

La salud y el uso de los servicios de salud por las mujeres de las áreas urbana y rural en las zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de la región fronteriza de Chiapas*

María Luisa Estudillo Becerra^a

Héctor Javier Sánchez Pérez^{a, b}

Héctor Ochoa Díaz-López^a

Graciela Freyermuth Enciso^c

Jorge Alejandro Flores Hernández^a

Miguel Martín-Mateo^{b, d}

En este ensayo se analizan diversos indicadores de salud, de autoperción de salud, y de uso de servicios de salud relativos a 2 558 mujeres de 15 a 49 años que habitan en localidades urbanas y rurales de municipios de alta y muy alta marginación socioeconómica de la región fronteriza de Chiapas. Las únicas que no presentaron condiciones tan desfavorables (socioeconómicas, de salud y uso de servicios) fueron las mujeres urbanas de alta marginación. Los bajos valores observados en diversos indicadores no correspondieron a un mayor uso de los servicios de salud, lo cual sugiere una baja percepción de riesgos a la salud. Se concluye que es necesario evaluar los programas de atención materno infantil en la región y realizar investigaciones sobre las percepciones de riesgo a la salud y su relación con el uso de los servicios respectivos.

Palabras clave: mujeres indígenas, pobreza, morbilidad, servicios de salud, marginalidad, percepción individual, Chiapas, México.

Fecha de recepción: 18 de julio de 2003.

Fecha de aceptación: 8 de julio de 2004.

* Los autores agradecen a Zulma Barrios, Guadalupe Vargas, Roberto Solís, Blanca Coello, Trinidad Pérez, Hermilo Cruz, Mario Zúñiga y Raymundo Mijangos (El Colegio de la Frontera Sur) y Alberto Nieves y David Monterde (Universidad Autónoma de Barcelona, España) su participación en el trabajo de campo y en el análisis de los datos obtenidos. Asimismo agradecen al Programa Barcelona Solidaria (con intermediación del Instituto Municipal de la Salud de Barcelona) y a Conacyt (fondo SIBEJ) los recursos que hicieron posible la realización de este proyecto.

^a El Colegio de la Frontera Sur (Ecosur). Correo electrónico: mestudil@posgrado.ecosur.mx.

^b Grupos de Reserva para África y América Latina (GRAAL).

^c Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social (CIESAS).

^d Laboratorio de Bioestadística de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

Health and the Health Service Use by Women in Urban and Rural Areas in Highly and Extremely Highly Socio-Economically Marginalized Zones of the Chiapas Border Region

This essay analyzes various indicators of health, self-perception of health and health service use among 2,558 women ages 15 to 49 that inhabit urban and rural localities in highly and extremely highly socioeconomically marginalized municipalities on the Chiapas border region. The only ones that do not suffer from such unfavorable socio-economic, health and service use conditions were urban women in highly marginalized areas. The low values observed in the various indicators did not correspond to a greater use of health services, which suggests a low perception of health risks. The authors conclude that it is necessary to evaluate the maternal and child health programs in the region and to conduct research on the perceptions of health risks and their relation to the use of the respective services.

Key words: indigenous women, poverty, morbidity, health services, marginality, individual perception, Chiapas, Mexico.

Introducción

En contraste con la riqueza e importancia de sus recursos naturales, Chiapas es uno de los estados más pobres y marginados de la República Mexicana (Conapo, 1993; Boltvinik y Hernández, 1999), que además presenta los peores indicadores de salud y de recursos para la salud del país (SSA/DGIED, 2001, 2002). Su población para el año 2000 era de 3 920 515 habitantes que estaban distribuidos en 118 municipios. Las mujeres representaban 50.7% de su población, y de ellas casi la mitad tenían entre 15 y 49 años de edad (INEGI, 2000). De acuerdo con el índice de marginación socioeconómica elaborado por el Consejo Nacional de Población (Conapo, 1993) 74% de sus localidades se consideran de “muy alta marginación” y 16.3% de “alta marginación”; allí residen 36.8 y 14.2% de sus habitantes, respectivamente (Sánchez-Pérez, 1999). Asimismo 54% de su población vive en áreas rurales, es decir, en comunidades con menos de 2 500 habitantes (INEGI, 2000b).

Si bien la justicia y la igualdad social se consideran ideales democráticos en el ámbito mundial, perviven las enormes diferencias en el acceso a los servicios de salud y en las condiciones de vida que favorecen la buena salud de las mujeres (La Colectiva de Salud de las Mujeres de Boston, 2000).

Así, en los países pobres la crisis económica y la falta de voluntad política han ocasionado que no se destinen suficientes recursos para satisfacer las necesidades de salud de las mujeres; los servicios de salud no están igualmente disponibles para toda la población y quienes más sufren esta crisis son las mujeres indígenas, las campesinas y las que viven en estado de pobreza (Alatorre *et al.*, 1994), pese a que son la base primordial en el cuidado de la salud familiar y de la comunitaria (La Colectiva de Salud de las Mujeres de Boston, 2000). México no es ajeno a esta situación: diversos estudios demuestran que las poblaciones rurales e indígenas poseen la menor proporción de recursos para el cuidado de la salud y el más reducido acceso a los servicios de salud (Freyermuth y De la Torre, 2002; Gómez-Dantés *et al.*, 2001; SSA/DGIED, 2001; Sánchez-Pérez, 1999; Conapo, 1998).

Si bien se reconoce la importancia de la salud de la mujer ligada a la reproducción, es necesario ver más allá para identificar sus problemas de salud y sus necesidades en su etapa reproductiva y en otros ciclos de su vida, así como en otros roles sociales, laborales y familiares, y en el conjunto de condiciones que conllevan mayores riesgos para su salud que los del varón, como la discriminación, las condiciones de desventaja en el trabajo, la violencia en su contra y la marginación (Alatorre *et al.*, 1994; INEGI, 1999).

En efecto, son múltiples los factores que determinan las condiciones de salud de las mujeres; entre ellos destacan las condiciones económicas, el *estatus social*, las construcciones culturales alrededor del género y la salud, así como la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios de salud (Alatorre *et al.*, 1994; Sánchez-Pérez *et al.*, 1997).

Según La Colectiva de Salud de las Mujeres de Boston (2000), “la salud no es sólo la ausencia de enfermedades y malestares. Como mujeres, nuestra salud requiere de un estado de bienestar que mantenga en balance lo físico, lo mental, lo emocional y lo espiritual, para que vivamos en armonía con nuestras familias y comunidades”.

Si bien es cierto que en México en los últimos 20 años las mujeres han logrado importantes avances en su condición social, jurídica, política y económica (INEGI, 1999b), aún hay áreas del país cuyos notables rezagos las mantienen en gran marginación y pobreza (Alatorre *et al.*, 1994). Aun cuando los indicadores tradicionales de salud muestran un panorama mundial y nacional de mejoramiento del estado de salud de la población, si se toman en cuenta ciertas variables como el nivel socioeconómico, la marginación, la etnicidad y el género, las desigualdades resultan evidentes, ya que las mujeres de las zonas rura-

les y de las urbanas marginadas no han podido satisfacer sus necesidades de atención, a diferencia de las que viven en las zonas urbanas no marginadas (Alatorre *et al.*, 1994; Ochoa-Díaz *et al.*, 1996).

Es conocida la relación directa entre la pobreza y el deterioro de la salud, en donde a la mala nutrición de la mujer le corresponde un papel primordial. Cabe mencionar que, en sentido opuesto, los rezagos en la salud profundizan y ayudan a perpetuar la pobreza (Lozano, 1997), y que ésta es un factor que contribuye directamente a incrementar el riesgo de enfermar y morir, sobre todo durante la etapa reproductiva (en la que influyen la edad, la paridad, la duración del periodo intergenésico y la inapropiada atención prenatal y del parto), e incluso se le asocia con la elevada mortalidad infantil, el bajo peso al nacer y otras afecciones perinatales de sus hijos (Lozano, 1997; Sánchez-Pérez, 1991).

El propio Banco Mundial (2001) reconoce que “la pobreza es consecuencia de procesos económicos, políticos y sociales que están relacionados entre sí y con frecuencia se refuerzan mutuamente, lo que agrava todavía más las privaciones que sufren los pobres” y que la pobreza no es sólo la falta de ingresos o de desarrollo, sino también la vulnerabilidad e incapacidad de hacerse oír, la falta de poder y de representación.

Diversos autores manifiestan que en México ha habido una incorporación desigual al desarrollo socioeconómico, y que no todos los sectores y regiones han podido acceder a la escuela, al trabajo, y en general a la satisfacción de las necesidades básicas, especialmente las mujeres de los sectores pobres y las zonas rurales, quienes presentan baja escolaridad y sufren malas condiciones laborales e insalubridad y no cuentan con servicios de salud o bien les resulta difícil acceder a ellos por su costo o ubicación (Alatorre *et al.*, 1994).

Así, en un estudio sobre desigualdad, pobreza y salud en México realizado en 1992 (Lozano, 1997) se puso de manifiesto que mientras una de cada cuatro mujeres en pobreza extrema que se embarazan no recibe atención prenatal, esta proporción desciende a una de cada ocho en mujeres pobres y a una de cada veinte en mujeres no pobres; asimismo que mientras una de cada dos mujeres en pobreza extrema tiene su parto en la casa, esto ocurre en una de cada diez mujeres no pobres, y que el riesgo de morir durante el parto con relación a las de baja marginación es 90% mayor en las de muy alta marginación, 24% en las de alta marginación y 10% en las de media marginación (Lozano, 1997).

Cabe mencionar que las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud para las mujeres en Chiapas figuran entre las más desfavorables del país. Por ejemplo, mientras que en el país la proporción de nacimientos atendidos con ayuda de personal médico fue de 81.5%, en Chiapas es tan sólo de 44.8% (Conapo, 2000). La tasa de analfabetismo en Chiapas es de 18.6%, mientras el promedio en la República es de 8.6%, cifras que para las mujeres de 15 y más años de edad son de 22.8% en Chiapas y de 9.7% en el país (INEGI, 2000c). Además, la de Chiapas es la tasa más alta de mortalidad materna (Freyermuth *et al.*, 1999; Conapo, 2000); ocupa el tercer lugar en la tasa global de fecundidad (sólo menor que las de Guerrero y Puebla) y posee la esperanza de vida en mujeres más baja (Conapo, 2000). En cuanto a la atención prenatal, en Chiapas se registra el porcentaje más elevado de mujeres atendidas por parteras, y entre todas las entidades federativas, la menor proporción de las que acuden con un médico a solicitar atención prenatal (Conapo, 2000; Sánchez-Pérez *et al.*, 1998).

En Chiapas, a pesar de que existen evidencias sobre los bajos niveles de calidad de vida y salud en zonas consideradas de alta y muy alta marginación socioeconómica (Conapo, 1993, 1998), no se cuenta con suficientes estudios sobre el estado de salud de la población, ni sobre las diferencias entre las zonas consideradas de alta y muy alta marginación socioeconómica y entre las comunidades rurales (con menos de 2 500 habitantes) y urbanas (con más de 2 500 pobladores). Este tipo de análisis cobra especial importancia en Chiapas debido a que se trata de un estado eminentemente rural: sólo 17 de sus 19 453 localidades tienen más de 15 000 habitantes (INEGI, 2000c).

El presente estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio (Sánchez-Pérez *et al.*, 2002, 2001, 2000) cuyo objetivo principal ha sido analizar la prevalencia de la tuberculosis pulmonar en zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica (Conapo, 1993) de la región fronteriza de Chiapas.

Los resultados que aquí se presentan corresponden al análisis y contraste de diversos indicadores de salud y de autopercepción de la salud, así como de uso de servicios de salud de 2 558 mujeres de 15 a 49 años de edad entrevistadas durante el estudio del que este trabajo forma parte. Su propósito fue analizar si los diferenciales observados en las características socioeconómicas de las mujeres estudiadas (peores condiciones en el área rural y de muy alta marginación, respecto a las áreas urbanas y de alta marginación) se reproducían en la misma

dirección, en diversos indicadores de salud, de autopercepción de salud y de uso de servicios de salud. Ello con el fin de aportar elementos al análisis sobre las condiciones de salud de las poblaciones residentes en áreas rurales y urbanas (dentro del contexto chiapaneco, de comunidades menores a 15 000 habitantes) que apoyen la formulación de políticas sanitarias encaminadas a aumentar los niveles de salud y de acceso a los servicios de salud en este tipo de poblaciones.

Métodos

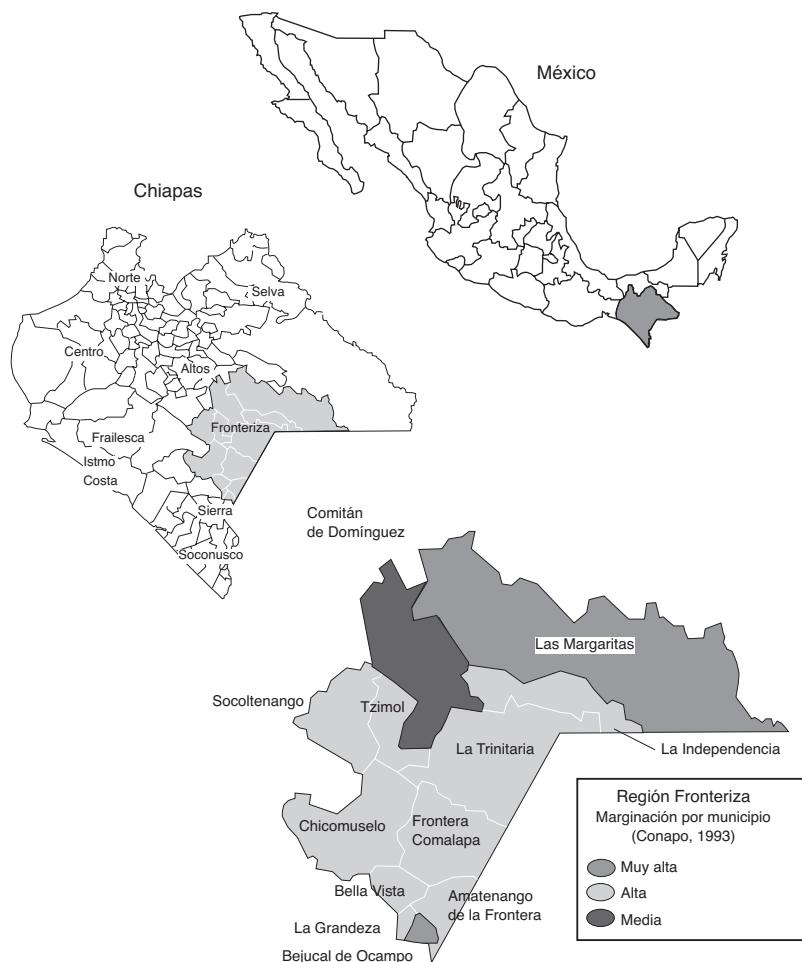
Área de estudio

La región fronteriza de Chiapas abarca 12 municipios, una superficie de 13 210.9 km² (Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas, 1997) y una población en el año 2000 de 454 906 habitantes, con importantes asentamientos de indígenas tojolabales (INEGI, 2000c; SSA, 1997) (véase el mapa 1). Uno de sus municipios es considerado de media marginación socioeconómica, nueve de alta y dos de muy alta marginación (Conapo, 1993). En los de alta y muy alta marginación sólo 12 de sus 2 208 localidades rebasaban 2 500 habitantes, aunque no superaban 12 000 (INEGI, 1996).

Diseño y tamaño de la muestra

El diseño y el tamaño muestral del proyecto del que este trabajo forma parte tuvieron como principal objetivo la estimación de la prevalencia de tuberculosis pulmonar en zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de la región fronteriza de Chiapas. La definición de la muestra se realizó por un proceso polietápico y de conglomerados, el cual ya ha sido descrito en trabajos previos (Sánchez-Pérez *et al.*, 2001, 2000; Palacios-Blanco *et al.*, 2002), de ahí que en el análisis que aquí se presenta no fueran determinados el tamaño y el diseño muestral para estimar los parámetros de este trabajo. No obstante, la varianza original utilizada para el tamaño muestral fue la más conservadora posible ($p = 1-p = 0.5$), por lo que el tamaño muestral utilizado para este estudio supera con creces al que habría sido necesario para estimar las proporciones que se analizan en los diversos indicadores estudiados.

MAPA 1
Municipios de la región fronteriza de Chiapas, México, 1993



El resultado del muestreo llevó a la inclusión de 11 municipios (nueve de alta marginación y dos de muy alta marginación), según la clasificación propuesta por el Conapo (1993). A partir de estos municipios se seleccionaron las comunidades a estudiar: tres urbanas (dos de alta marginación y una de muy alta marginación) y 29 rurales (14 de alta y 15 de muy alta marginación) (véase el mapa 1).

En el interior de estas 32 localidades se seleccionaron 1 894 viviendas: en las que alojaban a menos de 1 000 habitantes se realizó un censo de todas las viviendas; en las que tenían entre 1 000 y 2 499 se seleccionó aleatoriamente una de cada dos y en las de 2 500 o más habitantes se seleccionaron en forma aleatoria conglomerados de 10 ($n=115$ viviendas por cada comunidad de este tipo) (Morales-Espinoza *et al.*, 2003; Sánchez-Pérez *et al.*, 2001; Palacios-Blanco *et al.*, 2002).

En estas 1 894 viviendas se obtuvo información de 1 878 (la tasa de no respuesta fue de 0.84%), en donde se censaron 11 274 habitantes de los cuales 2 558 fueron mujeres de 15 a 49 años de edad (provenientes de 1 711 hogares): 339 de área urbana de alta marginación (MUAM), 191 de área urbana de muy alta marginación (MUMAM), 919 de área rural de alta marginación (MRAM) y 1 109 de área rural de muy alta marginación (MRMAM).

La fase de campo se realizó de marzo a septiembre de 1998 mediante la aplicación de una encuesta transversal en la que los cuestionarios utilizados abarcaban, entre otras, las variables que analizamos para realizar este estudio. En el cuadro 1 se muestran los indicadores demográficos, socioeconómicos, de salud y de uso y acceso de servicios de salud analizados.

Para el análisis de las condiciones de salud se utilizaron dos conjuntos de variables. Por una parte las relativas a salud reproductiva (último embarazo en los dos años previos, control prenatal, atención del parto y su resultado, y antecedentes de hijos muertos), y por otra, dos variables referidas a su autopercepción de salud: la morbilidad percibida en los últimos 15 días (para lo cual se les propuso un listado de problemas y síntomas orientadores y se les indicó que dijeran si habían percibido alguno de los mencionados) y finalmente se les pidió que especificaran cuál de los síntomas percibidos era el que más les preocupaba en el momento de la realización de la encuesta.

CUADRO 1
Variables analizadas en el estudio

<i>Indicadores</i>	<i>Categorías</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Categorías</i>
<i>Demográficos</i>			
Edad	15-24 25-34 ≥35	Lengua indígena	Sí No
Edad del primer embarazo	Numérico	Embarazo en los dos años previos al estudio	Sí No
Total de embarazos tenidos	Numérico	Embarazo en el momento del estudio	Sí No
<i>Socioeconómicas</i>			
Escolaridad	<= 3 años > 3 años	Ocupación	Agrícola No agrícola
Religión	Católica Otras Sin religión		
<i>De la vivienda</i>			
Material del piso	Tierra Con recubrimiento Madera Material sólido Otros	Combustible para cocinar Tipo de baño	Leña o carbón Gas u otros Excusado Letrina Ras del suelo
Material en las paredes			

(continúa)

CUADRO 1
(continuación)

<i>Indicadores</i>	<i>Categorías</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Categorías</i>
Agua dentro de la casa	Sí No	Con luz eléctrica	Sí No
Forma de distribución de agua	Entubada Otro medio	Con refrigerador	Sí No
<i>Comunidad</i>			
Estrato de la localidad	Urbano Rural	Grado de marginación socioeconómica del municipio	Alta Muy alta
<i>De salud</i>			
Antecedentes de hijos muertos	Sí No	Autopercepción de salud en el momento de la encuesta ¹	Muy bien, bien Regular Mal o muy mal
Problemas tenidos durante el último embarazo y parto (dos años previos)	Sí No	Morbilidad percibida (15 días previos a la encuesta) ²	Sí No
Resultado del último embarazo (dos años previos) ³	Nacido vivo Nacido muerto Sano Enfermo Muerto	Con tos en los 15 días previos Preocupación por morbilidad percibida	Sí No Sí No
<i>Uso y acceso de servicios de salud</i>			
Seguridad social	Sí No	Unidad de salud cerca de su domicilio	Sí No

<i>Uso de medicamentos prescritos ante morbilidad percibida</i>	Sí No	Institucional No institucional No uso	Automedicación	Distancia de la unidad de salud más cercana	< 1 hora ≥ 1 hora
<i>Uso de servicios ante morbilidad percibida (en los 15 días previos a la encuesta)</i>					
<i>Uso de medicamentos con receta médica</i>					
<i>Uso de servicios de salud</i>					
<i>Razones de no uso de servicios de salud</i>					

Uso de servicios durante atención prenatal y del parto (en los dos años previos a la encuesta)

	Número de consultas de atención prenatal	Adeuada (5 o más) ⁴	Agente de atención prenatal	Médico institucional	Médico no institucional	Partera	Agente no profesional
	1-4	Ninguna					

(continúa)

CUADRO 1
(conclusión)

<i>Indicadores</i>	<i>Categorías</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Categorías</i>
Razones de no atención prenatal adecuada	No hubo necesidad Lejanía	Agente de atención del parto	sanitario Médico institucional Médico no institucional Partiera Sola o con un familiar
Falta de dinero Desconfianza			
Por enfermedad			
Otros			
Sitio de atención del parto	Institucional No institucional Casa de la partera En su casa (o de un familiar)	Tipo de parto	Sin cesárea Con cesárea
	Otro		

¹ Para el análisis de la autopercepción de salud se preguntó a las mujeres cómo se sentían de salud en el momento de la realización del estudio.

² Para la morbilidad percibida se leyó a las mujeres una lista de *problemas y síntomas orientadores* (Kroeger, 1983; Ochoa-Díaz, 1992) para que mencionaran si en los últimos 15 días se habían sentido mal por uno o varios de los síntomas que aparecían en la lista. Posteriormente, en el caso de que alguna mencionara dos o más síntomas se le pedía que identificara cuál de dichos problemas de salud le preocupaba más en ese momento.

³ En la categoría de nacido muerto se incluyeron los abortos.

⁴ Se definió como adecuada cuando la mujer informó haber recibido cinco o más consultas en su último embarazo terminado, según la Norma Oficial Mexicana (SSA, 1995).

Análisis estadístico de la información obtenida

Para la obtención de frecuencias simples, tablas de contingencia y pruebas de independencia (X^2), a un nivel de significación de 95% de confianza, se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 11.5 (SPSS, 2002).

Resultados

Indicadores socioeconómicos

En los diversos indicadores socioeconómicos analizados se observaron condiciones más favorables en las mujeres de área urbana que en las de área rural. Así, las MUAM fueron el grupo mejor situado, seguido de las MUMAM. A su vez, las MRAM tuvieron mejores condiciones que las MRMAM, quienes mostraron las peores condiciones de los cuatro grupos analizados (véase el cuadro 2).

Indicadores demográficos

No se encontraron diferencias en la edad (media y mediana) de los cuatro grupos estudiados ni en la edad promedio del primer embarazo. Según la condición de ser o no indígena, las indígenas se ubicaron en las comunidades de muy alta marginación (véase el cuadro 3).

En los indicadores “total de embarazos” (con cinco y más) y “proporción de mujeres con embarazo en el momento del estudio y en los dos años previos” (asumiendo estas situaciones como desfavorables por el número acumulado de embarazos y el corto intervalo intergenésico que representan dos embarazos en dos años), se encontró el mismo patrón que el observado para los indicadores socioeconómicos: las mujeres del área urbana tuvieron mejores condiciones que las de área rural, siendo el grupo de MUAM el de mejor situación, y el de MRMAM el peor (véase el cuadro 3).

Indicadores de salud

En los indicadores relativos a la autopercepción de salud se observó el mismo patrón que en los indicadores demográficos y socioeconómicos

CUADRO 2

Indicadores socioeconómicos según estrato y grado de marginación de la localidad de residencia
de las mujeres estudiadas, según tipo de localidad de residencia*

	Urbano		Rural		<i>Total</i> (n=2 558)
	Alta marginación (n=339)	Muy alta marginación (n=191)	Alta marginación (n=919)	Muy alta marginación (n=1 109)	
Escolaridad de la mujer					
Sin escolaridad (%)	9.8	25.9 ^a	15.7	32.5	22.9
Secundaria y más (%)	27.0	21.7	12.2	1.7	10.4
Promedio años de escuela (DE)	5.8 (3.73)	4.3 (3.53)	4.0 (2.79)	2.3 (2.20)	3.5 (3.01)
Ocupación agrícola (%)	2.4	4.7	10.6	53.4	27.6
Sin seguridad social (%)	86.7	90.6	98.3	99.0	96.5
Indicadores de la vivienda					
Con piso de tierra (%)	13.9	31.2	40.5	74.8	51.1
Con leña para cocinar (%)	39.5	57.1	84.7	99.1	82.9
Sin sistema de eliminación de excretas (defecan a ras de suelo) (%)	18.3	12.2	24.6	29.7	25.0
Sin agua dentro de la vivienda (%)	0.6	5.8	18.1	77.3	40.5
Sin luz eléctrica (%)	0.3	6.4	11.2	39.6	21.7

* Todos los indicadores analizados fueron estadísticamente significativos ($p<0.05$).

^a De dos mujeres no se obtuvo información al respecto.

^b De cuatro mujeres no se obtuvo información al respecto.

^c De nueve mujeres no se obtuvo información al respecto.

CUADRO 3
Presencia de mujeres indígenas, condición de embarazo actual y en los últimos dos años, y total de embarazos de las mujeres estudiadas, según tipo de localidad de residencia

	<i>Urban</i>		<i>Rural</i>		<i>Total (n=2 558)</i>
	<i>Muy alta marginación (n=339)</i>	<i>Muy alta marginación (n=191)</i>	<i>Alta marginación (n=919)</i>	<i>Muy alta marginación (n=1 109)</i>	
Mujeres indígenas^ab (%)	0.3	43.5	0.4	39.2	20.5
Mujeres con embarazo actual (EA) y en los dos últimos años (EDUA)* (%)	0.3	1.6	2.2	3.7	2.5
Con EA y sin EDUA (%)	1.8	2.1	2.5	3.8	2.9
Sin EA y con EDUA (%)	17.1	20.9	29.4	32.2	28.3
Sin EA y sin EDUA (%)	80.8	75.4	65.9	60.3	66.2
Total de embarazos* (%)					
Mujeres con cero (%)	37.8	37.7	30.8	29.7	31.7
Con un embarazo (%)	12.4	7.3	12.2	8.7	10.3
Con 2-4 (%)	29.5	28.8	26.2	25.0	26.3
Con 5 y más (%)	20.4	26.2	30.8	36.7	31.6

*Con diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$).

^a De una mujer no se obtuvo información al respecto.

^b Medido tomando en cuenta si hablan o no algún idioma indígena.

(véase el cuadro 4). Entre los principales problemas de salud autopercebidos por las mujeres en los 15 días previos al estudio (sin diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos estudiados), los que ellas consideraron más importantes o preocupantes fueron: problemas músculo esqueléticos (13.1%), del aparato digestivo (11.7%), ginecológicos (10.3%), respiratorios (9.6%) y del aparato circulatorio (5.2 por ciento).

Respecto al resultado del último embarazo (en los dos años previos al estudio), las MUMAM presentaron la mayor proporción de pérdidas o abortos y el resto de los grupos tuvo porcentajes similares. En lo que se refiere a antecedentes de hijos muertos, las MRMAM fueron las que mayormente declararon haber tenido uno o más: cuatro de cada diez mujeres de este grupo presentaron tal condición (véase el cuadro 4).

Indicadores de uso y acceso a los servicios de salud

Durante la atención prenatal y del parto, las MUAM tuvieron un mayor uso de servicios médicos, en tanto que las del área rural de ambos estratos se atendieron más con parteras. Mientras menos de 2% de las MUAM se atendió sola o con un familiar, 22% de las MRMAM tampoco recibió atención sanitaria, y el número de partos atendidos en alguna institución de salud para estos grupos de mujeres fue de 74.5 y 10%, respectivamente. Ello también se reflejó en una gran diferencia en cuanto al número de partos por cesárea (véase el cuadro 5).

En lo que toca al uso de servicios de salud ante la morbilidad autopercebida, las diferencias observadas entre los cuatro grupos en estudio se dieron en la automedicación (más frecuente en las MRMAM) y en la proporción de mujeres que no se automedicaron ni acudieron a algún servicio de salud (las MRMAM) (véase el cuadro 5).

En resumen, tras el examen de los cuatro grupos estudiados se advierte que:

Mujeres urbanas de alta marginación (MUAM). Provinieron de dos comunidades (una de ellas, cabecera municipal) que cuentan con todos los servicios públicos y buenas vías de comunicación. Respecto a los servicios de salud, ambas cuentan con unidades de primer nivel de atención: una con camas de hospitalización y algunas especialidades médicas, y la otra sin dichos servicios.

Este grupo fue el de menor proporción de indígenas y de embarazadas actualmente o en los últimos dos años; presentó las mejores

CUADRO 4

Indicadores de autopercepción de la salud, resultado del último embarazo y antecedentes de hijos muertos de las mujeres estudiadas, según tipo de localidad de residencia

	<i>Urbano</i>		<i>Rural</i>		<i>Total</i> (n=2 558)
	<i>Alta marginación</i> (n=339)	<i>Muy alta</i> marginación (n=191)	<i>Alta marginación</i> (n=919)	<i>Muy alta</i> marginación (n=1 109)	
<i>Indicadores de autopercepción</i>					
Con autopercepción de salud mala o muy mala (al momento del estudio)* (%)	7.7	26.7	25.7 ^a	26.0 ^b	23.5
Con morbilidad autopercebida en los 15 días previos* (%)	62.2	82.5	74.1 ^a	73.5	72.9
Con problemas autopercebidos durante el último embarazo ^{c,d} (%)	15.3	25.6	23.8	13.8	18.2
Con problemas en el momento del parto ^{d,e} (%)	11.9	7.1 ^a	10.7	5.5	8.0
<i>Indicadores obstétricos</i>					
Con resultado de pérdida (aborto) o mortinato del último embarazo ^{g,h} (%)	1.7	4.7	1.0	1.3	1.4
Con antecedentes de hijos muertos ^{g,h} (%)	25.1	29.4	28.9	40.5	33.7

* p<0.05.

^a No se obtuvo información de una mujer al respecto.

^b No se obtuvo información de cuatro mujeres al respecto.

^c Los principales problemas mencionados fueron: dolores en general, se le hincharon los pies, dolor de cintura, el bebé se atravesaba y sentaba mucho, dolor de vientre, calambres.

^d Sólo en mujeres que informaron haber estado embarazadas en los dos años previos a la encuesta (urbano-alta marginación, n=59; urbano-muy alta marginación, n=290; rural-muy alta marginación, n=398).

^e Los principales problemas mencionados fueron: le tardó la placenta para bajar; el bebé nació con hemorragia, tuvo mucho sangrado; su bebé tardó y no podía nacer; el bebé se estaba ahogando; le costó trabajo al momento de salir.

^f Sólo en mujeres que informaron haber tenido uno o más hijos nacidos vivos (urbano-alta marginación, n=211; urbano-muy alta marginación, n=119; rural-alta marginación, n=636; rural-muy alta marginación, n=780).

CUADRO 5

**Uso de servicios de salud durante la atención prenatal y del parto, así como ante morbilidad autopercibida
(en los últimos 15 días) de las mujeres estudiadas, según tipo de localidad de residencia**

	Urbano			Rural		
	<i>Alta marginación</i> (n=59)	<i>Muy alta</i> <i>marginación</i> (n=43)		<i>Alta marginación</i> (n=290)	<i>Muy alta</i> <i>marginación</i> (n=398)	<i>Total</i> (n=790)
		<i>Alta marginación</i> (n=290)	<i>Muy alta</i> <i>marginación</i> (n=398)			
Durante la atención prenatal y del parto						
Porcentaje de mujeres atendidas durante control prenatal por: ^a						
Médico institucional	53.4	50.0		28.8	35.0	34.9
Médico no institucional	20.7	4.8		5.0	1.0	4.2
Partera	25.9	45.2		65.8	63.8	60.6
Agente no sanitario ^b	0.0	0.0		0.4	0.3	0.3
Porcentaje de mujeres atendidas durante el parto por: [*]						
Médico institucional	59.3	62.8		23.4	14.6	23.8
Médico no institucional	16.9	2.3		3.1	0.5	2.8
Partera	22.0	32.6		63.4	63.1	58.5
Sola o con un familiar	1.7	2.3		10.0	21.9	14.9
Porcentaje de mujeres que tuvieron su atención del parto en: [*]						
Servicios institucionales	57.6	58.1		21.7	10.1	20.5
Servicios no institucionales	16.9	4.7		2.1	0.3	2.4
Casa de la partera	6.8	0.0		4.1	3.3	3.7
En su casa (o de un familiar)	18.6	37.2		71.4	86.4	73.2

Otro	0.0	0.0	0.7	0.0	0.3
Mujeres con parto por cesárea* ^c (%)	30.5	20.9	4.5	1.5	5.9
<i>Ante morbilidad percibida en los 15 días previos*</i>					
Porcentaje de mujeres que:	(n=148)	(n=92)	(n=460)	(n=503)	(n=1 203)
Usó servicios de salud	25.7	23.7	23.0	22.3	23.2
Se automedicó	29.7	31.5	34.8	25.6	30.1
No usó servicios ni se automedicó	44.6	44.6	42.2	52.1	46.8

*p<0.05.

^a Mujeres que acudieron por lo menos a una consulta de atención prenatal (urbano-alta marginación, n=58; urbano-muy alta marginación, n=42; rural-alta marginación, n=281; rural-muy alta marginación, n=389).

^b Los no sanitarios incluyen vecinos y familiares.

^c Se aplica en mujeres que declararon que su embarazo no terminó en aborto (urbano-alta marginación, n=59; urbano-muy alta marginación, n=43; rural-alta marginación, n=287; rural-muy alta marginación, n=396).

condiciones socioeconómicas y de salud. De igual manera sus integrantes fueron las que más utilizaron algún servicio de salud ante la morbilidad percibida, durante su control prenatal y durante el parto (también fueron las de mayor proporción de cesáreas).

Mujeres urbanas de muy alta marginación (MUMAM). La información de este grupo fue obtenida de una comunidad de 8 637 habitantes que es cabecera municipal. Cuenta con una unidad de salud de primer nivel de atención que cuenta con la mayoría de los servicios públicos. Presenta tres particularidades: una importante presencia de población indígena mayense tojolabal; es la comunidad estudiada más próxima a una ciudad (la cual cuenta con hospitales de segundo nivel); y a raíz del conflicto armado iniciado en 1994 creció con importantes asentamientos humanos irregulares, muchos de los cuales no cuentan con servicios básicos. Después del grupo de MUAM presentaron mejores indicadores socioeconómicos; sin embargo en los indicadores analizados de autopercepción de salud, fueron las de mayor morbilidad autopercibida y mayor autopercepción de salud desfavorable (con una cifra muy similar a las de área rural). También tuvieron una mayor proporción de problemas, pérdidas o mortinatos durante el último embarazo.

En lo que respecta al uso de servicios de salud, durante su control prenatal y del parto su comportamiento fue muy similar al grupo de MUAM.

Mujeres rurales de alta marginación (MRAM). Provinieron de 14 comunidades, cuya mediana de habitantes fue 221 (con un promedio de 482); 12 no rebasaron 1 000 habitantes (la más pequeña fue de 56), otra tenía 1 200 y una más 2 090 pobladores. Cinco de ellas contaban con una unidad de primer nivel de atención dentro de la comunidad o a menos de una hora de distancia, y nueve estaban a más de una hora de la más cercana. Una de las comunidades es cabecera municipal y cuenta con todos los servicios; a siete se llega por caminos de terracería que en época de lluvias son de muy difícil acceso, y a seis únicamente se puede acceder caminando por veredas durante varias horas.

Junto con el grupo de MUAM, éste tuvo la menor proporción de mujeres indígenas. Fueron las que mostraron menor frecuencia de pérdidas o mortinatos durante el último embarazo. En lo que toca al uso de servicios de salud durante su atención prenatal y del parto fueron, junto con las MRMAM, las que menos utilizaron los servicios de salud institucionales y las que más acudieron con la partera. Ante la morbilidad percibida, resultaron las que más se automedicaron.

Mujeres rurales de muy alta marginación (MRMAM). La información de este grupo se obtuvo de 15 comunidades cuya mediana de habitantes fue de 397 (con un promedio de 419); 13 no rebasaron 1 000 habitantes (la menor fue de 90), una tuvo 1 100 y una más 1 792 residentes. Seis contaban con una unidad de salud ahí mismo o a menos de una hora de distancia (todas ellas comunicadas por caminos de terracería), y el resto a una hora o más (todas sin caminos para su acceso). Tres de estas comunidades se ubicaron en zona del conflicto armado y presentaban muchas dificultades para su acceso, tanto geográficas como derivadas de cuestiones relacionadas con los rehenes militares o con el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN).

Junto con el grupo de MUMAM, tuvieron la mayor proporción de indígenas. Mostraron las peores condiciones socioeconómicas y demográficas (mayor número de embarazos, al parecer en intervalos de tiempo más cortos) y una mayor proporción con antecedentes de hijos muertos. Sin embargo sus porcentajes de autopercepción de problemas de salud no fueron tan altos como los del resto de los grupos.

Ante la morbilidad percibida, fueron el grupo que con mayor frecuencia no hizo acción alguna (no acudieron a un servicio de salud, no se automedicaron, ni usaron remedios caseros) para aliviarse de su enfermedad. Durante el parto, este grupo tuvo la mayor proporción de mujeres que se atendieron solas o las auxilió un familiar, así como el grupo con más partos atendidos en casa y con una mínima proporción de cesáreas (1.5 frente a 30.5% de las MUAM).

Recapitulación

Los resultados obtenidos fueron consistentes con el hecho de que las mujeres que viven en áreas urbanas contaron con mejores condiciones socioeconómicas que las rurales; asimismo las de alta marginación socioeconómica presentaron mejores condiciones que las de muy alta marginación (Lozano *et al.*, 1993), lo cual fue congruente con el índice de marginación socioeconómica que se utilizó y fue elaborado por el Consejo Nacional de Población (1993, 1998) para todos los municipios de México.

Si bien correspondieron a las mujeres rurales de muy alta marginación (MRMAM) los peores valores en los indicadores analizados, las de áreas urbanas de muy alta marginación (MUMAM) también mostraron indicadores en condiciones de franca desventaja. En este sentido,

el hecho de que el grupo de mujeres urbanas de alta marginación (MUAM) fuera el único que no presentó condiciones tan desfavorables (socioeconómicas y sobre todo de salud) como el resto de los otros grupos estudiados, indica que las MUMAM también deben considerarse un grupo de alto riesgo para la salud, como las mujeres de áreas rurales tanto de alta como de muy alta marginación.

En forma adicional cabe advertir que el rango de salud observado en las MUMAM (respecto a los grupos rurales) no correspondió a un mayor uso de los servicios de salud institucionales, y esto pueden explicarlo los siguientes tres factores: las condiciones de pobreza similares de este grupo con el de las mujeres rurales, el papel que juega la pertenencia a un grupo indígena (que posiblemente determine la presencia de barreras de acceso –por ejemplo culturales– a los servicios de salud), y la falta de capacidad de respuesta de los servicios de salud (en su organización y funcionamiento) en contextos multiculturales como la región estudiada.

En cuanto a los indicadores demográficos que se analizaron, la estructura por grupos de edad encontrada, que prácticamente es la misma en los cuatro, revela que en la zona de estudio las condiciones socioeconómicas no están asociadas con la estructura de edad de la población.

En lo que toca a la condición de ser o no indígena, los resultados fueron consistentes con el hecho de que las poblaciones indígenas viven mayormente en condiciones extremas de pobreza y marginación (SSA/INI, 1992; Conapo, 1998, 2000). Ello adquiere mayor relevancia dado que, tal como se encontró en este estudio, la presencia de mujeres indígenas no está relacionada con el tipo de comunidad (urbana o rural), sino con el grado de marginación socioeconómica, lo cual sugiere que cuando los movimientos poblacionales indígenas se dan hacia localidades de mayor tamaño, estos grupos siguen perteneciendo a los estratos más pobres de la población.

Respecto a los embarazos en los dos últimos años destaca que mientras en la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (Enadid) realizada en 1997 (INEGI, 1999b) se encontró que la proporción de mujeres que habían estado embarazadas entre 1994 y 1997 (es decir, en los últimos cuatro años) fue de 29% en el país y de 33% en Chiapas, en la región estudiada dicha proporción en sólo dos años previos (la mitad del tiempo que abarca la Enadid) fue de 34%, con notables diferencias en el interior de los grupos analizados: mientras 40% de las MRMAM estuvieron embarazadas, sólo 19% de las MUAM lo

estuvieron (véase el cuadro 3). Esta situación resalta aún más si se toma en cuenta que la frecuencia de mujeres gestantes en el momento del estudio y que ya habían estado preñadas en los dos años anteriores fue 12 veces mayor en las MRMAM que en las MUAM. A pesar de que este cociente es el resultado de dos proporciones muy bajas, 3.7 y 0.3% respectivamente, el valor insesgado del estimador permite valorarlo como un hallazgo que es muy importante considerar debido a que la presencia de embarazos con intervalo intergenésico reducido coloca a las mujeres frente a mayores riesgos para su salud (morbimortalidad materna, perinatal e infantil), y más aún por sus condiciones deficientes de vida, sus circunstancias sociales y culturales (Montero *et al.*, 2002), así como porque el sistema de salud presenta problemas en cuanto a su accesibilidad, cobertura y calidad (Langer y Romero *et al.*, 1996; Sánchez-Pérez *et al.*, 1995).

Entre los hallazgos en los indicadores de salud analizados destaca que el grupo de MUMAM mostró condiciones de salud similares (e incluso peores en algunos indicadores) que las de las mujeres de las áreas rurales. Así lo sugieren los valores de los indicadores de auto-percepción de salud, morbilidad percibida, problemas durante el embarazo y resultado del último embarazo. Estos hallazgos coinciden con los resultados de una investigación que se efectuó en la región del Soconusco de Chiapas (Salvatierra, 2000) donde se encontraron comportamientos de riesgo similares entre las áreas urbanas marginales y las rurales indígenas. No obstante, otros estudios que se llevaron a cabo en México y en Latinoamérica mostraron que las mujeres de las áreas urbanas marginadas no necesariamente deben ser consideradas como un grupo de alto riesgo a la salud (respecto a las mujeres de las áreas rurales) debido a que tienen más disponibilidad de servicios básicos y cuentan con mayor diversificación de fuentes de empleo y servicios educativos, entre otras ventajas (Kroeger *et al.*, 1991; Ramírez-Rodríguez *et al.*, 1991).

En este sentido los resultados obtenidos apuntan a que las MUMAM deben considerarse un grupo de riesgo a la salud, sobre todo si se toma en cuenta que en el contexto estudiado el clasificar a una población como urbana por el sólo hecho de que tiene 2 500 o más habitantes no necesariamente implica una determinada forma de organización socioeconómica y política por tamaño de comunidad (Salvatierra, 2000) ni un mayor número de servicios e infraestructura. En este estudio las tres comunidades urbanas examinadas se ubicaron en un rango poblacional de 4 615 a 11 350 habitantes (las rurales, de 76 a

2 090). Cabe destacarlo debido a que la gran mayoría de las localidades urbanas de Chiapas no rebasa 15 000 habitantes y carece en gran medida de servicios básicos (INEGI, 2000b), situación de suma importancia para el diseño y evaluación de los programas gubernamentales de combate a la pobreza en México en áreas urbanas de muy alta marginación socioeconómica y con presencia de grupos indígenas (Progresa, 2001; Martínez, 2001; Meza *et al.*, 2002).

Finalmente, también debe destacarse la elevada proporción de MRMAM con antecedentes de hijos muertos, así como de hijos que fallecieron en los dos años previos al estudio, lo cual pudiera explicarse por sus marcadas condiciones desfavorables de vida, dada la asociación de este tipo de indicadores con la sobrevivencia infantil (Becerra *et al.*, 1993; López-Ríos, 1997; Wilkins y Houle, 1999), pero también por su alta frecuencia de embarazos múltiples (véase el cuadro 3) y por su limitado acceso a servicios de salud, en cantidad y calidad (Sánchez-Pérez *et al.*, 1998, 1997).

En lo que respecta al uso de servicios de salud, es conveniente resaltar las siguientes cuestiones relativas a la atención prenatal y del parto:

a) Al menos 77% de los cuatro grupos de mujeres estudiados tuvieron cinco o más consultas (mínimo señalado para definir “atención prenatal adecuada” en cuanto a número) (SSA, 1995), lo que constituye una mejor situación respecto a la observada en otras regiones de Chiapas, en donde dicha proporción llegó a 58% (Sánchez-Pérez *et al.*, 1997). No obstante, esta ventaja en el número de consultas recibidas se debe en gran parte a las parteras y no tanto a los servicios institucionales de salud.

b) Empero debe advertirse que los dos grupos urbanos acudieron dos veces más a los servicios institucionales que los rurales, en tanto que éstos recurrieron en mucho mayor medida a la partera; asimismo las MUAM emplearon los servicios particulares al menos cuatro veces más que el resto de los grupos (véase el cuadro 5), situación consistente con lo informado en otros estudios (Langer y Romero, 1996; Nazar *et al.*, 1999; Sánchez-Pérez *et al.*, 1997) y que merecería por sí mismo un análisis más profundo sobre el uso, acceso y calidad de los servicios de salud, tanto gubernamentales como tradicionales.

Es un hecho que cuando los partos tienen lugar en las casas de las mujeres generalmente son atendidos por parteras, aun cuando una proporción significativa no reciba atención alguna, sobre todo en el

área rural, de ahí que ocurran en condiciones de falta de higiene y sin los equipos ginecoobstétricos necesarios para hacer frente a posibles complicaciones (Freyermuth y De la Torre, 2002; Sánchez-Pérez *et al.*, 1998). De igual manera, la alta proporción de cesáreas en los servicios institucionales (cuadro 5) es mucho mayor que la recomendada en la normativa oficial (SSA, 1994; Villegas *et al.*, 1997), lo que hace dudar de la adecuación y calidad con que se brinda la atención ginecoobstétrica en este tipo de servicios. En este sentido, los resultados obtenidos respecto a una mayor proporción de cesáreas en las zonas urbanas que en las áreas rurales fueron consistentes con los de otros estudios realizados en Chiapas (Montero *et al.*, 2000) y en varios estados del país (Cárdenas, 2000; Kroeger *et al.*, 1991).

c) El que las MRMAM mostraran menor tendencia a percibir problemas durante el embarazo y el parto, habiendo sido mayor su proporción de antecedentes de hijos muertos incluyendo los dos años previos al estudio (cuadro 3), y el que sólo 7% de las MUMAM hubiera percibido problemas durante su último parto, pese a que fue mayor su proporción de abortos o mortinatos de ese último embarazo, evidencia que entre estos dos grupos hay una marcada distancia entre sus bajos niveles de percepción de riesgos a la salud y lo que ocurre en la realidad (altas tasas de mortalidad perinatal y de antecedentes de hijos muertos), lo que pudiera ser la causa de que acudan con mucho retraso a buscar atención, o que ni siquiera la busquen ante determinadas condiciones de riesgo durante su embarazo. Convendría analizar dicha situación a la luz de diversos factores que no abordamos en este estudio, como cuestiones culturales, de género, niveles educativos, niveles de ingreso, violencia familiar, inaccesibilidad y problemas de calidad en los servicios, entre otros.

d) Es posible que sea escaso el impacto positivo de la atención materno infantil entre las MUMAM, tal como lo sugiere la elevada proporción de embarazos concluidos en abortos o mortinatos, así como de muertes entre los niños que nacieron en los dos años previos al estudio. Al respecto destaca que en este grupo, con una alta proporción de indígenas, fue elevado el uso de los servicios de salud gubernamentales durante la atención prenatal y el parto (cuadro 5). Sin embargo los resultados muestran que es necesario estudiar con mayor profundidad las dinámicas que se gestan en el interior de los servicios de salud, pues dan resultados diferenciales entre sus usuarias. En este sentido, en las mujeres que pertenecen a estratos de muy alta marginación actúan múltiples factores relativos a la población (culturales, sociales,

pertenencia a un grupo indígena, etc.) y a los propios servicios (adecuación, calidad, accesibilidad, calidez, etc.), que influyen en que el uso de dichos servicios no necesariamente se refleje en una mejoría de sus condiciones de salud. Ello, por supuesto, plantea la necesidad de evaluar y redefinir las políticas y programas de atención materno infantil en contextos multiculturales y en zonas consideradas de muy alta marginación.

En cuanto al uso de los servicios de salud ante la morbilidad percibida, destaca que apenas de 22 a 26% de las mujeres de los cuatro grupos estudiados acudieran a algún servicio de salud (con un menor uso en las MRMAM), cifra que contrasta notablemente con lo hallado en la Encuesta Nacional de Salud II (SSA, 1994) donde la proporción fue de 43%. También contrasta con el uso de servicios ante la morbilidad percibida en niños menores de cinco años de la misma región estudiada (Palacios-Blanco *et al.*, 2002), grupo para el cual 49% sí utilizó servicios.

Esta situación pudiera explicarse, entre otras razones, por la posible tendencia a declarar más morbilidad percibida como "no grave" (por ejemplo, que no se considere necesario acudir a consulta si se pueden realizar las labores cotidianas) entre las mujeres de mayor marginación, lo que se refleja en una menor búsqueda de atención médica; asimismo por la posición que ocupan las mujeres en el hogar (cuya misión es cuidar la salud del resto de la familia, depender y obedecer al esposo, etc.) (Montero *et al.*, 2002); por la falta de dinero para acudir a los servicios; y por la posible falta de confianza hacia los servicios de salud (SSA, 1994; Sánchez-Pérez, 1999; Ochoa-Díaz, 1992). En este sentido, el no haber indagado sobre la gravedad percibida del problema de salud sobre el que se hizo el seguimiento del uso de los servicios de salud ante la morbilidad percibida (que fue el que más se preocupó por los problemas de salud percibidos en los 15 días previos) no permitió evaluar con claridad si el bajo uso de servicios se debió a la percepción de si era necesario o no atenderse, o a cualquiera de las otras situaciones descritas.

Finalmente, respecto al índice de marginación socioeconómica utilizado en los municipios (Conapo, 1993) puede decirse que si bien limitó los análisis efectuados a la marginación por municipio y no por comunidad (cuya consecuencia pudo haber sido que ciertas localidades tuviesen un grado de marginación distinto al del municipio –la llamada *salacia ecológica*–) (Borja-Aburto, 2000), fue útil su uso, en el sentido de

que los indicadores socioeconómicos analizados se comportaron de manera consistente con la clasificación propuesta en dicho índice, es decir, que los municipios estratificados como de “muy alta” marginación socioeconómica presentaron condiciones más desfavorables que los de “alta marginación”. Es importante considerarlo dado que la mayoría de los estudios se dirigen a analizar diferencias entre áreas urbanas y rurales (Kroeger *et al.*, 1991; Ramírez-Rodríguez *et al.*, 1991), o entre áreas marginadas y no marginadas. Este examen mostró la importancia de efectuar análisis que permitan una mayor desagregación e identificación de diferencias en la salud y el uso de servicios de salud, tanto por área urbana o rural, como por grados de marginación socioeconómica, lo cual puede constituir una herramienta para lograr un mejor entendimiento de los obstáculos que se interponen en la satisfacción de las necesidades de salud de las mujeres que residen en este tipo de áreas.

A manera de conclusión puede mencionarse que las mujeres de zonas de muy alta marginación socioeconómica, tanto urbanas como rurales, poseen las peores condiciones de salud. En forma adicional, los resultados evidencian que la pertenencia a un grupo indígena hace más compleja la relación entre la población y los servicios de salud, lo que debe ser tomado en cuenta para el desarrollo de programas encaminados a mejorar las condiciones de salud de dichas zonas, sobre todo en contextos multiculturales. En consecuencia, es necesario evaluar alternativas que mejoren el impacto de los programas de atención materno infantil en el área de estudio y en otras de condiciones similares, así como realizar investigaciones que aborden las percepciones de riesgo a la salud y su relación con el uso que hace la población de los servicios de salud.

Bibliografía

- Alatorre, R. J., A. Langer y R. Lozano (1994), “Mujer y salud”, en *Las mujeres en la pobreza. Grupo interdisciplinario sobre mujer, trabajo y pobreza*, México, El Colegio de México.
- Banco Mundial (2001), *Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001. Lucha contra la pobreza. Panorama general*, Washington.
- Becerra, José E., H. Atrash, N. Pérez y J. A. Saliceti (1993), “Low Birthweight and Infant Mortality in Puerto Rico”, *American Journal of Public Health*, vol. 83, núm. 11, pp. 1572-1576.

- Boltvinik, J. y L. E. Hernández (1999), *Pobreza y distribución del ingreso en México*, México, Siglo XXI.
- Borja-Aburto, V. H. (2000), "Estudios ecológicos", *Salud Pública de México*, vol. 42, núm. 6, pp. 533-538.
- Cárdenas, R. (2000), "La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México", en C. Stern y C. J. Echarri (comps.), *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*, México, El Colegio de México.
- Conapo (2000), *Cuadernos de Salud Reproductiva Chiapas*, México, Consejo Nacional de Población.
- (1998), *La situación demográfica de México 1998*, 2^a edición, México, Consejo Nacional de Población.
- (1993), *Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal*, México, 1990, México, Consejo Nacional de Población.
- Freyermuth, E. G. y C. de la Torre (2002), *El Programa de Ampliación de Cobertura y el ejercicio del presupuesto en salud reproductiva*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas.
- , C. V. Jiménez y M. C. Manca (1999), *La muerte materna en Tenejapa*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas.
- Gómez-Dantés, O., F. Garrido-Latorre, L. Tirado-Gómez, D. Ramírez y C. Macías (2001), "Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México", *Salud Pública de México*, vol. 43, núm. 3, pp. 224-232.
- INEGI (2000), *Estados Unidos Mexicanos. XII Censo general de población y vivienda 2000. Resultados preliminares*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (2000b), *Tabulados del cuestionario ampliado del XII Censo general de población y vivienda 2000*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (2000c), *Anuario estadístico del estado de Chiapas. Edición 2000*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (1999), *Perfil estadístico de la población mexicana: una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (1999b), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica Enadiid 1997. Panorama sociodemográfico de Chiapas*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (1996), *Chiapas. Conteo de población y vivienda 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Kroeger, A. (1983), "Health Interview Surveys in Developing Countries: a Review of the Methods and Results", *International Journal of Epidemiology*, vol. 12, pp. 465-481.

- , F. Malo, C. Pérez-Samaniego y H. Berg (1991), “Diferencias en las condiciones de salud y enfermedad en las poblaciones rurales y urbanomarginales en el estado de Nuevo León”, *Salud Pública de México*, vol. 33, pp. 136-154.
- La Colectiva de Salud de las Mujeres de Boston (2000), *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Estados Unidos (La guía definitiva para la salud de las mujeres).
- Langer, A. y M. Romero (1996), “El embarazo, el parto y el puerperio. ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México?”, en A. Langer y K. Tolbert (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, México, Edamex.
- López-Ríos, O. (1997), “Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana”, *Salud Pública de México*, vol. 39, pp. 16-24.
- Lozano, R. (1997), “Relación entre pobreza y salud”, México, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.
- , C. Infante, L. Schlaepfer y J. Frenk (1993), “Desigualdad, pobreza y salud en México”, México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad/El Nacional.
- Martínez, P. C. R. (2001), “*Progresá*” un programa social insuficiente para crear condiciones mínimas de combate a la pobreza extrema. *El caso de Nuevo León, municipio de Teopisca, Chiapas*, tesis de licenciatura, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, Universidad Autónoma de Chiapas, Facultad de Ciencias Sociales.
- Meza, O. A., P. E. Tuñón, M. D. E. Ramos y M. E. Kauffer (2002), “‘Progresá’ y el empoderamiento de las mujeres: estudio de caso en Vista Hermosa, Chiapas”, *Papeles de Población*, núm. 31, pp. 67-93.
- Montero, M. E., M. E. Zapata, G. V. Vázquez, B. A. Nazar y H. J. Sánchez-Pérez (2002), “Tuberculosis en la sierra Santa Martha Veracruz: un análisis desde la perspectiva de género”, *Papeles de Población*, núm. 29, pp. 225-255.
- , B. Salvatierra y A. Nazar (2000), “Efectos del tipo de atención del parto en la mortalidad perinatal en Tapachula, Chiapas, frontera sur de México”, *Atención Primaria*, vol. 25, núm. 8, pp. 568-573.
- Morales-Espinoza E. M., H. J. Sánchez-Pérez, M. M. García-Gil, G. Vargas-Morales, J. D. Méndez-Sánchez y M. Pérez-Ramírez (2003), “Intestinal Parasites in Children, in Highly Deprived Areas in the Border Region of Chiapas, México”, *Salud Pública de México*, vol. 45, pp. 379-388.
- Nazar-Beutelspacher A., D. Molina-Rosales, B. Salvatierra-Izaba, E. Zapata-Martelo y D. Halperin (1999), “Efecto de la desigualdad socioeconómica de las mujeres sobre la atención prenatal en la región fronteriza de Chiapas”, en E. Tuñón (coord.), *Género y salud en el sureste de México*, vol. 2, México, El Colegio de la Frontera Sur/Consejo Estatal de Población de Chiapas, pp. 13-30.
- Ochoa-Díaz, H. (1992), *Inequalities in Health Care Rural in Mexico: an Epidemiological Analysis*.

- logical Perspective*, tesis de doctorado, Londres, Universidad de Londres, Escuela de Higiene y Medicina Tropical.
- , H. J. Sánchez-Pérez y L. A. Martínez-Guzmán (1996), “Uso de un índice de bienestar social para la planificación de la salud a nivel municipal”, *Salud Pública de México*, vol. 38, pp. 257-267.
- Palacios-Blanco, J. C., H. J. Sánchez-Pérez, A. Nieves-Escudero y H. Ochoa-Díaz (2002), “Uso de servicios de salud ante morbilidad percibida en niños menores de cinco años en Chiapas, México”, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 59, pp. 6-20.
- Progresia (2001), *Reglas de operación 2001*, México, Programa de Educación, Salud y Alimentación.
- Ramírez-Rodríguez, J. C., G. Uribe-Vázquez y N. C. Gutiérrez-De la Torre (1991), “Distribución espacial de la problemática de salud de la mujer en Jalisco, México”, *Salud Pública de México*, vol. 33, pp. 155-165.
- Salvaterra, B. (2000), *Desarrollo rural y población. El caso del Soconusco, Chiapas, México*, tesis de doctorado, Montecillo Texcoco, Colegio de Posgraduados, Instituto de Socioeconomía, Estadística e Informática, especialidad en Estudios del Desarrollo Rural.
- 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*, tesis de doctorado, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.
- (1991), *Mortalidad infantil en Tlaxcala: ¿quién tiene mayor riesgo de morir?*, tesis de maestría en Investigación en Servicios de Salud, Los Reyes Iztacala, Estado de México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- , M. A. Hernán, S. Hernández-Díaz, J. M. Jansá, D. Halperin y A. Aschero (2002), “Detection of Pulmonary Tuberculosis in Chiapas, México”, *Annals of Epidemiology*, vol. 12, núm. 3, pp. 166-172.
- , J. A. Flores-Hernández, J. M. Jansá, J. A. Caylá, y M. Martín-Mateo (2001), “Pulmonary Tuberculosis and Associated Factors in Areas of High Levels of Poverty in Chiapas, Mexico”, *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, pp. 386-393.
- , M. G. Vargas-Morales y J. D. Méndez-Sánchez (2000), “Calidad bacteriológica del agua para consumo humano en zonas de alta marginación de Chiapas”, *Salud Pública de México*, vol. 42, pp. 397-406.
- , H. Ochoa-Díaz, A. Navarro i Giné y M. Martín-Mateo (1998), “La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende?”, *Salud Pública de México*, vol. 40, pp. 494-502.
- , H. Ochoa-Díaz, M. M. García-Gil y M. Martín-Mateo (1997), “Bienestar social y servicios de salud en la región frailesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal”, *Salud Pública de México*, vol. 39, pp. 530-538.
- , H. Ochoa-Díaz y O. R. Miranda (1995), “La situación de salud en Chiapas: consideraciones para su análisis”, en O. R. Miranda (comp.),

- Chiapas: el regreso a la utopía*, México, Universidad Autónoma de Guerrero, Editorial Comuna, pp. 63-80.
- Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas (1997), *Los municipios de Chiapas en cifras, 1996*, Tuxtla Gutiérrez, Gobierno del Estado de Chiapas.
- SSA/DGIED (2002), “Indicadores para la evaluación de los sistemas de salud”, *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 4, Secretaría de Salud, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, pp. 371-380.
- _____, (2001), “Recursos para la salud en unidades de la Secretaría de Salud, 2000”, *Salud Pública de México*, vol. 43, Secretaría de Salud, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, pp. 373-381.
- SSA (1997), *Instituto de Salud en el Estado de Chiapas. Jurisdicción Sanitaria III. Programa de Ampliación de Cobertura para la Regionalización de Servicios de Salud 1997*, Comitán, Chiapas, Secretaría de Salud.
- _____, (1994), “Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar”, *Diario Oficial de la Federación*, México, 30 de mayo.
- _____, (1995), “Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, 1995”, *Diario Oficial de la Federación*, México.
- _____, (1994), *Encuesta Nacional de Salud II*, México, Secretaría de Salud.
- SSA/INI (1992), “La salud de los pueblos indígenas”, México, Secretaría de Salud/Instituto Nacional Indigenista.
- SPSS (2002), *SPSS for Windows Version 11.5.1*, Chicago, SPSS Inc.
- Villegas, A. A., S. J. Legorreta y A. E. Nava (1997), “Incidencia, indicaciones y factores de riesgo de la operación cesárea en tres unidades del sector salud de Acapulco, Guerrero”, en Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos (comp.), *Cesáreas: tendencias actuales y perspectivas*, México.
- Wilkins, R. y C. Houle (1999), “Health Status of Children”, *Health Reports*, vol. 11, núm. 3, pp. 25-34 (Statistics Canada, 82-003).