algún sistema de protección a la salud. El porcentaje más bajo de afiliación lo tuvo Chiapas con 86.0% (INEGI, 2015) (Anexo 1, Tabla 1.8). El 2.6% de HLI no se atiende cuando está enfermo y el mayor porcentaje de no atención lo tiene Chiapas con 3.7%; Guerrero y Oaxaca registran un 2.4%, y Quintana Roo 2.5%. Más del 70.0% de los afiliados pertenecen al Seguro Popular. Los hombres tienen un porcentaje mayor de no atención que las mujeres, en el promedio nacional y en todas las entidades federativas estudiadas (INEGI, 2015) (Anexo 1, Tablas 1.8 y 1.9).

Formas diferenciales de morir entre hombres y mujeres

Un primer acercamiento a los fallecimientos ocurridos en el 2013 se realiza a través de características como el sexo, que pueden ser determinantes de ciertas conductas de género. Puede reconocerse una brecha entre mujeres de 15 a 49 años que habitan en municipios con más de 70% de población HLI en relación con aquellas que habitan en municipios con 69% a 40% de HLI y con el resto de los municipios. Aunque las brechas no son tan amplias se puede reconocer un incremento de ocho puntos porcentuales en cada una de las tasas de mortalidad para cada grupo.

El caso de los hombres es muy distinto, primero porque sus tasas de mortalidad son de más del doble con respecto a sus pares femeninas y además porque las tasas son mayores en los municipios con 70% y más de HLI y en aquellos con menor presencia de HLI. La relación hombre/mujer resulta en más de dos hombres fallecidos por cada mujer

mexicana en edad reproductiva.¹⁷ En este caso, los municipios con mayor porcentaje de HLI siguen la misma tendencia con respecto a los otros (Tabla 1).

Tabla 1. Tasa de defunción según sexo, población hablante de lengua indígena de 15-49 años, México, 2014

	70% o más de HLI		40 a 69% de HLI		Resto de la población	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	237.0	115.0	230.0	107.0	249.0	99.0

Nota: Tasa por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Ochoa y Freyermuth (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS), Base de datos de defunciones generales 1979-2014 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 16 de agosto de 2016].

Tabla 2. Tasa de defunción según sexo, municipios con población hablante de lengua indígena de 15-49 años, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 2014

Entidad	70% o más de HLI		40 a 69% de HLI		Resto de la población	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombre	Mujer
Chiapas	256.0	156.0	201.0	116.0	246.0	115.0
Guerrero	217.0	106.0	221.0	104.0	308.0	99.0
Oaxaca	285.0	122.0	251.0	106.0	241.0	93.0

Nota: Tasa por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Ochoa y Freyermuth (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Si se analizan las tasas de defunción en los tres estados con mayor porcentaje de población indígena se puede reconocer que el comportamiento es distinto en Chiapas y Oaxaca, donde ser hombre e indígena conlleva un mayor riesgo de morir; en Guerrero la tasa de mortalidad más elevada es en hombres que viven en municipios no considerados indígenas. En el caso de las mujeres indígenas en edad reproductiva, las tasas de mortalidad son mayores en municipios con 70% y más de HLI con respecto a las del resto de la población, situación que se acentúa en Chiapas y Guerrero en donde el riesgo de morir se incrementa 35% y 31%, respectivamente (Tabla 2).

¹⁷ La sobre mortalidad masculina es una tendencia en casi todos los países del mundo, aunque las brechas entre sexos pueden variar según padecimiento, grupo de edad y región. Al respecto véase Negrin, L. G. C., 2006; Farias, N. *et al.*, 2009; Corral Martín, A. *et al.*, 2010; e INEGI, 2013.

Mortalidad en hombres

Los hombres de las tres categorías (según porcentaje de HLI) presentan un perfil y tasas de mortalidad similares en las primeras diez causas de muerte.¹⁸ Los homicidios, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, VIH/Sida y el uso de alcohol tienen diferencias entre los grupos. En los municipios con más población indígena la diferencia entre homicidios es de 32.5% a 43.3% y en el caso de la cirrosis hepática es mayor en la población indígena que vive en municipios de 70% y más de HLI en un 32.0% hasta 76.0%. Diferencias importantes se aprecian en dos padecimientos: el VIH/Sida presenta una tasa menor en municipios con más de 70% de HLI (5.5), en municipios con menor proporción de HLI es 74% más y en el resto de la población es 83% mayor (Tabla 3).

Tabla 3. Tasa de mortalidad de hombres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población hablante de lengua indígena, México, 2014

Causa de defunción	Lugar	70% o más de HLI	Lugar	40 a 69% de HLI	Lugar	Resto de la población
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1	30.1	2	26.7	3	19.3
Agresiones (homicidios)	2	24.5	1	32.5	1	43.3
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	3	19.4	3	18.5	2	20.9
Diabetes mellitus	4	14.2	4	14.5	4	15.1
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	5	14.1	5	13.2	6	12.0
Enfermedades isquémicas del corazón	6	12.1	6	9.7	5	13.8
Uso de alcohol	7	9.1	8	6.0	12	3.9
Infecciones respiratorias agudas bajas	8	6.0	10	4.8	8	7.0
VIH/Sida	9	5.5	7	9.6	7	10.1
Nefritis y nefrosis	10	5.1	12	3.8	10	5.1
Caídas accidentales	11	3.8	14	3.5	16	2.4
Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	12	3.7	9	6.0	9	6.2

Nota: Tasa por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Ochoa y Freyermuth (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2014 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 16 de agosto de 2016].

¹⁸ Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, homicidios, accidentes, diabetes mellitus, suicidios, enfermedades isquémicas del corazón, uso de alcohol, infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/Sida), nefritis y nefrosis.

Oaxaca, Chiapas y Guerrero comparten el perfil epidemiológico de mortalidad nacional, aunque el orden de las causas de muerte puede variar en cada una de estas entidades federativas. Una diferencia es que en Chiapas entre hombres adultos persisten las enfermedades infecciosas gastrointestinales y respiratorias como las principales causas de muerte, muertes evitables en niños y por ello asombra que ocurran en hombres adultos. La cirrosis y el suicidio son la primera y la segunda causa de muerte respectivamente. En Guerrero, la magnitud de los homicidios es mayor en los tres grupos poblacionales con respecto al promedio nacional, pero es tres veces mayor entre las poblaciones NHLI (Anexo 1, Tablas 1.10, 1.11 y 1.12).

El VIH/Sida está entre la séptima y novena causa de muerte en los tres grupos poblacionales a nivel nacional con tasas de 5.5, 9.6 y 10.1 en poblaciones con 70% y más HLI, de 69% a 40% de HLI y del resto de la población, respectivamente. En Guerrero ocupa el quinto lugar entre la población de 70% y más de HLI y el resto de la población, y el sexto en el grupo de 69% a 40% de HLI. En Chiapas no aparece entre las primeras 12 causas de muerte en hombres, mientras que en Oaxaca se encuentra en el octavo sitio en el grupo de 70% y más de HLI y en el quinto sitio en los otros dos grupos poblacionales, siendo sus tasas un poco más bajas entre la población HLI que en los promedios nacionales.

En el caso de Oaxaca llama la atención que como décima causa de muerte se encuentra la desnutrición proteico calórica no presente en Chiapas, Guerrero, o a nivel nacional (Anexo 1, Tabla 1.10, 1.11 y 1.12).

Mortalidad entre mujeres en edad reproductiva

En el caso de las mujeres, la diabetes y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, ambas consideradas como evitables, son la primera y segunda causas de muerte en la población que vive en municipios indígenas (de 40% y más de HLI). La distribución en los tres grupos estudiados –mujeres que habitan en municipios de más de 70% de población indígena, entre 40% a 69% de población HLI, y el resto de la población–, comparten adicionalmente otras ocho causas de muerte, considerando a las diez primeras.¹⁹ Tumores

¹⁹ Enfermedades isquémicas del corazón, homicidios, infecciones respiratorias agudas bajas, nefritis y nefrosis, agresiones (homicidios), tumor maligno del cuello del útero y tumor maligno de la mama.

malignos de mama ausentes en el 2013 en municipios con mayor porcentaje de HLI ahora figuran como la décima causa de muerte en las mujeres que habitan en municipios considerados indígenas de más de 40% de HLI. Dos causas de muerte solamente aparecen entre las primeras doce en población con 70% y más de HLI, epilepsia y enfermedades infecciosas intestinales (Tabla 4).

Tabla 4. Tasa de mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población hablante de lengua indígena, México, 2014

Causa de defunción	Lugar	70% o más de HLI	Lugar	40 a 69% de HLI	Lugar	Resto de la población
Diabetes mellitus	1	11.4	1	115.5	1	10.1
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2	4.9	3	4.4	11	2.5
Enfermedades isquémicas del corazón	3	4.6	2	4.7	4	4.5
Infecciones respiratorias agudas bajas	4	4.0	9	3.2	8	3.1
Nefritis y nefrosis	5	3.9	8	3.7	7	3.2
Agresiones (homicidios)	6	3.8	4	4.2	3	4.9
Enfermedad cerebrovascular	7	3.5	11	2.9	9	3.1
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	8	3.4	6	4.0	5	4.0
Tumor maligno del cuello del útero	9	3.2	5	4.1	6	3.7
Tumor maligno de la mama	10	2.9	10	3.0	2	5.2
Epilepsia	11	2.7	17	1.3	19	1.0
Enfermedades infecciosas intestinales	12	2.3	22	1.1	33	0.4

Nota: Tasa por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Ochoa y Freyermuth (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2014 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 16 de agosto de 2016].

El perfil epidemiológico entre las mujeres es diferente en Chiapas para la población indígena y el resto de la población; por ejemplo, como primera causa de muerte de mujeres en edad reproductiva se encuentran las infecciones intestinales, ausentes entre las primeras causas de muerte en el ámbito nacional y también ausentes entre las primeras causas en la población de menos de 69% de HLI y en el resto de la población. También aparece en la población de 70% y más de HLI el cáncer de mama, suicidios y tuberculosis, que no aparecen en el ámbito nacional; en los tres grupos encontramos como causas de muerte la cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado.

Feminicidio²⁰ es la primera causa de muerte de todos los grupos de mujeres en Guerrero con tasas mucho más elevadas que el promedio nacional, que van desde cinco veces más en el caso de las mujeres que habitan en municipios de más 70% de HLI y de 2.5 veces más en el caso de las de los municipios de 40% a 69% HLI. El VIH/Sida aparece en el tercer lugar como causa de muerte en los municipios de más de 70% de HLI. Hemorragia obstétrica como una causa específica de las causas maternas se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte, igual que en el promedio nacional.

En el caso de Oaxaca la primera causa de muerte en los tres grupos de mujeres es la diabetes, pero llama la atención que aquellas que habitan en municipios con más de 70% de HLI la tasa sea mucho mayor que la del promedio nacional. En Guerrero y Chiapas la tasa por este padecimiento es menor que la media nacional para los HLI y que en el resto de la población. La cirrosis aparece, al igual que en Chiapas y Guerrero, como una de las principales causas de muerte en mujeres. Por otro lado, sobresale la presencia de tumores de mama entre mujeres indígenas de Oaxaca que no aparece en el promedio nacional. La leucemia está presente en los tres grupos de mujeres estudiados en Oaxaca y no se encuentra entre las primeras diez causas de muertes ni en Guerrero ni en Chiapas, pero en estos estados la hemorragia obstétrica está presente como tercera y octava causa de muerte en las mujeres que viven en municipios de más de 70% de HLI (Anexo 1, Tablas 1.13, 1.14 y 1.15).

Para 2014, en el caso de Oaxaca hombres y mujeres comparten diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, accidentes de vehículo, homicidios, enfermedades isquémicas del corazón enfermedades cerebro vasculares epilepsia, leucemia. Para Guerrero homicidios, VIH/Sida, Diabetes mellitus, enfermedades del corazón, accidentes, cirrosis y anemia. En el caso de Chiapas destacan, enfermedades infecciosas intestinales, diabetes mellitus, infecciones respiratorias, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis hepática, homicidios, suicidios y tuberculosis (Anexo 1, Tabla 1.16, 1.17 y 1.18).

²⁰ En este apartado definimos feminicidio como las agresiones y muertes violentas en mujeres (homicidios).

Un análisis más específico entre mujeres de diferentes entidades y grupos indígenas muestra que éstas no son homogéneas y que difieren del promedio nacional. Las causas que más llaman la atención son la cirrosis hepática, presente en Oaxaca, Chiapas y Guerrero; el VIH/Sida en Guerrero, pero ausente en Oaxaca y Chiapas; las enfermedades gastrointestinales presentes en Chiapas; o los tumores de mama registrados en Guerrero y Oaxaca que no se encuentra en el promedio nacional entre las primeras diez causas de muerte entre las mujeres que habitan en municipios con HLI de 70% y más.

Puede reconocerse que los municipios con más de 40% de HLI presentan las mayores tasas de muertes maternas; entre cinco y nueve veces más en el caso de Guerrero o de cuatro a dos veces más en Chiapas, si se comparan con las que habitan en municipios con menor proporción de población indígena. En este caso debe aclararse que la mayoría de las causas son evitables, en la medida que, como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), las soluciones para prevenir o tratar las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio son conocidas y algunas de ellas de bajo costo. La mortalidad materna pone a prueba la capacidad del sistema de salud para dar respuesta oportuna. Por ejemplo, las hemorragias obstétricas graves deben ser atendidas por personal calificado a menos de dos horas de iniciadas.

Una medida sencilla como la aplicación de oxitocina inmediatamente después del parto reduce notablemente el riesgo de eventos hemorrágicos. Las infecciones tras el parto pueden prevenirse con el tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual en el curso de la atención prenatal, evitando los partos prolongados, con una buena higiene durante la atención del parto, omitiendo los tactos vaginales repetidos durante la labor y brindando tratamiento adecuado con antibióticos ante los signos tempranos de infección. La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia). La disponibilidad de profesionales sanitarios entrenados en un servicio médico adecuado y con los insumos necesarios (como sangre y sus derivados, antibióticos y antihipertensivos) aseguraría que las mujeres no fallecieran durante la

maternidad. Es por ello que las causas de mortalidad materna denominadas directas son consideradas prevenibles.²¹

Acceso a los servicios de salud

Las diferencias que se observan entre mujeres y hombres indígenas frente al resto de la población en cuanto a mortalidad por enfermedades gastrointestinales están muy relacionadas con la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud. Causas de muerte como gastroenteritis en adultos y enfermedades respiratorias bajas denotan problemas no solo en las condiciones de vida y de vivienda, sino de aceptabilidad y accesibilidad de los servicios de salud.

Esta limitación se refleja en el hecho de que entre 45.0% y 54.6% de la población que vive en municipios con 40% y más de HLI mueren en sus hogares, a diferencia del 31.1% en el resto de los municipios (Tabla 5). Estas diferencias son más profundas si consideramos entidades federativas particulares; por ejemplo, en Chiapas el 78.0% de las mujeres que habitan en municipios con 70% de HLI y más mueren en su hogar, en Oaxaca el 57.4% y en el caso de Guerrero el 49.0%, porcentajes más elevados que el promedio nacional (Anexo 1, Tabla 1.19).

Tabla 5. Porcentaje de defunciones de mujeres de 15 a 49 años según sitio de defunción y población indígena, México, 2014

Sitio de defunción	40% a 69% de HLI	40 a 69% de HLI	Resto de la población
Unidad Medica	45.1	35.2	56.4
Vía Pública	4.9	4.1	6.4
Hogar	45.0	54.6	31.1
Otro Lugar	2.5	2.6	3.9
Se Ignora	2.6	3.6	2.1
Total general	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ochoa y Freyermuth (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2014 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud [Consulta: 16 de agosto de 2016].

²¹ Al respecto véase la nota descriptiva sobre mortalidad materna de la OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> [Consulta: 28 de diciembre de 2015].

Este pobre acceso a los servicios de salud está condicionado también por la ubicación de los municipios indígenas. Entre 74.0% y 89.0% de las mujeres que fallecieron en municipios predominantemente indígenas lo hicieron en localidades rurales menores de 15 000 habitantes, porcentaje que se eleva en Chiapas (97.4%), Oaxaca (90.8%) y Guerrero (85.4%). En el caso del resto de las mujeres, el 30.0% murió en este tipo de asentamientos (Tabla 6), cifra que nuevamente muestra un incremento importante en Chiapas, Oaxaca y Guerrero con 58.6%, 58.6% y 42.0%, respectivamente (Tablas 6 y 7). Una situación similar se puede reconocer en la distribución de los fallecimientos en las localidades rurales de menos de 2 500 habitantes (Anexo 1, Tabla 1.20). Además, el 25.0% de las muertes de mujeres en municipios con 70% y más de HLI se presentaron en los 100 municipios de menor IDH.

Tabla 6. Porcentaje de defunciones de mujeres de 15 a 49 años, según localidad de residencia menor a 15 000 habitantes y municipios con población indígena, México, 2014

Zona de residencia menor 15 000 Habitantes	70% o más de HLI	40 a 69% de HLI	Resto de la población
Rural menor de 15 000 habitantes	89.3	74.2	30.0
Urbana de 15 000 habitantes en adelante	9.5	24.7	68.8
No especificado	1.2	1.2	1.2
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ochoa y Freyermuth (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2014 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud [Consulta: 16 de agosto de 2016].

Tabla 7. Porcentaje de defunciones de hombres de 15 a 49 años, según localidad de residencia menor a 15 000 habitantes y municipios con población indígena, México, 2014

Zona de residencia menor 15 000 Habitantes	70% o más de HLI	40 a 69% de HLI	Resto de la población
Rural menor de 15 000 habitantes	87.1	72.4	31.0
Urbana de 15 000 habitantes en adelante	10.9	25.6	66.1
No especificado	2.0	2.1	2.8
Total general	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ochoa y Freyermuth (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2014 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud [Consulta: 16 de agosto de 2016].

La pregunta que surge es ¿por qué si en los últimos años se ha tenido un incremento importante de afiliación al Seguro Popular en poblaciones indígenas y aún más en mujeres, los perfiles epidemiológicos siguen mostrando rezagos a través de la presencia de enfermedades prevenibles? Parte de las respuestas se encuentran en los rezagos en educación y vivienda que han sido descritos en un apartado inicial de este capítulo, pero también es posible que la afiliación de los servicios de salud no esté asegurando el acceso efectivo a los mismos sea porque estos no están disponibles, no tienen la calidad que se requiere o carecen de capacidad resolutive.

El análisis de los recursos disponibles para esta población muestra que existen casi dos quirófanos para cada 100 000 pobladores indígenas, así como el número más reducido de camas por habitante, con 31. Las diferencias de recursos de salud entre los municipios con población indígenas y en donde no existe población indígena son enormes (Tabla 8).

Tabla 8. Recursos para la atención a la salud, según municipios con población indígena, México, 2015

Tipo de recurso	Población indígena dispersa	Población con presencia indígena	Población indígena 40% y más de HLI	Sin población indígena	No hay datos	Total general
Población total	43 744 290	66 622 111	9 007 321	53 785	103 246	119 530 753
Consultorios	72.83	55.26	62.29	377.43	88.14	62.39
Camas de hospitalización	64.61	86.75	31.31	336.53	117.20	74.61
Camas en área diferente a hospitalización	57.38	44.09	57.41	342.10	38.74	50.09
Médicos generales y especialistas en unidades médicas	132.48	139.88	86.16	669.33	95.89	133.32
Personal profesional	44.90	61.54	14.44	217.53	17.43	51.93
Personal técnico	52.54	66.27	36.51	375.57	67.80	59.14
Número de Quirófanos	3.26	3.60	1.88	13.01	5.81	3.35

Nota: Tasa por cada 100 000 mil habitantes.

Fuente: Freyermuth (2016) con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI, y la base de Recursos Humanos, Físicos, Materiales y Financieros, Sectorial (SINAIS) 2012-2014, plataforma [Consulta: 16 de agosto de 2016].

Causas de muerte de las mujeres. La interseccionalidad de los determinantes sociales

Para el análisis de la interseccionalidad de las condiciones que determinan un mayor grado de vulnerabilidad, se elaboraron tablas de contingencia que cruzan el porcentaje de población de HLI con el IDH, y el comportamiento de cinco causas de muerte seleccionadas, cuatro de ellas situadas entre las primeras causas de defunción de mujeres y otra que implica el vivir en condiciones que violan los derechos humanos, las muertes causadas por desnutrición y las deficiencias nutricionales. Para el análisis de interseccionalidad se dividió a la población HLI en dos categorías: 40% y más HLI y menos de 40% de HLI.

Cuando se analiza la variable *defunciones* en municipios con HLI de más del 40% frente al resto de los municipios y su intersección con el IDH en cuatro categorías (bajo, medio bajo, medio alto y alto), el primer aspecto que llama la atención es que ningún municipio con más de 40% de HLI se ubica en la categoría de IDH alto, lo mismo ocurre en Chiapas y Guerrero. En el caso de Oaxaca sí hay municipios en la categoría IDH alto. Se puede reconocer que, en términos generales, a un menor IDH corresponden tasas más elevadas de mortalidad.

La conjunción de estos determinantes amplía las brechas entre las mujeres de municipios con 40% y más de HLI y las de menos de 40% del resto de los municipios; es el caso de los homicidios que, mediante una mirada a través de la categoría HLI solamente (Tabla 4), revela que las mujeres indígenas están menos expuestas a esta causa de muerte. Sin embargo, cuando se considera el IDH se identifica una diferencia cuatro veces mayor entre las mujeres de 40% y más de HLI que habitan en municipios con IDH bajo, frente al resto de las mujeres habitantes también de municipios con IDH bajo (Tabla 9). De la misma manera se incrementa la brecha entre estos grupos por causas de mortalidad materna en dos veces.

Con este tipo de análisis puede reconocerse que las mujeres que viven en municipios con IDH bajo y con menos del 40% de HLI, tienen 48.0% más riesgo de morir por diabetes y del doble cuando padecen cáncer cervicouterino (CaCu), nefritis y nefrosis. También podemos identificar que en aquellos padecimientos que requieren de una atención

expedita y oportuna, como el caso de los homicidios, enfermedades isquémicas del corazón o infecciones respiratorias bajas, el IDH juega un papel importante en su distribución cuando se trata de población HLI (Tabla 9).

En el caso de Chiapas es evidente que ser indígena y vivir en municipios con IDH bajo incrementa enormemente la probabilidad de morir; esto se reconoce en la cirrosis cuyo el riesgo es del doble, en las infecciones respiratorias bajas en las que las mujeres que habitan en municipios IDH bajo tienen tres veces más riesgo de morir que las que habitan en municipios con un IDH medio alto. El caso de enfermedades gastrointestinales pone de manifiesto el riesgo de morir por esta causa vinculada con los determinantes sociales, en las que el riesgo a morir es casi 15 veces mayor (Anexo 1, Tabla 1.23).

Tabla 9. Tasa de defunción de mujeres de 15 a 49 años según IDH y municipios con población hablante de lengua indígena, México, 2013

Municipios	IDH	Tumor maligno del cuello del útero	Diabetes mellitus	Homicidios	Embarazo, parto y puerperio	Neumonía e influenza	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
40% y más de HLI	Bajo	3.5	7.6	6.4	10.5	2.9	1.7
	Medio bajo	3.3	11.2	3.8	5.7	2.4	2.1
	Medio alto	2.6	11.3	3.3	3.2	2.2	1.4
	Alto	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Menos del 40% de HLI	Bajo	0.0	14.6	1.8	3.7	0.0	1.8
	Medio bajo	3.5	11.00	4.6	3.4	1.7	0.8
	Medio alto	3.6	10.1	5.8	2.3	2.2	0.5
	Alto	2.9	7.6	5.0	1.7	2.2	0.3

Nota: Tasa por cada 100 000 mil habitantes.

Fuente: Freyermuth y Gómez (2015) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud [Consulta: 16 diciembre de 2015].

En el caso de Guerrero, las mujeres que habitan en municipios con IDH bajo tienen el doble de riesgo de morir por homicidios que las que habitan en el medio bajo. Esta tendencia es similar para enfermedades isquémicas del corazón, el VIH/Sida y el CaCu. Los padecimientos que no siguen esta tendencia son la hemorragia obstétrica, la diabetes y los accidentes. Estos diferenciales no son tan claros en las mujeres que habitan en

municipios con menor proporción de HLI (Anexo 1, Tabla 1.23). Lo mismo ocurre en Oaxaca, en donde existe el doble de riesgo de morir por homicidios, cáncer de mama (Ca Ma) y enfermedades isquémicas del corazón (Anexo 1, Tabla 1.24).

Conclusiones

La multiculturalidad en México no sólo refleja las variantes lingüísticas sino también formas diferenciales de enfermar y morir. En los últimos años disminuyeron las brechas entre la población indígena y no indígena, sin embargo, el rezago educativo persiste y este es más profundo en el caso de las mujeres (EIC, 2015). El analfabetismo en la tercera parte de las mujeres indígenas de Oaxaca, Chiapas y Guerrero prevalece. El 71.0% de las mujeres indígenas no cuenta con educación básica completa. Esto, como se verá a lo largo de este documento, es determinante en la sobrevivencia de las mujeres y de sus hijos. En Guerrero casi la cuarta parte de la población HLI carece de agua en la vivienda y casi una tercera parte tiene piso de tierra, estas condiciones no favorecen la disminución de las enfermedades gastrointestinales.

Diez millones de mexicanos carecían de un sistema de protección a la salud en 1990. Este aspecto se ha ido remontando, actualmente en la afiliación al Seguro Popular se ha privilegiado a la PHLI, por ello solamente el 15.1% de la PHLI no cuenta con ningún sistema de protección a diferencia del 17.4% de la población general, es el único indicador en el que los HLI tienen un rezago menor que el promedio nacional (INEGI, 2015). Sin embargo, las tasas de mortalidad de las mujeres son mayores en población con 70% y más de HLI con respecto al resto de las mujeres, presentando un riesgo de morir de 35.0% más que el resto de las mexicanas.

El perfil epidemiológico es muy similar entre las mujeres indígenas y no indígenas, no así la magnitud del mismo. Es decir, el riesgo de morir es mayor en este grupo poblacional, siendo la diabetes y la cirrosis las principales causas. Aunque en el promedio nacional la mortalidad materna no aparece como una de las primeras causas de muerte, ésta persiste en Chiapas y Guerrero, específicamente como hemorragia obstétrica, problema de salud que requiere de atención de calidad y con hospitales resolutivos para su atención de manera expedita y oportuna.

Frente a este rezago estructural se han generado mecanismos que limitadamente remontan los problemas de acceso a servicios de salud tanto para las mujeres como para los hombres indígenas. De acuerdo con las características descritas, puede reconocerse que, si bien es cierto que las brechas entre mujeres indígenas y no indígenas se han estrechado, aún persisten condiciones desfavorables de salud que se evidencian de mejor forma cuando se analiza la intersección de determinantes sociales. Es decir, vivir en municipios HLI y además con un IDH bajo pone en relieve las desigualdades entre mujeres mexicanas.

La descripción de las causas de muertes y su distribución sugieren que la violación del derecho a la salud en las mujeres indígenas está relacionada con la falta de acceso a servicios de calidad, oportunos y con capacidad resolutive. La diferencia en el lugar de muerte de estas mujeres y de la afiliación a un seguro médico o de seguridad social podría estar relacionada con estas diferencias. Dicho rezago sugiere que el número de afiliaciones no es suficiente si se tiene un alcance limitado a los servicios de salud con capacidades resolutivas, por ello la sobrevivencia de estas mujeres es menor inclusive en padecimientos que no aparecen entre las primeras causas de muerte en el ámbito nacional.

Lo anterior puede estar determinado por condiciones de vivienda deficientes, rezago educativo, falta de acceso a estos servicios, la oportunidad de la atención o la negligencia durante una urgencia médica. En las diferentes secciones de este trabajo podrá reconocerse cuáles son los problemas de acceso de las mujeres indígenas en casos específicos de búsqueda de atención.



Foto: Gabriela Gil Veloz



Capítulo

Cobertura, disponibilidad de recursos y acceso a servicios de la atención a la salud de mujeres en tres regiones indígenas: Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y el Nayar

*Sergio Meneses Navarro, Blanca Pelcastre Villafruerte,
Marisol Vega Macedo*

Presentación

Estudiar las regiones indígenas permite analizar los rezagos y las desigualdades (innecesarias y evitables) que separan a estas poblaciones del resto de los habitantes del país, así como los factores que los determinan. Algunos de los indicadores más elocuentes de las inequidades en salud son los de la esperanza de vida al nacimiento (EVN), mortalidad materna (MM) y mortalidad infantil (MI). Estos indicadores resumen y expresan el estado de las condiciones de bienestar, desigualdad y la garantía de los derechos humanos que determinan la duración y calidad de vida de las personas o grupos sociales diferenciados, o la muerte en edades tempranas y por causas generalmente evitables, como las que ocurren en la infancia, el embarazo, parto o puerperio. Pero además de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen, un determinante de la salud de las poblaciones es la respuesta del sistema de salud para atenderlas.

En este capítulo se analizan los casos de tres regiones indígenas que concentran los peores indicadores de EVN, MM y MI: La Montaña de Guerrero, la Sierra Tarahumara de Chihuahua y El Nayar de Nayarit (Mapas 1, 2 y 3). El análisis se enfoca en algunos elementos del sistema de salud necesarios para la garantía del derecho a la protección a la salud de las mujeres indígenas: la cobertura en salud, disponibilidad de recursos, acceso a los servicios y la calidad de la atención de los servicios obstétricos. Se pone énfasis en la salud de las mujeres indígenas toda vez que son ellas quienes experimentan aún mayores barreras para el acceso a los servicios debido a las desigualdades de género sobrepuestas al resto de las desigualdades sociales, incluyendo las que se sustentan en la diferencia étnica y de clase.

Se subraya el indicador de muerte materna debido a que resume y expresa el estado de los determinantes de la salud, las desigualdades y la garantía del ejercicio del derecho a la salud. Finalmente, la cesárea innecesaria es un indicador aproximado de los problemas de calidad de la atención a las mujeres indígenas, incluyendo también los derechos a la protección de la integridad de las personas y al trato digno. Enseguida se presentan algunos antecedentes de las regiones de estudio.

Antecedentes

La Montaña de Guerrero

Guerrero se ubica en la costa sur del pacífico mexicano (Mapa 1). En el 2015 registró el segundo promedio más bajo de EVN del país con 72.9 años (sólo Chiapas tuvo una peor EVN), cuatro años menos que la entidad federativa con mejor EVN, Nuevo León con 76.4 años y dos años detrás de la media nacional (74.9 años). En el 2013 ocupó el tercer lugar con el promedio más alto de muertes maternas, con una razón de 59.4 mujeres que fallecieron por alguna causa relacionada con la maternidad por cada 100 000 nacidos registrados, muy lejos de la entidad con mejor resultado, Nuevo León con 14.8 muertes por cada 100 000 nacidos, y de la media nacional, 38.2 muertes por 100 000. Ese mismo año, Guerrero ocupó el cuarto lugar nacional en tasa de mortalidad infantil registrada con 14.7 muertes por cada 1 000 niños menores de un año, que representa una diferencia de cinco muertes por cada 1 000 menores de un año comparado con el estado de Nuevo León (9.4) (INEGI, 2016).

Mapa 1. Región de La Montaña, Guerrero



Fuente: Freyermuth y Gómez, 2016 con base en INEGI, 2010.

Guerrero tiene 81 municipios, 19 de los cuales se ubican en la región de La Montaña (Tabla 10) en el extremo oriental del estado, colindando con el sur de Puebla, la

mixteca Oaxaqueña, y la Costa Chica de Guerrero (Mapa 1). Los 19 municipios que conforman La Montaña son Alcozauca de Guerrero, Alpayeca, Atlamajalcingo del Monte, Atlixnac, Copanatoyac, Cualác, Huamuxtitlán, Malinaltepec, Metlatónoc, Olinalá, Tlacoapa, Tlalixtaquilla de Maldonado, Tlapa de Comonfort, Xalpatláhuac, Xochihuehuetlán, Zapotitán Tablas, Acatepec, Cochoapa el Grande e Iliatenco.

Habitan en el estado 3 533 251 personas, 10.5% de ellas (369 821) en la región de La Montaña. El 15.3% de los guerrerenses (498 510 personas) son hablantes de alguna lengua indígena y la mayoría de ellos se concentra en La Montaña, donde siete de cada diez habitantes hablan alguna lengua indígena; por eso 15 de sus 19 municipios son considerados indígenas, al mismo tiempo que 14 de ellos se ubican como de muy alta marginación y tres de alta marginación (Tabla 10). De este modo, La Montaña es uno de los principales territorios indígenas del país y, al mismo tiempo, uno de los más pobres y marginados.

Otro indicador distintivo de rezago social es la incapacidad de leer y escribir. Para 2015, 14.7% de los hombres y 16.2% de las mujeres mayores de 12 años de Guerrero no sabían leer o escribir. Sin embargo, el 26.9% de los hombres y 33.0% de las mujeres en La Montaña eran analfabetas; uno de cada cuatro hombres y una de cada tres mujeres de La Montaña no pueden leer o escribir. Estos datos expresan la profundidad de las brechas sociales y exclusión en que viven particularmente las mujeres de esta región del país (Tabla 10).

Tabla 10. Rasgos sociodemográficos de Guerrero y región de La Montaña, 2015

Municipios		Guerrero		Región de La Montaña		Resto del estado	
		Número	%	Número	%	Número	%
		81	100.0	19	23.5	62	76.5
Grado de marginación	Muy alto	43	53.0	14	73.7	29	46.8
	Alto	18	22.0	3	15.8	15	24.2
	Medio	16	20.0	2	10.5	14	22.6
	Bajo	4	5.0	0	0.0	4	6.4
Clasificación de CDI	Indígena	24	29.6	15	78.9	9	14.5
	Con presencia indígena	9	11.1	0	0.0	9	14.5
	Con población indígena dispersa	48	59.3	4	21.0	44	71.0
Población	Total	3 533 251	100.0	369 821	10.5	3 163 430	89.5
	Hombres	1 699 059	48.1	177 132	47.1	1 521 927	48.2
	Mujeres	1 834 192	51.9	196 528	52.9	1 637 664	51.8
	HLI	498 510	15.3	338 957	70.8	159 553	7.7
Analfabetismo 15 años y más	En general	341 517	13.6	63 394	27.9	278 123	12.2
	En mujeres	210 340	16.2	40 806	33.0	169 534	13.7

Nota: La Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas clasifica a los municipios como indígenas si el 40% o más de su población es hablante de alguna lengua indígena (HLI), se auto adscriben como tales o habitan un hogar cuyo jefe o jefa de familia sea indígena. Los municipios con presencia indígena son aquellos en donde menos del 40% de la población es indígena por alguno de los criterios previamente señalados, pero en donde habitan más de 5 000 personas indígenas. Los municipios con población indígena dispersa son aquellos en los que menos del 40% del total de la población y menos de 5 000 personas se consideran indígenas, pero sí hay presencia indígena.

Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI [Consulta: 23 agosto de 2016].

La Sierra Tarahumara de Chihuahua

Localizado al norte del país, Chihuahua es el estado más extenso del territorio nacional (Mapa 2). La población total del estado es de 3 556 574 habitantes; 2.7% de la población habla alguna lengua indígena, siendo las principales el tarahumara, el tepehuano, guarojío y pima (Tabla 11).

Mapa 2. Región Sierra Tarahumara, Chihuahua



Fuente: Freyermuth y Gómez, 2016, con base en INEGI, 2010.

Chihuahua está conformado por 67 municipios, aproximadamente una cuarta parte de éstos se ubican en un nivel de rezago social alto y muy alto, y son habitados por población indígena. Doce de estos municipios al sur del estado, colindantes con Durango, Sinaloa y Sonora, corresponden a la llamada región de la Sierra Tarahumara: Balleza, Batopilas, Bocoyna, Carichí, Chínipas, Guachochi, Guadalupe y Calvo, Guazapares, Maguarichi, Morelos, Urique y Uruachi (Figura 2). Según datos de la Encuesta Intercensal 2015, la Tarahumara se encontraba habitada por 218 268 personas, la mayoría de ellas en condiciones de pobreza.

La comparación del indicador de alfabetismo entre la población que habita la Tarahumara y el resto de los chihuahuenses ejemplifica la magnitud de las brechas sociales: mientras que en la Tarahumara el 16.14% de la población mayor de 12 años no sabe leer ni escribir, solo el 2.6% del resto de los habitantes de Chihuahua son analfabetas, una desigualdad de ocho a uno (Tabla 11).

Tabla 11. Rasgos sociodemográficos de Chihuahua y región Tarahumara, 2015

Municipios		Chihuahua		Región Tarahumara		Resto del estado	
		Número	%	Número	%	Número	%
		67	100.0	12	17.9	55	82.1
Grado de marginación	Muy alto	11	16.4	11	91.7	0	0.0
	Alto	3	4.5	0	0.0	3	5.4
	Medio	12	17.9	1	8.3	11	20.0
	Bajo	41	61.2	0	0.0	41	74.5
Clasificación de CDI	Indígena	5	7.5	5	41.7	0	0.0
	Con presencia indígena	9	13.4	4	33.3	5	9.1
	Con población indígena dispersa	53	79.1	3	25.0	50	90.9
Población	Total	3 556 574	100.0	218 268	6.1	3 338 306	93.9
	Hombres	1 752 275	49.3	108 323	49.6	1 643 952	49.2
	Mujeres	1 804 299	50.7	109 945	50.4	1 694 354	50.7
	HLI	900 175	2.7	175 321	29.7	724 824	20.0
Analfabetismo 15 años y más	En general	664 197	2.6	23 210	16.1	640 987	2.1
	En mujeres	131 020	2.9	11 779	16.0	119 241	1.6

Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI [Consulta: 23 agosto de 2016].

El Nayar en Nayarit

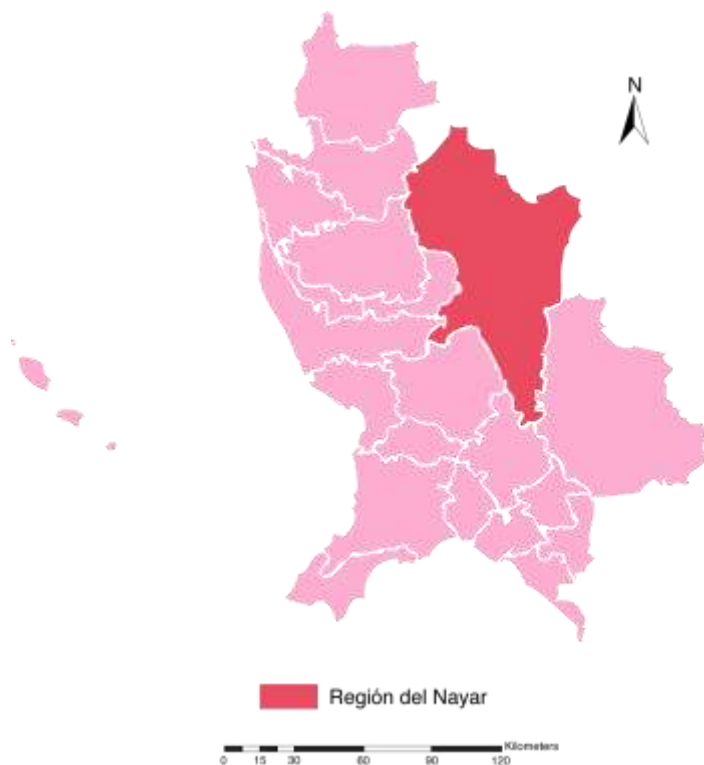
Nayarit está situado en la región occidente de la República Mexicana. Limita al norte con Durango y Sinaloa, al este y sur con Jalisco y al oeste con el Océano Pacífico. En tiempos prehispánicos fue asentamiento de grupos indígenas como los coras, huicholes, tepehuanos y mexicaneros, los cuales actualmente se asientan en las agrestes montañas de la región de El Nayar, en la cordillera de la Sierra Madre Occidental (Mapa 3).

La población se distribuye en 1 908 localidades organizadas en 20 municipios. La mayor parte de la población se concentra en la ciudad de Tepic, capital del estado, y Tuxpan, Santiago Ixcuintla, Tecuala, Acaponeta, Ixtlán del Río y Compostela. La región de El Nayar se localiza en la parte nororiental.

Es el municipio más grande, su superficie abarca 5 264.3 kilómetros cuadrados dispersos en las cañadas y montañas de la Sierra Madre. Es el territorio ancestral de los coras y huicholes y, en menor medida, de tepehuanos y mexicaneros. Su asentamiento en esas montañas de difícil acceso permitió a estos grupos étnicos mantener cierta independencia y apartamiento geográfico de la sociedad dominante mestiza del estado y el país, si bien con constantes fricciones, sobre todo a lo largo del siglo XIX.

Las lenguas predominantes son el cora y huichol. El 78. 8% de la población de la región habla alguna de estas dos lenguas indígenas, además de tepehuano, náhuatl y mazahua en menor medida. El municipio de El Nayar tiene un total de 525 localidades, ninguna de las cuales supera los 2 500 habitantes, por lo que todas son consideradas rurales, muestra de la gran dispersión poblacional que existe en el municipio. La localidad que concentra la mayor población es la cabecera municipal Jesús María, que para 2015 contaba con cerca de 2 390 habitantes.

Mapa 3. Región El Nayar, Nayarit



Fuente: Freyermuth y Gómez, 2016 con base en INEGI, 2010.

La región cultural del Gran Nayar se conforma por municipios también de otros estados (Zacatecas, Durango y Jalisco, además de Nayarit). El estado tiene 1 181 050 habitantes, 3.59% de ellos (42 514) en la región de El Nayar. El 5.4% de los nayaritas (61 460 personas) son hablantes de alguna lengua indígena, la mayoría se concentra en la región de El Nayar, donde el 88.1% habla alguna lengua indígena. El Nayar es considerado un municipio indígena, al mismo tiempo que se clasifica como de muy alta marginación (Tabla 13). De este modo, El Nayar representa una de las principales regiones indígenas tradicionales en el occidente del país.

El indicador de alfabetismo muestra las brechas sociales que existen entre los indígenas de la región y el resto de la población del estado. Para 2015, 5.0% de la población general y 5.8% de las mujeres mayores de 12 años de Nayarit no sabían leer o escribir. Sin embargo, el 29.9% de la población en general y 30.1% de las mujeres en la región de El Nayar eran analfabetas (Tabla 12).

Tabla 12. Rasgos sociodemográficos de Nayarit y región El Nayar, 2015

Municipios		Nayarit		Región El Nayar		Resto del estado	
		Número	%	Número	%	Número	%
		20	100.0	1	5.0	19	95.0
Grado de marginación	Muy alto	3	15.0	1	100.0	2	10.5
	Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Medio	8	40.0	0	0.0	8	42.1
	Bajo	5	25.0	0	0.0	5	26.3
	Muy bajo	4	20.0	0	0.0	4	21.0
Clasificación de CDI	Indígena	2	10.0	1	100.0	1	5.3
	Con presencia indígena	1	5.0	0	0.0	1	5.3
	Con población indígena dispersa	17	85.0	0	0.0	17	89.5
Población	Total	1 181 050	100.0	42 514	3.6	1 138 536	96.4
	Hombres	586 000	49.6	21 219	49.9	564 781	49.6
	Mujeres	595 050	50.4	21 295	50.1	573 755	50.4
	HLI	61 460	5.4	33 640	88.1	27 820	2.4
Analfabetismo 15 años y más	En general	42 220	5.0	6 833	29.9	35 387	3.2
	En mujeres	21532	5.8	7150	30.1	14382	4.1

Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI [Consulta: 23 agosto de 2016].

Pobreza e ingreso en tres regiones indígenas

En las tres regiones indígenas en que se analiza la pobreza, ésta es un rasgo característico. La Tabla 13 presenta porcentajes al respecto y el ingreso corriente total por persona mensual en general, así como para hombres y mujeres, hablantes o no hablantes de alguna lengua indígena, en las tres regiones para el año 2010 (Tabla 13).²²

Tabla 13. Pobreza e ingreso corriente total por persona mensual en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2010

Pobreza e ingresos		Guerrero	La Montaña	Chihuahua	Tarahumara	Nayarit	El Nayar
Porcentaje de población en pobreza		67.6	86.4	39.2	85.5	41.3	91.6
Porcentaje de población en pobreza extrema		31.6	55.8	6.6	43.3	8.2	61.6
Ingreso corriente total por persona mensual ¹	General	1 157.1	825.2	1 965.0	890.0	1 940.0	657.0
	Hombres	1 163.8	830.5	1 978.0	895.0	1 957.0	662.0
	Mujeres	1 151.9	821.5	1 951.0	886.0	1 923.0	653.0
	HLI ²	812.9	699.6	1 189.0	602.0	615.0	616.0
	No HLI ²	1 304.9	1 192.7	2 041.0	1102.0	2 004.0	1010.0

Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en CONEVAL, 2010, base Medición de la pobreza por estados y municipios 2010 y base de Ingreso corriente promedio según sexo y condición étnica en los municipios de México 2010 [Consulta: 12 de agosto de 2016].

¹ En pesos de agosto de 2010.

² Hablantes de lengua indígena.

Si bien Guerrero se identifica por la pobreza, 67.5% de los guerrerenses se encuentran en esta condición, la situación se agudiza notablemente en La Montaña, donde nueve de cada diez habitantes son pobres. Este porcentaje se equipara al de la Tarahumara y El Nayar, donde 85.5% y 91.6% se encuentran en dicha condición, respectivamente.

El indicador de pobreza extrema revela la honda profundidad de las brechas sociales; 55.8% de las personas en La Montaña, 43.3% en la Tarahumara y 61.6% en El Nayar se encuentran por debajo de la línea del bienestar mínimo, lo que significa que no

²² Este dato no se actualizó con la información de la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI por parte del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) debido que para su estimación se requieren también los datos proporcionados por el Modulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares y al momento de la elaboración del presente documento datos no estaba aún disponible, de modo que la información que procede del Censo del año 2010 es la información más actual en la materia.

disponen de los medios para adquirir, por lo menos, los nutrientes necesarios que les permitan mantener una vida sana. Al comparar esta prevalencia con la media en los estados se identifica el nivel de la desigualdad; por ejemplo, en Chihuahua, la pobreza extrema de la Tarahumara es siete veces superior a la media estatal (Tabla 13).

En las tres regiones indígenas el ingreso mensual por persona es considerablemente más bajo que la media estatal, más para las mujeres y sobre todo para la población hablante de alguna lengua indígena. En Guerrero, el estado con mayor pobreza de los tres, registra un ingreso corriente per cápita al mes de \$1 157.1 pesos; sin embargo, en La Montaña el monto desciende a \$825.2, pero es de \$821.5 para las mujeres y de \$699.6 para los hablantes de lengua indígena, lo que da cuenta de desigualdades sistemáticas en el ingreso asociadas, sino es que fundamentadas por, el género y la pertenencia étnica en detrimento de mujeres e indígenas (Tabla 13).

Chihuahua y Nayarit son entidades federativas clasificadas con desarrollo humano alto. Su ingreso mensual general por persona es similar: \$1 965 para la primera y \$1 940 para la segunda. Sin embargo, nuevamente son elocuentes las desigualdades en el ingreso de la población indígena y las mujeres. En Chihuahua, la diferencia entre el ingreso general mensual promedio es de poco menos de la mitad para la población indígena de la Tarahumara, en comparación a la media estatal: \$890 contra \$1 965 pesos. En El Nayar la diferencia es mayor, de casi tres veces: \$657 pesos para los habitantes de la región contra \$1 940 que es la media del estado. En ambas regiones, además, las mujeres y sobre todo los indígenas perciben menor ingreso: \$602 pesos mensuales para los indígenas tarahumaras, \$616 pesos para los de El Nayar (Tabla 13).

Consideraciones metodológicas

Los datos sobre población, etnicidad y cobertura en salud del análisis descriptivo provienen de estimaciones propias de la Encuesta Intercensal 2015 (EIC, 2015). Se agregaron a partir de la información que conforman los municipios de las tres regiones indígenas tradicionales que se identificaron previamente en la sección de antecedentes.

La información sobre pobreza e ingreso corriente total por persona que presenta la Tabla 13 en la sección de antecedentes corresponde al 2010. Esto es así porque se trata de información procesada y presentada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en su Medición de la pobreza por estados y municipios de dicho año, que desagrega las cifras a nivel municipal y por pertenencia étnica. No se encuentran disponibles datos más actualizados a partir de las estimaciones de la Encuesta Intercensal debido a que para el cálculo de la pobreza e ingreso a nivel municipal se requiere además la información proporcionada por el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares que al momento de elaboración del presente documento aún no estaba disponible, razón por la cual no se presentan cifras de mayor actualidad en la materia.

Los datos de defunciones maternas se obtuvieron de la base de datos de defunciones de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría del ramo, disponible en la plataforma de cubos dinámicos. Esta información solo se encuentra disponible de forma definitiva para el periodo de 2002 a 2014 (por este motivo no se incluyen en el presente análisis las cifras referidas a 2015). Para la construcción de la razón de mortalidad materna se utilizó como numerador el número de defunciones maternas y como denominador a los nacidos vivos registrados para cada uno de los años en cuestión, obtenidos a partir de la base de datos del Sistema Nacional de Nacimientos (SINAC) multiplicados por 100 000 nacidos vivos registrados.

La información que se presenta en la Tabla 17 de este capítulo procede de la base de datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) que proporciona datos sobre los recursos con que posee el sector salud, incluyendo datos de las Secretarías de Salud Federal y de las entidades, así como de las instituciones de la seguridad social (Instituto Mexicano de Seguridad Social, IMSS, e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, entre otras) y del sector privado (en contraposición al Subsistema de Información en Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud, SINERHIAS, que sólo brinda información referida a la Secretaría de Salud Federal, SSA, y a los Servicios Estatales de Salud, SESA). La información más reciente corresponde al 2014. Para la construcción de la tasa de recursos del sistema de salud por 100 000

habitantes se utilizó como denominador la población estimada en cada entidad y región indígena respectiva en la Encuesta Intercensal 2015.

En la Tabla 18 se presenta la tasa de servicios de salud por cada 100 000 mujeres producidos en establecimientos de primer nivel de atención. La información respectiva procede del Sistema de Información en Salud (SIS) para el 2014, que corresponden a los datos más actuales. El SIS sólo recoge la productividad de la SSA y de los SESA, pero no incluye los del IMSS, ISSSTE ni IMSS-Prospera. Para la construcción de la tasa se utilizó como numerador la productividad bruta del 2014 y como denominador a la población de mujeres total estimada en la Encuesta Intercensal para 2015, multiplicado por 1 000. El nivel de desagregación es, igual que en los casos anteriores, estatal y en la región indígena de cada entidad federativa.

Finalmente, los datos de egresos hospitalarios que se presentan en las tablas 19, 20 y 21 provienen de la base de datos del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) de la Dirección General de Información de la SSA. Utiliza como numerador los egresos de acuerdo al municipio de residencia de las usuarias y como denominador el total de mujeres por municipio, agregados en las regiones indígenas y en el resto de la entidad. La tasa se expresa por cada 1 000 mujeres en la demarcación correspondiente.

Cobertura en salud y mortalidad materna en tres regiones indígenas

Cobertura en salud

La cobertura de un seguro de salud posibilita que las personas que lo necesiten reciban la atención médica respectiva de manera oportuna y con protección financiera. Cuando se trata de un seguro público, es decir, financiado con recursos preponderantemente de las finanzas de la hacienda del Estado, este mecanismo tiene el objetivo explícito de contribuir a proteger a las personas y familias ante la amenaza económica que representa la pérdida de la salud. En ese sentido radica la importancia del indicador de cobertura de la afiliación a un seguro público de salud más allá de la mera inscripción nominal.

En México existen tres principales seguros públicos de salud a los que puede afiliarse una persona y su familia. Los de la seguridad social asociada a la condición laboral, IMSS para los trabajadores del sector privado e ISSSTE para los empleados del Estado. A partir del 2004 existe un seguro público de salud dirigido a cualquier ciudadano que no esté afiliado a un seguro médico público en el marco de la seguridad social: el Seguro Popular (SP). Si bien en años recientes México ha avanzado en la cobertura de aseguramiento público de salud entre su población, aún hay rezagos entre las poblaciones con mayores necesidades en la materia, como es el caso de los indígenas de las tres regiones que se analizan en este capítulo.

Los datos de la Encuesta Intercensal señalan que para el 2015 el 9.5% de los habitantes de La Montaña de Guerrero, 11.8% de la Sierra Tarahumara y 27.1% de los de El Nayar no contaban aún con afiliación a algún seguro público que les permitiera hacer efectivo su derecho a la protección en salud, pero además bajo un mecanismo también de protección financiera. Sin embargo, las brechas en cobertura entre las regiones indígenas y el resto de las entidades han tendido a cerrarse, como lo muestra el caso de Chihuahua donde tanto en la Tarahumara como en el resto del estado permanece alrededor del 11.0% de la población sin afiliación o el caso de Guerrero en donde se ha avanzado notablemente en la afiliación de la población de La Montaña, incluso de manera más acelerada que para el resto del estado. No obstante, en el caso de El Nayar la brecha sigue siendo muy importante entre la afiliación de la población indígena de la región y el promedio en la entidad (Tabla 14).

Tabla 14. Porcentaje de cobertura de seguro público de salud en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2015

Institución	Guerrero	La Montaña	Chihuahua	Tarahumara	Nayarit	El Nayar
IMSS	13.7	0.5	56.6	9.0	38.9	8.6
ISSSTE	8.5	2.1	7.1	2.8	12.3	2.4
Seguro Popular	77.3	97.6	31.8	74.2	51.4	92.4
Sin seguro	19.5	9.5	11.1	11.8	16.1	27.1

Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI [Consulta: 23 agosto de 2016].

Otro dato revelador es la baja cobertura de la seguridad social laboral en las regiones indígenas. En el caso de La Montaña menos del 1.0% están afiliados al IMSS y menos del 3.0% al ISSSTE, en la Tarahumara menos del 10.0% cuentan con IMSS y menos del 3.0% con ISSSTE, y en El Nayar 8.6% tienen IMSS y 2.4% ISSSTE. Estos datos – acompañados a los previamente analizados con respecto al ingreso por persona- indican la muy baja presencia de trabajos asalariados en las regiones indígenas, lo que contribuye no sólo a perpetrar la pobreza y sus consecuencias funestas en la salud, sino también otras problemáticas sociales emergentes como la emigración, disgregación familiar y comunitaria, así como la presencia de actividades ilegales como el narcotráfico y diversas formas de violencia. De este modo, la baja afiliación a la seguridad social también apunta a la imperiosa necesidad de idear estrategias que permitan una mayor y mejor activación e inserción económica de los habitantes de estas regiones.

Mortalidad materna

La inmensa mayoría de las muertes de mujeres durante el embarazo, parto o los primeros días después del parto son evitables con intervenciones médicas probadas científicamente desde hace décadas y relativamente simples y de bajo costo (Campbell, 2006). La ocurrencia de muertes maternas sistemáticas es expresión de inequidades sociales estructurales persistentes que, sin embargo, son susceptibles de ser modificadas a través de la acción de políticas públicas.

No obstante, año tras año las regiones indígenas de La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar registran las más altas incidencias de muertes maternas, con razones muy por encima de la media de sus estados y del país (Tabla 15). La razón de mortalidad materna (RMM) es sistemáticamente más elevada en las regiones indígenas, duplicando o incluso cuadruplicando las magnitudes estatales.

Tabla 15. Razón de mortalidad materna en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2002-2014

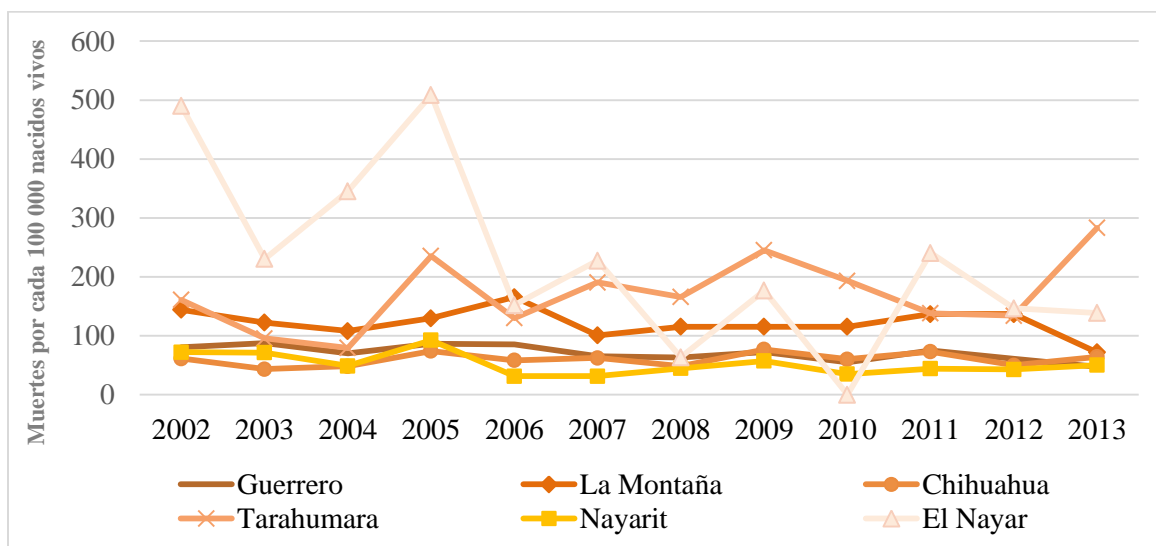
Estados y regiones	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Guerrero	80.3	87.3	70.3	86.3	85.3	65.2	63.2	72.3	55.2	75.3	61.2	47.2	44.2
La Montaña	144.1	122.5	108.1	129.7	165.7	100.9	115.3	115.3	115.3	136.9	136.9	72.0	57.6
Chihuahua	61.3	43.5	48.3	74.1	58.4	62.54	48.2	76.7	60.3	73.1	49.9	64.4	70.4
Tarahumara	161.0	95.6	79.5	235.3	130.0	190.7	166.0	245.2	193.4	138.3	134.2	283.1	299.7
Nayarit	72.2	71.3	48.8	92.6	31.5	31.6	44.9	57.4	35.1	44.3	43.0	50.2	32.0
El Nayar	490.5	230.4	345.3	508.9	152.1	227.5	63.5	176.9	0.0	240.5	146.5	138.8	92.5

Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en la base de datos de muertes maternas INEGI/SSA 2002-2014 y Nacimientos ocurridos SINAC 2002-2014 [Consulta: 15 de agosto de 2016].

Si bien desde principios de la primera década del siglo XXI se han implementado intervenciones específicas para reducir la muerte materna en el país y con especial énfasis en las regiones indígenas, incluyendo las que analiza el presente capítulo, debemos reconocer que sus resultados han sido insuficientes, a juzgar por el indicador de RMM. Si bien para la región de El Nayar parece identificarse una reducción constante y de gran magnitud de la RMM, particularmente a partir del 2005 y 2006 cuando se estableció un puente aéreo para traslado de emergencias obstétricas, en el resto de las regiones indígenas los avances han sido más modestos (Figura 2).

La RMM media de Nayarit pasó de 72.2 muertes por cada 100 000 nacidos vivos registrados en el 2002 a 50.2 en el 2013, es decir, una reducción de 22.0 unidades en 12 años. Al mismo tiempo la reducción en El Nayar pasó de 490.5 a 138.8 en el mismo periodo (Tabla 15). El estado de Guerrero también registró una disminución notoria de la muerte materna al pasar de 80.3 en el 2002 a 47.2 en el 2013. Al tiempo que en la región de La Montaña tuvo una disminución de 72.0 muertes entre el 2002 y el 2013 al pasar de una RMM de 144.1 a 72.0, respectivamente. Sin embargo, si se analiza la tendencia de muertes año con año en La Montaña puede observarse que continúa registrando un volumen muy alto de muertes maternas que llevan a cuestionar que el resultado del 2013 corresponda realmente a un impacto de los esfuerzos dirigidos a la disminución de la muerte materna a través de la respuesta específica del sistema de salud en la región (Figura 2).

Figura 2. Razón de mortalidad materna en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2002-2013



Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en la base de datos de muertes maternas INEGI/SSA 2002-2013 y Nacimientos ocurridos 2002-2013, SINAC [Consulta: 15 de agosto de 2016].

En Chihuahua la reducción de la muerte materna se estancó. En el 2002 la RMM era de 61.3 y en 2013 es de 64.4. Las muertes maternas ocurren principalmente en la región Tarahumara. Entre el 2002 y 2013 ocurrieron 542 muertes maternas en la entidad, 198 de ellas en la Tarahumara (lo que equivale a una razón de 166.7 para todo el periodo), además de que el 27.0% ocurrieron sin atención médica (la media estatal fue de 12.7%) y en uno de cada tres casos la muerte acaeció en el hogar (contra 2 de cada 10 que es la media del estado) (Tabla 16). De este modo, si enfocamos el análisis en esta región indígena podemos identificar que, lejos de disminuir, la muerte materna se ha incrementado (Tabla 15, Figura 2). Cabe plantear la pregunta de por qué después de más de tres lustros de políticas e intervenciones dirigidas específicamente a la reducción de la muerte materna en la región indígena de la Tarahumara no se ha conseguido su reducción. En este sentido, es conveniente el planteamiento de investigaciones específicas que contribuyan a responder esta pregunta. Durante algunos recorridos de campo en municipios y comunidades de la Tarahumara, el personal de salud en posiciones directivas tanto a nivel estatal como jurisdiccional y en el ámbito operativo nos comentaron con asiduidad que a partir de mediados de la primera década del siglo XXI y hasta ese momento (2014), uno de los factores que impedía el correcto desempeño de las redes de servicios de salud era la amenaza creciente del crimen organizado en la región, de modo que varios centros de salud

y caravanas móviles se mantenían por semanas o meses inactivas y sin personal de salud. Sin embargo, aunque estos señalamientos aparecían reiteradamente en los discursos que apuntaban a explicar la elevada presencia de muerte materna, consideramos que el fenómeno requiere de un análisis más profundo.

Tabla 16. Mortalidad materna. Mujeres que recibieron atención médica y mujeres que fallecieron en el hogar o vía pública, en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2002-2013

Mortalidad Materna	Guerrero	La Montaña	Chihuahua	Tarahumara	Nayarit	El Nayar
Número	845	203	542	198	138	48
Razón de mortalidad materna	65.7	112.7	59.9	166.7	51.6	209.2
Sin atención médica (porcentaje)	25.1	34.5	12.7	27.3	26.1	47.9
Ocurrieron en el hogar o vía pública (porcentaje)	34.8	45.3	19.2	32.8	29.7	56.3

Nota: La razón de mortalidad materna está expresada como número de muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos registrados SINAC.

Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en la base de datos de muertes maternas INEGI/SSA 2002-2013 y Nacimientos ocurridos 2002-2013, SINAC [Consulta: 15 de agosto de 2016].

Entre el 2002 y 2013 ocurrieron 845 muertes maternas en el estado de Guerrero con una RMM promedio de 65.7 muertes por cada 100 000 nacidos vivos; 24.0% de ellas ocurrieron en La Montaña –aunque ahí solo habita el 10.7% de la población guerrerense– con una RMM de 112.7 por cada 100 000 nacidos vivos. Una de cada cuatro muertes maternas en el estado en este periodo no recibió atención médica, mientras que en la región de La Montaña fue una de cada tres (34.4%). Muy probablemente estas muertes pudieron evitarse si hubieran recibido la atención médica oportuna a la que las mujeres tienen derecho como lo señalan las leyes del país, empezando por la Constitución. Más aún, en el mismo periodo 35.0% de las muertes maternas del estado y casi la mitad en La Montaña ocurrieron en el hogar o la vía pública, sin contacto con los establecimientos del sistema de salud (Tabla 16). Con una alta probabilidad, la muerte de estas 294 mujeres pudo ser evitada si hubieran tenido la oportunidad de acceder a los servicios de salud donde les brindaran los cuidados obstétricos esenciales. Este dato pone en evidencia la necesidad de aumentar los esfuerzos para garantizar el acceso efectivo a los servicios obstétricos para las

mujeres en general y particularmente para las indígenas, quienes enfrentan más barreras económicas, geográficas y culturales.

En el mismo periodo (2002-2013), en Nayarit ocurrieron 138 muertes maternas, 35.0% de ellas en la región de El Nayar (48 muertes), en donde habita sólo el 3.2% de la población del estado. De este modo queda en evidencia la muy alta concentración de estas muertes en la región indígena. Una de cada cuatro muertes maternas en el estado en dicho periodo no recibió atención médica y uno de cada tres decesos ocurrió en el hogar o vía pública, mientras que en El Nayar una de cada dos mujeres que fallecieron no contaron con dicha atención y en el 56.0% de los casos la muerte acaeció en el hogar, datos que de nueva cuenta ilustran las brechas para el acceso a servicios médicos entre estos sectores poblacionales (Tabla 16). A partir del reconocimiento de esta circunstancia, en parte determinada por la agreste geografía de la región serrana de El Nayar, a finales de la primera década del siglo XXI el gobierno del estado estableció un puente aéreo para el traslado de emergencias médicas, principalmente obstétricas, con el propósito explícito de mejorar el acceso de las mujeres indígenas a la atención obstétrica de emergencia que pudiera evitar las injustas muertes durante la maternidad. A juzgar por los resultados, se han obtenido avances en la materia.

Servicios de salud y utilización de servicios hospitalarios por mujeres en tres regiones indígenas

La Tabla 18 presenta algunos recursos del sistema de salud en tasas por 10 000 habitantes en las regiones indígenas de interés. Corresponden a los consultorios totales y de la seguridad social y de los servicios que ofrecen las secretarías de salud estatales; las camas de hospital, personal médico y de enfermería en contacto con pacientes. Como se observa, en La Montaña de Guerrero los recursos de la seguridad social son prácticamente inexistentes, pero sí se encuentran presentes de un modo muy importante en la Tarahumara y El Nayar, a pesar de que, como vimos previamente, en esas regiones no hay un volumen importante de personas afiliadas a la seguridad social. Este efecto se explica por la presencia del programa IMSS-Prospera²³ en las dos últimas entidades, pero no en Guerrero.

²³ Originalmente llamado IMSS-Coplamar entre 1978 a 1988, luego “Solidaridad” entre 1988 y 1997, posteriormente “Progresía” de 1997 a 2000 y “Oportunidades” del 2000 a 2012.

Guerrero cuenta con 2 400 consultorios, 1 864 camas de hospital, 4 986 médicos generales y especialistas y 7 322 enfermeras en contacto con pacientes. La mayoría de estos recursos corresponden a los servicios estatales de salud y, como se ha mencionado, la participación de los recursos de la seguridad social es exigua. En La Montaña aportan sólo veinte médicos y no cuentan con una sola cama de hospital. De este modo, los principales recursos para la atención a la salud en la región los provee la Secretaría de Salud de la entidad, con tasas de consultorios, camas de hospital, médicos y enfermeras que procuran cerrar las brechas en la disponibilidad de recursos con el resto de la población de la entidad. En ese sentido, debe reconocerse el esfuerzo por focalizar para mejorar la disponibilidad de estos recursos para mejorar el acceso de la población indígena de La Montaña a ellos (Tabla 17). De este modo, en La Montaña, la Secretaría de Salud tiene siete consultorios por cada 10 000 habitantes, en comparación con los cinco que son la media estatal, 3.6 camas de hospital en La Montaña (destacadamente por la creación del Hospital de la Madre y del Niño Indígena Guerrerense de Tlapa, construido en el 2006) contra la media de 3.2; o 20.1 enfermeras por cada 10 000 personas en esta región indígena contra la media estatal que es de 14.8 (Tabla 17).

En Chihuahua se contabilizaban para el 2014, 2 008 consultorios de consulta externa (5.9 consultorios por cada 10 000 habitantes) y 41 unidades hospitalarias con 2 800 camas de hospitalización (8.2 por 10 000 habitantes). El personal médico registrado ascendía a 4 112 (12.1 médicos por cada 10 000 habitantes) y el personal de enfermería sumaba 9 173 (26.9 por cada 10 000 habitantes). En el caso de la región rarámuri ha sido particularmente difícil la cobertura en salud. Esto se debe en buena medida, como mencionamos anteriormente, al papel que ha tenido el contexto geográfico de montañas y profundos cañones de difícil acceso y tránsito, frecuentemente sin caminos asfaltados o transitables para los vehículos, que contribuyen a limitar esta cobertura aun cuando muchos han sido los esfuerzos que se han hecho para brindar atención en estas zonas. Como lo señala Pintado (2003), la territorialidad se debe tomar en cuenta en cualquier tipo de programa de desarrollo en la Sierra Tarahumara. La autora refiere la necesidad de tomar en cuenta principalmente aspectos culturales que pueden variar de una región a otra, pero esta territorialidad puede también definirse en términos de las características ambientales, del entorno natural, que en ocasiones se erige como un obstáculo para la implementación de

estrategias en salud desde el respectivo sector. Ambos elementos, cultura y ambiente, se conjugan en la región Tarahumara, dando como resultado un número insuficiente de recursos para la atención de las necesidades de salud que tiene la población, particularmente en zonas indígenas.

En las comunidades rarámuri que se visitaron durante el proyecto “Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas” (Pelcastre *et al.*, 2011) no había prestadores de servicios de salud presentes de forma permanente; quienes daban servicio hacían visitas regulares a la comunidad, con un espaciamiento de entre cinco y quince días entre una y otra. Los médicos que llegaban a la comunidad, además de no hacerlo con mucha frecuencia, por lo general no eran hablantes de lengua rarámuri, lo que dificultaba la comunicación con la gente.

IMSS-Prospera, responsable de la cobertura directa en salud en comunidades rurales, reportó en el 2010 una infraestructura de 144 unidades médicas rurales en donde se atiende potencialmente al 15.0% (medio millón de personas aproximadamente) de la población del estado distribuida en más de 4 500 comunidades (SAGARPA, 2010); el personal médico registrado en esas unidades hasta el 2011 era 222. Sin embargo, para el 2014 la Secretaría de Salud reportaba que la región Tarahumara contaba con 217 consultorios de consulta externa (con una tasa de 9.5 por 10 000 habitantes, superior a la del resto del estado), 98 camas de hospital (4.3 por cada 10 000 habitantes, la mitad que en el resto del estado), 119 médicos (8.7 por cada 10 000 habitantes, cuatro unidades por debajo de la media estatal) y 476 enfermeras (20.8 por cada 10 000, siete unidades debajo de la media de la entidad) (Tabla 17).

En El Nayar también se identifica esa tendencia del sistema de salud de cerrar y corregir las brechas entre la población indígena de la región y el resto de la entidad. La distribución de recursos de primer nivel de atención señala un mayor esfuerzo por alcanzar a los habitantes indígenas; El Nayar tiene más consultorios por cada 10 000 habitantes (14.2 contra 8.9), médicos (22.4 contra 16.2) y enfermeras (29.4 contra 26.7).

Tabla 17. Recursos del sistema de salud por 10 000 habitantes en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2014

Recursos del sistema de salud		Guerrero	La Montaña	Chihuahua	Tarahumara	Nayarit	El Nayar
Consultorios	Seguridad Social	2.0	0.5	3.5	5.2	3.6	4.0
	Secretaría de Salud	5.1	7.1	2.4	4.2	5.3	10.2
	Total	7.1	7.6	5.9	9.5	8.9	14.3
Camas de hospital	Seguridad Social	2.2	0.0	5.2	3.1	3.3	0.0
	Secretaría de Salud	3.2	3.6	3.0	1.1	2.9	3.5
	Total	5.5	3.6	8.2	4.3	6.2	3.5
Médicos generales y especialistas	Seguridad Social	4.2	0.5	7.1	2.9	7.7	5.8
	Secretaría de Salud	10.5	10.2	4.9	5.8	8.5	16.6
	Total	14.7	10.8	12.1	8.7	16.2	22.4
Enfermeras	Seguridad Social	6.7	0.4	14.2	11.3	13.5	9.3
	Secretaría de Salud	14.89	20.1	12.8	9.5	13.2	20.1
	Total	21.6	20.5	26.9	20.8	26.7	29.4

Fuente: Meneses (2016) con base en Recursos Humanos, Físicos, Materiales y Financieros, Base SSA y SESA (SINERHIAS) 2001-2015 [Consulta: 23 de agosto de 2016].

Servicios de salud dirigidos a las mujeres

En la Tabla 18 se muestran algunos de los servicios de salud de la mujer otorgados en el primer nivel de atención en las tres regiones indígenas. Para el caso de La Montaña de Guerrero puede notarse que la tasa de producción de servicios de atención a la menopausia, infecciones de transmisión sexual y de cáncer de la mujer es menor con relación al resto del estado; en el caso de atención a la menopausia la tasa es casi cuatro veces menor en esta región. Sin embargo, resalta el caso de atención a la violencia hacia la mujer, donde la tasa es casi seis veces superior en La Montaña en comparación con el resto de la entidad. Este dato expresa la presencia de un contexto de violencia que afecta más a las mujeres de esta región en comparación con sus pares en el estado o en Chihuahua y Nayarit.

En las tres regiones indígenas estudiadas deben resaltarse los casos de las tasas de atención por servicios de consulta de planificación familiar, métodos de planificación

familiar entregados y consultas en primer nivel de atención a las emergencias obstétricas. En cada una de estas regiones indígenas se registra una mayor producción de servicios en estos rubros en relación con el resto de habitantes de dichas entidades. En el caso de La Montaña de Guerrero hay 1.4 veces más consultas de planificación, 1.1 más métodos anticonceptivos entregados y 2.2 consultas de atención a la emergencia obstétrica en el primer nivel. En la Tarahumara hay 2.1 veces más consultas de planificación familiar, 2.5 más métodos anticonceptivos entregados y 10.6 veces más consultas de atención a emergencias obstétricas. En el Nayar se producen 3.5 más consultas de planificación familiar, se entregan 2.7 veces más métodos anticonceptivos y se otorgan 17 veces más consultas de emergencia obstétrica (Tabla 18).

Sin mayor información cualitativa sobre las características de la entrega de los servicios de planificación familiar y anticoncepción en las tres regiones indígenas analizadas, estos datos pueden tener dos lecturas opuestas: por un lado, sugieren mayores esfuerzos por extender y garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas y, por otro lado, pueden ser el resultado de una política focalizada de control natal justificada bajo el prejuicio de que las poblaciones indígenas son las que deben tener mayor control porque son las que más se reproducen. Sin duda, ambas interpretaciones deben soportarse con mayor fundamento a través de investigaciones específicas sobre el tema. No obstante, cualquiera que sea la razón que explica estos datos, también pueden ser interpretados como un efecto de la prioridad política que ha adquirido en los últimos tres lustros la disminución de la mortalidad materna. El hecho de que se brinden 2.2 veces más servicios de atención obstétrica de emergencia en el primer nivel de atención en la región de La Montaña, 10.6 en la Tarahumara y 17.5 veces más en El Nayar en comparación con el resto de las entidades, es muestra de lo anterior y de una correcta focalización de esfuerzos para disminuir los rezagos e inequidades en la materia (Tabla 18).

Tabla 18. Tasa de servicios de salud por 1 000 mujeres otorgados en primer nivel de atención de La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2014

Servicios de salud	Guerrero	La Montaña	Chihuahua	Tarahumara	Nayarit	El Nayar
Atención a la menopausia	19.6	6.4	7.4	12.5	6.0	9.9
Atención a infecciones de transmisión sexual	1 436.6	1 262.9	544.8	1 598.0	1 228.3	2 385.6
Atención a la violencia	33.6	125.9	53.7	22.5	58.0	45.4
Consultas de cáncer de la mujer	8.4	7.9	9.8	1.9	19.4	0.8
Consultas de planificación familiar	299.1	435.8	113.0	245.2	170.8	598.2
Métodos de planificación familiar entregados	869.4	988.9	237.7	589.3	346.3	922.5
Atención obstétrica en unidades de consulta externa	1.3	2.9	0.4	4.2	0.2	3.5

Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en Servicios Otorgados y Programas Sustantivos 2000-2014, Servicios SIS/SSA [Consulta: 20 agosto de 2016].

Utilización de servicios hospitalarios entre las mujeres

Otro indicador de utilización de servicios es la tasa de egresos hospitalarios por cada 1 000 mujeres. La Tabla 19 presenta la evolución en la tasa de egresos hospitalarios en los tres estados y en las respectivas regiones indígenas. En general, resulta evidente que ha mejorado el acceso y utilización de servicios hospitalarios entre las mujeres. Sin embargo, es notorio el efecto de un mayor aumento en la utilización de servicios hospitalarios entre el 2004 y 2006, que corresponden a la puesta en marcha del Seguro Popular.

En el caso de Guerrero, se observa que las brechas en la utilización de servicios hospitalarios entre las mujeres indígenas de La Montaña y los del resto de la entidad tienden a cerrarse en la primera década del siglo XXI. Mientras la brecha inicial era de casi nueve unidades al final del periodo prácticamente había desaparecido. Una situación similar experimentaban las mujeres indígenas de El Nayar. En el 2000 la brecha en la utilización de servicios hospitalarios era de siete unidades frente a sus pares del resto de la entidad. Sin embargo, para el 2009 la brecha casi se había cerrado y a partir del 2011 y hasta 2014 la tasa de acceso y utilización de servicios hospitalarios fue más favorable para la población indígena de la región (Tabla 19). Sin embargo, el caso de Chihuahua ha sido diferente, pues las brechas no sólo no se han cerrado, sino se han incrementado. En este estado se demuestra que los beneficios de las políticas para mejorar el acceso a los servicios

hospitalario han favorecido primordialmente a las mujeres no indígenas, quienes incrementaron la utilización de estos servicios en 24 unidades en el periodo, mientras que las mujeres rarámuri sólo lo hicieron en menos de 16 unidades.

Tabla 19. Tasa de egresos hospitalarios de mujeres por cada 1 000 habitantes en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2000-2014

Región	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012	2013	2014
Guerrero	19.4	19.4	20.6	21.1	21.7	21.9	24.5	26.5	31.1	34.9	36.8	39.0	40.4	42.9
La Montaña	10.6	11.8	12.8	14.1	14.2	15.2	33.7	29.3	31.7	34.5	36.7	38.9	42.2	42.8
Chihuahua	6.0	6.9	12.9	14.2	17.3	16.5	22.5	22.9	25.9	27.1	30.9	31.5	31.0	30.2
Tarahumara	12.1	10.6	14.7	16.5	18.9	20.9	23.2	24.1	23.2	20.7	28.7	26.2	25.7	28.1
Nayarit	25.2	24.9	28.2	28.9	30.56	33.0	35.4	37.0	41.6	45.9	41.01	40.2	41.2	38.5
El Nayar	18.1	18.3	18.1	15.7	20.5	14.7	30.2	36.0	45.1	45.7	69.0	82.7	86.8	77.4

Nota: Se excluyó el 2010 porque presenta un subregistro importante de uso de servicios hospitalarios.
Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en SAEH, SS, 2000-2014 [Consulta: 23 agosto de 2016].

Una situación similar ocurre en el caso del acceso y utilización de servicios de atención hospitalaria por motivos gineco-obstétricos (Tabla 20). En las regiones indígenas de La Montaña de Guerrero y El Nayar las brechas iniciales entre mujeres indígenas han tendido a cerrarse. En el caso de La Montaña se ha pasado de una brecha de seis unidades en el 2000 a tener un balance a favor de las mujeres indígenas en el 2014 (Tabla 20). En El Nayar existía una brecha de cuatro unidades en el 2000, para invertirla y tener una utilización mayor entre las mujeres indígenas de la región en contraposición a la media del estado. Pero, nuevamente en el caso de Chihuahua, las brechas se incrementaron. La media de aumento de servicios hospitalarios de gineco-obstetricia en Chihuahua aumentó 14 unidades en ese periodo, mientras que para las mujeres tarahumaras sólo fue de poco más que 12.

Como ya se mencionó, el énfasis en la disminución de la mortalidad materna y la puesta en marcha del Seguro Popular pueden explicar el incremento en el uso de servicios hospitalarios por parte de las mujeres, sobre todo en la segunda mitad de la primera década del siglo XXI. No obstante, para explicar con mayor precisión cuáles son los factores que han llevado a la reducción de las brechas en el uso de servicios hospitalarios en las regiones indígenas de La Montaña y El Nayar, pero no en la Tarahumara, se deben plantear estudios específicos.

Tabla 20. Tasa de egresos hospitalarios por atención gineco-obstétrica por 1 000 mujeres en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2000-2014

Región	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012	2013	2014
Guerrero	13.6	13.6	14.1	14.6	14.7	14.6	17.2	18.5	22.1	25.7	27.5	29.3	29.8	31.8
Montaña	7.6	8.1	8.9	9.6	10.1	10.8	27.8	22.6	23.9	26.2	28.6	31.1	32.9	33.7
Chihuahua	3.1	3.4	6.9	8.4	10.4	9.8	14.3	14.7	16.7	17.8	19.4	19.4	18.6	17.3
Tarahumara	5.9	5.1	7.3	8.9	10.4	11.2	14.6	15.0	15.4	14.2	19.4	17.1	16.5	17.7
Nayarit	16.5	16.4	18.0	19.0	20.4	22.2	23.6	26.4	28.8	30.5	29.3	27.9	26.6	25.6
El Nayar	12.0	14.4	14.0	11.6	16.7	12.9	24.1	26.3	28.5	32.1	52.9	60.5	63.6	59.9

Nota: Se excluyó el 2010 porque presenta un subregistro importante de uso de servicios hospitalarios.
Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en SAEH, SSA, 2000-2014 [Consulta: 23 agosto de 2016].

Cesárea como indicador de calidad de la atención obstétrica: el caso de Guerrero

Cuando está justificada desde el punto de vista médico, la operación cesárea resulta eficaz para prevenir la morbi-mortalidad materna y perinatal; pero no hay ningún beneficio demostrado en las mujeres o neonatos para quienes este procedimiento es innecesario. Por el contrario, la cesárea innecesaria se asocia a riesgos a corto y largo plazo que pueden comprometer la salud y la vida de la mujer y el neonato, o incluso puede complicar embarazos futuros (OMS, 2015). No obstante, a partir de la década de los noventa se ha registrado un incremento sostenido en el número de estas operaciones en la mayoría de los países del mundo, incluyendo México. De este modo, la práctica de cesáreas se ha convertido en un indicador aproximado de la calidad de la atención obstétrica.

Según la Organización Mundial de la Salud, únicamente del 10% al 15% de los partos deberían ser resueltos mediante la operación cesárea debido a alguna complicación obstétrica (OMS, 2015). No obstante, la práctica de esta operación se ha incrementado de manera continua en Guerrero durante la primera década del siglo XXI, pasando del 29.7% en el 2000 a 48.6% en 2014. Es decir, ha habido un incremento de 18.9 puntos porcentuales que podría representar una disminución de la calidad en la atención obstétrica.

En la región de La Montaña el porcentaje de cesáreas pasó de 19.3% a 38.9% en el mismo periodo, es decir casi veinte puntos porcentuales de diferencia, incremento sin

diferencias estadísticamente significativas que en el resto de la entidad. Sin embargo, es particularmente notable el aumento en la práctica de operaciones cesáreas en La Montaña a partir de la puesta en operaciones del Hospital de la Madre y del Niño Indígena Guerrerense en el 2006, que no solo incrementó el acceso y utilización a servicios obstétricos hospitalarios para las mujeres de la región, sino también su posible exposición a una mala práctica médica (Tabla 21). Sin embargo, estas cifras no permiten establecer con claridad si la práctica de la operación cesárea se apega a criterios técnicos y de buena práctica o si, por el contrario, son reflejo de una práctica iatrogénica y de mala calidad. Este es un asunto que merece particular atención en estudios posteriores en el estado y la región.

Tabla 21. Porcentaje de nacimientos por cesárea en La Montaña y resto de Guerrero, 2000-2014

Región	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012	2013	2014
Guerrero	29.7	31.4	32.1	33.9	34.3	35.3	35.8	36.0	35.3	37.3	40.9	46.2	47.3	48.6
La Montaña	19.3	20.6	21.0	22.5	25.3	27.2	31.3	29.7	26.9	29.5	29.9	34.6	38.2	38.9
Resto del estado	30.4	32.1	33.0	34.8	35.0	36.0	36.9	36.9	36.5	38.3	42.1	47.5	48.2	49.6

Notas: Los datos corresponden al porcentaje de nacimientos por cesárea de todos los nacimientos en un año determinado. Se excluyó el 2010 porque presenta un subregistro importante de uso de servicios hospitalarios
Fuente: Vega y Meneses (2016) con base en SAEH, SSA, 2000-2014 [Consulta: 23 agosto de 2016].

Conclusiones

Los datos analizados en este capítulo ponen en evidencia la persistencia de brechas en la disponibilidad de recursos, acceso y utilización de servicios de salud dirigidos a las mujeres indígenas en tres de las principales regiones indígenas del país: La Montaña de Guerrero, la Sierra Tarahumara y El Nayar. Sin duda, lo anterior tiene implicaciones respecto al pleno ejercicio de los derechos humanos a la salud, la protección de la integridad y dignidad de las personas, en este caso particularmente de las mujeres indígenas.

El análisis demuestra que existen mecanismos de exclusión (y discriminación) sistemática de las mujeres y los indígenas que afecta su ingreso monetario y sus condiciones mínimas de bienestar. En ese sentido, este trabajo apunta a la urgente

necesidad de plantear medidas que contribuyan a mejorar el ingreso y disminuir la pobreza focalizadas en estas regiones indígenas del país, dirigidas prioritariamente a las mujeres y jóvenes indígenas. Si bien este tema rebasa los propósitos de este capítulo, quizá estas regiones y sus poblaciones sean un espacio y sector idóneo para implementar pruebas piloto de programas redistributivos y de reactivación económica como el Ingreso Básico Universal, microcréditos para la producción (sobre todo dirigidos a mujeres indígenas), becas para la escolaridad media y superior (nuevamente con un enfoque afirmativo a mujeres) y de fomento del empleos formales vinculados al cuidado del medio ambiente como el de guardabosques.

Por otro lado, los datos aquí expuestos también reconocen que a partir de esfuerzos de políticas e intervenciones específicas es posible contribuir a cerrar las brechas y mejorar los resultados en salud si se focalizan en las regiones indígenas más rezagadas del país. Un ejemplo de lo anterior es el incremento sostenido de la cobertura del aseguramiento público en salud (si bien con los rezagos que aún persisten) y la utilización de servicios hospitalarios entre las mujeres indígenas de La Montaña y El Nayar en la primera década del siglo XXI, como un posible efecto de la puesta en marcha del Seguro Popular que probablemente ha representado un recurso efectivo para incrementar el acceso de la población indígena a los servicios hospitalarios con protección financiera.

Para el caso de la región Tarahumara, es importante identificar y analizar las razones por las que la mortalidad materna no ha disminuido a pesar de tres lustros de políticas focalizadas en la materia en dicha región. En ese sentido, debe reconocerse con precisión cuál ha sido el peso específico que ha tenido el contexto de inseguridad y violencia en el desempeño del sistema de salud y en el acceso de las mujeres indígenas a los servicios, particularmente de emergencias obstétricas.

Por otro lado, también deben analizarse cuáles han sido los factores que han favorecido los mejores resultados para disminuir la muerte materna en La Montaña y El Nayar, ambas zonas de muy difícil acceso en la Sierra Madre Occidental. En el caso de Nayarit, una intervención que aparentemente ha contribuido a este mejor resultado es el establecimiento del puente aéreo entre las comunidades de El Nayar y los hospitales resolutivos. Si este fuera el caso, la experiencia debe ser sistematizada y analizada con

especificidad y compartir sus lecciones y buenas prácticas a otros contextos que comparten características de acceso similares, como pudieran ser el caso de las propias regiones de La Montaña de Guerrero o la Tarahumara, pero también vastas regiones de Oaxaca, Chiapas, Puebla y Veracruz donde también se registra una elevada cantidad de muertes maternas.

También es notorio y estimable el esfuerzo prioritario que se ha dirigido a brindar servicios que mejoren la salud materna y neonatal, como es el caso de los servicios de atención obstétrica de emergencia y de cobertura anticonceptiva focalizados en las tres regiones indígenas analizadas. No obstante, está pendiente esclarecer las características de las intervenciones que han llevado a incrementar la productividad de servicios de planificación familiar y anticoncepción en estas regiones indígenas, específicamente si se han realizado de manera informada, con pertinencia cultural, de género y respeto a los derechos reproductivos de la población.

Por otro lado, es oportuno analizar los determinantes y circunstancias específicas en torno al incremento de la práctica de operaciones cesáreas en Guerrero y la región de la Montaña, pues su porcentaje supera el esperado de acuerdo a las recomendaciones de la OMS basadas en la buena práctica médica. El hecho de que casi el 50% de los nacimientos en el estado y el 40% de los de la Montaña estén ocurriendo mediante cesárea, puede corresponder a un problema de mala práctica médica y de menor calidad en la atención obstétrica que coloca en situaciones de mayor riesgo tanto a las mujeres como a los recién nacidos. Este es un asunto pertinente que requiere de mayor exploración con abordajes específicos y con particular atención en la situación intercultural de la región indígena de La Montaña de Guerrero.



Foto: Cecilia Monroy Cuevas

Capítulo

La mortalidad materna de las mujeres indígenas de México. Un análisis desde el enfoque de los derechos humanos

Graciela Freyermuth e Hilda Argüello

Presentación

La mortalidad materna (MM) se define como “[...] la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS, 2012: 9). Ésta se mide a través del indicador denominado Razón de Mortalidad Materna (RMM) que es el cociente del número de defunciones de mujeres por complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año respecto a los nacidos vivos (NV) en el año de estudio, para su mejor comprensión se multiplica por 100 000 (Cárdenas, 2009).

Las muertes maternas se clasifican en dos grupos, las obstétricas directas que “son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a su fallecimiento, y las obstétricas indirectas [que] son las derivadas de una enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo” (OMS, 2012: 9). Las muertes maternas tardías son aquellas que ocurren “por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo” (OMS, 2012: 9).

La RMM es un indicador poderoso para medir las desigualdades en salud. Por ser la maternidad un proceso de relativamente corta duración, 10 meses y 12 días (embarazo, parto y postparto), permite identificar avances a corto plazo en intervenciones para su disminución, resulten exitosas o no. Por ello puede ser un instrumento no sólo de evaluación de la política pública, sino de reconocimiento de los distintos factores estructurales, institucionales y personales que ponen en riesgo diferencial de morir a las mujeres durante la maternidad. Estas características determinan que sea un indicador sensible no sólo de las desigualdades entre las mujeres del mundo, sino entre regiones, países de una misma región y mujeres de un mismo país (Freyermuth, 2010). En México existen importantes diferencias entre entidades federativas, de acuerdo con las cifras

oficiales del 2014, la RMM con el nivel más alto la presentó Durango con 71 defunciones maternas por cada 100 000 NV, frente a Morelos que tuvo una RMM de 9 (Freyermuth, *et al.*, 2016).

La pobreza en México determina amplias desigualdades que afectan la probabilidad de sobrevivencia de las mujeres durante el proceso reproductivo. La RMM en los municipios con más de 40% de habitantes en pobreza extrema es de 98, mientras que en aquellos con menos de 20% es de 35. Entre las mujeres que habitan en municipios indígenas la RMM es de 94 y en las que viven en municipios con menos de 40% de hablantes de lengua indígena (HLI) es de 44. Por tanto, se puede afirmar que en México las mujeres indígenas tienen el doble de probabilidades de morir por causas maternas que las mujeres que habitan en municipios no indígenas. Los grupos de edad también son definitorios para el riesgo de morir ya que las mujeres menores de 15 años (RMM de 81) y las mayores de 45 años (RMM de 91) tienen tres y casi cuatro veces más riesgo que aquellas de 20 a 24 años (RMM de 25).

En este capítulo se analiza la muerte materna en mujeres indígenas desde el enfoque de los derechos humanos. Para ello se examinan las diferencias en el nivel de MM de mujeres fallecidas en municipios indígenas (40% o más HLI) y no indígenas (o con proporción de indígenas menor a 40%), describiendo los factores de protección y/o riesgo (como escolaridad o lugar de ocurrencia) asociados a ésta. También se compara este fenómeno en Oaxaca y Chiapas que son las entidades federativas con un mayor número de HLI. Posteriormente, se presentan cinco estudios de casos de mujeres indígenas mexicanas que fallecieron por motivos relacionados con sus embarazos, partos o puerperios. La descripción de los casos se realiza con base en el análisis de las “tres demoras” (véase adelante) y en los elementos esenciales interrelacionados que caracterizan al derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad). El objetivo de los estudios de caso es visibilizar las desigualdades, no sólo desde las estadísticas oficiales, sino a través de las narrativas de las propias mujeres indígenas que dan cuenta de las formas en que las desigualdades se construyen y limitan su sobrevivencia.

Antecedentes

En 1990 se propuso incluir el reconocimiento de los derechos culturales de los pueblos indígenas en el Artículo 2 de la Constitución. La iniciativa se aprobó y dos años más tarde se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 28 de enero de 1992 (DOF, 1992). El Artículo 2 quedó de la siguiente manera:

La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley (DOF, 1992:5).

El 14 de agosto del 2001 se publicaron en el DOF varias reformas a este artículo que garantizan el acceso de la población indígena a los servicios de salud y la mejora de las condiciones de las comunidades indígenas, como la ampliación de los servicios sociales básicos. El inciso B y sus numerales II y IV quedaron de la siguiente manera:

La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

B. La Federación, los Estados y los Municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de:

II. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

IV. Mejorar las condiciones de las comunidades indígenas y de sus espacios para la convivencia y recreación, mediante acciones que faciliten el acceso al financiamiento público y privado para la construcción y mejoramiento de vivienda, así como ampliar la cobertura de los servicios sociales básicos.

Es en este contexto que debe de analizarse uno de los rezagos que persisten en la salud de las mujeres, la mortalidad materna. México se unió a la Iniciativa por una

Maternidad Sin Riesgos en 1993, misma que se caracterizó por el eclecticismo de los participantes ya que “parteras, legisladores, grupos de mujeres, periodistas, prestadores de servicios e investigadores se dieron cita para analizar los riesgos en la maternidad, confrontar experiencias y poner en marcha una iniciativa en común” (Freyermuth, 2000: 19). A partir de entonces se formó el Comité por una Maternidad Sin Riesgos en México (CPMSRM) que ha sido un actor fundamental para que la muerte materna se reconozca como un problema grave de salud pública en el país, se redactó una declaración donde se estableció el objetivo de disminuir la mortalidad materna a nivel nacional y se promovió la creación de comités estatales. Gracias a la mayor visibilización de la mortalidad materna a la que contribuyeron la Iniciativa y el Comité es que en buena medida los gobiernos federal y estatales han incluido a partir de entonces estrategias en sus planes y programas de gobierno para enfrentar este problema social.

En el 2002 se publicó el Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (PAPV) de carácter normativo para todo el país. El programa formaba parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006, cuyo propósito era “lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad” (SSA, 2002: 13). En la implementación del PAPV se pensó en priorizar las regiones con mayor incidencia y número de defunciones. Para 2007-2012 se consideró como el principal instrumento de política pública para cumplir dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): el cuarto sobre la reducción de la mortalidad infantil y el quinto sobre reducción de la mortalidad materna (SSA, 2007: 12).

En la administración federal 2006-2012 se promovió una política pública encaminada a lograr el acceso a los servicios de salud. Se estableció el Acuerdo del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social para la atención de mujeres sin derechohabiencia, referidas por complicaciones obstétricas desde su programa de extensión IMSS Oportunidades, ahora IMSS-Prospera (desde el 2006). No obstante, no se creó una partida especial para el pago de estos servicios, sino que el IMSS-Oportunidades realizó pagos cruzado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de régimen ordinario.

Durante el 2008 el CPMSRM, en la primera reunión técnica entre organizaciones de la sociedad civil, la academia y funcionarios de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y de la Secretaría de Salud del gobierno federal (SSA), promovió el acceso universal para la atención obstétrica que derivó en la instauración del “Programa Embarazo Saludable”,²⁴ que consistió en afiliar prioritariamente a todas las mujeres embarazadas y sus familias al Seguro Popular (SP); por ello, para el 2015, el SP se convirtió en la opción para atender al 77.9% de la población HLI en Chiapas, del 86.0% que se encuentra afiliado a un seguro médico (Tabla 1.6). En el 2009, la SSA lanzó su Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México, junto a la cual se firmó, el 28 de mayo de ese año, el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica (CAEO),²⁵ a fin de asegurar la atención universal.

El convenio establece que todas las mujeres que presenten complicaciones obstétricas deberán ser atendidas en cualquier hospital del IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o SSA, sin importar su condición de afiliación (firmado en mayo del 2009 y ratificado en el 2015). Esto implica la realización de pagos cruzados entre instituciones; sin embargo, en este caso tampoco se destinó una partida presupuestaria especial para su ejecución. En el 2013 se incluyó a IMSS-Prospera al Convenio. En la administración federal 2013-2018 este Convenio quedó protegido a través de un decreto por el que se adicionaron diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (DOF, 2015).

A partir del 2008 se estableció el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE) que permite transferir recursos financieros desde la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPSS) de la SSA a los SESA, destinados a los 32 Programas de Acción Específicos (PAE). Estas transferencias diferenciadas en el caso PAPV tenían inicialmente la finalidad de disminuir las brechas en

²⁴ Resultados de la Primera Reunión Técnica de Promoción a la Salud Materna (Sesia, 2015)

²⁵ Convenio Interinstitucional entre la SS, ISSSTE e IMSS por el cual toda mujer que presente una emergencia obstétrica debe ser atendida en cualquier unidad médica de las instituciones mencionadas, sin discriminación por razón del estado de afiliación desde mayo de 2009; véase http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica.pdf [Consulta: 27 de agosto de 2016].

las razones de mortalidad materna entre las entidades federativas, particularmente de Chiapas, Oaxaca y Guerrero, que desde la década de los noventa tenían importantes rezagos en esta materia.

El 4 de abril del 2016 se publicó la actualización de la norma oficial mexicana NOM-007-SS2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, que estableció los lineamientos para contar con atención oportuna ante la emergencia obstétrica.

Por último, el Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018, de observancia obligatoria para la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, así como de las demás dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (DOF, 2016: 1), señala lo siguiente:

Busca garantizar el acceso de la población indígena a los servicios de salud, particularmente garantizar el acceso de la población indígena a centros y clínicas de salud en todas las comunidades indígenas así como promover la creación de espacios y la disponibilidad de insumos para la atención de partos en comunidades indígenas (DOF, 2016: 28).

El marco jurídico descrito está encaminado a asegurar la sobrevivencia de las mujeres en caso de padecer una complicación. Estos instrumentos aseguran la *justiciabilidad* (la exigibilidad como proceso legal o exigibilidad jurídica) en aquellos casos en que ocurre una muerte materna que pudo haberse evitado.

Consideraciones metodológicas

Para la elaboración de las gráficas y tablas se utilizaron las bases de datos de mortalidad del Subsistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la SSA, específicamente la sub base de mortalidad materna disponible en línea y el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). Para la estimación de la RMM se tomaron las defunciones ocurridas entre 2010 y 2014 de las mujeres que residían en el ámbito nacional, Chiapas y Oaxaca, así como los nacidos vivos del periodo, lo que finalmente se multiplicó por 100 000.

En la organización del análisis descriptivo se diferenció a la población según su condición de hablantes de lengua indígena (HLI), utilizando las categorías que se encuentran en las bases de datos de mortalidad de la DGIS, las cuales son las siguientes: municipios indígena son los que cuentan con más 40% de HLI; municipios con presencia indígena son aquellos con menos de 40% de HLI y residencia de 5 000 indígenas o más; municipios con población indígena dispersa o lenguas minoritarias son los que tienen menos de 40% de HLI y menos de 5 000 indígenas, y los municipios sin población indígena son aquellos en los que no se reportó la residencia de ninguno de éstos. Para la RMM el análisis se realizó distinguiendo dos poblaciones: la indígena y el resto de la población.

Entre otras variables que se utilizaron para la descripción están el Índice de Marginación elaborado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Este índice se cruzó con la reagrupación de HLI, a partir de lo cual se pudo tener una idea más clara del comportamiento de las defunciones según el nivel de desarrollo de cada tipo de municipio. Las demás variables fueron zona de residencia menor a 15 000 habitantes, y zona de residencia menor a los 2 500 habitantes, en donde se pueden analizar las defunciones a partir de la dispersión de la población; y sitio de defunción, para un acercamiento al acceso que tienen los distintos tipos de población a los servicios de salud. Para los estudios de caso se utilizó la documentación de la DGIS del 2012 y 2015, para los casos de las mujeres fallecidas en el 2010 y 2015, cuando los testimonios son textuales se conserva la forma de expresión de aquellos que narran. Asimismo, se utilizan los datos de la Encuesta Intercensal estimados para este estudio.

Mortalidad materna: desigualdad social y demoras en su atención en casos de Chiapas y Oaxaca

La mortalidad materna como indicador sensible de la desigualdad desde la perspectiva de los derechos humanos. Los casos de Chiapas y Oaxaca

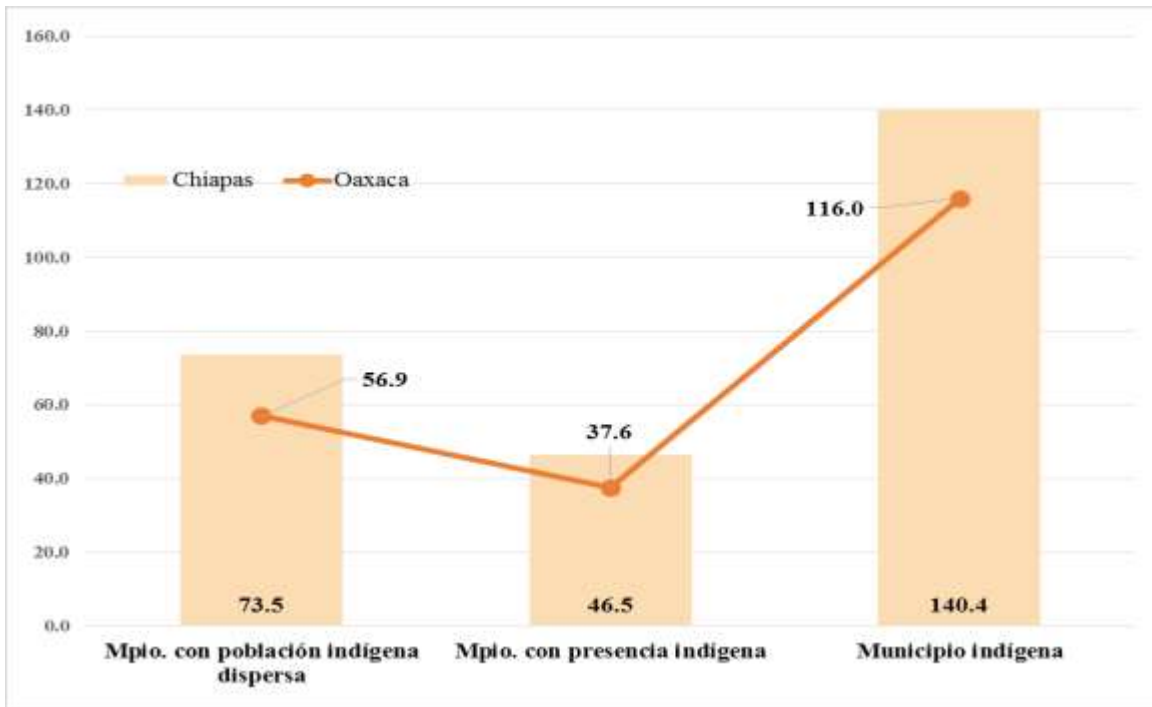
Un estudio previo (Freyermuth y Luna, 2014) mostró que los mayores porcentajes de muertes maternas por causas evitables en 2002-2006 los tuvieron Guerrero con 83.7%, Chiapas con 77.2% y Oaxaca co

n 75.9%. Para 2007-2011 el porcentaje de estos estados disminuyó a 76.4%, 70% y 70.1% respectivamente.

La RMM estimada a nivel nacional fue de 89 en 1990, la más alta del país fue en Oaxaca (175), mientras que en Chiapas fue de 121, cifra que lo colocaba en el sitio 28. En 2015 la RMM a nivel nacional fue de 39, en Chiapas de 68 y en Oaxaca de 47, que las ubica en los lugares 31 y 24, respectivamente. Con las nuevas metas de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), México habría cumplido con ellas para el 2030. Sin embargo, si analizamos la RMM entre el 2010 y 2014 con los datos disponibles oficialmente y considerando que estos estados son los que tienen la densidad más alta de población indígena,²⁶ puede reconocerse que existe un rezago sobre todo cuando se trata, precisamente, de la población indígena. Para este periodo la RMM nacional en mujeres indígenas fue de 94, que representa el doble si se compara con la del resto de la población que es 47. Esta tendencia es similar en Oaxaca y Chiapas como se muestra en la siguiente gráfica (Figura 3).

**Figura 3. RMM según municipios con población indígena,
Chiapas y Oaxaca, 2010-2014**

²⁶ Chiapas y Oaxaca tienen contextos adversos con respecto a la pobreza. En 2014 Chiapas tenía al 76.2% de su población en pobreza, a 31.8% en pobreza extrema y 78.7% de su población con ingreso inferior a la línea de bienestar; Oaxaca para el mismo año contaba con 66.8% en situación de pobreza, a 28.3% en pobreza extrema y a 68.8% de su población con ingreso inferior a la línea de bienestar (estimaciones de CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2014).

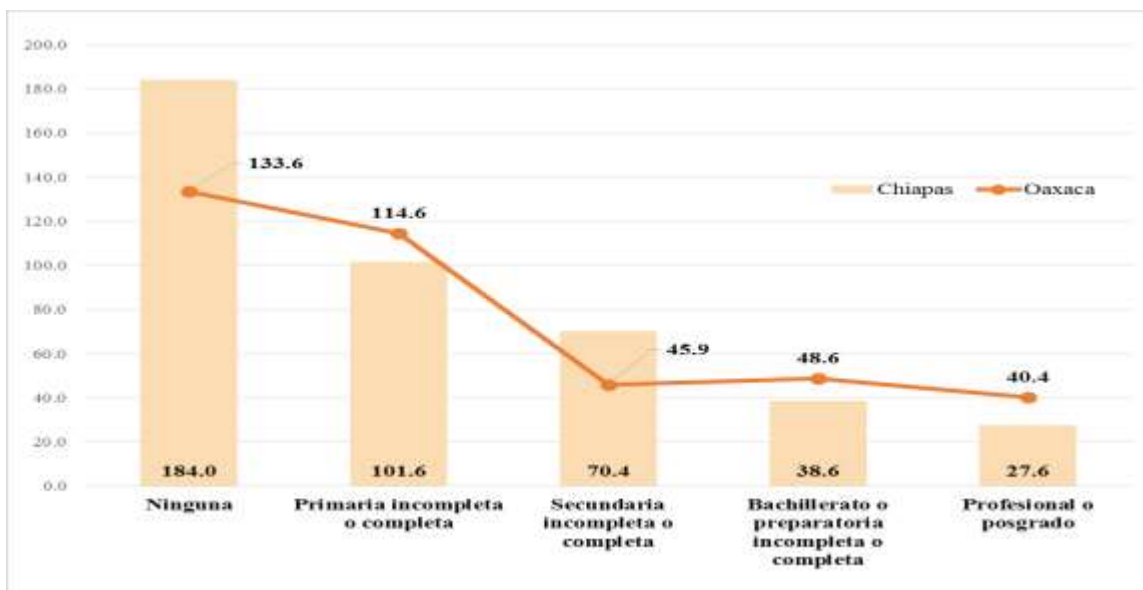


Nota: El análisis considera todas las fallecidas por MM en Chiapas y Oaxaca.

Fuente: Freyermuth (2015) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones maternas 2002-2014 [en línea] y base de nacimientos ocurridos SINAC 2012: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud [Consulta: 10 de agosto de 2016].

En Chiapas se observaron diferenciales menores entre mujeres con estudios a nivel profesional con respecto a las que no contaban con ninguna escolaridad. En Oaxaca estas diferencias representaban un riesgo mayor. También puede reconocerse que hay mujeres que de acuerdo a su escolaridad tenían mayores posibilidades de morir, lo que muestra que en estos grupos se está lejos de alcanzar la meta de los ODS.

Figura 4. RMM según escolaridad de la mujer, Chiapas y Oaxaca, 2010-2014

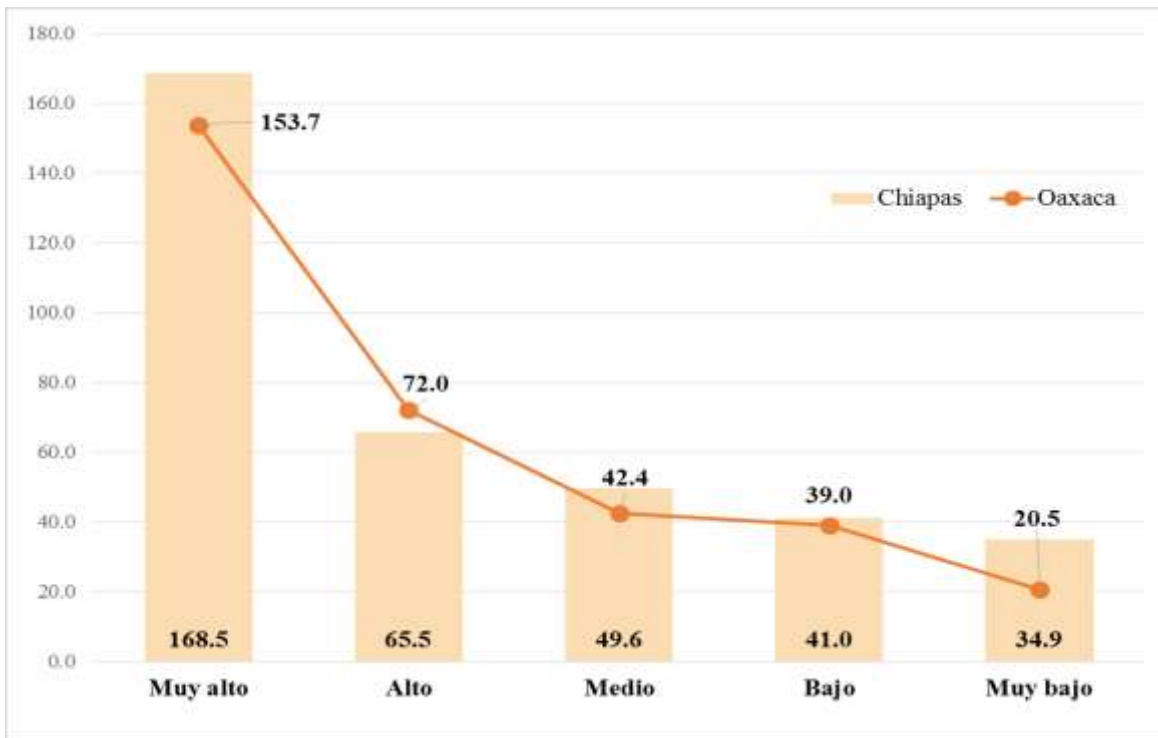


Nota: El análisis considera todas las mujeres fallecidas por MM en Chiapas y Oaxaca.

Fuente: Freyermuth (2015) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones maternas 2002-2014 [en línea] y base de nacimientos ocurridos SINAC 2012: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) [México]; Secretaría de Salud [Consulta: 10 de agosto de 2016].

Las diferencias de las RMM entre MHLI y MNHLI, en casi todas las categorías, son del doble o triple de riesgo. Así, las cualidades en vida que podrían incrementar la sobrevivencia, tienen un efecto importante cuando las condiciones estructurales lo permiten. El grado de marginación es una muestra de ello, entre más bajo, menor será la RMM como lo muestra la Figura 5.

Figura 5. RMM según grado de marginación, Chiapas y Oaxaca, 2010-2014



Nota: El análisis considera todas las fallecidas por MM en Chiapas y Oaxaca.

Fuente: Freyermuth (2015) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones maternas 2002-2014 [en línea] y base de nacimientos ocurridos SINAC 2012: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud [Consulta: 10 de agosto de 2016].

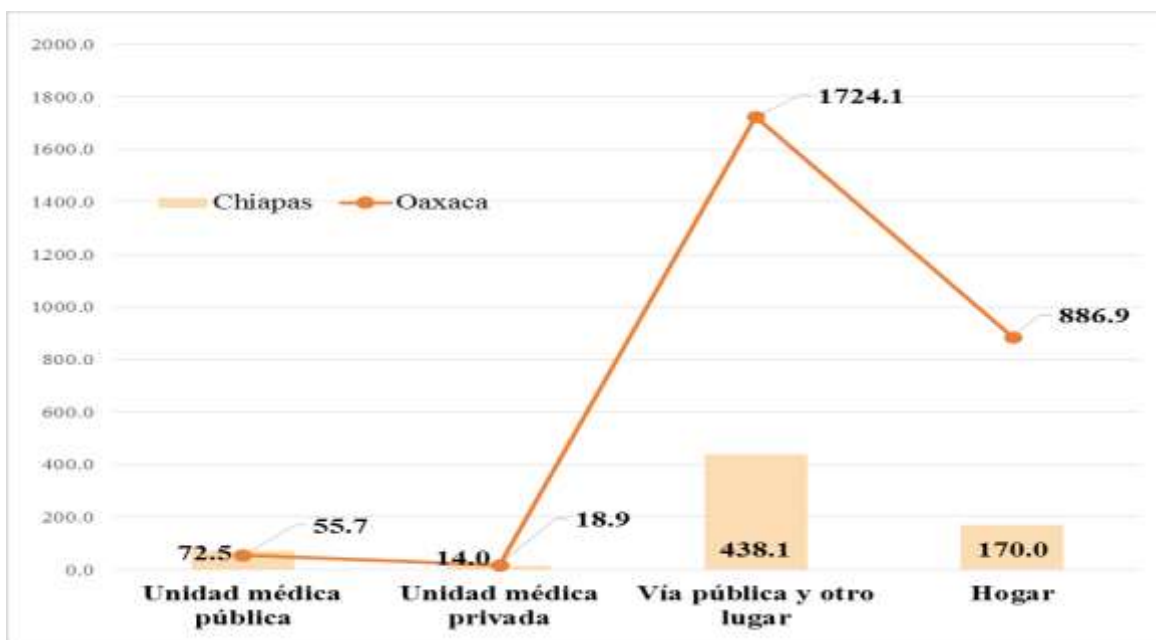
Un elemento digno de analizar en relación con la MM es el del lugar de ocurrencia del parto. Puede reconocerse que la RMM de las mujeres a nivel nacional que viven en MNHLI y que cuentan con seguridad social o Seguro Popular es muy similar. La RMM de mujeres con acceso al IMSS es de 30 frente a 38 de los SESA y 44 del ISSSTE; la menor RMM corresponde al IMSS-Prospera con 18, que es inclusive menor que las de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Marina (SEMAR) y la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) que registran 21. No obstante, llama la atención que este comportamiento no sea el mismo para las mujeres que habitan en MHLI, ya que las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX y SEMAR) tienen en promedio una RMM mayor (107) que los SESA (63) o el IMSS-Prospera (24) (Tabla 1.25). Esto podría estar determinado por la distribución de las unidades médicas, ya que el acceso es mejor en las instituciones para población abierta o con Seguro Popular, mientras que las mujeres derechohabientes con seguridad social están teniendo problemas de acceso o, bien,

porque se está derivando a las mujeres con complicaciones severas hacia estas instituciones.

El caso de IMSS-Prospera es interesante porque si bien es la institución pública con una menor RMM, cuando se analiza con respecto a la derechohabiencia, es decir, en relación con las personas que forman parte de su población beneficiada, aunque no hayan fallecido en dicha institución, presentan una RMM de 174 en MNHLI y de 314 en MHLI. Lo anterior sugiere que las mujeres beneficiadas por el IMSS-Prospera están teniendo dificultades de acceso durante las urgencias obstétricas. En este sentido es importante señalar que aunque hace unos años las unidades de esta institución otorgaban atención de parto en el primer nivel de atención, recientemente han dejado de hacerlo. Estas unidades son las que se encuentran más alejadas y otorgan atención principalmente a los pueblos indígenas.

El hecho de vivir en un municipio con un porcentaje elevado de HLI se potencia con otras características particulares en detrimento de la sobrevivencia de las mujeres durante una urgencia obstétrica, ocasionando que frecuentemente el fallecimiento ocurra durante el traslado a una unidad médica de mayor resolutiveidad (Figura 6). Se puede reconocer que en el caso de Oaxaca las muertes en el hogar son relativamente frecuentes, dado el número reducido de partos de este tipo de atención, puede suponerse que Oaxaca tiene mayores problemas de distribución de hospitales resolutivos con respecto a Chiapas. De la misma manera llama la atención la elevada RMM en vía pública, que puede explicarse por el hecho de que en este registro se contabilizan los traslados de mujeres en condiciones de gravedad.

Figura 6. RMM según lugar de atención, Chiapas y Oaxaca, 2010-2014



Nota: El análisis considera todas las fallecidas por MM en Chiapas y Oaxaca.

Fuente: Freyermuth (2015) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones maternas 2002-20142 [en línea] y base de nacimientos ocurridos SINAC 2012: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud [Consulta: 10 de agosto de 2016].

Bajo estas premisas, la propuesta metodológica de *las demoras para la atención de complicaciones obstétricas* puede ser útil en el análisis desde una perspectiva cualitativa a fin de darle un mayor contenido a las cifras expuestas anteriormente. En 1994 se publicó un importante estudio que sentaría un precedente en las políticas públicas futuras para la disminución de la muerte materna: “Too Far To Walk: Maternal Mortality In Context” de Sreen Thaddeus de la Johns Hopkins University y Deborah Maine de Columbia University. El estudio mostraba los resultados de investigación del Programa de Prevención de la Mortalidad Materna del Centro de Población y Salud de la Familia de la Columbia University, así como de los equipos multidisciplinarios de investigación de Ghana, Nigeria y Sierra Leona.

El análisis se centró en aquellos factores que afectaban el *intervalo entre la aparición de la complicación obstétrica y su resultado*; esto es, identificaron los factores sociales, culturales y médicos que llevan a morir prematuramente a las mujeres durante la

maternidad, lo que les permitió establecer un marco conceptual denominado *tres fases de la demora*.

Las tres fases son las siguientes: 1) demora en tomar la decisión para buscar atención por parte de la persona, familia o ambos, que ilumina sobre la aceptabilidad, disponibilidad y la accesibilidad cultural; 2) demora en llegar a un establecimiento o dispositivo sanitario adecuado, que se vincula estrechamente con la accesibilidad económica y geográfica, y 3) demora en recibir la atención adecuada en el dispositivo sanitario, relacionada con la calidad de la atención (Thaddeus y Maine, 1994: 1092; ONU-CDESC, 2000: 3-4). Es importante señalar que, aunque la definición de las demoras establece el momento del fallecimiento, frecuentemente la muerte de las mujeres en hospitales integrales está entrelazada en una trayectoria complicada que puede involucrar una primera y segunda demoras. Como veremos en la exposición de los casos, los elementos característicos del derecho a la salud pueden verse involucrados en cualquiera de las tres demoras como causas subyacentes de los fallecimientos.

Primera demora

En la primera demora, las mujeres fallecen sin siquiera haber buscado atención médica. Su ocurrencia está asociada con factores socioeconómicos y culturales relacionados con el padecimiento, cómo la capacidad para reconocer una emergencia, su gravedad o etiología; el estatus conyugal de la mujer, su solvencia económica, nivel educativo; la accesibilidad a una unidad de salud medida por la distancia, la disponibilidad de medios de transporte, el estado de los caminos, los costos asociados al traslado, la oferta de atención médica y el acompañamiento por alguna persona; la calidad de la atención percibida, dadas la reputación o experiencia previa, la capacidad resolutive de los médicos, la efectividad del tratamiento, la actitud del personal de salud, la privacidad, el acceso de los familiares para visitar o acompañar a la usuaria, los procedimientos médicos y el tiempo de espera, entre otros.

Desde una perspectiva de derechos se requiere que el titular pueda reivindicarlos; en el caso de las mujeres, pobres e indígenas la posibilidad de exigirlos con frecuencia se torna difícil, ya que ellas mismas no se consideran sujetas de derechos. Esta primera demora

muestra la necesidad de que los organismos de derechos humanos no circunscriban sus recomendaciones al área pública y, en cambio, destaquen la importancia de las dinámicas del ámbito privado que obstaculizan o desempoderan a las mujeres como sujetas de derechos; como señala Susana Chiarotti (2006), es ahí donde se construye la subordinación de las mujeres y su limitada posibilidad para el ejercicio de sus derechos. Se ha podido reconocer que las mujeres indígenas presentan más analfabetismo que sus pares masculinos y cuentan con menos conocimientos de la lengua castellana; de igual forma, es más frecuente en ellas el monolingüismo (Freyermuth y Argüello, 2011). Es decir, persiste la desigualdad de oportunidades en la familia y las mujeres tienen aún menores oportunidades en educación, empleo y toma de decisiones, lo que lleva en momentos de crisis a no elegir las mejores opciones para la sobrevivencia.

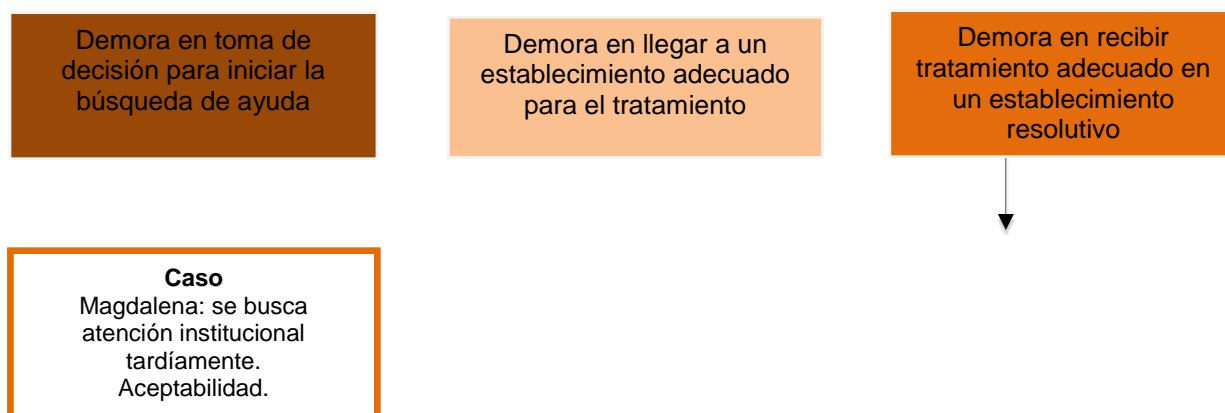
La aceptabilidad que tienen los servicios de salud o el personal sanitario entre la población indígena se ve comprometida frecuentemente por experiencias previas insatisfactorias o infructuosas. Éstas no necesariamente dependen de un desenlace no exitoso desde el punto de vista médico, en otras palabras, a pesar de que exista un restablecimiento de la salud, las vivencias en la utilización de los servicios médicos pueden desalentar su utilización ante un nuevo evento de enfermedad. En México, hoy en día no se ha asegurado en aquellas localidades, municipios o entidades con alta densidad de población indígena, que en los servicios de salud se cuente con traductores o mediadores culturales. La población indígena se enfrenta con una cultura médica que no solamente se conduce en español, sino que tiene un lenguaje particular, rutinas y funcionamiento que les son ajenos (Freyermuth y Argüello, 2011).

Las mujeres indígenas suelen enfrentar más obstáculos que sus pares masculinos porque en su mayoría tienen menos contacto con los núcleos urbanos y presentan mayor monolingüismo y analfabetismo, factores que en conjunto las invisibiliza ante las instituciones que han naturalizado “el bagaje de ciertas habilidades que la población debe poseer para hacer uso de los servicios” (Freyermuth y Argüello, 2011). Los horarios limitados de las unidades médicas en las unidades de salud (usualmente sólo operan en el turno matutino), los largos tiempos de espera, la falta de insumos o de recursos

diagnósticos complementarios (en las localidades indígenas es muy limitado el acceso a estudios de laboratorio, por ejemplo) también desalientan su utilización (Argüello, 2016).

En esta primera demora, aspectos como la violencia doméstica, la criminalización del aborto y la feminización de la pobreza pueden estar contribuyendo a la no búsqueda de atención. En el caso particular de las mujeres indígenas, frecuentemente se omite la discriminación, violencia y subordinación que viven al interior de las mismas comunidades (Chiarotti, 2006).

Figura 7. Primera demora aplicada al análisis de la muerte materna por hemorragia



Fuente: elaboración propia.

Magdalena quedó como desmayada (tzeltal)

Magdalena tenía 28 años de edad, estaba casada y tenía cuatro hijos, había cursado de manera incompleta la primaria, hablaba tzeltal y español, y estaba afiliada al Seguro Popular. Sus anteriores partos habían ocurrido sin contratiempo; vivía en un municipio en donde 95.0% de las personas viven en pobreza, 65.0% en pobreza extrema y el 95.0% de la población cuenta con un ingreso inferior a la línea de bienestar. Sólo 11.7% de la población de este municipio, señala el CONEVAL, tiene carencia en acceso a la salud. Su embarazo cursaba el noveno mes y desde el primer trimestre había sido atendida en la clínica del

municipio, tuvo más de cinco consultas prenatales y se le habían realizado exámenes de laboratorio básicos.²⁷ El esposo de Magdalena narra su infortunio:

Mi esposa empezó con su dolor de parto el día de ayer a las seis de la mañana. Como a las 11 fuimos a llamar a la partera, quien estuvo revisando a mi esposa; a las cuatro de la tarde ya empezaron los dolores más fuertes y a las seis de la tarde nació mi hijo [un niño] que lloró y respiró al nacer, pero mi esposa quedó como desmayada y no salió la placenta. Como mi casa queda muy lejos del pueblo y es pura subida por la vereda no quisimos sacarla, es por eso que como a las siete acudimos a buscar a la dueña de la farmacia. Cuando llegó le inyectó a mi esposa un medicamento para que saliera la placenta, pero como no salía la placenta a mi cuñado se le ocurrió ir a buscar al doctor del centro de salud y como a las ocho llegó mi cuñado al centro de salud [de un municipio cercano] y le pidió a la enfermera que fuera a mi casa a ver a mi mujer porque estaba muy grave. Pero cuando llegó la enfermera, mi mujer ya se había muerto, entonces la enfermera, hizo el favor de cortar el cordón de mi hijo y lo atendió para que estuviera bien.

Este caso nos muestra que el ejercicio del derecho a la salud va más allá de la disponibilidad de la infraestructura y de la afiliación a un programa de desarrollo social. Cuando se presenta una urgencia obstétrica, las limitaciones estructurales, como el acceso geográfico complicado o la falta de transporte disponible las 24 horas de los 365 días del año circunscriben la búsqueda de atención al rango de posibilidades inmediatas, en este caso, una partera, una farmacia particular y una enfermera.

La ubicación de los enclaves indígenas en municipios aislados y localidades dispersas, determina que los gobiernos carezcan de establecimientos para otorgar la atención primaria de una urgencia cuando ésta ocurre y que muchos de ellos no sean accesibles en términos culturales. En el caso de Magdalena, el retraso en la búsqueda de atención puede ser explicada por la no disponibilidad de personal médico y por la falta de accesibilidad física a una unidad de salud,²⁸ pero también da cuenta de las dificultades de aceptabilidad cultural de la oferta institucional que se manifiesta en que Magdalena y su cónyuge prefirieron acudir con agentes de salud locales. Para el caso particular de las mujeres indígenas, que tradicionalmente han parido en sus hogares, la política de atención intrahospitalaria del parto ha desalentado la búsqueda de asistencia en el primer nivel de

²⁷ Entre los estudios de laboratorio básicos a los que deben tener acceso las mujeres embarazadas se encuentran biometría hemática, glucemia, tipo sanguíneo, examen general de orina y prueba rápida de VIH.

²⁸ Naciones Unidas-CDESC, 2000.

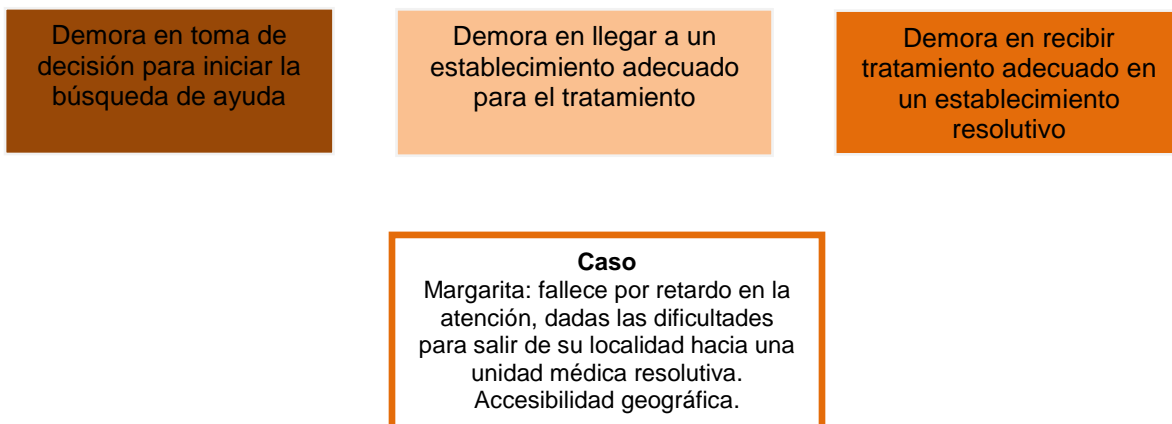
atención. Es así que el criterio de *aceptabilidad* es fundamental para disminuir esta demora. La *aceptabilidad* señala que:

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate (ONU-CDESC, 2000).

Segunda demora

En la segunda demora, la búsqueda de atención se ve retrasada por la dificultad de identificar el establecimiento sanitario más adecuado. La distribución y localización de las unidades médicas para la accesibilidad dependen de la distancia (tiempo e imprevistos durante el traslado); el transporte (público disponible) y los costos (si exceden el cálculo planeado o la capacidad de realizarlos). De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), la disponibilidad es entendida como el número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas, con insumos y recursos humanos adecuados. La accesibilidad, en términos físicos, considera que los bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas. Generalmente, la segunda demora ofrece pistas sobre la accesibilidad en información, ya que la población frecuentemente desconoce cuál es el hospital más inmediato al que pueden arribar en caso de tener una emergencia obstétrica.

Figura 8. Segunda demora aplicada al análisis de la muerte materna por eclampsia



Fuente: elaboración propia.

Margarita. La dificultad para salir de su localidad (mixteca)

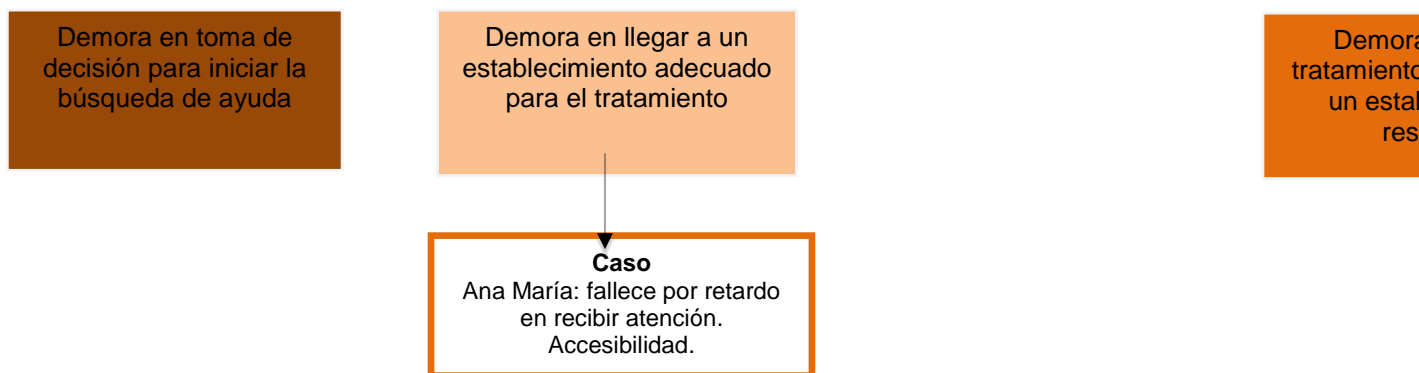
Margarita tenía 17 años, terminó el nivel básico en una telesecundaria y era soltera. Tenía aproximadamente 38 semanas de gestación de su primer y único embarazo. No tuvo atención prenatal en la unidad médica rural de su localidad a pesar de tener acceso al IMSS-Prospera, tampoco con alguna partera de la localidad. Era hablante de mixteco y español. Margarita vivía en un municipio donde 75.3% de sus pobladores viven en pobreza y el 35.8% en pobreza extrema. El 75.9% de su población cuenta con un ingreso inferior a la línea de bienestar, en tanto que 70.5% de la población de este municipio, de acuerdo con el CONEVAL, tiene carencia en acceso a la salud.

El 5 de septiembre del 2010 tuvo un dolor de cabeza intenso, veía lucecitas (fosfenos), un zumbido en los oídos (acufenos) y luego convulsionó estando en su casa. En cinco minutos convulsionó en dos ocasiones. Margarita no pudo salir de su localidad inmediatamente por las dificultades para transportarse al hospital por la carretera y el mal clima imperante, pasaron ocho horas desde que se sintió mal y su arribo al hospital general, casi a las 11 de la mañana. El traslado les llevó aproximadamente cuatro horas y media.

Cuando llegó a la unidad médica, Margarita continuaba con las convulsiones y estaba inconsciente. Al realizarse la exploración física en el servicio de Urgencias detectaron que el bebé había fallecido (óbito) y que ella tenía una grave dificultad respiratoria secundaria a bronco aspiración. Durante las convulsiones le aplicaron medicamentos hipotensores intravenosos, además, tomaron muestras de sangre para estudios de laboratorio, pero no pudieron realizarle una gasometría arterial porque “no había reactivos”. La prepararon para realizarle una cesárea y a las 11:25 de la mañana nació muerto el bebé. Durante la cesárea Margarita tuvo un paro cardiorrespiratorio, intentaron reanimarla por 30 minutos, pero no lo consiguieron y la declararon muerta a las 11:55 horas. Le notificaron a su madre el deceso y las causas que lo provocaron a través de un traductor, ya que ella no hablaba español. El diagnóstico de defunción fue registrado como asfixia secundaria a bronco aspiración, crisis convulsivas y eclampsia.

Margarita era menor de edad y, a pesar de ser beneficiaria de Prospera, su embarazo pasó desapercibido, pese a que la atención médica es una de las condiciones que la población debe cumplir para permanecer en el programa. La complicación se presentó durante la noche, dificultando su salida inmediata hacia una unidad médica que pudiera atenderla, sólo el traslado les tomó casi cinco horas y fue realizado por sus propios medios. Su madre, que la acompañó, no sabía hablar español. En el hospital no realizaron una valoración completa de su estado de salud, porque no había insumos suficientes. La promoción de la salud sexual y reproductiva entre las y los jóvenes indígenas es una tarea pendiente, los servicios amigables de la SSA funcionan en horarios limitados, incompatibles con el horario de los estudiantes y son atendido por personal no HLI (CIESAS/INMUJERES, 2014).

Figura 9. Segunda demora aplicada al análisis de la muerte materna por aborto



Fuente: elaboración propia.

Ana María. Las pastillas venían envueltas en un papel (chatina)

Ana María tenía 37 años, tuvo seis hijos. Durante su séptimo embarazo ocurrió su fallecimiento. Vivía en unión libre y era analfabeta, monolingüe de chatino. Falleció en su domicilio a los cuatro meses de embarazo (17 semanas de gestación). No tuvo consultas prenatales. No era beneficiaria del Seguro Popular ni del IMSS-Prospera. Ana María vivía en un municipio en donde 92.4% de los habitantes están en pobreza y el 64.5% en pobreza extrema. El 92.4% de su población cuenta con un ingreso inferior a la línea de bienestar.

Aunque solo 15.9% de la población de este municipio, señala el CONEVAL, carece de acceso a la salud, Ana María se encontraba en este reducido porcentaje.

El 10 de enero de 2010, Ana María salió “a comprar pastillas” a una localidad vecina; su esposo no sabe exactamente qué fue lo que le vendieron, venían envueltas en un papel, sin receta médica. Las ingirió ese día, como a las siete de la noche, no sabe cuántas. Al día siguiente Ana María se empezó a sentir mal, aproximadamente a las siete de la mañana empezó con dolor de vientre, “sacó el niño” y después empezó a sangrar. El esposo, al verla empeorar, mandó a pedir una ambulancia al municipio como a las cuatro de la tarde. La ambulancia llegó una hora después, pero Ana María ya había fallecido.

Este caso muestra una historia paradigmática de mujeres que no pueden seguir con un embarazo por cuestiones de extrema pobreza y habitan en un estado en el cual el aborto no es una opción legal. La despenalización del aborto en situaciones de extrema pobreza abriría la posibilidad de sobrevivencia de mujeres como Ana María, que deja en la orfandad a seis hijos que tendrán un futuro incierto. El estado tiene la obligación de asegurar un aborto seguro en los casos de pobreza extrema.

En México existe ya el antecedente de despenalización del aborto por cuestiones económicas. En la Ciudad de México las mujeres pueden optar por este procedimiento, podemos considerar que las mujeres del resto de las entidades federativas sufren de un agravio comparado.²⁹ En este sentido, el nivel de obligación que se adolece es el de *cumplir*, que requiere “que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud” (ONU-CDESC, 2000: 9). Esta causa de muerte ocurre fundamentalmente en mujeres pobres, entre 2010 y 2014 fueron seis mujeres, todas ellas sin escolaridad, habitantes de MHLI las que fallecieron por aborto y en su hogar sin haber buscado atención, algunos de estos abortos fueron provocados, otros espontáneos. Entre

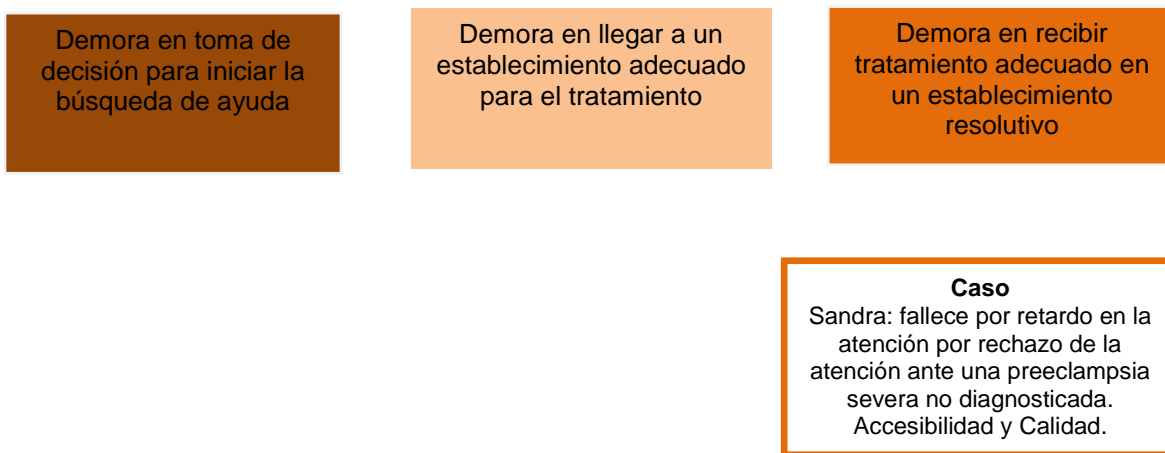
²⁹ Las desigualdades producidas por una legislación que agravia los derechos humanos (agravio comparado) (Artículo 23 de la Ley General). Cuando las leyes locales no otorgan en México las mismas garantías frente a un agravio.

todas ellas habían tenido 33 embarazos, es decir, en promedio cada una dejó a cuatro hijos huérfanos.

La tercera demora

La tercera demora es resultado de no recibir el tratamiento adecuado y apropiado. Puede relacionarse con el ingreso de pacientes en estado de gravedad a unidades médicas carentes de personal de salud (pocos trabajadores, o bien, con habilidades o competencias insuficientes); con deficiencias en el equipamiento (no disponibilidad de sangre, medicamentos, u otro equipamiento necesario, problemas vinculados con la carencia de insumos); o manejo inadecuado (diagnóstico y manejo incorrectos). De acuerdo al CDESC los establecimientos, bienes y servicios de salud, además de que deben ser aceptables desde el punto de vista cultural, deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, así como de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, de personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia, potable, y condiciones sanitarias adecuadas.

Figura 10. Tercera demora aplicada al análisis de la muerte materna por preeclampsia severa



Fuente: elaboración propia.

Sandra. Buscando atención por sus propios medios (mixe)

Sandra tenía 37 años y cinco hijos; vivía en unión libre, tenía primaria completa y era hablante de mixe. Vivía en una localidad que sólo contaba con casa de salud a cargo de un

equipo sanitario itinerante, era beneficiaria de Prospera y el enfermero de la casa de salud la había afiliado al Seguro Popular. Estaba en el cuarto mes de su sexto embarazo. Sandra vivía en un municipio en donde 90.9% de las personas viven en pobreza y el 61.9% en pobreza extrema, el 90.9% de su población cuenta con un ingreso inferior a la línea de bienestar. El 38.8% de la población de este municipio, señala el CONEVAL, tiene carencia en acceso a la salud.

Sandra tuvo cuatro consultas prenatales. En tres de ellas su presión arterial fue baja, de 90/60 mmHg; era una mujer menuda, con una estatura menor a 1.50 metros. En la cuarta consulta prenatal, el 19 de enero de 2010, registró una presión arterial de 100/70 mmHg. No tuvo acceso a estudios de laboratorios básicos durante todo su control prenatal. El 7 de febrero, se vio aquejada por un dolor de cabeza, edema de las piernas, vómito, mareo, dolor retrocular y percepción de lucecitas (fosfenos) y zumbido de oídos (acúfenos). Acudió, por sus propios medios a consulta en el hospital básico comunitario más próximo, ubicado en un municipio vecino, en donde le midieron la presión arterial y la enviaron de regreso a su domicilio.

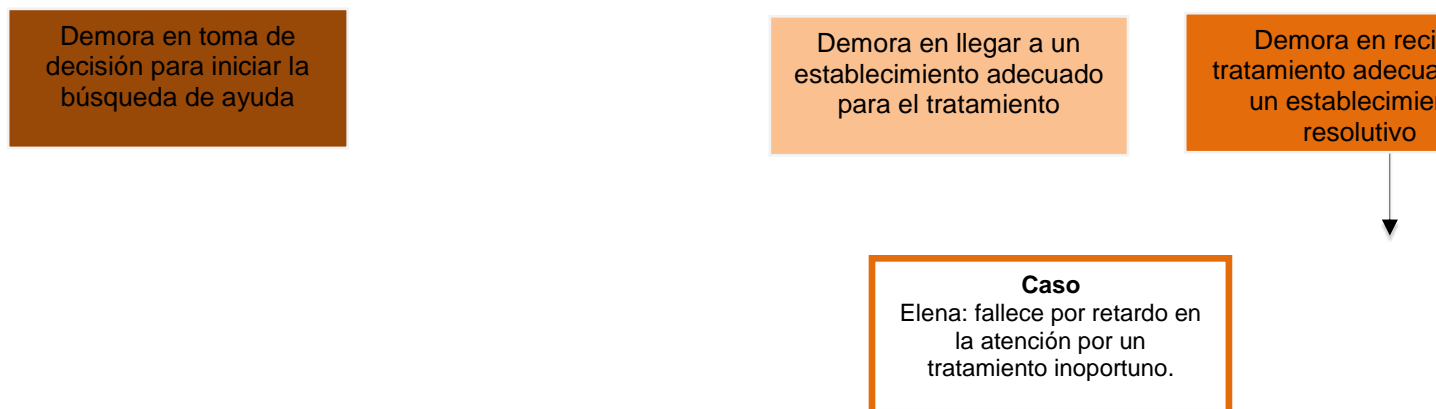
Durante los días siguientes, continuó con los mismos síntomas y el 15 de febrero volvió a desplazarse por sus medios al mismo hospital, donde la recibieron a las 9:50 horas en el servicio de urgencias. Para entonces Sandra mostraba además ictericia conjuntival. Le practicaron estudios clínicos y determinaron que tenía preeclampsia severa, le administraron hipotensores y la enviaron a un centro hospitalario de tercer nivel de atención en la capital del estado.

Al día siguiente, en la madrugada del 16 de febrero, Sandra tuvo un parto normal (eutócico), pero con abundante líquido meconial y su bebé nació en malas condiciones; llamaron al pediatra para la atención de la recién nacida y no acudió. Por la tarde, Sandra empeoró y presentó datos de choque con presión arterial muy baja y daño renal; fue transferida a cuidados intensivos. Falleció esa misma noche.

Este caso evidencia que la población indígena, a pesar de buscar ayuda en los servicios de salud, no obtiene una atención de calidad y sus derechos de acceso a la salud son violentados. Sandra tuvo atención prenatal y con gasto de bolsillo tuvo que remontar

las carencias estructurales de su localidad, no contó con ningún apoyo institucional para acercarse a una unidad resolutive y recibió un contundente rechazo la primera vez que lo intentó. La historia de Sandra también pone en evidencia que muchas mujeres manejan tensiones arteriales fuera de la “normal”. Lo que en Sandra era una crisis hipertensiva no fue percibida como tal por el personal de salud, porque su presión arterial se encontraba en parámetros considerados “normales”.

Figura 11. Tercera demora aplicada al análisis de la muerte materna por eclampsia



Fuente: elaboración propia.

Elena. Sin noticias de ella (rarámuri)

Elena tenía 26 años de edad, vivía en unión libre, tenía dos hijos, estudió hasta el tercer año de primaria y hablaba rarámuri. La localidad donde residía era área de influencia del IMSS-Prospera, pero ella no se asumía como beneficiaria de Prospera ni del Seguro Popular. En su expediente se registró que se desconoce si tuvo atención prenatal y no se tiene información acerca de si se le solicitaron estudios básicos durante el embarazo.

Elena vivía en un municipio donde 85.7% de sus habitantes están en pobreza y 40.2% en pobreza extrema. El 86.6% de su población cuenta con un ingreso inferior a la línea de bienestar, mientras que 40.1% de la población de este municipio, de acuerdo con el CONEVAL, tiene carencia en acceso a la salud. La complicación se presentó el 31 de enero de 2010 y falleció el 13 de febrero. Cuando tenía siete meses de embarazo empezó a convulsionar, en fin de semana, un domingo en la madrugada. No se documenta si buscó atención en el primer nivel ni si la recibió.

Elena llegó al Hospital General más próximo a su localidad a las dos de la mañana, con dolor abdominal intenso (epigastrio), dolor de cabeza y vómito. Cuando la estaban bajando de la ambulancia convulsionó nuevamente. Detectaron hipertensión arterial (160/100 mmHg) y le administraron medicamentos intravenosos para abatir las convulsiones e hipotensores. En la exploración física se percataron de que el ritmo cardíaco

fetal había disminuido y que presentaba anuria (suspensión de la secreción de orina). El dictamen del Comité de análisis de Mortalidad Materna estatal³⁰ señaló un retraso en la colocación de un catéter central para la reposición de líquidos y evitar la lesión permanente.

Le practicaron una cesárea (tenía 31 semanas de gestación), pero para entonces el bebé ya había fallecido (óbito fetal). Además de la falla renal presentó datos de falla hepática, por lo cual decidieron trasladarla a la capital del estado, con los diagnósticos de falla renal y síndrome de HELLP.³¹ Este hospital general no pudo comunicarse de manera oportuna con un centro de atención por ser fin de semana y no consiguieron ambulancia (consideran que esto es un gran obstáculo, pues el hospital tiene 20 años con la misma ambulancia que ha sufrido desperfectos en dos ocasiones durante el traslado de usuarios y, además, no es adecuada para trasladar pacientes graves). Después de que la trasladaron a Chihuahua el hospital que la refirió ya no tuvo noticias de Elena.

Cuando la recibieron en el Hospital de Chihuahua su presión arterial había disminuido considerablemente (80/60 mmHg), pero aún estaba consciente. Elena presentaba edema en todo el cuerpo (anasarca) y tenía datos de choque. Durante su estancia en urgencias presentó un rápido deterioro neurológico. Le transfundieron plasma fresco, plaquetas y fue ingresada a terapia intensiva, donde le pusieron asistencia ventilatoria. En los días posteriores, su condición se deterioró aún más presentando el 13 de febrero paro cardiorrespiratorio a las seis de la mañana. La reanimaron y a las 9:45 volvió a sufrir otro paro cardíaco del cual ya no se recuperó. Elena estuvo hospitalizada durante 12 días y 8 horas.

Entre el 2010 y 2014 fallecieron 1 069 mujeres por trastornos hipertensivos del embarazo, de un total de 5 222 muertes maternas. Así, la enfermedad hipertensiva del

³⁰ Al momento de la redacción del presente documento, el 2016, la información de los Comités de Análisis de Mortalidad Materna no es pública. Ésta es un área de oportunidad que debe impulsarse para conocer su funcionamiento, los casos analizados, sus recomendaciones y las mejoras alcanzadas a través de sus éstas.

³¹ De acuerdo a Gutiérrez-Aguirre: “El síndrome de HELLP es una complicación sistémica del embarazo de etiología desconocida que afecta al 0.9% de todos los embarazos y se relaciona con elevada morbilidad y mortalidad materna y fetal. Se caracteriza por anemia hemolítica microangiopática, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia por consumo. Aparece, sobre todo, en el tercer trimestre del embarazo con afectación que dependerá, en parte, de la rapidez con que se establezca el diagnóstico y se inicie el tratamiento” (Gutiérrez-Aguirre, 2012: 195).

embarazo resultó la causa de muerte del 21.0% del total de muertes maternas, incluyendo las tardías. En MHLI ocurrieron 187 defunciones y 879 en el resto de los municipios. La eclampsia fue la causa de muerte más frecuente en estas mujeres con 59.0% y 52.0% de los fallecimientos, respectivamente.

La segunda causa en importancia fue la preeclampsia severa o hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria, con 36.0% y 42.0%, respectivamente (Tablas 1.26 y 1.27). La hipertensión durante el embarazo es una de las causas de muerte más costosas, no sólo por las implicaciones en su manejo, como se puede reconocer en el caso de Elena, sino porque puede requerir estancias prolongadas en las Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (UCI).

Prácticamente todas las mujeres fallecen en una unidad médica, las menos en sus hogares. De las que vivían en MHLI solamente tres fallecieron en sus hogares y una de las 879 del resto de MNHLI. En este sentido podemos afirmar que la sobrevivencia depende de dos cuestiones: la primera, de un diagnóstico temprano y, la segunda, de una buena calidad de atención. La enfermedad hipertensiva del embarazo frecuentemente cursa con sangrado y se complica con el llamado síndrome de HELLP. La presencia de bancos de sangre y de UCI son fundamentales para la sobrevivencia y el buen manejo de las mujeres; la mayoría de ellas mueren por la poca disponibilidad de estos recursos.

Aunque la eclampsia y la preeclampsia se caracterizan por un incremento en la presión arterial, esto no sucede en algunos casos, pues la presión arterial previa de las mujeres es tan baja que un incremento en ella puede no alertar a los médicos. Esto pudo haber ocurrido en el diagnóstico tardío que se hizo en el caso de Sandra. Es importante que los prestadores de servicios de salud estén atentos a las solicitudes de las mujeres, más aún cuando su traslado implica el desplazarse de su localidad.

La mayoría las mujeres indígenas cuentan con un sistema de protección a la salud a través del Seguro Popular. Las estimaciones realizadas a través de la Encuesta Intercensal muestran que el 73.3% de las mujeres indígenas están afiliadas al SP y el 13.3% no tienen ningún tipo de protección a la salud. En los casos de Chiapas y Oaxaca el 79.3% y 76.3% respectivamente y 12.3% y 14.0% no tienen derecho a servicios de salud. Sin

embargo estas mujeres tiene el doble de riesgo de morir por causas maternas en relación con sus pares nacionales.

La diferencia básica radica en el acceso y la disponibilidad de los recursos de atención hospitalaria con los que cuentan. Así, en todo el país solamente hay un hospital de resolutivead alta en un municipios definido como indígena es decir con HLI de 40% y más (Tabla 22).

Tabla 22. Número de hospitales según nivel de resolutivead y municipios según población indígena, México, 2015

Municipios según PI	Nivel de resolutivead			
	Alta	Básica	Media	Total general
Municipio con población indígena dispersa	43	15	147	205
Municipio con presencia indígena	117	9	98	224
Municipio indígena	0	2	31	33
Sin población indígena	0	1	0	1
Total general	160	27	276	463

Fuente: Freyermuth y Gómez (2016) con base en el Convenio General de Colaboración que celebra la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para la Atención de Emergencias Obstétricas, Anexo 1 actualizado en septiembre del 2015.

Por ello, estos datos muestran que contar con Seguro Popular o Prospera, o no ser beneficiario de éstos, es prácticamente lo mismo, pues, no hay diferencia entre la calidad de la atención recibida.

Conclusiones

Aunque México se comprometió a disminuir la MM en 22 por 100 000 nacidos vivos registrados (NVR) para el 2015, esta meta quedó en el pasado. Los nuevos ODS la ponen muy por debajo de la que se debe alcanzar para el 2030, con 70 muertes por 100 000 NVR. Sin embargo, México es un país heterogéneo con persistencia de grandes desigualdades entre las mexicanas, no obstante que el acceso a la protección en salud se ha incrementado en la población indígena, como lo señala la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) de 2006 y 2012. La afiliación al Seguro Popular de esta población pasó de 14.0% a 61.9% (Leyva *et al.*, 2013: 125), pero no ha garantizado, como hemos mostrado, mejoras en el

acceso a los servicios de salud o un impacto positivo en la disminución del riesgo de morir por causas maternas en MHLI. Pese a que la atención del parto de las mujeres indígenas en hospitales ascendió de 63.8% en el 2006 a 76.4% en el 2012, la utilización de los servicios ambulatorios de salud fue menor en los indígenas respecto de los no indígenas en el mismo periodo (Leyva *et al.*, 2013: 127). Esto representa grandes retos en la política pública y el marco de los derechos humanos.

Podemos concluir que los casos presentados evidencian que las condiciones de vida de las mujeres indígenas son tan precarias que la disminución del porcentaje en la carencia de acceso a servicios de salud no está asegurando –en los hechos– su atención, en la medida que para la mayoría de ellas implica gastos de bolsillo por el traslado a unidades resolutivas fuera de sus comunidades o compra de insumos que las unidades médicas no pueden otorgar, rechazo hospitalario, operatividad nula de las redes entre el primero y el segundo nivel de atención, rezagos en la satisfacción de las usuarias en el acceso a métodos de planificación familiar y en la posibilidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos sin poner en riesgo su vida. La presencia suficiente de bancos de sangre y de UCI es fundamental para la sobrevivencia y el buen manejo de las mujeres.

A pesar de que desde 2000 se apuntó que los MHLI debían ser una población focalizada por medio de acciones multisectoriales para mejorar su salud y bienestar social, los indicadores que demostrarían una observación cabal de los derechos humanos en México no han sido alcanzados.



Foto: Juan Carlos Martínez Pérez



Capítulo

La diabetes en mujeres
indígenas de Yucatán en edad
reproductiva. Recomendaciones y
observaciones a favor de su salud

Aracelly María Pereira Patrón

Presentación

La diabetes mellitus (DM)³² en México causa más de 75 000 muertes al año y se registran 400 000 casos nuevos anualmente (SSA, 2014). Esta enfermedad es la segunda causa de mortalidad general en la población del país y es la primera causa de defunciones en mujeres indígenas y no indígenas en edad reproductiva (Tabla 4). En la década de los noventa la diabetes no figuraba entre las diez primeras causas de muerte en poblaciones indígenas (Sepúlveda, 1993). Actualmente, la DM se relaciona con una serie de cambios en la alimentación y los estilos de vida de las poblaciones.

Además, la DM es un padecimiento crónico de larga duración que produce efectos adversos y discapacidad permanente. Las complicaciones más comunes son la insuficiencia renal y la insuficiencia vascular periférica, que ocasiona pérdida de los miembros del cuerpo y ceguera. Todo esto implica un alto costo para los enfermos, sus familias, las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la sociedad en general.

En este contexto, el objetivo de este capítulo es exponer un panorama general de la diabetes en México centrandó la atención en las mujeres indígenas en edad reproductiva de Yucatán. Mediante la presentación de dos casos específicos, se muestra la complejidad de la diabetes a nivel microsócial.

Antecedentes

La diabetes es considerada hoy en día un problema de salud pública en el ámbito mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define “como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce” (OMS, 2015). Asimismo, según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), la DM forma parte de las enfermedades endocrinas.³³ La CIE-10 divide a la diabetes en causas específicas de mortalidad, en esta codificación existe la DM insulínodépendiente, la DM no insulínodépendiente, la DM

³² En este capítulo se usa indistintamente los términos diabetes mellitus (DM) y diabetes, ambos hacen referencia a la misma enfermedad.

³³ Véase la Clasificación Internacional de las Enfermedades en <http://www.iqb.es/patologia/toc01.htm> [Consulta: 30 de julio de 2016].

asociada con desnutrición, otras DM especificadas y la DM no especificada.³⁴ La DM no insulino dependiente o de tipo 2 es la más común (NOM, 2010).

Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés), 415 millones de personas en el mundo tenían diabetes en el 2015, es decir, uno de cada once adultos padecía esta enfermedad, de las cuales 44.3 millones se ubicaban en Norteamérica y el Caribe. Se estima que para el 2040 en el mundo habrá 642 millones de personas con esta enfermedad y, por consiguiente, uno de cada diez adultos tendrá diabetes. En Norteamérica y el Caribe la cifra aumentaría a 60.5 millones (Ayala, 2015).

En México la diabetes “ocupa el segundo lugar dentro de las principales causas de mortalidad” (SSA, 2014: 15), aunque sigue siendo una causa de muerte evitable en personas de 0 a 49 años (Dávila y Agudelo, 2014).³⁵ Precisamente esta enfermedad se encuentra entre las primeras causas de mortalidad en mujeres mexicanas en el rango de edad en el cual es evitable. Por ejemplo, en el 2014, la diabetes ocupó el primer lugar como causa de defunción en mujeres indígenas y no indígenas en edad reproductiva (15 a 49 años) (Tabla 4). En Yucatán, específicamente, la diabetes fue la primera causa de muerte en mujeres en dicho grupo etario. Siendo casi tres veces mayor en mujeres yucatecas que habitan en municipios con población de 40% a 69% hablante de lengua indígena (HLI) con respecto al resto de las mujeres; además, la tasa de mortalidad en este grupo fue de 3.9 puntos porcentuales más alta que la del resto de la población femenina (Tabla 27).³⁶ Es decir, la diabetes causa más defunciones en mujeres indígenas y por tal razón este artículo se centra en este grupo, enfatizando el período reproductivo.

En los siguientes apartados se introduce el tema de la salud como derecho y su relación con los determinantes de la salud. En un segundo momento se explica cuáles son

³⁴ Véase la Clasificación Internacional de las Enfermedades <http://www.iqb.es/patologia/toc01.htm> y http://www.iqb.es/patologia/e03_002.htm [Consulta: 11 de mayo de 2014].

³⁵ Para la definición de Muerte Evitable consultar capítulo 1. En la Clasificación Internacional de Enfermedades 10a. revisión (CIE-10) se consideran causa de muertes evitables de la E10 a la E14 (Dávila y Agudelo, 2014: 270). Esta clasificación abarca a la diabetes mellitus insulino dependiente, a la diabetes mellitus no insulino dependiente, a la diabetes mellitus asociada con desnutrición, a otras diabetes mellitus especificadas (todas las anteriores con sus complicaciones y sin mención de las mismas) y a la diabetes mellitus, no especificada. Véase <http://www.proteccioncivil.org/catalogo/carpetas02/carpetas24/vademecum12/cie10/cie10E.htm>

³⁶ La tasa es por 100 000 habitantes. Más adelante se presenta una tabla con estos elementos desarrollados.

los factores de riesgo, los costos y las complicaciones de la diabetes. Finalmente, de acuerdo al Programa de Acción Específico (PAE) de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018, se presentan los avances y logros del SNS en cuanto a su prevención, control y tratamiento.

El derecho a la salud: su relación con los determinantes sociales y la marginación

México es uno de los países que asumió los tratados universales aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas³⁷ y ratificó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en 1981 (Castañeda, 2015). A su vez, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del PIDESC, adoptó en el 2000 la “Observación General” número 14 sobre el derecho a la salud (OACNUDH, INEGI y CNDH, 2011: 37). En esta observación se establecen cuatro criterios esenciales e interrelacionados del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. A continuación se describe cada uno de ellos:

a) Disponibilidad. Se refiere a que deberá existir un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos y centros de atención de la salud con condiciones sanitarias adecuadas, personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad. Para que este criterio se respete, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación de ningún tipo y deben abarcar cuatro dimensiones superpuestas: 1) no discriminación: establece que los servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, de hecho y de derecho, sin discriminación alguna por cualquier motivo; 2) accesibilidad física: dispone que los servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados (minorías étnicas, poblaciones indígenas, mujeres, niños, adolescentes, personas mayores, personas con discapacidades y personas con VIH/Sida); 3) asequibilidad o accesibilidad económica: plantea que los pagos por servicios de atención de la salud deberán basarse en el

³⁷ Los tratados internacionales aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas son los siguientes: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés); Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; Convención sobre los Derechos del Niño; Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas (Castañeda, 2015: 10-11).

principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos; 4) acceso a la información: comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Este acceso no debe menoscabar el derecho a que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, además serán culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y al ciclo de vida de los usuarios. También deberán respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas tratadas.

d) Calidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad. Para ello, se requiere de personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (OMS, 2002: 10).

El derecho a la salud y su relación con los criterios anteriores impone al Estado mexicano tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y cumplir (OACNUDH, INEGI, CNDH, 2011). Pero el Estado presenta retos para efectuar sus compromisos, uno de ellos es “encaminar sus acciones a que todas las personas tengan acceso a la atención de la salud a la brevedad posible” (OACNUDH, INEGI, CNDH, 2011: 37) y otro es asumir “medidas de no repetición y se comprometa a realizar cambios institucionales para transformar las condiciones actuales de atención a la salud” (Sáenz y Ramírez, 2015: 244). Asimismo, el CDESC explica que el derecho a la salud es inclusivo, pues no sólo implica la atención a la salud de manera oportuna y apropiada, sino también abarca factores determinantes para la salud tales como el acceso al agua limpia potable, a condiciones sanitarias adecuadas, al suministro correcto de alimentos sanos, a una nutrición balanceada, a una vivienda apropiada, a condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (OMS, 2002).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) se relacionan también con la condición de marginación de ciertas poblaciones. En este sentido, la marginación es un “fenómeno estructural múltiple que valora dimensiones, formas e intensidades de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute de sus beneficios” (CONAPO, 2011: 14). Las dimensiones socioeconómicas de la marginación consideradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) son educación, vivienda, distribución de la población e ingresos monetarios. Cada dimensión tiene su indicador para medir la intensidad de la exclusión, por

ejemplo, el criterio de educación se mide con el porcentaje de población de 15 años o más que es analfabeta.

Las poblaciones indígenas se encuentran en una posición estructural de desventaja frente al resto de los habitantes del país en cuanto a la obtención de los elementos necesarios para el goce de una salud de calidad. En el caso de Yucatán, los municipios de 40% a 69% de HLI presentaron grado de marginación alto en 2015 y las localidades de 70% y más de HLI se clasificaron con el grado de marginación que va del alto al muy alto en dicho año (INEGI, 2015; CONAPO, 2015).³⁸ En consecuencia, las poblaciones indígenas presentan niveles mayores en los indicadores de exclusión en comparación con otros grupos sociales.

Factores de riesgo para la diabetes

En México se reconoce que “el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para la diabetes y otras enfermedades crónicas” (NOM, 2010: 17).^{39,40} Si bien no son las únicas amenazas, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, en Yucatán se presentan como un “problema de salud pública que afectó a siete de cada diez hombres y mujeres mayores de 20 años. Estas cifras fueron similares a las reportadas en el ámbito nacional” (INSP, 2013: 90). Centrando la información en la población

³⁸ En total son 42 municipios de 40 a 69% de HLI: Abalá, Akil, Calotmul, Chapab, Cuzamá, Dzán, Dzitás, Dzoncauich, Espita, Halachó, Hocabá, Hochtún, Homún, Huhí, Kantunil, Kopomá, Mama, Maxcanú, Muna, Opichén, Oxkutzcab, Peto, Quintana Roo, Sacalum, Samahil, Sanahcat, Sotuta, Sudzal, Tahmek, Tecoh, Tekal de Venegas, Tekit, Tepakán, Teya, Tinum, Tunkás, Tzucacab, Valladolid, Xocchel, Sucilá, Tekax y Ticul. Los tres últimos son los únicos clasificados con grado de marginación medio. Los municipios de 70% y más de HLI son 21: Cantamayec, Chacsinkín, Chankom, Chemax, Chichimilá, Chikindzonot, Chumayel, Cuncunul, Kauga, Maní, Santa Elena, Teabo, Tekom, Temozón, Timucuy, Tixcacalcupul, Tixmehuac, Uayma, Yaxcabá, Mayapán y Tahdziú. Los dos últimos tienen más del 98% de HLI (INEGI, 2015 y CONAPO, 2015).

³⁹ Los factores de riesgo para desarrollar la DM no insulino dependiente, tipo específico, son los siguientes: sobrepeso y obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, tener 45 o más años de edad, las mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (más de cuatro kg) y/o con antecedentes obstétricos de diabetes gestacional, mujeres con antecedente de ovarios poliquísticos; asimismo, se considera dentro de este grupo a las personas con hipertensión arterial (más de 140/90), dislipidemias (colesterol HDL menor o igual a 40 mg/dl, triglicéridos mayor o igual a 250 mg/dl), a los y las pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores) y con antecedentes de enfermedades psiquiátricas con uso de antipsicóticos (NOM, 2010: 9).

⁴⁰ El peso corporal de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) (Kg/m²) se clasifica de la siguiente manera: IMC mayor que 18.5 y menor que 24.9 corresponde a peso normal; IMC mayor que 25 y menor que 29.9 corresponde a sobrepeso; IMC mayor que 30 corresponde a obesidad (NOM, 2010: 5).

femenina, se tiene que el 36.5% de las mujeres que habitan los municipios urbanos presentan sobrepeso y 45.3% obesidad; en contraste las de las localidades rurales presentan 32.1% y 51.0% en las mismas categorías (INSP, 2013: 85). Aunque no se especifica la edad de las mujeres referidas, es evidente que casi la mitad de esta población presenta obesidad y este problema se acentúa en las que viven en municipios rurales.

La alimentación en Yucatán se relaciona con la presencia del sobrepeso y la obesidad en la población. Bonfil (2006), en su trabajo de 1960 y 1961 en Sudzal (municipio rural), afirmó que para los habitantes “el maíz, el frijol y el chile son, como en casi todo el ámbito rural mexicano, la base de la dieta. Frutas y legumbres aparecen en muy pequeña cantidad. La carne también cuenta poco en la dieta regular” (Bonfil, 2006: 129-130). De la misma forma, Balam, Gurri y Ochoa (2004) efectuaron una investigación en la que compararon los resultados de la Encuesta de Sudzal realizada en 1959 con los resultados de un cuestionario aplicado en varias comisarías⁴¹ de algunos municipios del sur y el centro de Yucatán en el 2000.⁴² Los autores encontraron lo siguiente:

Los alimentos básicos de la población rural yucateca son los mismos a través del tiempo estudiado, es decir, maíz y frijol. [...] La encuesta realizada después de 41 años a la primera de Sudzal, nos indica ligero aumento de las calorías en la actualidad. [...] La diferencia de calorías observada en el alimento principal, es sustituida ahora por mayor cantidad de frijol y nuevos alimentos como los refrescos embotellados, variedad de pastas y frituras ‘chatarra’ [...] que van en aumento (Balam, Gurri y Ochoa, 2004: 7).

El maíz y el frijol siguen siendo la base de la alimentación de las familias rurales e indígenas yucatecas, pero procesos como la migración, la globalización y las campañas publicitarias transmitidas en los diferentes medios de comunicación han generado un cambio en la dieta y en el consumo de esta población. Los hábitos de consumo de alimentos son el resultado de una serie de interacciones entre diversos factores como las condiciones

⁴¹ Las comisarías son localidades que en la cuestión administrativa, política y de asignación de recursos monetarios dependen de su cabecera municipal, tienen un menor número de habitantes y cuentan con infraestructura básica. Las figuras políticas son el comisariado municipal y el ejidal, encargado de resolver asuntos relacionados con el ejido.

⁴² Los autores señalan que la calidad de la alimentación en la infancia tiene un peso importante en el desarrollo físico de los individuos. Por ende, cuando una persona presenta cierto grado de deficiencias nutricionales en la niñez es más propensa a enfrentarse con problemas de salud durante su vida adulta.

climáticas, las socioeconómicas, la oferta de alimentos y las costumbres o tradiciones de la población (Mendoza, Maldonado y Heredia, 1992).

Con la finalidad de desarrollar brevemente el tema de la ingesta de alimentos de escaso valor nutritivo pondré el ejemplo de las bebidas carbonatadas ya que, está comprobado, su consumo recurrente produce consecuencias negativas en la salud de la población.⁴³ En este sentido, existe una estrecha relación entre el consumo de refrescos embotellados y la presencia de enfermedades como la diabetes y la obesidad. Al respecto, la CEFP sostiene lo siguiente:

El aumento en el consumo de refrescos en los últimos años, provocó un incremento en los casos de diabetes y obesidad temprana en los niños y jóvenes de nuestro país. Esto al ser bebidas elaboradas con sacarosa, glucosa y fructosa, mismas que afectan el páncreas y fácilmente llegan a la sangre, integrándose en los tejidos y convirtiéndose en grasa (CEFP, 2015: 2).

Yucatán es un estado en el cual las poblaciones tanto rurales como urbanas tienen la costumbre de acompañar dos de las tres comidas del día con bebidas carbonatadas. También es frecuente que cuando una persona tiene sed debido al calor extenuante y húmedo que existe, beba un refresco embotellado, de preferencia de sabor cola. Además, cuando una familia recibe una visita, como muestra de atención, se compra una gaseosa para ofrecer a los recién llegados. La representación y el significado social del refresco como alimento y su consumo deben modificarse en favor de la salud de los yucatecos y mexicanos en general. El problema de la obesidad, como factor de riesgo, y su relación con la diabetes es complejo, aquí sólo se ha presentado una de las aristas que deben ser tomadas en cuenta para el análisis de esta temática.

⁴³ De acuerdo con el Centro de Finanzas Públicas, “En México se han llevado a cabo las primeras acciones fiscales para contrarrestar el consumo de bebidas saborizadas; entre las que destacan i) el pago de IEPS al consumo de bebidas saborizadas, mediante el cobro de una cuota equivalente a \$1.00 por litro y ii) el destino específico de recursos presupuestarios a programas sociales, de salud y educativos como la construcción de bebederos en escuelas con alto rezago educativo. Estas medidas, están encaminadas a reducir los diversos padecimientos por el consumo de refrescos y/o bebidas con alto contenido calórico, que han deteriorado la calidad de vida de la población y aumentado los costos en salud” (CEFP, 2015: 7).

Costos y complicaciones de la diabetes

La persona enferma de diabetes puede desarrollar una buena calidad de vida siempre y cuando mantenga un control adecuado de la misma pero, generalmente, para lograrlo es importante tratarse en alguna institución de salud, pública o privada. De acuerdo con la ENSANUT 2012, Yucatán ha progresado de manera importante en la atención de la diabetes, con un incremento en el porcentaje de pacientes con diagnóstico precoz de 5.3% en el 2006 a 24.5% en el 2012 (SSA, 2014: 28). Por otro lado, el problema más grave del padecimiento es cuando se presentan complicaciones.⁴⁴

En las instituciones que pertenecen al SNS, la intervención más importante en el control de la diabetes se realiza a través de la detección del caso, el tratamiento, el monitoreo y, en determinando momento, al tratamiento de las complicaciones (Franco-Marina, *et al.*, 2006). De tal forma, “se calcula que la atención de la diabetes absorbe el 15.0% de los recursos totales del sistema mexicano de salud” (SSA, 2014: 24). En palabras de la SSA:

De acuerdo a las estimaciones hechas para México en la atención de la diabetes, los proveedores calcularon un costo de US\$707 dólares por persona al año. Para el 2012, el costo se elevaría a US\$3,872 millones de dólares para el manejo de este padecimiento; esto representa un incremento de 13.0% en relación a la cifra estimada para el 2011. Para contextualizar esta cifra, este monto es superior a los 3,790 millones asignados al Seguro Popular en el 2010. Se estima un costo de US\$500 billones de dólares en el 2010 y de US\$745 billones de dólares en el 2030 (SSA, 2014: 24-25).

Si bien la atención de la diabetes genera un gasto excesivo para el sistema de salud mexicano, también es cierto que la economía familiar de quien la padece se ve afectada, más aún en el momento de las complicaciones, cuando se requiere la hospitalización del enfermo. En México, la diabetes “es la principal causa de ceguera, insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores de tipo no traumático” (SSA, 2014: 24). Estas

⁴⁴ Por ejemplo, en la diabetes tipo 2 existen complicaciones microvasculares que afectan los vasos pequeños, como la retina, el riñón, el corazón y el sistema nervioso; éstos sufren lesiones ocasionando, respectivamente, pérdida de la visión, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca y neuropatía. Ésta última afecta las extremidades superiores e inferiores del cuerpo produciendo una gradual pérdida de sensibilidad y la limitación del movimiento, así como el pie diabético, con úlceras y lesiones y amputaciones a causa de complicaciones (Gómez *et al.*, 1999; Barrios, 2001; Velasco y Sinibaldi, 2001).

complicaciones conllevan cambios en la vida personal, laboral, social y cultural de la población afectada, produciendo también un deterioro en su calidad y esperanza de vida.

Programa de Acción Específico de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018

El PAE de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018⁴⁵ establece los lineamientos normativos en torno a la prevención y atención de la diabetes. Entre ellos destacan los siguientes: a) la creación y la acreditación de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) de enfermedades crónicas y su Sistema de Vigilancia y Seguimiento de Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM), b) la puesta en marcha de las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME EC) que brindan atención a personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (SSA, 2014: 23) y c) el incremento de la cobertura de atención de la diabetes mellitus en la población de 20 años y más a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en todos los estados (SSA, 2014: 24).

En el país existen 7 059 GAM de los servicios estatales de salud, de los que 2 116 se encuentran acreditados (SSA, 2014: 29).⁴⁶ En Yucatán había 72 GAM activos con 857 integrantes en 2015.⁴⁷ Respecto a las UNEME EC, en 2015 existían 101 en 29 entidades federativas.⁴⁸ En la actualidad en Yucatán existe una UNEME EC para la atención de la diabetes por cada Jurisdicción Sanitaria. Los municipios de Mérida, Valladolid y Ticul corresponden a la Jurisdicción Sanitaria 1, 2 y 3, respectivamente. El horario de atención de las UNEME EC es de lunes a viernes de 07:00 a 15:00 horas y cuentan con un consultorio

⁴⁵ El programa está vinculado con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 (SS, 2014).

⁴⁶ La Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), establece el proceso de acreditación de los GAM en sus Lineamientos de operación 2016. Los criterios para la acreditación, la reacreditación y la acreditación con excelencia se basan en la asistencia, el peso corporal, la circunferencia de cintura, la presión arterial, la glucosa en ayunas y el control por hemoglobina glucosilada de los integrantes de los GAM (SS, *et al.*, 2016: 27).

⁴⁷ La cifra de integrantes es la segunda más pequeña en comparación con otros estados del país. Baja California Sur tiene 338 integrantes en 15 GAM activos.

⁴⁸ Véase la siguiente nota sobre la Reunión nacional de unidades de especialidades médicas de enfermedades crónicas UNEMES EC disponible en <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/reunion-nacional-de-unidades-de-especialidades-medicas-de-enfermedades-cronicas-unemes-ec> [Consulta: 28 de julio de 2016].

médico, uno de psicología y otro de trabajo social, así como una sala de usos múltiples, recepción, farmacia, cuarto de aseo, central de enfermería y bodega (SSA y SIDSS, 2016).

Consideraciones metodológicas

Se utilizaron fuentes primarias y secundarias. Se realizó una revisión de artículos, libros y documentos en la web centrándose en el tema de la diabetes en México (por ejemplo, enfocándose en aspectos clave como la Norma Oficial Mexicana o el Programa de Acción Específico), el derecho a la salud, los determinantes sociales de la salud y su relación con los pueblos indígenas del país. Se utilizaron las bases de datos administrativas disponibles en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y CONAPO, así como los resultados de la Encuesta Intercensal (EIC) 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la ENSANUT 2012.

Los datos primarios o fuentes directas provienen de entrevistas a profundidad. En 2013, entrevisté a dos mujeres indígenas yucatecas con diabetes que sufrieron complicaciones debidas a su padecimiento, así como a sus cuidadoras. En agosto de 2016, entrevisté a la médica encargada de una de las UNEME EC en el municipio de Valladolid y se realizó observación en esta unidad médica. Para la construcción de los casos de las mujeres indígenas usé el abordaje metodológico centrado en las narrativas, las cuales se conceptualizan de la siguiente manera:

Una forma en la que la experiencia es representada y relatada, en la que los acontecimientos son presentados con un orden significativo y coherente, en la que las actividades y los acontecimientos son descritos junto a experiencias asociadas a ellas y a la significación que les aporta sentido a las personas afectadas. No obstante, la experiencia excede siempre con mucho a su descripción o narrativización (Good, 2003: 255).

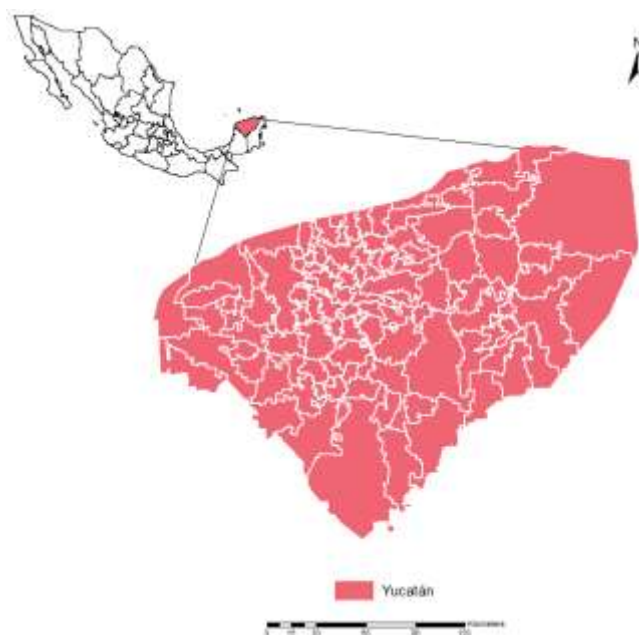
Por medio de las narrativas, los actores presentan sus experiencias de acuerdo con su relevancia. Es decir, con la importancia concedida a hechos o sucesos que pudieron ser determinantes o significativos en sus vidas. Los testimonios o narrativas reflejan sólo una parte de lo que los actores sociales han experimentado; esta delimitación es realizada por quien narra y depende de lo que quiere externar y la manera cómo lo hace, que será respetada en los testimonios independientemente de que se utilice el idioma de manera correcta.

Mortalidad materna y diabetes

Contexto de las condiciones de vida de la población indígena en Yucatán

Yucatán ocupa la porción noreste de la península del mismo nombre, situada en la parte sureste del territorio nacional; limita al norte, con el Golfo de México, en un litoral de 150 kilómetros; al este y sureste con el estado de Quintana Roo, y al suroeste con el estado de Campeche (Mapa 4). En términos administrativos cuenta con 106 municipios y su capital es Mérida. Su población es de 2 097 175 habitantes que representan 1.8% del total del país. En cuanto a la distribución de la población el 84.0% es urbana y 16.0% es rural; en comparación con el promedio nacional de 78.0% y 22.0%, respectivamente.⁴⁹

Mapa 4. Yucatán



Fuente: Freyermuth y Gómez (2016) con base en INEGI, 2010.

En Yucatán el 28.9% de la población de tres años y más es hablante de una lengua indígena y existe un porcentaje mayor de hombres que de mujeres con esta condición. A nivel nacional, el porcentaje de HLI en este grupo de edad es de 6.5% (EIC, 2015) (Tabla 24). En otras palabras, en Yucatán, 29 de cada 100 personas son HLI y, a nivel nacional, lo

⁴⁹ Véase: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/yuc/default.aspx?tema=me&e=31> [Consulta: el 1 de agosto de 2016].

son 7 de cada 100 personas.⁵⁰ Esto coloca a la entidad como uno de los cinco estados con mayor presencia de HLI sólo superado por Oaxaca (EIC, 2015) (Tabla 23).

Tabla 23. Distribución de la población de tres y más años según habla de lengua indígena y sexo. Comparación de Yucatán con el nivel nacional, 2015

Indicador		Yucatán		Nacional	
		Número	%	Número	%
HLI	Total	575 763	28.9	7 382 785	6.5
	Hombres	291 667	30.0	3 596 112	6.6
	Mujeres	284 096	27.9	3 786 673	6.5

Nota: Se excluye a la población que no especificó su edad, condición de analfabetismo o habla de lengua indígena.

Fuente: Freyermuth y Luna (2014) con base en la EIC 2015, INEGI [Consulta: 1 de julio de 2016].

La población analfabeta de 15 años y más para Yucatán fue de 18.1% entre los hablantes de lengua indígena, en comparación con 2.2% entre el resto de la población, es decir nueve veces más para los HLI. Ahora bien, llama la atención que para ambos grupos los porcentajes de analfabetismo en el grupo son menores en Yucatán que en el nivel nacional (Tabla 24).

Tabla 24. Porcentaje de la población de 15 años y más HLI por condición de analfabetismo. Comparación de Yucatán con el nivel nacional, 2015

Indicador		Yucatán	Nacional
Analfabetismo	Población de 15 años y más	2.2	4,2
	Población de 15 años y más HLI	18.1	23.2

Nota: Se excluye a la población que no especificó su edad, condición de analfabetismo o habla de lengua indígena.

Fuente: Freyermuth y Luna (2014) con base en la EIC 2015, INEGI [Consulta: 1 de julio de 2016].

⁵⁰ Véase: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/yuc/default.aspx?tema=me&e=31> [Consulta: 1 de agosto de 2016].

Mortalidad de mujeres indígenas en edad reproductiva por diabetes en Yucatán

La primera causa de muerte de mujeres en edad reproductiva en población indígena es la diabetes, a diferencia del resto de la población en donde ocupa el segundo lugar. Llama la atención que las tasas son casi del doble e inclusive del triple en las localidades de mujeres que viven en municipios HLI con respecto al resto de las mujeres yucatecas.

Tabla 25. Tasa de mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población HLI, Yucatán, 2014

Causa de defunción	Lugar	70% o más de población indígena	Lugar	40% a 69% de población indígena	Lugar	Resto de la población
Diabetes mellitus	1	8.7	1	13.7	2	4.8
Infecciones respiratorias agudas bajas	2	5.7	13	1.4	8	3.3
Tumor maligno de la mama	3	4.4	4	4.1	3	4.8
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	4	4.4	2	8.2	7	3.3
Nefritis y nefrosis	5	4.4	8	2.7	10	2.9
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6	3.9	5	4.1	6	4.1
Enfermedades isquémicas del corazón	7	3.0	14	1.4	1	7.0
VIH/Sida	8	3.0	6	4.1	9	2.9
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	9	2.6	3	8.2	4	4.4
Epilepsia	10	2.6	24	0.0	29	0.4
Tumor maligno del cuello del útero	11	2.2	9	2.7	5	4.4
Enfermedad cerebrovascular	12	1.7	15	1.4	11	2.9

Nota: Por cada 100 000 habitantes

Fuente: Ochoa y Freyermuth (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 25 de julio de 2016].

Las mujeres yucatecas tienen un perfil epidemiológico similar, así entre las primeras causas de muerte encontramos diabetes mellitus, infecciones respiratorias agudas bajas, accidentes de vehículo de motor (tránsito), nefritis, nefrosis, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, VIH/Sida, lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios), tumor maligno de la mama y enfermedades isquémicas del corazón; a excepción de estas dos últimas en el resto las tasas son más elevadas en algunos de los

grupos de HLI. La muerte por epilepsia es la décima causa de muerte de mujeres que viven en municipios con más del 70% de HLI (Tabla 25).

Complicaciones causadas por la diabetes

La diabetes no insulino dependiente sin mención de complicación fue la principal causa de mortalidad en 16 mujeres en 2014. Las complicaciones renales fue la segunda causa de defunción con tres mujeres con DM insulino dependiente y una con DM no insulino dependiente. Las defunciones resultantes de las complicaciones circulatorias periféricas (amputaciones del tipo no traumáticas) fueron dos (Tabla 26). Las estadísticas no dan cuenta del sufrimiento, angustias, desgaste emocional y económico que una enfermedad como la diabetes trae consigo, independientemente que se presenten complicaciones o no, por eso, los testimonios de dos mujeres indígenas que sufrieron varias amputaciones y transitaron por unidades del segundo nivel de atención en Yucatán brindan una cara del infortunio que genera esta enfermedad.

Tabla 26. Causas CIE de mortalidad en mujeres HLI de 15 a 49 años en edad reproductiva, Yucatán, 2014

Causa CIE	40% a 69% de HLI	70% o más de HLI	Con 5 mil indígenas o más	Total general
DM insulino dependiente, con complicaciones renales	1	1	1	3
DM no insulino dependiente, con cetoacidosis	0	0	1	1
DM no insulino dependiente, con complicaciones renales	0	3	1	4
DM no insulino dependiente, con complicaciones circulatorias periféricas	2	0	0	2
DM no insulino dependiente, con complicaciones múltiples	0	2	0	2
DM no insulino dependiente, sin mención de complicación	5	5	6	16
DM asociada con desnutrición, con complicaciones múltiples	0	1	0	1
DM no especificada, con cetoacidosis	1	0	1	2
Total	9	12	10	31

Fuente: Pereira (2016) con base en DGIS. Cubos dinámicos Base de datos de defunciones cifras oficiales definitivas 1998-2014 INEGI/SSA para elaborar principales causas con lista mexicana [Base en línea]. [Consulta: 28 de julio de 2016].

Exposición de los casos

Los casos de Magali y Elvira representan un ejemplo de las diversas aristas de la diabetes, sobre todo en las afectaciones en la vida personal y las consecuencias producidas en su entorno familiar y social. Estos casos constituyen testimonios fehacientes de cómo estas mujeres indígenas de Yucatán vivieron su proceso de enfermedad y, específicamente, sus complicaciones. En sus narraciones encontramos sus percepciones de la atención recibida en los hospitales de segundo nivel de Mérida, Yucatán y, a su vez, los testimonios muestran la complejidad de sus experiencias para analizarlas en el marco de los criterios del derecho a la salud establecidos en la “Observación General” número 14 del CDESC.

Magali

Magali murió el 21 de abril de 2014 a causa de un paro cardíaco. Tenía 42 años, es decir, aún se encontraba en edad reproductiva. Padeció diabetes durante 15 años y debido a las complicaciones de su enfermedad le amputaron dos dedos del pie izquierdo y uno del derecho, también padeció la enfermedad de Chagas.⁵¹ Esta mujer indígena tuvo siete hijos: tres varones y cuatro mujeres. Cuando falleció, su hija menor tenía 14 años y su hijo mayor 26. Su esposo y sus tres hijas más pequeñas vivían con ella. A partir de su primera amputación, la vida de Magali cambió drásticamente: dejó de valerse por sí misma y abandonó por completo el negocio familiar que había ayudado a construir. La diabetes y sus complicaciones forman parte de la historia familiar de Magali en por lo menos dos generaciones. Su padre padeció insuficiencia renal y cardíaca, a él le mutilaron ambas piernas y murió en abril de 2013. A su madre le faltaban los dedos del pie derecho pero podía caminar, también padecía hipertensión y le detectaron piedras en el riñón derecho. Dos de sus hermanas menores tenían diabetes.

⁵¹ “La enfermedad de Chagas, también llamada tripanosomiasis americana, es una enfermedad potencialmente mortal causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi*. [...]tiene dos fases claramente diferenciadas. Inicialmente, la fase aguda dura unos dos meses después de contraerse la infección. [...] Durante esta fase aguda circulan por el torrente sanguíneo una gran cantidad de parásitos. En la fase crónica, los parásitos permanecen ocultos principalmente en el músculo cardíaco y digestivo. Hasta un 30% de los pacientes sufren trastornos cardíacos y hasta un 10% presentan alteraciones digestivas (típicamente, agrandamiento del esófago o del colon), neurológicas o mixtas. Con el paso de los años, la infección puede causar muerte súbita o insuficiencia cardíaca por la destrucción progresiva del músculo cardíaco” (OMS, 2014).

Desde abril de 2013 y hasta sus últimos días de vida, Magali controló su enfermedad con inyecciones de insulina que le proporcionaron en la Clínica del IMSS-Prospera de su localidad. Estuvo hospitalizada más de cinco veces, pero tenía muy presente una experiencia en particular: el proceso de su última amputación. Las siguientes líneas son el testimonio de Magali referido a esta complicación:

En el hospital Mexicano⁵² dicen que atienden mejor y no es cierto, para mí no. Allá sólo una tortita te dan para comer y a una barra le sacan tres o cuatro pedazos y te sirven un pedacito de torta y un vasito de café. Allá en el Mexicano café nunca te dan, leche o jamaica u otras cosas así. Hice una semana allá para que me operaran mi pie derecho, porque tenía seguro patronal. Pero ya después estuvieron checando mis papeles y me dijeron que estaba dada de baja y no me operaron. Entonces, me mandaron al hospital Hidalgo.

Una semana hice en el hospital Mexicano y mi pie se estaba pudriendo, estaba fregado y no me lo lavaron, no me lo lavaron, ¡por Dios! Sólo unas inyecciones me daban, pero mi pie que se estaba pudriendo no me lo lavaron. Una semana hice. Entré un sábado... hice ocho días allá porque el domingo me sacaron y no me lavaron para nada mi pie. Yo le dije al doctor encargado: “¿¡Cómo va a quedar bien mi pie si no me lo lavan!?”. Me contestó: “¿Por qué lo dice, señora?”. “Es que no me lo han lavado, hace ocho días que vine y no me han lavado mi pie.” Y me dijo: “Después, señora”. Ya después me dijo: “Señora, la van a enviar a otro hospital, ya no tiene seguro patronal, estaba asegurada pero la dieron de baja”. Yo dije: “Pues mejor entonces, que mejor me manden al hospital Hidalgo, que me manden allá, porque acá, ay, me muero y, ay, vuelvo a vivir y nunca me van a hacer caso”, así se lo dije yo. Allá en el Mexicano no te atienden.

En el hospital Hidalgo, apenas llegué, me dijeron que sí me iban a operar. Pero ya después, me dijeron que no me iban a operar porque todavía no había material. Entonces, me mandaron a mi casa. A los 15 días o más regresé. Llegué y lo mismo, no había el material pero me quedé ingresada, me quedé allá. En el hospital Hidalgo diario me hacían mis curaciones, en la mañana o en la noche. Pasaba el de las curaciones y a todos atendía, no creas que escogía a quién iban a curar y a quién no, allá a todos los curaban. Pasaban las enfermeras en fila con sus carritos, se dividían las camas y empezaban a curar. En el hospital Hidalgo sí te atienden. Antes de la cena se ponían a curar, o a veces antes del desayuno. Sí, allá sí me curaban, me daban mi medicina y me daban mi insulina para que estuviera normal mi azúcar.

El caso de Magali demuestra que el nivel de las amputaciones en el cuerpo y la edad de quien las ha sufrido no determina el tiempo restante de vida, pero sí aminora la calidad de la misma. La enfermedad de Chagas fue determinante en su trayectoria porque a largo plazo le produjo daño cardíaco y la llevó a la muerte. Es posible que este padecimiento junto con la diabetes contribuyeran a su discapacidad.

⁵² Por cuestión de confidencialidad se cambiaron los nombres verdaderos de los hospitales del segundo nivel de atención a los que asisten las mujeres entrevistadas.

Elvira

Elvira tiene 75 años, desde hace 18 padece diabetes y, debido a las complicaciones de su enfermedad, perdió la pierna derecha en 2008 y la izquierda en 2013. Estos sucesos provocaron su dependencia hacia las personas que la rodean. Asimismo, como consecuencia de la neuropatía diabética, sus sentidos de la vista y del oído han ido disminuyendo gradualmente, causándole un profundo dolor, ya que se ha privado de la actividad a la que mayor aprecio tenía en la vida: el bordar.

Elvira tiene cuatro hijos, dos mujeres y dos varones. Todos están casados, los dos varones viven en Kinchil y las dos mujeres se establecieron e hicieron su vida en Mérida. Elvira vive con Modesto, su esposo, en una pequeña y tradicional casa maya que no cuenta con baño. Sus hijas la visitan casi todos los fines de semana, sus hijos la asisten de vez en cuando y sólo Rosalba, una de sus nueras, está al *pendiente* de ella.

Elvira ha estado internada dos veces en el hospital. La primera ocasión, cuando le amputaron la pierna derecha, fue ampliamente dramática, como lo relata a continuación:

Primero me llevaron con un doctor particular en Hunucmá. Creo que fui como ocho veces allá. Era para que no me quiten mi pierna, sólo tenía una rajada chica. Pero ya luego el doctor me dijo que ya no se podía hacer nada. Dijo que si tenía seguro era mejor que me ingresen ahí. Me llevaron al seguro, allá en Mérida, a las doce de la noche estaban andando conmigo, en el coche de mi yerno. Enseguida me atendieron y me dijeron que me quedara, pero yo dije: “¡Pero si no tengo nada!”. Me dijeron: “Si no queda bien, hay que quitarlo”. Y yo dije: “Pues si tienen que hacerlo, ni modo”. Pero no quería, yo no quería que me cortaran mi pierna, porque estaba pensando: “¿Cómo voy a caminar, cómo esto, cómo lo otro?”. Pero me resolví cuando más fuerte me daba el dolor. No quedaba bien, no quedaba bien. Ya se había formado un hueco grande, así, de que me lo lavaban quedó grande y como estaba quedando hondo me decían: “El bien es para ti, acepta que te lo quitemos”. Pero yo no quería que me la quiten, aunque veía que no quedaba bien y, ni modo, tuve que aceptar.

Acerca de su segunda hospitalización y amputación de la pierna izquierda, Elvira sólo relató los eventos más significativos. Por tal motivo, y con el fin de reconstruir su narración se incluye el testimonio de su nuera Rosalba:

Esta vez que la ingresamos en el hospital Mexicano se perdió, se perdió mucho. No era ella, gritaba muchas cosas, escupía a los doctores y los pateaba. Pensábamos que no iba a volver, decía cosas que no eran. Ella no dormía, antes de que le quitaran el pie, todo el tiempo estuvo sentada. Tardó ingresada. Yo no sabía que la habían llevado al

hospital, la ingresaron un sábado. El doctor del municipio les dijo que ya no había nada que hacer y la mandaron al hospital. El sábado temprano me fui al Mexicano, porque yo sabía qué papel le estaban pidiendo a mi cuñado, era la hoja de vigencia. Porque mientras no tuviera la hoja de vigencia no la podían pasar a piso y por eso estaba en urgencias. Estuvo en urgencias como una semana. Cuando ella entró, allá se enfermó más y empezó a decir cosas: que no le daban agua, que no le daban esto, que no le daban lo otro. Apenas se acercaba a ella algún enfermero o enfermera, lo pateaba o lo escupía y la tuvieron que amarrar. Cuando entró su hija a verla, mi suegra estaba bien amarrada. A mí me dio tristeza, mucha pena porque nunca me imaginé verla así. Le pregunté: “¿Qué hizo, por qué está así?”. En urgencias todas las camillas están pegaditas, pegaditas unas con otras. Estaba buscando cómo llegar hasta donde estaba mi suegra. Quería entrar a darle agua porque tenía sed. Le pedía favor a la señora de un lado, le pedía favor a la señora del otro y no me hacían caso, no se arrimaban. Entonces tuve que ir metiéndome, ir metiéndome en ese callejoncito hasta que entré y empecé a darle agua. Tomó con muchas ganas el agua, nadie se le acercaba, nadie le daba nada de beber ni de comer. Me decía: “¿Por qué estoy así?, ¿quién me hizo esto?, ¿qué hice yo para que me hagan esto?, ¿por qué me tienen amarrada?, díles que me suelten, díles que me suelten”, me decía. Había una señora allá que era buena gente, que me contó que así se la pasaba toda la noche y que no dormía. Yo ya había metido la hoja de vigencia, pero no había cama para pasarla a piso. “¿Quiere agua?”, “sí”, y le daba agua. ¿Quién le iba a dar agua?, las enfermeras no le hacían caso. Yo le decía: “Enfermera, ¿por qué a ella no le dieron nada de comer?” Y me contestó: “No lo quiso comer o no lo pudo comer, ahorita lo voy a ver”. Ni lo iba a ver. Cómo lo va a comer mi pobre suegra si estaba amarrada su mano, estaba atada. Poco a poco le daba el agua y hasta ni me quería quitar, me guardaba de los vigilantes para que no me vieran, porque nos sacan, me guardaba.

Elvira narra su experiencia en el hospital, específicamente respecto al dolor que sintió por la herida gangrenada:

Un día estaba acostada en la cama, se acercaron y me dijeron: “¿Qué pasó, doña Elvira, vas a aceptar que te corten la pierna?”. “Si me lo van a quitar, ¡que me lo quiten de una vez!”. Porque en tres noches no había podido dormir por el dolor tan fuerte que sentía. “¡Si me lo van a quitar, que me lo quiten de una vez!, para que no sufra más”.

Pero cuando me quitaron mi pierna no estaban ni mi esposo ni mi hija en el hospital. Cuando fue mi hija a verme ya me habían llevado a donde le operan a uno. Mi hija empezó a averiguar y le dijeron que ya me habían llevado a la sala de operaciones. Cuando llegó mi hija me estaban costurando. Cuando me estaban costurando regresé de la anestesia, dos puntadas me faltaban y entonces insulté al doctor, lo insulté, le dije: “¡Hijueputa, ya hiciste que me corten mi pierna!, ¡cabrón!, ¡hijueputa!”. Y me dijo: “No es bueno que hables, no ves que todavía estás regresando de la anestesia”. En un ratito fue todo, no me di cuenta de lo que me hicieron, ni modo. Luego me sacaron y me llevaron a mi cama. A mi hija le dijeron que me desperté en la operación porque los que me cortaron la pierna no se apuraron. Que el doctor les dijo que se apuraran porque estaba viendo que se estaba moviendo mi mano, pero no le hicieron caso. Ya después me dijo mi esposo: “aunque sea que no puedes caminar, pero gracias a Dios ya te lo quitaron, no empieces a pensar nada”. “Ni modos”, le digo.

Elvira nos narra su malestar en contra el sistema actual de la clínica a la que acude para el control de su diabetes:

Mi esposo y mi nuera me llevan al seguro, me suben en mi carretilla (silla de ruedas) y la empujan. Cuando entro con el doctor, mi nuera entra conmigo. Hoy tengo que ir dos veces al seguro porque temprano me checan mi dedo, después me quito y a las doce del día me vuelvo a ir para que yo entre con el doctor. Antes no era así, antes una vez que iba temprano me checaban el dedo, esperaba a que me hablaran y entraba con el doctor. Pero hoy no, tengo que ir dos veces. Digo: “¿Qué le pasa al doctor?, ¿cree que uno no se cansa?”. A mí me da trabajo ir dos veces porque me llevan temprano y después me vuelven a traer a mi casa. Una vez que me traigan espero que den las doce del día para que me lleven otra vez. Esta vez me quité como a las tres de la tarde. Por eso digo que me canso y hay calor. Además, no desayuno cuando voy temprano porque me dice mi esposo que hasta volver, entonces no desayuno. Pero cuando llego a mi casa desayuno, espero un rato y me vuelvo a ir. Ya son como tres veces que he ido así.

La vida cotidiana de Elvira se redujo al ámbito privado, su condición de discapacidad le generó un drástico aislamiento social que con el tiempo ha llegado a normalizarse. Tuvo que acostumbrarse y adaptarse a su nueva situación y, poco a poco, ha logrado cierta independencia en pequeñas prácticas, como vestirse sin ayuda de nadie y usar su cómodo para hacer sus necesidades. También ha encontrado actividades que, en cierto sentido, le producen satisfacción y complacencia, como ver la televisión y recibir visitas de vecinos y familiares. Al respecto, destaca el apoyo emocional que su nuera intenta proporcionarle de varias formas.

Reflexiones a partir de los casos

En los casos presentados es claro que la atención recibida en los hospitales se encuentra muy distante de los parámetros para considerar un trato de calidad en las instituciones de salud. A Magali, por ejemplo, por falta de disponibilidad de insumos y servicios la dejaron esperando aproximadamente dos semanas para someterse a una intervención que necesitaba para resolver su problema de salud. En el caso de Elvira se vislumbra indispensable un adecuado acompañamiento o asesoría psicológica para persuadirla o convencerla de aceptar un hecho importante para mejorar su salud. Es decir, en ambos testimonios las indígenas yucatecas nos exponen la complejidad de la diabetes y más aún de las complicaciones de la misma.

Observaciones a los programas de diabetes

En el PAE Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018 se reconoce que “México continúa enfrentando problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad” (SSA, 2014: 28). Los factores que intervienen y destacan por su relevancia en esta problemática son los siguientes:

El insuficiente abasto de medicamentos y equipo en las unidades de primer nivel de atención; la baja cobertura de exámenes de laboratorio; deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes; limitaciones de los servicios de apoyo psicológico y nutricional; baja promoción de actividad física y adherencia terapéutica (SSA, 2014: 29).

Los problemas anteriores se clasificarían en el criterio de calidad establecido por la “Observación General” número 14 del Comité DESC. Sin embargo, la realidad es mucho más compleja. En el PAE Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018 se menciona que las UNEME EC constituyen una estrategia positiva para el control y tratamiento de personas con diabetes, en las siguientes líneas se explica su funcionamiento en Yucatán. En las UNEME EC sólo se acepta a la población que tenga una hoja de referencia de su centro de salud de la SSA o de la clínica del IMSS-Prospera de su localidad, siempre y cuando cuenten con Seguro Popular (SP). Esta población es la que en su establecimiento del primer nivel de atención no ha podido, por múltiples causas, lograr un buen control de la enfermedad y no presenta complicaciones que deban ser referidas a un segundo nivel; es decir, las UNEME EC funcionan como clínicas especializadas de primer nivel.

Para que las personas enfermas comiencen su tratamiento en dichos establecimientos se deben seguir una serie de pasos. En primer lugar, es necesario llevar la hoja de referencia de su centro de salud, una vez presentada se le indica a la persona cuáles son los documentos requeridos para la inscripción al programa, éstos deberán presentarse en la cita siguiente (una semana después de la fecha en que fue recibida la hoja de referencia). En la segunda visita los posibles candidatos deberán presentar sus documentos, de tal forma que una trabajadora social los recibe para revisarlos y corroborar que todo esté en orden. Si todo está correcto entonces la trabajadora procede a explicar los derechos y obligaciones que conlleva la inscripción al programa y les hace firmar una carta

compromiso. Finalmente, a los aceptados se les deberá otorgar una cita para que comiencen con su tratamiento la semana siguiente a la entrevista.

En las UNEME EC se atiende a un máximo de diez personas al día. Las personas inscritas a dicho establecimiento tienen una cita cada mes. En las consultas mensuales, las mujeres y los hombres con diabetes reciben una atención especializada que incluye el tratamiento con el personal de enfermería, trabajo social, nutrición, psicología, medicina del deporte y medicina especializada. Es decir, que los inscritos al programa deberán pasar varias horas en las UNEME EC como parte de su atención. Existe un protocolo de duración y pertenencia al programa. Los inscritos tienen una cita mensual durante seis meses, terminado este plazo se someten a una evaluación para corroborar que hayan logrado el control según lo que dicta la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.⁵³ Si su enfermedad está controlada se les dará tratamiento durante los próximos seis meses, pasado ese tiempo se les volverá a evaluar, y si han mantenido su control entonces tendrán derecho a un año más de seguimiento. En esta categoría, las citas serán cada tres meses con evaluaciones a los seis y si salen bien en las evaluaciones, completarán el año para, finalmente, concluir el programa. La descripción anterior es el caso ideal. El tiempo máximo que puede durar una persona en tratamiento son dos años.

Ahora presentaré los demás casos que pueden ocurrir. Los inscritos inician su tratamiento mensual y se someten a la evaluación semestral, que ocurre cada seis meses; si las personas a través de los estudios de laboratorio no muestran mejoría, se les da de baja sin importar si llevan seis, doce meses o año y medio. Es decir es un programa para enfermos recuperables. El otro aspecto débil de la atención en las UNEME EC es que aquellos pacientes que estuvieron controlados se les da de baja a los dos años, lo que significa que estos pacientes no pueden acceder a los medicamentos en su clínica de primer nivel ni a los medicamentos que se les prescribe en las UNEME EC, es decir, se les destina a regresar a una situación de inestabilidad y a la propensión de complicaciones. Tampoco

⁵³ Se considera “caso en control, al paciente bajo tratamiento en el Sistema Nacional de Salud, que presenta de manera regular, niveles de glucemia plasmática en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl o de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por debajo de 7%” (NOM, 2010: 4).

son candidatas al segundo nivel de atención porque no necesariamente son enfermos complicados. Es así que no queda claro cuál es el objetivo del programa, si a los sujetos descontrolados los excluye y a los controlados en un medio plazo los desampara.

El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) “es el documento operativo de referencia SPSS para la atención en salud (...) en el que se describen las intervenciones a las que tiene derecho el beneficiario del Seguro Popular” (SSA, 2016: 30). En el catálogo se encuentra el siguiente listado con los números y nombres de las intervenciones relacionadas con la DM: a) 84 Diagnóstico y Tratamiento de Prediabetes y Diabetes Mellitus Tipo 2, b) 124 Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 1, c) 147 Diagnóstico y Tratamiento de la Cetoacidosis Diabética, d) 211 Diagnóstico y Tratamiento de Neuropatía Periférica Secundaria a Diabetes, e) 212 Tratamiento Hospitalario de Úlcera y del Pie Diabético Infeccionados y f) 218 Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Gestacional.

Llama la atención que en el listado del CAUSES no esté considerada la intervención de la DM (en sus diversas clasificaciones) por complicaciones renales; es decir, los afiliados al SP que presentan este tipo problema se quedan sin acceso a los servicios de salud de las instituciones públicas. Esto resulta paradójico si tomamos en cuenta que la población se afilia al SP justo porque no tiene la posibilidad de ser derechohabiente en alguna institución de salud y, por lo tanto, le será difícil pagar una atención privada. En consecuencia, resulta preocupante que el CAUSES no cubra esta intervención dado que la diabetes es la principal causa de insuficiencia renal y, a su vez, esta complicación sea la segunda causa de mortalidad específica en mujeres indígenas de Yucatán.

Conclusiones

En un contexto de pobreza, marginación social, falta de oportunidades, rezago educativo, difícil acceso a la información, servicios públicos de salud deficientes y hábitos alimenticios basados en la ingesta de azúcares a través de bebidas carbonatadas, la diabetes puede anidar y traer consigo consecuencias irreversibles, como la discapacidad o la muerte prematura. Las mujeres indígenas deben enfrentarse a esta enfermedad crónica desde una posición de vulnerabilidad, tanto por su género y origen étnico, como por su situación económica y social. El Estado tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de

estas mujeres asegurando el acceso y la calidad de los servicios de salud para tratar y controlar la enfermedad de la diabetes, ya que se trata de una causa de muerte evitable para este grupo de edad en particular.

Es primordial que en los programas del SNS, dirigidos a los enfermos y enfermas con diabetes, se tome en cuenta la perspectiva sociocultural y las necesidades particulares de los grupos poblacionales. Específicamente, en el caso de las mujeres indígenas en edad reproductiva que se encuentran en Yucatán, pues son un grupo población importante.

Es imprescindible también que se reconozca el papel del grupo familiar del enfermo como un actor importante en el proceso del padecimiento, estableciéndose estrategias de prevención de la diabetes que sumen a todos los miembros del grupo social, para evitar su incidencia y morbilidad. Además, es trascendental que se contemple un espacio de atención psicológica, tanto para la persona afectada con las complicaciones –por ejemplo las amputaciones– como para todos los integrantes de su familia.

Las UNEME EC son un recurso que puede hacer la diferencia en la sobrevivencia de las personas pero el tratamiento no puede estar limitado a una temporalidad ni tampoco puede excluirse a los pacientes que no son controlados, esto implica un acto de discriminación y de violación a los derechos de los pacientes.



Foto: Francisco León Pacheco

Capítulo

El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los Derechos Humanos: La voz de mujeres indígenas migrantes en Chiapas

*Enrique Eroza Solana, Mónica Carrasco
Gómez, María Graciela Freyermuth Enciso*

Presentación

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) es uno de los principales problemas de salud pública en México. A nivel nacional, es la tercera causa de muerte por tumores malignos en la mujer con 4 076 decesos en 2014 (INEGI, 2014), lo que significa que uno de cada diez fallecimientos por cáncer en mexicanas se presentó en el cuello uterino (CNEGSR, 2016). Las entidades con mayor mortalidad por CaCu son Chiapas, Morelos y Sonora, entre otras (CNEGSR, 2016).

Chiapas ocupa el séptimo lugar a nivel nacional en mujeres que habitan en municipios con más de 70% de población indígena y el cuarto lugar en municipios con un porcentaje de 40 a 69% de dicha población (Anexo 1, Tabla 1.13). Además al interior de estos municipios chiapanecos con porcentajes diferenciales de población indígena, se mantienen diferencias por nivel de Índice de Desarrollo Humano (IDH), teniendo tasas más altas de defunción por CaCu en municipios con 40% o más de hablantes de lengua indígena (HLI) con un nivel de IDH medio alto (6.6) que con IDH medio bajo (3.6) o con IDH bajo (0.0); mientras que en los municipios con menos de 40% de HLI, las proporciones se invierten, el IDH alto tiene una tasa de 4.4, el IDC medio alto tiene una tasa de 5.6 y un IDH medio bajo tiene una tasa de 5.4 (Anexo 1, Tabla 1.22).

El CaCu inicialmente se había asociado a distintos factores de riesgo como la multiparidad, procesos infecciosos vaginales o la ausencia de circuncisión (Lazcano-Ponce, E. C. *et al.*, 1993; Herrero R. *et al.*, 1990). Sin embargo en las últimas décadas del siglo XX —a partir del intenso trabajo realizado por la comunidad científica en la búsqueda de una cura para el Sida- se hicieron hallazgos importantes con respecto a la relación entre la presencia de agentes infecciosos y el desarrollo del cáncer. Muestra de ello son la presencia de tres virus en la génesis de neoplasias: el virus de Epstein-Barr, del virus de papiloma humano (VPH) y el helicobacter pylori (Goedert, 2000). Este cambio de paradigma transformó la atención de estos padecimientos en el tratamiento de las causas y el manejo de la información por parte del ámbito médico.

Fue en la década de los ochenta cuando se empezó a asociar fuertemente el CaCu con la presencia del VPH (De Villers, *et al.*, 1981; Zur Hausen, 1982, 1989, 1999). En 1998

se identificó que el VPH era un elemento necesario, aunque no suficiente, para la aparición del CaCu; lo anterior significa que sólo un porcentaje de mujeres que adquirieron VPH desarrollarán displasia, aproximadamente en el 80% de los casos la enfermedad será transitoria, mientras que un pequeño porcentaje de mujeres cursará con una infección persistente con uno o más VPH oncogénicos, lo que puede provocar lesiones precancerosas con probabilidades de progresar a CaCu en un período de 10 a 20 años (Doorbar, *et al.*, 2012).

Este cambio de comprensión de la enfermedad constituyó un parteaguas también en la identificación de perspectivas para su tratamiento y, sobre todo, para su prevención. El proceso ha sido el siguiente: inicialmente su origen era desconocido, posteriormente se convirtió en una enfermedad de origen infeccioso y, además, en una enfermedad de transmisión sexual (ETS), lo que implica un estigma y puede significar un obstáculo para que las mujeres acudan a los servicios de salud en aquellos casos en que el padecimiento involucra a los órganos sexuales.

Antecedentes

En México, la detección oportuna de CaCu se realiza desde 1974 por medio del examen de citología cervical, método de diagnóstico que predominó hasta el 2006. A partir del 2007 se incluyó la prueba de captura de híbridos para la detección del VPH como un medio de tamizaje más sensible. El Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer (PAE-PCCM) 2013-2018, que actualmente rige la política para la atención del CaCu y cáncer de mama (CaMa), tiene un enfoque más centrado en la prevención y las estrategias se dirigen al autocuidado y al diagnóstico temprano para reducir la mortalidad en ambos cánceres.

En el tema de prevención del CaCu, cabe destacar el pobre peso que le asignan, tanto en este Programa como en el del sexenio anterior, a la participación de los hombres, a pesar de que son el principal transmisor de VPH y que éste es asintomático en ellos. Si bien el PAE-PCCM menciona en la Estrategia Transversal V.2 que “se promoverá la generación de estrategias que incluyan a los varones como aliados en la prevención y detección del cáncer en la mujer”, no se especifican Líneas de Acción y Metas sobre la participación de

los hombres en el contagio, solamente hay un díptico de material informativo dirigido a ellos donde se le informa que puede ser asintomático, que pueden contagiar a su pareja y se le invita a protegerse usando condón (CNEGSR, 2015). Es decir, se sigue hablando de “población en riesgo”, las mujeres, y no de “prácticas de riesgo”, como ya lo había documentado Reartes en el 2005. Aunque, se menciona el sexo seguro como un método de prevención, no se desarrollan estrategias para lograrlo (SSA, 2014). El tipo de campañas de prevención en el PAE-CCM está limitado por las implicaciones que la infección del VPH puede tener para la pareja y, por lo tanto, para la integridad de la familia.

En el discurso médico se reproduce la manera en que los profesionales de la salud conciben la sexualidad masculina (libertad sexual) y, por lo tanto, la participación de ellos en el tratamiento y la evolución de la enfermedad. En este sentido, Escobar y Alcázar (2005) documentaron cómo se excluye desde dicha perspectiva la participación del hombre en el origen del problema. En consecuencia los médicos clínicos varones siguen considerando este problema un tema de dominio privado, por lo que se abstienen de informar al público de la naturaleza sexual de la transmisión, con la finalidad de no generar problemas entre las parejas y/o familias.

Esta situación cobra relevancia en la medida que existe un gran porcentaje de población infectada por el VPH. Por ejemplo, en población mexicana se ha reportado un porcentaje de infección del VPH del 10% al 12% en mujeres sanas en la Ciudad de México y altos porcentajes 35% y 40% en las mujeres del sur de México (Lazcano-Ponce *et al.*, 2001). Aproximadamente dos terceras partes muestran regresión espontánea y 90% de ésta no tendrá manifestación clínica, lo que sugiere que un amplio número de portadores de la infección potencialmente podrán transmitirla. El cáncer puede ser prevenible evitando la infección o la inmunodeficiencia que posibilitan su persistencia o reactivación (Goedert, 2000).

El curso de la enfermedad se asocia a otros factores como estrés o ciertos hábitos que podrían favorecer la presencia de síntomas. Dichas asociaciones determinan en las mujeres períodos de remisión, pero también períodos de rápida evolución. Por lo tanto, se ha generado una percepción de que la enfermedad es de curso lento, sin embargo, existen pruebas de que el desenlace fatal puede darse en un período muy corto (dos a tres años)

cuando no hay tratamiento ni seguimiento. Incluso se han identificado casos que contradicen la evolución esperada después de un tratamiento, es el caso de la conización, la cual tiene una tasa de recurrencia del padecimiento del 2%, lo que hace necesario repensar la política de control y prevención del CaCu.

El programa de detección de lesiones precancerosas y CaCu en las instituciones del sector salud realizan el estudio de Papanicolaou para mujeres de 25 a 64 años. La prueba es gratuita y está disponible en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud; también se tiene un esquema de detección con prueba de papiloma virus para mujeres de 35 a 64 años, el cual, en caso de ser negativo, se deberá realizar cada cinco años y está disponible en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en la Secretaría de Salud (SSA) (CNEGSR, 2016).

Según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), el tratamiento de CaCu (cirugía, radioterapia, quimioterapia y una combinación de métodos) es gratuito en las instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano de Seguridad Social, IMSS, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional, SEDENA, Petróleos Mexicanos, PEMEX, y Secretaría de Marina, SEMAR) y, para población sin seguridad social, es a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del Seguro Popular (SP) (CNEGSR, 2016). Sin embargo, en Chiapas la atención que brinda la SSA/Instituto de Salud para la atención del CaCu es a través del Centro Estatal de Cancerología (CECAN), ubicado en Tapachula y en el Hospital Regional de Alta Especialidad-Ciudad Salud (HRAE-CS), en los cuales se requiere estar afiliado al SP para acceder a la atención.⁵⁴

Cabe mencionar que dado que Chiapas es un estado fronterizo, existen dificultades para la obtención del acta de nacimiento extemporáneo que es necesaria para la tramitación

⁵⁴ Inicialmente la encargada de la Dirección de Atención Médica (DAM) del ISECH mencionó que la atención se brindaba en el CECAN, pero al solicitar información en el CECAN nos derivaron al HRAE-CS. La encargada de la DAM del ISECH nos dijo que el proceso era el siguiente: la persona tiene que ser referenciada del Hospital de la Mujer, no se puede llegar directamente al CECAN. Sin embargo, si no tiene acta de nacimiento no puede darse de alta en el SP, en este caso se puede acudir al Registro Civil donde se debe exponer que no se cuenta con el acta de nacimiento y, llevando testigos de vida, se le puede entregar un comprobante de que está en trámite el acta de nacimiento (Dirección de atención médica del ISECH, comunicación telefónica, 26 de julio de 2016).

del Seguro. Sin embargo, existen campañas para registros extemporáneos que realizan el trámite de manera gratuita solicitando documentos proporcionados por el presidente municipal del lugar donde se habita, o bien, puede solicitarse en la Dirección del Registro Civil del Estado de Chiapas, cuyo trámite requiere de documentos de la oficialía y de la presidencia municipal del municipio donde se habita con costo para el solicitante.⁵⁵

Una persona que requiera los servicios para la atención de CaCu deberá contar de antemano con todos los estudios necesarios⁵⁶ para que no se demore en el tratamiento, ya que el centro no cuenta con el equipo de diagnóstico necesario. Las citas se pueden hacer por teléfono y, una vez concertada, la paciente tendrá que viajar a Tapachula, asumiendo los costos de traslado, hospedaje y alimentación, ya que el tratamiento es ambulatorio.⁵⁷

El CECAN era la institución que brindaba la atención que requerían las personas sin seguridad social en todo el estado y por tal motivo desde su página de internet publicaron sugerencias con la finalidad de anticipar y dar solución a problemas comunes a pacientes de otras ciudades o municipios, como los siguientes:

- Estar acompañado por un familiar mayor de edad.
- Llevar un estudio socioeconómico practicado por la trabajadora social del hospital de referencia o centro de salud.
- Contar con hospedaje en Tapachula mientras dure el tratamiento, que es diario a una hora específica y puede prolongarse hasta 6 semanas.
- Si los pacientes son de escasos recursos deberán traer una carta expedida por trabajo social donde soliciten aceptación en el albergue del DIF regional.
- La alimentación corre por cuenta del paciente.
- Las cuotas de recuperación se cobran diario y según estudio socioeconómico.

⁵⁵ Los requisitos son los siguientes: llevar constancia de inexistencia del acta de nacimiento expedida por la oficialía del municipio, una constancia de origen y una constancia de identidad que brinda la presidencia municipal, copia de acta de nacimiento de hijos, hermanos, bautizos. Cada constancia tiene un valor aproximado de 260 pesos más el trámite de archivo estatal en Tuxtla Gutiérrez que también tiene un costo de 260 y el trámite del acta con un costo de 370 (Departamento de registros extemporáneos de la Dirección del Registro civil del Estado de Chiapas, comunicación telefónica, 27 de julio de 2016).

⁵⁶ Los estudios mínimos necesarios son los siguientes: 1. valoración del oncólogo con el diagnóstico correspondiente; 2. corroboración histológica con estudio de extensión de la enfermedad; 3. para pacientes con neoplasias del sistema nervioso, valoración de neurocirujano (Priego, 2010).

⁵⁷ Si la persona es de bajos recursos tiene que acudir con el área de trabajo social y, en caso de que no se llegue a un acuerdo, asumir los costos (Dirección de atención médica del ISECH, comunicación telefónica, 26 de julio de 2016).

- Si los pacientes requieren quimioterapia tienen que comprar los medicamentos por adelantado y son de costo elevado. Solamente se aplican los medicamentos en el CECAN (Priego, 2010).

Sin embargo, en las indagaciones realizadas a finales del mes de julio del 2016, la información que nos proporcionaron en el CECAN fue que al no contar con el recurso económico del FPGC, estaban referenciando al HRAE-CS, porque ellos sí contaban con este recurso y los pacientes no tendrían que comprar el medicamento (CECAN, comunicación telefónica, 28 de Julio de 2016).⁵⁸ Quizás sea por esa razón que en el HRAE-CS no hay acceso a las personas que no estén afiliadas al SP.

Enfoque analítico: el cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los derechos humanos

En 1976, el equipo de David Rustein propuso el concepto de “mortalidad evitable” y elaboró una lista de causas de muertes, incapacidades y enfermedades denominadas innecesariamente precoces –*unnecessary untimely*– (Gómez, 2009: 42). La lista incluyó 90 condiciones médicas evitables asociadas a una atención médica que incluía la prevención primaria y tratamiento por parte de diferentes prestadores de servicios de salud (Gómez, 2009). Charlton y su equipo definieron en 1983 los rangos de edad en el que la muerte puede ser considerada como evitable, es decir, si ocurre en personas menores de los 64 años. Gispert y Ortún en 1990, elaboraron el concepto de “mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable” como un indicador de la calidad y de los resultados de los servicios sanitarios, que puede ser utilizado desde la perspectiva de los derechos humanos (Melchor *et al.*, 2008: 2001).

En la medida en que existe un consenso de la causa de muerte que se considera evitable, es decir moralmente aceptable o socialmente consensuada, en tanto existan medidas, como en el caso del CaCu, que permiten su prevención y tratamiento oportuno,

⁵⁸ En una comunicación telefónica al área de Oncología del HRAE-Ciudad Salud, el médico encargado nos indicó que para recibir a una paciente con displasia cervical 2, debe ser referenciada al área de ginecología oncológica en Ciudad Salud y en 48 horas contestan, pero si no tiene Seguro Popular no la pueden recibir, y a ningún sitio se puede referir si no tiene Seguro Popular. El médico no brindó orientación tal como lo hacían en el CECAN para tramitar el acta de nacimiento (HRAE-Ciudad Salud, comunicación telefónica, 29 de Julio de 2016).

que potencialmente hagan garantizable desde los servicios de salud la sobrevivencia a este padecimiento, puede señalarse que podría ser jurídicamente exigible.

Por sus características, el CaCu es un padecimiento cuya prevención, control y tratamiento debe estar asegurado por las instituciones públicas del sector salud. El Estado tiene la obligación de ofrecer clínicas accesibles, aceptables, asequibles, sin discriminación, que posibiliten la sobrevivencia de aquellas mujeres portadoras de VPH (CDESC, 2000).

Consideraciones metodológicas: las narrativas del padecer y la noción de drama social, útiles para una perspectiva de derechos humanos

La antropología médica se interesa en la interacción de las construcciones sociales y personales del padecimiento que son generadas, vía narrativas, por pacientes, médicos y otros actores, que sustentan creencias culturales y prácticas que influyen en la autorepresentación o posicionamiento social. Las narrativas, por tanto, pueden ser consideradas como ensayos contestatarios de significado que requieren de ajustes en los modelos conceptuales, así como posicionamientos y expectativas sociales relativas (Kirmayer, 2000). Estas narrativas son generadas a menudo a través de un dialogo intersubjetivo que articula el padecimiento y sus efectos con el contexto más amplio de la vida social (Hunt, 2000). Al relatar sus historias, las personas expresan su vínculo con valores compartidos, por lo que en el acto de narrar se alinean con varias dimensiones de historia y sociedad, dando cuenta a la vez de diferentes maneras de construir identidad (Skultans, 1998).

En términos amplios, Bury (2001) menciona que se puede hablar de tres tipos de narrativas del padecimiento: las contingentes, referidas a creencias en torno al origen de una enfermedad, sus probables causas y sus efectos inmediatos en la vida cotidiana; las morales, que proveen testimonios de (y ayudan a constituir) cambios entre la persona, el padecimiento y la identidad social, y ayudan a (re) establecer el estatus moral del individuo o a mantener distancia social; y las centrales, que revelan conexiones entre la experiencia personal y niveles de significados culturales más profundos atribuidos a la enfermedad y al sufrimiento. Difícilmente estos tres tipos de narrativa pueden visualizarse de manera independiente. Sin embargo, esta pequeña clasificación es de gran utilidad, tanto en

términos de todo cuanto se debe buscar documentar en la reconstrucción testimonial de una trayectoria del padecer, como de las miradas analíticas que se deben mantener. Aunque es de considerar lo señalado por Riessman (2002), que indica la necesidad de interpelar las narrativas con su contexto histórico y social más amplio. Es por ello que las narrativas permiten reconocer lo que la población interpreta de un padecimiento, así como su posición frente a la enfermedad. También posibilita identificar los problemas a los que se deben enfrentar aquellos que ejecutan un programa de salud a fin de prevenir y tratar oportunamente una enfermedad como CaCu.

Las narrativas de los casos que aquí se exponen y analizan fueron recogidas en el contexto de los proyectos académicos de los autores sobre procesos de búsqueda de atención entre los tzotziles y tzeltales de los Altos de Chiapas para VPH desde 2010 y, para los casos de CaCu, se realizó trabajo de campo ex profeso para el proyecto Derechos y salud de las mujeres indígenas en 2016. Las entrevistas de las mujeres se realizaron en sus respectivos domicilios. Uno de los casos expuestos en el segundo apartado de mujeres que padecen CaCu fue video documentado por la Casa de la Mujer en Palenque y se incluyeron datos proporcionados por la misma organización. Se conservarán los giros idiomáticos que utilizan las personas entrevistadas.

También se realizaron revisiones bibliográficas en línea (páginas electrónicas de la SSA) sobre las políticas y programas del sector salud en relación con los padecimientos de VPH y CaCu. Además, se hicieron llamadas telefónicas a las oficinas del Centro Estatal de Cancerología (CECAN), el Hospital Regional de Alta Especialidad- Ciudad Salud (HRAE-CS) y la dirección del Registro Civil en Chiapas para identificar los procedimientos de atención a las personas que tuvieran un resultado de positivo de CaCu.

El interés por exponer y analizar sus narrativas se basa en los paralelismos y contrastes que en sus testimonios cada una de las mujeres expresa. La narración de sus experiencias se basa exclusivamente en sus propias voces, por lo que la interpretación de los eventos y situaciones, reales e hipotéticas dentro de sus relatos, fueron expuestas sólo desde su perspectiva.

El virus de papiloma humano y el cáncer cervicouterino desde el marco de los derechos humanos

Papiloma virus, el precursor

“No sé cómo me contagié”: Ana

La vivienda de Ana consistía de una habitación y una cocina, mientras que el baño era compartido por todos los residentes de la vecindad en la que se encontraba su propio cuarto. Durante la conversación mantuvo un trato amable y se mostró dispuesta a contestar las preguntas que se le hacían, aunque daba muestras de contener el llanto cuando hablaba de los episodios de su testimonio que le resultaban más dolorosos.

Soy Ana, tengo 22 años, soy profesional en educación intercultural. Soy soltera. La enfermedad que tengo es el virus de papiloma humano; tiene tres años que comenzó; no se sabe cuál es el origen. Es una enfermedad muy peligrosa, no tiene ningún síntoma, por eso hay mujeres que no saben si la tienen, por eso existe lo que es cáncer de la matriz. Lo que sentía es retraso menstrual, a veces me tardaba mucho, e infecciones vaginales muy leves. Como no duele, dejé pasar mucho tiempo, ni importancia le ponía; a veces mi mes me atrasaba hasta dos o tres meses, como si estuviera embarazada. Las infecciones, creí que era normal; antes me daban muchas, pero compraba contra las infecciones y se quitaba. De retraso menstrual sí me preocupé porque hay mujeres que me han platicado que si no les baja se mueren, ya ves que cuando no duele, una se siente bien, ni le hacemos caso a nuestra salud. Tuve un disgusto, tuve miedo que a veces no baja mi menstruación.

No sabía que tenía esa enfermedad; fui con un médico que atiende muy bien, trabaja en el Hospital Regional. No tenía seguro, ahí me dieron mi Seguro Popular; el doctor me dijo que yo vaya a solicitarlo porque si no tengo me iba a cobrar, decidí sacarlo, así no me cobraron.

Mi amiga me llevó, porque ella ahí fue cuando tuvo también la enfermedad, con él fue y se curó, dice que ahora se siente muy bien, ella me recomendó y sí, me atendió bien, me preguntó qué tengo, le dije que retrasa mucho mi mes y me dio para infecciones vaginales, me dijo: “está bien, te hago tu análisis si estás dispuesta”; le dije que sí porque no sabía qué tenía y me volvió a citar “vienes en la otra semana”. Volví, me hizo mi análisis, me tomó muestra de sangre, me hizo Papanicolaou, me dio cita y algunos medicamentos. Seguí lo mismo, creí que el doctor no es un buen médico; me volvió a citar y fui. Sólo vi que suspiró y dije: “doctor ¿estoy enferma?”, contestó: “lamentablemente tu análisis salió mal, pero no me conformo con este resultado, si gustas te tomo otra muestra”, dije que sí y salió lo mismo, “¡ay no!”, le dio mucha tristeza, me dijo: “no sé qué les pasa, ¿por qué no se cuidan siendo que hay protección para enfermedad de transmisión sexual?” y suspiró por nosotras, como mi amiga tiene y yo también, me dijo: “no te preocupes, te vamos a atender lo más pronto posible, eres muy joven, tienes mucho futuro, haremos lo posible para que se atienda tu caso”.

No sé cómo me contagié, porque con mi primer novio no nos cuidamos y tampoco con mi segundo, por eso no sé. Sigo con mi novio, sabe que tengo esa enfermedad, pero ahora estamos cuidando, nunca tenemos relación sin protección; más seguro que se puede contagiar si no se cuida. He sido sincera con él, pero a veces me da miedo contarle todo, de que me deje. No está contagiado porque se hizo su análisis. ¡No se está tratando con el mismo doctor!, él estaba llegando con un urólogo, pero le dijeron que está sano y limpio; por eso él me dice: “pero ¿cómo te contagiaste?” y le digo “no sé”, por eso no estamos teniendo relación sin protección, pero a veces da miedo; ese día tuvimos relaciones, pero el condón se rompió, él me dijo que le dio infección y estuvo llegando a consulta, pero le dijeron que no tiene nada y estuvo tomando antibiótico que el médico recetó Itraconazol y Azitromicina.

Tenemos planes de casarnos, pero a veces me da miedo, ¿cómo hago, si yo tengo ese problema?, ni modos que nunca voy a tener relaciones con él sin protección, quiero tener mi hijo y siempre con condón, quiere decir que nunca voy a ser mamá, él va buscar otra que le dé hijo y me va dejar. Cuando me pongo a pensar no entra mi sueño.

Creo que no puedo explicar cómo viene la enfermedad, para mí es secreto; bueno, lo que pasa he cometido errores y pecados. No sé cómo explicar, no sé si me entienden, es que me dicen que soy culpable de mis actos, por eso es mi castigo, dicen algunas amigas que les he contado mi vida, por eso ya no digo nada: pero sí lo hice al propósito, me siento mal, estoy arrepentida.

Anteriormente me enamoré con un señor más grande; es un maestro, él me engañó, dijo que no tenía esposa, que tuvo, pero se dejaron, por eso me enamoré de él, vivíamos juntos y me sentía feliz. Luego me quedé embarazada, cuando le dije que no sé qué tenía, es que cuando me embaracé me daba mucho asco, vomito, mucho cansancio. Él me dijo: “¿será que estas embarazada?”, me emocioné y le dije: “¡que bueno!” y contestó: “¿cómo que bueno?, ¿y tú estudio?, ¿qué vas hacer? yo no quiero tener hijo todavía contigo, sabes que tengo mis hijos, son cuatro, no quiero más”. Me decepcioné, fui a hacer mi análisis, ni siquiera me acompañó y salió positivo. La verdad me puse muy feliz, creí que estaba bromeando cuando le dije y cuando llegué en la casa me puse feliz, creí que me iba a felicitar. Él llegó más tarde, porque trabaja fuera de la ciudad y cuando llega me dice: “¿qué tienes?, ¿por qué tan sonriente?”, le dije: “¿sabes qué?” y dice: “¿qué?” dije: “estoy embarazada”, y dice: “mmmm ¿y qué vas hacer?, tú tienes clase, ¿cómo vas a cuidar tu hijo?”, le dije “tú me vas a ayudar” y dice: “yo no porque tengo hijos, si llegan a saber que tengo bebé en otra parte, ¿qué pensarán?, mejor no lo vamos a tener” le dije: “¿¡qué!?, él dijo: “mejor vamos a abortar ese bebé”, y dije: “no”, empezamos a discutir sobre mi embarazo y así aborté él bebé.

No fue fácil para mí abortar, sentí que iba morir, no entraba mi sueño de pensar. Es muy feo, primero tienes que estar segura si estás embarazada. La verdad no estaba de acuerdo pero él me amenazó, dijo que si lo voy a tener me va a dejar, que ya nunca va estar conmigo y si lo voy a tener no me va apoyar con los gastos de mi hijo porque está pagando mi estudio; dijo: “hacemos una cosa, lo vamos a tener pero ya no vas a seguir estudiando porque te tienes que dedicar a cuidar tu bebé”, dice: “piénsalo, dejas tu estudio y vas a tener él bebé, si lo abortas vas a seguir tu estudio, ¿qué te parece?”, le dije: “voy a tenerlo y seguir estudiando”, él me dice que no porque es mucho gasto, que tengo que escoger. Tomé la decisión de abortar porque mis papás se enojaron cuando me junté con ese hombre, porque dejé la mitad mi carrera y pensé: “bueno lo voy abortar entonces”, él quedó feliz y lo abortamos.

¡Ay dios mío, es muy feo abortar!, el dolor es insoportable, se siente la muerte, sufrí demasiado, me hicieron la que se llama legrado; es un tubo que introducen en la vagina y limpian la matriz, es muy doloroso, se siente que se abre la espalda, y tarda como media hora para que lo limpian, por eso según el médico que es la causa de aborto. Creo que eso es la causa de mi enfermedad, más cuando dicen mis amigas “acuérdate, lo que siembras, eso cosechas, porque abortaste, si no lo hubieras hecho no estarías enferma”. A veces acepto lo que dicen, a veces no, lo hecho ya está.

Las personas que viven cerca de mí nunca supieron mi problema y nunca van a saber. Mi amiga fue a la única que acudí para que me orientara, porque le dije lo que tenía y me dijo: “hay que ir con un médico”, porque era el mismo síntoma que tenía, me dijo que no duele nada y por eso fui a consulta con el médico y mi amiga me llevó al ginecólogo.

Por el momento no he ido con curandero, no creo que vaya a ir, ni con hierberos, tal vez después porque afortunadamente me han salido bien mis resultados, al parecer ya no tengo, porque todos mis análisis salen bien.

Me dio tratamiento el doctor, pero muy poco, por eso él se sorprende que ya no tengo, ya estoy bien; me pregunta qué hice, si fui con algún hierbero que le diga para que pase la receta a otras mujeres, yo le digo que nada, sólo que me estoy alimentado bien.

Me sentí mejor cuando me dio medicina el médico, primero me recetó la Azitromicina, después Itraconazol y luego me dio tratamiento para que se corrigiera mi menstruación. Me dio Progluton, es pastilla, trae para un mes, todos los días tienes que tomar, estuve tomando dos veces y ahora me siento bien. Sólo con el médico me atendí, no me hicieron más estudios, a mi amiga le hicieron un corte de tejido, pero yo con medicamentos me empecé a sentir bien.

Cuido mucho mi alimentación; no comer chucherías: Sabritas, refrescos, galletas, carne, pollo de granja, no tomar azúcar, café, no como huevo de granja y otros más. Como lo que es frutas y verduras. Nada más así empecé a aprender de cuidar la salud en producto Herbalife, ahí enseñan cómo alimentarse bien, cuidar la salud, siempre llevo, además tengo en la casa, tomo mi alimento a la hora que quiera, tal vez ese alimento me ayudó porque siempre como nutritivo, como dicen los compañeros de Herbalife: “un cuerpo bien nutrido tiene la capacidad de autorrepararse”, creo me ayudó eso y no siento dolor o malestar, y no sólo me ha curado eso, también me ha curado otras cosas. Sufría diario de hemorragia nasal, si salgo en calor ya en la noche me sale sangre o si me golpean un poco la cabeza también.

Con el médico me fue bien, sigo llegando, pero salen resultados excelentes y en Herbalife igual muy bien. No sólo me he curado de salud, también de salud espiritual, mental como dicen: “si estamos alimentando bien, también nuestra mente estamos alimentado”, porque dicen que nuestro cuerpo está conformado con células, si están sanas también nuestra mente, porque cada célula es lo que manda nuestro cuerpo. Y también hay pláticas, llegan psicólogos para ayudarnos de problemas, poder superarlos; claro que sí he superado mis problemas.

A ninguna religión pertenezco, mis papás son católicos, pero nunca llevo en la iglesia. No creo en la maldad, nunca he pensado si mi enfermedad fue causada por maldad, no creo en los brujos, son mentirosos, sólo quieren sacar dinero. Una ocasión cuando vivía

todavía con mis papás, entró ladrón en la casa, mi papá fue a investigar y le dijeron que mi vecino entró en la casa cuando salimos, pero son mentirosos, lo tengo comprobado, mi vecino no entró, fue mi hermano que agarró el dinero; mamá sigue creyendo en chamanes, si vio que es mentira.

Pues me he sentido mal porque me dicen que estoy pagando lo que hice, que es mi culpa porque aborté a mi bebé, no puedo generalizar, tengo unas amigas que me dicen: “no te sientas mal, no fue tu culpa, fue de tu ex pareja” y a la vez me tranquiliza. Al principio sí me afectó el rechazo de mis amigas pero ya no, que digan lo que quieran, tarde o temprano les va pasar lo mismo, como dicen ellas, lo que se siembra, eso se cosecha.

Siempre me ha afectado mi enfermedad porque las personas que nos llevábamos bien ya nos les hablo, se trauma una, no sabes qué hacer, seguimos pensando: “¿qué haré para que me cure?”, como ya me siento bien y me salen bien los análisis, no me preocupo tanto; donde me preocupa si no puedo dar bebé algún día, siento que el aborto me afectó demasiado. Cuando no sabía si tenía esa enfermedad, con mi novio no me protegía y no quedaba embarazada, es sólo mi preocupación porque siento que ya me curé.

Estoy casi terminado mis estudios; mis planes son dar clase a los niños, es mi especialidad; y casar con mi novio, porque tenemos planes para casar, por eso estoy muy bien, y también tener muchos hijos con él *je je*, no es cierto, es broma; sí quiero tener hijos pero sólo dos o tres, y él tampoco quiere muchos, así hemos platicado y él me está ayudando a buscar trabajo, ahora muy bien, no le pido más a dios.

Si quedo embarazada nos juntamos, es lo que hemos dicho, no creo que se niegue porque me dice “no te preocupes, lo vamos a tener si quedas embarazada”. Una vez así pasó, no me bajaba mi mes y me dice emocionado “creo que ya tenemos un *baby*, vas a ser mamá y yo papá”; cuando me dice así me da gana de llorar y me preocupa si no puedo darle hijo, porque no he quedado embarazada y le digo: “¿y si no te puedo dar bebé?” y me dice “tranquila, mi mamá sabe qué planta dar si no puedes dar hijos”, me tranquiliza, es muy fea mi vida ¿verdad?

Con mi ex pareja también empezamos bonito, igual lo conocí y empezamos a salir, poco a poco me dio confianza hasta que como vio que mis papás no me ayudan, me ofreció apoyo y le dije “bueno, pues gracias”, me estuvo apoyando como dos años; es maestro de primaria.

No sentí cómo me empezó, nada de síntoma sentía: Sebastiana

Mi nombre es Sebastiana, tengo 24 años; estudio la licenciatura y vivo en unión libre con mi pareja.

Mi enfermedad es el virus de papiloma humano; supe hace como dos años o más, no me acuerdo, tal vez está en mi receta médica. No sentí cómo me empezó, nada de síntoma sentía, sólo me daba un poquito de comezón y malos olores, como si fuera infecciones, como a toda mujer le pasa. Pensaba que es normal. En mi parte vaginal me daba mucha comezón, ardor al ir al baño, muchos flujos blancos y amarillos, a veces con olores feos. Nada pensaba, ni tenía idea por qué me pasaba eso, porque nunca me había pasado.

Tengo esposo, pero soy la segunda mujer; de repente hizo su Papanicolaou la esposa de mi esposo, ahí fue la que supimos que teníamos esa enfermedad. No me quería decir mi esposo, sólo me dijo ya no puede estar conmigo, le dije por qué y dijo que porque ya no puede, yo insistí de preguntar: “¿pero por qué, si no tenemos ningún problema? nos llevamos muy bien como estamos” sólo me dijo, “¿sabes que yo tengo hijo y mujer”, empezamos a pelear. La verdad no me gustó y dije a mis papás, le llamaron la atención tanto a mí como a él; que por qué ya no quiere estar conmigo; cuando nos juntamos prometió que íbamos a ser felices y creí en él. Mis papás se enojaron, le dijeron que dónde se fue lo que había prometido, dónde fue su palabra. Nada contestó, sólo estuvo callado un rato, sabe que lo prometió, por eso así seguimos otra vez; ya no puede dejar porque ya tengo hijo con él.

Mi mamá estaba de acuerdo que lo deje y mi papá sólo me dijo: “piénsalo, ya eres grande, no te puedo decir que lo dejes ni te recomiendo que sigas con él porque ya son papás, ¿qué ejemplo van a dar sus hijos?”, y mi mamá al contrario, me dijo: “déjalo, con tus hijos puedes salir adelante”, al final no podía dejar.

Tenía dos hijos con él, pero desgraciadamente falleció una, por eso sentía que no lo podía dejar y se lo dije: “no hagas por mí, hazlo por los niños”, lloré bastante y me arrepiento de haberme juntado con ese hombre, a veces pienso: “¿por qué me junté con él?” pero son cosas que pasan en la vida.

Ya no lo pienso dejar, por los niños, es que no es fácil. Nos dejamos una temporada; ¡dios mío, lloraban mis hijos!, que ¿por qué no viene su papá?, le digo: “tu papá no existe”, pero ni eso entienden y por eso me volvía a juntar con él. Le dije a mi esposo: “hazlo por los niños, son tus hijos”, dice: “está bien, ya vengo más seguido”.

No vive conmigo, sólo viene un rato en el día y se va en la noche, nunca se queda a dormir, sólo viene a ver sus hijos, por eso me di cuenta que no sirve ser segunda mujer de un hombre como tengo, porque nunca está conmigo, cuando lo necesito dice que no tiene tiempo, viene un rato y luego se va y sus hijos quedan llorando, ni lo puede llevar en su casa porque va a tener problemas con su esposa. Ni siquiera me presenta como su esposa en la calle, si le preguntan dice que soy su hermanita y que son sus sobrinos mis hijos.

Donde rentaba teníamos pozo, estuvimos buscando a mi hija tres días y nunca apareció, cuando nos avisó la vecina que habían encontrado en el pozo, pero bueno ya ni lo quiero pensar, eso ya pasó...

Un mes nos dejamos con mi pareja y no pudimos por mis hijos, nos volvimos a juntar; cuando me dijo otra vez que ya no puede seguir conmigo, le empecé a preguntar todo lo que tenía, sólo por sus hijos, por su mujer o tiene otra mujer más. Nada contestó, se quedó callado y le dije: “confía en mí, dime, soy tu mujer, créeme, sea como sea y pase lo que pase, te voy a escuchar, al final de cuenta soy tu esposa o tu mujer, como tú quieras decirme pero quiero que me digas por favor, si no me lo dices qué voy a saber cuál es tu problema, porque te quiero”, le dije, “te tengo aquí pero por los niños, a ver dime, ¿tienes alguien aparte de tu esposa?, no tengas miedo, si es así no te preocupes, te voy a seguir queriendo y además si ya no quieres estar conmigo está bien sólo quiero que lo cuides tus hijos y pases pensión porque son tus hijos” y me dijo: “no es eso corazón”, no me contestó, sólo me abrazó y lloró amargamente y me dijo: “soy el culpable de todo, perdóname” y dije: “¿por qué?, ¿de qué hablas?” y dice: “sólo dime

si me perdonas” y le dije: “sea como sea te voy a perdonar” y me dijo: “¿me lo juras? y le dije: “sino me voy a enojar” y me dijo “¿de verdad?” y le dije, “bueno, está bien”, “te digo qué es lo que tengo, por qué no puedo seguir contigo, ¿sabes qué? creo que estamos enfermos los tres” y dije “¿quéééé?, ¿de qué hablas?”; sólo dijo “perdóname, soy culpable de lo que sucedió”, “pero ¿qué sucedió?”, y dijo: “mira, mi mujer tiene virus de papiloma humana”, la verdad como yo no sabía qué es eso le dije: “¿qué es eso?” y dice: “es un cáncer al largo tiempo, por eso quiero que hagas tu Papanicolaou, mi esposa hizo su Papanicolaou y decía en su prueba que sugiere la presencia de virus de papiloma humana, por favor quiero que vayas a hacer tu Papanicolaou, sé que te puedo perder pero lo siento amor”, me dijo y se lo dije: “como te lo prometí voy a cumplir, sea como sea estaré contigo en las buenas y en las malas”, y mi esposo se puso feliz, ahí supe que tengo esa enfermedad y cuando fui a hacer mi Papanicolaou me salió lo mismo como su esposa, pero que hay síntomas, no hay, sólo me daba un poco de flujo amarillo y escuece la vagina, pero no mucho, como utilizaba óvulos vaginales, se quitaba y se controlaba, no sentí nada, creí que era normal.

Nada pensé, ¿qué voy hacer?; no me queda otra que estar con él, porque se lo prometí, que no se preocupe, porque la verdad lo amo mi esposo y lo quiero demasiado; por eso lo perdoné, también si lo dejo mis hijos van a empezar a llorar y extrañar su papá porque están muy acostumbrados, él siempre lo pasa a dejar en su escuela, como yo estaba en la escuela, no podía por más que quiero ir a dejar, yo entraba en la escuela a las siete y él hace favor de pasar a llevar sus hijos, cuando salgo de la escuela voy a recogerlos.

Mi esposo es maestro de primaria, trabaja cerca, por eso pasaba a dejar mis hijos y además tiene carro. Antes no lo quería dejar, me costó para dejarlo porque lo quiero mi esposo, no puedo vivir sin él, más me da lástima cuando lloran mis hijos, más mi hijo, siempre pregunta a su papá por qué no quiere quedar a dormir con nosotros, “¿por qué los otros niños viven con sus papas?” y que “¿por qué no se va con nosotros en la casa de abuelitos?” y que “¿por qué no sale a comprar con nosotros?” y que “¿dónde se queda a dormir?” y “¿dónde se va?, ¿a poco tiene otra casa?” y son infinidades de cosas que preguntan los niños, son más inteligentes que las personas grandes y no sólo me pregunta a mí, también a su papá, cuando hay hijos es muy difícil dejarnos.

Sí tuvimos disgusto, como ya no quiero tener relación sexual con él; siento miedo porque me dijo él que esa enfermedad no tiene cura. Sentí susto porque tenía miedo de morirme joven, no quiero dejar mis hijos muy chicos; sabe uno que se tiene que morir, pero cuando te dicen “tienes esa enfermedad” se siente feo, no sé si es miedo, tristeza o desesperación; pensé que voy a morir, sentí que el mundo se acaba; pensé muchas cosas, que voy a dejar mis hijos.

Mis familiares no saben si estoy enferma, sólo yo y mi esposo. ¡Ay dios mío!, sí tengo ganas de decirle a mis familiares, pero me van a decir que lo deje ese hombre, ya no me van a permitir que siga con él, por eso no pienso decirles a mis papás.

Sí me hice otros análisis además del Papanicolaou con un ginecólogo; trabaja en Hospital Regional, me dijo que no me preocupara, que todo tiene solución, como que ahí me controlé un poco. Es un buen ginecólogo, me hizo otro Papanicolaou y volvió a salir lo mismo, como lo había yo sacado antes la doctora. Me dio medicamento, es Piroxicam, hay otra pero no me acuerdo. No me ayudó, al contrario, me dio alergia, se me hincharon los brazos, casi todo el cuerpo. Tuve que ir con él de nuevo, me preguntó

si soy alérgica a algún medicamento, le dije que no porque nunca me había pasado eso, creo que iba ser lo mismo con ese medicamento me dio alergia. Lo que pasó es que cuando fui al hospital el doctor había salido de vacaciones, como tenía su número le marqué y me dijo que suspendiera el medicamento y que yo vaya con algún médico pero de urgencia; y sí, me fui a consulta, me tuvieron que suspender el medicamento y poner ampollitas y pastillas, cremas, gasté mucho. Fui de nuevo cuando me tocó cita con él y salió la misma enfermedad; me pasó con otro médico, no me recetó nada, me hizo una biopsia; es un corte de tejido para que lo estudien y pasa en laboratorio y depende cómo salga el resultado. No sé dónde me cortó, creo por mi matriz; sirve para estudiar y analizar la enfermedad que tengo. Me dolió poco pero siempre duele, no sé si me puso anestesia. Como un mes tardó mi estudio, salió lo mismo, me explicó el médico que me va a hacer una cirugía de colposcopia; primero me dio miedo pero como me explicó el médico ya no, no me dolió, fue un corte grande, porque me dijo que en una forma de cono me lo hizo. Me dio medicamento, no me acuerdo cuál; sigo llegando con él. Sentí un poco de cambio cuando me recetó, ahora ya no me da flujo ni tengo mal olor, no que antes me daba mucho flujo, mal olor, dolor al orinar y comezón.

Sí acudí con otros médicos. Fui a pedir plantas medicinales en Museo de la Medicina Maya, me acuerdo qué plantas, pero no sé cómo se llama en castellano, en tzotzil es k'ail. El hierbero me dijo que no me preocupe, que tiene cura, que hasta Sida se han curado, dijo: “la enfermedad que traes no te preocupes, te vas a curar”, así me sentí tranquila y también pensé que voy a curar. Un poco me ayudó esa planta, no sé cuál me ayudó, como estoy llegando con médicos, tomé planta, oré mucho, ahora sí que ya ni sé. No fue ninguna maldad, ni hechizo, yo pienso que es una enfermedad que viene por cadena, porque mi esposo se ha acostado con varias mujeres, es la que me dijo, más que nada la enfermedad viene en relaciones sexuales. Además, después leí algunos libros, bajé informaciones en internet, que viene en contacto sexual, por eso digo que a través de relaciones sexuales.

Sí, sigo llegando con el médico de colposcopia, para que me cheque cómo sigue, si avanza esa enfermedad o ya no, por eso me van a tener dos años ahí en Hospital Regional hasta que ya no tenga esa enfermedad; por eso voy a seguir llegando, lo tienen que estudiar muy bien hasta que ya no salga nada, es lo que me dijo el médico.

Era yo cristiana, desde que me junté con mi esposo deje de ir. No me prohibió mi esposo ir a la iglesia, al contrario, siempre me ha dicho que vaya nuevamente y que confíe en dios porque es nuestro creador. Le dije que ya no. Llegar a la iglesia tiene sus normas y reglas; nos dicen que no le quitamos al marido, sin embargo lo hice, me siento mal por eso. Es pecado, por eso me siento culpable, no respeté las normas y siento que ya no conviene ir a iglesia, que dios no me perdona, aunque sé que es bueno. A pesar de eso me da pena entrar a la iglesia porque ya dejé de ir un buen tiempo; no voy a regresar, simplemente confié en Jesucristo o tal vez después cuando me sienta mejor, por el momento me siento bien, sé que existe el señor y confié en él, si quiero orar, oro en mi casa, sé que me va escuchar cuando quiera pedirle algo. Si regreso tengo que dejar mi esposo y no cometer el mismo error, pero por el momento no porque mis hijos están chicos y extrañan su papá, todavía no entienden.

Hay quien me ha apoyado en lo emocional y dinero también porque con mi esposo nunca me falta lo que es comida, ropa, sus gastos de mis hijos, me siento bien económicamente, con que no haga falta la comida a mis hijos, me siento bien.

Emocionalmente me ha apoyado mi esposo, siento que no puedo platicarle a nadie mi enfermedad; pienso que me van a decir que soy una cualquiera o que no me van a escuchar. Cuando rechazan a mi esposo siento que me rechazan también, es que la esposa de mi esposo dice que nosotros trajimos esa enfermedad, que está investigando y si me encuentra lleva a la cárcel y que le dice a mi esposo: “creo que tienes otras viejas, por eso trajiste enfermedad, ellas la traen”. Pero yo no me ha acostado con otros hombres, ni modos, hay consecuencia por casar con hombre casado. Él me motiva, me dice: “no hagas caso, sé que tu no trajiste, soy el culpable, si quiere pensar que piense, no es cierto”.

No sé qué he sentido, tal vez tristeza, preocupación; siento que la primera mujer de mi esposo le ha contado a sus amigas pero no sé, cuando veo a sus amigas me da pena, es que me han visto con él, según ellas no le han dicho nada a su amiga.

Un año después

Me siento muy bien, me he curado; cuando me aplicaron la colposcopia me recuperé. Antes llegaba al médico pero ya no. Llegaba pero ya no me salía nada, todo bien y me dijo todavía el médico que vaya, pero por lo mismo que se cambió el hospital se fue hasta uno de segundo nivel de atención, lo pasaron allá. Lo llegaba a buscar y no lo encontraba, me dijeron que se cambió, por eso dejé de llegar. No es que no me cuido, saco mi análisis con otros doctores, pero sale bien; a veces me da un poco infecciones, pero creo es normal, muy leve.

Ya no sigo con mi esposo, antes decía que no puedo dejarlo. Lo que pasa ya no me gustó su actitud, por lo que me negaba, me trataba como su prima hermana. Si de verdad me quiere me tiene que presentar tal como soy, porque soy la mamá de su hijo; por eso le dije que hasta aquí. De hecho, me costó, sentí la muerte, pero ya pasó, me siento muy bien y muy feliz.

Él de por sí no tiene, ni sé cómo vino esa enfermedad, él hizo su análisis y salió muy bien y él como que tuvo un poco de desconfianza de mí y peleamos un poco y me dijo que yo traje la enfermedad y al final de cuenta dice: “disculpe, creo yo fui, ya ni se entiende ni se sabe dónde vino, pero más seguro que él lo trajo. Según no tiene ya su esposa la enfermedad, pero saber si es cierto.

Sí pienso casarme algún día, pero tengo miedo; no sé si estoy totalmente sana: tengo novio, él me pidió que me case con él, pero ahora tengo dos miedos; uno si sigo con esa enfermedad, dos, no sé si puedo dar hijo, necesito checarme con un ginecólogo, sé que mi chico quiere hijo porque es soltero y me ha dicho que quiere tener su bebé, y no sé qué hacer. Además, no sé si me acepta con mi hijo, dice que sí pero después no sé qué vaya pasar, porque sólo tengo uno, yo quiero tener mi bebé. Cuando seguía con mi ex marido, como nos dijo el doctor que teníamos la enfermedad nos cuidábamos, pero después ya no y no me embarazaba; por eso pienso que no puedo, intenté y no pude, no sé si algún día pueda dar bebé.

Mis papás ya no me dicen nada porque ya soy aparte, ya no les pido dinero ni les digo lo que hago ni lo que pasa. Miedo de que me regañen ya no porque ya soy independiente, terminé la carrera, estoy trabajando, ya no me preocupo de eso, tengo quien cuida mi hijo, eso ya no es problema.

Reflexiones acerca de los casos con Virus del Papiloma Humano

En el 2000 en Chiapas todavía no existía conocimiento del origen viral de esta enfermedad, ni siquiera por parte de médicos y funcionarios,⁵⁹ por ello es de llamar la atención que en ambos casos las entrevistadas tienen información sobre la enfermedad desde la biomedicina y sus implicaciones en el CaCu. A lo largo de sus narrativas, se da cuenta de varias dimensiones de su experiencia vital que en su conjunto operan en la configuración de la vulnerabilidad de su salud y de su bienestar en general. En primera instancia, después de referir haber sido o seguir siendo portadoras del Virus del Papiloma Humano, mencionan como antecedente haber experimentado frecuentes infecciones vaginales, las cuales, pese a las molestias que les ocasionaban, no dejaban de juzgarlas como normales, propias de la condición femenina. En consecuencia, serían tan sólo circunstancias asociadas a su vida conyugal las que les revelarían la presencia del problema de salud que da pie a su testimonio. En efecto, las jóvenes sitúan sus experiencias dentro del marco de su vida marital y sexual, en el cual ambas han mantenido el estatus de segunda mujer o segunda esposa, que en términos de sus relatos parece haberles causado diversas desventajas y otorgado un rol de indefensión dentro del proceso mediante el cual adquirieron su enfermedad.

En segundo lugar, la incertidumbre acerca de la manera de contagio, aunque podría suponerse de entrada que Ana contrajo la infección en el marco de la convivencia con su anterior pareja sexual, ella relata no tener certeza alguna al respecto. En medio de este orden de cosas, Sebastiana refiere haberse encontrado con ser portadora del VPH habiendo sido partícipe, sin estar completamente al tanto, aunque aparentemente abrigando sospechas, de una red de contactos sexuales en la que no sólo se contaba la primera esposa de su marido, sino varias otras mujeres.

Aunque por el contacto que Ana estableció con un ginecólogo supo que se trataba de una infección de transmisión sexual, no es posible para ella precisar cuál fue la fuente de la misma, ni el periodo en que tuvo lugar. No obstante, es evidente el dolor y desencanto

⁵⁹ Reunión del Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas con el Secretario de Salud René Estrada Arévalo, 2001.

que ambas experimentaron al saberse portadoras del virus, en referencia a lo vivido con sus cónyuges, lo que desde varios ángulos sugiere como posibilidad el hecho de que fuesen ellos los causantes de su enfermedad.

Sin embargo, es importante señalar que la ausencia de un diagnóstico de portador por parte de las parejas genera no solamente incertidumbre en ellas, sino también vergüenza y culpa, ya que finalmente la enfermedad forma parte de su existencia. Al estar vinculada a una infección de transmisión sexual, también pone en duda su fidelidad y honorabilidad frente a la pareja en cuestión y a sus futuras parejas.

Resultan dignas de considerar las medidas que emprendieron para solucionar su problema de salud. Por una parte, el tratamiento para la infección indicado por el servicio médico; por otra, sus tratos, en el caso de Ana con Herbalife y su concepción integral en torno a la alimentación como la premisa de un cuerpo y una mente saludables. En el caso de Sebastiana, su interés por la herbolaria, curanderos y rezos. Dentro de su relato, Ana sugiere fuertemente la posibilidad de que más que el tratamiento que le proporcionó el ginecólogo, al cual juzga como muy breve, fue su relación con dicha empresa de suplementos alimenticios la que había incidido de manera más importante en la restitución y mantenimiento de su salud.

En lo concerniente a Ana, se advierte también un distanciamiento hacia creencias relativas a la brujería, a las que al parecer recurrían sus padres para especular en torno a las causas de la enfermedad/infortunio, muy comunes al menos entre los mayas de los Altos de Chiapas, las cuales dicen mucho acerca del carácter de su vida social.

En ambas experiencias han cursado situaciones en las que su pareja manejó la relación con ellas de manera clandestina. También vivieron circunstancias dramáticas que las vulneran y marcan por el resto de su vida, siendo, en el caso de Sebastiana la pérdida de su hija el aspecto más trágico; mientras que, para Ana, el haber sido sometida a un procedimiento que pudo poner en riesgo su vida y que ella considera pudo haber dañado irreversiblemente su capacidad de procrear. Aunque dicho temor también resulta manifiesto en el caso de Sebastiana, quien asocia dicho temor a una posible secuela de su infección.

Si bien ambas se han separado de las parejas que muy probablemente las llevaron a padecer el VPH, manifiestan temor de no ser capaces de embarazarse nuevamente y de contagiar a sus parejas, incertidumbres que las vulneran frente a sus subsecuentes relaciones, ya que su pasado sigue gravitando como amenaza latente de dar al traste con sus expectativas. Esta condición de subordinación hacia el género masculino determina una situación de vulnerabilidad con respecto a su padecimiento y enfermedad ya que en todo momento consideran que puede ser causante del abandono repentino de sus parejas.

No deja de observarse, por un lado, la dificultad para comunicar problemas de salud que conllevan estigma, lo cual es una limitante; por otro, la de liberar la presencia de la enfermedad de sus significados sociales que vulneran sus propios derechos en el ámbito de su vida privada.

De tal suerte, sus perspectivas de cara al futuro aparecen dentro de su testimonio como una paradójica mezcla de anhelos, culpas y temores que se perpetúan dentro del marco de persistentes visiones de género. Al dar cuenta de su experiencia con el VPH, hacen de esta enfermedad un mal de origen incierto instalado en su cuerpo, el hilo conductor de una experiencia de profusos significados que hablan de todas aquellas dimensiones socioculturales que se entretajan para vulnerar la salud y la vida familiar y social de las mujeres. Son claras también las aflicciones que van más allá de su cuerpo, tanto aquellas que ponen en tela de juicio su ser mujer desde un marco de determinados valores, así como las que se suscitan a través del diálogo afectivo, pero también conflictivo y desigual, entre su propio cuerpo/persona y el de las figuras masculinas que también protagonizan su relato.

Estos testimonios nos muestran también la forma en que socialmente se está construyendo el CaCu ya que de ser una enfermedad propia de las mujeres mexicanas pobres y estrechamente vinculada con la multiparidad, que era vista como un signo trágico del papel de madres, ahora se ha convertido en un padecimiento de la promiscuidad que puede determinar la esterilidad y en el que se interioriza un sentimiento de culpa. Más aun cuando el padecimiento se establece en el cuerpo femenino y no deja un rastro evidente en el masculino, lo que sin una información clara y precisa por parte del sector salud traslada este problema a la promiscuidad femenina.

El cáncer cervicouterino, la enfermedad

En este segundo apartado se relatan las narrativas de tres personas respecto a dos casos de CaCu. En el primero se reconstruye la historia de Martha a partir de una entrevista realizada a su hija, quien ha sido una de sus cuidadoras; meses después, se realizó una entrevista directamente a Martha. Ambas sesiones tuvieron lugar en sus respectivas casas. El segundo caso es el de Margarita y los datos que se presentan fueron recuperados de la información que proporcionó la Casa de la Mujer Ixim Antzetic, obtenidos a finales del 2015. Los casos de Martha y Margarita permiten ver la evolución de la enfermedad, la trayectoria durante la enfermedad y la toma de decisiones. También, nos permite dar cuenta de la posible discriminación a lo largo de su vida por parte de su propia familia, las instituciones de seguridad social y salud.

Ya me voy a morir, mejor me voy a morir en mi casa, no aquí: la hija de Martha

Mi mamá nació en un municipio de Chiapas, sus padres también eran de ahí, pero mi abuelo era maestro y como a él le cambiaban su plaza, constantemente lo mandaban fuera, y cada vez que le daban su cambio a diferentes pueblos, ellas se iban a donde iba mi abuelo.

Mi mamá conoció a mi papá en ese municipio, él era maestro, yo me imagino que los casaron a la fuerza y tal vez mi mamá no lo quería a mi papá, aunque ella no lo cuenta. Con mi papá vivió como cuatro o cinco años, y después se vinieron a la Milpoleta porque mi papá trabajaba ahí, pero mi mamá no se quiso ir con él, argumentando que no quería dejar a su mamá sola. Porque mi abuelita cuando ya se vio grande ya no lo siguió a su marido y mi abuelo se quedó y radicó allá en otro municipio, allá tuvo otra mujer y allá tiene otros hijos, entonces mi mamá se quedó con su mamá y mi mamá le dijo que no se quería ir con mi papá y siempre le decía que no y mi papá se fastidió. Venía cada fin de semana, le daba para su gasto –pues yo no sé, yo no tengo recuerdos de él, no me acuerdo de mi papá porque como se separaron, pues lo dos no se ocuparon de nosotras-, le digo quién sabe que pasó en esa relación, yo siento que mi mamá... pues lo que concluimos las hermanas es que no se querían, pero los juntaron a la fuerza, y pues fue un matrimonio que no funcionó, entonces de ahí mi mamá conoció a éste otro, no se separó, hubo el engaño con uno de los hijos de una familia que venía de Tapachula y que mi abuela les dio alojamiento en el terreno.

Fue ahí donde empezó el romance, mi mamá se enamoró de ese hombre que es 15 años más chico que mi mamá. Ella cuando se casó por primera vez tenía 18 y cuando se fue con el otro tenía como 35 y él tenía 19. Mi mamá como una adolescente se fue con el novio, sin avisarle a su mamá dejándole encajadas a su mamá a tres chamaquitas, la más pequeña de casi un año.

Cuando mi papá vino y habló con mi abuela, ella le explicó que mi mamá se había escapado con un muchacho y la cuestión es que se enojó mi papá y se deslindó de

nosotras. Ni siquiera la manutención, no nos dio gasto, él haz de cuenta que no nos conocemos, ya ni nos acordamos de su familia.

Yo no me acuerdo de mi papá, quizá de lo que nos hizo, lo borramos de nuestra mente, porque bueno, siempre fue papá y mamá mi abuelita, porque también el marido de mi abuelita nunca estaba, venía cada mes si quería.

Nosotras vivíamos bien, mi abuelita tenía pollos, puercos, patos y todo, sembraba maíz y frijol y todo lo que se cosechaba era lo que se comía y vendía los animales y los huevos y eso era lo que se comía, además tenía una tiendita.

Mi mamá seguía con el novio y supimos que había tenido tres abortos, nosotros estábamos analizando, que creo por eso está enferma, se le murieron uno adentro, pero fue como tipo aborto porque ese hombre, no sé si la hacía enojar o le pegaba, hasta ahí no le puedo asegurar porque mi mamá no nos ha dicho, pero nosotros es lo que pensamos, que los abortaba, porque como hasta el final que vino sus otras dos hijas nacieron bien.

El novio de mi mamá es un hombre ¿cómo decirle? mujeriego, no le salió buena persona a mi mamá, cuando se juntó con mi mamá entonces empezó a andar con muchas mujeres. Ahorita llega a ver a sus dos hijas, mi mamá solo lo saluda y nada más, ya no tiene una relación con él. Ellos se separaron como hace 10 años.

Su vida de mi mamá fue un infierno. Como yo extrañaba mucho a mi mamá le decía a una señora que me llevara a ver dónde estaba mi mamá y me llevó dos veces a verla. Yo la vi que vivía peor de cómo vivimos nosotros, casa de madera, lodazal adentro y afuera, feo y yo todavía le decía a mi mamá: “pues ¿por qué vives aquí?”, yo no entendía pues porque estaba chica, le decía “*má*, ¿por qué no te regresas a la casa?”, ¿Por qué vives aquí?”, y no me decía nada solo se reía y bueno ya pasó mucho tiempo, ella rentó de casa en casa, de lugar en lugar.

Ella no trabajaba, el hombre, bueno eran comerciantes de fiesta en fiesta, vendían elotes, ella hacia el ponche, después vendió flores.

A nosotras no nos parecía que andaba rodando de casa en casa y nosotras veíamos ahí arriba tanto terreno, decíamos “bueno, ¿por qué no se viene mi mamá aquí?”, le hablamos a mi abuelo. Él vino y fue a hablar personalmente con ella y le dijo: “mira tus hijas hablaron conmigo y no les parece que estés rodando habiendo terreno aquí, si no tienes cómo hacer tu casa mira yo te voy a ayudar, aunque sea de madera te la voy a hacer” y sí le hizo y ya de ahí mi mamá dijo que bueno, le dieron su parte de terreno ahí arriba, le hizo mi abuelo su casa de madera, le dio las láminas y se vino con el hombre a vivir aquí, pero lo que ya no nos pareció a nosotras y hablamos muy seriamente con mi mamá, que el hombre pues se iba y venía cuando quería y al último le dijo que le iba a traer a una mujer con la que andaba para que le ayudara a hacer las cosas que ella hacía, como su chacha, pero como le dije yo a mi mamá: no se la va a traer *pa'* su chacha, quiere vivir con las dos aquí en la casa y eso no se ve bien. Le dijimos: “será mucho el amor que le tienes, pero abre los ojos mira cómo es ese hombre, mira, no te trata bien, te pasa las mujeres en la cara y tú todavía ahí estás con él” y ya fue que mi mamá a tanto entendió.

Sí lo corrimos cuando mi mamá tenía como 43 años. Así que se fue el hombre, quedó ella ya en la casa y empezó a estar mejor, todavía seguía con su venta de flores.

Cuando mi hermana tuvo un embarazo de alto riesgo le comentó de tomar su trabajo de asistente en una óptica y aunque mi mamá tenía miedo, porque nunca había trabajado y se dedicaba al hogar y no tenía jefes, se animó y le dijo a mi hermana: “si no me gusta me salgo”.

A ella le gustó y se levantó, porque mi mamá estaba muy dejada, no se arreglaba y estaba abandonada y otra vez que entró a trabajar ahí, ella cambió bastante, ya se miraba su persona más mejor, arreglada, ya ganaba su sueldo, se levantó un poco más, ahorra un poquito y fue cambiando su vida, ya estaba mejor y ya nosotros la empezamos a conocer y a tratar en esa época.

Su jefe le decía que le diera los papeles necesarios para asegurarla en el IMSS porque no tenía el acta de nacimiento. Mi mamá siempre fue muy dejada, a mi mamá le dijeron que si quería terminar su carrera, mi mamá estuvo estudiando en Puebla, tiene creo que la primaria o no sé cómo le llamaban antes, que ya le faltaba tantito para que también ella fuera maestra, pero no sé qué pasó en su vida, si el amor o sus locuras de juventud, mi mamá no quiso estudiar, no se siguió preparando y se dedicó al hogar.

Nosotras siempre le decíamos que no fuera tan dejada en sus papeles y mi mamá no le gustó y por eso era que no podía asegurarse porque no tenía acta de nacimiento.

Mi mamá sí tenía su acta de nacimiento, pero ahí en el municipio hubo, no sé qué pasó, que se quemaron los papeles, un pleito, no sé qué hubo ahí y ahí estaban todos los papeles de ella, pero se quemó y que no se pudo y la cuestión es que no aparecía, que tiene el libro y que tenía que tener testigos y luego se hizo un mitote y mi mamá no lo quería hacer.

Nosotros les decíamos: “*má*, te va a servir”, y no le gustaba, le digo: “para tu credencial de elector, para tu esto y para el otro” y ella no: “ya lo voy a hacer, lo voy a hacer” y nunca lo hizo. Ya de ahí pues seguía trabajando pues en el consultorio, se sentía mal pero nunca nos dijo nada, nunca, bueno, también nosotros siempre la mirábamos fuerte, bueno aparentaba ella estar muy fuerte, se iba y trabajaba y venía feliz, se miraba sana, entonces ahí pensó que se sentía un poco débil y luego se cayó en el centro, fue la primera vez y vino toda golpeada, morada y raspada: “¿qué te paso?”, le dijimos, “me caí”, “¿por qué?”, “no sé”, respondió.

Pero ya la casa, regresando otra vez del trabajo, ya se iba a ir, pero entró al baño, y se desmaya, se cae en el baño y se hace un gran chipotote aquí en la cabeza y le dijimos: “no madre, tú tienes algo más, porqué te vas a desmayar sin motivo y sin razón”, y ahí fue donde empezamos a movilizarnos para ver que lo atendieran y nos dijeron que no porque no estaba dada de alta, la hoja rosada, porque le faltaba el acta de nacimiento y entonces se movió con su hermana para que le ayudara a hacer su acta de nacimiento, ya le hicieron el acta, pagaron pues para que le hicieran rápido y mi mamá como no muy sabe, le hizo la tía, donde ya no tenía padres, en el acta de nacimiento de mi mamá salió donde ya no tenía padres, con toda la maldad del mundo.

Le dije: “madre tú ya no eres una niña, ¿por qué no viste lo que decía en el papel?”, por qué no nos llevó a nadie de nosotros, solo ellas lo arreglaron, se iban juntas y lo hacían

juntas, nosotras no nos metíamos, como hasta la fecha, no nos metemos y ya cuando vimos qué decía su papel que no tenía papá y le dije: “madre ¿por qué está así tu acta de nacimiento?, ¿por qué no tienes papás?”, y dijo: “es que así me lo hizo tu tía porque dice que iba a costar más porque ya no está papá y no sé qué”, y le dijo: “no le hace, le ponen la crucecita de que ya está fallecido tu papá”.

Cuando sacó su papel ya en el seguro le dieron de alta y le hicieron el Papanicolaou, después le hablaron y le dijeron que tenía cáncer de matriz ya fue donde le ordenaron todos los estudios. Mi mamá se fue a Tuxtla, le hicieron todos los estudios, pero no le querían dar los resultados, así que su patrón iba y se quejaba, entonces una amiga de la familia habló con una doctora en México para que la atendieran y fue hasta entonces que lo hicieron porque dijeron que ya tenía el cáncer muy avanzado.

Entonces fueron a México y regresaron, luego fue nuevamente porque iban a cambiarla a otro centro médico en Pachuca, otra vez se hicieron las gestiones entre algunas personas para que no la movieran del centro médico y fue así que le empezaron el tratamiento. Entonces ya le dieron las mejores atenciones, pero entonces ella ya no quiso, ella lo que argumenta es que se le soltó su cuerpo y que se mordió la lengua y que sentía que ya se iba y que ya no era ella, es lo que dice ella: “y ya me voy a morir, mejor me voy a morir en mi casa, no aquí”, que ella dice que pensaba que cómo le íbamos a hacer para trasladar su cuerpo si ella se moría allá, le dije “madre pero si ese no es problema”, ahí íbamos, de una u otra manera lo tendríamos que traer, es lo que le decíamos, pero bueno, respetamos su decisión, como le dijimos, desgraciadamente dolorosa decisión que tomó mi mamá, pues ya las consecuencias que ahorita tiene, es muy doloroso, hoy amaneció con vómito, se siente mal.

Ya de regreso la empezó a tratar el hierbero, aunque ahora ya no le está dando nada, pero gracias a él no tiene dolor, solo tiene las molestias. En ese entonces lo veía cada mes, es muy buen médico porque nos dijo: “yo no voy a curar a tu mamá, simplemente voy a hacer que su muerte no sea tan dolorosa”, todo el tratamiento de hierbas y unas ampulas que nos dio: “es para cuando tu mamá ya esté en la etapa final de la agonía no tenga dolor”.

Ella estuvo como un año en tratamiento y nada más porque salía muy caro, por ejemplo, un tratamiento de 30 o 35 mil, el más barato era de 18 mil, salían muy caros los tratamientos. Mi mamá no tiene el dolor hasta ahorita, el problema que tiene es que le molesta que siente que va a reventar algo y el sangrado.

Ella estuvo más o menos bien sin sangrado hasta hace un año que se empeoró otra vez, porque murió mi abuela y mi madre dijo: “¿para qué me quedo? Ya mejor me voy con ella” y se deprimió, eso hizo que bajara sus defensas, nosotras vimos el cambio porque estaba incubado el cáncer y hace un año que murió mi “mamá” [su abuela] pasó toda la tragedia: la llevamos al doctor, aquí en la fundación, en una asociación que se llama Sanando Heridas... entonces resulta que la mandan aquí en uno donde hacen el Papanicolaou gratis, que ayudan a las gentes, lo llevan a mi mamá, y mi hermana llevaba todo su papeleo, pero como los médicos de ahí no sé si son practicantes o qué son, que le hacen el Papanicolaou y la lastimaron y ya después que no vieron bien su expediente de mi mamá [dijeron] que ellos no podían hacer lo que le hicieron a base de eso que le hicieron, ese Papanicolaou, entonces mi mamá empezó con sangrados y empezó el cáncer a bajarle.

No la llevamos con otros doctores porque siempre están llenísimos y casi todos los ginecólogos están ocupados y cuando mi mamá ya se estaba muriendo pues tratamos de buscar a alguien quien nos eche la mano para que nos atienda.

Ya desde esa vez, ya ahí empezó mala que no podía ir al baño y nosotros le dimos todos los menjurjes que pensamos que era porque está estreñida, dijimos le va a ayudar, le dimos plantas con fibras, papaya, todo le dimos y nada y se puso bien mal por estar echándole a su estómago y empezó a vomite y vomite, ya fue que le hablamos al doctor y dijimos qué hacemos, no sabemos ni a donde lo vamos a llevar, lo llevamos con médicos particulares y nos dijeron que con un especialista, lo tiene que checar y tiene que ver el cáncer qué tal si ya taponeo, por eso no puede ir al baño, ah y eso nos dijo el doctor, entonces le hablamos a su patrón (quien es médico), ya él nos dijo con el doctor que lo llevamos que le hicieron la colonoscopia anal y fue de aquí arriba sí estaba bien y ya la anal que le hicieron ya no cruzó, dice que así un tanto no más así entró, dijo el doctor: “lo siento hija, está invadida de cáncer y ya está taponeada, por eso no puede tu mamá ir al baño, es urgente que le hagamos la colostomía” y nosotros dijimos: “pues qué hacemos, pues que se lo hagan” y ni sabíamos qué era la colostomía para decirle, ya cuando lo vimos nos quedamos así, nos espantamos, nos daba miedo, quedamos traumadas por un buen tiempo porque ni nos imaginábamos qué cosa era la operación que nos dijeron, ya pues se la hicieron y pues... ahora entre todas nos turnamos y le cambiamos las bolsitas, las lavamos.

Tenemos gastos: las bolsitas, los guantes, las gasas y todo pues, sus calzoncitos especiales porque a veces tienen mucho como agua de sangre, y mucho cloro y jabón, porque tenemos que desinfectar, con la limpieza, yo creo que por eso... yo me he enfermado mucho, no sé si es el estrés, he estado muy enferma, me ha dado gastroenteritis, colitis y todo lo que termina en itis, ahí igual mi hermana de la presión, no sé, todas, ya todas tenemos ahí tres por mencionar, con colitis, con gastroenteritis.

Mi mamá está muy mal ahorita que la dejé, ya hay días que no tiene ganas de nada, por mí, yo pienso, no le digo nada, ni le pregunto porque no tenemos ese valor, ¿verdad? Siento que ella ya no quiere vivir, y ya no quiere, porque a veces ya no quiere despertar, ella dice que solo quiere dormir y se va a quedar dormida porque así lo dice, dice: “ya me voy a dormir y ya no voy a despertar”, le digo: “estás loca madre, te estás volviendo bien floja, ya te gustó la cama, solo quieres estar ahí tirada, y así ya...”.

Ella se ha arrepentido de no haber tenido el tratamiento cuando fue lo de la operación, dice: “es que yo sentí morirme, de saber que me iba a pasar esto fuera hecho la quimioterapia”, le digo: “sí madre pero desgraciadamente no lo pensaste, es que las consecuencias pues ni nosotros también lo sabíamos”, le digo, “como ibas a estar las etapas que tú estás teniendo”, pues nosotras nos afecta tal vez por los cuidados, de cómo la vemos, no nos gusta verla, nos duele a veces, “¡ay Dios mío apiádate de mi mamá!”. Porque así lo hemos dicho, hemos rezado y dicho que ya el señor se apiade de mi mamá, porque esas molestias con ese hoyo que tiene, yo le digo hoyo a esa herida que tiene, de la colostomía, luego el cáncer que cuando se para, ella siente que va a salir algo, así lo siente ella, que apenas y medio camina y se va agarrando así, y le digo: “ay madre, si nosotras fuéramos no sé, pero lástima que tú todavía decidías, sino nosotras hubiéramos decidido que te hicieran las radiaciones”, porque dicen que eso le iba a ayudar a que se secara, pero desgraciadamente no quiso y nosotras pues no lo podemos obligar y hace poquito cuando se desangró demasiado, también ella dijo: “déjeme morir ya, yo ya me quiero ir, ya no me lleven ni al hospital”. Porque nosotras

hablamos entre las cinco que, aunque cooperemos pero la queremos llevar a un hospital particular porque un público ya no nos van a recibir en ningún lado, ya nos lo dijeron, que como en la etapa en que está mi mamá ya no nos reciben porque ya está muy avanzada y está en la etapa terminal. Una doctora particular nos ha dicho que pasemos más tiempo con mi mamá, platiemos, le digamos que la queremos, que coma lo que se le antoje, que no tenga dieta “porque tu mamá no saben si mañana va a despertar porque ya está en la última, ahorita está de milagro”.

¿Será posible que ya voy a morir?: Martha

Recuerdo que primero me atendieron aquí en San Cristóbal, pero después ya no me podían atender aquí y me mandaron a Tuxtla y en Tuxtla ya no me querían atender tampoco porque supuestamente un aparato no servía y nunca, nunca particular *pue*, me mandé a sacar esos estudios, ya no me lo hicieron en el IMSS porque ese aparato nunca se compuso, no sé, y así yo estuve sacando los estudios.

Mi jefe el doctor fue a pelear dos veces conmigo a Tuxtla y nunca nos hicieron caso, fuimos al IMSS con el mero director y nada. Yo seguí yendo, me dijo mi jefe: “siga yendo, en una de esas tantas la van a atender” y en una de tantas el otro estudio me lo hicieron, pero no me querían entregar el resultado y luego perdieron mi expediente.

Luego una amiga de la familia consiguió que me mandaran a México con la doctora Rosalba, la directora, y fuimos. La primera vez sólo fue a hacer el historial clínico, luego me hicieron el Papanicolaou y nunca nos lo devolvieron y luego tardamos un mes allá cuando no me querían atender y ya fue a hablar una amiga y ya nos volvieron a atender.

Porque nos iban a mandar a Pachuca porque no me iban a atender ahí en el hospital y ya mi primera radiación la recibí en un hospital privado subrogado. Después nos regresaron al Centro Médico Siglo XXI y en ese lugar me dieron tres radiaciones y una quimioterapia. Ya después no quise regresar porque me hizo mucho daño, creo que fue la quimio o no sé si la radiación, pero eso fue lo que me afectó mucho. Y ya no quise porque empecé mal con la deposición, ya no se me quitaba el vómito, ya no comía, comía yo y todo *pa'* fuera, me compraron pastillas para el vómito y nada lo detenía, ya por eso mejor me vine, ya en el aeropuerto me desmayé pues y me dieron una pastillita para que yo volviera, porque toda mi cabeza estaba muy mareada y eso, y hasta la fecha así sigo, pero ahorita gracias a Dios con unas vitaminas que me recetaron un médico, hágase usted de cuenta que ya no es tanto el mareo, ya estoy un poco mejor, ya camino un poquito, ya no me acuesto, no que lo viera usted yo sólo estaba acostada en la cama, ya me tienen que ir a levantar para comer, ya no comía yo ya otra vez, en la Semana Santa sí me vi muy mal.

Yo no me arrepiento de no haber hecho el tratamiento, pues qué tal en una de esas me moría yo, como esa vez [cuando fui al hospital] entraron varias a recibir la quimio cuando yo entré, dicen que una falleció ahí al recibir la quimio, a lado de donde estaba yo, porque a mí me pusieron en un primer cuartito, cuando ellas empezaron [con la quimio] al momento tuvieron vómito y entra el doctor y me dice: “a ver doña Martha usted está fuerte –dice- no le ha dado vómito, oiga usted los demás cómo están gritando”, digo: “sí ya lo escuché, y ¿será que el vómito será después?”, y dijo: “si no le da vómito le va a dar después porque lo que se le está aplicando –dice- le voy a explicar –dice- bueno, pero no vaya usted a tener miedo, porque lo que se les aplica es

un veneno, es un líquido para matar la enfermedad que tienen, pero acabando la quimio –dice- le va a aplicar dos litros de suero para que se le lave la sangre”, y eso me hicieron, vino a terminar como a las doce de la noche, ya cuando veo que me ponen el suero ya fue y dice: “éste es para lavarle la sangre” –dice-, ya me pusieron eso y ya me empecé a sentir mal, digo a mi hija: “ya me siento mal” –dice-: “¿qué sentís?” –dice-, “siento que mi cuerpo se está soltando” –dije- “creo que ya voy a morir, ¿qué me pusieron?”. Me dice mi hija: “¿qué te explico el doctor?, te dijo claro que tu cuerpo como que lo resistió un poco y no vomitaste”.

A ver cómo va el transcurso porque me iban a aplicar la otra hasta la siguiente semana, ya de ahí me dieron de alta esa misma noche y ya mi hija llamó a un radio taxi que más o menos conocía que me llevaba a la casa y todo, ya de ahí le digo yo: “pues agárrame bien porque me siento mareada, siento que estoy bola, ya no sé lo que me está pasando”. Mi hija me dice: “no, son sugerencias tuyas –dice- mami, no te va a pasar nada, no pongas tu mente a trabajar de que ya te vas a morir, ya eso pasó”.

Llegó el taxi y nos llevó, ya al otro día empecé mal, con vómito, dice ella: “¿vas a comer una quesadilla?” y digo: “no quiero nada, ni el agua”, con decirles acá, todo *pa’* fuera, no nada, dicen: “ahí hay sandía, come sandía en lugar de agua”, comí y todo *pa’* fuera, todo diga usted, pero ya no. “Mañana ya es miércoles”, me dice mi hija, “te toca la otra radiación” porque era una diaria.

Me iban a dar 25 radiaciones y le digo a mi hija “no, ya no lo voy a aguantar, creo, me voy a quedar en la plancha o en esa cosa donde me meten, es como un horno”, “¿y que sentís?”, digo: “saber, ya no siento nada porque como que se me entume mi cuerpo”, le digo, “pero vas a recibir la última, aunque sea, tres que recibas”, me dijo, y tres radiaciones y una quimio recibí.

Le dije a mi hija: “ya, ya vámonos yendo, si he de morir, he de morir en mi casa y avísale que ya nos vamos”. Sí ya salí e iba yo en el carro, en el taxi que nos llevó hasta el aeropuerto, y haz de cuenta que no era yo, era mi alma o mi espíritu, sólo mi cuerpo venía en el carro y me dice ella: “no te vayas a morir en el avión ¿qué voy a hacer?”. “Nada ¿qué vas a hacer? –le dije a ella-, ya ni modos, vámonos”, apenas podía hablar y le dije yo: “ya de plano ya voy a morir, me siento muy mal” y resulta que en el aeropuerto me voy desmayando, los médicos del aeropuerto me dieron la pastillita y dijeron: “la señora está delicada, con el vuelo le puede pasar algo” y dije: “solamente dios va con nosotros, si ha de pasar algo ni modos”.

Venía yo en el avión, le digo a mi hija: “yo siento que ya voy a morir”, “no digas eso”, me dijo: “vamos a llegar a la casa” y ya así, ya llegamos en el aeropuerto, de ahí a la Suburban y llegamos a casa y ya me tiene aquí sentada, ¿verdad?, eso fue hace cinco años, en el 2011.

Yo creo que me dio esta enfermedad porque como nunca me fui a hacer el Papanicolaou, sino que porque esa vez que me acuerdo que fue un sábado que salí del trabajo me vine, íbamos a comer, estaban mis hijas y me dicen: “ya te sirvo”, “no –dije- ahorita vengo, quiero ir al baño”, me fui al baño y en el baño haga usted de cuenta que se me oscureció todo, me caí, un santo golpe, aquí tengo donde me caí y ya lo vio el doctor que todo se me moreteada, todo donde me caí, y ya fue que mi jefe “el doctor” me dijo “ya váyase a dar de alta en el seguro –porque no me había dado de alta- ya vaya al seguro, ya mire usted que le paso?, vaya usted”, y allá fui que empezaron a

hacer mi papeleo y que me pregunta la doctora: “¿cuántos años tiene usted?”, tenía 50 años, y dice: “¿ya se hizo usted el Papanicolaou?”, “no”, respondí y ella me dijo: “¿cómo no se lo va a hacer, no sabe usted que enfermedad tiene usted?”, “pues no, nunca me lo hice, nunca voy al doctor, yo me siento bien, no voy al doctor”, bueno, ella dice: “ahorita se le va a hacer el Papanicolaou”, dije yo: “y ¿por qué me lo van a hacer?”, “por los síntomas que dice usted que tiene, que le da el dolor de la cintura, que le duelen sus piernas, que se maree usted, alguna enfermedad debe de tener usted, entonces hay que hacer el estudio de Papanicolaou, a ver que sale”, todavía no quería yo, y ya me pasaron.

En el hospital de gobierno no te atienden bien: Margarita

Margarita es una mujer indígena de 49 años, trilingüe hablante de chol, tzeltal y español, residente de un ejido de Chiapas. Es católica, casada y analfabeta. Ella habita una casa propia hecha de madera que tiene los servicios de luz, agua entubada y letrina. Su alimentación se basa en frijoles, tortilla, pozol y verduras; come dos veces al día. En su vida cotidiana, y por las labores de la cocina, se ha expuesto constantemente al humo de leña. Ella inició su vida sexual a los 14 años y nunca usó métodos de planificación familiar. Margarita refiere haber tenido sólo una pareja sexual, nueve gestas, ningún aborto y nueve partos.

En toda su trayectoria reproductiva nunca tuvo detección oportuna de CaCu. Margarita inició con sangrados intermenstruales abundantes, acompañados de coágulos, además presentó cefalea y sensación de desvanecimiento, por ello acudió con un promotor comunitario quien le administró antiinflamatorios y antihemorrágicos y la refirió a la Casa de la Mujer. Ahí la examinaron y le hicieron los estudios de laboratorio correspondientes. Identificaron que tenía un proceso tumoral en cérvix con datos de infiltración sugestivos de CaCu, por este motivo le dieron cita para que se realizara una colposcopia y fuera valorada por una ginecóloga. Margarita lo relata de esta manera:

Fui a Casa de la Mujer y me atienden bien [...] cuando vamos a un hospital no es igual que un hospital de gobierno, no te atienden bien, hay unos que entienden y hay unos que no, nada más te dan la pastilla, no te checan, no te revisan, te dan nomás la pastilla para que se te quite el dolor, se te quita o no [se] te quita, así pasas el tiempo hasta que vayas a comprar aquí por Ejido Granizo, ahí te atienden bien, hay una clínica ahí.

Los que atienden bien son los promotores de salud, *pa'* que vayas a un hospital de gobierno no te atienden bien, nada más te dan la pastilla y nada más, “tómalo”, ni checan y nada más te preguntan: “¿sí agarras tu Progresá?, ¿cuántos animales tienes?,

¿cómo es tu casa?, ¿sí tienes ganado?”, porque quiere decir que tienes dinero *pa’* que venga el doctor particular.

Y cuando estoy enferma no te atienden bien nada, por ejemplo, llegue ahí dos veces ahí en el hospital y me dicen: “¿dónde te duele? Vete al doctor particular”, nada más así me dicen.

Fui a la campaña del cáncer cervicouterino y me detectaron que había estado enferma, y en el hospital nada, me regresan, nada más llego a mi casita tomo agua por el dolor, eso es lo que me pasa, ayer, antenoche estoy pensando: “¿por qué estoy así?, ¿por qué estoy sangrando?”, cada rato al baño, estoy llegando a mi cama, vuelvo a salir y mi esposo ya casi se chivea porque así hago y me dice: “¿y ya llegaste al hospital?”, “pero no me checaron”, le dije.

Él me manda solita al hospital, con mi hija, pero como no me dan nada, regreso igual con el dolor, tengo que hacer mi tortillita, tengo que encender mi fuego, mi leñita, a veces no tengo leña, está mojada, y los chamacos van a trabajar, pero me da lástima, le tengo que dar su comida, sino va a dormir con hambre, tiene que comer también y aunque estoy con dolor, lo hago, hago mi tortillita y lavo mi ropa, pero si hasta que vaya yo al doctor si tengo dinero, sino, no.

Pues ahorita hasta que encontré una doctora pues mejor, ahorita ya comí dos tortillitas, toda esta semana no he comido porque pienso: “¿por qué estoy así?, ¿dónde encontré esa enfermedad?”, así digo en mis pensamientos y hasta lloro porque tengo a mis hijos.

No me atendieron bien, nada más mi cuenta y ahí de regreso a mi casa, para nada... me dice el doctor: “vienes de lunes a viernes, *pa’* que saques tu seguro”, de ahí agarré y me fui bien temprano, mero el doctor me dijo, porque no me atienden bien: “porque no tengo seguro –dijo- por eso te estoy diciendo vas a venir un día lunes o viernes, ahí está te lo van a empezar a repartir, pero segurito donde vas, el mero doctor –así me dijo- no vayas a decir que no te cuidamos bien, te estamos atendiendo”, así me dijo, pero como no tengo seguro y pues no me atienden bien.

No me atienden bien, pero pasa que si tienes Seguro Popular vengas a ver le están poniendo inyección, le están checando: “¿le duele?, ¿no come?, le dan pastillas para que coma, ¿sí?”. Le ponen suero y tú nada que te ponen, alguna, dice la gente: “ah bueno, demándalo”, así dice, una vez le dije así [...] Yo le hablé en Chol, y me respondió: “¿por qué me vas a demandar si te estamos atendiendo?”. Y no me checó, nada más me entregó la pastilla, pero no lo sabe dónde está el dolor, por eso estoy así, me fui con bastante dolor y bastante sangre y ya no regresé y ahora me tienen que internar, pues no, pues no me atienden bien los doctores y ahora ya si no voy a sacar mi Seguro Popular no me van a atender, ni checan bien que regreses así no más sin nada, ¿por qué? Porque no tengo Seguro Popular, simplemente no tengo nada, no tengo acta, no tengo CURP, pues no tengo nada, no hice nada doctor, por eso no, simplemente estoy así nomás.

Finalmente, Margarita murió el 5 junio de 2016, aunque recibió atención en Veracruz con el apoyo de una hija que vive ahí. Le practicaron diversos procedimientos como

radioterapias, quimioterapias y colostomía, pero el cáncer estaba muy avanzado y Margarita decidió regresar a morir en su casa, en Chiapas.

Reflexiones acerca de las historias de CaCu

Los elementos en común

En los dos casos que se presentan existen similitudes, como la detección tardía de la enfermedad, pues a pesar del sangrado, ninguna de ellas buscó atención médica. En el caso de Martha fueron los desmayos mientras que en el de Margarita fue el dolor lo que las llevó a buscar ayuda.

Ambas dan cuenta de una historia de exclusión social, discriminación y vulneración. Margarita es analfabeta y Martha solamente cursó los estudios básicos, ninguna de las dos tenía, ya estando enfermas, un documento de identidad básico como lo es el acta de nacimiento. Esta condición que se remonta a su primera infancia las condujo a lo largo de en su vida a otro tipo de exclusiones como negárseles la educación, por ejemplo. Una de las consecuencias de esto fue tener escasas herramientas para decidir sobre su vida, la negación de la atención de su salud sexual y reproductiva, la falta de acceso a métodos de planificación familiar y a beneficiarse de acciones de prevención del CaCu, a pesar de que las campañas para detección de éste padecimiento son extensivas a todas las mujeres y sin costo.

Otro elemento en común es la dificultad del acceso a los servicios de salud. En ambos procesos la carencia del acta de nacimiento se volvió un obstáculo para ejercer este derecho. En el caso de Martha, aunque sus padres habían realizado el trámite, los conflictos municipales y la quema de libros determinaron la pérdida de su libreta de registro. Esto le impidió que de manera oportuna gozara de seguridad médica a través del IMSS; sin embargo, el tener derechohabencia tampoco le posibilitó una atención inmediata, la pérdida de sus expedientes, exámenes que no podían realizarse por fallas en los aparatos y las largas colas de espera para los tratamientos dificultaron su ingreso al tercer nivel de atención. Este ejemplo muestra cómo la atención –inclusive en hospitales de seguridad social- sólo es posible si se conoce a un personaje políticamente correcto, si se es

recomendado o si se es un familiar de un trabajador de la propia institución. Estos casos muestran que la violación de los derechos de los pacientes podría ser frecuente.

La historia de Margarita da cuenta de la otra cara de la moneda: no se es sujeta de derecho si no se forma parte de un programa de desarrollo social, si no se es beneficiaria de Prospera, conocido por Margarita como “Progresas”.⁶⁰ Sin documentos de identificación personal, sin Prospera y sin Seguro Popular, no pudo acceder a los servicios de salud, aunque tuviera un padecimiento grave.

Si la persona no se considera a sí misma y no la consideran un sujeto de derecho difícilmente se logrará garantizar la protección de la salud. Las dos mujeres sufrieron diversas formas de exclusión que impidieron el ejercicio de los derechos humanos porque a lo largo de su vida, en un contexto de marginación, las personas encargadas de brindar información sobre los derechos reproductivos no los proporcionaron y porque se les condicionaron los servicios de atención médica.

A pesar de haber tenido contacto en diferentes ocasiones con el personal de salud, siguen albergando dudas sobre el origen de su enfermedad, el tipo de tratamiento y las consecuencias del abandono del mismo. El impedimento de acceder a una atención de la salud con calidad por parte de los servidores públicos que trabajan en instituciones como la SSA o el IMSS se puede considerar una forma de discriminación,⁶¹ toda vez que el artículo 9 numeral VII de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, menciona que se considera como discriminatorio “Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios” (DOF, 2014).

⁶⁰ Prospera fue creado en 1997 con el nombre de Progresas; entre 2002 y 2013 se denominó Oportunidades.

⁶¹ Discriminación es “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional no proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos, el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, antecedentes penales o cualquier otro motivo; también se entenderá como discriminación la homofobia, misoginia, cualquier manifestación de xenofobia, segregación racial, antisemitismo, así como discriminación racial y otras formas conexas de intolerancia (Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, DOF, 2014).

En uno y otro caso es posible observar una secuencia de exclusiones y la profundización de éstas que tienen como desenlace una enfermedad mortal. Esto a pesar de que la Constitución mexicana prohíbe en su Artículo 1 toda forma de discriminación motivada por origen étnico o nacional, condición de género, de edad, por discapacidades, por condición social, de salud, por filiación religiosa o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

A esta situación de discriminación se suman a otras formas de violación de derechos humanos. Por ejemplo, el hecho de que a Martha “la casaron” –según la declaración de las hijas- no está fuera del contexto ya que se ha documentado el matrimonio forzado como una práctica frecuente en los Altos de Chiapas hasta la actualidad. (Freyermuth, 2003; INMUJERES, 2014).

De acuerdo con los testimonios de Martha y Margarita el soporte familiar depende de las hijas, no sólo en el cuidado, sino en el acompañamiento, en la búsqueda de atención y en la toma de decisiones. Las mujeres tienen la carga de cuidado, en este caso de otras mujeres, pero en general de todos los enfermos, es decir el cuidado sigue siendo considerado un asunto de mujeres tal y como ha sido documentado en otros estudios (Lancharro Tavera *et al.*, 2014, Vaquiro Rodríguez, *et al.*, 2010).

La hija de Martha señaló en su relato que la pareja de su madre le “salió mal” porque era mujeriego,⁶² esto nos muestra que además de estar subordinada a su pareja, era víctima de violencia doméstica, lo que al parecer la llevó no solo a múltiples abortos sino muy probablemente a padecer frecuentemente ETS. Este testimonio revela creencias en torno al origen de la enfermedad, sus causas probables y sus efectos inmediatos en la vida cotidiana. La hija de Martha mencionó que la violencia económica, física y sexual que su mamá vivió con su segunda pareja fueron el origen de la enfermedad de su progenitora, por lo tanto, se puede identificar como una narrativa del padecimiento contingente.

⁶² “Le iba a traer una mujer con la que andaba para que la ayudara –no se la va a traer *pa’* su chacha, quiere vivir con las dos aquí en la casa”.

El origen de la enfermedad, desde el punto de vista de la hija, no coincide con lo que Martha reflexiona al respecto, pues su explicación tiene que ver con que nunca se hizo el Papanicolaou y que, ante los sangrados que ocasionalmente tenía tres años antes de ser diagnosticada, Martha mencionó que eran “porque hacía yo una fuerza o algo”, ya que Martha se sentía bien y por tal motivo nunca fue con el médico. La ausencia de dolor y molestias postergaron la búsqueda de atención. Sin embargo, para Martha las diversas violencias descritas por su hija no forman parte de la explicación de su enfermedad. La vida de Martha estuvo marcada por la desatención, la omisión y la falta de información, no atribuyó a esto las señales de su cuerpo, ocultó los sangrados, mareos y debilidades; aguantó hasta que otros se dieron cuenta y se movilizaron para su atención, por lo tanto, nunca se concibió como persona sujeta de atención médica.

Otro aspecto en común es que muy probablemente contrajeron la infección del VPH en el contexto de su vida conyugal, pero en ninguno de los dos casos se mencionó la posibilidad de que sus parejas las hayan contagiado, esto podría suponer que nadie les informó cómo fue que adquirieron el VPH que después derivó en CaCu. Margarita en su relato se muestra angustiada preguntándose por el origen de su enfermedad, en el otro caso, Martha y su hija lo explicaron por los esfuerzos y abortos. Los prestadores de los servicios de salud tampoco les brindaron información respecto al tratamiento y su evolución; en el caso de Martha tampoco le advirtieron sobre las complicaciones que podría sufrir en caso de dejar el tratamiento y los procedimientos que debía evitar para no empeorar más su situación. A Margarita tampoco la orientaron sobre los estudios que debía realizarse ni sobre el probable diagnóstico de acuerdo con los síntomas que presentaba.

Las diferencias entre los casos

Existen también diferencias entre ambos casos. Una de éstas tiene que ver con el conocimiento de ser sujeta de derechos, lo que les permitiría la exigibilidad de los mismos. En este sentido, en el discurso de Martha, fueron otros los que pelearon por su pedazo de terreno, su afiliación y su atención, ya que ella asumió un papel pasivo. En este contexto, Martha fue víctima de su hermana ya que al apoyarla para obtener su acta de nacimiento se aseguró de que en el documento apareciera como hija de padres desconocidos, aparentemente con la finalidad de dejarla sin herencia, lo cual muestra que al no tener

mayor educación, desconocía sus derechos y contaba con menores herramientas para, por un lado, sentirse con derechos a la herencia y, por el otro, luchar por los bienes que le correspondían.

En el caso contrario, Margarita, a pesar de ser analfabeta, tiene mayor conciencia de que es merecedora de atención, percibe la discriminación en el trato de los prestadores de servicios de salud en relación a otras usuarias que sí están afiliadas a los programas sociales o de salud. En su narrativa se evidencia su molestia con el personal de salud, con las instituciones públicas y con los programas sociales que le impiden el derecho a recibir atención.

Finalmente, ambas tomaron decisiones distintas para hacerle frente a la enfermedad con el apoyo de sus hijas. Martha decidió dejar el tratamiento debido al malestar y miedo que le provocó, aunque también se aprecia un cierto fatalismo causado por su deterioro y por cierta conciencia de la cercanía de la muerte, en tanto que Margarita continuó con el tratamiento en otra entidad.

Conclusiones

A pesar de las diversas estrategias que se han elaborado para hacer frente al CaCu, aún persisten las deficiencias en el acceso a los servicios. En el 2010 se realizó un monitoreo sobre los programas de salud dirigidos a las mujeres con representación nacional de las cuatro instituciones públicas más importantes del país: IMSS, el entonces IMSS-Oportunidades, ISSSTE y los Sistemas Estatales de Salud (SESA), con las historias analizadas en este documento puede reconocerse que muchas de ellas aún están vigentes (INMUJERES y CIESAS-Sureste, 2011).

Las cuatro historias muestran que todas estas mujeres tuvieron conocimiento de la enfermedad cuando ya tenían problemas de ETS o cuando el cáncer estaba avanzado. Para ninguna de ellas fue posible identificar que las frecuentes molestias como flujo, infecciones y hasta sangrados resultaban signos de importancia para el diagnóstico temprano de VPH y CaCu. Esto sugiere que la forma en que se da a conocer información sobre el VPH y el CaCu sigue siendo inadecuada. Se requiere mejorar el acceso a la información entre la

población más vulnerable, lo que confirma lo hallado en el monitoreo sobre la falta de distribución de carteles promocionales en el ámbito apropiado para alcanzar los objetivos que se persiguen.

Los relatos analizados muestran cómo se ha invisibilizado el estado de portador y transmisor asintomático de la infección de la población masculina y las repercusiones en la salud de la población femenina. La vinculación de la sexualidad con la causalidad de la enfermedad aparece en los discursos de Ana y María, pero el hecho de que los varones sean asintomáticos las llena de confusión, de culpa y de vergüenza, lo que las vulnera frente a las relaciones por venir. Cargan con un estigma que por añadidura se autoimponen. Es decir, la falta de información sobre las pruebas de portabilidad del VPH en hombres, que no son fiables pues sólo en algunos casos presentan procesos inflamatorios y es cuando resulta positivo, da como resultado en algunos casos que las mujeres sean juzgadas erróneamente por sus parejas por ser la portadora del virus.

En referencia a lo reportado por los casos en su conjunto, es de destacar que aspectos tales como la educación, disponibilidad y acceso a fuentes de información y a redes sociales para obtener información y apoyo, parecen, respecto a las jóvenes con experiencias asociadas al VPH otorgarles un cierto margen de agencia para actuar en favor propio, en comparación con sus pares mayores, víctimas del CaCu. Se observa, sin embargo, la persistencia de valores y prácticas entre unas y otras, las cuales muestran con claridad, que la intervención para una problemática de salud como la aquí abordada, no se remite a temas exclusivamente médicos, sino también a una amplia gama de implicaciones socioculturales y afectivas.

En este sentido es evidente la ausencia de una perspectiva de género, de derechos humanos e interculturalidad en los programas de salud dirigidos a mujeres. Esto es porque por un lado las campañas de detección oportuna de CaCu no llegaron a las mujeres indígenas de los casos que presentamos. Por otro lado, no se incluyó en la consejería y en la atención una alusión a los portadores del virus y la forma de contagio. Tampoco se les explicó a las mujeres que, aunque ellas tuvieron sólo una pareja sexual, esta misma pudo haberlas contagiado por tener otras parejas sexuales. Es decir, se carece de campañas de

información que brinden a las mujeres elementos para proteger su salud, lo cual les impide hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos.

En lo que compete a las instituciones de salud, en el IMSS-Prospera no se están realizando citologías de acuerdo con los criterios de la norma oficial mexicana NOM-014-SS2-1994 relativa a la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, pues solamente las ejecutan en mujeres de más de 50 años. Esto tiene un impacto enorme ya que esta institución es la que beneficia en mayor medida a las mujeres indígenas y a la población más marginada y por lo visto en los casos abordados las mujeres requieren que el seguimiento se haga desde que inician su vida sexual. Las detecciones a través de la visualización del cérvix con ácido acético no pueden ser consideradas un método diagnóstico adecuado ya que se utiliza solamente en países de alta pobreza y es discriminatorio en México porque podría considerarse como un agravio comparado frente a las mujeres beneficiadas por otras instituciones públicas que cuentan con formas de diagnóstico más moderno.



Foto: Efraín Ascencio Cedillo

A large, stylized red number '7' graphic that serves as a background for the chapter title. The number is thick and has a slight shadow effect.

Capítulo

Del favor al derecho: condiciones de posibilidad para el acceso a la atención de la salud de trabajadoras agrícolas en el Noroeste de México

Ma. del Carmen Arellano G., Ma. del Carmen Castro V. y Patricia Aranda G.

Presentación

El objetivo del presente trabajo es analizar las condiciones de posibilidad del derecho a la atención de la salud entre mujeres trabajadoras agrícolas asentadas en tres comunidades agroindustriales del noroeste de México. A partir de una metodología cualitativa se analizan las narrativas de participantes en diez entrevistas grupales realizadas en Sonora, Baja California y Sinaloa sobre las condiciones que posibilitan o dificultan el acceso a la atención de la salud. Estos datos cualitativos los analizamos considerando los cambios en los marcos legales sobre seguridad social para las trabajadoras agrícolas, condiciones materiales necesarias para el acceso a la atención de la salud. Desde un enfoque de derechos, se comprendiendo la parte normativa, pero también la subjetiva de las mujeres que implica la apropiación y el ejercicio de los mismos, como expresiones del autorizarse el derecho a tener derechos. La voz de las participantes, elaborada en sus narrativas, permite contrastar y poner en diálogo las normas vigentes para el acceso a la atención de la salud e identificar las condiciones materiales y simbólicas en un contexto sociohistórico para el ejercicio de este derecho.

En este trabajo se analizan las modificaciones hechas a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) hasta 2016 respecto a las condiciones de adscripción de los y las trabajadoras agrícolas. En este marco se retoman los datos empíricos de una investigación realizada en 2012 (CONAVIM, 2012) que no incluía entre sus objetivos el estudio de la prestación a los servicios de salud. En dicho trabajo, la atención de la salud y, sobre todo, la atención médica, emergió como un problema sentido y vivido por las mujeres que resulta pertinente analizar para este informe, ya que los datos permiten un nuevo análisis centrado en el enfoque de derechos y salud desde la voz de las mujeres, particularmente sobre la atención de sus problemas de salud, el embarazo y parto. A partir de estos datos se identifican las posibilidades y obstáculos de las trabajadoras agrícolas para acceder y ejercer el derecho a la salud en contextos sociales vulnerables, de movilidad humana y flexibilidad laboral, como lo son comunidades formadas alrededor de las agroempresas en el noroeste de México.

Antecedentes

El derecho a la salud como un bien jurídico, cultural y social implica una serie de disposiciones legales a seguir por parte del Estado y los particulares para preservarla y evitar dañarla. Los derechos a la protección y atención de la salud, son partes del derecho a la salud, pero refieren a procesos distintos en cuanto a su ejercicio. El derecho a la protección de la salud reconocido en el Artículo 4 constitucional alude a la obligación del Estado de generar acciones encaminadas a protegerla y atenderla cuando ha sido dañada. Esto se materializa en normas jurídicas que definen y controlan las actividades de los organismos públicos y privados que brindan servicios de salud (Moctezuma, 2000). Por su parte, el derecho a la atención de la salud implica garantizar el acceso a la asistencia médica (Alatorre, 1998; Moctezuma, 2000; Cano, 2001; UNAM, 2013; Laurell, 2013). En México, el acceso a estos servicios se divide entre población que cuenta con seguridad social por medio de una relación laboral y la que no, esta última accede a los servicios de salud para población abierta. Estos tres conceptos conectados entre sí, transitan del derecho humano a la salud, a su traducción jurídica en las leyes, normas y reglamentos que posibilitan su protección bajo distintos requisitos y modalidades; los servicios de seguridad social que se basan en la relación laboral y de participación tripartita (Estado, patrones y trabajadores) y los servicios para población abierta, que no dependen de una relación laboral y su financiamiento principal queda a cargo del Estado. Estas dos modalidades plantean, más concreta y específicamente, la exigibilidad del derecho a la salud. Esta distinción es importante para definir las condiciones de posibilidad necesarias para el ejercicio de un derecho básico como el acceso a la atención y protección de la salud de las trabajadoras agrícolas asalariadas.

En México el trabajo agrícola ha sido particularmente realizado desde hace más de cinco décadas por hombres y mujeres pertenecientes a grupos indígenas, quienes en su vida cotidiana y en sus cuerpos, están expuestos a distintas expresiones de exclusión y discriminación.⁶³ Se han documentado los patrones de migración interna hacia regiones agrícolas del noroeste de México, potencializados por la pobreza extrema en las zonas

⁶³ De acuerdo a la Encuesta Nacional de Jornaleros Agrícolas (ENJO, 2009), el 18.1% de los jornaleros tienen un origen étnico, el náhuatl y el zapoteco son las lenguas indígenas más frecuentes entre estos trabajadores.

rurales de estados como Oaxaca, Guerrero, Veracruz y Chiapas, lugares donde la falta de empleo bien remunerado es la constante (Barrón, 2013; Posadas, 2015). En estos ciclos migratorios primero participaron los hombres, principalmente en la ruta entre Sinaloa como estado receptor y Oaxaca como estado expulsor, a finales de la década de 1950. Posteriormente se fueron incorporando las mujeres, niñas y niños, hasta llegar a patrones de migración y de asentamiento familiar en las localidades aledañas a los campos agrícolas en los cuales cada vez las mujeres tienen mayor participación como jefas de hogar (Carton, 2004; Lara y Carton, 2011).

Organizaciones de derechos humanos y pro migrantes como el Centro de Derechos Humanos de la Montaña, Tlachinollan A.C. (2013), Voces Mesoamericanas (2016), el Frente Indígena de Organizaciones Binacionales (FIOB, 2016), Enlace, Comunicación y Capacitación A.C., (2016) entre otras, han documentado las condiciones de trabajo y de vida de los y las trabajadoras al interior de los campos agrícolas y en las comunidades alrededor de los mismos. Estos trabajos muestran la relación de los procesos de globalización, de flexibilidad laboral y las condiciones de vulnerabilidad de este grupo poblacional, del cual más de la mitad pertenecen a grupos indígenas de comunidades rurales empobrecidas de los estados de Oaxaca, Guerrero, Chiapas y Veracruz.

Como se ha mostrado, hay una amplia documentación de cómo las y los trabajadores agrícolas son vulnerados en sus derechos básicos, sin embargo, la desigualdad de género es expresión de condiciones estructurales que posicionan a las mujeres con una mayor subordinación por su condición de mujeres pobres, migrantes e indígenas. Arizpe (1986) y Lara (2003) señalan los procesos históricos que las excluyen y subordinan por su género, raza y nivel socioeconómico. Este trabajo parte de considerar estas condiciones como premisas de análisis.

El informe del Centro de Derechos de la Montaña Tlachinollan sobre mujeres migrantes, describe la situación de las trabajadoras agrícolas y refiere las dobles o triples jornadas de trabajo que empiezan a las tres o cuatro de la mañana e incluyen el trabajo doméstico, la crianza y el trabajo asalariado en el campo, cuyos ingresos se invierten casi en su totalidad en la alimentación de la familia y no son suficientes para satisfacer otras necesidades básicas.

Diversas investigaciones muestran la participación de las mujeres en la agroindustria y señalan que su contratación es verbal, lo que posibilita la violación de sus derechos laborales, como recibir un salario menor comparado con el de los hombres, no tener licencias de maternidad, vivir acoso, hostigamiento sexual y otras formas de violencia en el espacio laboral (Lara, 2003; Morett, 2004; Cota, 2012; Arellano, 2014; Aranda y Castro, 2016). Otros estudios documentan los efectos en la salud de las jornaleras relacionados con el tipo de trabajo que realizan y las dificultades que enfrentan para recibir la atención, como la incompatibilidad de los horarios de atención de los servicios de salud públicos con los horarios de trabajo (Camarena *et al.*, 2011, 2012). El acceso a los servicios de salud también es problemático para las trabajadoras ya que pocas tienen la adscripción a la seguridad social y de salud, o bien tienen que trasladarse a otras comunidades para recibir atención, lo que implica no trabajar y dejar de recibir el ingreso del día.

Los contextos de estudio de esta investigación se ubican en lo que se conoce como la ruta agrícola del Pacífico que comprende Sinaloa, Sonora y Baja California, en los cuales se producen hortalizas y frutas de exportación,⁶⁴ mismas que requieren de la mano de obra de miles de jornaleros y jornaleras. San Quintín, Baja California; Sindicatura Villa Juárez, Sinaloa y Estación Pesqueira, Sonora fueron las tres localidades de estudio y son ejemplos del aumento de familias jornaleras asentadas, cambiando los patrones de migración pendular.⁶⁵

El asentamiento se relaciona con la posibilidad de encontrar trabajo durante varios meses del año, por lo que se quedan en la región y habitan terrenos aledaños a los campos agrícolas sin contar con condiciones de vivienda y servicios básicos; muchos de estos terrenos son “invadidos”, por lo que no cuentan con la titularidad de las propiedades (Haro, 2007; Ortiz, 2007; Velasco, 2011; Velasco *et al.*, 2014). Es posible observar en los

⁶⁴ Según el reporte de la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), Sinaloa y Sonora tuvieron la mayor cantidad de superficie sembrada y cosechada en el ciclo 2008-2009, con una producción de cerca de diez millones de toneladas en Sinaloa, de tres millones en Sonora y dos millones en Baja California (Conagua, 2010). Sinaloa es el principal productor de maíz, así como de tomate rojo y chile verde (SAGARPA, 2011a); Sonora fue el mayor exportador de productos como trigo, uva, espárrago y papa en 2011 (SAGARPA, 2011b). Baja California también produce tomate rojo, papa, chile verde y fresa de exportación (SAGARPA, 2011c).

⁶⁵ La migración pendular es la salida y retorno a los lugares de origen, dependiendo de los ciclos agrícolas.

márgenes de las manchas urbanas la precariedad de vida de estas familias, lo que permite analizar los patrones de desigualdad y marginación en estas regiones que pueden caracterizarse por sus contrastes en variables como el Índice de Desarrollo Humano (IDH).⁶⁶

Sobre el derecho y las condiciones de posibilidad

Para hablar de derechos es necesario primero reconocer que los actores sociales son sujetos de derecho (Ema, 2004), esto implica el reconocimiento de su subjetividad y su identidad de sujeto en un contexto sociohistórico específico (Fraser y Honneth, 2006). Masi señala que

... el reconocimiento de un sujeto es condición indispensable para la acción política. Y es que definir un sujeto puede suponer no sólo una forma de dominación (sujeción) sino también la emergencia de posibilidades de acción y transformación de las mismas condiciones de posibilidad que dieron lugar a la constitución de ese sujeto (Masi, 2011: 7).

A este reconocimiento del sujeto se suman una serie de condiciones estructurales y objetivas que posibilitan el ejercicio de los derechos, constituyendo lo que para Ema (2004) es el trasfondo necesario para la acción.

Analizar las condiciones de posibilidad implica identificar las condiciones macro estructurales que sientan las bases legislativas, normativas, discursivas y materiales para el reconocimiento y ejercicio de los derechos, así como identificar y reconocer la capacidad de agencia de los actores sociales desde su subjetividad con la apropiación y la autorización de sí para tener derechos y ejercerlos, como señalan Fraser y Honneth (2006). Se entiende por agencia la capacidad de las personas, como agentes, de hacer cosas, de producir un cambio en su entorno, por mínimo que sea éste; los actos que se lleven a cabo dependen del contexto en el que sean considerados (Giddens, 1998). Las condiciones de posibilidad expresan el diálogo entre la parte normativa del derecho, desde el deber ser, con lo que es, en complemento y encuentro con la apropiación de los derechos de parte de los agentes, desde su subjetividad, percepción de sí y trayectorias biográficas en un contexto

⁶⁶ De acuerdo con el IDH de 2012, Sonora, Baja California y Sinaloa están entre los diez estados con mejor posición en el índice, incluso por arriba de la media nacional, mientras que Chiapas, Guerrero y Oaxaca son los estados con menor nivel del IDH (ONU, 2015).

determinado.⁶⁷ Las condiciones de posibilidad pueden ubicarse en dos niveles, uno estructural y otro subjetivo. Para este trabajo se consideran aquellos elementos estructurales ubicados en los modelos de flexibilidad laboral, las prerrogativas de ley para los agroindustriales, la permisividad en la traducción de las leyes en el contexto de trabajo de los y las jornaleras, así como en las políticas de atención de la salud dirigidas a este grupo poblacional vulnerable y vulnerado. Por otro lado, estas condiciones de posibilidad se concretan con la participación de las jornaleras quienes, desde su subjetividad, conforman una dimensión central de su constitución como sujetos de derechos que se apropian de ellos, lo que permite que ellas se posicionen de una u otra forma en el campo de la agroindustria, gestionen lo necesario para acceder a los servicios de salud o resolver algún problema de salud, aun en condiciones precarias. Es decir, como una manera de expresar su percepción de tener el derecho a tener derechos (Arendt, 1998).

Esto lleva al debate entre estructura y acción. La primera se refiere al espacio donde se dan relaciones objetivas y la segunda a las prácticas de los agentes sociales enmarcados en esas estructuras (Bourdieu y Wacquant, 2005). Se parte de reconocer a las mujeres trabajadoras agrícolas como agentes que con su práctica buscan ejercer el derecho a la atención de la salud, en condiciones que lo posibilitan y otras que lo dificultan, elaborando estrategias para acceder o resolver la falta de éste. Las estrategias, de acuerdo a Bourdieu y Wacquant (2005) son de dos tipos: de conservación o de subversión. Las primeras responden a la estructura, manteniendo y reproduciendo estas relaciones objetivas; las segundas comprenden las prácticas que cuestionan las relaciones de poder, son acciones orientadas a fines, dotadas de un sentido práctico, a pesar de que no sean las subjetivamente buscadas por el agente. Estas estrategias intentan transformar la posición que los agentes ocupan en el contexto social, reconociendo los límites impuestos por la estructura. En el caso de las trabajadoras agrícolas, tales estrategias se expresan en la búsqueda de atención a la salud, sea la ofrecida por el Seguro Popular (SP) o en la práctica médica privada, a pesar del impacto de ésta en su economía familiar. Esto podría considerarse como una estrategia

⁶⁷ Las discusiones teóricas sobre las condiciones de posibilidad del derecho transitan desde los marcos jurídicos hasta los filosóficos, incluyendo las teorías feministas que relacionan las desigualdades de género en el ejercicio de los derechos. Para mayor información véase Rabosi, 1989; Scott, 1996; Amorós, 1997; Querol, 2000.

de conservación al asumir y reproducir su posición subordinada frente a la negación de su derecho a la atención de la salud, a través de los medios dispuestos para todas las personas que mantienen una relación laboral. Sin embargo, a nivel narrativo cuestionan estas violaciones cotidianas, y algunas a través de la participación organizada han puesto en práctica algunas estrategias de subversión, como se referirá adelante.

Consideraciones metodológicas

La metodología de este trabajo consistió de dos partes: una indagación documental y un análisis cualitativo. En la primera se revisaron las modificaciones a la Ley de Seguridad Social del IMSS en lo relativo a las posibilidades de adscripción de las trabajadoras jornaleras agrícolas al sistema de pensiones y jubilaciones,⁶⁸ mostrando los vacíos, inconsistencias y claroscuros en la aplicación de esta normatividad. Además, con base en lo publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), se documentó la manera en que se ha regulado a las y los trabajadores del campo en la normatividad oficial vigente del IMSS desde su creación en 1943 y hasta las modificaciones realizadas a su ley en el 2015. También se examinaron los programas de atención a la población jornalera de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), ya que en ésta existe un programa especial dirigido a los jornaleros agrícolas (el Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas, PAJA).

El análisis cualitativo se realizó utilizando los datos construidos con base en el trabajo de campo que se llevó a cabo en el 2012. El análisis consistió en el examen de las narrativas de la experiencia de las trabajadoras agrícolas, en el contexto de los marcos legales revisados en la primera parte, lo que permitió identificar algunas de las dificultades y estrategias que emplean para acceder a la atención médica. La investigación cualitativa permite recoger la experiencia vivida, así como comprender el significado interiorizado de estas experiencias que son a la vez personales y sociales (Denzin y Lincoln, 2005). A partir de sus narrativas los agentes construyen y estructuran sus experiencias e historias, mostrando su capacidad de agencia en la estructura social (Sparkes y Devis, s.f.).

⁶⁸ Algunas de estas adiciones y ajustes en material legal se hicieron después del 2012, año en que se realizó esta investigación, sin embargo, esto nos permite analizar en el espacio-tiempo las condiciones de posibilidad para el ejercicio del derecho a la atención de la salud y plantear nuevas interrogantes relacionadas con las posibilidades de acceder y ejercer este derecho.

La información que se analiza se recopiló mediante entrevistas grupales⁶⁹ con las jornaleras. El objetivo inicial de estas entrevistas era conocer las experiencias de las mujeres sobre las distintas formas de violencia contra ellas en los espacios públicos y privados.⁷⁰ El criterio para seleccionar a las participantes fue que en algún momento de sus vidas hubieran trabajado en los campos agrícolas de las localidades de estudio.⁷¹ Todas las informantes de Sonora eran beneficiarias del programa de desarrollo social Oportunidades (Prospera a partir de la administración federal 2013-2018), motivo por el que se les contactó en el espacio de las reuniones convocadas por servidores públicos de este programa.

Se realizaron un total de diez entrevistas grupales. En todos los casos se solicitó de manera verbal el consentimiento para audiogravar las sesiones. Los audios fueron transcritos, procesados y codificados en el programa Nvivo versión 10. Con base en esta codificación inicial se hizo una relectura de los datos que permitió identificar procesos relacionados con la apropiación del derecho a la atención de la salud, así como las condiciones materiales que podrían posibilitar o dificultar este derecho.

Participaron en total 61 mujeres, de las cuales 31 eran hablantes de una lengua indígena originaria de Oaxaca, además del español. De éstas, 16 hablaban mixteco, 11 zapoteco, 3 triqui y 1 mayo. Solo en Baja California había mujeres monolingües, por lo que se dispuso del apoyo de una traductora quien era integrante de una organización de mujeres. Todas habían trabajado como jornaleras. La duración en la que lo habían hecho era dispar, mientras que algunas sólo se habían desempeñado como tal durante un año, otras tenían más de cuatro décadas realizando esta labor.

⁶⁹ Para la entrevista grupal (EG) se realizó una guía semiestructurada de preguntas que propiciara la discusión entre las participantes sobre los temas de interés lo que permite crear un clima de respeto y aceptación.

⁷⁰ Incluyen la violencia feminicida, laboral, comunitaria, escolar, institucional, delictiva y organizada, trata de personas y la violencia doméstica.

⁷¹ Para la logística y organización de las entrevistas se contó con el apoyo en de un grupo organizado de mujeres indígenas y de académicos estudiosos del tema en Baja California, de un líder indígena en Sinaloa y en Sonora las participantes

Respecto a los servicios de salud, 35 participantes reportaron estar adscritas al SP,⁷² nueve al IMSS y una al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); 16 no contaban con ningún servicio y acudían a la atención en centros de la Secretaría de Salud (SSA). En las entrevistas, sobre todo en las de Sinaloa, las mujeres compartieron que la adscripción al SP era un requisito previo para trabajar en algunos campos. Esto sugiere que la afiliación a dicho programa es un mecanismo empleado por las agroempresas para cubrir el acceso al servicio de salud de las mujeres jornaleras, a pesar de mediar una relación laboral con éstas.

En las narrativas de las mujeres se refirieron las condiciones que posibilitan u obstaculizan el ejercicio de los derechos en salud, así como las estrategias que implementan cuando estas condiciones vulneran sus derechos y ellas deciden buscar otras alternativas. En el análisis se relacionan estas experiencias con los marcos legales que sustentan a nivel normativo el acceso a la atención de la salud como un derecho de las trabajadoras agrícolas.

Derecho a la salud y trabajadoras jornaleras agrícolas

Leyes sobre el derecho a la salud de las trabajadoras agrícolas en México

El acceso a la seguridad social y de salud de los y las trabajadoras en México se da ya sea por una relación laboral que permite cotizar a una pensión y acceder a servicios médicos, o bien, por servicios otorgados por el Estado a través de la SSA a población que no cuenta con un empleo formal, lo que se conoce como población abierta. Las trabajadoras agrícolas asalariadas, se supone desde los marcos legales, deberían tener acceso a un sistema de seguridad social y de salud, como se establece en la Ley Federal de Trabajo (LFT) y en la Ley del Seguro Social.

La adscripción al IMSS es el mecanismo tradicional para acceder a prestaciones como la pensión y jubilación de los y las trabajadoras en México. En la primera Ley del IMSS, emitida en 1943, se excluía a las y los trabajadores del campo de las prestaciones sociales y de salud, a pesar de que en la Constitución de 1917 éstas se definieron como

⁷² Seguro ofrecido por el Estado para afiliarse a población que no mantiene una relación obrero-patronal. El gobierno otorga un subsidio y otra parte los afiliados dependiendo de su situación económica.

derechos de todos los trabajadores. Fue hasta 1960 que se incluyeron a los trabajadores del campo como sujetos de derechos; sin embargo, aquellos que tenían una relación laboral estacional (es decir, la mayoría) tenían acceso limitado a servicios como la atención médica durante el periodo de trabajo, además sólo disponían de cobertura del 50% del salario en caso de incapacidad y no se contemplaban pensiones por riesgos laborales, ni jubilaciones. Este decreto tuvo vigencia hasta 1997 cuando el artículo 237 de la Ley del Seguro Social incorporó a trabajadores eventuales y permanentes del campo al régimen obligatorio (Guerra, 2007). En 1998 se decretó que los trabajadores del campo gozarían de todas las prestaciones de la seguridad social: servicio médico, pago de incapacidades (por enfermedad, maternidad y riesgos de trabajo), pensiones de invalidez, viudez, retiro, cesantía por edad avanzada y vejez, así como el servicio de guardería y prestaciones sociales. De acuerdo con el discurso oficial que anunciaba esta ley, se buscaba crear condiciones para que los trabajadores del campo pudieran ejercer estos derechos, ampliando la infraestructura y la afiliación de las y los jornaleros que en ese momento era del 7% (IMSS, 1998). Para esto se destinó un subsidio que permitió reducir las contribuciones obrero-patronales y funcionó hasta el 2004, cuando se hizo insostenible el gasto de atención por parte del IMSS.

En abril del 2005 se publicaron en el DOF nuevas modificaciones a la Ley del IMSS sobre los trabajadores agrícolas. Se definió que un trabajador eventual del campo era una:

persona física que es contratada para labores de siembra, deshielo, cosecha, recolección, preparación de productos para su primera enajenación y otras de análoga naturaleza agrícola, ganadera, forestal o mixta, a cielo abierto o en invernadero. Puede ser contratada por uno o más patrones durante un año, por periodos que en ningún caso podrán ser superiores a veintisiete semanas por cada patrón. En caso de rebasar dicho periodo, será considerado trabajador permanente. Para calcular las semanas laboradas y determinar la forma de cotización se estará a lo previsto en la ley y en el reglamento respectivo (DOF, 2005: 43).

Así, las semanas trabajadas de forma continua definen el tipo de empleado, ya sea permanente o eventual, y con ello el acceso a seguridad social. Rivera (2006) y Guerra (2007) mencionan la contradicción con la LFT en el 2005 que considera como permanente a todo empleado que cumpla más de 12 semanas de trabajo, no 27 como se estipula en la modificación de la Ley del IMSS. En las modificaciones de la LFT del 2006 en el capítulo VIII sobre los trabajadores del campo se menciona que “los trabajadores que tengan una

permanencia continua de tres meses o más al servicio de un patrón, tienen a su favor la presunción de ser trabajadores de planta” (DOF, 2006: 56).

Ese mismo año se decretaron las adiciones a las fracciones al artículo 237, estableciendo que cuando no se cuenten con las instalaciones para brindar el servicio de salud, se pueden realizar convenios entre el IMSS y el patrón para otorgar en especie esta prestación a través del reembolso, de acuerdo a los servicios médicos y hospitalarios que el Instituto debiera ofrecer. Se adicionaron también los convenios entre los patrones del campo y las organizaciones de los trabajadores para la subrogación del servicio de guarderías. Además, se incluyó que los patrones del campo deben brindar al IMSS información sobre la superficie cultivada, el tipo de cultivo, el número de jornaleros requeridos por periodo, así como la expedición de constancias por los días y salarios totales devengados, por lo que deberían notificar altas, bajas y reingresos de los trabajadores en un plazo no mayor a los siete días hábiles.

Un análisis de estas modificaciones revela que limitan la posibilidad material para que los jornaleros y jornaleras cuenten con seguridad social, debido a que no se consideran las características del trabajo agrícola y su correspondencia con las semanas de cotización que dependen del tipo de cultivo, además de no contar con contratos formales con las empresas, sino a través de intermediarios, lo que permite deslindar responsabilidades y con ello la posibilidad de violar los derechos laborales de las y los jornaleros agrícolas (Rivera, 2006; Gómez y García, 2002; Barrón, 2012). La LFT tipifica el trabajo del campo en la categoría de trabajos especiales, ya sea por obra definida o tiempo indeterminado, para lo cual se establecen contratos. A pesar de que éstos sean verbales, como es acostumbrado y practicado en el campo mexicano, no se exime de responsabilidades al empleador (Macías, 2013; Gamboa y Gutiérrez, 2015).

Al subrogar los servicios de salud y guarderías, son los patrones quienes tienen en su control la calidad de los mismos, debido a las dificultades de supervisión por parte del IMSS, sobre todo en campos que están alejados de las ciudades o comunidades donde está el Instituto, confiando plenamente en el servicio que los patrones ofrecen. Rivera (2006) al igual que Guerra (2007), concluye que estas modificaciones a la Ley del IMSS en el 2005,

lejos de crear las condiciones de posibilidad para el acceso a la seguridad social de los y las jornaleras, ha recrudecido y reproducido su vulnerabilidad.

En 2013 la Cámara de Senadores propuso reformas a la Ley del IMSS para incluir a las y los jornaleros agrícolas en los servicios de atención a la salud y cesantía por edad avanzada y vejez. Entre estas modificaciones se encontraba reducir las semanas de trabajo para recibir una pensión (de 1 250 a 625) y una disminución de edad a 65 años, además, para recibir el seguro de gravidez se redujo el número de semanas de cotización de 30 a 12. Estos cambios obedecían a que los tiempos de trabajo agrícola dependen de la estacionalidad de los ciclos de cultivo que en promedio son de 27 semanas al año (Ballinas, 2013) y que implicaría un total de 48 años laborando para cubrir las semanas de cotización para una cesantía (Rivera, 2006). Estas modificaciones reafirmaron que se considera permanente al trabajador del campo sólo cuando se labora por más de 27 semanas con un mismo patrón (DOF, 2015: 3), lo que contraviene las modificaciones realizadas a la LFT en 2015. En estos decretos se constata el proceso de cambios en las leyes que buscan brindar más protección al empleador que al empleado, recrudeciendo su vulnerabilidad (Rivera, 2005).

En diciembre de 2015 se emitieron las reglas para la operación del programa PAJA bajo la coordinación de la SEDESOL, para el ejercicio fiscal 2016, cuyo objetivo era “contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, incidiendo positivamente en la alimentación, la salud y la educación mediante la reducción de las condiciones de precariedad que enfrenta la población jornalera agrícola y los integrantes de sus hogares” (DOF, 2015: 5). Para lo cual es necesario el acceso a un trabajo digno, acorde a los derechos laborales incluyendo la seguridad y previsión social. Sin embargo, en el programa no se menciona el proceso por el cual las y los jornaleros pueden acceder a las prestaciones sociales y de salud, ya que se omite la adscripción al IMSS o algún otro tipo de seguro, en vez de ello se hace alusión a la SS para el acceso a los servicios de salud a través de programas sociales como Prospera.

En las reglas para la operación del PAJA se establece una partida para disponer de unidades médicas de primer nivel fijas o móviles en los campos agrícolas, que deberán ser

administrados por el IMSS y para las cuales es recomendable contar con aportes de los tres niveles de gobierno y de los empresarios. Aunque no es competencia de la SEDESOL garantizar el acceso a los servicios de salud de la población jornalera, quedan vacíos e inconsistencias en los mecanismos que posibiliten la coordinación entre las dependencias para lograr este objetivo y, por tanto, asegurar el ejercicio del derecho a la salud; tampoco se señala al IMSS como la institución que debe amparar a las y los jornaleros y que deben ser registrados por sus patrones, cumpliendo sus derechos laborales. Sin embargo, sí se señala que será el IMSS quien se hará cargo de las unidades móviles. Aquí cabe preguntarse si dicho modelo representa un subsidio indirecto a las actividades económicas de la agroindustria, al omitir las obligaciones de los patrones de proteger a las trabajadoras con un sistema de seguridad amplio y a largo plazo. Aunque se menciona el enfoque de género y de ciudadanía como ejes para atender a las mujeres jornaleras, así como un trato libre de discriminación de aquellas de origen étnico, en los hechos esto solo supone un avance discursivo en el reconocimiento de los derechos ya que la política es regresiva para la seguridad social de estas trabajadoras.

Rivera (2006), caracteriza a los jornaleros como sujetos pasivos de la política y por ende en el ejercicio de sus derechos, al desconocer las acciones que a nivel político deberían llevar a cabo para atender el problema de la omisión y violación de derechos laborales que sufren en sus lugares de trabajo. Sin embargo, la movilización de jornaleros de San Quintín en 2015 sacó a la luz pública las condiciones de trabajo y de vida de esta población, a pesar de los intentos de represión en contra del movimiento. Entre las demandas de los y las trabajadoras están el aumento salarial por jornadas de ocho horas, la adscripción al sistema de salud y la cotización para recibir pensiones, mejorar las condiciones de vivienda y de acceso a servicios (agua, electricidad, pavimentación y drenaje), un trato humano a las personas independientemente de su condición étnica, no permitir el trabajo infantil y eliminar el acoso sexual que viven las trabajadoras, implementando penas para los acosadores (Rodríguez, 2015).

La mayoría de las participantes entrevistadas señalan al SP como la modalidad de cobertura para el acceso a la atención médica, por ello, es importante aclarar aquí su funcionamiento. Se trata de un mecanismo financiero que funciona en el país desde el 2004,

cuyo objetivo es garantizar la protección social en salud de población que no tiene una relación laboral, a través del acceso oportuno, de calidad y sin discriminación a los servicios médicos para evitar el gasto de bolsillo de poblaciones vulnerables. Es subsidiado por el gobierno federal a través de la SSA y los afiliados aportan una cuota anual en función de su situación económica, dejando en claro que no deben estar adscritos en otros seguros (como IMSS o ISSSTE). Incluye el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y la atención de enfermedades de alto costo (SSA, 2014).

Estos elementos del marco normativo constituyen las condiciones de posibilidad materiales para ejercer el derecho a la atención de la salud de las jornaleras. Aunque se analizan los casos que se documentaron en el 2012, antes de las últimas reformas, aún es posible dar cuenta de la complejidad del problema de acceso a la salud de las trabajadoras jornaleras agrícolas, de la necesidad de avanzar en la construcción de condiciones reales para que ejerzan sus derechos, así como de identificar elementos para delinear nuevas modificaciones a la ley. A continuación, se presentan los datos empíricos que permiten discutir estos marcos legales.

El ejercicio posible del derecho a la atención de la salud

Este apartado está organizado en dos ejes. El primero muestra desde las narrativas de las mujeres las situaciones estructurales que vulneran su derecho a la salud, así como sus percepciones, experiencias y biografías, como procesos subjetivos que dificultan la apropiación y el ejercicio de derechos. En un segundo eje se presentan algunas narrativas relacionadas con la lucha organizada por los derechos laborales, incluyendo los servicios a la salud, visibilizando la agencia de las mujeres en este ejercicio. Los testimonios hacen referencia a un discurso grupal y se presentan aludiendo al código de entrevista y al estado donde se realizó.⁷³

⁷³ Se enumeran del uno al cuatro las entrevistas grupales (EG) y después se indican las siglas correspondientes al estado donde se realizaron: BC para Baja California, SIN para Sinaloa y SON para Sonora. Se respetarán las formas idiomáticas expresadas por las participantes.

***“Aquí uno no se puede ni enfermar”:* condiciones que dificultan la atención a la salud**

Las narrativas de las participantes sobre sus prácticas en la búsqueda de atención a la salud muestran las condiciones estructurales que las subordinan frente a sus empleadores y frente a las instituciones de salud, posibilitadas por la expansión de modelos flexibles de trabajo, en las cuales la ausencia de contratos es la constante y uno de los mecanismos por el cual se reproduce la exclusión de las jornaleras del derecho a la salud. La Red de Jornaleros Internos refiere que el 90.0% de los trabajadores no cuenta con un contrato formal con las agroindustrias, lo que dificulta la vigilancia y cumplimiento de sus derechos laborales y humanos (Centro de Derechos Humanos de la Montaña, 2015).

Aquí, como no existe un registro, no existe una nómina de pago. Aquí si todas nosotras trabajamos, una sola recoge las tarjeta, yo las recojo, yo cobro por ella en efectivo y nadie supo nada. La que cobra no firmó ni un papel de pagaré de que recibió, de que se le pagó nada... así es la situación, el patrón aquí no tiene ni un registro, ni una nómina, ni le rinde cuentas a nadie.⁷⁴

Nosotros no tenemos contrato de nada.⁷⁵

A pesar de que las modificaciones en la Ley del IMSS del 2005 indican que los empresarios deben notificar altas, bajas y reingresos a más tardar a los siete días hábiles de que ocurran, las mujeres indican que esto no se ha puesto en práctica. Cuando hay sanciones para los empresarios no son significativas, por lo que estas prácticas continúan, posibilitando la violación sistemática de este derecho laboral. Las modificaciones a la Ley del IMSS favorecen más al patrón con una serie de incentivos económicos que, lejos de crear las condiciones materiales para el acceso a la atención a la salud de las trabajadoras agrícolas, las obstaculizan (Rivera, 2006; Guerra, 2007; Hernández, 2014), las obstaculizan. Una práctica que tampoco favorece el ejercicio y reconocimiento de derechos en el trabajo de los y las jornaleras, es la ausencia de contratos a lo que se suma la práctica de pagar por día de trabajo y, con ello, la posibilidad de evadir la afiliación al IMSS, como lo indica el siguiente testimonio: “diario nos están pagando, pero yo me imagino que nos pagan de

⁷⁴ EG 2, BC.

⁷⁵ EG 3, Sin.

diario por lo mismo, no nos quieren dar seguro pero pues yo creo que de todas maneras tenemos derecho al seguro”.⁷⁶

La noción sobre a qué se tiene acceso se expresa en el “yo creo que de todas formas tenemos derecho al seguro” implica cierta apropiación subjetiva de lo estipulado a nivel normativo, pero como se ha señalado antes, las leyes y reglamentos de la materia son flexibles y permisivos, por lo que emplear otros mecanismos para evadir esta responsabilidad, no tiene mayores consecuencias para los empleadores (Macías, 2013).

En las entrevistas fue frecuente escuchar a las jornaleras señalar que, a pesar de que se les descuenta un monto de su salario diario para la adscripción al IMSS, cuando han solicitado el servicio en esta institución se les informa que su seguridad social no está vigente. Los patrones pueden suspender su afiliación a pesar de que la relación laboral continúe y no reciben advertencia de la suspensión; sumada a esta omisión, se encuentra la falta de apoyo de los sindicatos de jornaleros agrícolas, como se muestra en el siguiente testimonio:

-Pues te quitan para el seguro, pero haga de cuenta va al seguro y nunca está registrado.

- Y el sindicato se hace de la vista gorda, y no pasa nada, no hace nada.⁷⁷

[...]

ENT: Y eso del sindicato, ¿cuál sindicato será?

- Pues quién sabe.

- Pues la mera verdad nunca hemos intentado decir qué cosa es o por qué, o saber. Nomás así queda, dicen que para el seguro.⁷⁸

La falta de representatividad sindical de los intereses de las y los jornaleros agrícolas contribuye a la reproducción de las condiciones que obstaculizan ejercer su derecho a la atención a la salud y a otros derechos establecidos en la ley. En la narración anterior observamos también el desconocimiento por parte de muchas de las participantes sobre

⁷⁶ EG 2, BC.

⁷⁷ El guion indica el diálogo entre las distintas participantes. EG 4, Son.

⁷⁸ EG 1, Sin.

quién les representa, expresión manifiesta del poco trabajo sindical de dichas organizaciones, quedando en entredicho no solo sus funciones, sino sugiriendo ser una instancia de apoyo de los agro empresarios. De esta manera se van tejiendo las condiciones mínimas de posibilidades para la apropiación y ejercicio de los derechos.

En campos agrícolas de Sinaloa las trabajadoras indicaron que personal de los campos agrícolas, incluyendo a médicos, les piden la adscripción previa al SP como requisito para laborar, el cual deben usar en caso de enfermedad, ya que les informan de inicio que no serán afiliadas al IMSS, tal como se lee a continuación:

“¿Y usted ya sabe que si enferma [usted o alguien] de su familia ese es su problema?”, me dijo el doctor. “Sí, ya sé”. Entonces me dijo: “si se enferma una niña o un familiar tuyo, no tienes por qué traérmelo *pa'* acá, ¿por qué? Porque no estás trabajando con seguro social”, me dijo, “sí, ya sé, por eso traigo mi seguro (SP)... no le voy a traer a mis hijas si están enfermas, yo sé cómo voy a hacer, ese es mi problema... Sí, ya sé cómo es eso”, porque yo ya trabajé en Guaymas... si me negaba, no me iba a dar el trabajo.⁷⁹

Más de la mitad de las participantes en las entrevistas grupales en Sinaloa están inscritas al SP (10 de 19), seguro otorgado por el Estado a población sin que medie una relación laboral, pero que es utilizado por las agroempresas para evadir la afiliación, responsabilizando a las personas de la atención de la salud como un asunto individual, no como un derecho laboral. Esto se relaciona a su vez con la temporalidad del trabajo agrícola, cuyo reglamento refiere una permanencia mínima de 27 semanas para poder acceder a tal prestación y considerarse un empleado permanente. Uno de las informantes de Sinaloa lo explicó de la siguiente manera:

Cuando nosotros nos enfermamos, pues no tenemos derecho a seguro, tenemos Seguro Popular nada más, pero seguro [IMSS] por parte del patrón no tenemos. Ahí el seguro se lo dan a las personas que son personas de planta, pero nosotros que somos eventuales pues no nos dan seguro.⁸⁰

En la LFT del 2006 se establecían 12 semanas laborando con un solo patrón para considerar permanente a un trabajador, situación que cambió en la LFT de 2015 incrementándose a 27 semanas, dejando en mayor desprotección a los trabajadores. Pero,

⁷⁹ EG 3, Sin.

⁸⁰ EG 4, Sin.

más allá de los marcos normativos, las dos narraciones anteriores muestran cómo las jornaleras asumen una posición de exclusión de la seguridad social al considerarse empleadas temporales y, con ello, sin goce de derechos, mientras que la ley indica que aún las trabajadoras temporales tienen acceso a ella. Es así como “la ley laboral en el campo es sustituida por las costumbres, usos y prácticas” (Macías, 2013: 353) que permiten y reproducen la violación de derechos.

Por otro lado, las experiencias de las mujeres en los servicios de salud reiteran las limitadas condiciones materiales para acceder a la atención médica, ya que aún para aquellas afiliadas al IMSS, el servicio no cubre por completo sus necesidades:

Donde yo estaba yendo a trabajar dicen que nos quitan dos pesos para el seguro, ahora cuando yo he enfermado, ocupo pastillas y ves cómo aquí como frasquito de 20 pastillas cuesta \$120 y yo a veces no tengo dinero y pues vete al seguro, salgo con lo mismo, nos dan la receta... Nomás nos dan una constancia, nos piden una constancia firmada por el ingeniero, ya nos dicen, “con esta constancia ya van a ir allá y le van a dar la medicina”. Nomás son 12 personas, de las ocho de la mañana a la una de la tarde, que porque la enfermera o la doctora se va a comer, a las tres llega la otra, se va a las cinco y si uno alcanza llega o si no, no. Y se va uno caminando lejísimos y si quiere uno ir al seguro, tiene uno que apurarse antes a que saque uno la tarea y si no... ya ganaste menos... Nos dan una constancia firmada por el ingeniero y llega uno y no nos dan la medicina, nos dan la receta y salió lo mismo... Según nos dicen que es para el seguro esos dos pesos que nos quitan y nada, desgraciadamente.⁸¹

Los horarios de atención incompatibles con los horarios de trabajo constituyen un obstáculo para recibir atención médica, por lo que las mujeres deben recurrir a pagar consultas privadas o comprar medicamentos. Estas prácticas, así como expresan la agencia de las jornaleras para resolver un problema de salud, también contribuyen a mantener la situación actual de las condiciones de violación del derecho a la atención por su trabajo en el campo y aporta a conservar su posición subordinada, ya que no cuestiona ni exige la atención requerida. Esto también ha sido documentado en Sonora y Baja California (PIMSA, 2008; Camarena *et al.*, 2012). Por su parte, Rojas (2012) documentó los convenios realizados por las agroempresas de Sinaloa con hospitales públicos y privados para ofrecer servicios de salud a la población jornalera que no está adscrita al IMSS.

⁸¹ EG 1, Sin.

La misma Ley del Seguro Social refiere los convenios para prestar los servicios de salud, así como las prestaciones correspondientes al seguro de enfermedades y maternidad, y al servicio de guarderías, pero no se aclaran los mecanismos para que accedan a un sistema de jubilaciones y pensiones, a pesar de estar incluidos en los derechos laborales. Incluso en una investigación sobre las políticas públicas para atender a las y los jornaleros agrícolas en México, no hay ninguna mención a las jubilaciones y pensiones, condición de posibilidad necesaria para el ejercicio de los derechos laborales (Gamboa y Gutiérrez, 2015), lo que reitera la flexibilidad en la aplicación de las normas favoreciendo a los empresarios.

Ahora bien, cuando las jornaleras deben acudir a los servicios de atención a la salud, independientemente de la modalidad en que las trabajadoras acceden a ellos, representa una disminución en su ingreso e incluso perderlo ese día en su totalidad por no terminar la jornada de trabajo: “quiere decir que aquí uno no se puede ni enfermar... porque si se van no les pagan... y ese es trabajo [gratis] para el patrón”.⁸²

La frase “uno no se puede ni enfermar” engloba los obstáculos relacionados con las condiciones y organización del trabajo que impiden la atención de la salud, ya que bajo la lógica del mercado se trata de mano de obra, no de sujetos con derechos, dificultando los procesos subjetivos de apropiación de derechos. Los riesgos en el trabajo están presentes, pero al no contar con la cobertura de los servicios de salud son doblemente dañinos. Se escucharon a las mujeres narrar sus experiencias de accidentes y enfermedades que les impidió trabajar, temporalmente o a largo plazo y sin ninguna indemnización por parte de sus patrones, ni del IMSS pues no están registradas como trabajadoras. Enseguida se ilustra esto:

Ahorita tengo más de diez años de no trabajar y no es porque yo haya querido sino por enfermedad, pero igual el patrón pues nunca me afilió, nunca me dio mi retiro como quien dice porque simplemente como él dice: “ve, cuando te recuperes vienes a trabajar, ahí está el rancho, no te estamos corriendo, es porque tú estás enferma, descansa, recupérate y luego vienes”. Pero pues no queda uno bien, porque a veces por accidente, uno se calla, yo me callé más bien... yo me caí de la tina del tomate, me caí desde arriba hacia abajo y me lastimé y pues de la lastimada pues quedé mal, quedé mal como cinco, seis años estuve encamada, pero el patrón nunca me dio un retiro, nunca me afilió, o sea, él dice, “pues recupérate, vete y tome su medicamento, ya

⁸² EG 2, Sin.

cuando te recuperes vienes”, pero de ahí pasaron hasta ahorita no me he presentado al trabajo.⁸³

Las expresiones “cuando te recuperes vienes a trabajar” y “no te estamos corriendo, es porque tú estás enferma” reflejan drásticamente un discurso “protector” con un sentido evidentemente violatorio de derechos que como trabajadoras tienen las jornaleras. Lo preocupante de estas situaciones es la omisión de la participación de las instancias del Estado encargadas de vigilar, regular y exigir el respeto de los derechos laborales. El discurso del patrón denota el poder legitimado por lo que hemos señalado antes, no sólo a través de mecanismos de violencia simbólica de las jornaleras cuando señalan que es responsabilidad personal quejarse o no, sino por las instancias reguladoras y permisivas que no intervienen, cerrándose el círculo de la violencia. Esto queda claro en los siguientes testimonios:

ENT: En algún accidente en el trabajo, ¿qué procede en esos casos?

- Curarse como uno puede, no repone...

- Porque ahí no, no lo atienden a uno...⁸⁴

[...]

Tiene que pagar uno, como cuando me desmayé en el campo, que según empecé a trabajar con quien llegaba de allá de Veracruz, pues yo no sabía... dijeron que yo me hacía tonta, que porque el calor no estaba fuerte, que no sé, que era nada más una enfermedad leve, yo no les dije nada y me dio coraje.⁸⁵

Lo mismo sucede para las mujeres embarazadas a quienes no les ofrecen la cobertura de la licencia de maternidad, sino que ya no son recibidas en los campos cuando los patrones, capataces o demás personal al servicio del empresario se enteran del embarazo. Esto es posible por la ausencia de registros formales y/o escritos, es un mecanismo que permite este tipo de acciones. Esto puede leerse en el siguiente testimonio:

A veces el patrón te mira [que estás embarazada], pero él también hace que no mira nada... ya te falta poco tiempo, no te manda al seguro, no te da ningún apoyo, no te da las prestaciones que te corresponden, pues a ellos menos les conviene que se dé cuenta

⁸³ EG 1, BC.

⁸⁴ EG 3, Sin.

⁸⁵ EG 2, BC.

la gente que tiene a una embarazada o que vaya a haber un riesgo de accidente y vaya a ser algo peor el problema. Ellos ya cuando ven que le falta poco tiempo pues deciden ya no darle trabajo.⁸⁶

Aunque el cese por maternidad aparece entre los derechos laborales de las jornaleras, hay acuerdos velados, tácitos o aceptados, así como prácticas en los campos agrícolas que indican la evasión de responsabilidades en la atención durante esta etapa. Gamboa y Gutiérrez (2015) refieren que solo el 1.3% de las jornaleras tienen derecho de incapacidad por embarazo, parto y puerperio.

Las estrategias de las mujeres para recibir atención médica se vinculan con el pago de servicios médicos privados, egreso al que hay que sumar el pago de transporte hacia lugares donde se cuenta con atención especializada. Estos servicios tampoco son cubiertos por el SP que a través de un paquete básico de servicios excluye la atención a ciertos padecimientos, a pesar de que esto signifique un gasto de bolsillo considerable, sobre todo para poblaciones vulnerables, como son las mujeres jornaleras. Esto se muestra en el siguiente testimonio:

Yo tengo mis dos niños. Se me enferman mucho y yo estoy trabajando ahí [en un campo agrícola] pues no voy a pedir ni seguro ni nada porque no tengo... pues el Seguro Popular no me cubre los gastos necesarios, yo tengo que sacar de mi bolsa, de hecho ahorita tengo que llevar a mi niño hasta Ensenada con un especialista porque desde que nació está enfermo, primero era bronquitis, ahora ya es asma, ahora ya me lo tiene que tratar un especialista. Yo tengo que luchar para poder sacar a ese niño y llevarlo con particular y pagar mi pasaje... pues no, no tenemos seguro, pues no nos pagan nada.⁸⁷

Esta narración evidencia la reproducción de las condiciones que dificultan la atención a la salud de poblaciones vulnerables quienes, al estar excluidas del servicio de salud por medio de las aportaciones obrero patronales, quedan supeditadas a la cobertura que ofrece el Estado a través del SP o de los servicios para población abierta. Muchas jornaleras ante esta situación reiterada asumen que la atención a su salud es un favor y no un derecho, una responsabilidad individual que implica una lucha constante ante la adversidad; así puede observarse en el testimonio cuando la informante dice “pues no voy a pedir seguro ni nada”. Camarena *et al.* (2012) documentaron que las mujeres indígenas trabajadoras del

⁸⁶ EG 2, BC.

⁸⁷ EG 2, BC.

campo desconocen sus derechos y por ellos son más vulnerables a la exclusión social y asumen que el cuidado de su salud es un asunto individual.

Los datos presentados en este apartado muestran las dificultades que las jornaleras agrícolas viven en su cotidianidad para atender su salud, así como las condiciones que posibilitan la violación sistemática de derechos, expresadas desde la ausencia de contratos hasta la vivencia de discriminación, reproduciendo la desigualdad por ser mujeres, pobres, migrantes e indígenas.

Condiciones de posibilidad para la atención a la salud

Cuando se leyeron de nuevo los datos buscando las condiciones que posibilitaran a las mujeres acceder a la atención a la salud, se esperaba encontrar más narrativas que mostraran la capacidad de agencia de las mujeres. Con esto no se quiere decir que no hagan nada, se les considera agentes que diariamente participan en el trabajo agrícola asalariado y, con ello, se cuestionan la posibilidad de acceder al sistema de seguridad social, aunque no tienen del todo claro los procedimientos para acceder a los servicios de salud por la forma de contratación y pago diario que se acostumbra en este trabajo, recuérdese el testimonio que indicaba lo siguiente: “yo me imagino que nos pagan de diario por lo mismo, no nos quieren dar seguro pero pues yo creo que de todas maneras tenemos derecho al seguro”.⁸⁸

Este cuestionamiento expresa las nociones que tienen sobre el derecho a la salud, a permitirse y autorizarse a sí mismas reclamar su derecho a la seguridad social, aún a nivel de discurso, a pesar de que las condiciones objetivas no se materializan en posibilidades reales en su vida cotidiana. Sin embargo, dichas alusiones al deber ser no se acompañan de prácticas para hacer el reclamo a sus patrones o a instituciones de gobierno. En el siguiente testimonio se observa la diferencia que se hace de una atención a otra, pero no se reconoce que no se les brinda acceso al IMSS a pesar de ser su derecho, pues contar con esta atención, les evita el gasto de bolsillo que pone en una mayor precariedad a las mujeres y sus familias.

⁸⁸ EG 2, BC.

Hasta ahorita sí tengo esa prestación del seguro social y como dicen: “pues es mucho o poquito pero sí lo necesitamos”, los medicamentos de los niños, como ahorita la niña está enferma y necesita tratamiento y le digo, solamente el seguro social porque el popular pues igual no mucho nos ayuda pero el social sí.⁸⁹

[...]

Como mi hija tenía seguro, estaba trabajando le pagaron sus semanas y las medicinas por el seguro.⁹⁰

El trabajo que desarrolla la asociación Mujeres en Defensa de la Mujer, A.C. es importante en la región ya que abogan por los derechos laborales y la eliminación de la violencia contra las mujeres. La organización formada por mujeres trabajadoras agrícolas ubicadas en San Quintín agrupa a mujeres de diversos orígenes étnicos, como mixteco, zapoteco, triqui y mestizas y ofrecen capacitación y atención a casos de violencia. Difunden en espacios públicos, de trabajo y a través de una estación de radio los derechos laborales de las y los jornaleros agrícolas en mixteco y zapoteco principalmente, y conocen de primera mano la falta de prestaciones de las jornaleras, tal como se expone a continuación:

Nosotras somos un grupo [que] no estamos recibiendo ni un pago ni nada, el beneficio que estamos recibiendo es aprender más y ver que las personas reciban un poco de lo que nosotras estamos aprendiendo... tienen el derecho de afiliarse al seguro, tienen derecho de tener su licencia de maternidad pero es que aquí la gente no habla por desconocimiento o si lo conoce, como decían las otras compañeras, no lo hablan por miedo y se quedan calladas y prefieren que pasen encima de ellas y se aguantan.⁹¹

La acción organizada de las mujeres para la lucha de los derechos de las jornaleras agrícolas, a pesar de las condiciones restrictivas para hacer su trabajo, expresan la agencia de sus participantes; el constreñimiento al que se ven sometidas, refieren a los obstáculos institucionales, discursivos y prácticos que reproducen los mecanismos violatorios de los mismos. Por ejemplo, el diálogo con los representantes de salud, educación, del trabajo, se trunca ante la ausencia de los tomadores de decisiones, por lo que la definición de objetivos y acciones no se concreta, como se muestra en este testimonio:

Del centro de salud fue el representante, igual hay cosas que no podía contestar ni comprometerse porque no fue la que debe estar ahí... no acuden pues... eso es algo

⁸⁹ EG 1, BC.

⁹⁰ EG 2, Sin.

⁹¹ EG 1, BC.

que a mí a veces me molesta... siempre acudimos, siempre hacemos, siempre decimos y se queda en el papel... con gusto asistimos pero sí nos gustaría que nos dieran una solución... ese es uno de los problemas, que no dan la cara... será porque tienen mucho trabajo o porque no quieren venir, la invitación se le hace con anticipación... así nomás se queda y ya no pasó nada.⁹²

Visibilizar la situación de las mujeres jornaleras y sus necesidades de atención es un inicio en el reconocimiento de su derecho a la salud. Estos esfuerzos organizados contribuyen a la construcción de un discurso y práctica que cuestionan de fondo las condiciones estructurales que posibilitan y reproducen la violación de derechos de las mujeres jornaleras.

Conclusiones

En este trabajo se aportó evidencia sobre cómo viven cotidianamente las dificultades para ejercer el derecho a la atención de la salud entre las mujeres jornaleras. Esto, a pesar de existir un marco normativo que ampara el derecho constitucional a la salud de la población mexicana, en el cual se incluye la atención a la salud como parte constitutiva, indivisible e interdependiente de los derechos laborales. Visibilizar las experiencias desde la voz de las mujeres permite reflexionar sobre los vacíos en las leyes, que pensadas desde las lógicas de los tomadores de decisiones, no cubren las necesidades reales y sentidas de las poblaciones. Es necesario identificar el deber ser de los marcos normativos para mostrar que las condiciones de posibilidad desde el ámbito legal no bastan para el ejercicio del derecho. La aplicación de las normas pasa por una serie de condiciones específicas en los lugares concretos que dificultan su aplicación. La reiteración de las prácticas de las instituciones y los agro empresarios que obstaculizan el cumplimiento del derecho a la salud normalizan esta situación. Esto se constata en las narrativas que señalan el desbalance entre el abanico de condiciones que obstaculizan la atención de la salud y aquellas que las posibilitan.

El reconocimiento de las jornaleras como sujetos de derechos es una condición necesaria para el ejercicio de los mismos (Ema, 2004). En el caso de las mujeres en general y de las indígenas en particular, implica cuestionar las condiciones que imposibilitan el acceso y ejercicio de derechos, expresiones que se vislumbran en algunas de las narrativas,

⁹² EG 1, BC.

que aluden a la noción de ciudadanas con capacidad de responsabilizarse y ejercer sus derechos, es decir, “la forma de reconocimiento adopta la concesión de derechos a los sujetos, y por tanto con esta cesión, se los reconoce como capaces de desempeñarse con responsabilidad en la sociedad, es decir, como capaces de dar cuenta del ejercicio de los derechos de los que gozan” (Paolicchi, 2015: 38).

Las mujeres jornaleras terminan resolviendo con sus recursos las necesidades de atender su salud y la de sus hijos. Despliegan su agencia bajo las limitadas condiciones de posibilidad de los derechos como trabajadoras, a través de estrategias de conservación en un contexto hegemónico que tiene como práctica la negación de un derecho básico como es la cobertura médica, así como contar con un contrato que asegure sus prestaciones laborales, condición necesaria para acceder a este servicio, lo que muestra la interdependencia entre los derechos laborales y de salud. Atender la salud significa un gasto que incrementa su precariedad económica, aún para aquellas con acceso a la seguridad social y de salud, debido a la falta de medicamentos, tener que transportarse a otros lugares donde se brinda el servicio, o bien recurrir a servicios privados porque los horarios de atención en las instituciones de salud públicas son incompatibles con los horarios de trabajo. Esto se vuelve un círculo vicioso cuando el ausentismo laboral se debe a problemas de salud y agudiza su carencia económica porque dejan de percibir el salario diario.

El que aseguremos que las participantes expresan de diversas formas su agencia, no descarga en absoluto la responsabilidad del Estado de vigilar y sancionar el incumplimiento de los derechos de estas jornaleras. El constreñimiento en el que viven, les permite una agencia limitada ante la urgencia de sus necesidades de atención médica, ya que las condiciones estructurales delimitan las prácticas de los agentes. Estar excluidas de un sistema de seguridad social y de salud al que tienen derecho (en este caso del IMSS), les impide gozar de otros derechos como las incapacidades por enfermedad, maternidad, cesantía por edad avanzada, entre otros derechos laborales que se diluyen ante la flexibilidad del trabajo agrícola y la falta de seguimiento y vigilancia institucional en la protección de sus derechos.

Como se indicaba al inicio, en la relectura de las entrevistas se buscaron narrativas que indicaran la agencia o, al menos, indicios de ésta en el proceso de atención a la salud,

pensando en visibilizar y posicionar a las trabajadoras agrícolas como agentes actuantes (Bourdieu, 2002), a pesar de ser una población subordinada históricamente y a la cual se le niega su estatus de sujeto de derechos. La agencia de las jornaleras se expresa en las estrategias de sobrevivencia a nivel individual o familiar, pero también la encontramos en la experiencia de organización y participación pública como las de Mujeres en Defensa de la Mujer, A.C., en San Quintín, Baja California.

La participación organizada en estos grupos constituye un hallazgo a resaltar, pues contribuyen a cuestionar las relaciones de subordinación que vive la población jornalera en esta localidad y que se reproducen en las otras comunidades de estudio. La mayoría de las integrantes de esta organización pertenecen a pueblos originarios y migraron para trabajar como jornaleras. Como las mujeres con quienes se conversó para la elaboración de este trabajo, también relataron diversas experiencias que imposibilitan el ejercicio de sus derechos laborales y otras expresiones de la violencia de género. Entre las acciones que realiza, esta organización difunde por medio de la radio comunitaria oficial que depende de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), información sobre derechos laborales en lenguas como mixteco y zapoteco, buscando incidir en las condiciones de posibilidad para el reconocimiento y ejercicio de los mismos. La difusión de información por medio de la radio muestra lo apropiado de esta práctica colectiva como una estrategia de subversión y resistencia ante las condiciones estructurales. Transmitir esta información por medios oficiales muestra las tensiones y contradicciones entre los discursos institucionales (públicos y privados) y las posibilidades de utilizarlos a favor de una población que históricamente ha sido invisibilizada.

Entre las actividades realizadas por esta organización está la gestión en las instituciones para la aplicación de las normas, así como el fomento de procesos colectivos e individuales de apropiación del derecho a tener derechos. Es decir, las actividades que realizan buscan que sus integrantes se posicionen y reconozcan su capacidad para cambiar su realidad material y subjetiva (Masi, 2011), ya que el auto reconocimiento como sujetos de derechos es un elemento necesario en su exigencia (Rivas *et al.*, 1999; Amuchástegui y Rivas, 2004). Conocer la labor de esta organización contribuyó a identificar un panorama imbricado de condiciones estructurales que complejiza el ejercicio de los derechos, en los

cuales los procesos subjetivos de su débil reconocimiento obstaculizan la puesta en práctica de los mismos. Esta realidad produce y reproduce condiciones de posibilidad y de imposibilidad materiales en el acceso al derecho a la atención a la salud entre las jornaleras agrícolas.

En Sonora y Sinaloa no encontramos experiencias organizativas como la anterior y las estrategias empleadas por las mujeres no sobrepasan el nivel individual, sin que esto encuentre eco en las condiciones de acceso a la atención de la salud. La organización de las mujeres, al menos en Sonora, se circunscribe a programas de asistencia social que lejos de posibilitar su empoderamiento, reproduce su condición subordinada como mujeres, pobres, migrantes e indígenas –a quienes se les responsabiliza de la atención de la salud de la familia. En Sinaloa las condiciones de posibilidad se limitan aún más cuando los patronos exigen como requisito la adscripción al SP para laborar en ciertos campos agrícolas, con lo cual el empleador se deslinda de las obligaciones obrero-patronales. Esto es el resultado de procesos históricos, sociales y geográficos propios de cada una de las tres comunidades y que habrá que analizar posteriormente.

Ante este panorama, las mujeres embarazadas viven la desigualdad estructural en sus cuerpos al dejar de laborar cuando no lo pueden ocultar o cuando son “descansadas” por los empleadores, sin contar con la posibilidad de licencias durante el embarazo, parto y puerperio. La información recabada en campo indica que las trabajadoras se atienden pre y postnatalmente en los espacios de salud dedicados a población abierta a través del SP. Esto pone sobre la mesa de discusión la protección a la salud materna ya que la mayoría de las trabajadoras jornaleras agrícolas no cuenta con los servicios y licencias de la seguridad social durante este periodo, poniendo en mayor riesgo de daños a la salud de las madres e hijos, incluso situaciones tan irreparables como la muerte materna.

Anexo 1

Tabla 1.1 Población indígena, México, 2015

Entidad	Población general	Población indígena	Porcentaje de población indígena
Nacional	119 530 753	12 025 947	10.1
Aguascalientes	1 312 544	9 306	0.7
Baja California	3 315 766	104 088	3.1
Baja California Sur	712 029	23 456	3.3
Campeche	899 931	199 335	22.2
Coahuila	2 954 915	13 349	0.5
Colima	711 235	10 122	1.4
Chiapas	5 217 908	1 706 017	32.7
Chihuahua	3 556 574	139 174	3.9
Distrito Federal	8 918 653	315 320	3.5
Durango	1 754 754	51 680	2.9
Guanajuato	5 853 677	29 863	0.5
Guerrero	3 533 251	681 615	19.3
Hidalgo	2 858 359	606 045	21.2
Jalisco	7 844 830	102 952	1.3
México	16 187 608	1 097 666	6.8
Michoacán	4 584 471	237 655	5.2
Morelos	1 903 811	83 227	4.4
Nayarit	1 181 050	84 195	7.1
Nuevo León	5 119 504	121 296	2.4
Oaxaca	3 967 889	1 734 658	43.7
Puebla	6 168 883	1 094 923	17.7
Querétaro	2 038 372	63 265	3.1
Quintana Roo	1 501 562	488 244	32.5
San Luis Potosí	2 717 820	370 381	13.6
Sinaloa	2 966 321	77 061	2.6
Sonora	2 850 330	145 656	5.1
Tabasco	2 395 272	123 604	5.2
Tamaulipas	3 441 698	63 676	1.9
Tlaxcala	1 272 847	86 522	6.8
Veracruz	8 112 505	1 101 306	13.6
Yucatán	2 097 175	1 052 438	50.2
Zacatecas	1 579 209	7 852	0.5

Fuente: Freyermuth y Gómez (2016) con base en CDI, 2016.

Tabla 1.2 Regiones indígenas, total de municipios por entidad y número de municipios indígenas por entidad, México

Entidad	Región	Total de municipios	Municipios indígenas
Nacional	25 regiones indígenas	2,456	624
Aguascalientes	No pertenece a ninguna región indígena	11	0
BC	No pertenece a ninguna región indígena	5	0
BCS	No pertenece a ninguna región indígena	5	0
Campeche	Maya	11	5
Coahuila	No pertenece a ninguna región indígena	38	0
Colima	No pertenece a ninguna región indígena	10	0
Chiapas	Frontera sur, Los Altos de Chiapas, Norte de Chiapas y Selva Lacandona	118	47
Chihuahua	Tarahumara	67	5
DF	No pertenece a ninguna región indígena	16	0
Durango	Huicot o Gran Nayar	39	1
Guanajuato	No pertenece a ninguna región indígena	46	0
Guerrero	Montaña de Guerrero	81	24
Hidalgo	Huasteca, Otomí de Hidalgo - Querétaro y Sierra Norte de Puebla, y Totonacapan	84	22
Jalisco	Huicot o Gran Nayar	125	2
México	Mazahua - Otomí	125	2
Michoacán	Purépecha y Mazahua - Otomí	113	7
Nayarit	Huicot o Gran Nayar	20	2
Nuevo León	No pertenece a ninguna región indígena	51	0
Oaxaca	Chimalapas, Chinteca, Costa y Sierra Sur de Oaxaca, Cuicatlán, Mazateca, Tehuacán y Zongolica, Itsmo, Mixe, Mixteca, Sierra Juárez y Valles centrales	570	294
Puebla	Cuicuatlan, Mazateca, Tehuacán y Zongolica Sierra Norte de Puebla Y Totonacapan	217	58
Querétaro	Otomí de Hidalgo o Querétaro, Mazahua – Otomí	18	0
Quintana Roo	Maya	9	4
SLP	Huasteca	58	14
Sinaloa	Mayo - Yaqui	18	0
Sonora	Mayo - Yaqui	72	
Tabasco	Chontal de Tabasco y Selva Lacandona	17	0
Tamaulipas	No pertenece a ninguna región indígena	43	0
Tlaxcala	No pertenece a ninguna región indígena	60	0
Veracruz	Cuicatlán, Mazateca, Tehuacán y Zongolica Sierra Norte de Puebla y Totonacapan, Huasteca, Tuxtlas, Popoluca - Náhuatl de Veracruz y Chinanteca	212	47
Yucatán	Maya	106	90
Zacatecas	No pertenece a ninguna región indígena	58	0

o

Tabla 1.3 Población hablante y no hablante de lengua indígena según condición de rezago educativo, asistencia a la escuela y analfabetismo, México, 2015 ¹

HLI	Rezago educativo ²			Asistencia a la escuela ³			Analfabetismo ⁴		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
	Nacional								
No HLI	33.5	66.5	100.0	96.7	3.3	100.0	4.2	95.8	100.0
Sí HLI	67.1	32.9	100.0	92.7	7.3	100.0	23.2	76.8	100.0
Total	35.8	64.2	100.0	96.5	3.5	100.0	5.5	94.5	100.0
5 entidades con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena									
No HLI	39.9	60.1	100.0	96.2	3.8	100.0	7.8	92.2	100.0
Sí HLI	69.1	30.9	100.0	92.4	7.6	100.0	25.0	75.0	100.0
Total	47.6	52.4	100.0	95.3	4.7	100.0	12.3	87.7	100.0
Chiapas									
No HLI	46.6	53.4	100.0	94.6	5.4	100.0	10.3	89.7	100.0
Sí HLI	72.7	27.3	100.0	89.9	10.1	100.0	28.1	71.9	100.0
Total	53.5	46.5	100.0	93.1	6.9	100.0	15.0	85.0	100.0
Guerrero									
No HLI	44.1	55.9	100.0	96.2	3.8	100.0	10.1	89.9	100.0
Sí HLI	73.3	26.7	100.0	94.2	5.8	100.0	34.9	65.1	100.0
Total	48.4	51.6	100.0	95.9	4.1	100.0	86.3	13.7	100.0
Oaxaca									
No HLI	41.9	58.1	100.0	97.0	3.0	100.0	7.5	92.5	100.0
Sí HLI	69.9	30.1	100.0	94.4	5.6	100.0	25.3	74.7	100.0
Total	51.6	48.4	100.0	96.3	3.7	100.0	86.3	13.7	100.0
Quintana Roo									
No HLI	23.4	76.6	100.0	96.8	3.2	100.0	2.2	97.8	100.0
Sí HLI	50.2	49.8	100.0	94.8	5.2	100.0	10.8	89.2	100.0
Total	28.7	71.3	100.0	96.6	3.4	100.0	3.9	96.1	100.0
Yucatán									
No HLI	25.7	74.3	100.0	97.9	2.1	100.0	2.2	97.8	100.0
Sí HLI	66.4	33.6	100.0	95.9	4.1	100.0	18.1	81.9	100.0
Total	39.3	60.7	100.0	97.6	2.4	100.0	7.5	92.5	100.0

Notas: 1/ Se excluye a la población que no especificó su edad, uso de servicios de salud o condición de habla indígena.

2/ Distribución de la población de 15 años y más según habla de lengua indígena y si tiene educación básica incompleta.

3/ Distribución de la población de 6 a 14 años según habla de lengua indígena y si asiste a la escuela.

4/ Distribución de la población de 15 y más años según habla de lengua indígena y condición de analfabetismo.

Fuente: Luna y Freyermuth (2016) con base en la Encuesta Intercensal 2015 [Consulta: 1 de julio de 2016].

Tabla 1.4 Población indígena por rezago educativo, asistencia a la escuela y analfabetismo según sexo, México, 2015 ¹

Sexo	Rezago educativo ²		Asistencia a la escuela ³		Analabetismo ⁴	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Nacional						
Hombre	36.8	63.1	6.9	93.1	83.4	16.6
Mujer	29.2	70.8	7.6	92.3	70.5	29.5
Total	32.9	67.1	7.3	92.7	76.7	23.2
5 entidades con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena						
Hombre	35.0	65.0	6.9	93.1	81.8	18.2
Mujer	27.0	72.9	8.4	91.6	68.6	31.4
Total	30.9	69.1	7.6	92.4	75.0	25.0
Chiapas						
Hombre	32.1	67.9	8.9	91.1	80.5	19.5
Mujer	22.9	77.1	11.4	88.6	63.7	36.2
Total	27.3	72.7	10.1	89.9	71.8	28.1
Guerrero						
Hombre	28.9	71.1	5.5	94.5	71.8	28.2
Mujer	24.9	75.1	6.0	94.0	59.3	40.7
Total	26.7	73.3	5.8	94.2	65.1	34.9
Oaxaca						
Hombre	33.7	66.3	5.3	94.7	81.6	18.4
Mujer	27.0	73.0	6.0	94.0	68.6	31.4
Total	30.1	69.9	5.6	94.3	74.7	25.3
Quintana Roo						
Hombre	55.2	44.8	4.7	95.3	92.2	7.8
Mujer	43.6	56.4	5.6	94.4	85.7	14.3
Total	49.8	50.2	5.2	94.8	89.2	10.8
Yucatán						
Hombre	37.1	62.9	3.8	96.2	85.8	14.2
Mujer	30.0	70.0	4.4	95.6	78.0	22.0
Total	33.6	66.4	4.1	95.9	81.9	18.1

Notas: 1/ Se excluye a la población que no especificó su edad, sexo, escolaridad o condición de habla de lengua indígena.

2/ Distribución de la población hablante de lengua indígena de 15 años y más según sexo y si tiene educación básica incompleta.

3/ Distribución de la población hablante de lengua indígena de 6 a 14 años según sexo y asistencia a la escuela.

4/ Distribución de la población hablante de lengua indígena de 15 y más años según sexo y condición de analfabetismo, 2015.

Fuente: Luna y Freyermuth (2016) con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI [Consulta: 1 de julio de 2016].

Tabla 1.5 Porcentaje de viviendas con piso de tierra, disponibilidad de energía eléctrica, disponibilidad de agua entubada de la red pública, disponibilidad de excusado o sanitario y disponibilidad de drenaje según si el jefe del hogar es hablante de lengua indígena, México, 2015^{1,2}

Jefe del hogar hablante de lengua indígena	Piso de tierra		Disponibilidad de energía eléctrica		Disponibilidad de agua entubada de la red pública		Disponibilidad de excusado o sanitario ³		Disponibilidad de drenaje	
	Nacional									
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Sí	85.2	14.8	4.5	95.5	15.4	84.6	8.2	91.8	28.4	71.6
No	97.4	2.6	0.7	99.3	4.3	95.7	2.0	98.0	4.3	95.7
Total	96.4	3.6	1.0	99.0	5.1	94.9	2.5	97.5	6.1	93.9
5 entidades con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena										
Sí	82.7	17.3	4.5	95.5	14	86	10.5	89.5	30.6	69.4
No	93.1	6.9	1.4	98.6	9.4	90.6	4.3	95.7	8.3	91.7
Total	90.2	9.8	2.3	97.7	10.7	89.3	6.1	93.9	14.7	85.3
Chiapas										
Sí	77.4	22.6	5.2	94.8	17.1	82.9	5.6	94.4	28.0	72.0
No	93.6	6.4	1.3	98.7	11.1	88.9	2.5	97.5	5.0	95.0
Total	89.3	10.7	2.3	97.7	12.7	87.3	3.3	96.7	11.0	89.0
Guerrero										
Sí	71.4	28.6	7.7	92.3	24.0	76.0	30.8	69.2	45.7	54.3
No	88.7	11.3	1.5	98.5	13.6	86.4	9.4	90.6	11.0	89.0
Total	86.1	13.9	2.5	97.5	15.2	84.8	12.7	87.3	16.4	83.6
Oaxaca										
Sí	79.6	20.4	4.7	95.3	17.5	82.5	3.7	96.3	37.8	62.2
No	91.5	8.5	2.2	97.8	9.9	90.1	2.8	97.2	15.3	84.7
Total	86.9	13.1	3.2	96.8	12.8	87.2	3.2	96.8	24.0	76.0
Quintana Roo										
Sí	95.3	4.7	2.3	97.7	3.0	97.0	6.7	93.3	8.1	91.9
No	98.6	1.4	0.9	99.1	2.5	97.5	0.6	99.4	0.9	99.1
Total	97.8	2.2	1.2	98.8	2.6	97.4	2.0	98.0	2.5	97.5
Yucatán										
Sí	96.8	3.2	2.5	97.5	2.5	97.5	18.8	81.2	22.9	77.1
No	99.4	0.6	0.5	99.5	1.4	98.6	4.4	95.6	5.4	94.6
Total	98.4	1.6	1.3	98.7	1.8	98.2	10.2	89.8	12.4	87.6

Notas: 1/ Se excluyen las viviendas ubicadas en locales no construidos para habitación, viviendas móviles y refugios.

2/ Se excluyen a las viviendas cuyo jefe del hogar no especificó su condición de habla de lengua indígena o si la disponibilidad de excusado o sanitario no fue especificada.

3/ Se incluye taza de baño (excusado o sanitario) o letrina (pozo u hoyo).

Fuente: Luna y Freyermuth (2016) con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI [Consulta: 1 de julio de 2016].

Tabla 1.6 Población de tres años y más años según habla de lengua indígena y derechohabiencia a algún servicio de salud, México, 2015 ¹

Derechohabiencia a servicios de salud	HLI		
	Sí	No	Total
Nacional			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	15.1	17.4	17.3
Seguro Popular	70.6	37.3	39.5
Instituciones de Seguridad Social	11.0	39.8	37.9
Privada u otro	1.0	3.6	3.4
Otros	2.2	1.9	1.9
5 entidades con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	14.0	16.8	16.1
Seguro Popular	73.5	53.1	58.3
Instituciones de Seguridad Social	9.6	26.5	22.2
Privada u otro	0.7	1.8	1.5
Otros	2.2	1.8	1.9
Chiapas			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	15.3	17.1	16.6
Seguro Popular	77.9	61.8	66.3
Instituciones de Seguridad Social	3.5	17.5	13.6
Privada u otro	0.9	1.7	1.4
Otros	2.4	2.0	2.1
Guerrero			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	11.8	15.2	14.7
Seguro Popular	85.1	60.6	64.4
Instituciones de Seguridad Social	2.3	21.4	18.5
Privada u otro	0.2	1.3	1.2
Otros	0.5	1.4	1.3
Oaxaca			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	14.9	18.0	17.0
Seguro Popular	74.2	57.4	62.9
Instituciones de Seguridad Social	7.5	22.1	17.3
Privada u otro	0.5	0.9	0.8
Otros	2.8	1.7	2.1
Quintana Roo			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	16.2	19.4	18.8
Seguro Popular	49.7	27.3	31.0
Instituciones de Seguridad Social	31.1	48.1	45.3
Privada u otro	1.1	3.0	2.6
Otros	2.0	2.3	2.2
Yucatán			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	9.7	15.1	13.6
Seguro Popular	60.9	30.8	39.5
Instituciones de Seguridad Social	25.9	48.3	41.8
Privada u otro	1.1	3.6	2.9
Otros	2.4	2.1	2.2

Notas: 1/ Se excluye a la población que no especificó su edad, derechohabiencia a algún servicio de salud o condición de habla indígena.

Fuente: Luna y Freyermuth (2016) con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI [Consulta: 1 de julio de 2016].

Tabla 1.7 Población de tres y más años según habla de lengua indígena y uso de servicios de salud, México, 2015 ^{1,2}

Uso de servicios de salud	HLI		
	Sí	No	Total
Nacional			
No se atiende	2.5	1.5	1.6
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	63.6	35.8	37.6
Instituciones de Seguridad Social	18.8	37.8	36.5
Consultorio, clínica u hospital privado	8.1	14.2	13.8
Consultorio de farmacia	4.6	9.4	9.0
Otro lugar	2.3	1.4	1.4
5 entidades con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena			
No se atiende	2.8	1.4	1.7
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	65.7	50.8	54.6
Instituciones de Seguridad Social	18.9	27.2	25.1
Consultorio, clínica u hospital privado	6.4	12.6	11.0
Consultorio de farmacia	3.4	6.7	5.9
Otro lugar	2.8	1.3	1.7
Chiapas			
No se atiende	3.7	1.5	2.1
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	65.6	57.1	59.5
Instituciones de Seguridad Social	18.2	21.2	20.3
Consultorio, clínica u hospital privado	5.1	12.1	10.1
Consultorio de farmacia	4.3	6.2	5.6
Otro lugar	3.0	2.0	2.3
Guerrero			
No se atiende	2.4	1.2	1.4
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	89.3	62.5	66.6
Instituciones de Seguridad Social	2.2	20.4	17.6
Consultorio, clínica u hospital privado	3.7	9.6	8.7
Consultorio de farmacia	2.0	5.6	5.0
Otro lugar	0.5	0.7	0.7
Oaxaca			
No se atiende	2.4	1.4	1.7
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	63.7	53.1	56.6
Instituciones de Seguridad Social	19.2	24.4	22.7
Consultorio, clínica u hospital privado	7.9	15.1	12.7
Consultorio de farmacia	2.1	4.7	3.9
Otro lugar	4.6	1.3	2.4
Quintana Roo			
No se atiende	2.5	1.7	1.8
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	50.9	27.3	31.2
Instituciones de Seguridad Social	28.4	43.6	41.0
Consultorio, clínica u hospital privado	7.8	13.0	12.1
Consultorio de farmacia	9.5	13.8	13.1
Otro lugar	0.8	0.6	0.6
Yucatán			
No se atiende	1.9	1.2	1.4
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	55.2	27.5	35.5
Instituciones de Seguridad Social	30.6	46.7	42.1
Consultorio, clínica u hospital privado	7.7	15.3	13.1
Consultorio de farmacia	2.9	7.7	6.3
Otro lugar	1.7	1.6	1.6

Tabla 1.8 Población hablante de lengua indígena de tres años y más años según sexo y derechohabiencia a algún servicio de salud, México, 2015 ¹

Derechohabiencia	Hombre	Mujer	Total
Nacional			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	17.0	13.3	15.1
Seguro Popular	67.8	73.3	70.6
Instituciones de Seguridad Social	12.0	10.1	11.0
Privada u otro	1.1	1.0	1.0
Otros	2.1	2.2	2.2
Total	100.0	100.0	100.0
5 entidades con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	15.8	12.2	14.0
Seguro Popular	71.0	75.8	73.5
Instituciones de Seguridad Social	10.2	9.0	9.6
Privada u otro	0.8	0.7	0.7
Otros	2.2	2.3	2.2
Total	100.0	100.0	100.0
Chiapas			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	16.7	14.0	15.3
Seguro Popular	76.3	79.3	77.9
Instituciones de Seguridad Social	3.7	3.3	3.5
Privada u otro	0.9	0.9	0.9
Otros	2.3	2.4	2.4
Total	100.0	100.0	100.0
Guerrero			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	13.9	9.9	11.8
Seguro Popular	83.1	87.0	85.1
Instituciones de Seguridad Social	2.3	2.3	2.3
Privada u otro	0.2	0.2	0.2
Otros	0.5	0.5	0.5
Total	100.0	100.0	100.0
Oaxaca			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	17.1	13.0	14.9
Seguro Popular	71.9	76.3	74.2
Instituciones de Seguridad Social	7.7	7.3	7.5
Privada u otro	0.6	0.5	0.5
Otros	2.7	2.9	2.8
Total	100.0	100.0	100.0

Continúa Tabla 1.8

Derechohabiencia	Hombre	Mujer	Total
Quintana Roo			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	18.4	13.7	16.2
Seguro Popular	45.1	54.9	49.7
Instituciones de Seguridad Social	33.5	28.3	31.1
Privada u otro	1.1	1.0	1.1
Otros	1.9	2.1	2.0
Total	100.0	100.0	100.0
Yucatán			
Sin derechohabiencia a servicios de salud	11.9	7.5	9.7
Seguro Popular	58.4	63.6	60.9
Instituciones de Seguridad Social	26.2	25.6	25.9
Privada u otro	1.1	1.0	1.0
Otros	2.4	2.4	2.4
Total	100.0	100.0	100.0

Nota: Se excluye a la población que no especificó su edad, derechohabiencia a algún servicio de salud o condición de habla indígena.

Fuente: Luna y Freyermuth (2016) con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI [Consulta: 1 de julio de 2016].

Tabla 1.9 Población hablante de lengua indígena de tres y más años según sexo y uso de servicios de salud, México, 2015^{1,2}

Uso de servicios de salud	Porcentaje por columna		
	Hombre	Mujer	Total
Nacional			
No se atiende	3.2	1.9	2.6
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	61.6	65.6	63.7
Instituciones de Seguridad Social	19.4	18.2	18.8
Consultorio, clínica u hospital privado	8.6	7.7	8.1
Consultorio de farmacia	4.9	4.3	4.6
Otro lugar	2.3	2.3	2.3
Total	100.0	100.0	100.0
5 entidades con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena			
No se atiende	3.4	2.2	2.8
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	64.1	67.2	65.7
Instituciones de Seguridad Social	19.1	18.6	18.9
Consultorio, clínica u hospital privado	6.7	6.0	6.4
Consultorio de farmacia	3.7	3.2	3.5
Otro lugar	2.9	2.8	2.9
Total	100.0	100.0	100.0
Chiapas			
No se atiende	4.0	3.4	3.7
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	64.7	66.5	65.6
Instituciones de Seguridad Social	18.3	18.1	18.2
Consultorio, clínica u hospital privado	5.4	4.9	5.1
Consultorio de farmacia	4.5	4.2	4.3
Otro lugar	3.1	3.0	3.0
Total	100.0	100.0	100.0

Continúa Tabla 1.9

Uso de servicios de salud	Hombre	Mujer	Total
Guerrero			
No se atiende	3.0	1.8	2.4
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	88.2	90.3	89.3
Instituciones de Seguridad Social	2.2	2.2	2.2
Consultorio, clínica u hospital privado	4.1	3.4	3.7
Consultorio de farmacia	2.0	1.9	2.0
Otro lugar	0.5	0.4	0.5
Total	100.0	100.0	100.0
Oaxaca			
No se atiende	3.2	1.7	2.4
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	62.7	64.6	63.7
Instituciones de Seguridad Social	18.9	19.4	19.2
Consultorio, clínica u hospital privado	8.3	7.7	8.0
Consultorio de farmacia	2.3	2.0	2.2
Otro lugar	4.6	4.6	4.6
Total	100.0	100.0	100.0
Quintana Roo			
No se atiende	3.7	1.1	2.5
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	46.8	55.7	51.0
Instituciones de Seguridad Social	29.9	26.8	28.4
Consultorio, clínica u hospital privado	8.4	7.1	7.8
Consultorio de farmacia	10.4	8.5	9.5
Otro lugar	0.8	0.8	0.8
Total	100.0	100.0	100.0
Yucatán			
No se atiende	2.7	0.9	1.9
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)	53.1	57.3	55.2
Instituciones de Seguridad Social	30.6	30.6	30.6
Consultorio, clínica u hospital privado	8.3	7.1	7.7
Consultorio de farmacia	3.4	2.4	2.9
Otro lugar	1.8	1.6	1.7
Total	100.0	100.0	100.0

Notas: 1/ Corresponde a la pregunta: “¿Cuando tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende?”.

2/ Se excluye a la población que no especificó su edad, uso de servicios de salud o condición de habla indígena.

Fuente: Luna y Freyermuth con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI [Consulta: 1 de julio de 2016].

Tabla 1.10 Tasa de mortalidad de hombres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y municipios con población hablante de lengua indígena, Chiapas, 2014 ¹

Causas de defunción	Lugar	70% o más de población indígena	Lugar	40% a 69% de población indígena	Lugar	Resto de la población
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1	20.4	2	19.1	1	28.1
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	2	19.9	3	16.6	4	14.3
Agresiones (homicidios)	3	16.5	1	32.4	3	19.4
Enfermedades infecciosas intestinales	4	15.5	26	0.4	27	0.9
Enfermedades isquémicas del corazón	5	15.1	5	12.0	7	12.8
Infecciones respiratorias agudas bajas	6	15.1	8	5.4	13	5.8
Uso de alcohol	7	10.7	14	2.9	11	6.3
Diabetes mellitus	8	10.2	4	14.1	6	13.0
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	9	8.3	6	10.8	2	21.7
Nefritis y nefrosis	10	8.3	9	4.6	9	6.6
Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	11	5.3	11	4.2	8	9.3
Caídas accidentales	12	5.3	16	2.5	15	4.4

Notas: 1/ Por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.11 Tasa de mortalidad de hombres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y municipios con población hablante de lengua indígena, Guerrero, 2014 ¹

Causas de defunción	Lugar	70% o más de población indígena	Lugar	40% a 69% de población indígena	Lugar	Resto de la población
Agresiones (homicidios)	1	53.2	1	70.2	1	140.0
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	2	20.8	2	21.7	2	19.1
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3	18.2	3	18.4	3	14.9
Diabetes mellitus	4	10.4	4	13.4	4	14.8
VIH/Sida	5	9.1	6	5.0	5	13.3
Envenenamiento accidental	6	6.5	7	5.0	22	1.2
Enfermedades isquémicas del corazón	7	5.2	8	5.0	6	10.1
Uso de alcohol	8	5.2	5	10.0	12	2.8
Epilepsia	9	5.2	21	0.0	19	1.7
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	10	3.9	12	3.3	7	4.4
Nefritis y nefrosis	11	3.9	13	3.3	13	2.6
Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	12	2.6	9	5.0	16	2.2

Nota: Por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.12 Tasa de mortalidad de hombres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y municipios con población hablante de lengua indígena en Oaxaca, 2014 ¹

Causas de defunción	Lugar	70% o más de población indígena	Lugar	40% a 69% de población indígena	Lugar	Resto de la población
Agresiones (homicidios)	1	49.4	1	44.0	1	44.1
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2	40.7	2	31.7	3	19.7
Diabetes mellitus	3	16.8	4	14.3	4	13.1
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	4	16.5	3	30.7	2	24.4
Uso de alcohol	5	12.8	10	5.1	8	6.7
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	6	11.8	8	6.1	7	8.0
Enfermedades isquémicas del corazón	7	10.4	9	6.1	6	9.5
VIH/Sida	8	6.1	5	9.2	5	10.4
Nefritis y nefrosis	9	5.7	16	2.0	14	3.1
Desnutrición calórico proteica	10	5.7	12	3.1	21	1.6
Ahogamiento y sumersión accidentales	11	5.0	13	3.1	13	3.3
Enfermedad cerebrovascular	12	4.7	11	4.1	11	4.0

Nota: Por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.13 Tasa de mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población indígena, Chiapas, 2014 ¹

Causa de defunción	Lugar	70% o más de población indígena	Lugar	40% a 69% de población indígena	Lugar	Resto de la población
Enfermedades infecciosas intestinales	1	11.7	17	1.5	20	1.0
Diabetes mellitus	2	10.8	1	10.7	1	12.6
Infecciones respiratorias agudas bajas	3	9.4	8	2.7	13	2.8
Enfermedades isquémicas del corazón	4	5.8	2	6.5	2	5.8
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5	5.8	3	5.4	4	4.8
Nefritis y nefrosis	6	4.5	4	4.6	5	4.7
Tumor maligno del cuello del útero	7	3.6	5	3.4	3	5.2
Hemorragia obstétrica	8	3.1	15	1.9	21	0.8
Agresiones (homicidios)	9	2.7	16	1.9	7	3.9
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	10	2.7	9	2.3	11	3.2
Tuberculosis	11	2.7	20	1.1	16	1.8
Tumor maligno de la mama	12	2.2	10	2.3	8	3.7

Nota: Por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.14 Tasa de mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población indígena, Guerrero, 2014 ¹

Causa de defunción	Lugar	70% o más de población indígena	Lugar	40% a 69% de población indígena	Lugar	Resto de la población
Agresiones (homicidios)	1	18.9	1	10.4	1	13.6
Tumor maligno del cuello del útero	2	6.7	11	1.5	6	4.2
VIH/Sida	3	4.4	20	0.0	7	3.6
Hemorragia obstétrica	4	4.4	2	7.4	19	0.8
Diabetes mellitus	5	3.3	3	7.4	2	10.4
Enfermedades isquémicas del corazón	6	3.3	7	3.0	4	4.7
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	7	3.3	5	4.5	3	4.8
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8	2.2	12	1.5	10	2.5
Tumor maligno de la mama	9	2.2	21	0.0	5	4.7
Nefritis y nefrosis	10	2.2	13	1.5	12	2.4
Enfermedad cerebrovascular	11	2.2	14	1.5	8	3.2
Anemia	12	2.2	15	1.5	14	1.9

Nota: Por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.15 Tasa de mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y municipios con población indígena, Oaxaca, 2014¹

Causa de defunción	Lugar	70% o más de población indígena	Lugar	40% a 69% de población indígena	Lugar	Resto de la población
Diabetes mellitus	1	16.3	1	8.2	1	9.6
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2	6.8	5	5.5	14	1.4
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	3	6.2	2	6.4	6	3.0
Agresiones (homicidios)	4	5.6	3	6.4	2	8.6
Enfermedades isquémicas del corazón	5	5.0	8	3.6	10	2.1
Enfermedad cerebrovascular	6	4.1	9	2.7	8	2.4
Epilepsia	7	4.1	12	1.8	16	1.3
Nefritis y nefrosis	8	3.8	10	2.7	11	2.1
Tumor maligno de la mama	9	3.3	6	5.5	3	5.0
Leucemia	10	2.7	11	2.7	9	2.4
Tumor maligno del cuello del útero	11	2.4	4	6.4	5	3.2
Enfermedades hipertensivas	12	2.4	21	0.0	13	1.8

Nota: Por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.16 Tasa de defunciones por sexo según las principales causas de muerte y municipios con población indígena, Chiapas, 2014

Causas de defunción	70% o más de población indígena		40% a 69% de población indígena		Resto de la población	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Enfermedades infecciosas intestinales	15.5	11.7	0.4	1.5	0.9	1.0
Diabetes mellitus	10.2	10.8	14.1	10.7	13.0	12.6
Infecciones respiratorias agudas bajas	15.1	9.4	5.4	2.7	5.8	2.8
Enfermedades isquémicas del corazón	15.1	5.8	12.0	6.5	12.8	5.8
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	20.4	5.8	19.1	5.4	28.1	4.8
Nefritis y nefrosis	8.3	4.5	4.6	4.6	6.6	4.7
Tumor maligno del cuello del útero	-	3.6	-	3.4	-	5.2
Hemorragia obstétrica	-	3.1	-	1.9	-	0.8
Agresiones (homicidios)	16.5	2.7	32.4	1.9	19.4	3.9
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	19.9	2.7	16.6	2.3	14.3	3.2
Tuberculosis	0.5	2.7	2.5	1.1	2.6	1.8
Tumor maligno de la mama	-	2.2	-	2.3	-	3.7

Nota: Por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.17 Tasa de defunciones por sexo según las principales causas de muerte y municipios con población indígena, Guerrero, 2014

Causas de defunción	70% o más de población indígena		40% a 69% de población indígena		Resto de la población	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Hombres	Mujeres	Hombres
Agresiones (homicidios)	53.2	18.9	70.2	10.4	140.0	13.6
Tumor maligno del cuello del útero	-	6.7	-	1.5	-	4.2
VIH/Sida	9.1	4.4	5.0	0.0	13.3	3.6
Hemorragia obstétrica	-	4.4	-	7.4	-	0.8
Diabetes mellitus	10.4	3.3	13.4	7.4	14.8	10.4
Enfermedades isquémicas del corazón	5.2	3.3	5.0	3.0	10.1	4.7
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	20.8	3.3	21.7	4.5	19.1	4.8
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	18.2	2.2	18.4	1.5	14.9	2.5
Tumor maligno de la mama	-	2.2	-	0.0	-	4.7
Nefritis y nefrosis	3.9	2.2	3.3	1.5	2.6	2.4
Enfermedad cerebrovascular	1.3	2.2	1.7	1.5	3.7	3.2
Anemia	2.6	2.2	3.3	1.5	1.5	1.9

Nota: Por cada 100,000 habitantes.

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.18 Tasa de defunciones por sexo según las principales causas de muerte y municipios con población indígena, Oaxaca, 2014

Causas de defunción	70% o más de población indígena		40% a 69% de población indígena		Resto de la población	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Diabetes mellitus	16.8	16.3	14.3	8.2	13.1	9.6
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	40.7	6.8	31.7	5.5	19.7	1.4
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	16.5	6.2	30.7	6.4	24.4	3.0
Agresiones (homicidios)	49.4	5.6	44.0	6.4	44.1	8.6
Enfermedades isquémicas del corazón	10.4	5.0	6.1	3.6	9.5	2.1
Enfermedad cerebrovascular	4.7	4.1	4.1	2.7	4.0	2.4
Epilepsia	3.7	4.1	3.1	1.8	1.8	1.3
Nefritis y nefrosis	5.7	3.8	2.0	2.7	3.1	2.1
Tumor maligno de la mama	-	3.3	-	5.5	-	5.0
Leucemia	1.7	2.7	0.0	2.7	5.3	2.4
Tumor maligno del cuello del útero	-	2.4	-	6.4	-	3.2
Enfermedades hipertensivas	4.7	2.4	1.0	0.0	2.5	1.8

Nota: Por cada 100,000 habitantes.

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.19 Porcentaje de defunciones de mujeres de 15 a 49 años según sitio de defunción y municipios con población indígena, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 2014

Lugar de defunción	70% o más de población indígena			40% a 69% de población indígena			Resto de la población		
	Chis	Gro	Oax	Chis	Gro	Oax	Chis	Gro	Oax
Unidad Medica	15.9	29.2	30.2	33.4	34.3	44.4	43.4	42.8	45.0
Vía Pública	0.6	4.2	8.0	4.3	4.3	4.3	4.8	7.7	6.4
Hogar	78.1	49.0	57.4	56.3	50.0	47.0	46.8	33.8	42.1
Otro Lugar	0.9	5.2	1.9	2.3	2.9	1.7	2.9	3.8	3.4
Se Ignora	4.6	12.5	2.4	3.6	8.6	2.6	2.1	11.9	3.1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tablas 1.20 Porcentaje de defunciones de mujeres de 15 a 49 años, según localidad de residencia menor a 15 000 habitantes y porcentaje de HLI, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 2014

Zona menor 15,000 residencia	70% o más de población indígena			40% a 69% de población indígena			Resto de la población		
	Chis	Gro	Oax	Chis	Gro	Oax	Chis	Gro	Oax
Rural menor de 15,000 Habitantes	97.4	85.4	90.8	63.6	80.0	88.9	58.6	42.0	58.6
Urbana de 15,000 habitantes en adelante	2.0	12.5	6.3	34.8	18.6	9.4	40.5	56.4	38.8
No Especificado	0.6	2.1	2.9	1.7	1.4	1.7	0.9	1.5	2.6
Total general	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.21 Porcentaje de defunciones de hombres de 15 a 49 años según localidad de residencia menor a los 15 000 habitantes y porcentaje de HLI, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 2014

Zona menor 15,000 residencia	70% o más de población indígena			40% a 69% de población indígena			Resto de la población		
	Chis	Gro	Oax	Chis	Gro	Oax	Chis	Gro	Oax
Rural menor de 15,000 Habitantes	97.1	76.0	89.1	63.6	78.0	87.3	52.9	36.9	59.7
Urbana de 15,000 habitantes en adelante	2.5	21.0	7.8	34.6	17.4	9.4	43.2	60.8	37.0
No Especificado	0.4	3.0	3.1	1.9	4.5	3.3	3.8	2.3	3.3
Total general	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.22 Tasa de defunción de mujeres de 15 a 49 años según IDH y municipios con población indígena, Chiapas, 2014

Causa de defunción	Población indígena					
	40% o más de HLI			Menos de 40% de HLI		
	Índice de Desarrollo Humano					
	Medio alto	Medio bajo	Bajo	Alto	Medio alto	Medio bajo
Diabetes mellitus	11.6	11.4	7.8	9.4	9.4	17.5
Enfermedades isquémicas del corazón	9.9	5.0	9.4	3.9	5.9	6.7
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3.3	5.0	10.9	3.9	6.7	3.6
CaCu	6.6	3.6	0.0	4.4	5.6	5.4
Nefritis y nefrosis	3.3	4.7	4.7	2.8	5.6	4.6
Infecciones respiratorias agudas bajas	5.0	4.2	15.6	3.3	3.2	2.1
Agresiones (homicidios)	1.7	2.8	1.6	3.3	3.7	4.4
Leucemia	0.0	3.6	0.0	2.8	2.9	4.4
Enfermedades infecciosas intestinales	1.7	3.3	26.5	0.0	1.6	0.8

Nota: Por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.23 Tasa de defunción de mujeres de 15 a 49 años según IDH y municipios con población indígena, Guerrero, 2014

Causa de defunción	Población indígena				
	40% o más de HLI		Menos de 40% de HLI		
	Índice de Desarrollo Humano				
	Medio bajo	Bajo	Medio alto	Medio bajo	Bajo
Agresiones (homicidios)	13.2	28.1	16.3	8.7	6.5
Diabetes mellitus	8.1	4.7	11.4	11.5	6.5
Enfermedades isquémicas del corazón	5.9	14.0	5.1	4.9	0.0
Accidentes de vehículos de motor (tránsito)	4.4	0.0	5.3	4.4	6.5
CaCu	4.4	9.4	4.4	5.5	6.5
VIH / Sida	1.5	9.4	4.4	1.6	0.0
Lesiones autoinflingidas	5.1	0.0	0.8	2.7	13.0
Hemorragia obstétrica	6.6	0.0	0.7	1.1	0.0

Nota: Por cada 100 000 habitantes.

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud

(SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.24 Tasa de defunción de mujeres de 15 a 49 años según IDH y municipios con población indígena, Oaxaca, 2014

Causa de defunción	Población indígena							
	40% o más de HLI				Menos de 40% de HLI			
	Índice de Desarrollo Humano							
	Alto	Medio alto	Medio bajo	Bajo	Alto	Medio alto	Medio bajo	Bajo
Enfermedades isquémicas del corazón	0.0	4.8	3.8	11.9	1.8	2.3	2.6	0.0
CaCu	0.0	4.8	3.1	2.4	1.8	4.2	3.2	0.0
Enfermedad cerebrovascular	0.0	4.8	4.4	0.0	3.5	3.4	1.9	0.0
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	0.0	1.2	8.1	4.8	0.0	1.1	3.2	0.0
CaMa	29.1	3.6	3.8	4.8	4.4	5.1	5.2	0.0
Accidentes de vehículos de motor (tránsito)	0.0	10.8	5.3	9.5	4.4	3.4	1.3	0.0
Agresiones (homicidios)	0.0	7.2	5.6	9.5	2.6	9.6	11.0	0.0
Diabetes mellitus	0.0	14.3	16.3	4.8	8.8	8.2	14.9	0.0
Infecciones respiratorias agudas bajas	0.0	4.8	2.8	0.0	5.3	1.4	5.8	28.1

Fuente: Freyermuth y Ochoa (2016) con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050 [Consulta: 13 de julio de 2016].

Tabla 1.25 Factores asociados con la mortalidad materna en municipios, según su porcentaje de Hablantes de Lengua Indígena, México, 2010-2014

Características		RMM	
		Resto de municipios	Municipios de más de 40% de HLI
Escolaridad de la madre	Ninguna	116	263
	Primaria incompleta	90	158
	Primaria completa	60	88
	Secundaria incompleta	46	62
	Secundaria completa	36	55
	Bachillerato o preparatoria completa	2	41
	Profesional o posgrado	2	53
Derechohabiencia de la madre	Ninguna	37	83
	IMSS	37	44
	ISSSTE	55	75
	PEMEX, SEDENA o SEMAR	35	69
	SP	46	88
	Otra	39	327
	IMSS-Oportunidades	176	314
Lugar de atención del parto	Secretaria de salud	38	63
	IMSS-Oportunidades	18	24
	IMSS	30	128
	ISSSTE	44	39
	PEMEX, SEDENA o SEMAR	21	81
	Otra unidad pública	30	82
	Unidad médica privada	25	32
	Vía pública	221	385
	Hogar	187	353
Otro lugar	67	116	

Fuente: Freyermuth (2016) con base en información de la DGIS, 2010-2014.

Tabla 1.26 Número y porcentaje de defunciones, según causas de defunción en municipios, de acuerdo a su porcentaje de Hablantes de Lengua Indígena, México, 2010-2014

Causas de defunción	Resto de la población		Más de 40% de PI	
	No def	%	No def	%
Aborto	336	9.0	52	7.0
Enfermedad hipertensiva del embarazo	880	23.6	187	25.0
Hemorragia del embarazo. Parto y puerperio	647	17.4	227	30.4
Otras complicaciones. Principalmente del embarazo y parto	469	12.6	95	12.7
Sepsis y otras infecciones puerperales	82	2.2	18	2.4
Complicaciones venosas en el embarazo. Parto y puerperio	37	1.0	2	0.3
Otras complicaciones. Principalmente puerperales	203	5.5	17	2.3
Muerte obstétrica de causa no especificada	13	0.3	1	0.1
Causas obstétricas indirectas	1054	28.3	148	19.8
Total	3721	100.0	747	100.0

Fuente: Freyermuth (2016) con base en información de la DGIS, 2010-2014.

Tabla 1.27 Número y porcentaje de defunciones maternas, según tipo de enfermedades hipertensivas del embarazo, en municipios de acuerdo a su porcentaje de Hablantes de Lengua Indígena, México, 2010-2014

Enfermedades hipertensivas del embarazo	Código CIE-10	Resto de la población		Más de 40% de PI	
		No def	%	No def	%
Eclampsia	O15	459	52.2	110	58.8
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria	O14.1	370	42	68	36.4
Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	O10	18	2	2	1.1
Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada	O11	13	1.5	2	1.1
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) sin proteinuria	O13	15	1.7	3	1.6
Hipertensión materna, no especificada	O16	4	0.5	2	1.1
Total		879	100	187	100

Fuente: Freyermuth (2016) con base en información de la DGIS, 2010-2014.

Bibliografía

Capítulo 1

Aguirre Beltrán G. (1986). *Antropología Médica*. México: SEP-Cultura/CIESAS.

Berrío Palomo L. B. (2015). “Casas de la Mujer Indígena: una estrategia efectiva de articulación para la promoción y atención e la salud materna en zonas indígenas”. En G. Freyermuth (Ed.), *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Observatorio de Mortalidad materna en México, Comité promotor por una Maternidad Segura en México. Pp.166-175.

_____.(2013). *Construyendo y enunciando los derechos. Agendas políticas de mujeres indígenas en materia de salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia*. Mecanografiado.

Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH). (2010). *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. OEA/Ser.L/V/II. Doc.69, junio.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). (2003). *Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*. Recuperado de http://www.cdi.gob.mx/transparencia/convenio169_oit.pdf.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2014). *La pobreza en la población indígena de México, 2012*. Recuperado de http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/POBREZA_POBLACION_INDIGENA_2012.pdf.

_____.(s/f). *Listado de Programas Federales con Reglas de Operación (modalidad S), con presupuesto original*. <http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPFE/Paginas/historico.aspx>

Cuninham M. (2002). *Etnia, Cultura y Salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua*. Conferencia magistral presentada en el marco del Día Mundial de la Salud, Managua, Nicaragua. 5 de abril. Recuperado de http://www.paho.org/nic/index.php?gid=145&option=com_docman&task=doc_download

De Cosío, M. E. Z. (1990). “Políticas de población en México”. *Revista Mexicana de Sociología*, LII (1), pp. 15-32.

De la Cruz R. (1997). *Ponencia presentada en el Seminario de Políticas y Pueblos Indígenas*. Quito, Ecuador.

- De Teherán, P. (1968). *Proclamada por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán*. 13 de mayo. ONU Doc. In A/CONF (Vol. 32, p. 41).
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2007). *Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el Programa de Derechos Indígenas a cargo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas del ejercicio fiscal 2016*. Jueves 24 de diciembre. Recuperado de dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=5421354
- _____. (2013). *Acuerdo de Modificación a las Reglas de Operación del Programa de Acciones para la Igualdad de Género con Población Indígena (PAIGPI) a cargo de la Coordinación General de Fomento al Desarrollo Indígena para el ejercicio fiscal 2013*. Miércoles 27 de febrero. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5289138&fecha=27/02/2013
- Enlace Continental de Mujeres Indígenas. (2015). *Mesa de salud y partería tradicional*. VI Encuentro Enlace Continental de Mujeres Indígenas, Guatemala.
- Espinosa Damián, G. (2009). *Cuatro vertientes del feminismo en México: diversidad de rutas y cruce de caminos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Foro Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI). (2006). *Mairin Iwanka Raya. Mujeres indígenas confrontan la violencia. Informe complementario al estudio sobre violencia contra las mujeres del Secretario General de las Naciones Unidas*. Nueva York.
- Ferrer, M. (2005). *La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población.
- Franco-Marina, F., Lozano, R., Villa, B., y Solís, P. (2006). *La Mortalidad Materna en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7820.pdf>
- Freyermuth G. (2009). *Notas del 4to Encuentro del Enlace Continental de Mujeres Indígenas*, Lima, Perú Abril.
- Freyermuth G., González S. (2002). *Proyecto de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas y de combate a la violencia contra ellas. Propuesta guía para cinco estados de la república mexicana para Las Casas de Salud de las mujeres indígenas*. San Cristóbal de Las Casas Chiapas, México: Secretaría de Salud y Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- Freyermuth, G., Meléndez, D. (2009). *Inventario de Buenas Prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. El caso de las Casas de Salud de la Mujer Indígena*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/ Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Encuesta Intercensal 2015. Lenguas indígenas en México y hablantes (de 3 años y más) al 2015*. Recuperado de http://cuentame.inegi.org.mx/hipertexto/todas_lenguas.htm
- Jurado, R. (2002). *Exigibilidad de los derechos humanos relacionados con la comunicación desde el ámbito de las políticas públicas*. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/574/1/RAA-04-Jurado-Exigibilidad%20de%20los%20derechos.pdf>
- Oehmichen Bazán C. (1999). *Reforma Del Estado: Política Social e Indigenismo en México, 1988-1996*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (1994). *Cuarta Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, Egipto, septiembre*. Recuperado de <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>.
- _____. (2008). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Resolución aprobada por la Asamblea General [sin remisión previa a una Comisión Principal (A/61/L.67 y Add.1)]*. Recuperado de http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
- _____. (2003). *56ª Asamblea Mundial de la Salud A56/18. Punto 14.10 del orden del día provisional 31 de marzo*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5618.pdf.
- _____. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Informe de progreso. Serie Salud de los Pueblos Indígenas*. 8. junio. Washington, D.C.
- _____. (1999). *Pautas para la Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. Grupo de Trabajo sobre Recursos Humanos e Interculturalidad*. Managua, Nicaragua.
- _____. (2004). *Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Propuesta. Ejes de Trabajo y Plan de Acción 2005-2015*. Versión noviembre 2004. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/fulltext/propuesta/intro.pdf>
- _____. (ca. 2005). *Programa Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Plan de Acción 2005-2007*. Recuperado de http://www1.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Indig_PLAN05_07_esp.pdf?ua=1

Sánchez-Pérez, H. J., Arana-Cedeño, M., y Yamin, A. E. (2006). *Pueblos excluidos, comunidades erosionadas: La situación del derecho a la salud en Chiapas*, México: Physicians for Human Rights, El Colegio de la Frontera Sur, Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del Derecho a la Salud.

Secretaría de Salud (SSA), Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. (2013). *Guía de Implantación. Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional*. Recuperado de <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MedicinaTradicional/ModeloFortalecimientoMedicinaTradicional.pdf>.

Solís, G. González, G. (1985). Seminario: "Sistematización y análisis de un modelo alternativo de salud (Atención Primaria de Salud y Medicina Indígena) S.S.A-UNICEF". *Seminario llevado a cabo en las Oficinas Generales Instituto Nacional Indigenista-Subdirección de Atención a la Salud y Bienestar Social*, INI-UNICEF, Chiapas, México. Julio y agosto.

Tuñón Pablos, E., (1997). *Mujeres en escena de la tramoya al protagonismo. El quehacer político del movimiento amplio de mujeres en México (1982-1994)*. México: PUEG, UNAM, ECOSUR, Porrúa.

Capítulo 2

Calzado Mustelier, M., Rodríguez Rivero, L., Vargas Fajardo, E., & Vistel Sánchez, M. (2000). Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. *Revista Cubana de Enfermería*, 16(2). Pp.122-127.

Castaño, L. S. Á., & Stella, L. (2009). Los determinantes sociales de la Salud, más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia*. Pp. 69-79.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). (2010). Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en INEGI Censo General de Población y Vivienda, México, 2010. <http://www.cdi.gob.mx/cedulas/index.html>.

_____. (2016) Indicadores de la Población Indígena. Sistema de información e indicadores sobre la población indígena de México. Consulta de Cédulas de Información municipal y descarga de indicadores. México: CDI.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2014). *La pobreza en la población indígena de México, 2012*. México. CONEVAL. http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/POBREZA_POBLACION_INDIGENA_2012.pdf [10 de noviembre, 2015].

- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2013). *Base de datos de población, Proyecciones de población 2010-2050*.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2016). *Programa Especial Para los Pueblos Indígenas 2014-2018*. Lunes, 18 de julio.
- Corral Martín, A., Castañeda Abascal, I. E., Barzaga Torres, M., & Santana Espinosa, M. C. (2010). Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 36(1). Pp. 66-77. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100008.
- Charlton, J., R. Hartley, R. Silver y W. Holland. (1983). “Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales”. *The Lancet*. 323(8326). Pp. 692-696.
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). (2013). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html.
- Espejo, F. (2005). “Mayor escolaridad, mejor salud”. *Determinantes Sociales de la salud en Chile. Iniciativa Chilena de Equidad en Salud: Chile*.
- Farías, N., Souza, J. M. P. D., Laurenti, R., & Alencar, S. M. D. (2009). “Cardiovascular Mortality by Gender and Age Range in the City of Sao Paulo, Brazil: 1996 to 1998, and 2003 to 2005”. *Arquivos brasileiros de cardiología*. 93(5). Pp. 498-505. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001100010&script=sci_arttext&tlng=es
- Freyermuth. (2016). Con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI, y la base de Recursos Humanos, Físicos, Materiales y Financieros, Sectorial (SINAIS) 2012-2014, plataforma.
- Freyermuth y Gómez. (2015). Con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud.
- Gómez, R. D. (2008). “La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria Colombia. 1985-2001”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, Colombia*. Pp. 313 <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/investigaciones/tesis%20RDGomez.pdf>.
- Grossman, M. (1976). “The correlation between health and schooling”. En *Household production and consumption*. NBER. Pp. 147-224.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2013). *Mujeres y hombres en México*. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2010/MyH_2010.pdf.

- _____. (2015). *Encuesta Intercensal 2015. Síntesis metodológica y conceptual*, México. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825078836>.
- _____. (s/f). *ENOE. Pruebas de hipótesis*. http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/referenciaps_enoe_significancia.aspx.
- Jones, C. P. (2000). "Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale". En *American journal of public health*, 90(8), 1212.
- Kenkel, D. S. (1991). "Health behavior, health knowledge, and schooling". En *Journal of Political Economy*. Pp. 287-305.
- López-Carrillo, L., Suárez-López, L., & Torres-Sánchez, L. (2009). "Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva". En *Salud pública de México*, 51. Pp. s345-s349.
- Negrin, L. G. C. (2006). "Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela". *Revista Venezolana de Oncología*. 18(4), Pp. 269-281. <http://www.redalyc.org/pdf/3756/375637055011.pdf>.
- Ochoa y Freyermuth. (2016). Con base en Dirección General de Información en Salud (DGIS), Base de datos de defunciones generales 1979-2014 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Base de datos de población CONAPO 2014, Proyecciones de población 2010-2050.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (1994). *Cuarta Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, Egipto*. Septiembre. <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>.
- _____. (2009). *Diseño de muestras para encuestas de hogares. Directrices prácticas*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales División de Estadística, Nueva York. http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/Seriesf_98s.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) - Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra, Suiza. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.
- Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *El Índice de Desarrollo Humano (IDH)*. México. PNUD <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/library/poverty/idh-municipal-en-mexico--nueva-metodologia.html>.
- Sepúlveda, J. (1993). *La salud de los pueblos indígenas en México*. México: Secretaría de salud, Instituto nacional Indigenista. Impresiones y grabados. Pp. 100.

Torres, J. L., Villoro, R., Ramírez, T., Zurita, B., Hernández, P., Lozano, R., & Franco, F. (2003). *La salud de la población indígena en México. Caleidoscopio de la Salud México*. México: FUNSALUD. Pp.41-54.

Capítulo 3

Campbell, O. & Graham, W. (2006). "Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with What Works". En *The Lancet*, 368(9543). Pp. 1284-1299.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016) *México en cifras. Información nacional, por entidad federativa y municipios*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=>

_____. (2011). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1

Pelcastre, B., Meneses, S., Ruelas, G., y Reyes, H. (2011). *Proyecto: Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas*. México: Fondo Sectorial IMSS/ISSSTE/CONACyT-087123, 2009-2011.

Pintado, A.P. (2003). *Tarahumaras*. México: CDI, PNUD.

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA). (2010). *Síntesis del Diagnóstico prospectivo del sector rural del estado de Chihuahua*. Recuperado de <http://www.sagarpa.gob.mx/Delegaciones/chihuahua/Documents/EVALUACIONES%20EXTERNAS/2009/SINTESIS%20DIAGNOSTICO%20PROSPECTIVO%20DEL%20SECTOR%20RURAL%20DEL%20EDO%20DE%20CHIHUAHUA.pdf>

Capítulo 4

Argüello-Avendaño, H. (2016). *Mortalidad Materna a principios del siglo XXI en los Altos de Chiapas. México: violencia estructural y búsqueda de atención*. Tesis doctoral en revisión final, Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Cárdenas, R. (2009). *Indicadores selectos para la evaluación de las condiciones de salud*. México: Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos, Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud A.C.

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)-Unidad Sureste/Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Graciela Freyermuth Enciso, Hilda E. Argüello Avendaño, Ángel Zarco Mera. (2014). *Monitoreo de la*

Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes Indígenas. Servicios Amigables del Instituto de Salud del Estado de Chiapas y Servicios por pares de Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C., En La Zona Altos Tsotsil-Tseltal de Chiapas. México: CIESAS-INMUJERES.

Chiarotti, S. (2006). “Mujeres y derechos humanos: convergencias y tensiones entre dos movimientos sociales”. En Alicia Ely Yamin (Coord.), *Los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta.* México: Plaza y Valdés. Pp. 85-102.

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2015) *Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.* México. DOF. Jueves 12 de noviembre. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5415150&fecha=12/11/2015

Freyermuth, G. (2000). *Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad.* Tesis de doctorado en Antropología Social. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

_____. (2010). *Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad.* México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México, Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas, Documento de Trabajo 2010/1.

Freyermuth, G., Luna, M. y Muños, J. (2016). *Indicadores 2014. Mortalidad Materna en México,* México: Observatorio de Mortalidad Materna.

Gutiérrez-Aguirre, C. H., Alatorre-Ricardo, J., Cantú-Rodríguez, O. y Gómez-Almaguer, D. (2012). “Síndrome de Hellp, diagnóstico y tratamiento”. *Rev Hematol Mex,* 13(4). Pp. 195-200.

Freyermuth, G., Argüello-Avendaño, H. (2011). “La muerte prematura de mujeres en Los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia”. En *Pueblos y Fronteras digital,* 6 (10). Pp. 181-216.

Freyermuth, G.; Luna, M. (2014). “Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud”. En *Realidad, datos y Espacio Revista Internacional de Estadística y Geografía,* 5 (3). Pp. 44-61.

Leyva-Flores, R., Infante-Xibille, C., Pablo-Gutiérrez, J., Quintino-Pérez, F., (2013). “Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012”. En *Salud Pública de México,* 55 (2). Pp. S123-S128.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2009). *Consejo de Derechos Humanos 11º Período de sesiones Resolución 11/8. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos, 17 de junio.* Nueva York.

_____. (2012). *Consejo de Derechos Humanos 21º Período de sesiones. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, Temas 2 y 3 de la agenda A/HRC/21/22, 2 de julio.* Recuperado de http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf.

_____. (2000). *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12). Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales.* Nueva York: ONU. [11 de mayo de 2016]

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM.* Ginebra: OMS.

Secretaría de Salud (SSA). (2002). *Programa de Acción: “Arranque parejo en la vida”.* Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7106.pdf>.

_____. (2007). *Programa de Acción Específico 2002-2012 Arranque Parejo en la Vida.* Recuperado de https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjWvoOjh87OAhUTzGMKHfjzDggQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fsalud.edomex.gob.mx%2Fhtml%2Fdescarga.php%3Farchivo%3DMedica%2FARRANQUE%20PAREJO%20EN%20LA%20VIDA.%20PROGRAMA%20%202007-2012.PDF&usg=AFQjCNHWy3tBkdvPOy_i9deyf9H2gwfeZg&sig2=wD0CtoNxDF_I_rCeHqDz9Q&bvm=bv.129759880,d.cGc

Sesia, Paola. (2015). “Reuniones técnicas para la promoción de la salud materna en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz”. En Freyermuth G. (Coord.) *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia.* México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Observatorio de Mortalidad materna en México, Comité promotor por una Maternidad Segura en México. Pp. 37-43.

Thaddeus. S., Maine, D. (1994). “Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context”. En *Social Science & Medicine.* 38 (8). Pp. 1091-1110.

Capítulo 5

Ayala, G. (2015). “1 de cada 11 adultos en el mundo vive con diabetes”. *Federación Mexicana de Diabetes.* Diciembre. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/1-de-cada-11-adultos-en-el-mundo-vive-con-diabetes/>

- Barrios Alonso, V. (2001). "Enfermedad cardiovascular y diabetes". En M. Alpízar. *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: Editorial El Manual Moderno. Pp. 83-104.
- Balam Pereira, G., Gurri García, F. y Ochoa Estrada, E. (2004). "La desnutrición en Yucatán desde una perspectiva histórico-social". En *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 228. Pp.3-7.
- Bonfil Batalla, G. (2006). *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán. Un ensayo de antropología aplicada*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, Universidad Iberoamericana. Colección Clásicos y Contemporáneos en Antropología.
- Castañeda, M. (2015). *Compilación de tratados y observaciones generales del sistema de protección de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Estudio preliminar*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP). (2015). *Nota informativa 014: Medidas fiscales y extra fiscales para contrarrestar el consumo de bebidas saborizadas en México*. México: LX11 Legislatura, Cámara de Diputados.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2011). *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010*. México: Secretaría de Gobernación.
- (2015). *Datos abiertos del índice de marginación*. México: Secretaría de Gobernación.
- Dávila Cervantes, C. A., y Agudelo Botero, M. (2014). "Mortalidad evitable en México y su contribución a los años de vida perdidos. Análisis por grado de marginación estatal, 2001-2010". En *Papeles de Población*, 20(82). Pp. 267-286.
- International Diabetes Federation (IDF). (2015). *IDF Diabetes Atlas Seventh Edition*. International Diabetes Federation. Recuperado de <http://www.diabetesatlas.org/component/attachments/?task=download&id=164>
- Franco Marina, F., Lozano, R., Villa, B. y Solís, P. (2006). *La Mortalidad en México, 2000-2004. Muertes Evitables: magnitud, distribución y tendencias*. México: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. España: Ediciones Bellaterra, Serie General Universitaria.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Encuesta Intercensal*. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Resultados por entidad federativa, Yucatán*. México.

- Mendoza Millán, F., Maldonado Pérez, S. y Heredia Segura, G. (1992). “Costumbres y hábitos alimenticios en Yucatán. Patrón de consumo de alimentos de la clase media de la ciudad de Mérida”. En *Revista Biomédica*, 3(1). Pp. 40-44.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OMACNUDH), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2011). *Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México*. México.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Francia: Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos.
- _____. (2015). *Diabetes, nota descriptiva núm. 312*.
- Orosa Díaz, J. (1991). *Historia de Yucatán*. México: Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán.
- Sáenz Andujo, J. y Ramírez Camacho, D. (2015). “Irene Cruz Zúñiga. Justicia y reparación de daños en violaciones al derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos”. En G. Freyermuth (coordinadora). *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, Observatorio de Mortalidad Materna en México. Pp. 238-251.
- Secretaría de Salud (SSA). (2014). *Programa de Acción Específico (PAE) Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018*. México.
- _____. (2016). Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). *Catálogo Universal de Servicios de Salud*. México.
- _____. (2016). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2016). *Estrategia Grupos de Ayuda Mutua, Enfermedades Crónicas. Lineamientos de operación 2016*. México.
- _____. (2016). Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. (2016). *Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMI), Yucatán*. México.
- _____. (2010). *Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (NOM)*. (2010). *NOM015-SS2-2010*.
- Sepúlveda, J. (1993). *La salud de los pueblos indígenas en México*. México: Secretaría de salud, Instituto Nacional Indigenista.
- Velasco Campos, M. L. y Sinibaldi Gómez, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México: Editorial El Manual Moderno.

Capítulo 6

- Alcázar G., Escobar, R.A. (2005). *Disimulo, conservadurismo y muerte materna. La construcción social del cáncer cervicouterino en las instituciones de salud pública en San Cristóbal de Las Casas*. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma de Chiapas. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
- Alcázar, G., Escobar, R.A., y Sebastiana, A. (2008). “Disimulo y muerte femenina en Chiapas. Evasión del virus del papiloma humano en el desarrollo del cáncer cervicouterino”. En Olivera, M (coord.). *Violencia Femenicida en Chiapas. Razones visibles y ocultas de nuestras luchas, resistencias y rebeldías*. Tuxtla Gutiérrez, México: Colección Selva Negra. UNICACH. Pp. 105-128.
- Bury, M. (2001). “Illness Narratives: Fact or Fiction?”. En *Sociology of Health and Illness*, 23 (3). Pp. 263-285.
- Charlton JR, Hartley RN, Silver R, Holland WW. (1983). “Geographical Variation in Mortality from Conditions Amenable to Medical Intervention in England and Wales”. En *Lancet*, 1. Pp. 691-696.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (2015). *Materiales informativos. Virus del Papiloma Humano en Hombres*. Recuperado de http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/CancerdeLaMujer/CaCu/MaterialesInf.html
- _____. (2016). *Cáncer de Cuello Uterino. Programa Cáncer de la mujer*. Recuperado de http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/CancerdeLaMujer/CaCu/introduccion.html
- Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CDESC). (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General N° 14.E/C.12/2000/4. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www2.ohchr.org/english/>.
- De Villiers, E.M.L., & Zur Hausen, H. (1981). “Molecular Cloning of Viral DNA from Human Genital Warts”. En *J. Virol*, 40(1). Pp. 932–935.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2003). *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. México: DOF. Miércoles 11 de junio. Recuperado de <http://www.inali.gob.mx/pdf/ley-FPyED.pdf>.
- _____. (2104). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. México: DOF. Jueves 20 de marzo. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5337623&fecha=20/03/2014
- Doorbar, J., Quint, W., Banks ,L., Bravo, I.G., Stoler, M., & Broker, T.R. (2012). “The Biology and Life-cycle of Human Papillomaviruses”. En *Vaccine*, 30(5). Pp. 55-70.

- Freyermuth Enciso, MG. (2003). *Las mujeres de humo: Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: CIESAS, Comité por una maternidad voluntaria y sin riesgos en Chiapas, Instituto Nacional de las Mujeres, Instituto de la Mujer, Porrúa.
- Freyermuth, MG y Ochoa P. (2016). Datos estadísticos con base en: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones generales 1979-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html
- Goedert, J. J. (Ed.). (2000). *Infectious Causes of Cancer: Targets for Intervention*. New York: Springer Science & Business Media.
- Gómez-Arias, R. D., Nolasco, B. A., Pereyra-Zamora, P., Rodríguez-Ospina, F. L., & Agudelo-Londoño, S. M. (2009). “Mortalidad evitable y políticas en salud. Colombia 1985-2002”. En *Colomb Med.* 40(4). Pp. 373-386. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v40n4/v40n4a3.pdf>
- Herrero, R., Brinton, L., Reeves, W., Brenes, M., Tenorio, F., C. de Britton, R., Gaitan, E., García, M., Rawls, W. (1990). “Sexual Behavior, Venereal Diseases, Hygiene Practices, and Invasive Cervical Cancer in a High Risk Population”. En *Cancer*, 65(2). Pp.380-386.
- Hunt, N. L., (2000) “Strategic Suffering: Illness Narratives as Social Empowerment Among Mexican Cancer Patients”. En C. Mattingly & L. C. Garo (eds.), *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. California: University of California Press. Pp.88-107.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). *Causas de defunción. Defunciones generales de mujeres por principales causas de mortalidad, 2014*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
- _____. (2013). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). (2014). *Monitoreo de la atención de la salud sexual y reproductiva en adolescentes indígenas*. México: CIESAS/INMUJERES.
- _____. (2011). *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud*. Recuperado de http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/c29_o.pdf
- Kirlmayer, Laurence. (2000). “Broken narratives: clinical encounters and the poetics of illness experience”. En C. Mattingly & L. Garo (Eds). *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. California: University of California Press.

- Lazcano-Ponce, E. C., Rojas-Martínez, R., y López-Acuña, M.P. (1993). “Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico-uterino en la Ciudad de México”. En *Salud pública de México*. 35(1). Pp. 65-73.
- Lazcano-Ponce, E., Herrero, R., Muñoz, N., Cruz, A., Shah, K.V., Alonso, P. *et al.* (2001). “Epidemiology of HPV infection among Mexican women with normal cervical cytology”. En *Int J Cancer*, 91(3). Pp. 412-420.
- Lancharro Taverro, I., Gil García, E., Arroyo Rodríguez, A., Romero Serrano, R., Calvo Cabrera, I.M., Morillo Martín, M.S. (2014). “Cuidar y ser cuidada. Plan de Atención a cuidadoras familiares en Andalucía”. En *Revista Género y Salud en Cifras*, 12(2). Recuperado de http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/GySenC/ContenidoV12_2.html
- Melchor I., Nolascob, A., García-Senchermera, C., Pereyra-Zamorab, P., Pinab, J.A., Monchob, J., Martíneza, P., Valeroa, S. y Zurriaga, O. (2008). “La mortalidad evitable. ¿Cambios en el nuevo siglo?”. En *Gaceta Sanitaria*, 22(3). Pp. 200-209.
- Priego Smith, Z. (2010). *Centro de Cancerología (CECAN) Hospital General de Tapachula*. Recuperado de http://hospitaltapachula.salud.gob.mx/interior/cecam_principal.html
- Reartes Peñafiel, D. L. (2005). *La infección por el virus del papiloma humano (VPH) conflictividades, miedos y ambivalencia. Un estudio con parejas y médicos en un hospital de tercer nivel de atención en la ciudad de México*. Tesis de doctorado. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Riessman, C.K. (2002). “Illness narratives: positioned identities”. En *Invited annual lecture, Health Communication Research Centre, Wales, U.K.: Cardiff University*.
- Rutstein, D. D., Berenberg, W., Chalmers, T. C., Child 3rd, C. G., Fishman, A. P., Perrin, E. B., & Evans, C. C. (1976). “Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method”. En *New England Journal of Medicine*, 294(11). Pp. 582-588.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). (2009). *Encuesta Nacional de Jornaleros 2009, Módulo de consulta de resultados*. México: SEDESOL. Recuperado de <http://www.cipet.gob.mx/jornaleros/>
- Secretaría de Salud (SSA), Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva. (2014). *Programa de acción específico. Prevención y control del cáncer de la mujer. 2013-2018*. Recuperado de http://www.cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/cancermama/ProgAccionCancer.html
- _____. (1998). NOM-014-SS2-1994, *Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>

Skultans, V. (1998). *The Testimony of our Lives: Narrative and Memory in Post-soviet Latvia*. London, England: Routledge.

Vaqui Rodríguez, S., y Stieповich Bertoni, J. (2010). “Cuidado informal, un reto asumido por la mujer”. En *Ciencia y enfermería*, 16(2). Pp. 17-24.

Zur Hausen, H. (1982). “Human genital cancer: Synergism between two virus infections or synergism between a virus infections and initiating events”. En *Lancet*, 2. Pp.1370-1373.

_____. (1996). “Papillomavirus infections a major cause of human cancers”. En *Biochimica et Biophysica. Acta*, 1288. Pp. 55–78.

_____. (1989). “Papillomaviruses in anogenital cancer as a model to understand the role of viruses in human cancers”. En *Cancer Research*, 49(17). Pp. 77-81.

_____. (1999). “Papillomaviruses inhuman cancers”. En *Proc. Assoc. Am. Physicians*, 111(6). Pp. 581 – 587.

Capítulo 7

Alatorre, W. E. (1998). “Las mujeres y el derecho a la salud”. En *Revista Mexicana de Justicia*, (4). Pp. 51-56.

Amorós, C. (1997). *Tiempo de feminismo: sobre feminismo, proyecto ilustrado y posmodernidad*. Madrid, España: Universidad de Valencia.

Amuchástegui, A. y Rivas, M. (2004). “Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión”. En *Estudios Demográficos y Urbanos*, (057). Pp. 543-597.

Aranda, P. y Castro, M. (2016). “El campo de la agroindustria en el noroeste de México y la salud de sus jornaleras: una propuesta de estudio”. En *Salud Colectiva*, 12(1). Pp. 55-70.

Arendt, H. (1998). *Los orígenes del totalitarismo*. España: Taurus.

Arellano, M. (2014). “Violencia laboral contra jornaleras agrícolas en tres comunidades del Noroeste de México”. En *Región y Sociedad*, (4). Pp.155–87.

Arizpe, L. (1986). “Las mujeres campesinas y la crisis agraria en América Latina”. *Nueva Antropología*, VII(30). Pp. 57-65.

Ballinas, V. (2013). “Proponen Reformas a La Ley Del IMSS Para Beneficiar a Jornaleros Agrícolas”. *La Jornada*. febrero. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2013/02/18/politica/011n2pol>

Barrón, A. (2012). “Caso de México”. En F. Soto y E. Klein (Coords.). *Empleo y*

- condiciones de trabajo de mujeres temporeras agrícolas*. Roma: FAO. Pp. 131-195.
- _____. (2013). “Desempleo entre los jornaleros agrícolas, un fenómeno emergente”. En *Revista Problemas del Desarrollo*, 175(44). Pp.55–80.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*, Argentina: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2002). *Razones prácticas*. Barcelona: Anagrama.
- Camarena, L., von Glascoe, Ch., Arellano, E., Zúñiga, E., y Martínez, C. (2012). “Agroquímicos y mujeres indígenas jornaleras en Baja California”. En L. Cedillo. (Coord.). *Género, medio ambiente y contaminación por sustancias químicas*. México: Instituto Nacional de Ecología. Pp. 67-77.
- Cano, F. (2001). *Percepciones acerca de la medicina y el derecho*. México: Facultad de Medicina, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Carton de Grammont, H. y Lara, S. (2004). *Encuesta a hogares de jornaleros migrantes en regiones hortícolas de México. Sinaloa, Sonora, Baja California Sur y Jalisco*. México: UNAM.
- Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan (CDHMT). (2013). *La Montaña de Guerrero: Tierra de Mujeres Migrantes*. Guerrero, México: Tlachinollan.
- _____. (2014). Página de internet del Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan. <http://www.tlachinollan.org/>
- _____. (2015). *Apoyan ONG demandas de las y los jornaleros agrícolas en San Quintín, representan el grito desesperado de millones*. Recuperado de <http://www.tlachinollan.org/comunicado-apoyan-ong-demandas-de-las-y-los-jornaleros-agricolas-en-san-quintin-representan-el-grito-desesperado-de-millones/>
- Cota-Elizalde, B. (s.f.). *Análisis del carácter clientelar de los programas sociales de combate a la pobreza, y las posibilidades de una política social centrada en los derechos humanos, para los indígenas asentados en Villa Benito Juárez, Navolato, Sinaloa*. Sin Fronteras. Recuperado de <http://www.uco.mx/resifro/pdf/SF2002.pdf>. Pp. 3-17.
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM). (2012). *Estudio Nacional sobre las Fuentes, Orígenes y Factores que Producen y Reproducen la Violencia contra las Mujeres*, México: SEGOB, CRIM-UNAM.
- Comisión Nacional del Agua. (2010). *Estadísticas agrícolas de los distritos de riego. Año Agrícola 2008-2009*. México: CONAGUA.

- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2015). *Secretaría de Desarrollo Social*. México.
- _____. (2015). *Ley del Seguro Social. Última reforma publicada DOF 12-11-2015*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/LSS.pdf>
- _____. (2006). *Ley Federal del Seguro Social. Última reforma publicada DOF 17-01-2006*. Recuperado de <http://www.oas.org/dil/esp/Ley%20Federal%20del%20Trabajo%20Mexico.pdf>
- _____. (2005). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lss/LSS_ref06_29abr05.pdf
- Ema, J. (2004). “Del sujeto a la agencia (a través de lo político)”. En *Athenea Digital*, (5). Pp. 1-24.
- Enlace, Comunicación y Capacitación, A.C. (2016). Página de internet de Enlace, Comunicación y Capacitación. <http://www.enlacecc.org/>
- Fraser, N. y Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*. Madrid: Ediciones Morata.
- Frente Indígena de Organizaciones Binacionales (FIOB). (2016). Página de internet del Frente Indígena de Organizaciones Binacionales. <http://fiob.org/>
- Gamboa, C. y Gutiérrez, M. (2015). *Jornaleros agrícolas en México. Antecedents, Políticas Públicas, Tratados Internacionales, Causas y Efectos del Problema, Iniciativas y Opiniones Especializadas*. México: Cámara de Diputados LXIII Legislatura.
- Giddens, A. (1998). *La constitución de la sociedad: Bases para la teoría de la estructuración*. Argentina: Amorrortu.
- Gilly, A. (2014). “El Tiempo del despojo. Poder y Territorio”. En *OSAL Observatorio Social de América Latina*, XV(35). Pp. 27–37.
- Gómez, E. y García, G. (2002). “La problemática de la población jornalera agrícola migrante ante las transformaciones de la agricultura mexicana”. En *Nueva Época*, (612). Pp. 60-61.
- Guerra, M. (2007). *La Seguridad Social de los Trabajadores del Campo en México*. Ponencia presentada en 5to. Congreso de la Asociación Iberoamericana de Juristas del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social. Recuperado de <http://aijdtssgc.org/2007/11/07/la-seguridad-social-de-los-trabajadores-del-campo-en-mexico/>

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (1998). *Discurso pronunciado en la instalación de la Comisión de Evaluación y Seguimiento de la Seguridad Social para Jornaleros Agrícolas*. Recuperado de http://www.genaroborregoestrada.mx/documentos/director_general_IMSS/1998/agosto/13/GBE_Director_General_del_IMSS_13-agosto-1998.pdf
- United Nations Development Programme. (UNDP). (2015). *Human Development Report. Datos sobre el Desarrollo Humano (1980-2015)*. Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.hdr.undp.org/es>
- Haro, J. (2007). “Globalización y salud de los trabajadores. Jornaleros agrícolas y producción de uva en Pesqueira, Sonora”. En *Región y Sociedad*, 19(40). Pp.73-105.
- Hernández, J. (2014). “Condiciones de trabajo e ingreso en la agricultura intensiva mexicana”. En *Análisis Económico*, XXIX(71). Pp.137-160.
- Lara, S. (2003). “Violencia y contrapoder: una ventana al mundo de las mujeres indígenas migrantes en México”. En *Revista Estudios Feministas*, 11(2). Pp. 381-397.
- Lara, S. y Carton de Grammont, H. (2011). “Reestructuraciones Productivas Y Encadenamientos Migratorios”. En S. Lara (coord.). *Los “Encadenamientos Migratorios” En Espacios de Agricultura Intensiva*. México: Miguel Ángel Porrúa, El Colegio Mexiquense. Pp.33-78
- Laurell, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: Colección CLACSO, CROP.
- Macías, M. (2013). *Condiciones generales de trabajo de los jornaleros agrícolas migrantes y su extensión a sus hijos. A propósito de la explotación laboral infantil*. México: UNAM. Pp. 349-377.
- Masi, A. (2011). “Condiciones de posibilidad de subjetividades emergentes en adolescentes, niños y niñas que viven los efectos de los procesos de exclusión”. En *Argonautas*, (1). Pp. 87-98.
- Moctezuma, G. (2000). *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*. México: Cámara de Diputados, UNAM.
- Morett, J. y Cosío, C. (2004). *Los jornaleros agrícolas en México*. México: Universidad Autónoma Chapingo, Diana.
- Programa de Investigación en Migración y Salud. (2008). *Informe Final La salud de los jornaleros migrantes y un modelo de responsabilidad social de las empresas agrícolas*. México: El Colegio de Sonora, CIAD, University of Arizona.
- Paolicchi, L. (2015). “La reconstrucción trascendental de la praxis. Discurso y reconocimiento como condiciones de posibilidad de la agencia”. En *Nuevas Fronteras de Filosofía Práctica*, (4). Pp. 30-49.

- Posadas, F. (2015). "Obreros Agrícolas Migrantes en Sinaloa". En *Región y Sociedad*, XXVIII(63). Pp.181-211.
- Querol, F. (2000). *La filosofía del derecho de K. Ch. F. Krause: con un apéndice sobre su proyecto europeísta*. Madrid: Universidad Pontífica Comillas.
- Rabosi, E. (1989). "El fenómeno de los derechos humanos y la posibilidad de un nuevo paradigma teórico". En *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, (3). Pp.323-343.
- Rivas, M., Amuchástegui, A., y Ortiz, A. (1999). "La negociación de los derechos reproductivos en México". En A. Ortiz. (Comp.). *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social*. México: UAM-Xochimilco, Edamex.
- Rivera, F. (2006). *La Provisión de Seguridad Social a Jornaleros Agrícolas en México: El caso de las modificaciones a La Ley del Seguro Social en los años 1995 y 2005*. Tesis de Maestría. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México.
- Rodríguez, B. (2015). "Jornaleros de San Quintín. Un Grito Desesperado Que Rebasó Las Forneras". *La Jornada. Suplemento la Ojarasca*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/11/oja-quintin.html>
- Rojas, T. (2012). "Bienestar Social de las Familias Agrícolas Migrantes: Acciones Gubernamentales y de las Empresas Agroexportadoras. Iberóforum". En *Revista de Ciencias Sociales de La Universidad Iberoamericana*, VII(14). Pp. 35-71.
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA). (2011a). *Indicadores Estatales Agroeconómicos*. México: SAGARPA.
- _____. (2011b). *Panorama agroalimentario y pesquero de Sonora 2011*. México: SAGARPA.
- _____. (2011c). *Indicadores Estatales Agroeconómicos*. Baja California. México: SAGARPA.
- Secretaría de Salud (SSA). (2014). *Seguro Popular*. Recuperado de <http://www.seguro-popular.gob.mx/>
- Scott, J. (1996). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En M. Lamas (Comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG. Pp. 265-302.
- Sparkes, A. y Devis, J. (s.f.). *Investigación narrativa y sus formas de análisis: una visión desde la educación física y el deporte*. (s.n.).

- Universidad Nacional Autónoma de México. (2013). *Capítulo primero: El derecho a la salud como derecho fundamental*. México: UNAM, Biblioteca Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Velasco, L. (2011). “Identidad regional y actores: una experiencia de intervención sociológica en el valle de San Quintín, Baja California”. En *Región y Sociedad*, XXIII(51). Pp. 43-70.
- Velasco, L., Ch. Zolniski y Coubés, M. (2014). *De jornaleros a colonos. Residencia, trabajo e identidad en el Valle de San Quintín*. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- Voces Mesoamericanas Acción con Pueblos Migrantes (VMAPM). (2016). Página de internet de Voces Mesoamericanas Acción con Pueblos Migrantes. <http://vocesmesoamericanas.org/>

Autores

Patricia Aranda Gallegos

Doctora en Ciencias Sociales por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Profesora-Investigadora del Centro de Estudios en Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora. Docente en maestría y doctorado de El Colegio de Sonora. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Autora de libros y artículos en revistas indexadas. Sus líneas de investigación son atención a la salud-enfermedad de poblaciones vulnerables, migración y salud de los jornaleros agrícolas.

María del Carmen Arellano Gálvez

Estudiante de Doctorado en Ecología y Desarrollo Sustentable por El Colegio de la Frontera Sur. Maestra en Ciencias Sociales por El Colegio de Sonora. Autora de artículos en revistas indexadas y capítulos de libros. Sus líneas de investigación son género, violencia contra las mujeres y procesos salud-enfermedad-atención.

Hilda Eugenia Argüello Avendaño

Médica, Maestra en Antropología Social. Candidata a doctora en Antropología Social y Comunicación. Se ha desarrollado en el campo de la investigación desde la antropología médica. Secretaria técnica del Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Mónica Carrasco Gómez

Psicóloga egresada de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Maestra en Salud Pública por la Universidad Veracruzana y Doctora en Ciencias de la Salud Pública por el INSP. Docente e investigadora Catedrática CONACYT adscrita al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Sureste. Desde 2014 pertenece al Sistema Nacional de Investigadores.

María del Carmen Castro Vásquez

Doctora en Ciencias Políticas y Sociales por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesora-Investigadora del Centro de Estudios en Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora. Autora de libros y artículos en revistas indexadas. Sus líneas de investigación son ciudadanía y salud, género, y atención a la salud-enfermedad. Docente de la maestría y doctorado de El Colegio de Sonora.

José Enrique Eroza Solano

Realizó estudios de etnología en la Escuela Nacional de Antropología e Historia y es Doctor en Antropología Social por la Universidad de Brunel en Reino Unido. Ha trabajado

como investigador para la Dirección de Culturas Populares, en el Instituto Nacional Indigenista, el Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio de La Frontera Sur y, actualmente, en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Sureste.

Graciela Freyermuth Enciso

Profesora e investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Sureste. Médica por la UNAM y doctora en Antropología Social. Consejera Académica del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2006-2010. Sus líneas de interés son salud reproductiva en pueblos indígenas, migración y violencia de género. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores.

Sergio Meneses Navarro

Médico cirujano por la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco; Maestro en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Doctor en Ciencias de la Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública. Actualmente es investigador de Cátedras CONACYT/CIESAS, pertenece al Sistema Nacional de Investigadores.

Blanca Pelcastre Villafuerte

Psicóloga social y doctora en psicología social por la Universidad de Barcelona. Actualmente es investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública, pertenece al Sistema Nacional de Investigadores.

Aracelly María Pereira Patrón

Maestra en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Trabajó en el proyecto “Hacia mayor equidad en salud: el papel de las organizaciones de la sociedad civil y su incidencia en las políticas públicas para la salud de mujeres indígenas en México” de Alternativas y Capacidades A.C., e International Development Research Centre. Su tema de investigación es la diabetes en Yucatán y recientemente ha incursionado en la problemática de la salud reproductiva e interculturalidad.

Marisol Vega Macedo

Maestra en Ciencias de la Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública. Actualmente es coordinadora operativa de la Alianza por la Salud, Alimentación y Nutrición en Chiapas.

Otras colaboradoras y colaboradores

Julieta Abeyta Torres

Diseñadora y comunicadora visual egresada de la UNAM.

Marisol Luna Contreras

Profesora e investigadora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México. Es especialista en Estadística Aplicada y Doctora en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Francisco Antonio Gómez Guillén

Asistente de investigación Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Sureste, licenciado en sociología por la Universidad Intercultural del Estado de Chiapas.

Juan Carlos Martínez Pérez

Becario de capacitación en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Sureste, selección y edición de fotografías.

Pilar Ochoa Torres

Consultora independiente, maestra en población por Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México.

Olinca Villanueva Hernández

Licenciada en psicología por la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, maestra en antropología social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y actualmente asistente de investigación.

Siglas y acrónimos

A

AFASPE Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados

APV Arranque Parejo en la Vida

C

CaCu Cáncer cervicouterino

CAEO Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica

CaMa Cáncer de mama

CAMIS Casas de Salud de la Mujer Indígena

CAUSES Catálogo Universal de Servicios de Salud

CDESC Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

CDI Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

CECAN Centro Estatal de Cancerología

CEDAW Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CENAPRECE Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

CIDH Comisión Interamericana de los Derechos Humanos

CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades

CIESAS Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – Unidad Sureste

CNDH EG Comisión Nacional de Derechos Humanos Entrevista Grupal

CNEGSR Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

CONAGUA Comisión Nacional del Agua

CONAM Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas de México

CONAPO Consejo Nacional de Población

CONAVIM Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres

CONEVAL Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

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

CPMSRM Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México

D

DAM Dirección de Atención Médica

DGIS Dirección General de Información en Salud

DM Diabetes mellitus

DMTyDI Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

DOF	Diario Oficial de la Federación
DSS	Determinantes sociales de la salud
E	
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
EG	Entrevistas grupales
EIC	Encuesta Intercensal
ENJO	Encuesta Nacional de Jornaleros Agrícolas
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
EVN	Esperanza de vida al nacimiento
F	
FIMI	Foro Internacional de Mujeres Indígenas
FIOB	Frente Indígena de Organizaciones Binacionales
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
G	
GAM	Grupos de Ayuda Mutua
H	
HLI	Hablante de lengua Indígena
HRAE-CS	Hospital Regional de Alta Especialidad- Ciudad Salud
I	
IDF	Federación Internacional de Diabetes
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IIDH	Instituto Interamericano de Derechos Humanos
IMC	Índice de Masa Corporal
IMEPLAM	Instituto Mexicano para el Estudio de Plantas Medicinales
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS- Prospera	Instituto Mexicano de Seguridad Social-Prospera antes Oportunidades
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INI	Instituto Nacional Indigenista
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
L	
LFT	Ley Federal del Trabajo

M

MHLI	Municipio con 40% o más de hablantes de lengua indígena
MI	Mortalidad Infantil
MM	Mortalidad Materna
MNHLI	Municipios no indígenas o con proporción de indígenas menor a 40%

N

NOM	Norma Oficial Mexicana
NV	Nacidos Vivos
NVR	Nacidos Vivos Registrados

O

OACNUDH	Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMM	Observatorio de Mortalidad Materna en México
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil

P

PAE	Programas de Acción Específicos
PAE APV	Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida
PAE-PCCM	Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer
PAIGPI	Programa de Acciones para la igualdad de género con Población Indígena
PAJA	Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PHILI	Población Hablante de Lengua Indígena
PI	Población Indígena
PIDESC	Pactos Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PIMSA	Programa de Investigación en Migración y Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUR	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRONASOL	Programa Nacional de Solidaridad
PROSESA	Programa Sectorial de Salud

R

RMM Razón de Mortalidad Materna

S

SAEH Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios

SAGARPA Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

SEDENA Secretaría de la Defensa Nacional

SEDESOL Secretaría de Desarrollo Social

SEED Subsistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones

SEMAR Secretaría de Marina

SESA Servicios Estatales de Salud

Sida Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SINAC Subsistema de Información sobre Nacimientos

SINAIS Sistema Nacional de Información en Salud

SINERHIAS Subsistema de Información en Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud

SIVEGAM Sistema de Vigilancia y Seguimiento de Grupos de Ayuda Mutua

SIS Sistema de Información en Salud

SNI Sistema Nacional de Investigadores

SNS Sistema Nacional de Salud

SP Seguro Popular

SPS Seguro Popular de Salud

SPSS Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

SPSS Sistema de Protección Social en Salud

SSA Secretaría de Salud

U

UCI Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos

UMTH Unidad de Medicina Tradicional y Herbolaria

UNAM Universidad Nacional Autónoma de México

UNEME EC Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas

UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICAH Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

V

VPH Virus del papiloma humano

Figuras

Figura 1. Determinantes sociales estructurales de las formas de enfermar y morir	28
Figura 2. Razón de mortalidad materna en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2002-2013	67
Figura 3. RMM según municipios con población indígena, Chiapas y Oaxaca, 2010-2014	89
Figura 4. RMM según escolaridad de la mujer, Chiapas y Oaxaca, 2010-2014	90
Figura 5. RMM según grado de marginación, Chiapas y Oaxaca, 2010-2014	91
Figura 6. RMM según lugar de atención, Chiapas y Oaxaca, 2010-2014	93
Figura 7. Primera demora aplicada al análisis de la muerte materna por hemorragia	96
Figura 8. Segunda demora aplicada al análisis de la muerte materna por eclampsia	98
Figura 9. Segunda demora aplicada al análisis de la muerte materna por aborto	100
Figura 10. Tercera demora aplicada al análisis de la muerte materna por preeclampsia severa	102
Figura 11. Tercera demora aplicada al análisis de la muerte materna por eclampsia	104

Tablas

Tabla 1. Tasa de defunción según sexo, población hablante de lengua indígena de 15-49 años, México, 2014	36
Tabla 2. Tasa de defunción según sexo, municipios con población hablante de lengua indígena de 15-49 años, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 2014	36
Tabla 3. Tasa de mortalidad de hombres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población hablante de lengua indígena, México, 2014	37
Tabla 4. Tasa de mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población hablante de lengua indígena, México, 2014	39
Tabla 5. Porcentaje de defunciones de mujeres de 15 a 49 años según sitio de defunción y población indígena, México, 2014	42
Tabla 6. Porcentaje de defunciones de mujeres de 15 a 49 años, según localidad de residencia menor a 15 000 habitantes y municipios con población indígena, México, 2014	43
Tabla 7. Porcentaje de defunciones de hombres de 15 a 49 años, según localidad de residencia menor a 15 000 habitantes y municipios con población indígena, México, 2014	43

Tabla 8. Recursos para la atención a la salud, según municipios con población indígena, México, 2015	.....	44
Tabla 9. Tasa de defunción de mujeres de 15 a 49 años según IDH y municipios con población hablante de lengua indígena, México, 2013	.....	46
Tabla 10. Rasgos sociodemográficos de Guerrero y región de La Montaña, 2015	.....	55
Tabla 11. Rasgos sociodemográficos de Chihuahua y región Tarahumara, 2015	.....	57
Tabla 12. Rasgos sociodemográficos de Nayarit y región El Nayar, 2015	.....	59
Tabla 13. Pobreza e ingreso corriente total por persona mensual en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2010	.....	60
Tabla 14. Porcentaje de cobertura de seguro público de salud en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2015	.....	64
Tabla 15. Razón de mortalidad materna en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2002-2014	.....	66
Tabla 16. Mortalidad materna. Mujeres que recibieron atención médica y mujeres que fallecieron en el hogar o vía pública, en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2002-2013	.....	68
Tabla 17. Recursos del sistema de salud por 10 000 habitantes en La Montaña de	.....	72

Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar,
2014

Tabla 18. Tasa de servicios de salud por 1 000 mujeres otorgados en primer nivel de atención de La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2014	74
Tabla 19. Tasa de egresos hospitalarios de mujeres por cada 1 000 habitantes en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2000-2014	75
Tabla 20. Tasa de egresos hospitalarios por atención gineco-obstétrica por 1 000 mujeres en La Montaña de Guerrero, Sierra Tarahumara y El Nayar, 2000-2014	76
Tabla 21. Porcentaje de nacimientos por cesárea en La Montaña y resto de Guerrero, 2000-2014	77
Tabla 22. Número de hospitales según nivel de resolutivez y municipios según población indígena, México, 2015	107
Tabla 23. Distribución de la población de tres y más años según habla de lengua indígena y sexo. Comparación de Yucatán con el nivel nacional, 2015	123
Tabla 24. Porcentaje de la población de 15 años y más HLI por condición de analfabetismo. Comparación de Yucatán con el nivel nacional, 2015	123
Tabla 25. Tasa de mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población HLI, Yucatán, 2014	124

Tabla 26. Causas CIE de mortalidad en mujeres HLI de 15 a 49 años en edad reproductiva, Yucatán, 2014	125
---	-----

Mapas

Mapa 1. Región de La Montaña, Guerrero	53
Mapa 2. Región Sierra Tarahumara , Chihuahua	56
Mapa 3. Municipio de El Nayar, Nayarit	58
Mapa 4. Yucatán	122

Tablas de los anexos

Tabla 1.1 Población indígena, México, 2015	203
Tabla 1.2 Regiones indígenas, total de municipios por entidad y número de municipios indígenas por entidad, México	204
Tabla 1.3 Distribución de la población por rezago educativo, asistencia a la escuela y analfabetismo, según condición de hablante de lengua indígena, México, 2015	205
Tabla 1.4 Distribución de la población indígena por rezago educativo, asistencia a la escuela y analfabetismo según sexo, México, 2015	206
Tabla 1.5 Porcentaje de viviendas con piso de tierra, disponibilidad de energía eléctrica, disponibilidad de agua entubada de la red pública, disponibilidad de excusado o sanitario y disponibilidad de drenaje según si el jefe del hogar es hablante de lengua indígena, México, 2015	207
Tabla 1.6 Distribución de la población de 3 años y más años según habla de lengua indígena y derechohabiencia a algún servicio de salud, México, 2015	208
Tabla 1.7 Distribución de la población de 3 y más años según habla de lengua indígena y uso de servicios de salud, México, 2015	209
Tabla 1.8 Porcentaje de la población hablante de lengua indígena de 3 años y más años según sexo y derechohabiencia a algún servicio de salud, México, 2015	210
Tabla 1.9 Distribución de la población hablante de lengua indígena de 3 y más años según sexo y uso de servicios de salud, México, 2015	211

Tabla 1.10 Tasa de mortalidad de hombres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y municipios con población hablante de lengua indígena, Chiapas, 2014	.....	213
Tabla 1.11 Tasa de mortalidad de hombres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y municipios con población hablante de lengua indígena, Guerrero, 2014	.....	214
Tabla 1.12 Tasa de mortalidad de hombres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y municipios con población hablante de lengua indígena en Oaxaca, 2014	.....	215
Tabla 1.13 Tasa de mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población indígena, Chiapas, 2014	.....	216
Tabla 1.14 Tasa de mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y población indígena, Guerrero, 2014	.....	217
Tabla 1.15 Tasa de mortalidad de mujeres de 15 a 49 años según las principales causas de muerte y municipios con población indígena, Oaxaca, 2014	.....	218
Tabla 1.16 Tasa de defunciones por sexo según las principales causas de muerte y municipios con población indígena, Chiapas, 2014	.....	219
Tabla 1.17 Tasa de defunciones por sexo según las principales causas de muerte y municipios con población indígena, Guerrero, 2014	.....	220
Tabla 1.18 Tasa de defunciones por sexo según las principales causas de muerte y municipios con población indígena, Oaxaca, 2014	.....	221
Tabla 1.19 Porcentaje de defunciones de mujeres de 15 a 49 años según sitio de defunción y municipios con población indígena, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 2014	.....	221

Tablas 1.20 Porcentaje de defunciones de mujeres de 15 a 49 años, según localidad de residencia menor a 15 000 habitantes y porcentaje de HLI, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 2014	.....	222
Tabla 1.21 Porcentaje de defunciones de hombres de 15 a 49 años según localidad de residencia menor a los 15 000 habitantes y porcentaje de HLI, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 2014	.....	222
Tabla 1.22 Tasa de defunción de mujeres de 15 a 49 años según IDH y municipios con población indígena, Chiapas, 2014	.....	223
Tabla 1.23 Tasa de defunción de mujeres de 15 a 49 años según IDH y municipios con población indígena, Guerrero, 2014	.....	223
Tabla 1.24 Tasa de defunción de mujeres de 15 a 49 años según IDH y municipios con población indígena, Oaxaca, 2014	.....	224
Tabla 1.25 Factores asociados con la mortalidad materna en municipios, según su porcentaje de Hablantes de Lengua Indígena, México, 2010-2014	.....	225
Tabla 1.26 Número y porcentaje de defunciones, según causas de defunción en municipios, de acuerdo a su porcentaje de Hablantes de Lengua Indígena, México, 2010-2014	.....	226
Tabla 1.27 Número y porcentaje de defunciones maternas, según tipo de enfermedades hipertensivas del embarazo, en municipios de acuerdo a su porcentaje de Hablantes de Lengua Indígena, México, 2010-2014	.....	226