

HÉCTOR JAVIER SÁNCHEZ-PÉREZ*
GUADALUPE VARGAS MORALES**
JOSEP MARÍA JANSÁ***

VIDA Y SALUD DE LA MUJER EN ZONAS DE ALTA MARGINACIÓN EN MÉXICO

¿ES PEOR SER INDÍGENA?

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han demostrado que Chiapas, con cerca de 4 millones de habitantes según los resultados del último censo de población, es el estado de mayor marginación socioeconómica de México (CONAPO, 1998; INEGI, 1990). En Chiapas, nueve de cada diez de sus más de 20 mil comunidades son consideradas, aun por las propias estadísticas oficiales, como de alta y muy alta marginación socioeconómica (CONAPO, 1998).

El estado de Chiapas, a la par que se sitúa en una de las condiciones socioeconómicas de mayor desventaja en México, posee también los peores indicadores demográficos, de salud y de recursos para la salud en el país (Sánchez-Pérez et al., 1995; Sánchez-Pérez, 1999).

En cuanto a sus condiciones de salud, puede señalarse como ejemplo el nivel registrado para el período 1991-1995, en que la mortalidad

* Investigador y profesor titular del Área de Población y Salud de El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México.

** Química Farmacobióloga por la Universidad Autónoma de Chiapas.

*** Licenciado en Medicina y Cirugía y doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona. Actualmente es jefe del Servicio de Salud Comunitaria de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

infantil de Chiapas, Oaxaca y Guerrero –los tres estados más marginados del país– presenta un rezago de más de diez años comparado con el país en su conjunto, pero de más de veinte años con respecto a otros estados norteños (CONAPO, 1998). En Chiapas ocurre, en términos relativos, el mayor número de muertes y nacimientos sin atención sanitaria de ningún tipo. Según cifras del sector salud, se dan al menos uno de cada diez casos de cólera y uno de cada tres casos de paludismo, y existen en su interior zonas endémicas de enfermedades asociadas a la pobreza (Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 1995).

En este contexto, las condiciones descritas para las mujeres en Chiapas son las más desfavorables del país. Por ejemplo, la tasa de analfabetismo en Chiapas es de 26%, la mayor del país, mientras que para México en su conjunto es de 10,6%. En el caso de las mujeres, el analfabetismo en Chiapas es de 33%, contra el 13% en el ámbito nacional. Asimismo, Chiapas tiene la tasa más alta de natalidad de México, la mayor tasa global de fecundidad, y la menor esperanza de vida en mujeres (Sánchez-Pérez, 1999).

De igual manera, debe destacarse que Chiapas cuenta con importantes asentamientos de población indígena. De los 62 pueblos etnolingüísticos reconocidos en el país, en Chiapas habitan personas de por lo menos 40 grupos distintos, destacándose los grupos tzeltal, tzotzil, chol, tojolabal, zoque, kanjobal, mame, chuj y jacalteco. De acuerdo al último conteo de población y vivienda realizado en 1995, Chiapas tiene 768.720 habitantes de 5 y más años de edad que hablan alguna lengua indígena (de los cuales al menos 32% no hablan el castellano), lo que significa que al menos uno de cada cuatro habitantes del estado es indígena (INEGI, 1996)¹.

Si bien es cierto que al interior del país existen mayores condiciones de marginación socioeconómica en la población indígena que en la no indígena, al interior de los grupos indígenas existen diferentes niveles de marginación socioeconómica. A manera de ejemplo pueden señalarse los siguientes aspectos (CONAPO, 1998):

1 De acuerdo a la conceptualización del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1998), los grupos indígenas se “caracterizan por valores culturales, idioma e identidad propios, así como por sus formas de organización social y modalidades específicas de vincularse con la naturaleza, de organizarse para el trabajo y de regirse por las normas y leyes que dicta su tradición”. Sin embargo, debido a las complejas dificultades para el análisis de lo que debe considerarse como indígena o no indígena, en México se ha tomado como indicador de esta condición el hecho de hablar o no alguna lengua indígena en la población de 5 y más años de edad (INEGI, 1990 y 1996). El CONAPO (1998) ha propuesto recientemente incorporar la condición de hablar alguna lengua indígena del jefe del hogar y/o cónyuge de las viviendas mexicanas, con lo que, una persona, independientemente de si hable o no alguna lengua indígena, por el hecho de residir en una vivienda cuyo jefe de hogar si la hable, sería condición suficiente para considerarlo también indígena.

- el 93% de los tzeltales reside en municipios clasificados como de “muy alta” marginación, en contraste con el 58% de los mixtecos (zona centro del país) que viven en municipios del mismo tipo;
- los tzeltales, tzotziles y tojolabales presentan los mayores promedios de hijos por mujer del país (más de 4,1 hijos por mujer);
- para 1995, la tasa de mortalidad infantil estimada en hablantes chontales fue de 33 por mil nacidos vivos, 40 por mil en chinantecos y zapotecos, 79 por mil en tarahumaras, 81 por mil en tzotziles, y 87 por mil en tojolabales.

Más allá de estos datos, se puede afirmar que prácticamente se carece de estudios que analicen las condiciones de vida y salud de las mujeres indígenas y no indígenas en zonas de alta marginación socioeconómica de Chiapas. Debido a ello, en 1998 se realizó una investigación orientada al análisis de las condiciones de salud en zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica en la Región Fronteriza, una de las nueve regiones administrativas en que se divide el estado de Chiapas (Sánchez-Pérez et al., 1996). En este trabajo se presentan los resultados obtenidos de dicho análisis.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

El objetivo central de este trabajo es analizar las condiciones de vida y salud de mujeres indígenas en zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica, como es el caso de la Región Fronteriza de Chiapas, México. Con tal propósito se realizó entre los meses de marzo y octubre de 1998 una encuesta en treinta y dos localidades (n=1.894 viviendas) de la Región Fronteriza de Chiapas. Esta región está ubicada en la frontera entre México y Guatemala, cuenta con alrededor de 425 mil habitantes, y es una de las áreas con mayores niveles de pobreza en Chiapas. De los doce municipios que la conforman, dos son considerados de muy alta marginación, nueve de alta marginación y uno de media marginación (CONAPO, 1993), con importantes asentamientos indígenas mayas (tojolabales en su mayoría) y campesinos.

Las treinta y dos localidades estudiadas fueron seleccionadas de manera aleatoria, bajo dos criterios de inclusión: grado de marginación socioeconómica alta y muy alta según la clasificación del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1993), y distancia de las comunidades a la unidad de salud más cercana de una hora o más (Sánchez-Pérez et al., 2001; 2000; The World Bank, 1997). La selección de comunidades se realizó a partir de los dos municipios de la región clasificados como de muy alta marginación (CONAPO, 1993), así como de una selección aleatoria de los nueve municipios considerados como de alta marginación. Posteriormente, a partir de información obtenida en campo, de

diferentes dependencias gubernamentales (Secretaría de Salud, Secretaría de Obras Públicas, etc.) y de organizaciones no gubernamentales con trabajo en la región, se efectuó un listado de comunidades de los municipios seleccionados según la distancia a la unidad de salud más cercana, clasificadas de acuerdo a la propuesta del Banco Mundial para analizar la accesibilidad a los servicios de salud: menos de una hora, y una o más horas (The World Bank, 1997). De las 1.894 viviendas seleccionadas para el estudio se pudo recopilar información de 1.878 hogares, en los que se censó a 11.274 habitantes.

Para el análisis de las condiciones de vida y salud de las mujeres de la zona de estudio se consideró solamente la información de la población entre 15 y 49 años de edad: 2.558 mujeres y 2.476 varones. Para los fines del estudio, se clasificó a la población como indígena o no indígena de acuerdo a si hablaban o no alguna lengua indígena (CONAPO, 1998 y 1993): 523 mujeres y 487 varones indígenas (principalmente de la etnia maya tojolabal), y 2.035 mujeres y 1.987 varones no indígenas (mestizos).

Los indicadores analizados fueron los siguientes.

Demográficos: 1. Tasa global de fecundidad (TGF); 2. Embarazo en los dos años previos al estudio.

Socioeconómicos: 1. Escolaridad; 2. Ocupación; 3. Seguridad social; 4. Indicadores de la vivienda (tipo de piso de la vivienda, material utilizado para cocinar los alimentos, disponibilidad de agua dentro de la vivienda, tipo de baño, tenencia de luz eléctrica o solar y de refrigerador); 5. Área de residencia (urbana o rural); 6. Grado de marginación del municipio de residencia (muy alto o alto) (CONAPO, 1993).

De salud: 1. Morbilidad percibida en los 15 días previos al estudio; 2. Autopercepción del estado de salud; 3. Tuberculosis pulmonar; 4. Resultado del último embarazo (nacido vivo, nacido muerto, aborto) y problemas de salud durante ese embarazo y parto; 5. Supervivencia del menor del último embarazo (vivo o muerto). 6. Antecedentes de hijos muertos.

De uso y acceso a los servicios de salud: 1. Atención prenatal adecuada (cinco o más consultas) y sitio de agente de atención del último embarazo ocurrido en los dos años previos al estudio; 2. Atención del parto en el último embarazo: agente, sitio de atención, y si fue o no cesárea.

La TGF fue calculada mediante el método de Brass, a partir de la información recopilada de hijos nacidos vivos, hijos nacidos vivos muertos e hijos sobrevivientes de las mujeres de 15 a 49 años que informaron haber tenido uno o más hijos nacidos vivos al momento del estudio. Los indicadores relativos al embarazo fueron la condición de estar o

no embarazada al momento del estudio, y el haber terminado o no un embarazo en los dos años previos al estudio.

Para la morbilidad percibida en las viviendas seleccionadas para el estudio se leyó un listado de “síntomas orientadores” (Ochoa Díaz et al., 1996) a fin de que las propias personas de las viviendas dijeran si en los quince días previos al estudio habían percibido o no alguna enfermedad. Para la detección de tuberculosis pulmonar se realizó, dentro de la encuesta de salud, una búsqueda activa de tosedores en las personas de 15 y más años de edad (Sánchez-Pérez et al., 2001). A las personas que informaron tener tos de quince o más días se les solicitaron tres muestras de esputo para realización de baciloscopías y cultivos, que se procesaron de acuerdo a la normativa vigente en México (Balandrano et al., 1996).

En cuanto a la atención prenatal y del parto, se recabó información directamente de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre el último embarazo terminado en los dos años previos al estudio. Se consideró caso de atención prenatal adecuada a toda mujer que informó haber recibido cinco o más consultas según la norma oficial mexicana vigente (Norma Oficial Mexicana, 1995). El resultado del embarazo se clasificó como nacido vivo, nacido muerto o aborto, de acuerdo a lo informado por las personas entrevistadas.

RESULTADOS

Los datos obtenidos en el estudio arrojan los resultados que se presentan a continuación, agrupados por tipos de indicadores.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

La estructura de edad de los cuatro grupos estudiados fue prácticamente la misma (la mediana se ubicó en 25 años de edad y el promedio de edad obtenido fue de 28 años). La tasa global de fecundidad hallada para 1996 fue de 7,1 en mujeres no indígenas (MNI) y de 8,1 en mujeres indígenas (MI). Asimismo, el 27,4% de las MNI había concluido un embarazo dentro de los dos años previos al estudio, en tanto que en las MI dicho porcentaje fue de 40,8 ($p < 0,05$). De igual manera, el 6,3% de las MNI estaban embarazadas en el momento del estudio, mientras que la cifra era del 9,1% para las MI ($p < 0,05$).

Cuadro 1

Indicadores socioeconómicos analizados en hombres y mujeres de 15 a 49 años, según condición de ser o no indígena, en zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica en la Región Fronteriza de Chiapas, México

| Indicador | Mujeres Indígenas (n=523) | Mujeres no Indígenas (2.035) | Hombres Indígenas (487) | Hombres no Indígenas (1.989) |
|---|---------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| <i>Escolaridad</i> | | | | |
| Sin escolaridad (%) ⁱ | 50,1 | 16,0 | 28,7 | 8,7 |
| 1-3 años de escolaridad (%) | 29,9 | 34,0 | 33,3 | 30,3 |
| Escuela Secundaria o más (%) | 2,1 | 12,4 | 9,7 | 16,8 |
| Promedio (años de escuela) | 0,7 | 1,5 | 1,2 | 1,7 |
| Mediana (años de escuela) | 0,0 | 2,0 | 1,0 | 2,0 |
| <i>Ocupación</i> | | | | |
| Trabajos agrícolas (%) | 67,3 | 17,4 | 80,7 | 79,0 |
| Trabajos no agrícolas (%) | 6,3 | 11,6 | 19,3 | 21,0 |
| Al hogar (%) | 26,4 | 71,0 | 0,0 | 0,0 |
| <i>Sin Seguridad Social (%)ⁱⁱ</i> | | | | |
| | 97,9 | 96,1 | 95,9 | 96,5 |
| <i>Condición de la vivienda</i> | | | | |
| Con piso de tierra (%) | 72,9 | 45,6 | 81,3 | 51,8 |
| Cocina con leña (%) | 92,4 | 80,5 | 97,9 | 91,9 |
| Sin agua dentro de la vivienda o solar (%) | 70,7 | 32,8 | 72,3 | 33,3 |
| Sin luz eléctrica o solar (%) | 17,8 | 13,1 | 15,0 | 13,7 |
| Sin refrigerador (%) | 95,8 | 81,7 | 96,5 | 83,7 |
| Sin excusado ni letrina (%) | 47,0 | 19,4 | 48,7 | 20,3 |
| <i>Área de residencia</i> | | | | |
| Urbana | 16,1 | 21,9 | 13,8 | 20,6 |
| Rural | 83,9 | 78,1 | 86,2 | 79,4 |
| <i>Grado de marginación del municipio de residenciaⁱⁱⁱ</i> | | | | |
| Alto | 1,0 | 61,6 | 2,3 | 58,8 |
| Muy Alto | 99,0 | 38,4 | 97,7 | 41,2 |

i. Todos los indicadores analizados, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), a menos que se indique lo contrario.

ii. Sin diferencias según las estadísticas significativas entre los cuatro grupos analizados.

iii. Según la clasificación de Consejo Demográfico Nacional (Consejo Nacional de Población/CONAPO, 1993).

Cuadro 2

Indicadores de salud analizados en hombres y mujeres de 15 a 49 años, según condición de ser o no indígena, en zonas de marginación socioeconómica alta y muy alta en la Región Fronteriza de Chiapas, México¹.

| Indicador | Mujeres Indígenas (n=523) | Mujeres no Indígenas (2.035) | Hombres Indígenas (487) | Hombres no Indígenas (1.989) |
|---|---------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Con morbilidad en los 15 días previos al estudio (%) | 71,3 | 73,3 | 58,3 | 56,5 |
| Percepción de salud al momento del estudio | | | | |
| Buena, muy buena(%) | 61,2 | 57,2 | 68,0 | 68,7 |
| Regular (%) | 13,7 | 19,7 | 11,8 | 17,5 |
| Mala, muy mala (%) | 25,2 | 23,1 | 20,2 | 13,8 |
| Con Tuberculosis Pulmonar (Tasa por de 100 mil del grupo) | 191,2 | 393,1 | 0,0 | 201,1 |
| Con problemas de salud durante el último embarazo en los dos años previos al estudio (%) ^{ii y iii} | 15,1 | 19,3 | ----,- | ----,- |
| Con problemas de salud durante el último parto en los dos años previos al estudio (%) ^{ii y iv} | 6,0 | 8,7 | ----,- | ----,- |
| Resultado del último embarazo en los dos años previos al estudio | | | | |
| Aborto o mortinato (%) ⁱⁱ | 2,5 | 1,0 | ----,- | ----,- |
| Niños nacidos vivos en los dos años previos al estudio pero que habían fallecido al momento de realizar el estudio (%) ^v | 4,1 | 1,2 | ----,- | ----,- |
| Tasa de Mortalidad en menores de dos años (por cada mil niños nacidos vivos) | 41,2 | 11,96 | ----,- | ----,- |
| Con antecedentes de hijos muertos (%) ^{vi} | 46,0 | 30,2 | ----,- | ----,- |

i. Todos los indicadores analizados, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), a menos que se indique lo contrario.

ii. Sobre 199 embarazos de mujeres indígenas (MI) y 591 embarazos de mujeres no indígenas (MNI).

iii. $p = 0,107$.

iv. $p = 0,151$.

v. Basado en 194 niños nacidos vivos de MI y 585 de MNI.

vi. Sólo en mujeres con uno o más niños nacidos vivos: 385 MI y 1.360 MNI.

INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

Tal como puede apreciarse en el Cuadro 1, en todos los indicadores analizados la población indígena presenta condiciones más desfavorables que la no indígena. En el caso de la escolaridad, conviene señalar que la situación desfavorable de las MI resulta más que evidente cuando se les compara no sólo con los valores observados con sus pares no indígenas, sino

también con los hombres no indígenas (HNI): así, mientras el 50% de las MI tiene cero años de escolaridad, sólo el 8,7% de los HNI está en esa situación. Asimismo, mientras sólo el 2,1% de las MI alcanza los estudios de secundaria o más, 17% de los HNI sí llega a este nivel de estudios.

Por otra parte, se destaca que a pesar de que las MI y los HI presentan mayores proporciones de población residiendo en localidades rurales que sus pares no indígenas, las diferencias se tornan totalmente dramáticas al analizar la condición de indígena o no indígena de las personas según grado de marginación del municipio de residencia: mientras que alrededor del 40% de los MNI y HNI habita en zonas consideradas como de muy alta marginación socioeconómica, prácticamente la totalidad de la población indígena (hombres y mujeres) habita en este tipo de zonas (Cuadro 1).

INDICADORES DE SALUD

Las MI y las MNI tuvieron prácticamente la misma proporción de personas que presentaron morbilidad percibida en los quince días previos al estudio (71 y 73%, respectivamente). Por su parte, los HI y HNI también tuvieron valores muy similares entre ellos (58,3% y 56,5%, respectivamente), pero mucho menores que los de las mujeres ($p < 0,05$). En lo que se refiere a su auto-percepción de salud en el momento del estudio, 61,2% de las MI dijeron sentirse “bien” o “muy bien”, 13,7% “regular”, y 25,2% declararon sentirse “mal” o “muy mal”. En las MNI, dichos porcentajes fueron de 57,2%, 19,7% y 23,1%, respectivamente. En el caso de los hombres (indígenas y no indígenas), se encontró una mayor tendencia a sentirse “bien” o “muy bien” que en las mujeres ($p < 0,05$). Entre los HNI, únicamente el 13,8% señaló sentirse “mal” o “muy mal” (Cuadro 2).

En cuanto a la prevalencia de tuberculosis pulmonar (TBP) detectada, la mayor frecuencia se encontró en las MNI, con una prevalencia de 3,93 por mil mujeres (en este grupo se detectaron ocho casos de TBP). En el caso de las MI fue de 1,91 (con un caso hallado), y en el de los HNI (con cuatro casos identificados) fue de 2,0 en igual denominador. No se hallaron casos en los HI. Estas diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas.

Respecto de la percepción de problemas de salud durante el último embarazo y parto en los dos años previos al estudio, resultó ligeramente mayor en las MNI que en las MI, aunque no significativa desde el punto de vista estadístico. En relación al resultado del último embarazo, de 199 embarazos documentados en las MI en los dos años previos al estudio, el 2,5% de ellos concluyó en aborto o con nacido muerto, es decir, hubo cinco niños no nacidos vivos. En el caso de las MNI, de 591 embarazos, el 1% (seis casos) nació muerto o fue aborto ($p < 0,05$). Asimismo, de los 194 menores nacidos vivos de las MI, el 4,1% ($n=8$) ya

Cuadro 3

Indicadores sobre la atención prenatal y del parto del último embarazo en los dos años previos al estudio en mujeres de 15 a 49 años, según condición de ser o no indígena, en áreas de marginación socioeconómica alta y muy alta en la Región Fronteriza de Chiapas, México

| Indicador | Mujeres Indígenas (n=199) | Mujeres no Indígenas (591) | p |
|---|---------------------------|----------------------------|--------|
| Atención Prenatal (número de consultas) | | | |
| Apropiado (5 o más) (%) | 82,9 | 75,8 | 0,068 |
| 1-4 (%) | 16,1 | 21,2 | -,---- |
| Cero Consultas (%) | 1,0 | 3,1 | -,---- |
| Promedio (DE) | 7,18 (3,38) | 6,68 (3,61) | 0,086 |
| Atención Prenatal (mes de inicio) | | | |
| Promedio (DE) | 3,38 (1,37) | 3,32 (1,47) | 0,629 |
| Mediana | 3,0 | 3,0 | -,---- |
| Inicio dentro de los tres primeros meses (%) | 64,6 | 65,7 | 0,709 |
| Razones del porqué no recibieron 5 o más consultas de atención prenatal | (n=34) | (n=143) | |
| No hubo necesidad (%) | 46,7 | 54,3 | |
| Distancia a los servicios de salud (%) | 10,0 | 8,0 | |
| Falta de dinero (%) | 13,3 | 10,9 | |
| Percepción de mala calidad de los servicios (%) | 13,3 | 9,4 | |
| Otros (%) | 16,7 | 17,3 | 0,785 |
| Agente de Atención Prenatal | | | |
| Partera (%) | 69,0 | 55,0 | |
| Servicio de Salud Institucional (%) | 30,0 | 39,5 | |
| Médico particular (%) | 1,0 | 5,2 | |
| No-sanitario (%) | 0,0 | 0,3 | 0,001 |
| Agente de atención del parto | | | |
| Partera (%) | 79,0 | 51,2 | |
| Servicio de Salud Institucional (%) | 17,6 | 25,9 | |
| Médico particular (%) | 0,5 | 3,4 | |
| Sola o con un familiar (no-sanitario) (%) | 1,5 | 19,5 | 0,000 |
| Sitio de atención del parto | | | |
| En su casa o casa de un familiar (%) | 80,4 | 70,8 | |
| Casa de la partera (%) | 4,5 | 3,4 | |
| Servicio de Salud Institucional (%) | 15,1 | 22,2 | |
| Médico privado (%) | 0,0 | 3,2 | |
| Automóvil (%) | 0,0 | 0,3 | 0,011 |
| Parto con cesárea (%) | 2,0 | 7,2 | 0,008 |

había fallecido al momento de realizar el estudio, en tanto que de los 585 nacidos vivos de MNI, únicamente el 1,2% (n=7) había muerto al momento de la encuesta ($p<0,05$). Con estas cifras, las tasas de mortalidad en menores de dos años de edad fueron de 41,2 por mil nacidos

vivos en MI y de 12,0 entre los niños de MNI. Con tales cifras, puede apreciarse una mortalidad de niños menores de dos años de edad 3,4 veces mayor en las MI que en las MNI (Cuadro 2). Finalmente, en lo que se refiere a antecedentes de hijos muertos entre las mujeres que habían tenido al menos un hijo nacido vivo, las MI tuvieron una frecuencia 1,5 veces mayor que las MNI en este indicador (Cuadro 2).

USO Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Las diferencias observadas en cuanto a número de consultas de atención prenatal entre MI y MNI quedaron en el límite de la significancia estadística. No obstante, se apreció una mayor tendencia de las MI a recibir cinco o más consultas prenatales y a tener una menor proporción de mujeres con cero consultas que entre las MNI. En cuanto al mes de inicio del embarazo, no se observó diferencia alguna entre MI y MNI. El promedio de consultas fue de 7,2 (desviación estándar, DE: 3,4) en las MI y de 6,7 (DE: 3,6) en las MNI. En ambos grupos, alrededor del 65% dio inicio a su atención prenatal en los primeros tres meses del embarazo. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el agente de salud utilizado para el control prenatal: el 69% de las MI recurrió a la partera, mientras que sólo 55% de las MNI lo hizo (Cuadro 3).

Es interesante mencionar que entre las MI y MNI que tuvieron menos de cinco consultas de atención prenatal (tal como lo señala la norma para considerar a la atención como adecuada en cuanto a número de consultas recibidas), prácticamente no hubo diferencias en las razones dadas para no haber tenido mayor cantidad de consultas: percepción de no necesidad (alrededor de la mitad de las mujeres en ambos grupos), falta de dinero para poder acudir a servicios de salud, percepción de mala calidad de los servicios, y distancia de los servicios de salud (Cuadro 3).

En lo referente al agente de atención del parto, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas: el 78,7% de las MI se atendieron con parteras, otro 14,7% lo hizo con algún médico, 4,7% fueron atendidas por un promotor de salud o enfermera, y el 1,9% recibió atención por algún agente no sanitario (ella misma o un familiar). Por su parte, el 51,1% de las MNI se atendió con parteras, 24,3% con médicos, 4,8% con promotores de salud o enfermeras, y 19,8% no recibió atención sanitaria. Es decir, en este grupo de mujeres prácticamente una de cada cinco no recibió atención sanitaria alguna durante su parto.

Finalmente, respecto a si el parto fue o no por cesárea, se encontró que solamente el 2% de las MI terminaron por esta vía, mientras que en las MNI fue el 7,2%.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio señalan que, aun en zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica, las condiciones de pobreza y los peores niveles de vida y salud se hacen más evidentes en las poblaciones indígenas que en las no indígenas. En términos generales, se encuentra que tanto hombres como mujeres indígenas tienen peores condiciones socioeconómicas que sus pares no indígenas.

En este sentido, el estudio efectuado pone en evidencia una serie de desigualdades sociales, a saber: la *socioeconómica* (desigualdad de clase), padecida por hombres y mujeres indígenas y no indígenas en zonas consideradas de alta marginación socioeconómica de Chiapas con respecto a otras regiones socioeconómicas; la existente entre hombres y mujeres indígenas con respecto a sus pares no indígenas (desigualdad *étnica*); la relativa a la condición de las mujeres indígenas y no indígenas con respecto a la de los hombres indígenas y no indígenas (desigualdad *de género*); y la desigualdad en la condición de las mujeres indígenas con respecto a las mujeres no indígenas, a los hombres indígenas y a los hombres no indígenas (triple opresión y subordinación) por su situación de pobreza, de indígena y de mujer (desigualdad *de clase, etnia y género*).

Dos aspectos llaman fuertemente la atención. En primer lugar, que las mujeres indígenas hayan tenido, por mucho, los menores niveles educativos, lo cual puede explicarse en parte porque las mujeres indígenas son educadas principalmente para el espacio doméstico, así como por las deficientes condiciones educativas en Chiapas, sobre todo en zonas de alta marginación socioeconómica. En segundo lugar, que la diferenciación indígena/no indígena de las localidades estudiadas sea más evidente por el grado de marginación de los municipios a los que se pertenece, y en mucho menor medida por la condición de urbano o rural, en un contexto en el que tan sólo poco más de diez comunidades en Chiapas (de las más de veintidós mil que existen en el estado) rebasan los diez mil habitantes.

Respecto a las condiciones de salud analizadas, puede destacarse lo siguiente:

- Las condiciones más desfavorables de las mujeres indígenas respecto de sus pares no indígenas, tal como lo demuestra la menor probabilidad de concluir su embarazo con un hijo nacido vivo (al menos dos veces menor) la mayor mortalidad en sus hijos menores de dos años de edad (cuatro veces superior a la de las mujeres no indígenas) y los mayores antecedentes de hijos muertos.
- El que se haya encontrado una mayor tasa de tuberculosis pulmonar (TBP) en la población no indígena que en la indígena (tanto en hombres como en mujeres) puede explicarse por diversas ra-

zones, tales como aquellas relativas a los problemas tenidos en la calidad y cantidad de muestras de esputo obtenidas para el diagnóstico de TBP entre la población indígena (Sánchez-Pérez et al., 2002). Aun cuando se contó con traductores del español-tojolabal-español, y a pesar de que se recogieron las muestras de esputo en las casas de los tosedores (Sánchez-Pérez et. al., 2001), muy probablemente problemas de comunicación impidieron obtener mayor número de muestras tanto en cantidad como en calidad. Así, por ejemplo, en el caso de los hombres indígenas (HI) (n=487) no se encontró caso alguno, y entre las mujeres indígenas (MI) (n=523) se halló tan sólo un caso. El haber encontrado al menos un caso más, ya sea en hombres o mujeres indígenas, hubiera aumentado los niveles de prevalencia a cifras similares observadas en la población no indígena. Otra explicación que podría contribuir a esa situación es que el número de población indígena estudiada haya sido insuficiente: mientras que se obtuvieron datos de 523 MI y de 487 HI, el número de hombres no indígenas (HNI) fue de alrededor de dos mil personas, al igual que en el caso de las mujeres no indígenas (MNI).

- En los indicadores de salud que tienen que ver con auto-percepción de problemas de salud, las MI, a pesar de presentar peores condiciones de salud en indicadores concretos (resultado del último embarazo, antecedentes de hijos muertos, supervivencia de su último hijo), no se percibieron como un grupo de mayor riesgo que las MNI. Por el contrario, se vio una tendencia a que estas últimas se percibían con mayores problemas de salud que las MI. En el caso de la morbilidad percibida en los últimos quince días previos a la encuesta, prácticamente se encontró la misma prevalencia entre ambos grupos: en este indicador, la variable que diferenció a los cuatro grupos estudiados no fue la condición de ser o no indígena, sino el sexo de las personas: las mujeres tuvieron mayores prevalencias de morbilidad que los hombres. En relación a la auto-percepción de salud en el momento de la realización del estudio, no se encontró una tendencia clara entre MI y MNI; también en este indicador las diferencias observadas fueron por la condición de ser hombre o mujer, antes que por ser indígena o no indígena: los hombres tuvieron mayores porcentajes de auto-percepción de salud como “bien” o “muy bien” que las mujeres. Conviene hacer notar dos aspectos en este indicador: primeramente, que los HNI fueron los que tuvieron la mejor auto-percepción de salud; y en segundo lugar, las diferencias observadas entre las MI y las MNI –si bien las MI tuvieron un mayor porcentaje de quienes dijeron sentirse “bien” o “muy bien” que las MNI, también

tuvieron el mayor porcentaje de quienes dijeron sentirse “mal” o “muy mal”. De hecho, mientras los HNI fueron el grupo con menor proporción en esta categoría, las MI fueron las de mayor proporción en esta valoración de su salud. En la percepción de problemas de salud durante el último embarazo y parto, se observó también una mayor tendencia a percibir problemas en las MNI que en las MI (ello a pesar de que, tal como ya se mencionó, las MI tuvieron mayor frecuencia de mortinatos y de hijos nacidos vivos muertos en los dos primeros años de edad). Ello es muy importante de destacar debido a que tal situación evidencia un muy bajo nivel de percepción de riesgo a la salud de este grupo de mujeres, que contrasta notablemente con sus condiciones de salud encontradas (de acuerdo a los indicadores de salud analizados en este estudio). El hecho de que las MI no se auto-perciban como un grupo de mayor riesgo a su salud a pesar de tener condiciones de salud más desfavorables sugiere la necesidad de realizar estudios que permitan analizar en mayor profundidad este fenómeno desde sus identidades construidas y asumidas, con fuertes elementos de subordinación y opresión genérica, cultural, clasista y racista.

En lo que se refiere al uso y acceso a los servicios de salud, con base en los indicadores analizados, al menos son tres los aspectos que merecen resaltarse:

- La tendencia observada de un mayor número de consultas durante el control prenatal en las MI que en las MNI, lo cual básicamente se debió al importante papel que tienen las parteras en el área estudiada. De esta forma, el hecho de que las MNI recurrieran con menos frecuencia a las parteras determinó en gran medida que una de cada cinco de estas mujeres (ya sea por distancia de los servicios de salud, por falta de dinero o por no haber podido acudir a servicios de salud por algún motivo) no tuviera atención sanitaria alguna durante el momento del parto (en las MI esta situación sólo se presentó en el 2%).
- La importante proporción de partos ocurridos en las casas de las mujeres (80% en el caso de las MI y 71% en las MNI), lo cual es relevante debido a que la gran mayoría de ellos ocurre en situaciones higiénico-sanitarias desfavorables, tal como se ha documentado en otros estudios (Sánchez-Pérez et al., 1998) y tal como se puede apreciar a través de los indicadores de vivienda analizados (Cuadro 1).
- La frecuencia 3,6 veces mayor de partos atendidos por cesárea entre las MNI que en las MI (7 versus 2%, respectivamente). Aun así, la proporción de cesáreas observada en ambos grupos no se acer-

có al 15-20% recomendado en la normativa oficial vigente para instituciones de segundo y tercer nivel de atención (Secretaría de Salud, 1994). En este sentido, esta variable parece estar en función de factores no asociados a las condiciones de riesgo obstétrico de la mujer, tales como residir en un área urbana o rural, el grado de marginación del municipio de residencia, o la accesibilidad (cultural, geográfica, económica y en términos de posibilidades de conseguir transporte) a los servicios de salud de segundo o tercer nivel de atención. Resulta obvio mencionar que las mujeres atendidas por las parteras o que no reciben atención sanitaria alguna (es decir, las que son atendidas por familiares o se atienden a sí mismas) no tienen posibilidad alguna de que les sean practicadas cesáreas durante su parto, en tanto que para las mujeres que se atienden en los servicios de salud mucho depende de si acuden a un hospital o a una unidad del primer nivel de atención, lo cual a su vez depende en gran medida, como ya se mencionó, de factores relativos a la accesibilidad a servicios de segundo nivel por parte de la población, hecho poco frecuente en la zona de estudio.

CONCLUSIONES

Las condiciones de vida y salud de las mujeres indígenas representan un serio problema socioeconómico, ético y de salud que requiere atención. Los resultados de este estudio ponen de relieve la existencia de estructuras sociales, políticas y económicas que contribuyen al mantenimiento de esta situación. Las políticas que se diseñen para mejorar sustancialmente las condiciones de vida y salud de las poblaciones indígenas (con especial consideración de la situación de las mujeres) en la región estudiada deberán, en consecuencia, apuntar a eliminar o reducir drásticamente aquellos factores que favorecen la desigualdad, la pobreza y la exclusión de amplios sectores sociales como los estudiados. Especial atención debería darse a mejorar el nivel de escolaridad, las condiciones de la vivienda y el nivel de ingresos, y a garantizar la seguridad alimenticia de la población, entre otros aspectos. En lo relativo a incrementar el nivel de salud, es menester el desarrollo de programas que vayan mucho más allá del mero enfoque de salud reproductiva, incluyendo acciones de educación para la salud, en los que se sensibilice y capacite a las mujeres para que estas puedan identificar situaciones de riesgo a la salud, tanto de ellas como de sus hijos. En este contexto, es importante no sólo apoyar la labor de las parteras (mediante capacitación, sistemas de referencia y dotación de recursos), sino el diseño de estrategias que hagan más accesibles los servicios de salud a las poblaciones indígenas (conocimiento y respeto a sus usos y costumbres, promover el dominio de los aspectos básicos del idioma indígena en donde

el personal de salud brinde sus servicios, etc.) y mejorar las condiciones higiénico-sanitarias en que se llevan a cabo los partos en los hogares de las mujeres (Sánchez-Pérez et al., 1998).

BIBLIOGRAFÍA

- Balandrano, S.; Anzaldo, F. G.; Peña, F.G. y Betancourt, M. X. 1996 *Manual de procedimientos de laboratorio INDRE/SAGAR: 18. Tuberculosis* (México: Secretaría de Salud, Secretaría de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural, Organización Panamericana de la Salud).
- CONAPO 1998 *La situación demográfica de México 1998* (México), segunda edición.
- CONAPO 1993 *Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, México, 1990* (México).
- INEGI 1996 *Chiapas. Censo de población y vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos.* (México).
- INEGI 1990 *XI Censo General de Población y Vivienda* (México).
- Norma Oficial Mexicana (para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido) 1995 (México: Diario Oficial de la Federación).
- Ochoa Díaz, H.; Sánchez-Pérez, H. J. y Martínez Guzmán, L. 1996 “Uso de un índice de bienestar social para la planificación de la salud a nivel municipal” en *Salud Pública* (México), 38: 257-267.
- Sánchez-Pérez, H. J.; Hernán, M.; Hernández-Díaz, S.; Jansá, J. M.; Halerpin, D. y Ascherio A. 2002 “Detection of pulmonary tuberculosis in Chiapas, Mexico” en *Annals of Epidemiology*, 12 (3): 166-172.
- Sánchez-Pérez, H. J.; Flores-Hernández, J. A.; Jansá, J. M.; Caylá, J. A. y Martín-Mateo, M. 2001 “Pulmonary tuberculosis in areas of high levels of poverty” en *Chiapas, International Journal of Epidemiology* (Mexico), 30: 386-393.
- Sánchez-Pérez, H. J.; Morales-Vargas, G. y Méndez-Sánchez, J. D. 2000 “Calidad bacteriológica para consumo humano en zonas de alta marginación socioeconómica de Chiapas: ¿apta o no apta?” en *Salud Pública* (México), 42: 397-406.
- Sánchez-Pérez, H. J.; Ochoa-Díaz, H.; Navarro, I., Giné, A. y Martín-Mateo, M. 1998 “La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende?” en *Salud Pública* (México), 40: 494-502.
- Sánchez-Pérez, H. J. 1999 *Tuberculosis pulmonar en zonas de alta marginación socioeconómica de Chiapas, México: problemas y retos a superar. El caso de la Región Fronteriza* (Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona).

- Sánchez-Pérez, H. J.; Martín-Mateo, M. y Jansá, J. M. 1996 *Necesidades de salud en zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de Chiapas* (Barcelona, San Cristóbal de Las Casas: El Colegio de la Frontera Sur, Instituto Municipal de la Salud de Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, CONACYT).
- Sánchez-Pérez, H. J.; Ochoa Díaz, H. y Miranda, O. R. 1995 “La situación de salud en Chiapas: consideraciones para su análisis” en Miranda O.R. y Valqui C. (eds.) *Chiapas: el regreso a la utopía* (México: Ed. Comuna, Universidad Autónoma de Guerrero).
- Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud 1995 *Situación de salud en México. Indicadores básicos 1995* (México: Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud).
- Secretaría de Salud 1994 “Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar” en *Diario Oficial de la Federación* (México).
- The World Bank 1997 *World development report 1997. The state in a changing world* (Washington: Oxford University Press).