



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

**LAS PARTERAS INDÍGENAS DE IMSS
OPORTUNIDADES: NACIMIENTOS
EN ZONAS RURALES 2000-2010.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

A C T U A R I A

P R E S E N T A

LUCERO IVONNE CHÁVEZ GUZMÁN

Tutor:

ACT. JOSÉ FABIÁN GONZÁLEZ FLORES



2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

1. Datos de la alumna

Chávez

Guzmán

Lucero Ivonne

57438970

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias

098315374

2.- Datos del Tutor

Actuario

José Fabián

González

Flores

3.- Sinodal 1

Maestra en Demografía

María Teresa

Velázquez

Uribe

4.- Sinodal 2

Maestra en Estudios de Población

Nina

Castro

Méndez

5.- Sinodal 3

Maestro en Demografía

Héctor

Ogaz

Pierce

6.- Sinodal 4

Maestra en Administración Pública

María del Pilar

Alonso

Reyes

Titulo

Las parteras indígenas de IMSS Oportunidades: nacimientos en zonas rurales 2000-2010

90 páginas

2012

Agradecimientos

La vida tiene momentos de felicidad, tristeza, alegría, dolor y muchas cosas más. Está llena de emociones y/o desilusiones. Sin embargo, este trabajo es parte de alegría y satisfacción, porque después de mi esfuerzo, tiempo y dedicación he logrado una meta (realizarme como Actuaría).

Pero el haber logrado esto, fue también gracias al apoyo incondicional de mi papá y de mi mamá, quienes me han brindado amor, felicidad, apoyo, educación y cariño, en todo momento. Otras personas, que me han asistido en diversas ocasiones son mis hermanas (os): Nancy, Víctor Hugo y Abel Armando y muy en especial mis hermanos (as): Sandra y José Juan ya que sin su apoyo yo no habría podido recorrer el camino para llegar a realizar este propósito. Mil Gracias a mi Familia Chávez Guzmán.

Otras personas que han sido importantes en mi vida son mis tíos, primos y sobrinos los cuales también siempre me han alentado para seguir adelante y lograr mis metas y se han preocupado por mí y por la realización de mi tesis, en especial gracias a mi familia Ferreira Guzmán y familia Guzmán Tinoco.

Además, me considero una persona afortunada por haber conocidos grandes amigos y amigas, quienes me han ayudado y apoyado en algún momento de mi vida, no mencionare ningún nombre en especial para no descartar a nadie, pero ellos (as) saben quiénes son y lo importante que ha sido su apoyo y amistad para mí. También agradezco a aquellas personas familiares y amigos que a pesar de la distancia han estado conmigo.

Otro agradecimiento enorme por su tiempo, dedicación y esfuerzo a mi asesor Fabián González Flores, por su apoyo y comprensión pero sobre todo por impulsarme a seguir hasta el final ya que por él termine satisfactoriamente mi trabajo de investigación.

Además, agradezco enormemente a la vida por haberme dado la oportunidad de conocer a personas tan maravillosas como las que mencioné y tal vez por las que me faltaron, pero sobre todo por llegar a este momento tan feliz e importante.

Lucero

ÍNDICE GENERAL

Índice de cuadros	I
Índice de gráficas.....	II
Introducción.....	1
Capítulo 1. Caracterización de las parteras indígenas y nacimientos rurales.....	4
1.1 Introducción	4
1.2 Dimensiones socio-demográficas.....	5
1.2.1 Dimensión demográfica	7
1.2.1.1 Raza y grupo étnico.....	11
1.2.1.2 Zona geográfica de residencia	15
1.2.1.3 Esperanza de vida	17
1.2.1.4 Morbilidad	18
1.2.1.5 Mortalidad	19
1.2.1.6 Tasa Global de Fecundidad	19
1.2.1.7 Edad	24
1.2.2 Dimensión social	24
1.2.2.1 Nivel educativo	27
1.2.3 Dimensión económica.....	30
1.2.3.1 Ocupación	32
1.3 Nacimientos en zonas rurales	33
1.4 Discusión	37
Capítulo 2. Programa IMSS oportunidades	38
2.1 Introducción	38
2.2 Sistema Nacional de Salud	38
2.3 Reforma al Sistema Nacional de Salud.....	39
2.4 Políticas Públicas	41
2.4.1 Programa Nacional de Salud	41
2.4.1.1 Programa IMSS Oportunidades	44
2.4.1.1.1 Antecedentes	48
2.4.1.1.2 Misión y visión	50
2.4.1.1.3 Cobertura	50
2.4.1.1.4 Estructura financiera	53
2.4.1.1.5 Estructura operativa.....	56
2.4.1.1.6 Convenio de colaboración del Sector Salud	58
2.5 Discusión	60
Capítulo 3. Macroprocesos del programa IMSS oportunidades	61
3.1 Introducción	61
3.2 Diagnóstico situacional	61
3.1.1 Fortalezas	64
3.1.2 Oportunidades	67
3.1.3 Debilidades.....	68

3.1.4	Amenazas	74
3.1.5	Estrategias	76
3.1.5.1	Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud	76
3.2	Discusión	78
Conclusiones		79
Anexo único		83
Bibliografía.....		85
Cibergrafía.....		87

Índice de cuadros

Cuadro 1.1 Situación de la población indígena: Indicadores seleccionados, 2005	6
Cuadro 1.2 Porcentaje de Población indígena en los censos de 1930 a 1995	7
Cuadro 1.3 Estimación de la Población indígena.....	8
Cuadro 1.4 Tasa de crecimiento de la población de 5 años y más hablante de lengua indígena (HLI) 9	
Cuadro 1.5 Población Indígena de México, según Censo de 1995.....	10
Cuadro 1.6 Clasificación de las Lenguas de México.....	12
Cuadro 1.7 Toponimia de los Grupos Étnicos	13
Cuadro 1.8 Zona de residencia de grupos indígenas	16
Cuadro 1.9 México: Esperanza de vida por entidad federativa según sexo (2004-2010).....	17
Cuadro 1.10 Variación absoluta y relativa de las 10 principales causas de morbilidad a nivel nacional, 2006.....	18
Cuadro 1.11 Edades de Parteras Indígenas en México	24
Cuadro 1.12 Nivel de Alfabetismo entre las Parteras	28
Cuadro 1.13 Nivel de escolaridad de las Parteras Indígenas.	29
Cuadro 1.14 Porcentaje de la población de 6 a 29 años hablante de lengua indígena que asiste a la escuela por grupos de edad según sexo 1990 y 2005	30
Cuadro 1.15 Aspectos principales del Desarrollo Humano	31
Cuadro 1.16 Actividades Complementarias de las Parteras Tradicionales	33
Cuadro 1.17 Indicadores demográficos de la población indígena, 2000-2010.....	34
Cuadro 1.18 Partos atendidos por parteras rurales identificadas. Evaluación a nivel delegacional y total Nacional IMSS Oportunidades, 2006.....	36
Cuadro 2.1 Principales Instituciones de Sistema Nacional de Salud	39
Cuadro 2.2 Base Ética de la Reforma al Sistema Nacional de Salud	40
Cuadro 2.3 Marco conceptual del Programa Nacional de Salud 2007-2012	42
Cuadro 2.4 Estrategias del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y su relación con las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud	43
Cuadro 2.5 Principales Instituciones de Sistema Nacional de Salud	45
Cuadro 2.6 Cinco Principales Acciones de Atención Médica de IMSS Oportunidades.	47
Cuadro 2.7 Objetivo de IMSS Oportunidades y Objetivos estratégicos del IMSS.....	48
Cuadro 2.8 Antecedentes del Programa IMSS Oportunidades.....	48
Cuadro 2.9 Facultades del Programa IMSS Oportunidades	57
Cuadro 2.10 Cláusulas del Convenio Marco.	59
Cuadro 3.1 Macroprocesos identificados en la evaluación de procesos de IMSS-Oportunidades.....	64
Cuadro 3.2 Fortalezas de los Macroprocesos de IMSS Oportunidades	65
Cuadro 3.3 Modelo de Seguimiento a Procesos del Programa IMSS Oportunidades.....	67
Cuadro 3.4 Debilidades del Programa	70
Cuadro 3.5 Amenazas del Programa	74

Índice de gráficas

Gráfica 1.1 Regiones Indígenas de México	15
Gráfica 1.2 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años hablantes de lengua indígena, por entidad federativa, 1990 y 2000 ¹	20
Gráfica 1.3 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años y de las hablantes de lengua indígena por entidad federativa, 2000	22
Gráfica 1.4 Promedio de hijos nacidos vivos por grupos quinquenales de edad de mujeres de 15 a 49 años y las mujeres hablantes de lengua indígena, 1990 y 2000	23
Gráfica 1.5. Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años hablantes de lengua indígena por nivel de escolaridad 2005.	35
Gráfica 2.1 Cobertura Estatal del Programa IMSS-Oportunidades	51
Gráfica 2.2 Cobertura de beneficiarios IMSS Oportunidades en el ámbito nacional 2006.	52
Gráfica 2.3 Ciclo Presupuestal	53
Gráfica 2.4 Presupuesto Ejercido durante los ejercicios fiscales 1995-2006 IMSS Oportunidades....	54
Gráfica 2.5 Variación de la tasa de crecimiento del presupuesto para IMSS-Oportunidades.....	55

Introducción

El objetivo de esta tesis es analizar el papel la ocurrencia de nacimientos en zonas rurales atendidos por parteras indígenas de IMSS Oportunidades, así como dar a conocer la importancia de ellas dentro del mismo programa en apoyo a la prevención de la salud reproductiva y materno-infantil y, a partir de un diagnóstico sociodemográfico, identificar el impacto que han tenido en la planificación familiar, la disminución de las tasas de fecundidad y minimización de la mortalidad materna, y un análisis de su situación sociocultural.

Históricamente, la partera tradicional ha sido una opción importante para la atención de las mujeres indígenas y mestizas por tres razones: 1) pertenece a la misma cultura, por lo que sus prácticas responden al orden simbólico y a las normas de la organización social comunitaria, conoce sus condiciones de vida y las contradicciones de su entorno social; 2) su condición de mujer, la ubica en un lugar privilegiado para promover una visión amplia e integral de la salud de la mujer; y 3) la atención que proporciona es calurosa y cálida [Cosminsky, 1992].

En México, el vínculo de la mujer y la atención de la salud han existido desde tiempos prehispánicos. Existen muchos indicios en estudios de las culturas autóctonas, acerca de las funciones que desarrollaban las mujeres en la atención de la salud, especialmente en la atención del embarazo y parto; así como sobre la importancia del papel que ejercían las parteras. En éstos se encuentran las raíces de lo que hoy es la partera mexicana y representan los antecedentes que explican su evolución posterior. Dentro de las tradiciones prehispánicas, coloniales y del siglo XIX que perduran en la mayor parte de las poblaciones indígenas y rurales e incluso urbanas, el nacimiento era atendido comúnmente por una partera, quien sigue desempeñando un papel central en la atención de la salud [Gallástegui, Mimeo: 16].

En las muchas comunidades marginadas, la partera es la persona con más destrezas especiales, además de contactos o conocimiento de otros proveedores de la salud. Por ello, su profesión debe ser respetada, protegida, promocionada y desarrollada mediante mecanismos que permitan establecer la colaboración estrecha con otros servidores de la salud, así como la provisión de equipo para la prevención y las emergencias.

Es importante resaltar que la partera tradicional tiene la valentía de mantener su servicio en lugares aislados y con frecuencia sin todos los recursos necesarios y, aun así, no deja solas a las madres. Ella mantiene su habilidad sin importar su edad, condición social o carecer de estudios formales.

Diversos estudios han demostrado que en algunos lugares donde se han establecido clínicas de salud, algunas madres indígenas continúan prefiriendo el servicio en el hogar asistido por la partera tradicional, [La atención al embarazo y al parto en el medio rural mexicano Mellado Virginia, Carrillo Zolla , Carlos y Castañeda Xochilt, con la colaboración de Tescón Mendoza, Antonia Centro

Interamericano de Estudios de Seguridad-Social, CIESS México, 1989.]. Esta acción constituye su derecho y razón suficiente para seguir cultivando y ayudando los servicios domiciliarios y a las personas que ofrecen éstos. A corto y a largo plazo esto ha demostrado ser una verdadera ventaja social.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2006], en todo el mundo, cada minuto muere una mujer por complicaciones durante el embarazo y el parto, es decir, alrededor de 1,400 mujeres cada día. La mortalidad materna y la mortalidad infantil son una muestra palpable de la desigualdad social y de la inequidad de género que aún prevalece en el país; la falta de atención prenatal, la insuficiente nutrición de las mujeres y la deficiente calidad en la atención del parto, son algunos de los factores que contribuyen a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo o el parto, aspectos que repercuten directamente en la salud de los recién nacidos. Lo más grave es que la mayoría de estas muertes pudieron ser evitadas si estas mujeres hubieran contado con acceso a los servicios básicos de salud y de emergencia, durante su embarazo, parto y puerperio [Mortalidad materna. Inequidad Institucional y desigualdad entre mujeres, María Graciela Freyermuth Enciso, 2000].

La muerte materna se relaciona con los niveles de desarrollo y atención de la salud, por ello, en la Cumbre del Milenio, realizada en el año 2000 en las Naciones Unidas, los gobiernos del mundo establecieron como una de las "Metas del Milenio" la reducción de la muerte materna en tres cuartas partes como meta para 2015.

Para el caso de México, el Gobierno, [Consejo Nacional de Población; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; Colegio de México (2006). Conciliación demográfica 2006. México, CONAPO-INEGI-COLMEX. Mimeo] reconoce la existencia de casi 22 mil parteras que atienden cada año a 370 mil mujeres, quienes curan a las familias, aconsejan sobre planificación familiar en lugares a donde ningún médico llega, aunque la atención que brindan en un alumbramiento también puede enfrentarse a la muerte, sobre todo cuando el embarazo es de alto riesgo y no se cuenta con los recursos suficientes.

El número de parteras tradicionales censadas en todo el país asciende en el año 2006 a 18,233, de las cuales 9,869 han sido capacitadas en el programa APV por los Servicios Estatales de Salud, [Informe de ejecución Programa Nacional de Población 2001-2006]. Se entiende que se trata de parteras tradicionales reconocidas por la comunidad. También existe un censo de 12,464 parteras registradas en la Secretaría de Salud de las entidades federativas. De ellas 80% están capacitadas y 799 están certificadas por ACERTAR [Patricia Uribe Zúñiga, 2005].

Finalmente, es necesario mencionar que para una parte de las familias indígenas, la atención médica institucional no representa una opción para la atención de la salud. Los patrones culturales de este sector de la población, determinan que el cuidado y la atención del embarazo, parto y posparto sean reconocidas como labores que pertenecen principalmente a las mujeres: madres, abuelas, tías

suegras y parteras. Por ello, se reconoce que en el ámbito particular de la salud reproductiva, las parteras tradicionales desarrollan en el medio rural e indígena un papel significativo en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, [Informe de ejecución del Programa Nacional de Población 2001-2006].

La tesis se presenta *grosso modo* en tres capítulos:

El objetivo del primer capítulo es analizar la situación socio-demográfica de las parteras indígenas e identificar de qué manera, directa o indirecta, influyen en la dimensión de los resultados obtenidos por las mismas respecto a los servicios otorgados por el Programa IMSS Oportunidades, tomando variables como son los índices de morbilidad, esperanza de vida y nivel económico; así como los nacimientos en zonas rurales.

Por su parte, en el segundo capítulo es describir las actividades y acciones que integran el Programa IMSS Oportunidades, de forma precisa, rigurosa y coherente por medio de la obtención de datos financieros y operativos primarios; sin perder de vista, la misión y visión de este programa, para la obtención de resultados con la colaboración del Sector Salud

Finalmente, el objetivo del tercer capítulo se mostrará el diagnóstico del Macroproceso del Programa IMSS Oportunidades a través del análisis estratégico de su planeación; abasto e Infraestructura; otorgamiento de servicios de salud; sistema de referencia y contrarreferencia; participación comunitaria y gestión.

Capítulo 1. Caracterización de las parteras indígenas y nacimientos rurales

1.1 Introducción

La población y su movilidad, como uno de los principales agentes y factores de cambio global en la estructura y dinámica demográfica, es un elemento esencial para la planeación y desarrollo en la determinación de las políticas públicas, y una línea general para trazar y dirigir la visión integral de gobierno en materia de desarrollo, bienestar, calidad de vida y estabilidad social.

La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de salud/enfermedad. En específico, para las mujeres indígenas, la desigualdad cultural y étnica junto con la de género y la pobreza, configuran factores de riesgo que tienen incidencia en todo el proceso reproductivo y que tienen especial relevancia en el análisis de la morbilidad materna.

Es importante saber cuáles son las raíces de las parteras indígenas que son quienes se desenvuelven y colaboran directamente en los mismos lugares y pueblos a los que pertenecen, por lo cual conocer esos pueblos indígenas y su desarrollo, forma parte fundamental de la vida y existencia de estas mismas personas tan importantes y destacadas en nuestro tiempo para el apoyo a la salud, sobre todo en esas mismas zonas indígenas y regiones marginadas como lo son las parteras.

El quehacer de las parteras tradicionales ha preocupado, fundamentalmente, a personas e instituciones relacionadas con la salud. En México han desempeñado ancestralmente un rol activo en lo que se refiere al parto y, simultáneamente, en la salud de la madre y el hijo. Esta actividad ha despertado el interés de numerosos antropólogos y de otros profesionales vinculados al área de las ciencias sociales, todos coinciden en señalar en que la partera es un personaje muy presente en las alternativas de atención ginecobstétrica, dotada de un ascendiente en su comunidad, ganándose el reconocimiento de la misma, [Informe de ejecución del Programa Nacional de Población 2001-2006].

En particular, la partera indígena es la depositaria de las tradiciones, es decir, de una red de significaciones relativas a un conocimiento simbólico y empírico acerca de la fertilidad, del embarazo, del parto y de los cuidados del niño, conocimientos adquiridos tanto por transmisión oral, como por la práctica continua.

Mesoamérica estaba y, está, formada por una serie de áreas o regiones, que muestran características específicas de cada cultura; por ello, en nuestros días, puede hablarse del área maya, el área huasteca, el área zapoteca y el área mixteca, entre otras. Estas forman parte de la civilización

mesoamericana. En su larga trayectoria de formación, de más de 5 mil años, ha pasado por diversas épocas, que configuran la estructura de la antigua historia del México contemporáneo.

La pluralidad cultural del México contemporáneo se refleja en la resistencia y permanencia de la civilización mesoamericana, expresada en los 56 grupos indígenas, que se encuentran dispersos en los aproximadamente 2 millones de kilómetros cuadrados del territorio nacional, con una población de 9 millones de acuerdo con el Censo de población y vivienda de 1995, es decir, el 10 por ciento de los cerca de 95 millones de habitantes de todo el país.

En este capítulo se analiza la situación socio-demográfica de las parteras indígenas y se identifica de qué manera, directa o indirecta, influyen en la dimensión de los resultados obtenidos por las mismas respecto a los servicios otorgados por el Programa IMSS Oportunidades, tomando variables los diferenciales socio-demográficos, para lo cual se toman datos tanto del Censo 2000, el Censo 2005, y del Censo de Parteras 2003, que a pesar de que no se pueden mezclar ni interrelacionar uno con otro son los medios de información que muestran los resultados e importancia obtenida.

1.2 Dimensiones socio-demográficas

Para incorporar a los pueblos indígenas al desarrollo económico, político, social y cultural del país se ha tratado de homogeneizarlos y uniformarlos. De tal forma que se han dejado de lado sus particularidades, es decir, su diversidad. Es importante considerar que cada pueblo es un grupo humano único, que se ha desarrollado en un territorio, ha explotado sus recursos, y ha creado su entorno sociocultural a partir de sus propias vivencias e interpretación de la vida, [Informe de ejecución 2003-2004 del Programa Nacional de Población 2001-2006].

Los gobiernos han centrado sus políticas en el asistencialismo e imponen, desde arriba y de manera vertical, las decisiones y sólo involucran a los pueblos indígenas en calidad de receptores, en lugar de hacerlos partícipes como creadores y promotores de las iniciativas más idóneas para su propio desarrollo.

Los subsidios y los apoyos otorgados a la población se han elevado y han sido mejorados los niveles de consumo, pero faltan apoyos e incentivos para la producción. Por otra parte, los programas no han llegado a las localidades más alejadas, las cuales son las más necesitadas al no contar con caminos y carreteras. Esto ha dejado a buena parte de la población al margen de sus beneficios. Además, en ciertos casos, la aplicación de estos programas ha influido en las relaciones comunitarias, provocando conflictos y tensiones entre los beneficiados y quienes fueron excluidos de los mismos.

Una sintética representación de la condición social del mundo indígena en México confirma el enorme nivel de marginación, pobreza y exclusión que lo caracterizan. Indudablemente, tales rasgos constituyen el elemento que define una silueta de modernización bloqueada por factores de distinta naturaleza y alcances regionales, coyunturales, sociales y políticos. Como resultado, la vida de los

indígenas se caracteriza por la existencia de relaciones polarizadas y desiguales en los ámbitos laborales, de la educación, el ingreso, la salud y la cobertura y acceso a los servicios públicos del Estado.

Bajo esta premisa es posible distinguir las siguientes condiciones definitorias del mundo indígena: a) 35.9 por ciento de los indígenas que viven en municipios con alta y muy alta marginación, duplican, en porcentaje, al promedio nacional colocado en similar condición, con tan sólo 16.5 por ciento; b) casi dos tercios (72.5%) de la población indígena no aparece cubierta por los sistemas de seguridad social oficiales; c) 25.5 por ciento de la población indígena es analfabeta, es decir, más de una cuarta parte de la población no sabe ni leer ni escribir, frente a menos de una décima de la población general que se encuentra en esta situación; d) Los rangos de carencias en la infraestructura básica también son elevados: con viviendas sin agua entubada 29.5 por ciento; con piso de tierra 38 por ciento y sin drenaje 44.4 por ciento, [Informe de ejecución 2003-2004 del Programa Nacional de Población 2001-2006].

Esta situación implica condiciones de nutrición, salud e higiene muy negativas para la población indígena. En los hechos, no existe la menor duda de que estos indicadores se traducen en interrelaciones de procesos estructurales que obligan a diagnosticar con un mayor cuidado la dinámica social y de salud indígena de México, (Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1 Situación de la población indígena: Indicadores seleccionados, 2005

Indicador	Nacional	Indígena
Población	103,263,388	10,103,571
Situación social		
Población en municipios con alta y muy alta marginación	17,010,383 16.47%	6,107,572 35.90%
Desarrollo humano		
Población sin derecho a servicios de salud	51,042,597 51.00%	7,094,608 72.50%
Población analfabeta de 15 años o más	2,747,813 9.20%	1,589,796 25.50%
Infraestructura básica		
Vivienda particular sin agua entubada	2,913,379 12.20%	599,854 29.50%
Vivienda particular sin drenaje	3,181,308 13.30%	904,638 44.40%
Vivienda particular sin agua entubada	2,453,673 10.20%	773,764 38.00%

Fuente: Presidencia de la República, Plan de Nacional de Desarrollo 2007-2012, México, 2007.

Dentro de estas dimensiones socio-demográficas utilizados para conocer las condiciones y características de las parteras indígenas están: edad, sexo, estado civil, lengua, alfabetismo, escolaridad, vivienda, habitantes por vivienda, mascotas, servicios en el hogar, servicio en la comunidad, servicios de salud en la comunidad, medios de transporte, tiempos de traslado, antigüedad como partera, parteras ejerciendo, número de atenciones, actividades medicas complementarias, aprendizaje, cursos de adiestramientos previos, métodos anticonceptivos conocidos, realización de actividades de planificación familiar, métodos de planificación familiar usados, actividades en la comunidad, tratamientos usados, revisión prenatal, apoyo en complicaciones, lugar de atención del parto, acciones antes del parto, tratamiento durante el parto, sitio de atención del parto, posición de la paciente, acciones previas al parto, corte de cordón umbilical, atención al recién nacido, revisiones después del parto, apoyo en complicaciones del recién nacido, tratamiento durante puerperio.

1.2.1 Dimensión demográfica

A partir del primer censo de población de 1885 se identificó a los habitantes indígenas por su idioma, indicador que no refleja la realidad porque muchos indígenas niegan hablar su lengua por temor a la discriminación. El censo de 1921 incluyó la pregunta a qué raza pertenecía, el resultado fue que el 59 por ciento (8.5 millones) se consideró de raza mezclada (mestiza), el 29 por ciento (4 millones) se auto identificó como indígena, el 10 por ciento como raza blanca y el 2 por ciento como extranjeros. En el cuadro 1.2 se muestra el porcentaje estimado de población indígena de los censos de 1930 a 1995.

Cuadro 1.2 Porcentaje de Población indígena en los censos de 1930 a 1995

Año	Porcentaje
1930	14 %
1950	10 %
1970	7 %
1980	10 %
1990	8 %
1995	9 %

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 1992, y Censo de población y vivienda de 1995

Un ejemplo que manifiesta, claramente, la diversidad de criterios utilizados para censar a los indígenas se observa en los casos de los estados de Morelos y Tlaxcala. Ambos, en 1930, formaban parte de los 13 estados donde el 10 por ciento de la población era hablante de lengua indígena. En 1990, el primero registró sólo el 4 por ciento y, el segundo, únicamente el 5.8 por ciento de

hablantes. Esto se debe a que los censos toman en cuenta la lengua como único parámetro de aproximación a la población indígena. La explicación de esta disminución se encuentra en la aplicación de diversas políticas educativas y culturales durante más de 60 años, lo que ha propiciado la pérdida de la lengua, pero no indica necesariamente que dicha población se despojara de elementos de su cultura, con la cual convive diariamente [Perfiles Nacional de México / Antropólogos Salomón Nahmad y Tanya Carrasco,2006].

El Censo de Población y Vivienda de 1995 registró como hablantes de lengua indígena al 9 por ciento de la población (6.7 millones); publicó cuadros sobre los "ocupantes de viviendas cuyo jefe de familia habla lengua indígena" y dio la cifra de 8.9 millones. Por su parte, el Instituto Nacional Indigenista (INI), organismo oficial que tiene por mandato aplicar la política del Estado hacia los pueblos indígenas, estimó para 1995, 10 millones de indígenas. Otras fuentes, utilizando la tasa de crecimiento del 2.7 por ciento, calcularon, para 1997, 10.5 millones de personas, (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3 Estimación de la Población indígena

	1990	1995	1997
Población Total	81 249 645	91 158 290	
Hablantes de lengua indígena de 5 y más años de edad	5 181 038	6 755 585	
Ocupantes de viviendas cuyo jefe o cónyuge habla lengua indígena		8 989 895	
Población indígena estimada Instituto Nacional Indigenista	8 701 688	10 040 290	10 597 488*

* Proyección indígena de acuerdo con una tasa de crecimiento de 2.7%, estimada por Valdés, 1995

Es importante destacar que la mayor cantidad de la población indígena existente y distribuida en la República Mexicana, es decir, la parte centro y sureste, regiones donde florecieron las grandes culturas mesoamericanas se concentra en 86 por ciento en las siguientes Entidades Federativas: Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Veracruz, Yucatán y Distrito Federal, [Informe de ejecución 2003-2004 del Programa Nacional de Población 2001-2006].

Asimismo, la poca claridad, respecto al registro de la población indígena, dificulta estimar su tasa de crecimiento real; por ejemplo, se calculó que la población indígena tuvo un incremento, en el decenio de 1970 a 1980, del 5.2 por ciento, comparado con un 3.3 por ciento a nivel nacional. En 1990 el crecimiento bajó a niveles menores de 1 por ciento. Demógrafos interesados en el tema de población indígena, ([Informe de ejecución 2003-2004 del Programa Nacional de Población 2001-2006]) y con el objeto de reducir las incongruencias de los censos, tomaron un período de 20 años para medir el crecimiento, es decir, de 1970 a 1990, lo que dio que el aumento de la población indígena fue de 2.7 por ciento, ligeramente superior a la tasa de crecimiento nacional del 2 por ciento, (Cuadro 1.4).

Cuadro 1.4 Tasa de crecimiento de la población de 5 años y más hablante de lengua indígena (HLI)

Estados	1970	1990
Chiapas	5.5	4.7
Guerrero	5.5	3.2
Hidalgo	4.2	2.3
San Luis Potosí	5.8	3.0
Querétaro	6.8	2.8
Yucatán	3.2	1.9
Campeche	3.1	2.1
Oaxaca	2.8	2.1
Distrito Federal	11.7	2.5
Quintana Roo	7.9	6.4
Edo. De México	6.0	2.2
Morelos	6.8	1.0

Fuente: Valdés, 1995

Los censos muestran que la población indígena experimenta un descenso porcentual respecto a décadas pasadas; sin embargo, en términos absolutos ha continuado su crecimiento. En 1980 era de 5 millones de HLI y en 1990 de 8.9 millones de ocupantes de viviendas cuyo jefe es HLI. A este incremento ha contribuido en forma notable el desarrollo de la medicina preventiva en las áreas rurales y, en especial, las campañas de vacunación y erradicación de las enfermedades endémicas, como el paludismo.

El crecimiento demográfico de la población indígena resulta indudable, no sólo en el presente, sino también en el futuro de México, por su presencia física, cultural y política. Por lo anterior, resulta también difícil hablar de tendencias demográficas naturales de la población indígena, puesto que la definición depende en gran medida de factores subjetivos (ya sea de la persona identificada como tal, o del investigador o del criterio con el que se realiza el recuento). Tampoco resulta sorprendente que, después de varias décadas en que disminuía la población censada como indígena (en números relativos), al mismo tiempo ésta aumente en números absolutos. Ello no solamente por la "vitalidad demográfica" de los pueblos indígenas (no todos), sino por la creciente conciencia cultural de auto identificación y pertenencia a un pueblo indígena, en parte por la existencia de un movimiento indígena que reclama un espacio en la sociedad nacional.

En el Cuadro 1.5 se muestran los diferentes tipos de lenguas que son el medio de comunicación entre los pueblos indígenas, con ello se observa la diversidad que existe distribuida en los Estados de la República Mexicana.

Cuadro 1.5 Población Indígena de México, según Censo de 1995

Tipo de lengua	Ocupantes de viviendas jefe o cónyuge HLI	Total de población HLI*
Estados Unidos Mexicanos	8 989 895	6 755 850
Amuzgo	42 490	39 677
Cakchikel	930	388
Chatino	49 085	42 016
Chichimeca	2 796	1 948
Chinanteco	171 888	143 847
Chocho	1 940	1 004
Chol	190 188	174 426
Chontal de Oaxaca	16 280	8 743
Chontal de Tabasco	73 997	45 406
Chuj	1 881	2 454
Cochimí	608	154
Cora	17 915	17 318
Cucapá	280	166
Cuicateco	21 119	15 259
Guarijío	2 112	1 879
Huasteco	188 617	156 557
Huave	17 462	14 489
Huichol	35 995	34 919
Ixcateco	655	392
Ixil	267	198
Jacalteco	1 503	840
Kanjobal	18 035	17 404
Kekchí	445	368
Kikapú	404	229
Kumiai	174	82
Lacandón	27 633	10 739
Mame	2 161	1 091
Matlazinca	1 404 265	944 090
Maya Mayo	100 912	49 440
Mazahua	294 785	160 913
Mazateco	246 159	215 043
Mixe	136 099	119 363
Mixteco	615 350	481 856
Motozintleco	891	318
Náhuatl	1 271 761	1 623 993
Ocuilteco	1 693	725
Otomí	603 178	358 382
Paipai	463	262
Pame	10 609	9 089
Pápago	409	162
Pima	1 581	1 040
Popoloca	23 148	17 886
Purépecha	174 068	129 275
Quiché	612	417
Seri	664	579
Tarahumara	95 890	77 246
Tepehua	13 860	10 764
Tepehuan	32 262	28 110
Tlapaneco	103 067	92 754
Tojolabal	53 847	46 687

Tipo de lengua	Ocupantes de viviendas jefe o cónyuge HLI	Total de población HLI*
Totonaca	354 081	214 192
Triqui	24 250	23 113
Tzeltal	374 388	369 940
Tzotzil	354 574	325 916
Yaqui	23 679	15 712
Zapoteco	699 325	497 746
Zoque	71 688	55 543
Insuficientemente especificado	53 650	43 159

Nota: En la columna "Total de población HLI" se incluyó la población de 0 a 4 años de edad. Los registrados como HLI son 5 483 555 personas

Fuente: INI, 1993; *Atlas de las lenguas indígenas de México*, INI, 1996.

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, existe un conjunto de indígenas, las cuales forman parte de las tradiciones y costumbres que se conservan en diferentes Entidades de la República Mexicana.

1.2.1.1 Raza y grupo étnico

La documentación etnográfica disponible sobre cada sociedad o pueblo indígena de México es abundante. El perfil nacional de los pueblos indígenas revela el tipo de relaciones asimétricas entre la sociedad dominante y los pueblos herederos de la civilización mesoamericana y cómo se dan en condiciones de inequidad, injusticia y exclusión.

Los grupos étnicos de México se deben reconocer como sociedades históricas de larga sustentabilidad y permanencia en un territorio geográfico y cultural donde originalmente fueron autónomas, y que hoy aspiran a continuar su reproducción económica, cultural, social y política dentro del contexto nacional mexicano. Existen pueblos indígenas con un enorme número de habitantes, que poseen identidades muy sólidas, y otros en vías de extinción. Las demandas de las organizaciones indígenas contemporáneas movilizan energías para descolonizar, eliminar la categoría de indio, y fortalecer la posibilidad de conducir su propia historia y su propio destino.

Las lenguas indígenas constituyen el eje central de la identidad, como vehículo de comunicación entre los miembros de la comunidad y con las otras comunidades de la región étnica. Las lenguas indígenas se clasifican por grupos lingüísticos, troncos, familias, subfamilias y lenguas, por lo cual se da la Clasificación de las Lenguas de México, (Cuadro 1.6).

Cuadro 1.6 Clasificación de las Lenguas de México

Grupo	Tronco	Familia	Subfamilia	Lengua	
Joca-meridional	Yumapacua			Paipai	
				Cochimí	
Kaliwa					
Cucapá					
Seri					
				Tequistlateco	
	Tlapaneco	Tlapaneca		Tlapaneco	
Otomangue	Otapame	Pame-jonáz		Pame	
				Jonáz	
		Otomí-mazahua		Otomí	
					Mazahua
					Matlatzinca
					Ocuitleco
	Savizaa	Mazateco-popoloca			Mazaateco
					Popoloca
					Ixacateco
					Chocho
					Mixteco
					Cuicateco
					Trique
					Amuzgo
				Chatino	
				Zapoteco	
Chinanteco	Chinanteca			Chinanteco	
Huave				Huave	
Nahua-cuitlateco	Yutonahua			Pápago	
				Pima alto	
				Pima bajo	
				Tepehuán	
				Yaqui	
				Mayo	
				Tarahumara	
				Guarijío	
				Cora	
				Huichol	
					Nahua
Maya-tononaco	Mayense	Mayense	Yaxu	Huasteco	
			Yax	Maya pecinclar	
				Lacandón	
				Chontal (Tab.)	
				Chol	
				Tzeltal	
				Tzotzil	
				Tojolabal	
				Chuj	
			Jacalteco		
			Chax	Mame	
				Motzintleco	

Grupo	Tronco	Familia	Subfamilia	Lengua	
				Ixil	
				Quiché	
				Quekchí	
	Mixeano	Mixeana	Mixe popoluca	Mixe popoluca	
				Zoque	Zoque
	Totonaco	Totonaco		Totonaco	
				Tepehua	
	Purépecha			Purépecha	
			Kikapú		

Fuente: Swadesh y Arana (1962-1964)

En el Cuadro 1.7 se muestra la Toponimia de los grupos étnicos a partir de la clasificación de las lenguas de México.

Cuadro 1.7 Toponimia de los Grupos Étnicos

Nombre Común	Auto denominación	Significado
1. Tojolabales	Tojolwinik'otik	Hombres legítimos o verdaderos
2. Tarascos	Purépechas	Gente o persona
3. Chichimeca, jonáz	Ézar	Indios
4. Triquis	Tinujei	Hermano mío
5. Zoque	O'depüt	Gente de idioma
6. Popoluca	Homshuk	Dios del maíz
7. Tzeltales	Winik atel	Hombres trabajadores
8. Tzotziles	Batsil winik'otik	Hombres verdaderos
9. Mochos	Mochos o motozintlecos	
10. Huasteco	Teenek	Los que viven en el campo
11. Nahua	Macehuale	Campesino
12. Otomí	Hña hñu	Hablantes de otomí
13. Huicholes	Wirrárika	La gente
14. Kikapú	Kikaapoa	Los que andan por la tierra
15. Mazahuas	Mazahuas	Donde hay venado
16. Mazatecos	Ha shuta enima	Gente de costumbre
17. Mayas	Mayá	Nombre del territorio
18. Matlazincas	Matlazinca	Los que hacen redes
19. Mayos	Yoremes	La gente de la ribera
20. Mixes	Ayuuk	La gente
21. Chinantecos	Tsa ju jmí	Gente de palabra antigua
22. Chatinos	Kitse cha'tnio	Trabajo de las palabras
23. Coras	Nayeri	
24. Huaves	Mero ikooc	Verdaderos nosotros
25. Seris	Kon kaak	La gente
26. Tarahumara	Rarámuri	Corredores a pie

Nombre Común	Auto denominación	Significado
27. Tepehuanes	Odámi	Gente
28. Zapotecos del Istmo	Binnzá	Gente que proviene de las nubes
29. Zapotecos de Valles	Ben'zaa	Gente de las nubes
30. Zapotecos Sierra Norte	Bene xon	Gente de las nubes
31. Totonacos	Totonacos	Hombre de tierra caliente
32. Tlapanecos	Me'phaa	El que está pintado
33. Chochos	Runixa ngiigua	Los que hablan el idioma
34. Choles	Winik	Hombre o milpero
35. Yaquis	Yoremes	Hombre
36. Amuzgos	Tzjon non	Pueblos de hilados
37. Chontales de Oaxaca	Slijuala xanuc'	Habitantes de las montañas
38. Chontales de Tabasco	Yokot' anob	El pueblo de habla yoko
39. Guarijíos	Macarawe	Los que andan por la tierra
40. Mames	Mam	Padre, abuelo o antepasados
41. Pimas	O'ob	La gente
42. Pápagos	Thono o'otham	Gente del desierto
43. Pames	Xi'úi	Indígena
44. Mixtecos	Ñuu savi	Pueblo de la lluvia
45. Lacandón	Hach Winik	Verdaderos hombres
46. Kumiai	Kumiai	
47. Cucapá	Cucapá	
48. Paipai	Akwa'ala	
49. Cochimí	Diegueño	
50. Kiliwa	Kj'wash	
51. Ocuitleco	Tlahica	
52. Popolocas		
53. Ixcatecos		
54. Chuj		
55. Jacaltecós	Abxubal	
56. Tepehua	Hamasiipini	

Fuente: Swadesh y Arana (1962-1964)

En conclusión, se destacan 56 nombres comunes de los Grupos Étnicos existentes distribuidos en la República Mexicana y de estos nombres comunes se derivan su auto denominación, así como su significado.

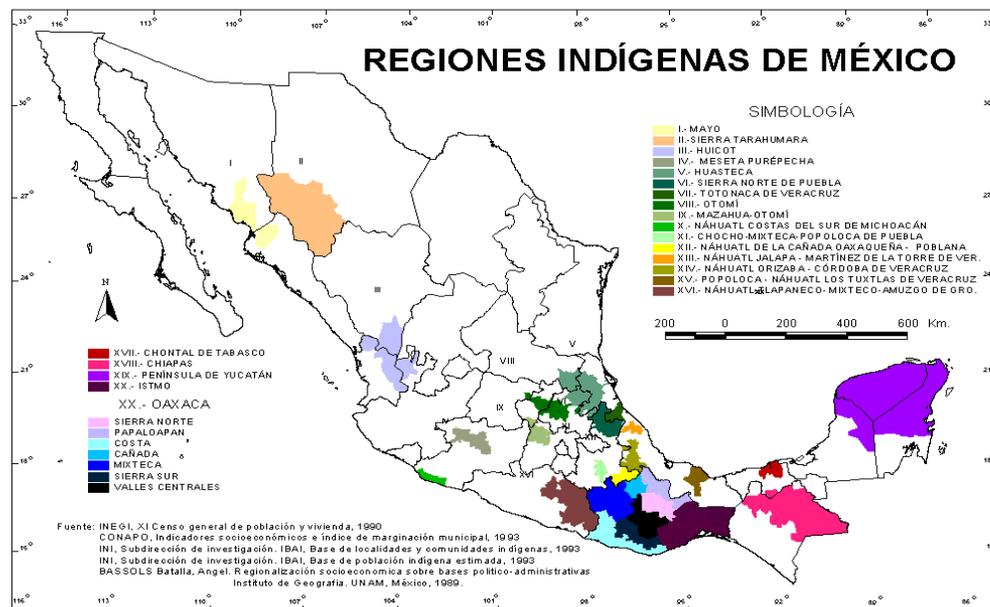
1.2.1.2 Zona geográfica de residencia

En lo que se refiere a la distribución geográfica, se observó que la Jurisdicción Sanitaria I concentra la proporción más elevada de parteras. La alta cifra de parteras en zonas urbanas (por ejemplo Cuernavaca), permite inferir que la población no sólo recurre a ellas cuando se carece de un servicio institucional, sino también como respuesta al tipo y calidad de la atención ofrecida. El mayor número de parteras se localiza en las zonas periurbanas. Ello también podría deberse a otro fenómeno: un mayor registro de parteras en las ciudades, donde tienen mayor relación con los servicios de salud y el subregistro que, por el contrario, probablemente subsiste en áreas más distantes.

Es frecuente que se tienda a pensar en las regiones indígenas como un conjunto homogéneo, en el entendido de que en cada región hay una vida peculiar. Sin embargo, hablar de homogeneidad no implica que todos los sectores de la población de la región participen de un mismo patrón cultural.

Las regiones indígenas, por lo general, están pobladas por una diversidad de grupos étnicos más la presencia de población mestiza; realidad que las convierte en regiones multiétnicas. Las regiones indígenas se caracterizan por ser espacios ocupados en su mayoría por población de dicho origen, con centros rectores económicos, políticos y culturales controlados por la población mestiza.

Gráfica 1.1 Regiones Indígenas de México



Fuente: INI, 1996; CONABIO / PRONATURA / WWF / USAID/ TNC, Regiones prioritarias para la conservación, 1997.

En el Cuadro 1.8 se muestra el Estado y el Municipio de residencia de los principales grupos indígenas.

Cuadro 1.8 Zona de residencia de grupos indígenas

Grupo indígena	Estado	Municipio (s)
Cucapá	Baja California	Mexicali
	Sonora	San Luis Río Colorado
Cochimí	Baja California	Ensenada
Pai-pai	Baja California	Ensenada
Kiliwa	Baja California	Ensenada
Kumiai	Baja California	Ensenada y Tijuana
Cahita	Sinaloa	Entre Ahome y Fuerte
	Sonora	Etchojoa
		Navojoa
Seri	Sonora	Pitiquito
Yaqui	Sonora	Bacum y Cajeme
		Guaymas
Pápago	Sonora	Caborca
Mayo	Sinaloa	Ahome y Fuerte
Pima	Chihuahua	Temosachi
		Madera
	Sonora	Yécora
Kikapú	Coahuila	Múzquiz
Chichimeca-jonáz	San Luis Potosí	Tamasopo y Sta Catarina
Matlatzincas	Estado de México	Tamascaltepec y Zinacantepec
Ocuitlecos	Estado de México	Ocuilán Ytianguistengo
Aguacateco	Estado de México	Atizapán de Zaragoza, Naucalpan y Tlalnepantla
Ixcateco	Oaxaca	Nuevo Soyaltepec y Santa Maria Ixcatlán
Teco	Veracruz	Minatitlan
Cakchiquel	Quintana Roo	Othón P. Blanco
	Chiapas	Mazapa de Madero
Kekchí	Quintana Roo	Othón P. Blanco
	Campeche	Chamotón
Quiché	Quintana Roo	Othón P. Blanco
	Campeche	Chamotón
	Chiapas	Huitiupán, Tapachula, Suchiate y Frontera Hidalgo
Kanjobal	Campeche	Chamotón
Jacalteco	Campeche	Chamotón
	Quintana Roo	Othón P. Blanco
Ixil	Campeche	Chamotón
		Campeche
	Chiapas	Villa Corzo
Lacandón	Chiapas	Ocosingo
		La Trinitaria
Tojolabal	Chiapas	Las Margaritas
		La Concordía, Villa Corzo
Kanjobal	Chiapas	La Independencia
		Las Margaritas, Chicomuselo
Jacalteco	Chiapas	Amatenango de la Frontera
		La Trinitaria, Frontera Comapala y la Grandeza
Motzintleco	Chiapas	Villa Comaltitlán y Huixtla

Fuente: INI, 1993; Atlas de las lenguas indígenas de México, INI, 1996; CONABIO / PRONATURA / WWF / USAID/ TNC,

1.2.1.3 Esperanza de vida

El nacimiento de los mexicanos, de toda la República asciende en la actualidad a un promedio de 74.5 años, [Panorama de la condición indígena en México, Ponce Sernicharo Gabriela, 2010]. Por entidad federativa, se observa que Baja California, Distrito Federal, y Quintana Roo registran un mayor promedio de esperanza de vida, mientras que Guerrero, Veracruz, Chiapas y Oaxaca presentan la más baja, (Cuadro 1.9).

Cuadro 1.9 México: Esperanza de vida por entidad federativa según sexo (2004-2010)

ENTIDAD FEDERATIVA	2004			2006			2008			2010		
	Total	Hombres	Mujeres									
Nacional	74.5	72.0	77.0	74.8	72.4	77.2	75.1	72.7	77.5	75.4	73.1	77.8
Guerrero	72.6	70.1	75.0	73.1	70.8	75.5	73.5	71.2	75.8	73.8	71.6	76.1
Veracruz	73.0	70.5	75.6	73.6	71.1	76.0	73.9	72.5	76.3	74.3	71.9	76.6
Chiapas	73.0	70.5	75.4	73.7	71.3	76.1	74.1	71.7	76.4	74.4	72.1	76.7
Oaxaca	73.2	70.7	75.7	73.9	71.5	76.3	74.3	71.9	76.6	74.6	72.3	77.0
Durango	73.8	71.4	76.2	74.2	71.9	76.5	74.5	72.2	76.8	74.8	72.5	77.0
Tabasco	73.8	71.4	76.1	74.3	72.1	76.6	74.6	72.4	76.9	75.0	72.8	77.2
Michoacán	73.9	71.6	76.3	74.4	72.2	76.7	74.8	72.6	77.0	75.1	72.9	77.2
Sinaloa	74.0	71.7	76.3	74.4	72.2	76.6	74.6	72.5	76.8	74.9	72.7	77.0
Hidalgo	73.9	71.3	76.4	74.5	72.1	76.9	74.8	72.4	77.2	75.1	72.8	77.5
Coahuila	74.2	71.7	76.7	74.6	72.2	77.0	74.8	72.5	77.2	75.1	72.8	77.4
Nayarit	74.3	71.9	76.7	74.7	72.5	77.0	75.0	72.8	77.3	75.3	73.1	77.5
Campeche	74.1	71.7	76.5	74.8	72.4	77.1	75.1	72.7	77.4	75.3	73.1	77.6
Puebla	74.0	71.4	76.7	74.8	72.3	77.4	75.2	72.7	77.7	75.5	73.0	78.0
San Luis Potosí	74.2	71.8	76.7	74.8	72.5	77.2	75.2	72.8	77.5	75.4	73.1	77.8
Tamaulipas	74.3	71.9	76.8	74.8	72.3	77.2	75.1	72.7	77.5	75.3	73.0	77.7
Yucatán	74.2	71.7	76.7	74.8	72.5	77.2	75.1	72.8	77.5	75.4	73.1	77.7
Sonora	74.5	71.9	77.1	75.0	72.4	77.5	75.2	72.7	77.8	75.5	72.0	78.0
Aguascalientes	74.6	72.3	76.9	75.1	72.9	77.2	75.4	73.2	77.5	75.6	73.5	77.8
Guanajuato	74.5	72.1	76.9	75.1	72.8	77.4	75.4	73.1	77.7	75.7	73.5	77.9
Jalisco	74.6	72.1	77.0	75.1	72.8	77.4	75.4	73.1	77.6	75.6	73.4	77.9
Querétaro	74.4	71.9	77.0	75.1	72.7	77.6	75.4	73.0	77.9	75.7	73.3	78.2
Nuevo León	74.8	72.2	77.3	75.2	72.7	77.6	75.4	73.0	77.8	75.6	73.2	78.1
Colima	74.7	72.1	77.3	75.3	72.7	77.8	75.5	73.0	78.0	75.8	73.3	78.3
Zacatecas	74.6	72.2	77.0	75.4	73.1	77.7	75.7	73.4	77.9	76.0	73.7	78.2
Chihuahua	74.9	72.6	77.3	75.5	73.2	77.7	75.7	73.5	78.0	76.0	73.8	78.2
México	74.8	72.2	77.4	75.5	72.9	78.0	75.8	73.3	78.2	76.0	73.6	78.5
Morelos	75.0	72.4	77.6	75.6	73.0	78.2	75.9	73.3	78.4	76.1	73.6	78.7
Tlaxcala	74.9	72.4	77.4	75.6	73.3	77.9	75.9	73.6	78.2	76.2	74.0	78.5
Baja California	75.1	72.5	77.7	75.7	73.2	78.2	76.0	73.5	78.4	76.2	73.8	78.6
Baja Calif. Sur	75.2	72.8	77.8	75.7	73.2	78.2	75.9	73.5	78.4	76.2	73.8	78.6
Distrito Federal	75.3	72.7	77.9	75.8	73.3	78.3	76.1	73.6	78.5	76.3	73.8	78.8
Quintana Roo	75.3	72.9	77.7	76.0	73.7	78.3	76.2	74.0	78.5	76.5	74.2	78.8

FUENTE: CONAPO. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. www.conapo.gob.mx (11 de enero de 2010).

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, la esperanza de vida al nacimiento es menor, precisamente, en aquellas entidades con mayor proporción de población indígena y que, entre el tipo de causas de muerte reportadas, son todavía muy importantes las enfermedades infecciosas gastrointestinales y respiratorias, que se asocian con la mayor pobreza y marginación de la población.

1.2.1.4 Morbilidad

Las causas de morbilidad corresponden en su mayoría a enfermedades transmisibles (85%), donde las úlceras, gastritis y duodenitis son los únicos padecimientos no transmisibles. Además de estos padecimientos, se identificaron enfermedades de la piel, como la sarna y las dermatomicosis. Las patologías no infecciosas que se encontraron entre las principales causas de enfermedad son los traumatismos, envenenamientos y la hipertensión arterial.

Dada la desagregación de la información obtenida a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que opera al nivel de Jurisdicción Sanitaria, no es posible obtener los datos específicos de morbilidad correspondientes a los municipios indígenas. Existe un marcado subregistro de la morbilidad, situación determinada por la escasez de los servicios de salud en zonas indígenas, así como por una baja frecuencia de notificación y de asistencia a los mismos.

Por otra parte, los resultados de una encuesta realizada en las zonas cubiertas por el Programa IMSS Oportunidades ofrecen un perfil de morbilidad en la población indígena a partir del uso de plantas medicinales. Estas se utilizaron en 38 por ciento de los casos para trastornos digestivos; 14 por ciento para padecimientos de tipo respiratorio; 14 por ciento para curar lesiones de la piel, infecciones cutáneas, traumatismos, dolor muscular y reumático y picaduras de animales; 13 por ciento para el tratamiento de la fiebre, del dolor de cabeza y para las articulaciones en general, y en un 6 por ciento para síntomas relacionados con el aparato reproductor femenino, (Cuadro 1.10).

Cuadro 1.10 Variación absoluta y relativa de las 10 principales causas de morbilidad a nivel nacional, 2006

Diagnóstico	Nacional	
	Casos	Tasa*
Infecciones Respiratorias Agudas	1,588,383	15,070.36
Enfermedades Diarreicas Agudas	292,626	2,776.40
Infección de Vías Urinarias	191,249	1,814.54
Inf. Int. Por otros organismos y las mal definidas	188,139	1,875.04
Enfermedades de Transmisión Sexual	155,237	1,473.21
Úlceras, Gastritis y Duodenitis	115,121	1,092.25
Candidiasis Urogenital	96,713	917.60
Amebiasis Intestinal	86,943	824.90
Gingivitis y Enfermedad Periodontal	73,938	701.51
Vaginitis Aguda	71,420	677.62

*Tasa por cada 100,000

Fuente: Evaluación de Resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006.

1.2.1.5 Mortalidad

El descenso en la mortalidad mexicana se advierte claramente en la evolución de la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM), que en la última década ha sido más notoria al registrar de 5.3 a 3.0 decesos por cada mil habitantes, mientras que en 1930 registraba 26.9 por cada mil habitantes. Para el 2004, la Tasa Bruta de Mortalidad de Hidalgo 4.86 por cada mil habitantes, ubica al estado en una posición intermedia entre Oaxaca 5.22 y Quintana Roo 2.87, que son las entidades con mayor y menor tasa bruta de mortalidad respectivamente en el país [Programa Estatal de Población,2005-2011.].

Cabe destacar que la disminución del riesgo de morir en el primer año de vida ha ocurrido de manera muy acelerada tanto en el país como en los estados, aunque con marcadas diferencias. En el ámbito nacional se aprecia que Chiapas 26.8 y el Distrito Federal 14.6 , que son los estados ubicados en los extremos, los separa una brecha de casi 12 defunciones infantiles por cada mil nacidos vivos mientras que Hidalgo se encuentra en el quinto lugar respecto a las tasas de mayor registro. [Programa Estatal de Población, 2005-2011].

La muerte por causas relacionadas con el embarazo y el parto constituye una de las principales causas de defunción de las mujeres en edad fértil. Dado que la muerte materna es evitable en la mayoría de los casos, es sin lugar a dudas un indicador de las insuficiencias en la cobertura y calidad de los servicios en salud reproductiva.

Durante el 2007 se registraron en IMSS Oportunidades un total de 113 defunciones relacionadas con el embarazo, tres casos más que en el 2006 en relación con las muertes maternas ocurridas dentro de las unidades médicas del Programa. En el primer y segundo niveles de atención disminuyeron, pasando de 31 casos en el 2006 a 25 en el 2007. [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

El abatimiento de las muertes por enfermedades infecciosas ha provocado que en México más del 60% de las muertes en menores de un año se presenten en niños que no han cumplido su primer mes de vida. Actualmente 5% de todas las muertes en el país (más de 25,000) son defunciones neonatales y en todos los Estados la mayor parte de las defunciones infantiles se presentan en las primeras 4 semanas de vida. Entre las principales causas de muerte neonatal se encuentran los problemas respiratorios, los cuales producen 40% de las defunciones neonatales [Salud: México 2001•2005].

1.2.1.6 Tasa Global de Fecundidad

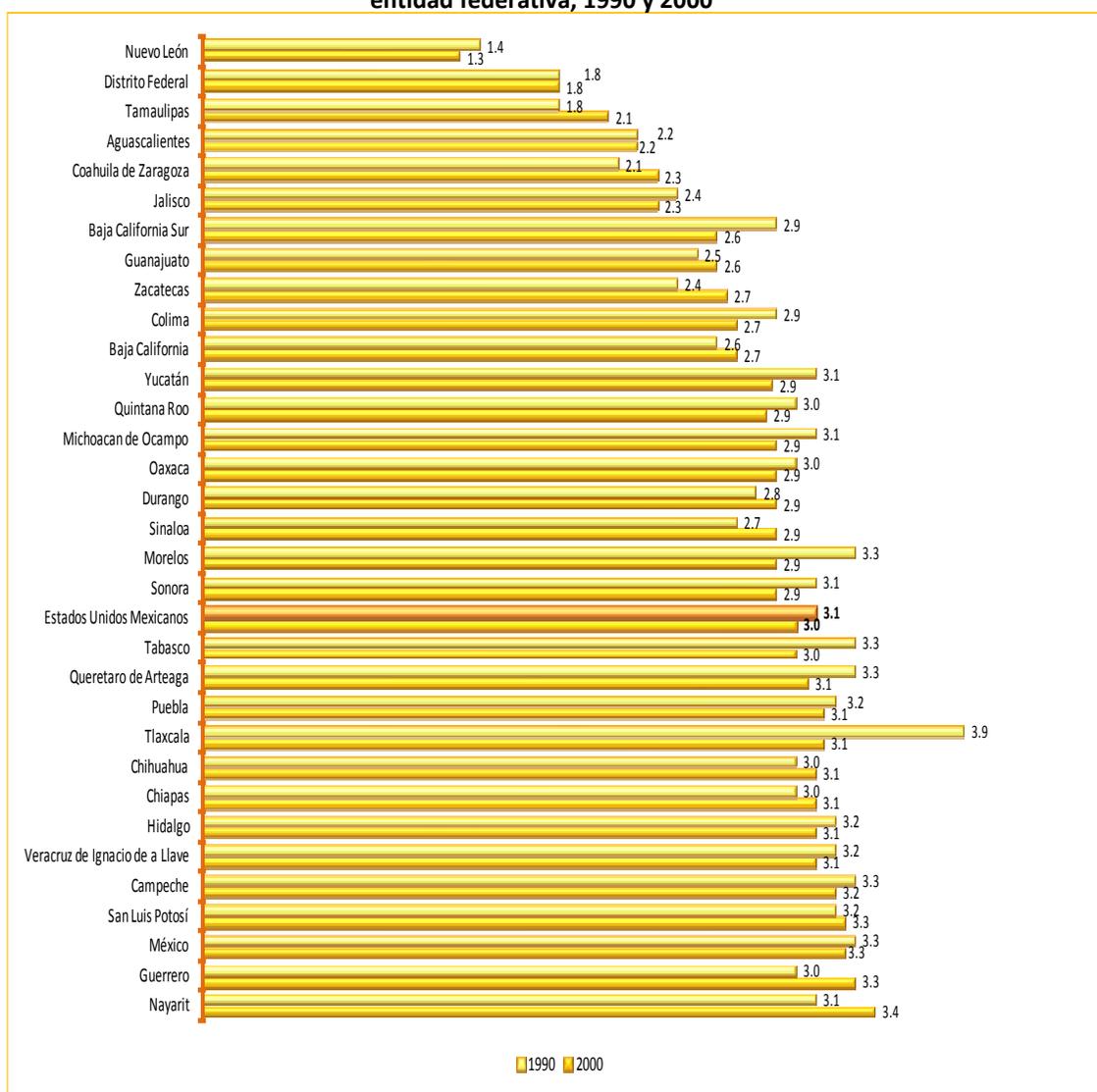
Para poder hablar y referirnos a la Tasa Global de Fecundidad (TGF), es necesario empezar por mencionar la fecundidad. Por lo cual empiezo diciendo que los patrones reproductivos están relacionados con condiciones educativas, sociales y económicas, en las cuales la población que habla una lengua indígena tiene un evidente rezago en relación con el resto de la sociedad; por lo tanto, los niveles de fecundidad tienen grandes diferencias. Por ello, se analiza el promedio de hijos nacidos vivos registrado en mujeres en edad fértil (15 a 49 años), tanto de las que hablan alguna lengua

indígena como del total de mujeres; además, se exponen los datos de la década más reciente para observar el comportamiento de este indicador.

También es importante analizar comparativamente la tasa global de fecundidad de las mujeres hablantes de lengua indígena y el total de mujeres de 15 a 49 años en los ámbitos nacional y estatal.

De acuerdo con diversos estudios, una característica asociada a la población indígena es una elevada fecundidad. A pesar de que la fecundidad ha descendido en todas las entidades del país en las décadas más recientes, su nivel casi no ha disminuido entre la población indígena en el mismo periodo, (Gráfica 1.2).

Gráfica 1.2 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años hablantes de lengua indígena, por entidad federativa, 1990 y 2000 ¹



¹ Se excluye a las mujeres que no especificaron si han tenido hijos y a las que sí han procreado pero no informaron respecto del total de ellos.

FUENTE: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda 1990 y XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Así lo muestra, entre otros indicadores, el promedio de hijos nacidos vivos (que es el resultado de dividir el total de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años, entre la población femenina de este mismo rango de edad); en las mujeres hablantes, el promedio de hijos es de tres; este indicador disminuyó en el transcurso de la década más reciente en 18 estados, se mantuvo sin cambios en tres y aumentó en 11 entidades.

En los estados donde el promedio aumentó, no hay elementos que permitan relacionar este comportamiento con la importancia de los hablantes, pues en algunos tienen una presencia destacada por su volumen o su participación, pero en otros casos no es así; ello muestra que deben considerarse diversos factores como el acceso a los servicios de salud o el nivel de instrucción, los cuales son indicadores negativos de gran parte de la población que habla una lengua indígena y que están presentes en distinta magnitud tanto en sus lugares de origen como en las entidades a las que emigran.

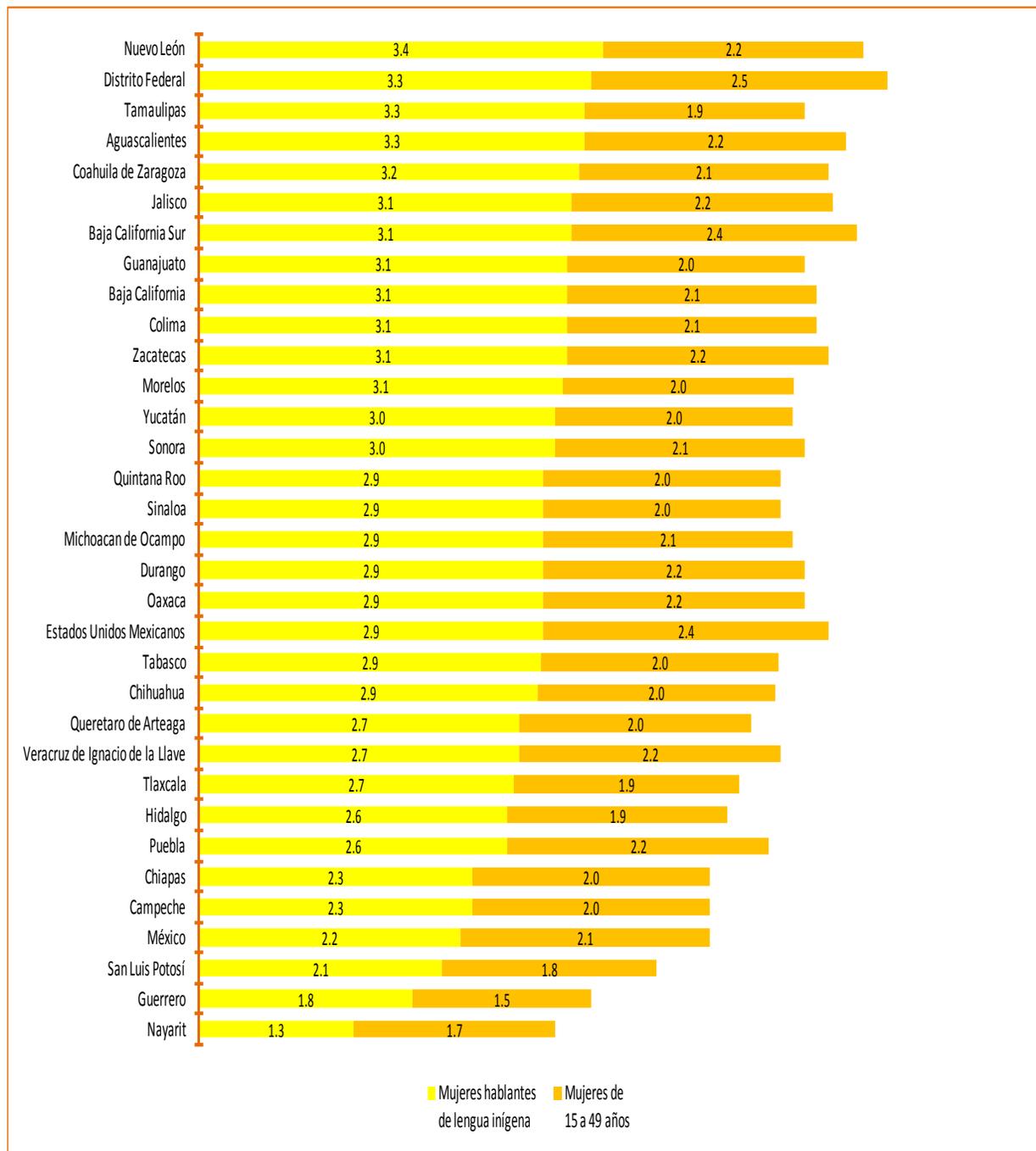
Por otro lado los usos y costumbres propios de los pueblos indígenas, aunados a una oferta limitada de programas de planificación familiar en las zonas indígenas, determinan, entre otros aspectos, que el patrón reproductivo sea diferente al de la sociedad en su conjunto.

El promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres que hablan alguna lengua indígena es de tres, es decir, un hijo más que el total de las mujeres; este promedio es alto para las hablantes, pero es menor al registrado por las mujeres que residen en áreas rurales, que es de 3.3, lo que da una idea de la importancia que tiene el lugar de residencia y los servicios a los que la población tiene acceso.

El promedio de hijos nacidos vivos entre las hablantes es más alto en los estados de residencia histórica, en donde la población rural tiene un peso importante, con excepciones como el estado de México; los porcentajes más bajos corresponden a las entidades donde los hablantes han migrado; un caso a destacar es Nuevo León, donde el promedio de las hablantes es aún más bajo que el que registra el total de mujeres de ese estado.

Con excepción de Nuevo León, en el resto de las entidades el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres hablantes supera el de las mujeres de 15 a 49 años de la entidad, (Grafica 1.3).

Gráfica 1.3 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años y de las hablantes de lengua indígena por entidad federativa, 2000

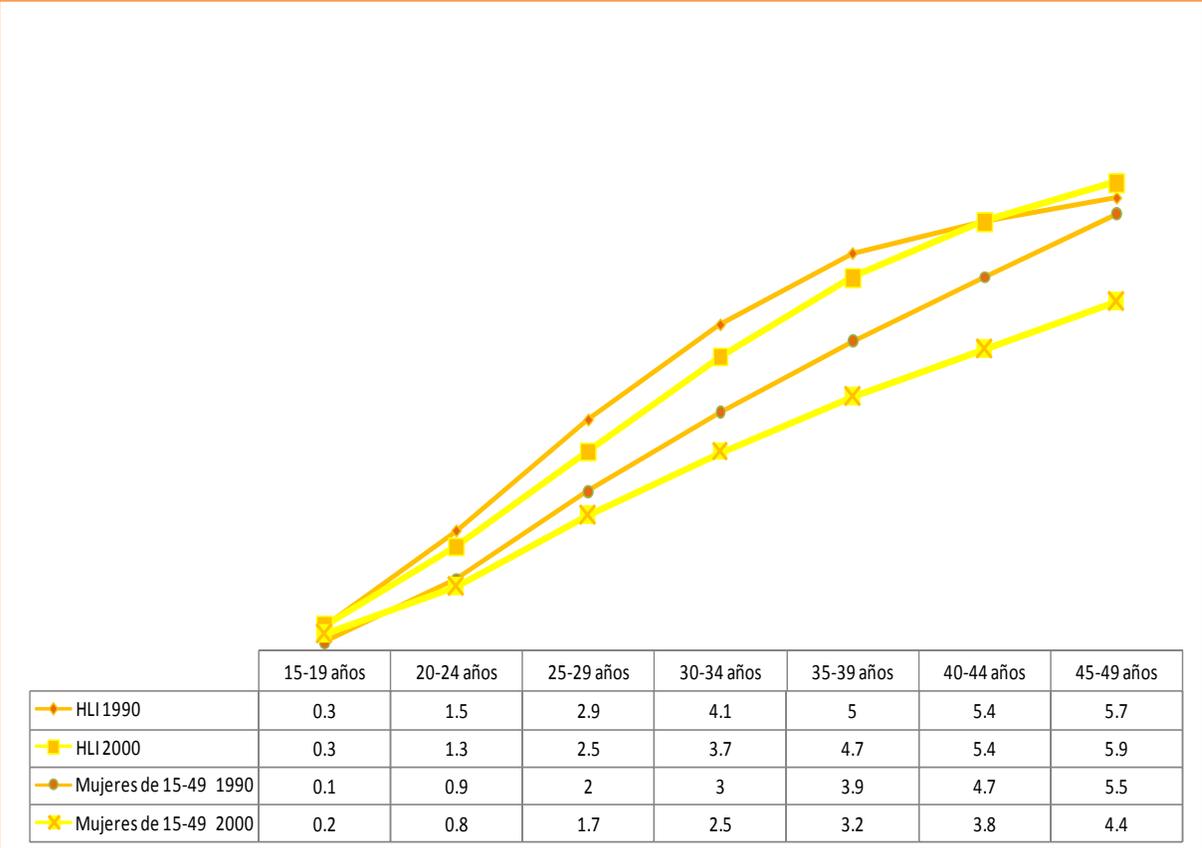


Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

El impacto de los cambios generacionales puede apreciarse con el promedio de hijos, por grupos quinquenales de edad, y observando su comportamiento en una década. Los datos muestran que la fecundidad ha descendido con una dinámica distinta entre las hablantes y el total de mujeres en edad fértil; entre las primeras hay un mayor descenso en las de 25 a 34 años, en las de 40 a 44 años no hay ningún cambio y en las de 45 a 49 el promedio aumenta en lugar de disminuir. Las brechas más amplias se registran en el total de mujeres de 40 a 49 años, cuyo promedio disminuye en más de un hijo.

Según se aprecia en la gráfica, en las dos subpoblaciones el promedio de hijos del grupo de 15 a 19 años, que inicia su reproducción, es muy bajo, pero se incrementa conforme es mayor la edad, (Gráfica 1.4).

Gráfica 1.4 Promedio de hijos nacidos vivos por grupos quinquenales de edad de mujeres de 15 a 49 años y las mujeres hablantes de lengua indígena, 1990 y 2000



Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda 1990 y XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

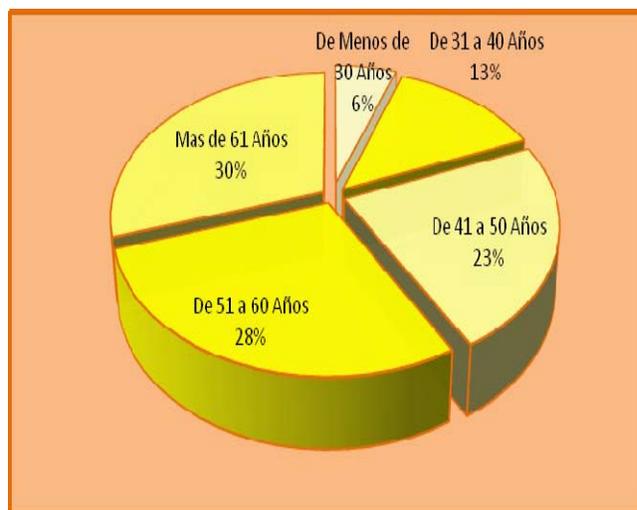
1.2.1.7 Edad

Resultados del Censo Nacional de Parteras muestran que la edad promedio es de 52 años, [Censo Nacional de Parteras, 2003]. De las 2,610 parteras 134 son menores de 30 años (5.13%), siendo la más joven de 14; 925 tienen edades comprendidas de 31 a 50 años (35.4%) y 1,501 tienen edades mayores a 51 años (57.5%), (Cuadro 1.11).

Cuadro 1.11 Edades de Parteras Indígenas en México

Edades	Parteras Censadas	%
De Menos de 30 Años	144	6%
De 31 a 40 Años	349	13%
De 41 a 50 Años	596	23%
De 51 a 60 Años	740	28%
Más de 61 Años	781	30%
Total de Parteras	2,610	100%

Fuente: INEGI (2003), Censo Nacional de Parteras.



Finalmente, es importante destacar que existen un total de 2,610 Parteras Indígenas que han sido las que participaron en el censo para poder obtener estos resultados que conllevan a la determinación de la distribución de las mismas de acuerdo a su edad.

1.2.2 Dimensión social

La vinculación estrecha con las parteras rurales y el apoyo que se brinda a su labor, favoreció que a través de 136,436 pláticas de consejería se lograra captar a 7,363 nuevas aceptantes de métodos de planificación familiar y 56,126 subsecuentes; así como la derivación de 18,209 personas para la adopción de un método temporal y/o definitivo. Asimismo, se otorgaron 96,762 consultas prenatales a mujeres embarazadas, se derivaron a 83,038 mujeres gestantes para control, atención del parto del recién nacido y visualización cervical, y se atendieron un total de 13,317 partos. Por su parte, los terapeutas tradicionales derivaron a las unidades médicas rurales a 11,683 pacientes que requerían de alguna intervención institucional [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

La salud de la población adolescente es un elemento clave para el futuro del país, por lo que se han efectuado múltiples esfuerzos en el Programa IMSS Oportunidades para dar respuesta a sus necesidades con pleno respeto a sus derechos. En este contexto, IMSS Oportunidades ha continuado

con la estrategia exitosa de atención a los adolescentes denominada Modelo de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes del área Rural (MAISAR), que consiste en diseñar espacios atractivos exclusivamente para el uso de los adolescentes o Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), ubicados en las sedes de las unidades médicas del Programa, de tal forma que existen 3,617 CARA en todo el país, mismos que cuentan con material didáctico para fomentar la asistencia de este grupo poblacional. En dichos centros se promueve la atención integral de la salud con pláticas preventivas de fomento a la salud, saneamiento básico, orientación nutricional, salud reproductiva, prevención de adicciones, detecciones de salud visual, acciones odontopreventivas, desarrollo humano y autoestima, entre otros temas.

En 2007 a través del programa IMSS Oportunidades se lograron integrar un total de 11,887 equipos juveniles y formar 30,636 animadores, los cuales son adolescentes capacitados en la promoción del auto cuidado de la salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Estas acciones se desarrollan en los CARA de unidades médicas de primer y segundo niveles. Dentro de las actividades extramuros se realizaron 26,747 módulos ambulantes y 10,253 encuentros educativos de salud reproductiva [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

Asimismo, se integraron 87,857 grupos educativos que permitieron capacitar a 693,947 adolescentes, lo que significa más de la cuarta parte del total de adolescentes del Programa (29.2 por ciento). Se incorporaron 54,177 nuevas aceptantes de planificación familiar, se identificaron y se atendieron a 40,283 embarazadas adolescentes a nivel institucional, con lo que la probabilidad y riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio se redujo. Desde el punto de vista asistencial se otorgaron 2,998,065 consultas de primera vez y subsecuentes a jóvenes de entre 10 y 19 años de edad. [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

Por parte del personal voluntario, se contribuyó a esta labor con la derivación de 49,062 adolescentes para atención de su salud sexual y reproductiva, y para la atención de 13,686 embarazadas; además de lograr que 55,757 adolescentes aceptaran métodos de planificación familiar y contribuir al seguimiento de 47,859 personas contrarreferidas por los equipos de salud, [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

Las parteras rurales contribuyeron a la atención ginecológica enviando 18,434 mujeres para su revisión mediante visualización de cervical. Por parte de la labor de los asistentes rurales de salud y de los promotores rurales voluntarios, contribuyeron en las acciones descritas, [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

Así, el Programa IMSS Oportunidades desarrolla actividades preventivas de protección específica, promoción y educación para la salud. Como parte del estudio permanente y dinámico de las condiciones de salud y el perfil epidemiológico de la población, el Programa cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica activa que permite determinar en forma veraz y oportuna la modalidad del padecimiento y sus características, así como proponer e implantar alternativas para su prevención.

Dentro de este rubro, el control de las enfermedades asociadas al inadecuado saneamiento básico transmitidas por vectores y zoonosis es una prioridad, y en ella se impulsa la participación de la población, con el fin de mejorar las condiciones del medio familiar y comunitario, que se traduzcan en beneficios para la salud individual y colectiva, llevando acciones de orientación a la población en la prevención de diarreas, mediante la adopción de medidas higiénicas y sanitarias.

Además, se promueven y llevan a cabo demostraciones de tecnologías de saneamiento básico, tales como mejoramiento de la vivienda, desinfección del agua, de rehabilitación y limpieza de fuentes de almacenamiento y disposición sanitaria de excretas y basura, entre otras.

Asimismo, se ha mantenido en toda la población beneficiaria del Programa la vigilancia epidemiológica de las diarreas, con el esfuerzo conjunto de los grupos voluntarios y el empleo extendido de la hidratación oral, con fines de prevención de la deshidratación, lo que ha provocado que disminuya el riesgo de complicaciones por esta causa; muestra de ello es el otorgamiento de 87,234 tratamientos de hidratación oral, de los cuales 98 por ciento fue de tipo preventivo, que consiste en la ingesta de líquidos de uso regular en el hogar, así como de Vida Suero Oral, capacitando a 721,037 madres de menores de cinco años en la prevención de la deshidratación por diarrea y la detección de los signos de alarma de este padecimiento. Asimismo, se otorgaron 275,613 tratamientos antiparasitarios familiares, beneficiando a un total de 1,295,982 personas, [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

Se han intensificado las acciones del plan emergente para la prevención y control del dengue clásico, el dengue hemorrágico y el paludismo, no obstante la intensa temporada de lluvias y huracanes que se presentaron en el país durante el 2007, condiciones que coadyuvaron al incremento del dengue clásico con una tasa de 43.53 en el 2006 a 44.50 por cien mil oportunoahabientes en el 2007; y del dengue hemorrágico, con una tasa de 1.40 en el 2006 a 1.74 por cien mil oportunoahabientes en el 2007, [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

Para apoyar la vigilancia epidemiológica del paludismo se realizaron 30,449 pruebas de laboratorio, se otorgaron 15,876 tratamientos supresivos y 136 radicales, logrando que la incidencia de este padecimiento disminuyera de 4.54 en el 2006 a 3.93 por cien mil oportunoahabientes en el 2007. [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

IMSS Oportunidades es la única institución que junto con la Secretaría de Salud realiza campañas de vacunación antirrábica canina. En el 2007 se aplicaron 1,150,577 dosis con insumos proporcionados por la Secretaría de Salud. Se ingresaron al sistema de vigilancia epidemiológica de personas agredidas por animales transmisores de la rabia a un total de 10,976 personas, clasificándose 19 por ciento como de riesgo grave, y en todos los casos se proporcionó tratamiento y vigilancia sanitaria del animal agresor. El impacto en salud se refleja en la ausencia de casos y muertes por rabia humana transmitida por perros. [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

Se continuó con la estrategia PREVENIMSS, realizando en este periodo 3,226,455 detecciones de diabetes mellitus, lo que permitió identificar a 10,702 casos nuevos con una tasa de 101.8 casos por cien mil oportunoahabientes, mismos que fueron ingresados a control y tratamiento. Por lo que respecta a la hipertensión arterial, se efectuaron 4,302,774 detecciones con identificación de 15,723 casos nuevos con ingreso a control y que representan una incidencia de 149.6 casos por cien mil oportunoahabientes [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

Las acciones comunitarias para mejorar el saneamiento y apoyar la nutrición constituyen un elemento fundamental en el abatimiento de daños a la salud. Durante el 2007, el número de familias que participaron en la realización de actividades de vigilancia y cuidado del agua para consumo humano fue de 1,898,438; en la disposición sanitaria de la excreta humana participaron 1,840,695; en la disposición sanitaria de basura 1,904,335, y en control de fauna nociva y transmisora 1,791,252 familias [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

Durante 2007 se contó con la participación activa de 14,599 Asistentes Rurales de Salud, que cubren el 100 por ciento de las localidades donde tiene presencia el Programa. Existen, además, 18,100 Comités de Salud, que cubren el 100 por ciento de las localidades del universo de trabajo, y están integrados por miembros de la comunidad (tres a seis personas). También se cuenta con 163,813 promotores voluntarios, quienes orientan en actividades de promoción de la salud a 13 familias a su cargo, en promedio, incluida la propia; en su mayoría son mujeres, las cuales realizan visitas domiciliarias para identificar personas en riesgo y derivarlas a la unidad médica. Adicionalmente, se mantiene interrelación para la coordinación y complementación de acciones de salud con 5,866 parteras rurales y 1,798 terapeutas tradicionales. [IMSS, Programa IMSS Oportunidades, 2007].

1.2.2.1 Nivel educativo

La educación es el conducto para encaminar los esfuerzos del gobierno y la sociedad en favor del desarrollo de las potencialidades humanas que contribuye a la generación de conocimientos y habilidades para promover su trascendencia y acceder a mejores oportunidades de empleo. Así mismo, la herramienta que puede otorgar en el mediano y largo plazo, la estabilidad, la certeza y el bienestar de los individuos y la presencia de las condiciones para garantizar los valores sociales y democráticos, así como la justicia social.

La escolaridad de la población mexicana en general, aunque ha aumentado en forma importante en las últimas décadas, todavía se considera baja, de poco más de ocho años en promedio (equivalente a un nivel de estudios menor a la secundaria completa), [Mujeres y Hombres en México. INEGI, 2010], y se plantea que sería necesario que alcanzara los 12 años promedio para igualar a Canadá y Estados Unidos por ser estos dos países vecinos los principales socios comerciales de México. Pero si ese promedio de escolaridad de los mexicanos se considera insuficiente y que no contribuye a mejorar la competitividad del país a nivel mundial, no puede sino sorprender (aunque se sepa de las grandes diferencias existentes entre indígenas y no indígenas) que la población hablante de una lengua

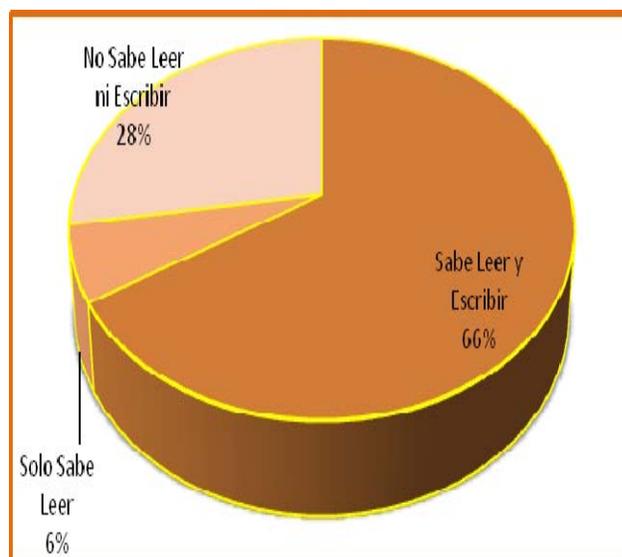
indígena en México, apenas alcanza 4.5 años de escolaridad promedio, [Mujeres y Hombres en México. INEGI, 2010]. Es decir, no logran siquiera completar la primaria, indicio de la gran disparidad existente.

A lo anterior habría que agregar que si entre los no indígenas los hombres tienen 8.7 años de escolaridad contra 8.3 de las mujeres (una diferencia de solamente 0.4 años que actualmente se está revirtiendo a favor del sexo femenino debido a las mayores oportunidades de incorporación al mundo público de estas últimas), entre los indígenas, los hombres tienen 1.2 años más de escolaridad que las mujeres. Esto significa que se está hablando de analfabetos funcionales, con capacidades básicas de lecto-escritura y conocimientos elementales que no les permiten integrarse social y económicamente al desarrollo del país. Por otra parte, sabiendo de la importancia que la educación tiene en cuanto a salud e higiene y en cuanto a empoderamiento femenino, este es un factor fundamental que contribuye a la situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres indígenas en su entorno.

El analfabetismo declarado sigue siendo alto: 25.93 por ciento, que acumulado con las parteras que no contestaron y las que solamente saben leer, el analfabetismo se acumula a 35.41 por ciento, factor importante para los cursos de capacitación que se desarrollan para el entrenamiento a las parteras. (Cuadro 1.12).

Cuadro 1.12 Nivel de Alfabetismo entre las Parteras

Alfabetismo	Parteras censadas	%
Sabe Leer y Escribir	1726	66%
Solo Sabe Leer	167	6%
No Sabe Leer ni Escribir	717	28%
Total de Parteras	2,610	100%



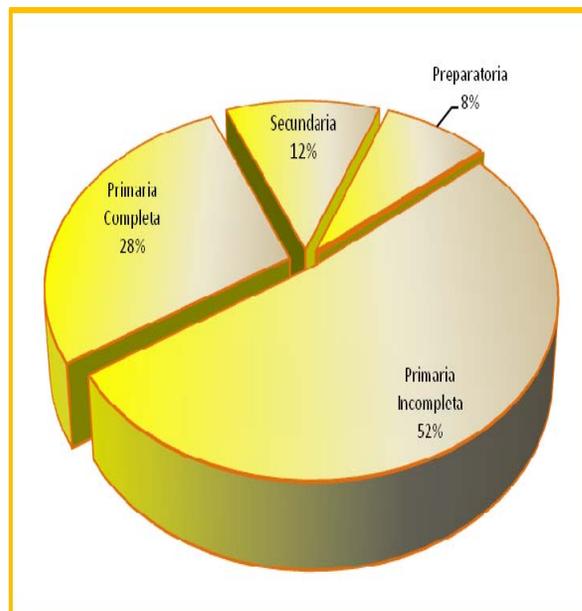
Fuente: INEGI (2003), Censo Nacional de Parteras.

Las identidades individuales y colectivas de las personas, que se expresan a través del lenguaje y la cultura, se refuerzan así en la interacción entre el conocimiento y el aprendizaje continuo realizado en las diferentes etapas de la vida y bajo distintas modalidades, siendo la educación un importante papel en mantener viva la diversidad cultural de una sociedad.

El número de parteras que han terminado sus estudios superiores de primaria, se encuentra que el 73.08 por ciento de ellas no han realizado estudios mínimos lo cual es un indicador más representativo de que este grupo necesita de los curso de capacitación sean realizados con técnicas especiales, (Cuadro 1.13).

Cuadro 1.13 Nivel de escolaridad de las Parteras Indígenas.

Escolaridad	Parteras censadas	%
Primaria Incompleta	1,354	52%
Primaria Completa	731	28%
Secundaria	314	12%
Preparatoria	211	8%
Total de Parteras	2,610	100%



Fuente: INEGI (2003), Censo Nacional de Parteras.

La tasa de asistencia escolar es uno de los indicadores educativos más importantes, debido a que mide la proporción de población que tiene acceso a mayores posibilidades de desarrollo sociales, culturales y económicas.

En el caso de la población hablante de lengua indígena, aumentó su asistencia escolar entre 1990 y 2005, lo que muestra que en este lapso se registró un avance significativo en la oferta educativa para los grupos de atención prioritaria.

En estos 15 años, la tasa de asistencia tuvo un considerable incremento, de manera particular en los grupos de edad de 6 a 11 y de 12 a 14 años; este avance fue más significativo entre las mujeres, lo que permitió una reducción de la brecha entre ambos sexos, (Cuadro 1.14).

Cuadro 1.14 Porcentaje de la población de 6 a 29 años hablante de lengua indígena que asiste a la escuela por grupos de edad según sexo 1990 y 2005

Edad	1990		2005	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
6-11	74.6	71.7	92.3	91.8
12-14	69.6	55.5	84.8	80.5
15-17	34.2	22.1	50.4	43.5
18-22	12	7.8	16.1	12.8
23-29	5.2	3.2	4.8	4.0

Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Tabulados básicos, II Conteo de Población y Vivienda, 2005.

1.2.3 Dimensión económica

La base económica para la reproducción de las comunidades indígenas está constituida por una extensión territorial destinada de manera fundamental a la producción de maíz, frijol, calabaza y chile. Estos territorios están divididos en tantos terrenos como familias nucleares integran la comunidad. El uso de las parcelas es vigente en tanto las cultivan y pierden el derecho si las dejan de trabajar durante un lapso (entre dos y cuatro años); en el caso de las parcelas irrigadas el período de tiempo es más corto. El trabajo invertido, no su posesión, es lo que faculta su uso.

No obstante la introducción de formas capitalistas en las regiones indígenas, como son la propiedad privada de la tierra y el intercambio de productos por su valor de cambio, la comunidad agraria permanece como el patrón clásico de producción en gran parte de los pueblos indígenas de México. La tierra se considera un bien material y sagrado. El cultivo de la parcela (milpa), que en promedio tiene una extensión de 3 a 5 hectáreas, es el pilar que mantiene la cohesión de los parientes y las familias extensas agrupadas en torno a la comunidad; y es el medio de reproducción social y económica que les permite alcanzar seguridad individual, cohesión grupal y continuidad cultural, [Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México 2006].

La mayoría de los pueblos indígenas cuentan con cultivos comerciales, orientados al mercado, como el cafeto, la caña de azúcar, el trigo, el tabaco, la vainilla, el cacao y los cítricos, entre otros. Cada vez más hay un incremento de esta actividad productiva en las áreas rurales indígenas. El primer nivel de distribución de los productos se da en las comunidades y sus regiones y el segundo, en los mercados estatales y nacionales, [Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México 2006].

El consumo proviene principalmente de sus parcelas y de la ganadería menor, así como del entorno de la vivienda: fruticultura y horticultura. Los productos adicionales se obtienen del intercambio en el mercado regional.

Dependiendo de las regiones, la pesca y la caza son también fuentes de ingresos para los indígenas, como en el caso de Campeche, actividades que contribuyen a elevar los recursos monetarios de las unidades domésticas, por lo menos en la mayoría de los municipios mayas. De la misma manera, el manejo y la protección de las plantas que proceden de los bosques están vinculados al consumo o a la venta para tener más ingresos familiares, que se adicionan a la captura de la fauna silvestre.

Las tecnologías agropecuarias y artesanales son esencialmente simples; no obstante, en las últimas décadas los indígenas han incorporado a su cultura agrícola el uso de maquinaria, de fertilizantes y otros insumos, cuyos costos tienen que pagar con los excedentes de su producción.

El desarrollo humano considera un concepto que abarca múltiples dimensiones, debido a que es el resultado de un proceso complejo que incorpora factores económicos, demográficos, sociales, políticos, ambientales y culturales, en el cual participan diferentes actores sociales y que se respalda en cuatro aspectos principales, que son: la productividad, la equidad, la sostenibilidad y la potenciación o empoderamiento, (Cuadro 1.15).

Cuadro 1.15 Aspectos principales del Desarrollo Humano

Aspecto	Definición
Productividad	La idea es que se incremente la productividad mediante la participación de la población en el proceso productivo, es decir, a través en la inversión de las personas y en el logro de un ambiente macroeconómico.
Equidad	Es fundamental alcanzar la igualdad de oportunidades para toda la población. Se debe buscar que todos los grupos humanos disfruten y se beneficien en condiciones de igualdad.
Sostenibilidad	Se hace referencia al libre y completo acceso a las oportunidades, así como restaurar todas las formas de capital humano, físico y ambiental. Para alcanzar un auténtico desarrollo se debe reponer todo el capital utilizado para garantizarle a las futuras generaciones la igualdad de opciones de recursos para el logro de sus satisfacciones.
Potenciación o empoderamiento	Esto significa que las personas puedan tener influencia en las decisiones que se tomen y diseñen. Para ello se requiere de libertades económicas para que la gente se sienta libre de excesivos controles y regulaciones. Además, es necesaria la descentralización, que la sociedad civil participe activamente en el diseño e implementación de decisiones.

Fuente: Cardona Acevedo, Marleny, et al. Diferencias y similitudes en las teorías del crecimiento económico. www.eumed.net/0412/mca/intro.htm

Una de las tres dimensiones que componen y miden el desarrollo humano hace referencia a los ingresos con que cuenta la población. En este sentido, siguiendo la tradición de la forma como se conforma el Índice de Desarrollo Humano (IDH), se considera como uno de sus componentes el Producto Interno Bruto Per Cápita (PIB *per cápita*), que es el valor de la producción anual de un país dividido entre el total de la población; midiendo con ello el desempeño económico, y que se ha utilizado para evaluar el nivel de bienestar de la población, debido a que permite conocer si se tienen los recursos necesarios y suficientes para disfrutar de un nivel de vida digno y decente.

El PIB *per cápita* se ha utilizado como indicador del nivel de vida medio de los particulares de un país. Este indicador señala la cantidad aproximada de bienes y servicios que cada persona de una nación podría comprar en un año si los ingresos se dividieran en partes iguales entre todos los habitantes.

Para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) el ingreso es visto no como un fin sino como un medio para tener acceso a las condiciones que garantizan un nivel de vida adecuado. Los ingresos determinan las oportunidades personales y familiares de adquirir bienes y servicios considerados parte de la canasta básica, por lo que el ingreso de los hogares debería cubrir las necesidades familiares de alimentación, educación, salud, vestido, vivienda, acceso a bienes culturales y esparcimiento.

El PIB *per cápita* ha tenido gran influencia en la planeación macroeconómica y en la definición de políticas y es común que las metas de los países se definan en función de este indicador. En efecto, este indicador es una medida del ingreso que tendrían sus habitantes, en el supuesto de que todo el valor de la producción fuera distribuido de manera igualitaria, y es un indicador que muchos organismos internacionales retoman para medir la productividad, conocer los patrones regionales de la actividad económica y poder saber qué tanto mejoraron las condiciones de vida de la población.

Dentro de las fuentes del crecimiento económico y que permiten aumentar el PIB *per cápita*, se tienen y deben a las siguientes categorías: i) Incremento en el uso de factores productivos (capital y trabajo); y ii) aumentos en la eficiencia o productividad con que se utilizan los factores productivos, a través de innovaciones técnicas y mejores procedimientos. En el caso de la productividad, se presenta como una de las variables determinantes en el aumento del PIB *per cápita*, ya que al incrementar dicha productividad impacta directamente en el proceso productivo y, por ende, en la producción de bienes y servicios de un país.

1.2.3.1 Ocupación

Las parteras(os) no sólo atienden el nacimiento de un niño o niña, también participan en sus comunidades como curanderas haciendo uso de sus conocimientos y experiencia con la herbolaria, sabiduría que les ha sido heredada desde tiempos prehispánicos. Se considera que el conocimiento de las parteras es fundamentalmente empírico o práctico, pero en muchas regiones se reconoce la importancia de su labor ya que por lo general son ellas quienes atienden a las mujeres de bajos recursos que no cuentan con servicios de salud ni con la posibilidad de atenderse con médicos y clínicas privadas, lo cual les implicaría una erogación que supera en mucho a sus ingresos, [Censo de parteras, 2003].

Las parteras también curan a las familias, aconsejan sobre planificación familiar en lugares a donde ningún médico llega, pero que también la atención que brindan en un alumbramiento puede enfrentarse a la muerte, sobre todo cuando el embarazo es de alto riesgo y no se cuenta con los recursos suficientes. La partera tradicional es como una persona que es reconocida por su comunidad por estar vinculada con la salud de las madres y los niños y por asistir a las mujeres durante el trabajo

de parto, parto y puerperio. Ellas también realizan actividades complementarias en su labor de apoyo a la salud como son sobadora, curandera, hierbera, huesera, etc., (Cuadro 1.16).

Cuadro 1.16 Actividades Complementarias de las Parteras Tradicionales

Actividad complementaria	Parteras censadas	%
Sobadora	1,236	26.67%
Curandera	580	12.51%
Hierbera	490	10.57%
Huesera	461	9.95%
Inyecta	1,535	33.12%
Otra	333	7.18%

Fuente: INEGI (2003), Censo de Parteras.

Aparte de sus actividades curativas desarrollan ocupaciones preferentemente agrícolas y domésticas. Se pueden identificar diferentes sectores de actividad, que son sector primario, secundario y terciario, descritas como sigue:

- En actividades relacionadas con el sector primario la ocupación principal de los indígenas se centra en el cultivo de maíz y frijol, seguida por el cultivo de café y cacao.
- En el sector secundario la distribución de ocupados varía; sin embargo, la ocupación predominante es la de albañil y ayudante o peón en la industria de la construcción; actividades que no demandan mano de obra calificada en términos de escolaridad, toda vez que en estas actividades la mayoría de los ocupados apenas si cursó la primaria.
- En el sector terciario el panorama es distinto, la mayoría de los ocupados indígenas, en este sector, laboran en actividades de servicio doméstico y apenas cubren la primaria, le siguen los que se ocupan como despachadores y dependientes de comercios con secundaria. Destaca aquí la presencia de los profesores de enseñanza primaria como los que alcanzan mayor escolaridad.

1.3 Nacimientos en zonas rurales

La Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos indígenas de México, promulgada en 2003, reconoce a las lenguas de las poblaciones indígenas como lenguas nacionales y parte integrante del patrimonio cultural y lingüístico del país. Igualmente, compromete al Estado a protegerlas y promover su preservación, desarrollo y uso.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), por su parte, aprobó en 2007 los derechos de los pueblos indígenas, donde se establece, entre otras cosas, que las poblaciones indígenas tienen los mismos derechos que el resto de la población, sin dejar de reconocer sus diferencias [Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, 2007.]

En México, se ha captado a la población indígena desde el primer censo de población de la época efectuado en 1895. El criterio utilizado en todos los censos y conteos ha sido la condición de habla indígena, debido a que es una variable objetiva y fácil de captar. En el Cuadro 1.18 se presentan algunos de los principales indicadores demográficos de la población indígena de la República Mexicana, 2000-2010

Cuadro 1.17 Indicadores demográficos de la población indígena, 2000-2010

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Población a mitad de año	12,518,039	12,693,914	12,866,191	13,035,318	13,201,806	13,365,976
Hombres	6,275,531	6,361,114	6,444,792	6,526,833	6,607,494	6,686,944
Mujeres	6,242,508	6,332,800	6,421,399	6,508,485	6,594,312	6,679,032
Nacimientos	296,110	293,506	291,476	290,038	289,150	288,667
Defunciones	60,192	59,982	60,081	60,253	60,579	61,003
Tasa bruta de natalidad*	23.7	23.1	22.7	22.3	21.9	21.6
Tasa bruta de mortalidad*	4.8	4.7	4.7	4.6	4.6	4.6
Tasa global de fecundidad	2.96	2.86	2.76	2.68	2.60	2.54
Esperanza de vida total	72.1	72.5	72.8	73.1	73.4	73.7
Esperanza de vida hombres	69.5	69.8	70.1	70.5	70.8	71.1
Esperanza de vida mujeres	74.8	75.1	75.4	75.8	76.1	76.4
Tasa de mortalidad infantil*	34.4	33.0	31.6	30.3	29.1	27.9

* Por mil

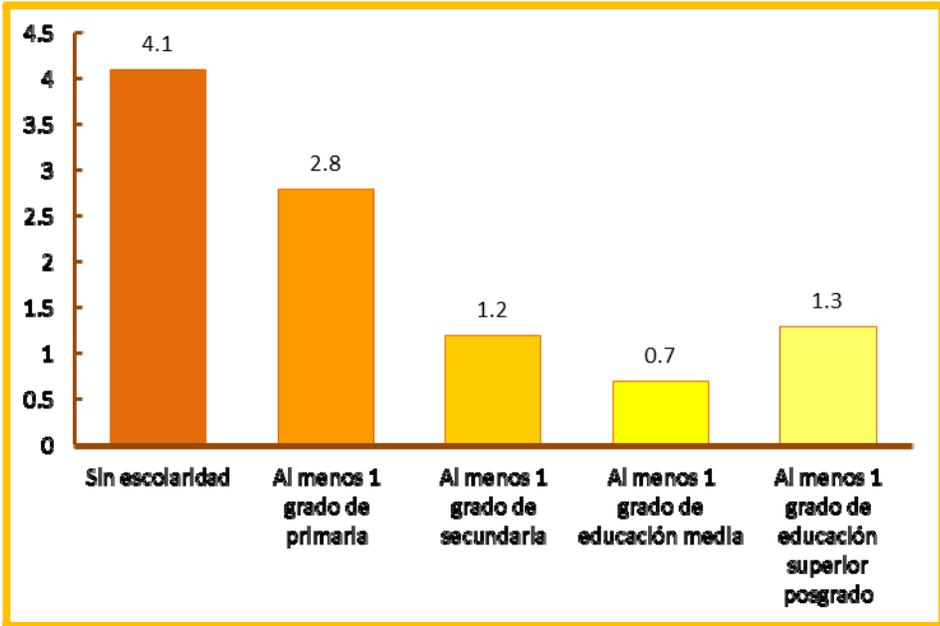
Indicador	2006	2007	2008	2009	2010
Población a mitad de año	13,528,579	13,690,334	13,851,503	14,012,240	14,172,483
Hombres	6,765,550	6,843,671	6,921,489	6,999,046	7,076,339
Mujeres	6,763,029	6,846,663	6,930,014	7,013,194	7,096,144
Nacimientos	289,418	290,449	291,748	293,000	294,152
Defunciones	61,550	62,157	62,868	63,620	64,483
Tasa bruta de natalidad*	21.4	21.2	21.1	20.9	20.8
Tasa bruta de mortalidad*	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5
Tasa global de fecundidad	2.49	2.44	2.40	2.36	2.33
Esperanza de vida total	74.0	74.3	74.6	74.9	75.1
Esperanza de vida hombres	71.4	71.7	72.0	72.2	72.5
Esperanza de vida mujeres	76.6	76.9	77.2	77.5	77.7
Tasa de mortalidad infantil*	26.8	25.7	24.7	23.7	22.8

* Por mil

Fuente: INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005. Base de datos

El promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años hablantes de lengua indígena es de 2.7 en 2005, [INEGI. Mujeres y Hombres en México 2010]. Sin embargo, es necesario señalar que uno de los factores que más influye en esta situación son los años aprobados en el Sistema Educativo Nacional, registrándose una disminución conforme se incrementa su nivel de escolaridad, desde 4.1 hijos nacidos vivos entre las que no tienen ningún grado aprobado, hasta 0.7 entre las que cuentan con al menos un grado de educación media (Gráfica 1.5).

Gráfica 1.5. Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años hablantes de lengua indígena por nivel de escolaridad 2005.



Fuente: INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005. Base de datos

Cuando se analizan los promedios de hijos nacidos vivos según la lengua indígena hablada por las mujeres, destacan con los promedios más altos las de habla chichimeca jonaz con 3.9 hijos nacidos vivos; las que hablan mazahua, con 3.7; chontal de Oaxaca, con 3.4, y las que hablan tepehuano de Chihuahua, con 3.2 hijos nacidos vivos, [INEGI. Mujeres y Hombres en México 2010].

Las mujeres hablantes de otras lenguas, en cambio, registran promedios bajos. Es el caso de las que hablan seri con 1.7 hijos nacidos vivos; mixe, lenguas zapotecas o yaqui, con 2.3, y las que se comunican en chontal de Tabasco, huave, kumiai, guarijío y mazateco, con un promedio de 2.5 hijos nacidos vivos, [INEGI. Mujeres y Hombres en México 2010].

Es importante resaltar la presencia de fecundidad joven dentro de la cual la proporción de mujeres de 15 a 19 años hablantes de lengua indígena con al menos un hijo nacido vivo es de 15.9%, cifra significativamente mayor a la registrada en este grupo a nivel nacional, que asciende a 11.4 por ciento. Sin embargo, esta situación cambió en el lapso comprendido entre 1990 y 2005, al pasar de

18.5 a 15.9 por ciento; no obstante, es necesario señalar que este último porcentaje significa que una de cada seis mujeres de este grupo de edad ha tenido al menos un hijo nacido vivo, [INEGI. Mujeres y Hombres en México 2010].

De acuerdo con la lengua que hablan, se puede apreciar que los porcentajes de mujeres de 15 a 19 años hablantes de lengua indígena en esta situación varían desde 39.1% entre las hablantes de cora, hasta 5.4% en las chontales de Tabasco.

Finalmente las mujeres que hablan las lenguas indígenas mayoritarias registran los siguientes porcentajes: las nahuas 16.7, las mayas 12 y las mixtecas 18 por ciento.

Como ya se mencionó en líneas anteriores, las parteras revisten gran importancia en la comunidad ya que son líderes y participan en la atención de las embarazadas, tanto en su control prenatal como en la atención del parto, por lo que su participación tiene una singular importancia en la atención de estos eventos de vida, además del impacto de su labor en la morbilidad y mortalidades materna y perinatal.

Con respecto a los partos atendidos por parteras rurales identificadas, a nivel nacional y delegacional su participación en estos eventos, se observa que en promedio a nivel nacional la partera rural identificada atendió 1.8 partos. Por otra parte, las delegaciones que mostraron incrementos porcentuales en partos atendidos por partera fueron Puebla, Yucatán y Michoacán. Puebla obtuvo la máxima productividad en el 2006, lo que equivale aproximadamente a dos partos por partera en relación con el año 2005. El resultado evidencia la demanda que hay para este recurso de salud.

Cuadro 1.18. Partos atendidos por parteras rurales identificadas. Evaluación a nivel Delegacional y total Nacional IMSS Oportunidades, 2006.

Delegación	Partos atendidos por parteras rurales	Parteras rurales identificadas	Partos atendidos por partera rural identificada
Puebla	1,626	911	1.8
Yucatán	153	132	1.2
Michoacán	586	288	2.0
San Luis Potosí	191	295	0.6
Veracruz Sur	1,164	581	2.0
Coahuila	0	0	0
Nayarit	4	41	0.1
Veracruz Norte	964	513	1.9
Sinaloa	32	46	0.7
Chiapas	1,686	2,077	2.3
Zacatecas	36	20	1.8
Hidalgo	582	346	1.7
Chihuahua	59	57	1.0

Delegación	Partos atendidos por parteras rurales	Parteras rurales identificadas	Partos atendidos por partera rural identificada
Oaxaca	799	517	1.5
Durango	46	78	0.6
Tamaulipas	35	45	0.8
Campeche	105	97	1.1
Baja California	8	15	0.5
Nacional	11,076	6,059	1.8

Fuente: Procesado por INNOVA CONSUL, S. C. con información del IMSS-Oportunidades, SISPA 2006.

1.4 Discusión

El Programa IMSS Oportunidades con el afán de lograr su propósito de brindar servicios de salud de primer y segundo nivel en zonas rurales marginadas, logra inscribir y reconocer dentro de este Programa a las parteras rurales. Por medio de ellas, IMSS Oportunidades logra tener una relación estrecha con la población indígena y, así, poder llevar a cabo la participación de las comunidades indígenas con la finalidad de que se acerquen a los servicios de salud.

A través de las parteras rurales se busca y ha logrado abatir, sobre todo las condiciones de salud de las mujeres indígenas, que han disminuido la mortalidad materna 2000-2010, ya que la principal labor de las parteras es hacer conciencia en dichas mujeres indígenas en etapa de embarazo para que en primera instancia confíen y se acerquen a las parteras rurales, y permitan que se les realicen revisiones periódicas y, si es necesario, sean dirigidas a unidades de salud.

Es muy importante la labor de las parteras rurales, ya que ellas se encargan de brindar a las mujeres indígenas servicios de salud, durante y después del embarazo. Con ello, se ha logrado disminuir la mortalidad neonatal e infantil durante 2000-2010. Por estas razones, las parteras realizan visitas programadas a las mujeres en etapas de embarazo, parto y puerperio, es decir, las parteras son las encargadas de la salud en zonas indígenas no solo de la madre sino también del hijo.

Es muy satisfactorio ver como se reconoce el trabajo y labor de las parteras rurales, sobre todo el reconocimiento que se les ha brindado dentro del Programa IMSS Oportunidades, el cual logrado identificar a las parteras rurales y ha dado a conocer su labor en materia de salud. En paralelo, se les brindan programas o cursos de capacitación para que de esa manera los servicios de salud que otorgan en zonas indígenas sean aún más completos.

No se puede dejar de mencionar la importante labor y reconocimiento de las parteras rurales en zonas indígenas, ya que ellas son las que en su mayoría ayudan a las mujeres indígenas en el parto, y son ellas quien a pesar de su bajo nivel económico y educativo, atienden las necesidades en salud de su comunidad.

Capítulo 2. Programa IMSS oportunidades

2.1 Introducción

Este capítulo presenta la descripción del Programa IMSS Oportunidades, el cual es un sistema operativo que está dirigido a atender la salud de las poblaciones indígenas y marginadas. El Programa no sólo proporciona servicios directos, sino que tiene en cuenta los factores condicionantes que determinan el nivel general de salud, que son de gran relevancia en el nivel comunitario de sus áreas de influencia. Cubre a un amplio universo de población que por sus condiciones sociales, demográficas y epidemiológicas, es altamente vulnerable a los riesgos y daños a la salud. Por lo tanto, su evaluación periódica, es un instrumento de gran utilidad para conocer sus avances y para perfeccionar sus componentes institucionales, enfocar apropiada y eficientemente sus recursos y, poder así, contribuir al desarrollo armónico e integral de cada población involucrada,

IMSS Oportunidades está alineado con los objetivos y estrategias del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Con ello, el Programa busca incidir en las causas y riesgos de la pérdida de la salud para contribuir al combate a la pobreza y al desarrollo del país, además de evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

De igual forma, el Programa se vincula a las acciones de PREVENIMSS, al constituir la Estrategia Institucional preventiva por excelencia, en la cual se fortalece la atención, control y seguimiento de la población estratificada en cinco grupos prioritarios: niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores.

2.2 Sistema Nacional de Salud

Los sistemas de salud de la mayor parte de los países de América Latina se componen por tres subsistemas: la seguridad social, los servicios públicos y los servicios privados, que presentan distintos grados de desarrollo según el país de que se trate. En México, estos tres subsistemas han mantenido un desarrollo por separado, con la consecuente fragmentación del sistema de salud.

La seguridad social nace el primero de enero de 1943 con la fundación del IMSS, que ofrece un conjunto de prestaciones económicas (pensiones, invalidez, muerte) y en especie (atención de enfermedades y maternidad) a los trabajadores asalariados de la economía formal. Los servicios públicos se formalizan meses más tarde, el 15 de octubre del mismo año, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo nombre tenía implícita una concepción asistencial, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos.

De esta forma, es como nace el sistema de salud, dividido al separar a la población entre aquéllos que tenían derechos sociales perfectamente definidos, a quienes llamó “derechohabientes” y aquéllos

que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó como “población abierta”. Posteriormente, bajo esta misma división de origen entre la seguridad social y los servicios públicos, se crearon en paralelo otras instituciones de seguridad social. Entre ellas, cabe mencionar la creación, en 1960, del ISSSTE que ofrece cobertura en salud para los trabajadores de la administración pública federal.

De esta manera, el Sistema Nacional de Salud se caracteriza, hoy en día, por el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, resultado de la fragmentación institucional asociada a la condición socioeconómica y principalmente laboral de la población, [Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, 2005] (Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1 Principales Instituciones de Sistema Nacional de Salud

Institución	Año de Creación	Asegurados	Fuente de Financiamiento
Secretaría de Salud (SSA)	1943	Trabajadores del sector informal, desempleados y personas que no trabajan, familias pobres urbanas y rurales no aseguradas.	<ul style="list-style-type: none"> Fondos Federales. Contribuciones de los Gobiernos Estatales. Cuotas pagadas por las Familias al recibir la atención.
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	1943	Asegura a los empleados del sector formal privado y sus familias.	<ul style="list-style-type: none"> Contribución del trabajador a su pensión y a su seguro. Contribución del empleador del sector privado. Contribución del gobierno federal para cada trabajador y su familia.
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	1960	Cubre a los empleados del gobierno y a sus familias.	<ul style="list-style-type: none"> Contribución del empleado. Contribución del gobierno.
IMSS Oportunidades	2003	Cubre a familias no aseguradas.	<ul style="list-style-type: none"> Aportaciones a Seguridad Social, ministrados por la SHCP. Salud, transferidos a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), los cuales son administrados por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, 2005.

2.3 Reforma al Sistema Nacional de Salud

El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud (LGS), la cual es: i) reglamentaria, ii) orgánica y iii) distributiva, para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), [La reforma estructural de la reforma en México, 2004].

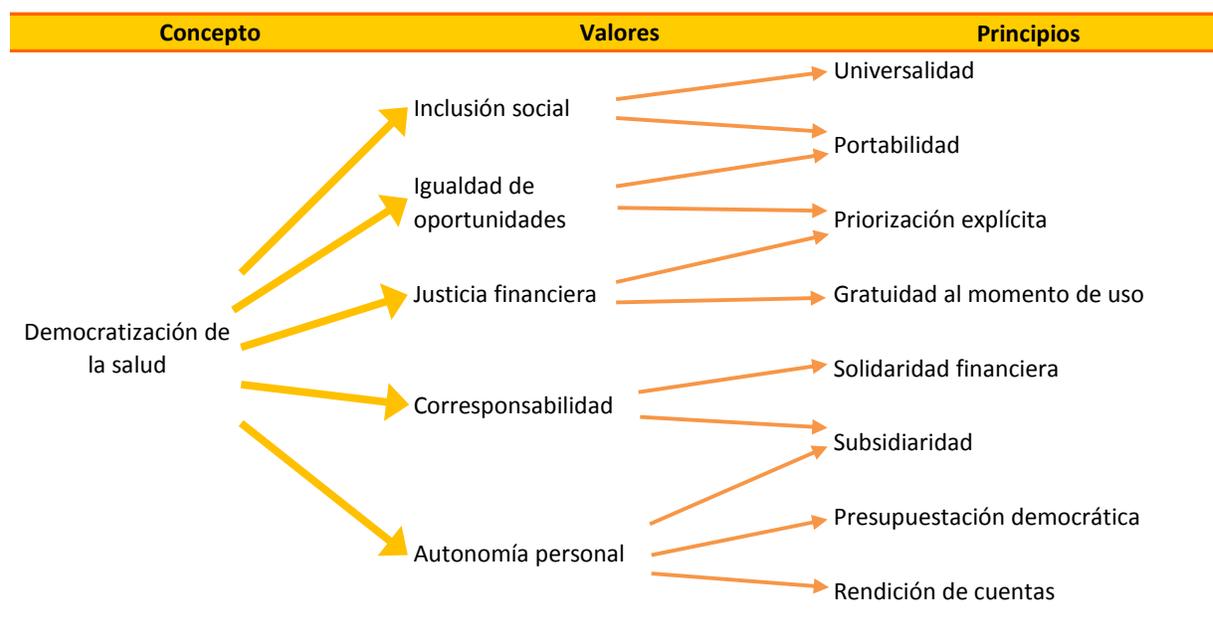
Esta reforma fue creada por la necesidad de brindar protección social en salud a través de un esquema de aseguramiento público en salud para el sector de la población que no cuenta con algún sistema de seguridad social y, de esta manera, se garantice el acceso a los servicios públicos de salud para toda la población bajo un sistema de aseguramiento universal en salud, sin importar condición social, laboral y económica. Así, la reforma cumple el compromiso que tiene el sector salud de hacer

frente a los retos que surgen de la transición demográfica, epidemiológica, tecnológica y económica que prevalecen en el país, [La reforma estructural de la reforma en México, 2004] (Cuadro 2.2).

Es importante destacar que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), creado a partir de la Reforma, brinda protección financiera a la población que no pertenece a algún sistema de seguridad social, principalmente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). De esta manera, los grupos de población beneficiados por el SPSS son los trabajadores no asalariados, los auto-empleados y los desempleados, incluyendo a sus familiares y dependientes económicos. Esta protección se brinda bajo un nuevo esquema de seguro público de salud, que es coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas.

Una de las características del SPSS a lo largo de cada una de las fases que han dado lugar a su creación, ha sido su sustento en un marco ético explícito, [La reforma estructural de la reforma en México, 2004]. En ese sentido, para comprender la naturaleza de la reforma a la LGS, es necesario conocer la base ética que la sustenta, (Cuadro 2.2).

Cuadro 2.2 Base Ética de la Reforma al Sistema Nacional de Salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2000.

En conclusión, la reforma buscó promover la participación del gobierno federal y los gobiernos estatales en el financiamiento de la salud y, paralelamente, brindar un mayor acceso a los servicios de salud. A su vez, se pretende reducir el gasto de bolsillo, brindar protección financiera a las familias, fomentar un incremento de la inversión pública en materia de salud, y concebir a la salud como una responsabilidad compartida entre el gobierno y la sociedad y, finalmente, una mayor accesibilidad a los servicios de salud, [La reforma estructural de la reforma en México, 2004].

2.4 Políticas Públicas

El artículo décimo sexto transitorio del Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 15 de mayo de 2003, establece que: *“El Programa IMSS Oportunidades continuará proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en la actualidad, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

Las familias actualmente atendidas por el Programa IMSS Oportunidades podrán incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud. En este caso, deberá cubrirse al Programa, a través del IMSS, por cada familia que decida su incorporación a dicho sistema, la cuota social y la aportación solidaria a cargo del Gobierno Federal; la aportación solidaria a cargo de los estados; y, la cuota familiar en los términos de la presente Ley. En cualquier caso, el Programa IMSS Oportunidades seguirá siendo administrado por el IMSS y los bienes muebles e inmuebles con que cuenta, más aquellos que en lo sucesivo adquiera, quedan incorporados al patrimonio del IMSS, conforme la legislación aplicable”, [Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. 2009].

El IMSS otorgará las prestaciones o servicios de solidaridad social que comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria. De igual manera, organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social. El Instituto queda facultado para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, pero, en todo caso se coordinará con la Secretaría de Salud y demás Instituciones de Salud y Seguridad Social [LSS, artículos 214, 215, 216 y 217]

Así, el Instituto deberá atender a la población no derechohabiente en los casos siguientes: I) En situaciones de emergencia nacional, regional o local, o en caso de siniestros o desastres naturales; II) En campañas de vacunación, atención o promoción de la salud; y, III) En apoyo a los programas de combate a la marginación y la pobreza, cuando así lo requiera el Ejecutivo Federal.

2.4.1 Programa Nacional de Salud

En México se tiene la necesidad de contar con un Sistema de Salud que alcance para todos sin excepción, que se atienda a las personas con absoluto respeto a sus derechos, sin importar su situación de vida; así mismo, que brinde protección financiera al paciente y se evite, así, el empobrecimiento de las familias cuando padecen alguna enfermedad, [Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud, 2007].

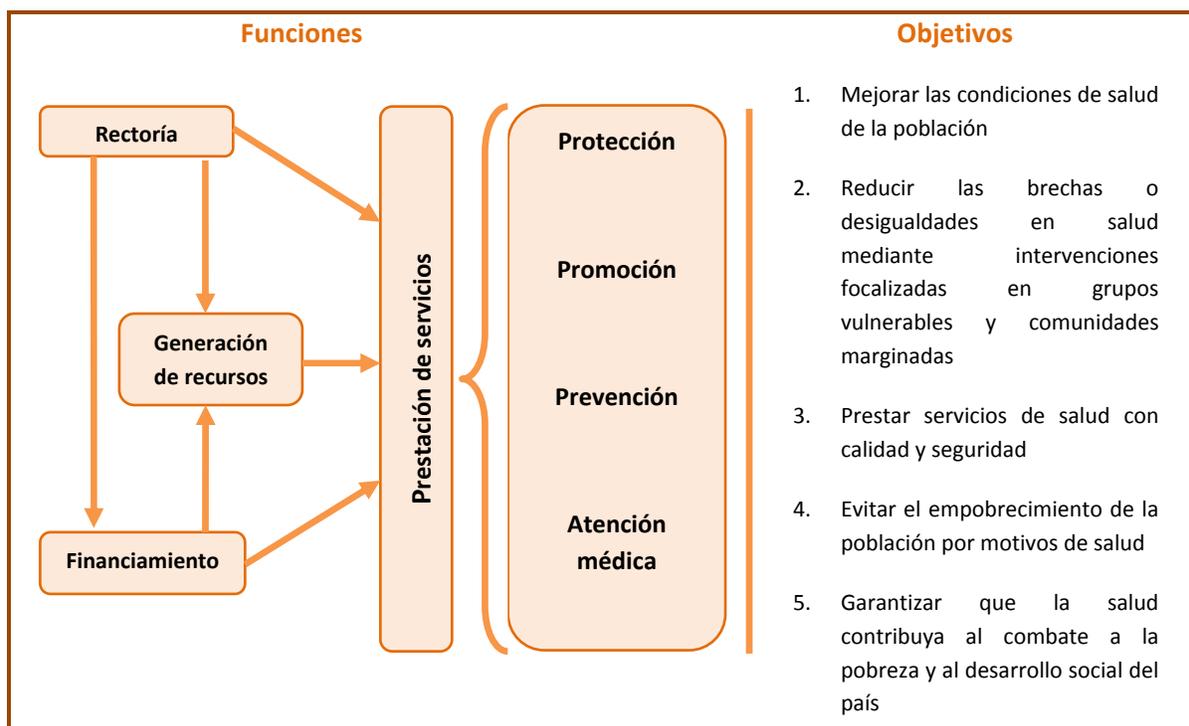
En este contexto, la Secretaría de Salud en coordinación con el Sector Salud (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA) integró de manera conjunta el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el cual establece una serie objetivos para lograr una cobertura universal de salud y garantizar el

acceso de todos los mexicanos a servicios de salud, por medio de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud poniendo en marcha mecanismos que fortalecerán las actividades de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades; mejorarán la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes; permitirán ampliar la infraestructura y el equipamiento en salud; consolidarán el abasto de medicamentos y otros insumos, e impulsarán el aseguramiento universal en salud, [Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud, 2007].

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 fue elaborado con las aportaciones de trabajadores del sector, miembros de instituciones académicas, organizaciones profesionales y de la sociedad civil, así como de muchos ciudadanos y su marco conceptual se muestra en el Cuadro 2.3.

Cuadro 2.3 Marco conceptual del Programa Nacional de Salud 2007-2012



Fuente: Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012.

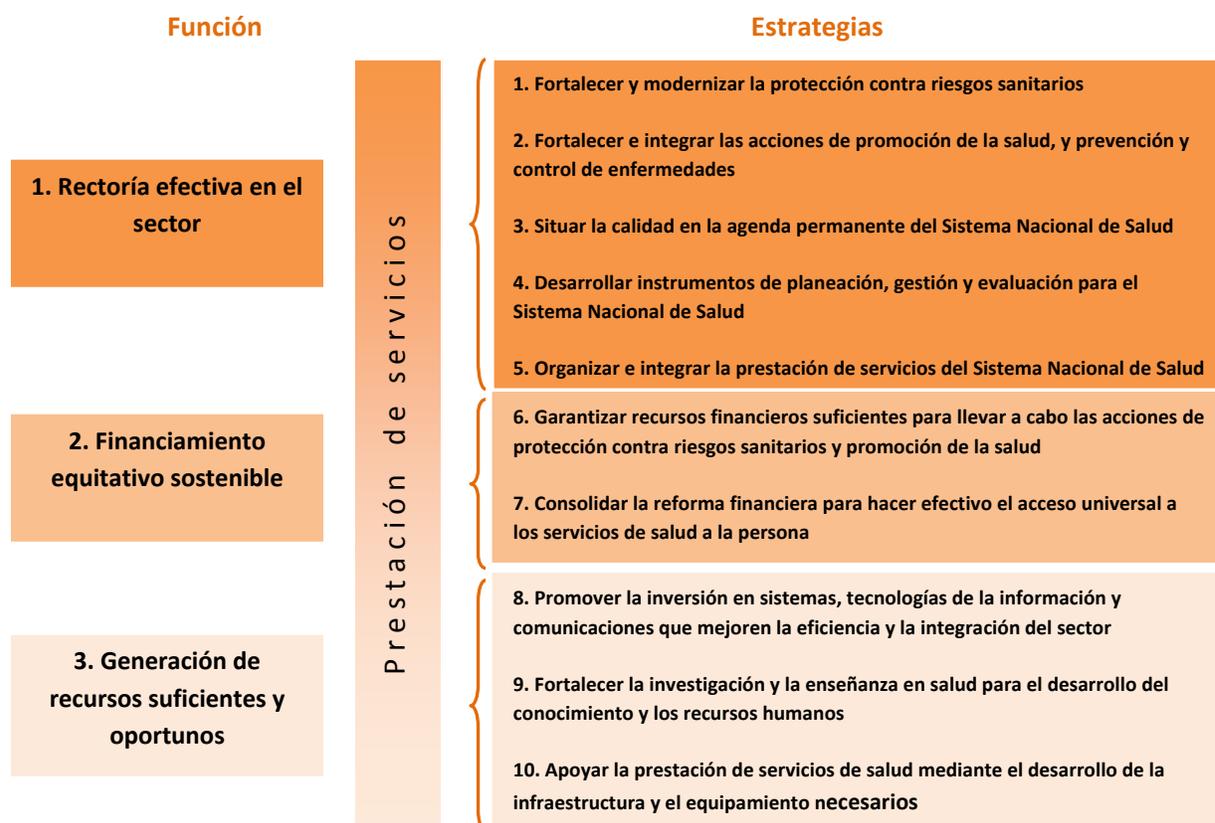
Este programa responde a 5 objetivos principales:

- 1) Mejorar las condiciones de salud de la población.
- 2) Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
- 3) Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

- 4) Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.
- 5) Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.

Para desarrollar estos objetivos de manera adecuada se han diseñado diez estrategias las cuales están constituidas para el fortalecimiento de las funciones del Sistema Nacional de Salud, además de procurar el financiamiento equitativo y sostenible, y la generación de recursos suficientes y oportunos encaminados a prestar servicios de salud de calidad y seguros (Cuadro 2.4).

Cuadro 2.4 Estrategias del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y su relación con las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud



3 Rectoría efectiva en el sector

1. La protección y el fortalecimiento contra riesgos sanitarios.
2. El fortalecimiento e integración de las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades.
3. La calidad como un tema de vigilancia permanente del Sistema Nacional de Salud.
4. Elaborar herramientas de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud.

5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.

4 Financiamiento equitativo y sostenible

6. Este punto establece que se garantice recursos financieros suficientes para poder llevar a cabo las funciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.
7. El poder asegurar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la personas.

5 Generación de recursos suficientes y oportunos

8. Fomentar que se invierta en nuevos sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector.
9. Mejorar los aspectos relacionados con los temas de investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos.
10. La ayuda en el desarrollo de infraestructura, además de contar con el equipo necesario para ayudar a los servicios de salud.

El capítulo I del Programa Nacional de Salud 2007-2012 se presenta un diagnóstico sobre la salud y los servicios de salud en el país. Este capítulo está dividido en tres secciones: necesidades, recursos y servicios. En la primera sección se describen los riesgos y daños a la salud que enfrenta nuestra población; en la segunda sección se hace un recuento de los recursos financieros, materiales, humanos e intangibles - información y conocimiento- de los que dispone el país para atender sus necesidades de salud.

El capítulo II presenta la visión prospectiva del Sistema Nacional de Salud al que los mexicanos aspiran en el 2030. En este capítulo se describen las principales características de ese sistema y los obstáculos que deberán superarse para poder construirlo.

En el capítulo III se presentan, como ya se mencionó, los objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012, y las estrategias y actividades que se desarrollarán para cumplir con ellos.

Finalmente, en el capítulo IV se describen las actividades de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas que permiten medir los avances e informar a la sociedad sobre el desempeño del Sistema Nacional de Salud y los resultados obtenidos.

Este programa responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud por medio de mecanismos que permitirán enfrentar riesgos sanitarios, tener una mayor promoción de la salud y prevención de enfermedades, mejorar la calidad de la atención y el desarrollo de infraestructura.

2.4.1.1 Programa IMSS Oportunidades

El Programa de Educación, Salud y Alimentación, mejor conocido como PROGRESA, dio inicio en el año 1997, y fue concebido como una estrategia para apoyar a la población que vive en condiciones

de extrema pobreza en las áreas rurales, utilizando un enfoque en el cual se consideran diferentes causas de la pobreza y focalizando los beneficios hacia las familias cuyas condiciones son más precarias. El objetivo central de este programa ha sido incrementar permanentemente las capacidades y habilidades básicas de los individuos que viven en extrema pobreza. Para lograr este objetivo el PROGRESA se estructura en tres componentes, a saber: educación, salud y nutrición. El componente educativo, se propuso incentivar la asistencia escolar otorgando subsidios monetarios a las familias seleccionadas; por lo cual el programa otorga un subsidio por cada miembro de la familia menor de 18 años que asistía a la escuela entre tercero y noveno grados de la educación básica.

El programa, garantiza una beca para alimentación y educación, a las y los niños más pobres del país, que se les entrega a las jefas de familia, a quienes les hacen llegar poco más de 600 pesos al mes. Recursos con lo que tienen que garantizar la asistencia y permanencia de sus hijos a la escuela.

Adicionalmente, el ProgresA les exige a las “beneficiarias” acudir a los cursos sobre prevención de la salud, nutrición, suplementos alimenticios, cuidados del recién nacido, vacunas, entre otros, por lo menos una vez al mes, así como acudir a las consultas ginecológicas para seguir recibiendo el beneficio económico, que por lo general llega hasta con dos meses de retraso.

Con la creación y desarrollo de PROGRESA (1997) y gracias a la aceptación y resultados del mismo cambia de nombre y se da paso a IMSS Oportunidades (2001) el cual tiene como objetivo principal, proporcionar servicios integrales de salud con calidad a la población abierta sin acceso regular a los servicios de salud de zonas rurales marginadas, apoyado en la organización comunitaria y en las actividades encaminadas a la difusión y promoción de acciones de beneficio individual y colectivo, en pro del auto cuidado de la salud (cuadro 2.5).

Cuadro 2.5 Principales Instituciones de Sistema Nacional de Salud

Año	Acontecimiento	Objetivo / descripción
1997	PROGRESA (Programa de Educación, Salud y Nutrición);	Es un programa de bienestar social integral basado en incentivos que incluye un paquete básico de salud y un componente de educación.
2001	PROGRESA cambia el nombre por OPORTUNIDADES en 2001	
2003	Reforma al Sistema Nacional de Salud que se sustenta en cinco valores básicos: igualdad de oportunidades, inclusión social, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía personal.	Disminuir la proporción de gastos de bolsillo de los hogares mexicanos, reducir la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud e incrementar la cobertura del aseguramiento en salud.
2004	El 1º de enero entra en vigor un esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud.	Ofrecer igualdad de oportunidades a todos los mexicanos para participar en un seguro público de salud.

Año	Acontecimiento	Objetivo / descripción
	Creación de la Comisión de Protección Social en Salud (19 de enero) como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa.	Coordinar las acciones del Sistema de Protección Social en Salud. Planear, dirigir, evaluar y retroalimentar el sistema de protección social en salud, que otorgue servicios de salud y seguridad a los habitantes de la República Mexicana que carecen de seguridad social en cualquiera de sus modalidades, privilegiando a aquellos cuya situación económica y social sea precaria.
	Seguro Popular de Salud. Aunque funcionó como programa piloto desde 2001-2003, fue hasta 2004 cuando se constituye como parte fundamental del Sistema de Protección Social en Salud.	Financiar servicios personales no especializados de salud.

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, 2005

IMSS Oportunidades es un Programa de Salud del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Brinda servicios de salud a la población, lo cual contribuye al desarrollo integral de los mexicanos a impulsar la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población.

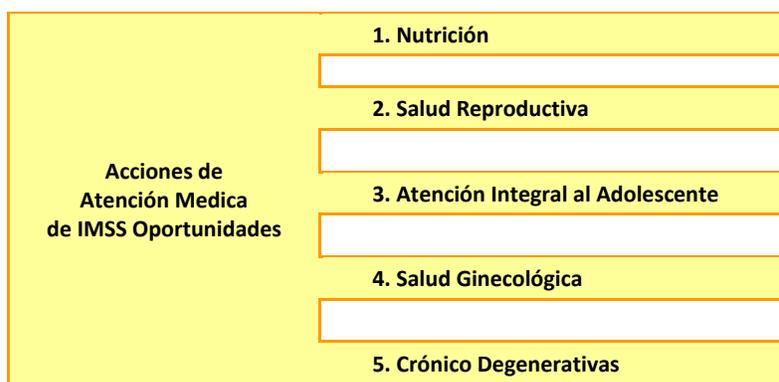
A partir de la Creación del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria se cuenta con 31 años de labor, con lo cual se ha logrado establecer una sólida red de servicios de salud que beneficia a más de 10.2 millones de mexicanos que carecen de seguridad social -entre ellos 3.4 millones de indígenas- en zonas rurales y urbano marginadas de 17 estados el ámbito rural y 25 entidades en lo urbano de la República Mexicana. Además, articula sus acciones al Programa Desarrollo Humano Oportunidades, al otorgar el componente de salud a las familias beneficiarias del mismo.

El Programa IMSS Oportunidades fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), sustentado en la Atención Primaria a la Salud, y compuesto por dos vertientes primordiales: la Atención Médica y la Acción Comunitaria. La Atención Médica se encarga de proporcionar servicios de salud y llevar a cabo acciones de vigilancia epidemiológica, a través de una regionalización de servicios con 3,549 unidades médicas rurales y 225 equipos de salud itinerantes; 226 unidades médicas urbanas, y 70 hospitales rurales, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2007]. Por su parte, Acción Comunitaria incorpora a los individuos y las comunidades en la práctica de hábitos saludables, con lo que busca mejorar la calidad de vida de las personas a largo plazo, a través de más de 25 mil voluntarios de Salud que apoyan las acciones médicas.

Las prioridades y estrategias de este programa son: I) Salud reproductiva y materno infantil; II) Desarrollo Humano *Oportunidades* y nutrición; III) Atención Integral al Adolescente; IV) Atención Integral a la Salud Ginecológica y Comunidades Saludables; y, V) Proyectos Productivos. Por su parte, las Estrategias, son: A) PREVENIMSS Rural; B) Comunicación Educativa “De la gente para la gente,” Transferencia tecnológica (Saneamiento Ambiental); y, C) Tecnología Informática al medio rural. Partiendo de estas prioridades y estrategias, el Programa *IMSS Oportunidades* promueve un puente

firmemente construido, que conjunta las acciones médicas con las acciones de la comunidad, para potenciar las capacidades y generar la igualdad de *Oportunidades* a través de las acciones de atención médica (Cuadro 2.6).

Cuadro 2.6 Cinco Principales Acciones de Atención Médica de IMSS Oportunidades.



Fuente: IMSS. Manual de organización de la Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades. México DF, Octubre del 2003.

Actualmente, la organización comunitaria, eje y parte fundamental en la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud la conforman 17,035 comités de salud, 150,012 promotores sociales voluntarios, que orientan a un promedio de 13 familias, incluida la propia, así como los 13,785 asistentes rurales de salud ya mencionados. Además se mantiene interrelación con 5,708 parteras y 2,016 terapeutas tradicionales. Los voluntarios asumen un rol de promotores de salud principalmente en actividades de promoción y de autocuidado para prevenir daños o complicaciones de daños a la salud en las familias adscritas. Los Comités de Salud, incluyendo promotores y asistentes de salud, diseñan, implementan y monitorean actividades de prevención, promoción y curación que determinan los programas de salud a partir discusiones y consensos comunitarios sobre las necesidades de salud a nivel local [Evaluación de Resultados del Programa IMSS Oportunidades, 2006].

Con el otorgamiento de dichos servicios se busca reafirmar el objetivo general del Programa IMSS Oportunidades que a su vez está estrechamente vinculado con los siguientes objetivos estratégicos del IMSS, (Cuadro 2.7).

Cuadro 2.7 Objetivo de IMSS Oportunidades y Objetivos estratégicos del IMSS

Objetivos estratégicos IMSS ⁸	Objetivo IMSS Oportunidades ⁹
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la cobertura de la seguridad social. • Reforzar las acciones de protección social. • Mejorar la calidad de los servicios de salud 	<p>Proporcionar servicios de salud integrales de primero y segundo nivel, oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los servicios de salud en zonas rurales y urbanas marginadas.</p> <p>El Modelo de Atención Integral de Salud se sustenta, fundamentalmente, en la participación comunitaria para la realización de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario.</p>

⁸ PEIMSS. 2005-2006. IMSS

⁹ Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades. Diario Oficial. mar.2005.

De esta manera, el Programa IMSS-Oportunidades se alinea con la solidaridad social que impulsa la igualdad de oportunidades a la población que no cuenta con seguridad social y habita en zonas rurales marginadas o urbanas en condiciones de pobreza extrema del país.

2.4.1.1.1 Antecedentes

La evolución histórica del Programa IMSS Oportunidades, data del acontecimiento de importantes sucesos cronológicos que antecedieron a la creación de dicho Programa (Cuadro 2.8).

Cuadro 2.8 Antecedentes del Programa IMSS Oportunidades.

Año	Acontecimiento/Descripción
1943	Promulgación de la Ley del Seguro Social
1944	Fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social
1954	Inicia la Incorporación al Seguro Social de trabajadores urbanos y rurales asalariados permanentes y estacionales, así como productores independientes.
1973	Expedición de una nueva Ley del Seguro Social, la cual estipuló la obligación del Instituto de otorgar servicios de Solidaridad Social a la población marginada residente en áreas rurales principalmente asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria.
1974	Creación del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. En su primer año, estableció servicios de solidaridad social para la población de la zona ixtlera del país.
1976	El Programa Nacional de Solidaridad Social comprendía 30 hospitales rurales y 319 unidades médicas e infraestructura ubicada en 19 Entidades Federativas, con una cobertura de 3.8 millones de solidario-habitantes.

Año	Acontecimiento/Descripción
1977	La Presidencia de la República, con la participación de 11 dependencias encargadas de promover el desarrollo rural, creó la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR).
1979	COPLAMAR suscribió con el Instituto Mexicano del Seguro Social un convenio para extender la cobertura a 10 millones de habitantes de las zonas semidesértica y marginadas de la república (IMSS-COPLAMAR).
1983	Se establece que el IMSS se hiciera cargo en forma íntegra del Programa IMSS-COPLAMAR.
1985 y 1987	Se concretó la descentralización de los servicios de salud a la población abierta decretada por el Gobierno Federal en 1984 y en 14 Entidades Federativas.
	A partir de entonces la operación del programa se circunscribe a 17 Estados de la República: Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
1989	Se amplió la infraestructura y se cambió su nombre por el de IMSS-Solidaridad, para después llamarse como se le conoce en la actualidad: IMSS Oportunidades.

El Programa financia su operación mediante transferencias otorgadas por el Gobierno Federal que se canalizan a través del Ramo 12 "Salud". Esto implica que la canalización de recursos para IMSS-Solidaridad se realice a través de la Secretaría de Salud y su gasto se ejerce conforme a la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y a los lineamientos que cada año establece el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación y sus correspondientes "Normas para el Ejercicio del Gasto".

El IMSS administra y contabiliza separada y minuciosamente los fondos para la operación del Programa con independencia total del manejo y operación de sus recursos propios. Este se ubica en 17 Entidades Federativas (más una clínica rural en el oriente de la Ciudad de México), en 17,336 localidades, el 96.6% en zonas geográficas de difícil acceso con menos de 2,500 habitantes, contando con 3,549 unidades de primer nivel y 70 unidades de segundo nivel [IMSS, Informe de labores 2009-2010 y Programa de actividades, 2010].

Como se mencionó en el apartado 1.2, el 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el *Decreto* por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, que establece en el artículo transitorio Décimo Sexto "El Programa IMSS Oportunidades continuará proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en la actualidad, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, [Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión, 2009].

2.4.1.1.2 Misión y visión

El Programa IMSS Oportunidades tiene una misión la cual consiste en proporcionar atención integral a la salud con calidad, para contribuir a mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población rural marginada, mediante una red regionalizada de unidades de primer y segundo nivel, contando con la participación voluntaria, organizada, comprometida y continua de la comunidad. Dicho en otras palabras, su misión es cuidar y fomentar de manera integral la salud de los mexicanos que no cuentan con seguridad social y habitan en zonas rurales o urbanas marginadas en condiciones de pobreza extrema mediante la provisión de servicios integrales de salud, con énfasis en las acciones preventivas, para lograr el mejoramiento de la salud, entorno familiar y comunitario, a través de la aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), sustentado en la participación comunitaria; siempre en un marco de respeto a las costumbres y tradiciones de las personas, [IMSS. Programa IMSS Oportunidades, 2010].

Dicho Programa mantiene su visión, la cual es que se apliquen los servicios del mismo con éxito en las zonas rurales y urbanas marginadas del país. Así, población *oportunohabiente* recibe servicios con estándares de calidad y un trato digno; los hospitales y unidades médicas cuentan con personal capacitado, equipamiento y medicamentos suficientes; y, la población usuaria desarrolla una cultura de auto-cuidado integral de la salud y mejoramiento de sus condiciones de vida, [IMSS. Programa IMSS Oportunidades, 2010].

2.4.1.1.3 Cobertura

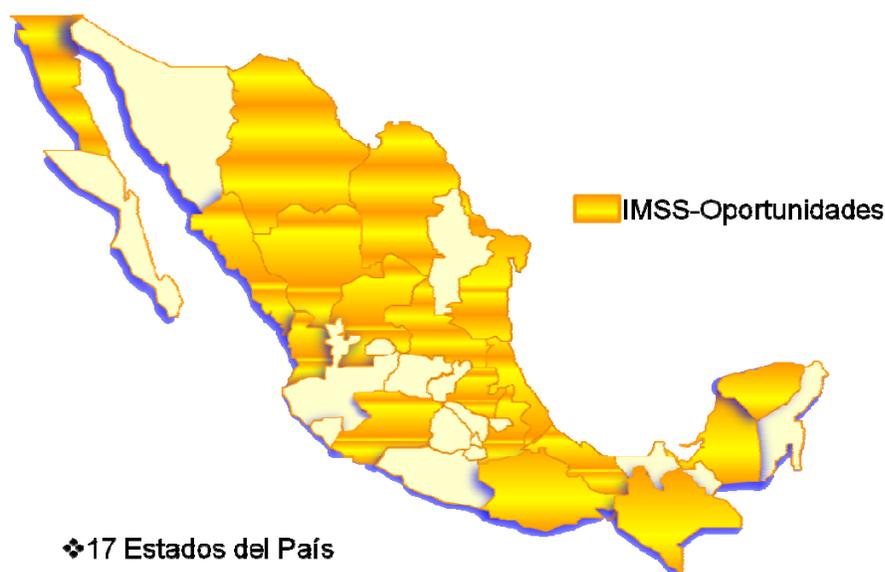
Esta se refiere a la proporción de la población abierta incluida en el Programa. En las reglas de operación se establece explícitamente que las localidades marginadas rurales en condiciones de pobreza o pobreza extrema, en el ámbito de trabajo del Programa IMSS Oportunidades, serán especialmente favorecidas por los servicios y actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario.

El Programa tendrá presencia en localidades que cuentan con algunos servicios públicos, lo que propiciará la incorporación de un número mayor de familias en condiciones de pobreza y pobreza extrema que habitan en estas zonas. En este sentido, se busca que estas familias cuenten con la posibilidad de gozar de los mismos beneficios con los que cuentan aquellas que habitan en zonas rurales donde no se cuenta con servicios públicos. El Programa promueve abiertamente la no exclusión de este tipo de familias, por lo que para determinar el cumplimiento de las reglas de operación, se tomaron en cuenta también las características socioeconómicas de las familias beneficiarias del Programa y no sólo sus aspectos sociodemográficos.

La cobertura nacional del Programa IMSS-Oportunidades, durante los ejercicios fiscales 2005-2006, se encuentra en 17 estados de la República, equivalente a 53 por ciento de las Entidades Federativas del país, mediante una red regionalizada de servicios de salud conformada por 3,549 Unidades Médicas

Rurales (UMR) y 70 Hospitales Rurales (HR). Así, se proporciona atención integral aproximadamente a 10.4 millones de mexicanos, de los cuales 2.4 millones son indígenas, (Gráfica 2.1).

Gráfica 2.1 Cobertura Estatal del Programa IMSS-Oportunidades

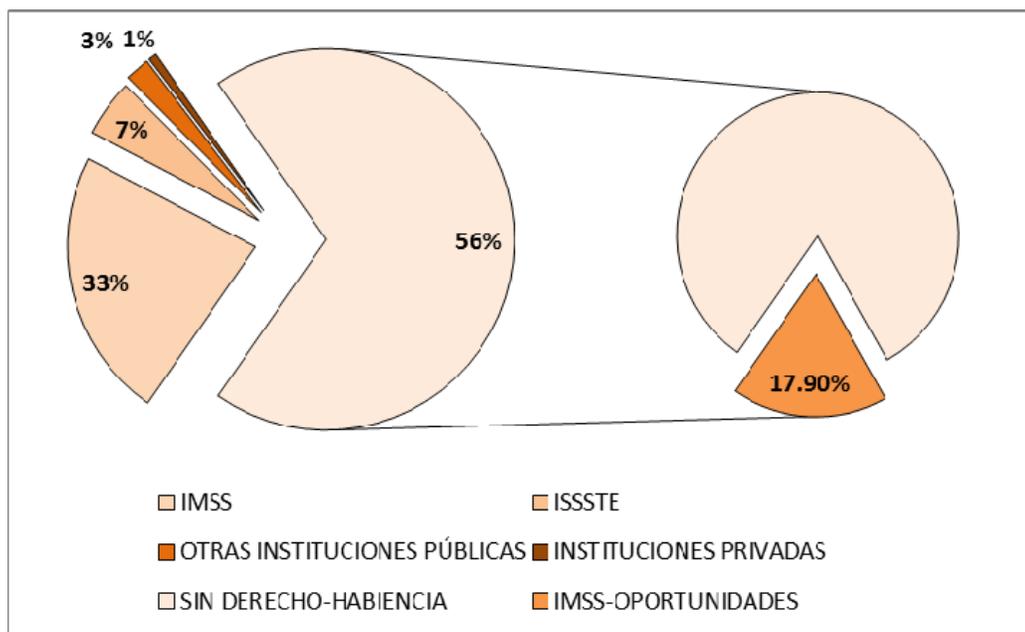


Fuente: www.imss.gob.mx Programa IMSS-Oportunidades

Este Programa tiene presencia en 17,336 localidades, 1,274 municipios y cuenta con 225 equipos de salud itinerantes con enfermera, promotor comunitario y equipo de transporte para atender a localidades menores de 500 habitantes (micro regiones). El Programa IMSS Oportunidades articula sus acciones a la estrategia “Contigo” y el Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades”, que beneficiara a más de 1.3 millones de familias, para lo cual, empleó el 99 por ciento de la infraestructura.

Es importante resaltar que aún existiendo otras instituciones que brindan servicios de salud a las personas y, aun contando con ellas, hay población que no cuenta con ningún tipo de beneficio de atención médica sobre todo familias de zonas rurales y de difícil acceso. Del otorgamiento de los servicios, el 33% lo proporciona el IMSS, 7% el ISSSTE, 3% otras Instituciones Públicas y el 1% corresponde a Instituciones Privadas; el 56% de la población restante están sin derechohabencia. En particular, en el Programa IMSS Oportunidades, la cobertura representa el 17.90% y la población sin oportunohabencia asciende al 82.10%, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006]. (Gráfica 2.2).

Gráfica 2.2 Cobertura de beneficiarios IMSS Oportunidades en el ámbito nacional 2006.



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENESS-2004 y del DIARIO OFICIAL marzo de 2006.

Así, el Programa IMSS Oportunidades dirige sus esfuerzos al cumplimiento del objetivo de proporcionar servicios de salud integrales de primero y segundo nivel, oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los servicios de salud de zonas rurales marginadas. Con una cobertura al interior de los estados del 30.5%, de la cual el 26.33% se concentra en Estados con alto y muy alto grado de marginación.

Es posible inferir que niveles que la cobertura del Programa IMSS-Oportunidades esta intrínsecamente correlacionada con niveles altos de marginación estatal; por lo tanto, los servicios de salud de primer y segundo nivel que proporciona el Programa, se encuentran debidamente focalizados en zonas rurales marginadas o de menor desarrollo económico y social. Aún cuando el Programa tiene presencia en Entidades Federativas con niveles bajos y muy bajos de marginación, las acciones se concentran en municipios y localidades con poblaciones que se encuentran en condiciones de marginación y sin acceso a los servicios de salud. Esto hace que el Programa cumpla satisfactoriamente sus criterios de focalización establecidos en sus reglas de operación, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006].

En el ámbito municipal, el Programa IMSS Oportunidades tiene cobertura del 71.2%. Las delegaciones que cuentan con un mayor nivel de cobertura municipal son: Durango, Nayarit, Chiapas, San Luis Potosí y Michoacán. Por su parte, Oaxaca y Baja California representan la cobertura municipal más baja.

2.4.1.1.4 Estructura financiera

Para el caso de las instituciones prestadoras de servicios y, en particular, del Programa IMSS-Oportunidades, el ciclo presupuestal inicia en la primera fase de elaboración del presupuesto, con una técnica administrativa previamente normalizada, considerando las fuentes disponibles de los ingresos y los destinos de los egresos, fundamentalmente los gastos de operación y los correspondientes a inversión; en la segunda fase se efectúa la discusión y la aprobación del presupuesto con las entidades reguladoras de la administración pública; en la tercera, se efectúa la ejecución del gasto y se ejercen los recursos de conformidad a lo previsto en la elaboración del presupuesto, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006]. En cada etapa de este ciclo, se aplican los controles recomendados internacionalmente, y representados esquemáticamente.

Gráfica 2.3 Ciclo Presupuestal



Fuente: Elaboración propia.

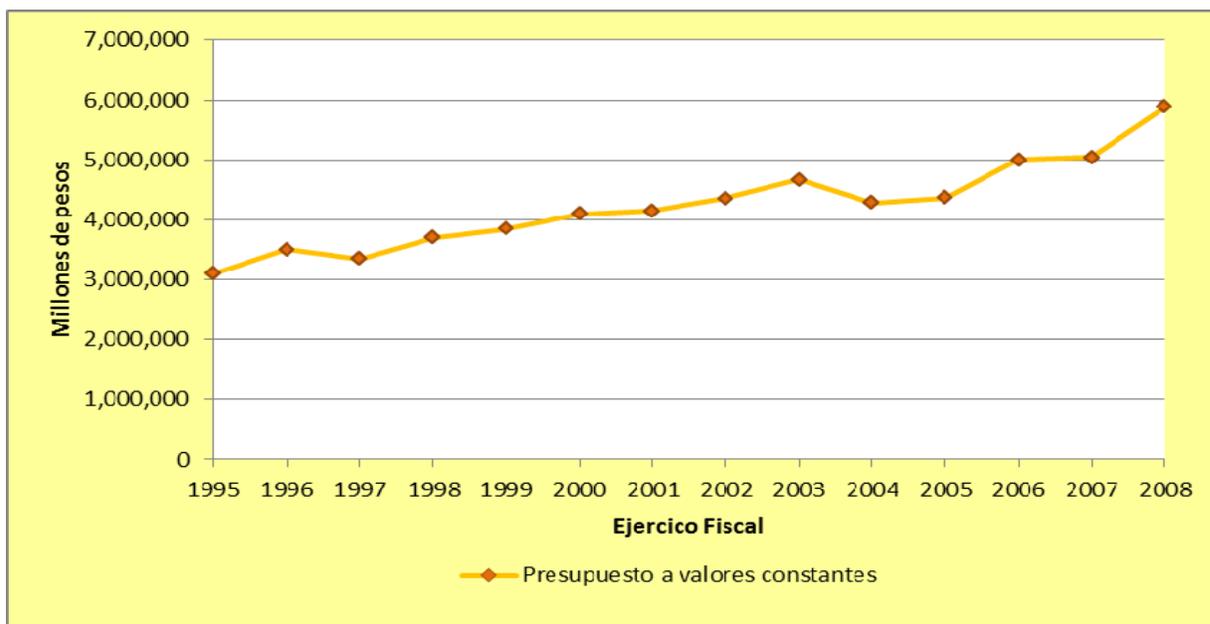
Para explicar más detalladamente la estructura financiera del Programa es importante analizar las evaluaciones económicas de las cuales se deriva el primer enfoque económico, el cual se refiere al ejercicio del presupuesto, que consiste en verificar y analizar el grado de cumplimiento en gasto, según lo planeado; la aplicación en los diversos rubros y partidas; la asignación a subprogramas, regiones, delegaciones y servicios. En dichas evaluaciones se debe de considerar las acciones siguientes:

- i) *Cuantificación de los costos relevantes.* Consiste en la identificación y cuantificación de los costos de los componentes sustantivos relevantes del Programa.
- ii) *Costos financieros.* Corresponden a los otros gastos concurrentes que tienen una expresión monetaria.
- iii) *Costos de administración del programa.* Los costos de administración de un programa pueden definirse como todos aquellos desembolsos que están relacionados con la generación de los servicios de apoyo.

iv) *Costo -beneficio*. La ejecución de algunos programas genera lo que en términos económicos se conoce como costo-beneficio o externalidades. Estas externalidades pueden ser positivas (beneficios) o negativas (costos) y afectan a personas o grupos que no están involucradas en el programa, es decir, al resto de la sociedad.

El gasto del IMSS Oportunidades a lo largo de su creación y puesta en marcha, ha enfrentado difíciles escenarios coyunturales que se han presentado a causa de las crisis económicas. En los reportes oficiales del Sistema Nacional de Salud se señala que existen desequilibrios financieros en el sistema, y al mismo tiempo, que es insuficiente la inversión pública en salud. Este escenario es posible visualizarlo en la Gráfica 2.4, la cual muestra el presupuesto anual a precios constantes durante los periodos 1995-2006. [Boletín de Información Estadística, Recursos Financieros, Sistema Nacional de Salud, Número 22, Vol. IV, Año 2002].

Gráfica 2.4 Presupuesto Ejercido durante los ejercicios fiscales 1995-2006 IMSS Oportunidades.



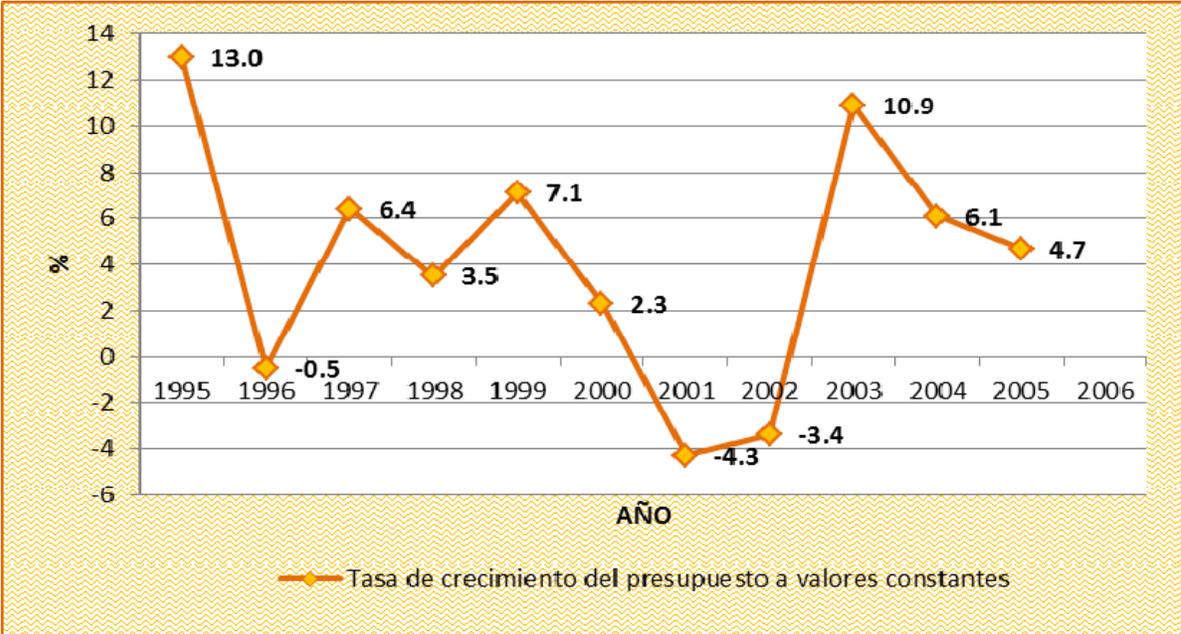
Fuente: Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades. Recursos Financieros con montos correspondientes a lo incluido en el PREI.

El gasto destinado a IMSS Oportunidades mostró una tasa de crecimiento de 41.7% en el periodo de 2001 a 2006, equivalente a 1,727 millones de pesos. Estos recursos se transfirieron a 18 entidades federativas, y el 56% de los mismos, se transfirieron a Chiapas, Oaxaca, Puebla, Michoacán, Hidalgo y el Distrito Federal, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006].

El presupuesto ejercido por el Programa IMSS Oportunidades durante el periodo enero-diciembre de 2006 fue de 5,716 millones 239 mil pesos, lo que representó el 97.4% de su meta para dicho periodo, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006].

En la Gráfica 2.5 se aprecian dos periodos importantes, el primero comprendido del año 1995 al 2000 y el segundo del año 2000 al 2006. El comportamiento del primer periodo se encuentra enmarcado por el escenario coyuntural presentado a causa de la crisis económica de diciembre de 1994 y estos efectos no se ven reflejados en el crecimiento del presupuesto del Programa IMSS Oportunidades. Por el contrario, la tasa de crecimiento promedio durante 1995-2000 fue de 32.5%. Para el periodo 2000-2006 la tasa de crecimiento promedio fue de 16.5%, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006].

Gráfica 2.5 Variación de la tasa de crecimiento del presupuesto para IMSS-Oportunidades.



Fuente: Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades.

Para finales del quinquenio 2001-2006, el Programa adquirió una mayor fortaleza financiera, aunque insuficiente para extender sus servicios, le permitió continuar reafirmandose como un instrumento importante de la política social del Gobierno de la República. Es importante considerar que aún existe una brecha importante en la cobertura de los servicios de salud a la población abierta, por lo que resulta viable y pertinente considerar al mismo como un instrumento de política social, factible de extender su cobertura de atención al resto de la población que aún continúa sin acceso a los servicios básicos de salud.

En este contexto, se requiere la consolidación de una fortaleza financiera que esté por encima de los niveles inflacionarios y una mayor disponibilidad de recursos financieros que permita a los responsables del Programa, elevar y expandir la calidad y cobertura de sus servicios al sector de la población en condiciones de exclusión social.

La tasa de crecimiento del presupuesto destinado año con año al Programa IMSS Oportunidades es insuficiente para soportar los efectos inflacionarios de la economía. Con un incremento a valores

constantes de 16.5% del presupuesto en el sexenio, se ha hecho frente a las necesidades de inversión que se habían rezagado a causa de los desequilibrios financieros en periodos anteriores. Estas acciones aunque, por un lado, permiten garantizar que el Programa continúe llevando servicios de salud oportunos y de calidad, promoviendo soluciones de mejoramiento social y cultural en comunidades dispersas habitadas por grupos poblacionales en desventaja social y económica. Por el otro lado, ha sido limitado su crecimiento y expansión a lo largo del tiempo, en el cual ha mostrado la efectividad de sus acciones logrando un paulatino, pero constante, mejoramiento en la calidad de vida de su población objetivo, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006].

Para el ejercicio fiscal 2006 el presupuesto autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para cubrir las necesidades operativas del Programa IMSS Oportunidades fue de 5,869 millones de pesos, el cual representa un incremento a precios corrientes respecto al 2005 de 8.9%; mientras que a precios constantes el incremento del presupuesto del 2005 al 2006 fue equivalente a 4.69%, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006].

La variación, a precios constantes, en términos reales de los principales rubros del presupuesto asignado al Programa fue de 3.15% de incremento en Gastos de Operación y de 44.5% en Inversión. Los rubros con mayor incremento de presupuesto anual en términos reales son el de Servicios Generales y Bienes Muebles, con una tasa de variación anual equivalente al 54.93% y 179.65%, respectivamente. Estas variaciones en el presupuesto y su distribución en los principales rubros, permiten concluir que la inversión federal disponible para el Programa IMSS Oportunidades no representa una posibilidad amplia de expandir su cobertura territorial, no obstante su presupuesto anual permite que los responsables del Programa en todos sus niveles, optimicen los recursos asignados y los orienten a satisfacer las necesidades del Programa. De esta manera, los incrementos en el presupuesto anual representan la inversión mínima necesaria para cumplir con los objetivos y metas anuales del Programa, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006].

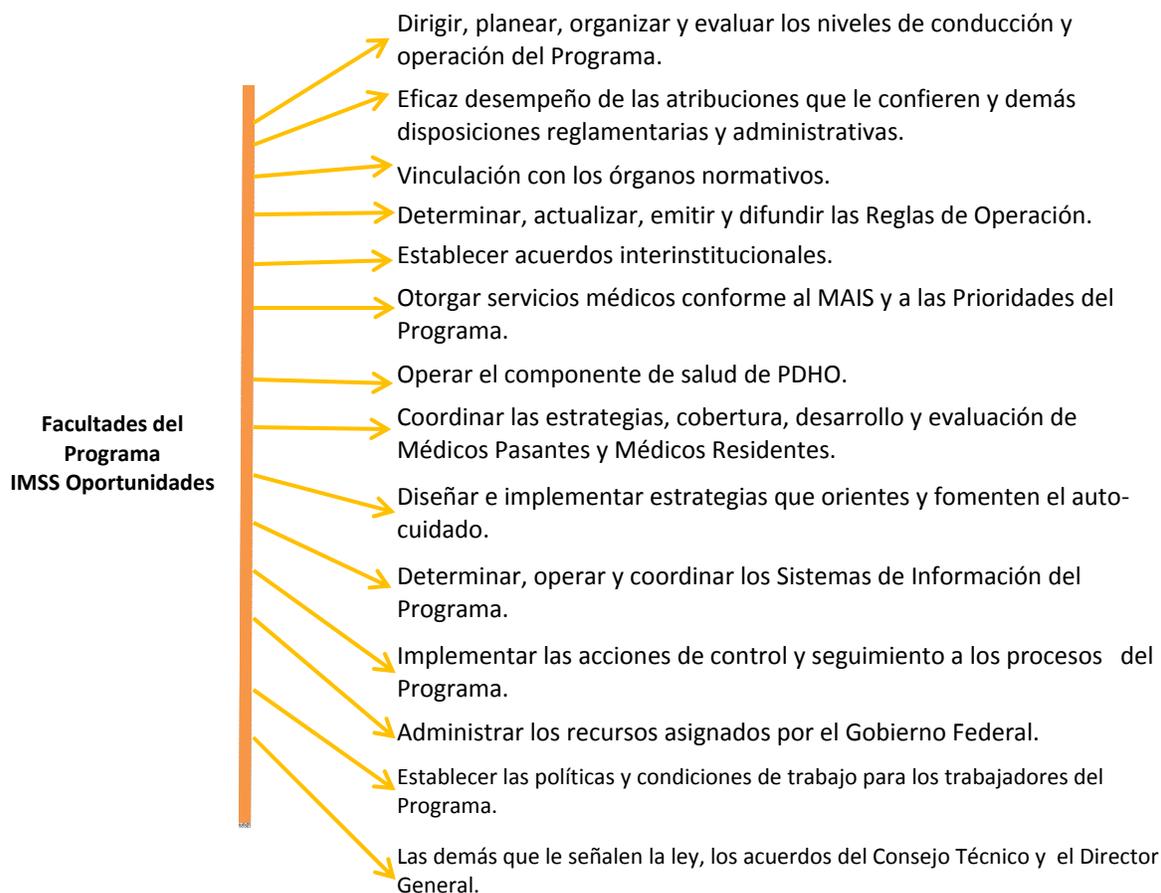
En la actualidad, queda un considerable número de personas sin acceso a los servicios de salud en el país, por lo que aún se está lejos de lograr una cobertura universal de seguridad social. Una proporción elevada de los Estados y de las entidades federativas donde opera el Programa todavía se encuentra cubierta de forma limitada, por lo que la adecuada planeación financiera que realizan los responsables de la operación del Programa permite alcanzar un mayor beneficio para la población objetivo y beneficiaria de IMSS Oportunidades.

2.4.1.1.5 Estructura operativa

Con objeto de contar con criterios de operación uniformes en todo el territorio nacional, la Unidad del Programa IMSS Oportunidades establece las estrategias, políticas y normas generales para su operación, con fundamento en lo dispuesto por la Ley del Seguro Social, el Reglamento Interno del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIIMSS) y las disposiciones de las áreas normativas del mismo Instituto, así como las NOM vigentes de la Secretaría de Salud.

Este Programa busca dar a conocer públicamente el compromiso depositado en él bajo los criterios otorgados para llevar a cabo un amplio desarrollo y desempeño mediante las Facultades que le han sido otorgadas, (Cuadro 2.9).

Cuadro 29 Facultades del Programa IMSS Oportunidades



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades.

Finalmente, es importante resaltar que IMSS Oportunidades fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), el cual tiene el objetivo de responder a las necesidades de la población rural y actuar sobre las causas que dañan su salud. Así, el personal de salud que aplica las acciones del MAIS en las unidades médicas en dos niveles de atención: a) El primer nivel, a través de UMR, UMU y EIS; y b) El segundo nivel, por medio de HR, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006].

Entre los objetivos del MAIS destacan los siguientes:

- Proporcionar atención médica integral, adecuada y continua, a un costo factible para el país y que sea aceptada por la comunidad.
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica, a fin de realizar acciones preventivas para abatir los riesgos y daños a la salud de la población.

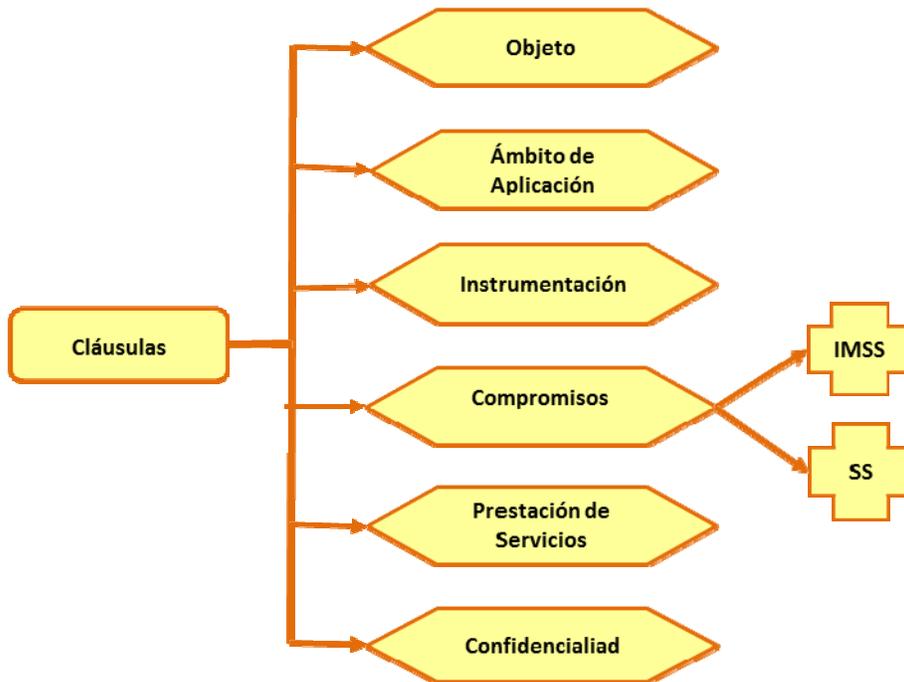
- Promover la participación individual, familiar y colectiva en los programas prioritarios de salud, a través de la organización comunitaria.
- Propiciar el aprovechamiento de los recursos de salud disponibles, incluidos los de la medicina tradicional.
- Fomentar el empleo de tecnologías para la salud.
- Aplicar la comunicación educativa que promueve la apropiación de los conocimientos en salud y la adopción de prácticas saludables.

2.4.1.1.6 Convenio de colaboración del Sector Salud

El convenio de colaboración es un mecanismo para vincular la oferta y la demanda de servicios en el ámbito interestatal. En el ámbito interinstitucional se cuenta con el Convenio General de Colaboración Interinstitucional en Materia de Prestación de Servicios de Salud como un precedente. En este convenio, instituciones como el IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud han establecido las bases para la prestación de los servicios de salud que garantice el acceso efectivo, oportuno de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que como mínimo deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las necesidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecología, pediatría, y geriatría, en el segundo nivel de atención, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006].

En este Convenio Marco, el programa IMSS Oportunidades tiene a su cargo, el proporcionar servicios de salud integrales de primer y segundo nivel, oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los servicios de salud en zonas rurales marginadas mediante el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que se sustenta, fundamentalmente, en la participación comunitaria para la realización de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario, a través de sus 3,549 Unidades Médicas Rurales y 70 Hospitales Rurales en las que ha venido operando, por lo que cuenta con la infraestructura necesaria para atender la demanda de los servicios y con la finalidad de dar cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006, en materia de Salud Pública y al tenor de las estipulaciones contenidas en las Cláusulas descritas, [Evaluación de resultados del programa IMSS Oportunidades, 2006]. (Cuadro 2.10)

Cuadro 2.10 Cláusulas del Convenio Marco.



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades.

El presente instrumento determina los mecanismos mediante los cuales el IMSS, en su carácter de administrador del Programa IMSS Oportunidades, preste los servicios médicos correspondientes al primer y segundo nivel de atención, a las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y los medicamentos asociados.

Conforme a lo estipulado en el Convenio Marco se aplicará de manera progresiva a las familias de los 50 municipios con menor índice de desarrollo humano de los estados de Chiapas, Durango, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán. En una segunda fase, según resultados, podrá aplicarse al resto de las entidades federativas, [Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud, 2007].

Para instrumentar la prestación de servicios médicos a que se refiere el presente Convenio Marco, se celebraran Convenios de Colaboración Interinstitucionales en cada entidad federativa, con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, quienes en razón del número de familias atendidas, cubrirán la compensación económica que corresponda.

El Programa IMSS Oportunidades se vincula estrechamente con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012. En forma específica, contribuye con el tercer eje rector: *Igualdad de*

Oportunidades, en donde se establece que la salud es necesaria para que las personas en situación vulnerable puedan desarrollar su potencial. Se persigue el desarrollo integral de la población al impulsar de forma central dos de los objetivos del PND: “Mejorar las condiciones de salud de la población” y contribuir a “abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad de oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud”, [Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud, 2007].

La operación del Programa IMSS Oportunidades también se inscribe dentro del Objetivo 5 del PND, que establece criterios de calidad, equidad y oportunidad en la prestación de los servicios: *Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo, tal y como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.*

2.5 Discusión

Es muy importante y satisfactorio conocer las raíces de todo el esfuerzo que se ha llevado a cabo para poder otorgar servicios de salud de calidad, los cuales puedan cubrir a toda la población, sin dejar de lado a aquellas regiones indígenas del país las cuales no cuentan con una gran solvencia económica; por lo cual son regiones muy vulnerables.

Al hacer un recuento de lo que se ha tenido que atravesar, desde las reformas que se han realizado en la Ley General de Salud, la labor que ha hecho el IMSS por medio de diferentes programas, entre ellos el Programa IMSS Oportunidades, así como los servicios otorgados a través de la implementación de diferentes planes y/o estrategias de salud como son: el Plan Nacional de Salud (PNS), el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) y el Programa de Desarrollo Humano (PDH), entre otros; todos ellos en estrecha colaboración con el IMSS y otras instituciones que otorgan servicios de salud; dejan claro los avances que se han tenido en materia de salud, aunque de igual manera son notorias las necesidades y deficiencias que aún faltan por atender en este sector.

De igual manera al conocer la información antes mencionada, sigue siendo preocupante las deficiencias que siguen existiendo en ciertos sectores y poblaciones en materia de salud, y sobre todo conocer la estructura financiera en salud y lo poco que brinda del presupuesto para el Sector Salud.

Capítulo 3. Macroprocesos del programa IMSS oportunidades

3.1 Introducción

El Programa IMSS Oportunidades tiene por objeto proporcionar servicios de salud integrales de primer y segundo nivel, oportunos y de calidad a la población abierta sin acceso regular a los servicios de salud de zonas rurales marginadas mediante el Modelo de Atención Integral a la Salud que se sustenta, fundamentalmente, en la participación comunitaria para la realización de actividades tendientes a mejorar las condiciones de salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario.

Este programa del Gobierno Federal desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, atiende a 10.6 millones de mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social, de los cuales 3.6 millones son indígenas y 1.2 millones de familias son beneficiarias del programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

IMSS Oportunidades se encuentra inmerso en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y contribuye principalmente a la igualdad de Oportunidades, ya que la salud es necesaria para que las personas en situación vulnerable puedan desarrollar su potencial. De tal forma, busca el desarrollo integral de la población al impulsar de forma central dos de sus objetivos: “mejorar las condiciones de salud de la población” y contribuir a “abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad de oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud”. Por ello, el Programa busca incidir en las causas y riesgos de la pérdida de la salud para contribuir al combate a la pobreza y al desarrollo del país, además de evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

Es así como presta sus servicios gratuitamente con calidad y seguridad para el paciente y, por medio de intervenciones focalizadas a los grupos con mayor riesgo, contribuye a reducir las desigualdades en salud y mejorar la calidad de vida de la población cubierta por el Programa.

3.2 Diagnóstico situacional

El Programa IMSS Oportunidades constituye un subsistema importante del sector salud en México, que cuenta con una infraestructura propia, recursos humanos especializados en distintos campos de la salud, sistemas administrativos maduros y una instrumentación tecnológica específica aunada a un gran arraigo comunitario. Estas características hicieron que la evaluación externa a corto plazo, fuera de corte vertical y que a un mismo tiempo ofreciera una visión integral sobre el resultado de las actividades que mostrara la propiedad y eficacia del Programa frente a las necesidades de una población que requiere un sistema adecuado para ser atendida en sus problemas de salud.

En 2008, el Programa IMSS Oportunidades acordó con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) orientar la evaluación externa anual a una evaluación de procesos, la cual fue solicitada por el Programa al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), y guiada por las especificaciones descritas en los Términos de Referencia (TDR) para la evaluación, propuestos por el CONEVAL y acordados entre IMSS Oportunidades y el INSP

En general, se pueden señalar los siguientes resultados para el Programa:

- El IMSS Oportunidades tiene 30 años de operación y una buena parte del personal entrevistado lleva más de 15 años trabajando en el Programa. Por tanto, resulta claro que uno de los activos más importantes del Programa es el capital humano. Esta experiencia ganada en la operación permite, a los responsables del Programa a nivel central, delegacional y zonal, estar en una situación en la cual pueden identificar las áreas de oportunidad y mejora de sus propios procesos.
- El IMSS Oportunidades atiende más de 10 millones de personas con un presupuesto ejercido de 6.4 mil millones de pesos. En términos *per cápita*, el Programa destinó alrededor de 620 pesos por cada persona adscrita. Esta cifra ubica al IMSS Oportunidades por debajo de la SSA (1,540), IMSS (2,695) e ISSSTE (2,724)¹. Comparando solamente con esta última institución, que tiene el mismo tamaño de población de responsabilidad, el Programa recibe menos recursos. Por tanto, los resultados del programa se han alcanzado considerando el contexto de disparidad de recursos hacia la población objetivo del mismo, y seguramente en respuesta a la operación del Modelo de Atención Integral a la Salud.
- El IMSS Oportunidades tiene avanzado un programa de ampliación de la infraestructura que potencialmente puede beneficiar a familias en condiciones de vulnerabilidad económica y que, adicionalmente, impactará en el beneficio social de las comunidades más allá de la atención médica y la acción comunitaria. En este sentido, el Programa tiene una oportunidad para llevar a cabo una evaluación de impacto, tanto de la atención médica como de la acción comunitaria, y la protección financiera en salud.
- El Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) responde adecuadamente a las necesidades de salud de la población objetivo. La base de personal comunitario (Asistentes Rurales de Salud y Promotores Voluntarios Rurales) de más de 200 mil personas permite que el MAIS esté afianzado en las localidades donde opera el Programa. Estos recursos tienen que ser capacitados y entrenados, permanentemente, para la detección y seguimiento de embarazadas, y otro tipo de padecimientos para hacer más efectivo al Programa en sus ámbitos de atención médica y acción comunitaria.

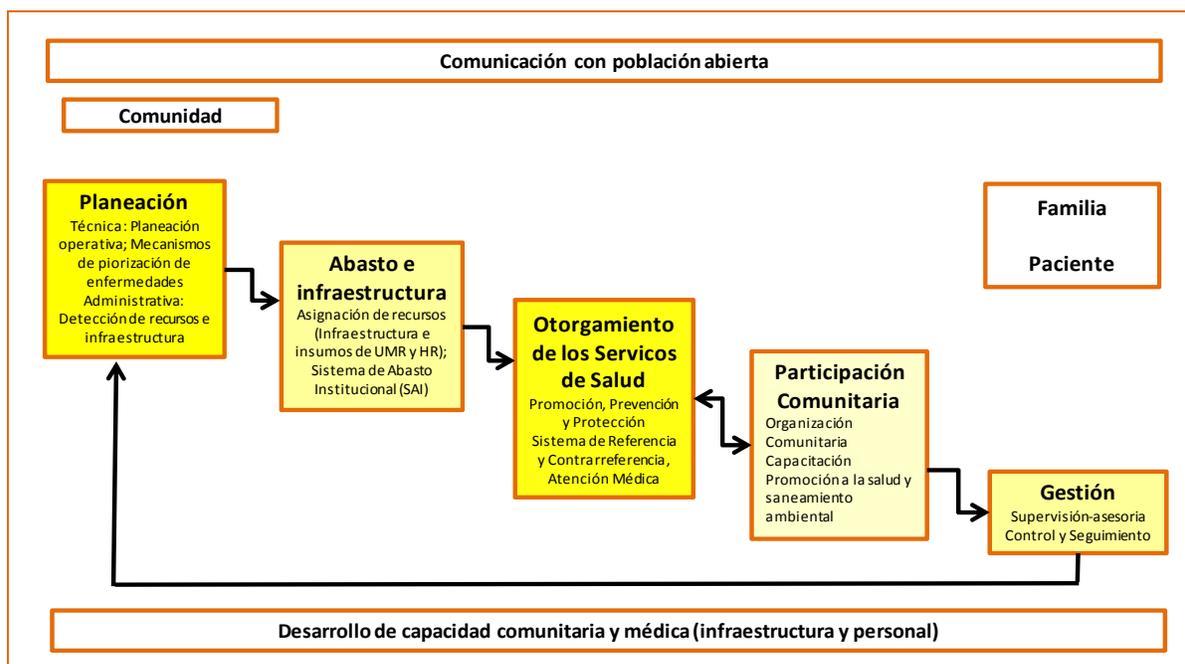
¹ Estos datos de las instituciones corresponden con datos 2007, toda vez que no se disponía de la información 2008.

- El IMSS Oportunidades, con carácter general, desarrolla empíricamente sus procesos de conformidad con lo estipulado en las ROP 2008 y otros documentos normativos². No obstante, la evaluación permitió observar que no hay procedimientos de ejecución de los procesos que se apliquen de manera homogénea y estandarizada en cada una de las delegaciones sino que, cada una de ellas, operacionaliza sus procesos a partir de la experiencia de su personal. Esto evidentemente genera una innecesaria heterogeneidad que afecta la calidad de los servicios que se ofrecen, y que potencialmente podría incluso incrementar la inequidad entre las poblaciones.
- La supervisión-operativa es un mecanismo de “autoevaluación” del Programa. En general, este tipo de mecanismos tienden a generar resultados poco críticos, con tendencia a la autocomplacencia. Por tanto, el IMSS-Oportunidades podría buscar mecanismos de validación externa, sobretudo en niveles de conducción delegacionales y zonales que realizan permanentemente esta actividad. Estos pueden ser: i) el intercambio de equipos de supervisión entre las delegaciones; y, ii) la inclusión de ONG’s, instituciones académicas, dependencias de gobierno, otros proveedores de salud como testigos o la misma comunidad que acompañen supervisión-operativa (y firmen la misma cédula) y verifiquen la calidad de los servicios de salud, y que además puedan dar seguimiento a los compromisos delegacionales.
- La población, además de utilizar los servicios del IMSS Oportunidades, hace uso de otros proveedores, particularmente la SSA y los privados. Estos dos proveedores cobran por sus servicios y expone a las familias a incurrir en gasto excesivos por motivos de salud. En este sentido, el Programa debe investigar las razones por las cuales la población decide atenderse en otros establecimientos.

Los cinco macro-procesos prioritarios para la operación del Programa son: I) Planeación, II) Abasto e infraestructura; III) otorgamiento de servicios de salud, IV) acción comunitaria; y V) gestión. Esta clasificación responde a la dinámica del programa, la cual se orienta primero a la definición de aspectos prioritarios del Programa, recursos necesarios de operación, ejecución de las acciones correspondientes a los servicios que ofrece y, por último, al monitoreo y evaluación de las acciones ejecutadas (Cuadro 3.1).

² En los TDR de CONEVAL se señalan procesos normativos y empíricos. Cuando se utiliza el término “empíricamente” se está haciendo referencia a los que se llevan a cabo.

Cuadro 3.1 Macroprocesos identificados en la evaluación de procesos de IMSS-Oportunidades



Fuente: Elaboración propia a partir de Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2008. INSP

3.1.1 Fortalezas

El Programa cuenta con estructura organizacional que favorece la generación y entrega de los servicios que ofrece y la obtención del Propósito; Se ha centrado en aquellas regiones del país con mayor rezago económico y social dentro de su jurisdicción, lo que resulta ser congruente con el Fin y el Propósito del Programa.

Las fortalezas identificadas del Programa fueron su filosofía, los recursos, la supervisión, la capacitación, la participación ciudadana y la gratuidad de los servicios; así como los sistemas de apoyo que le permitieron mantener en condiciones operativas una amplia red de servicios ubicados en sitios donde se requería desplegar un esfuerzo logístico continuo.

La organización del programa en componentes permite estimar su desempeño específico para cada uno de ellos. Se han consolidado procesos que impactan en condiciones de salud que han sido prioritarias y se reflejan en los valores de los indicadores.

La cobertura nacional del programa es otra de sus fortalezas.

Las fortalezas del proceso de capacitación son la exploración de necesidades entre el personal institucional, contribuyendo a incrementar el grado apropiación, interrelación y compromiso de los

capacitadores; y la flexibilidad de la metodología de capacitación para adaptar o posponer los temas ante alguna contingencia de salud.

La principal fortaleza del proceso de Vigilancia epidemiológica radica en el sistema que manejan de envío de la información por medios electrónicos. Sin embargo, es necesario concentrar mayores esfuerzos en comunidades alejadas e incomunicadas, dados que se carecen de un procedimiento de comunicación a nivel normativo u operativo para la notificación inmediata.

En el proceso operativo su principal fortaleza es la estandarización de las fases y los procedimientos en los diferentes niveles de supervisión. Sin embargo, es necesario también estandarizar y simplificar los instrumentos, así como su procesamiento, de tal forma que permitan ver las fallas de los procesos. Asimismo, es importante capacitar, considerando el grado de desconocimiento sobre su funcionamiento, y la percepción de algunos responsables de un supuesto “sentido repetitivo” provocando bajo interés en su aplicación. Existen también otras fortalezas muy importantes las cuales se describen en el Cuadro 3.2

Cuadro 3.2 Fortalezas de los Macroprocesos de IMSS Oportunidades

Macroprocesos	Proceso	Fortalezas
Planeación	Planeación	<ul style="list-style-type: none"> * Incorporación de todos los niveles de conducción y operación en la planeación en la normatividad, e incluso de la estructura comunitaria. * Existencia de un componente inercial en el proceso, es decir, los operadores del Programa hacen su trabajo a pesar de la ausencia de elementos normativos.
Abasto e Infraestructura	Licitación	<ul style="list-style-type: none"> *Proceso centralizado que se realiza conjuntamente con el IMSS Régimen Obligatorio.
Otorgamiento de servicios de Salud	Adscripción	<ul style="list-style-type: none"> * Proceso bien descrito en las ROP.
	Atención Médica	<ul style="list-style-type: none"> * Elevado número de consultas médicas (20 millones). * La atención del personal es calificada como buena por los usuarios de los servicios de salud. * Incremento en la capacitación del personal de salud. * Existencia de albergues comunitarios anexos a Hospitales Rurales. * Realización de acciones de monitoreo y referencia de pacientes por parte de médicos, enfermeros y trabajadores sociales.
Sistema de Referencia	Referencia y	<ul style="list-style-type: none"> * Participación de una amplia estructura comunitaria (ARS, PVR,

Macroprocesos	Proceso	Fortalezas
y Contrarreferencia	Contrarreferencia	<p>parteras rurales y terapeutas tradicionales).</p> <p>* Existencia de un formato de derivación.</p>
Participación Comunitaria	Organización Comunitaria	<p>* Redes de colaboración establecidas entre el personal operativo y las autoridades municipales para la gestión de apoyos económicos y/o materiales.</p> <p>* Existencia de incentivos morales (entrega de reconocimientos) y motivación directa a los grupos voluntarios por parte del personal institucional.</p>
	Capacitación	<p>* Acciones coordinadas para la identificación de necesidades sentidas de capacitación entre el personal institucional.</p> <p>* Capacitación institucional entre delegaciones (intercambio de experiencias).</p>
	Comunicación y Educación	<p>* Existen diversos documentos que sustentan el desarrollo del proceso.</p> <p>* Uso de distintas vías de comunicación que se complementan entre sí: personal, grupal y masiva.</p> <p>* Colaboración de la comunidad para la realización de talleres.</p> <p>* Desarrollo estructurado de los procedimientos para la elaboración de los talleres.</p>
	Promoción, Salud y Saneamiento	<p>* Creación de mecanismos de gestión de recursos por medio de otras instituciones.</p> <p>* Capacitación de nivel central a Promotores de Acción Comunitaria para estructurar Proyectos de Intervención Integral.</p>
	Contraloría Social	<p>* Revisión de quejas en presencia de distintos actores sobre todo representantes de la comunidad.</p> <p>* Existencia de cursos de fortalecimiento a la participación de la comunidad en contraloría social.</p>
Gestión	Vigilancia Epidemiológica	<p>* Cumple con el objetivo normativo de conocer la situación de salud de la población.</p> <p>* Uso de medios electrónicos para el envío de flujo de información para la toma de decisiones oportuna.</p>

Macroprocesos	Proceso	Fortalezas
		* Se dispone de una infraestructura sólida para este proceso a nivel nacional.
	Supervisión y Asesoría	* Asesoría y retroalimentación brindadas en forma paralela a la supervisión. * El manejo de una metodología de supervisión estandarizada en los tres niveles de conducción. * Uso del Tablero de control. * Definición clara de funciones y objetivos para la etapa de control y seguimiento.
	Control y Seguimiento	* Formalización mediante acta de acuerdos y compromisos adquiridos por los distintos niveles.

Fuente: Elaboración propia a partir de Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2008. INSP

3.1.2 Oportunidades

La principal sugerencia al Programa sería que desarrollara un Modelo de Seguimiento a Procesos por medio del cual se pueda dar seguimiento y monitoreo de las actividades y puntos críticos del proceso mediante indicadores de seguimiento. En general, lo que se percibe del proceso es que faltan tres tipos de indicadores de: i) oportunidad, en la identificación de riesgos y daños (incluida detección de embarazos); ii) eficacia, en la derivación/referencia y sobre todo contrarreferencia; y, iii) seguimiento de pacientes, (Cuadro 3.3).

Cuadro 3.3 Modelo de Seguimiento a Procesos del Programa IMSS Oportunidades

Macroprocesos	Proceso	Oportunidades
Participación Comunitaria	Organización Comunitaria	* Acciones preventivas en salud paralelas por parte de otros programas sociales en comunidades donde actúa IMSS Oportunidades. * Existencia de parteras rurales y médicos tradicionales que acceden a interactuar con el Programa.
	Capacitación	* Presencia de otras instituciones de salud o académicas donde el personal de IMSS Oportunidades se capacita.
	Comunicación y Educación	* Participación de radiodifusoras en acciones de promoción a la salud a través de la CNDI.
	Promoción, Salud y Saneamiento	* Comunicación constante y cercana entre IMSS-Oportunidades y otras instituciones para la gestión de

Macroprocesos	Proceso	Oportunidades
		apoyos.
Gestión	Vigilancia Epidemiológica	* Reuniones con otras instituciones de salud para la retroalimentación de información epidemiológica.
	Supervisión y Asesoría	* Se dispone del apoyo de otras instituciones de salud y académicas que complementan el proceso de asesoría en temas especializados.

Fuente: Elaboración propia a partir de Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2008. INSP

Con respecto a la oportunidad en la identificación de riesgos y daños, incluida la detección de embarazos, es bueno saber que los asistentes rurales de salud (ARS) y los promotores voluntarios rurales (PVR) cubren con sus acciones a casi toda la población adscrita, pero no se sabe fidedignamente si la identificación de estos riesgos y daños se está realizando con oportunidad. En este sentido, se sugiere incluir en la cédula de supervisión operativa un ítem que sea percepción del personal de salud de las unidades médicas de primer nivel respecto de la labor del ARS, el PVR, la partera y el terapeuta en la derivación de pacientes.

Finalmente, dos elementos que son pertinentes de mencionar son los siguientes. Por un lado, la labor comunitaria en la prevención, promoción y protección de la salud es fundamental. En la medida en que los ARS, PVR, parteras y terapeutas sean capacitados y tengan los insumos y el insumo adecuado para desempeñar sus funciones, la efectividad en la identificación de los daños y riesgos a la salud será mucho mayor. Por otro lado, la base del SISPA no parece correctamente estructurada para analizar el proceso de referencia y contrarreferencia. En este sentido, se sugiere al Programa realizar diagnóstico de la calidad de la información sobre la derivación, la referencia y contrarreferencia para poder realizar análisis estadísticos más adecuados.

3.1.3 Debilidades

Ausencia de procedimientos que permitan medir el costo-efectividad en la ejecución del Programa; falta de la definición y cuantificación de las poblaciones potencial y atendida; así como las factibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas federales y la falta de un Plan Estratégico específico.

Los productos Aspectos Administrativos y Aspectos Transversales no afectan directamente el logro del Propósito, ya que las actividades establecidas para éstos son de apoyo y contribuyen a la adecuada realización de las actividades de Atención Médica y Acción Comunitaria.

Posibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones con otros programas federales. Amenaza.- Se identifican en el Seguro Popular características que pueden originar la

duplicidad en los servicios. Los mecanismos y herramientas de planeación estratégica. Debilidad.- El Programa no cuenta con un Plan Estratégico particular, sino que forma parte del Plan Estratégico Institucional del IMSS (PEIMSS).

No se identificaron procedimientos que permitan medir el costo-efectividad en la ejecución de IMSS Oportunidades.

Las debilidades explicadas como las más importantes fueron señaladas en la dificultad de los procesos de gestión de las finanzas del programa con la Secretarías de Salud y de Hacienda para incorporar nuevas tecnologías apropiadas a las áreas operativas del Programa, pues no se contaba con una instancia que vigilara el ejercicio del gasto. Por otra parte, se mencionó que para promover la seguridad laboral, era importante que el área central de recursos humanos fortaleciera una visión de administración de capital humano, reduciendo el énfasis en la centralización de las relaciones laborales, de forma que se propiciará un entorno más favorable tanto para la institución como para los trabajadores del Programa.

Otro punto débil del Programa señalado por los evaluadores externos, fue que no se contaba con un sistema de información congruente a las características estructurales y de procesos de la toma de decisiones que satisficieran los requerimientos de la administración de los recursos humanos, o bien, los que pudieran resultar de la implementación de un nuevo modelo de administración, por lo que se consideraba necesario consolidar el sistema de información SISPA, para que los datos que lo alimentan fueran consistentes con el avance del Programa de manera adecuada.

Una debilidad del proceso se localiza a nivel zonal. Uno de los encargados de capacitar a los Equipos de Salud son los PAC, sin embargo, el programa del que disponen para capacitar a los Equipos de Salud no siempre se le da cumplimiento en el aspecto de impartición de temas dirigidos a orientar a los voluntarios en el desempeño de sus funciones. En este sentido, sería importante revisar si el problema tiene sus raíces únicamente al nivel del Equipo zonal o si puede ser resultado de una inadecuada capacitación o supervisión por parte del EM. Por otro lado, el curso de inducción al puesto de médicos pasantes parece no tener el efecto en el tiempo esperado en cuanto a la sensibilización para el trabajo con voluntarios. Sería aconsejable promover que el médico pasante de salida comparta a los nuevos su experiencia en la comunidad, como una medida de concientización entre "iguales".

Entre las debilidades se puede mencionar la ausencia de una figura que represente la Acción comunitaria dentro del EGAS, ya que de acuerdo a los informantes, dicha medida mejoraría la gestión de recursos hacia la organización comunitaria durante las reuniones estatales por medio de concertaciones a los municipios. En este caso se propone la inclusión de un SAC en el EGAS, o que la función de gestoría enfocada a la estructura comunitaria recaiga en el Supervisor Médico del EGAS.

En términos normativos, el tema de la capacitación se aborda en las ROP y los Instructivos de Operación, pero junto con otros temas y de forma segmentada, por lo tanto es necesario integrar un

documento de capacitación para actores institucionales, EM, EGAS, EASZ y Equipo de Salud semejante a la dirigida a ARS y a parteras rurales.

Otra de las debilidades son los mecanismos que se utilizan para que la comunidad presente sus quejas y denuncias. El buzón no es efectivo para aquella población que no sabe leer y escribir. Además, en los documentos revisados no se percibe la denuncia de persona a persona como un mecanismo. En cuanto a la vía telefónica y medio electrónico está sujeto a las características de la población, ya que si la comunidad es marginada, las posibilidades de que cuenten con teléfono son pequeñas y mucho menor de que cuenten con medios electrónicos.

Con respecto al mecanismo del buzón, no se mencionan las características de éste y los lugares donde debe ser colocado. Considerando que se señala “el seguimiento por medio de visitas domiciliarias”, no se encuentran argumentos que confirmen si el paciente que hace una queja o denuncia deba registrar sus datos, lo cual aun cuando esto fuera cierto se podría generar una menor tasa de respuesta de la población.

Para complementar las debilidades en cuanto al Programa se presenta el Cuadro 3.4, con la descripción de las mismas.

Cuadro 3.4 Debilidades del Programa

Macroprocesos	Proceso	Debilidades
Planeación	Planeación	<ul style="list-style-type: none"> * Poca referencia en las ROP. * Falta de documentos normativos y formatos que guíen la elaboración del Diagnóstico Situacional de Salud (DSS) y el Plan Anual de Trabajo (PAT). * Ausencia del nivel central en el proceso (se enfoca únicamente al diseño de metas presupuestales y acciones prioritarias en salud). * Falta del DSS y PAT en las unidades de salud. * Normativamente hay desvinculación en la elaboración de documentos de planeación entre niveles.
Abasto e Infraestructura	Licitación	<ul style="list-style-type: none"> * Dependencia de las unidades médicas hacia los almacenes delegacionales en cuanto al abasto de insumos. * Debilidades en los procedimientos de detección de necesidades y los consumos promedio mensuales.
Otorgamiento de	Adscripción	<ul style="list-style-type: none"> * Ausencia de mecanismos de traspaso de costos del Seguro

Macroprocesos	Proceso	Debilidades
Servicios de Salud		<p>Popular (sólo se han establecido convenios en este sentido en Chihuahua y Oaxaca).</p> <p>* Normativamente falta de definición del concepto de adscripción.</p>
	Atención Médica	<p>* Horarios restringidos en unidades médicas de primer nivel.</p> <p>* Debilidad en la calidad de la atención reflejada en tiempos de espera.</p> <p>* No todas las unidades médicas del Programa cuentan con las áreas físicas establecidas en las ROP.</p> <p>* En la normatividad (ROP) no se especifica el tipo de mobiliario y equipo médico con que debe disponer las unidades médicas.</p> <p>* Insuficiente abasto de medicamentos del cuadro básico en algunas UMR. En el caso de insumos y materiales de curación, la situación es parecida.</p>
Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Referencia y Contrarreferencia	<p>* El SISPA no resulta muy entendible para analizar este proceso.</p> <p>* Insuficiente provisión de formatos de derivación.</p> <p>* Falta de instructivo de operación o manual que norme las acciones a realizar para este proceso.</p> <p>* Deficiencias en información con respecto a detectar la eficacia de las derivaciones remitidas por la estructura de voluntarios.</p>
Participación Comunitaria	Organización Comunitaria	<p>* Insuficiencia de personal voluntario en relación con el número de familias por localidad.</p> <p>* Limitada cobertura de Promotores de Acción Comunitaria considerando el número de LAIS y la población en ellas.</p> <p>* Bajo rendimiento y motivación de algunos Promotores de Acción Comunitaria.</p> <p>* Retraso en la entrega de recursos financieros del nivel central a las delegaciones (para contratación de Equipos de salud)</p> <p>* Escasez de medicamentos e instrumentos básicos para realizar chequeos de rutina por parte de la ARS.</p>

Macroprocesos	Proceso	Debilidades
		<ul style="list-style-type: none"> * Ausencia de una figura que represente la Acción comunitaria en el Equipo de Gestión, Asesoría y Seguimiento.
	Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> * Eventual deserción del Programa por parte de Programa por parte de Promotores Voluntarios Rurales que habían sido capacitados. * Los Promotores de Acción Comunitaria disponen de un programa para capacitar a los Equipos de salud, sin embargo, no siempre se da cumplimiento a la impartición de temas dirigidos a orientar a los voluntarios en el desempeño de sus funciones.
	Comunicación y Educación	<ul style="list-style-type: none"> * Poca utilización de las vías de comunicación educativa personal y masiva. * No se percibe alguna manera de evaluar que la comunidad o grupo que participa en los talleres haya comprendido y retenido la información. * No existe un documento que detalle en orden cronológico las actividades, responsables, tiempos y materiales de la comunicación y educación. * No existe información que muestre los mecanismos para desarrollar estrategias personales y de medios masivos.
	Promoción, Salud y Saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> * Normativamente, no está registrada la función de diseñar Proyectos de Intervención integral por parte de los PAC. * Asignación de recursos enfocada solamente para el desarrollo de prácticas demostrativas en la aplicación de tecnología en salud.
	Contraloría Social	<ul style="list-style-type: none"> * Poca claridad en la operación sobre los procedimientos a seguir una vez que se abre el buzón. * A nivel central no se perciben mecanismos de seguimiento para contraloría social. * Ausencia de un documento normativo que describa con precisión los procedimientos de contraloría social, ni que describa los responsables y su vinculación. * No existe un formato homogéneo de buzón para todas las

Macroprocesos	Proceso	Debilidades
		delegaciones.
Gestión	Vigilancia Epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> * En la operación, falta de precisión en la definición de los destinatarios de la información. * No se menciona un procedimiento normativo u operativo para comunidades alejadas e incomunicadas sobre canales de comunicación a emplear. * Exceso de actividades a cargo de médicos, tanto en UMR como HR, que puede desembocar en errores de captura u omisión de datos. * No existe una vinculación entre los documentos y las actividades que deben realizar los responsables de la vigilancia epidemiológica y que permitan ver la integración de procedimientos. * Falta de información normativa para médicos pasantes una vez que ingresan al servicio. * Normativamente no se mencionan los documentos necesarios para el registro de la información a nivel de las UMR y HR, formatos para estudio de caso y estudio de brote (SUIVE 2-2000 y SUIVE 3-2007). * La parte normativa carece de una estructura clara de los pasos a seguir cronológicamente, así como personajes establecidos para cada actividad. * Falta de definición en algún documento normativo del tipo de acciones a nivel comunitario que se deben tomar en caso de brote.
	Supervisión y Asesoría	<ul style="list-style-type: none"> * Las ROP son el único documento normativo de referencia para este proceso. * Falta reforzar la capacitación sobre la aplicación y llenado adecuado de cédulas y para el análisis de los datos. * Falta de adecuación entre algunos procedimientos normativos establecidos a nivel central y la operación a nivel delegacional. * Control y seguimiento se considera como una etapa más y no como un proceso independiente. * A nivel normativo, no en todas las etapas de este proceso están explícitos los responsables y, por tanto, tampoco se identifican mecanismos de comunicación. * En las ROP no se hace referencia a la sistematización de las cédulas a nivel delegacional.

Macroprocesos	Proceso	Debilidades
		<ul style="list-style-type: none"> * El monitoreo del nivel central hacia las delegaciones carece de suficiente constancia en el tiempo (se realiza una visita anual). * Se carece de un manual que señale objetivos, alcances, limitaciones, instrumentos, aplicación y análisis de las cédulas de supervisión. * En la normatividad no es muy clara la forma de elaborar el pre-diagnóstico situacional. * Ausencia de integración de la base de datos generada por las cédulas aplicadas por el nivel delegacional. * Inconsistencias de información entre la propia normatividad (p. ej. Número de UMR a visitas)
	Control y Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de integración entre la estructura delegacional y los EGAS e EM para el cumplimiento de compromisos. * Poca información a nivel local para detectar problemáticas y establecer indicadores. * En Hospitales Rurales, preferencia por indicadores cuantitativos, descuidando cuestiones de calidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2008. INSP

3.1.4 Amenazas

Así como existen fortalezas y debilidades dentro de este Programa, de la misma manera por medio de la metodología se puede ver claramente los Macroprocesos y las amenazas del mismo las cuales se enlistan en el cuadro 3.5 y que no podemos dejar de mencionar.

Cuadro 3.5 Amenazas del Programa

Macroprocesos	Proceso	Amenazas
Abasto e Infraestructura	Licitación	<ul style="list-style-type: none"> * Difícil acceso a algunas UMR para abasto de insumos y medicamentos debido a la geografía de la región.
Otorgamiento de Servicios de Salud	Atención Médica	<ul style="list-style-type: none"> * Dependencia de los almacenes regionales para el abasto de medicamentos e insumos. * Bajo porcentaje de profesionales de la salud que entienden alguna lengua indígena. * Incremento de la morbilidad en la población y, consecuentemente, de la demanda de servicios al

Macroprocesos	Proceso	Amenazas
		<p>Programa.</p> <p>* Uso simultáneo de otros servicios de salud por parte de los oportuno-habientes que limita el correcto seguimiento de los mismos a cargo de IMSS-Oportunidades.</p> <p>* Parteras rurales no incorporadas al Programa que atienden embarazos de alto riesgo sin haber recibido capacitación.</p>
Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Referencia y Contrarreferencia	* Formación de médicos: poca sensibilización al trabajo con voluntarios.
Participación Comunitaria	Organización Comunitaria	<p>* Fuerte arraigo a costumbres y tradiciones en comunidades mayoritariamente indígenas que limitan el acceso al Programa.</p> <p>* Construcción de unidades y hospitales de otras instancias de salud cercanas a las de IMSS Oportunidades (esto puede limitar la corresponsabilidad de los oportuno-habientes al Programa, así como operación de la estructura voluntaria).</p>
	Capacitación	* Médicos pasantes no sensibilizados para el trabajo con los grupos voluntarios.
	Promoción, Salud y Saneamiento	<p>* Resistencia por parte de algunas familias a aplicar tecnologías en salud por motivos de arraigo a usos y costumbres.</p> <p>* El desarrollo de proyectos de intervención integral depende de la gestión, la aprobación y la asignación de presupuesto de otras instituciones y órdenes de gobierno.</p>
Gestión	Supervisión y Asesoría	* Difícil acceso para efectuar la supervisión en ciertas UMR por su ubicación geográfica.
	Control y Seguimiento	* Falta de organización de reuniones por parte de la Estructura delegacional.

Fuente: Elaboración propia a partir de Evaluación Externa del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2008. INSP.

3.1.5 Estrategias

PREVENIMSS Rural, Comunicación Educativa “De la gente para la gente,” Transferencia tecnológica (Saneamiento Ambiental) y Tecnología Informática al medio rural, son algunas de las estrategias de IMSS Oportunidades para cumplir con su objetivo principal.

3.1.5.1 Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud

IMSS Oportunidades está alineado con los objetivos y estrategias del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Con ello, el Programa busca incidir en las causas y riesgos de la pérdida de la salud para contribuir al combate a la pobreza y al desarrollo del país, además de evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

En el marco del Programa Nacional de Salud 2007-2012, IMSS Oportunidades cuenta con propósitos afines o vinculados en el cuidado de la salud de la población, con la prioridad de asegurar que a los enfermos se les trate con afectividad, calidad y calidez, pero sobre todo, evitar que la gente enferme, enlazando sus acciones con los componentes de la Estrategia de promoción, prevención, educación y comunicación en materia de salud, así como en sus líneas de acción específicas.

Para asegurar que la articulación de IMSS Oportunidades con el PND y la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud fuera una realidad operativa, se incluyó en las nuevas Reglas de Operación del Programa, la promoción, prevención y protección específica de la salud, donde se describen de manera amplia y completa las acciones del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención dirigido a las personas y familias.

De igual forma, el Programa se vincula a las acciones de PREVENIMSS, al constituir la Estrategia Institucional preventiva por excelencia, en la cual se fortalece la atención, control y seguimiento de la población estratificada en cinco grupos prioritarios: niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores.

También podemos mencionar las siguientes estrategias con las que cuenta el programa:

- **Promoción de Prácticas Saludables.** Tiene el objetivo de promover la sensibilización, reflexión y responsabilidad necesarias para la toma de decisiones en el autocuidado de la salud, de la familia y del entorno.

La estrategia está dirigida al personal institucional de Acción Comunitaria, voluntarios de la comunidad y población abierta.

Se realiza a través de talleres delegacionales, zonales y conformación de grupos locales, en donde se abordan temas específicos de prioridades en salud de acuerdo con el panorama

epidemiológico y con habilidades personales. La ejecución se lleva a cabo conforme a los criterios que la Unidad emite para ello.

- **Saneamiento Básico.** Estrategia mediante la cual los voluntarios promueven actitudes y prácticas saludables entre las familias universo de trabajo. Lo anterior, a través de acciones sencillas de autocuidado de la salud en vigilancia y cuidado del agua para consumo humano, disposición sanitaria de excretas, disposición sanitaria de basura y desechos, control de fauna nociva y transmisora y realización de jornadas comunitarias de limpieza.
- **Prácticas Educativas de Promoción a la Salud.** Con esta estrategia se pretende crear conciencia y hacer partícipe a la comunidad en la mejora de condiciones del entorno familiar y comunitario. Para tal efecto, el personal de Acción Comunitaria, los equipos de salud y voluntarios, promueven obras y acciones integrales, enfocadas a comunidades, familias y grupos con mayor riesgo, a fin de contribuir en la disminución de padecimientos asociados al deficiente saneamiento ambiental y a la desnutrición.

También se impulsa la instalación de huertos familiares y granjas de especies menores, así como el rescate de recursos alimenticios locales y la realización de muestras gastronómicas en proyectos de apoyo a la nutrición.

En los sitios destinados a la realización de actividades de educación nutricional se proporcionarán alimentos de alto contenido nutricional a grupos en riesgo (niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en lactancia).

Los procedimientos para la aplicación de los recursos destinados a esta estrategia se encuentran descritos en la “Guía para la Realización de Prácticas Educativas de Promoción a la Salud”.

- **Control y Seguimiento Operativo**
 - Supervisión-Asesoría. La supervisión-asesoría es una de las estrategias prioritarias del Programa IMSS Oportunidades.

Tiene como propósito evaluar la calidad de la atención médica en el primer y segundo niveles de atención, lo que permite establecer intervenciones de fortalecimiento de las prioridades en salud, y garantizar el trato digno en la prestación de servicios que se proporcionan a las familias oportunoahabientes, con base en el MAIS.

3.2 Discusión

A través del programa del IMSS, denominado IMSS Oportunidades se ha logrado brindar servicios de salud de primer y segundo nivel en zonas rurales marginadas.

Por medio de la identificación de las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas de dicho Programa, se logra conocer e identificar las zonas y sectores donde hay que poner más vigilancia en materia de salud contando con estrategias específicas implementadas por el programa IMSS Oportunidades a fin de lograr una mejor y mayor cobertura en salud en todo el País.

Al contar con la identificación de dichas cualidades del Programa es como se pueden implementar las estrategias para poder combatir todos y cada uno de aquellos detalles o rezagos que se presentan aun en materia de salud, sobre todo en aquellas zonas marginadas, en las cuales el acceso a servicios de salud es más precario.

Conclusiones

1. Los servicios de salud de primer y segundo nivel que proporciona el Programa, se encuentran debidamente focalizados en zonas rurales marginadas o de menor desarrollo económico y social, aun cuando el Programa tiene presencia en entidades federativas con niveles bajos y muy bajos de marginación, las acciones se concentran en municipios y localidades con poblaciones que se encuentran en condiciones de marginación y sin acceso a los servicios de salud.
2. Para cumplir con el principal objetivo del MAIS en el Programa IMSS Oportunidades de “proporcionar servicios de salud integrales de primero y segundo nivel a la población abierta sin acceso regular a los servicios de salud de zonas rurales marginadas”, los recursos tanto humanos, materiales y financieros juegan un papel clave en el cumplimiento de las acciones emprendidas para el mejoramiento de la calidad de vida de la población beneficiaria. El Programa presenta una cobertura de 10,143,570 y una capacidad instalada de 69 unidades hospitalarias y 3,541 de primer nivel. El presupuesto anual fue de \$ 5,869.3 millones; dispone de un indicador de médicos por 1,000 oportunoahabientes de 0.5, la norma es de 0.85, por lo que faltan 3,465 médicos. En relación a enfermeras se tiene un indicador en el Programa de 1.15, la norma es de 2.0, por lo que falta un total de 3465 enfermeras. En relación a camas hospitalarias el indicador es de 0.2, la norma es de 825, por lo que falta un total de 6,230 camas.
3. El Programa tiene presencia en 17,193 localidades, 1,264 municipios y cuenta con 225 equipos de Salud. Proporciona atención integral a una población de alrededor de 10.5 millones de mexicanos distribuidos en 17 Estados de la República. Se cubre al 18% de la población nacional sin acceso a los servicios de salud. IMSS Oportunidades articula sus acciones a con el Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades”, que beneficio a más de 1.3 millones de familias, para lo cual, empleó el 99% de la infraestructura de IMSS Oportunidades.
4. Se requiere la consolidación de una fortaleza financiera que esté por encima de los niveles inflacionarios, una mayor disponibilidad de recursos financieros permitirá a los responsables del Programa, elevar y expandir la calidad y cobertura de sus servicios al sector de la población en condiciones de exclusión social. De esta manera, los incrementos en el presupuesto anual representan la inversión mínima necesaria para cumplir con los objetivos y metas anuales del Programa. Se sugiere impulsar una estrategia de gestión política, ante quien corresponda para mejorar financieramente el Programa.
5. La población indígena se encuentra distribuida en todos los estados de la República y en el Distrito Federal. Si bien el Censo de Población y Vivienda de 1995 registra como hablantes de lenguas indígenas al 9 por ciento de la población del país (más de 6.7 millones de

personas), el Instituto Nacional Indigenista, organismo gubernamental que tiene por mandato aplicar la política del Estado hacia los pueblos indígenas, estima para el mismo año 10 millones. Otras fuentes, utilizando diversos criterios culturales que generalmente no son tomados en cuenta por el censo, calculan a la población indígena en más de 12 millones de personas.

6. Los estados que tienen mayor población indígena son los que presentan el más bajo nivel de desarrollo, debido a que las políticas públicas han excluido a estos pueblos de la inversión federal y estatal y, por ello, hay una gran diferencia con los estados altamente desarrollados, que poseen poca o nula población indígena. Esta desviación de la inversión se debe a la poca importancia que otorgan el Estado y la iniciativa privada a los pueblos indígenas como unidades sociales productivas.
7. La muerte evitable es aquella en la que la atención médica efectiva y oportuna habría impedido la defunción; estas muertes, por tanto, no deben ocurrir. Internacionalmente se considera que la mayor parte de las muertes maternas son evitables, por ello es mundialmente aceptada como indicador de la calidad de la atención a la salud. El conocimiento y la tecnología médica disponibles hacen posible que el 90 por ciento de las complicaciones obstétricas que causan las muertes maternas sean tratadas exitosamente.
8. A lo largo de esta investigación he mostrado que las brechas entre las mujeres mexicanas, es decir, las desigualdades intragénero, se dan a partir de su posicionamiento con respecto a la clase, etnia, condición de pobreza y rezago social. Se hace evidente la existencia de una grave discriminación étnica que en este caso atenta contra el derecho más elemental: el derecho a la vida.
9. La mitad de las mujeres que fallecen en el país no están llegando oportunamente a los servicios hospitalarios, es decir, no cuentan con el capital social y cultural para acceder a la atención de calidad que les permita sobrevivir. El 24% de los fallecimientos al año ocurren entre beneficiarias de Oportunidades en su componente de salud. Aunque se ha mostrado que la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) en mujeres indígenas con Oportunidades es menor con respecto de aquellas no beneficiarias, también es cierto que estas mujeres están cautivas en el programa, por ello este programa podría hacer una gran diferencia no solamente en las TMM, sino en el acceso a los servicios de urgencia obstétrica de esta población. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), ha impulsado dos iniciativas en este sentido, las madrinas obstétricas y la promoción de un Plan de Seguridad para todas las mujeres. Esta última iniciativa no solamente es adecuada para las mujeres en áreas rurales, ya que los datos muestran que muchas mujeres en las grandes ciudades tampoco están teniendo la habilidad para acudir a un hospital que pueda resolver la urgencia obstétrica de manera oportuna.

10. Entre las características de las mujeres y sus familias que condicionan las desigualdades entre el propio género femenino destacan: a) el capital económico, en el que se incluyen los recursos materiales con los que cuenta la familia; b) el capital humano, constituido por el nivel educativo y los conocimientos e información que se tiene acerca de las complicaciones durante la maternidad, y el grado del manejo del castellano, y c) el capital social o redes de apoyo, que permitan movilizar recursos materiales y humanos que posibilitan distintas opciones para la resolución de los problemas. Una buena política de comunicación social en salud y de educación a la salud puede incidir en el fortalecimiento del capital humano, contribuyendo a promover una cultura de la salud y adicionalmente mejorando el capital social a través de las redes de apoyo que se establecen mediante los programas de desarrollo social como el de Oportunidades.
11. La muerte materna, como lo evidencia la Secretaria de Salud (SSA) (2006), contribuye a hacer visibles las inequidades en el ejercicio de los derechos y en el acceso a los servicios de salud entre las mexicanas.
12. Capacitar y actualizar a las parteras tradicionales en la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido con enfoque de riesgo a fin de que atienda solo los casos normales y dotarlas de equipo e instrumental mínimo necesario, así como apoyar la instalación de posadas de nacimiento, ha sido un paso hacia adelante para la atención médica en zonas rurales, por lo cual IMSS Oportunidades continua con su labor de adiestramiento mediante cursos constantes a las parteras.
13. En las sociedades modernas la actividad sexual tiende a iniciarse en etapas cada vez más tempranas de la vida. Lo mismo está sucediendo con la edad promedio de la menarquía. Estos dos fenómenos están produciendo un número cada vez mayor de embarazos en adolescentes. Se calcula que anualmente se producen en el mundo 13 millones de embarazos en mujeres menores de 20 años, 90% de los cuales ocurren en los países en vías de desarrollo
14. En México el porcentaje de partos en menores de 20 años en las instituciones públicas. En 2005 se registraron 1,174,209 partos en estas instituciones, 21% de los cuales correspondieron a mujeres menores de 20 años. Este porcentaje contrasta con el 4% de los países ricos, pero también con el 50% de algunos países africanos. Cabe destacar que 7,289 de esos partos ocurrieron en niñas de 10 a 14 años
15. Los porcentajes más altos de embarazos en adolescentes se presentan en los Servicios Estatales de Salud (SESA) (26.5%) y el IMSS-Oportunidades (24.5%), y los más bajos en el IMSS (10.1%) e ISSSTE (5.3%). Estas cifras son consistentes con los resultados de estudios que han demostrado una relación inversa entre la frecuencia de estos embarazos y el nivel de ingreso y educación.

16. El acceso de los niños indígenas a educación primaria está por debajo de la media nacional y su índice de deserción es altísimo. Sólo 20% de los indígenas está afiliado al Seguro Popular de Salud y sólo 9% cuenta con acceso a servicios del IMSS-Oportunidades.

17. Las niñas y niños indígenas por lo general nacen fuera de las unidades de salud, con ayuda de una partera. Son producto de embarazos que no cuentan con atención prenatal. Es muy frecuente que las madres tengan menos de 20 años de edad. Su riesgo de morir antes de cumplir 1 año de vida es 1.7 veces más alto que el del resto de las niñas y niños del país. Este riesgo aumenta a 2.5 veces en población preescolar. En las adolescentes indígenas el riesgo de morir por una causa materna es tres veces más alto que el que presentan las adolescentes del resto del país.

Anexo único

05 de mayo de 2011. Día Internacional de la Partera

REGRESAR AL
CONTENIDO

REVISTA IMSS

PARTERAS RURALES TRADICIÓN Y CIENCIA UNIDAS EN FAVOR DE LA SALUD

Con información de la Unidad IMSS-Oportunidades

Las (os) parteras (os) rurales son personas con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención de la mujer embarazada. Son líderes reconocidos en sus comunidades debido a que comprenden los códigos culturales, basados en el manejo de la misma lengua, tradiciones, mitos y costumbres, lo que los convierte en agentes naturales de salud.



Consciente de la importancia de esta figura en las comunidades rurales, en el año de 1982, el IMSS unió los conocimientos médicos con la medicina tradicional, que ellos practican, para vincular y complementar los servicios de salud en dichas zonas y así mejorar la calidad de vida de los habitantes.

Actualmente, la Unidad IMSS-Oportunidades se encarga de coordinar las acciones entre el Instituto y las (os) parteras (os) rurales.

A la fecha se cuenta con más de 6,500 parteras (os), principalmente en los estados de Chiapas, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz, quienes atienden aproximadamente el 13% de los partos registrados en el Programa IMSS-Oportunidades. La edad promedio de este personal es de 67 años y su participación es voluntaria.

La relación entre las (os) parteras (os) rurales y los equipos de salud del Instituto busca promover la salud ginecológica, reproductiva y materno infantil, pero sobre

LOGROS IMSS

14

LOGROS IMSS

todo prevenir y reducir la mortalidad materna en las comunidades rurales e indígenas. Su principal participación contribuye a la identificación y derivación oportuna de embarazos de alto riesgo, a las unidades médicas. Esto se hace a través de la Red Social, la cual consiste en la participación de la comunidad para el traslado oportuno a los hospitales y/o albergues comunitarios, los cuales proporcionan servicios de alimentación y hospedaje gratuitos tanto a la embarazada como a sus familiares durante su estancia. En muchas ocasiones, las(os) parteras(os) rurales los acompañan para darles más tranquilidad.

Para que las (os) parteras (os) rurales puedan desarrollar sus actividades, reciben capacitación en las unidades médicas de manera bimestral y a nivel delegacional:

Los temas que les imparten son:

- Atención del control prenatal (identificación de signos y síntomas de riesgo)
- Atención del parto
- Urgencias obstétricas
- Atención del puerperio y recién nacido
- Planificación familiar



La Unidad IMSS-Oportunidades reconoce que las (os) parteras (os) rurales son un elemento importante en la atención del embarazo, parto y puerperio y que con su participación contribuyen al éxito de la *Estrategia de la Disminución de la Muerte Materna*. ¡Muchas gracias a todas(os) las(os) parteras(os) que unidas (os) al IMSS ayudan a millones de madres mexicanas!

DÍA INTERNACIONAL DE LA PARTERA

El pasado 5 de mayo, nuestro Director General, Daniel Karam Toumeh encabezó en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, el Día Internacional de la Partera.

En compañía de decenas de parteras rurales reconoció y enalteció su trabajo. Resaltó que: "son ustedes quienes nos ayudan a salvar la vida de miles de mujeres y de bebés en las comunidades rurales e indígenas de México".



Bibliografía

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2003). Ley General de derechos lingüísticos de los pueblos indígenas, *Leyes-Biblio/pdf/257.pdf*.
- Cardona Acevedo, Marleny, et al. Diferencias y similitudes en las teorías del crecimiento económico.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006). *Regiones indígenas de México*, coord. Enrique Serrano Carreto. México, CDI, PNUD.
- Consejo Nacional de Población (2002). *Proyecciones de la población de México, 2000-2050*. México, CONAPO.
- Consejo Nacional de Población; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; Colegio de México (2006). *Conciliación demográfica 2006*. México, CONAPO-INEGI-COLMEX. Mimeo.
- Cosminsky, 1992.
- El embarazo de las adolescentes en México. Díaz Sánchez, Vicente (2003).
- El Reglamento de Parteras Empíricas Capacitadas se emitió durante el Gobierno del Presidente Luis Echeverría en 1973 , en su capítulo IV de los derechos y obligaciones , Artículo 13, que dice este personal no profesional puede a) atender los embarazos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando curso al centro de salud que corresponda, b) prescribir los medicamentos que esas casas requieran de acuerdo con los instructivos expedidos por la Secretaría de Salud y c) realizar las demás actividades que determina la Secretaría de Salud.
- Evaluación de resultados del Programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2006. Informe Final Enero-Diciembre 2006
- Gallástegui, Mimeo:16
- INEGI, *Conteo de Población y Vivienda 1995*.
- INEGI. *Mujeres y Hombres en México 2010*.
- Informe de ejecución 2003-2004 del Programa Nacional de Población 2001-2006
- Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México. Patricia Fernández Ham, Dr. Raúl Benítez Centeno, Alejandro Tuirán Gutiérrez, Manuel Ordorica Mellado, et al, (2006).
- La atención al embarazo y al parto en el medio rural mexicano Mellado Virginia, Carrillo Zolla , Carlos y Castañeda Xochilt, con la colaboración de Toscón Mendoza, Antonia Centro Interamericano de Estudios de Seguridad-Social, CIESS México, 1989.
- La salud de la mujer en México Cifras Comentadas Programa Nacional "Mujer, Salud y Desarrollo" México, 1990.
- Mortalidad materna. Inequidad Institucional y desigualdad entre mujeres, María Graciela Freyermuth Enciso, 2000.
- Panorama de la condición indígena en México. Gabriela Ponce Sernichero, 2010.
- Perfil Nacional de México / Antropólogos Salomón Nahmad y Tania Carrasco.

- Programa Nacional de Salud 2007-2012.
- Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2001-2006
- Reglas de Operación IMSS Oportunidades, Diario oficial de la Federación, lunes 28 de diciembre de 2009.
- Secretaría de Salud, Cobertura efectiva del Sistema de Salud en México 2000-2003. México, D.F. 2006
- Secretaría de Salud, Dirección general de salud Materno Infantil, Dirección General de Programas especiales. Censo Nacional de Parteras.
- Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud. *La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México, D.F.: Secretaría de Salud, 2001.
- Secretaría de Salud, *Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, Diario Oficial de la Federación, viernes 4 de julio de 2003.
- Secretaría de Salud, *Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas*, Primera Edición México, D.F.: SSA, 2003.
- Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, 2006; Impresora y Encuadernadora Progreso, S.A. (IEPSA), México, D. F.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad, *Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud*, Síntesis ejecutiva y documento principal, México, D.F.: Secretaría de Salud, Octubre 2003.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, *Lineamientos para la Seguridad en Salud*, México, D.F.: Secretaría de Salud, Marzo 28, 2003.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, *Servicios de Salud a la Comunidad*, Presentación a la Academia Mexicana de Medicina, Secretaría de Salud, Febrero 2004.

Cibergrafía

www.imss.gob.mx

www.imss.gob.mx/imssoportunidades

www.salud.gob.mx

www.cdi.gob.mx

www.inegi.gob.mx

www.conapo.gob.mx

www.diputados.gob.mx

www.mexfam.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=65:elembarazo-de-las-adolescentes-enmexico&catid=50:blog-direccion-general&Itemid=81

www.eumed.net/0412/mca/intro.htm