



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO

**DIRECCIÓN DE CENTROS REGIONALES
UNIVERSITARIOS**

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL

**ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA REGIÓN MAYA**

TESIS

QUE COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRO EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL
REGIONAL**

PRESENTA:

SUMITHRA KRISHNAMURTHY REDDIAR

BAJO LA SUPERVISIÓN DE:

DR. JULIO BACA DEL MORAL Y DR. TEODORO GÓMEZ HERNÁNDEZ



APROBADA



**Dirección de Centros
Regionales Universitarios**

CHAPINGO, ESTADO DE MÉXICO, MAYO DEL 2020

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA REGIÓN MAYA

Tesis realizada por **SUMITHRA KRISHNAMURTHY REDDIAR** bajo la supervisión del Comité Asesor indicado, aprobada por el mismo y aceptada como requisito parcial para obtener el grado de:

MAESTRO EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL

DIRECTOR:



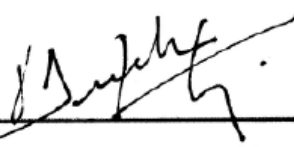
DR. JULIO BACA DEL MORAL

CO-DIRECTOR:



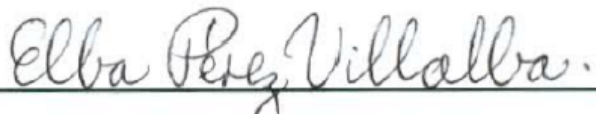
DR. TEODORO GÓMEZ HERNÁNDEZ

ASESOR:



M. G. JORGE DUCH GARY

ASESOR:



DRA. ELBA PÉREZ VILLALBA

CONTENIDO

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL.....	1
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Planteamiento del problema.....	6
1.3 Justificación.....	7
1.4 Pregunta General.....	9
1.5 Objetivo General.....	9
1.5.1 Objetivos Específicos.....	9
1.6 Hipótesis General.....	10
1.6.1 Hipótesis Específicas.....	10
CAPÍTULO 2: REVISIÓN DE LITERATURA.....	11
2.1 El acceso a la salud.....	11
2.1.1 Dimensiones del Acceso a la Salud.....	11
2.1.2 Acceso a los servicios de ECNTs.....	17
2.1.3 El acceso realizado y el acceso potencial.....	19
2.2 La importancia de estudiar el acceso a la salud.....	19
2.2.1 El acceso a la salud como derecho humano.....	19
2.2.2 El acceso a la salud y el desarrollo rural.....	21
2.2.3 El acceso a la salud y la pobreza.....	23
2.2.4 Desarrollo inclusivo y el acceso a la salud.....	24
2.3 Resumen Teórico.....	27
CAPÍTULO 3: CONTEXTO DEL ESTUDIO.....	30
3.1 La Formación del Estado de Quintana Roo.....	30
3.1.1 Características del Estado de Quintana Roo.....	31
3.2 Regionalización de la zona maya.....	33
3.2.1 La Guerra de Castas como proceso de regionalización.....	35
3.2.2 Huertos Caseros, Plantas Medicinales y Saberes Ancestrales como temas identitarios regionales.....	36
3.3 Municipio de Felipe Carrillo Puerto.....	37

3.3.1	Contexto de Salud en Felipe Carrillo Puerto	39
3.4	Comunidades de Estudio.....	40
3.4.1	Comunidad de San Antonio Nuevo	41
3.4.2	Comunidad de San José Segundo.....	42
3.4.3	Comunidad de Santa Rosa Segundo	43
3.4.4	Comunidad de Señor	44
3.4.5	Comunidad de Tuzik	45
3.4.6	Comunidad de X-Hazil Sur.....	45
3.4.7	Comunidad de Yaxley	46
	CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA.....	48
4.1	Instrumentos de Investigación.....	48
	CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	56
5.1	Datos Generales de los Participantes.....	56
5.2	Datos Generales sobre Salud.....	57
5.3	Las cinco dimensiones del acceso.....	59
5.3.1	Disponibilidad	60
5.3.2	Adaptación	65
5.3.3	Accesibilidad	69
5.3.4	Asequibilidad	72
5.3.5	Aceptabilidad.....	75
5.4	Brechas en Acceso a la Salud.....	82
5.4.1	Comparación entre comunidades.....	85
5.5	Propuestas de participantes para mejorar su acceso.....	89
5.5.1	Recomendaciones propuestas por los participantes	89
	DISCUSIÓN GENERAL Y RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL ACCESO A LA SALUD.....	92
	Recomendaciones para mejorar el acceso para personas con ECNTs en la región maya de Quintana Roo.....	97
	CONCLUSIONES GENERALES.....	103
	LITERATURA CITADA.....	105

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Sistematización de métodos utilizados, participación y tipo de contribución al trabajo.	54
Cuadro 2. Características generales de los participantes (n=77).	56
Cuadro 3. Características contextuales de los participantes (n=77).	57
Cuadro 4. Tipo y frecuencia de mención de las fuentes de información sobre salud (n=77).	59
Cuadro 5. Datos sobre la dimensión de disponibilidad (n=77).	60
Cuadro 6. Frecuencia y porcentajes de utilización por tipo de prestador de servicios médicos (n=77).	61
Cuadro 7. Datos sobre referencias a otros centros médicos.	62
Cuadro 8. Datos sobre la dimensión de adaptación (n=77).	65
Cuadro 9. Datos sobre tiempos de espera (n=77).	66
Cuadro 10. Datos sobre tiempos de espera por servicio requerido (n=62)..	67
Cuadro 11. Datos sobre la dimensión de accesibilidad (n=77).	69
Cuadro 12. Datos sobre distancias a centros de referencia (n=72).	70
Cuadro 13. Datos sobre la dimensión de asequibilidad (n=77).	72
Cuadro 14. Datos sobre la dimensión de aceptabilidad (n=77).	75
Cuadro 15. Datos sobre el uso de plantas medicinales, huertos caseros y opiniones de los participantes (n=77).	76
Cuadro 16. Resumen de razones por las cuales son importantes los huertos en la opinión de los participantes (n=77).	77
Cuadro 17. Sistematización del tipo de plantas medicinales mencionadas, frecuencia, uso y método de preparación con base en los participantes que las usan (n=64).	77
Cuadro 18. Datos sobre la aceptabilidad de servicios tradicionales por parte de los prestadores de salud (n=77).	79
Cuadro 19. Acceso realizado y brechas en las cinco dimensiones del acceso a la salud.	83

Cuadro 20. Acceso realizado y brechas en las cinco dimensiones del acceso por comunidad.	85
Cuadro 21. Recomendaciones de los participantes para mejorar su acceso a la salud y dimensiones correspondientes.	89
Cuadro 22. Resumen del tipo de recomendaciones propuestas por dimensión del acceso a la salud.	90
Cuadro 23. Sistematización de diagnósticos y fechas de diagnóstico de los participantes (n=77).	132
Cuadro 24. Datos sobre distancias a centros de referencia (n=72).	133

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Los distintos componentes del sistema de salud en México (Gómez et al., 2011).	4
Figura 2. Visualización de la propuesta teórica sobre las relaciones entre el desarrollo rural inclusivo, la pobreza, el acceso a la salud y sus dimensiones (elaboración propia, 2019, con información de Kankeu et al., 2013; Khullar & Chokshi, 2018; Marmot, 2002; Martínez, 1979; Penchansky & Thomas, 1981; Verdier-Chouchane & Karagueuzian, 2016, & WHO, 2005).	28
Figura 3. Comunidades de estudio y ubicación con relación a la cabecera municipal de Felipe Carrillo Puerto (elaboración propia, 2019, con información del Marco Geoestadístico Nacional del INEGI, 2017).	41
Figura 4. Frecuencia de diagnósticos de ECNTs en la muestra (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta).	58
Figura 5. Gráfica de radar mostrando brechas en el acceso a la salud (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).	82
Figura 6. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas en disponibilidad (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).	85

Figura 7. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas en adaptación (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).....	85
Figura 8. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas en accesibilidad (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).....	86
Figura 9. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas en asequibilidad (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).....	86
Figura 10. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas en aceptabilidad (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).....	86
Figura 11. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas por comunidad (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).....	86

LISTA DE APÉNDICES

Apéndice 1. Guía de encuestas sobre el acceso a la salud.....	120
Apéndice 2. Guía de grupos focales y entrevistas semiestructuradas.....	131
Apéndice 3. Datos sobre diagnósticos y distancias a centros de referencia	132

SIGLAS USADAS

ACNUDH: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

CDI: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

DOF: Diario Oficial de la Federación

ECNT: Enfermedad Crónica No Transmisible

GBD: Global Burden of Disease (Carga Global de Enfermedades, por sus siglas en inglés)

GPS: Global Positioning System (Sistema de Posicionamiento Global, por sus siglas en inglés)

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INAFED: Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INI: Instituto Nacional Indigenista (posteriormente CDI y actualmente Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, INPI)

INSABI: Instituto Nacional para el Bienestar

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

NCD: Non-Communicable Disease (ECNT en inglés)

NHS: National Health Service (Servicio Nacional de Salud de Inglaterra por sus siglas en inglés)

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD en inglés)

ODSs: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OHCHR: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (ACNUDH en español)

OIT: Oficina Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAHO: The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas (OPS en español)

PEMEX: Petróleos Mexicanos

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

SAGARPA: Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

SEDATU: Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano

SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional

SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social

UNAM: Universidad Autónoma de México

UNDP: United Nations Development Programme (PNUD en español)

UNEME-CAPA: Unidad de Especialidad Médica-Centro de Atención Primaria en Adicciones

UNEME-EC: Unidad de Especialidad Médica para Enfermedades Crónicas

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura por sus siglas en inglés)

WHO: World Health Organization (OMS en español)

TÉRMINOS DE REFERENCIA

Accesibilidad: la dimensión del acceso enfocada a las cuestiones geográficas y de distancia.

Acceso potencial: se conoce como el acceso máximo posible dentro de las restricciones contextuales.

Acceso realizado: se conoce como el acceso que se alcanzó.

Aceptabilidad: la dimensión del acceso enfocada a las cuestiones sociales y que mide qué tan aceptables son los servicios de salud para los usuarios.

Adaptación: la dimensión del acceso enfocada a las cuestiones organizativas de la prestación de servicios y qué tan adecuadas son estas a las expectativas de los usuarios.

Asequibilidad: la dimensión del acceso enfocada a las cuestiones económicas, incluyendo gasto de bolsillo.

Comorbilidad: dos o más padecimientos ocurriendo a la par, los cuales son consecuencias o se desprenden de uno de los padecimientos (Fernández-Niño & Bustos-Vázquez, 2016).

Disponibilidad: la dimensión del acceso que mide la concentración de servicios y prestadores de servicios.

Enfermedad crónica no transmisible: padecimiento de larga duración, progresión lenta, y que necesita de un tratamiento crónico. Ejemplos incluyen: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias.

Factor de riesgo: comportamientos personales que pueden intervenir en cómo se establecen las enfermedades crónicas no transmisibles (los más

importantes son: el uso del tabaco, el uso del alcohol, las dietas inadecuadas y la falta de ejercicio; OMS, 2018).

Gasto de Bolsillo: gasto privado realizado por usuarios de salud para atenuar sus necesidades médicas, las cuales pueden conllevar a catástrofes financieras (o gastos catastróficos) y ciclos de pobreza.

Inclusividad/Inclusión: un enfoque que permite la participación de distintos grupos en la formación y el logro de un desarrollo para todas las personas, respetando la diversidad en formas de pensar, percepciones y visiones.

Medicina Tradicional: conocimientos y prácticas usadas en el diagnóstico, prevención y eliminación de la enfermedad, basados en la observación experiencia y saberes ancestrales y transmitidos de generación en generación.

Multimorbilidad: dos o más padecimientos ocurriendo a la par, los cuales no son consecuencias ni se desprenden de uno de los padecimientos (Fernández-Niño & Bustos-Vázquez, 2016).

Prestadores de servicio: los diferentes tipos de personal médico de cualquier nivel, incluyendo médicos tradicionales, enfermeras/os, médicos generales, médicos especialistas, entre otros.

DEDICATORIA

A mi papá, el Dr. L. Krishnamurthy (Q.E.P.D.), por instigarme el amor al conocimiento e inspirarme a trabajar por el acceso equitativo a la salud para todas las personas, en especial las más marginadas.

A todas las personas que hayan sufrido dificultades en acceder a los servicios de atención en salud que merecen, especialmente aquellas en circunstancias de vulnerabilidad. Su situación no queda en el olvido.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma Chapingo por darme la oportunidad de realizar mis estudios y otorgarme una visión del mundo más incluyente.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la facilidad económica que se nos otorga como estudiantes y el apoyo económico para la realización del trabajo de campo.

A mi comité asesor: Dr. Julio Baca del Moral, Dr. Teodoro Gómez Hernández, Dra. Elba Pérez Villalba y M. C. Jorge Duch Gary por su tiempo, asesoría y apoyo. Al Dr. César Adrián Ramírez Miranda por su comprensión y flexibilidad durante mi tiempo como estudiante. A la Sra. María de los Ángeles Torres García por su inmenso apoyo y excelencia profesional. A mis compañeros de la Maestría por sus perspectivas y amistad.

A los participantes de las comunidades de San Antonio Nuevo, San José Segundo, Santa Rosa Segundo, Señor, Tuzik, Yaxley y X-Hazil Sur por compartir sus experiencias y vivencias. A los prestadores de servicios en los centros de salud en San José Segundo y Santa Rosa Segundo por su tiempo.

A la Lic. Blanca Dianeli Tuz Bacab y su familia por su amable colaboración durante la fase de campo y su agradable compañía.

A mis padres, Dr. L. Krishnamurthy y Sureka Krishnamurthy, y mi hermano Krishna por su amor, comprensión, paciencia y motivación para lograr mis metas siempre.

A mi pareja Oscar por su apoyo absoluto en todos los ámbitos, paciencia, consejos y amor, particularmente durante los últimos tres años.

A mi amiga Eva por su apoyo en todos los ámbitos, y a la Maestra Indumathi Rajagopal y el Maestro Arturo Peralta Solares por su amistad.

DATOS BIOGRÁFICOS



Datos personales

Nombre	Sumithra Krishnamurthy Reddiar
Fecha de nacimiento	2 de septiembre de 1994
Lugar de nacimiento	Texcoco de Mora, Estado de México
CURP	KIRS940902MMCRDM06
Profesión	Licenciatura en Desarrollo Internacional

Desarrollo académico

Bachillerato	Preparatoria Greengates School, México
Licenciatura	University of Sussex, Inglaterra

RESUMEN GENERAL

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA REGIÓN MAYA

El acceso a la salud juega un papel fundamental en el logro de varios compromisos en favor del desarrollo rural, incluyendo la disminución de la pobreza y vulnerabilidad, y el respeto a los derechos humanos de distintos grupos sociales. En este trabajo se analizan las diferentes dimensiones del acceso a la salud: accesibilidad, aceptabilidad, adaptación, asequibilidad y disponibilidad, para medir el acceso realizado y el potencial en cada dimensión desde la perspectiva de usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) en la región maya de Quintana Roo. Se utilizaron métodos mixtos incluyendo una revisión de literatura, observaciones de campo, 77 encuestas, 55 entrevistas semiestructuradas y dos grupos focales (con 15 participantes en uno y siete en otro) con personas con diagnósticos de ECNTs en siete comunidades del municipio de Felipe Carrillo Puerto. Se encontró que hay diferentes niveles de acceso realizado en cada una de las dimensiones del acceso en las comunidades estudiadas, y se observó que las mayores brechas son en las dimensiones de disponibilidad y adaptación. También se captaron las propuestas de los participantes para atenuar las brechas en su acceso a la salud, donde se resalta el uso de las prácticas tradicionales y las plantas medicinales. Como producto del trabajo, se proponen recomendaciones para mejorar el acceso a la salud para personas con ECNTs en el ámbito rural indígena, con base en las perspectivas de los usuarios. Estas son: la utilización de recursos disponibles en comunidades en la prestación de servicios de ECNTs; mejorar la participación de personas con ECNTs en contextos indígenas rurales en la toma de decisiones de salud para que estas reflejen sus realidades; y la mejor integración de prácticas ancestrales y saberes de los usuarios con los sistemas de salud predominantes.

Palabras Clave: acceso a la salud, desarrollo rural inclusivo, enfermedades crónicas no transmisibles, plantas medicinales, saberes ancestrales

Tesis de Maestría en Ciencias en Desarrollo Rural Regional, Universidad Autónoma Chapingo.

Autor: Sumithra Krishnamurthy Reddiar

Director de Tesis: Dr. Julio Baca del Moral y Dr. Teodoro Gómez Hernández

ABSTRACT

ACCESS TO HEALTH SERVICES FOR NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE MAYAN REGION

Access to health plays a fundamental role in the achievement of several commitments pertaining to rural development, including the reduction of poverty and vulnerability, as well as respecting the human rights of different social groups. In this study, the different dimensions of access to health: accessibility, acceptability, accommodation, affordability and availability, are analysed, in order to measure realized and potential access in each dimension from the perspective of users with non-communicable diseases (NCDs) in the Mayan region of Quintana Roo. Mixed methods including a literature review, field observations, 77 surveys, 55 semi-structured interviews and two focus group discussions (with 15 participants in one and seven in another) with people who had an NCD diagnosis were carried out in seven communities in the municipality of Felipe Carrillo Puerto. Results showed that there are different levels of realized access in each access dimension in the communities studied, and the biggest gaps were seen in the availability and accommodation dimensions. The study also captured participants' proposals to bridge gaps in their access to health, where the use of traditional practices and medicinal plants was highlighted. As a product of the study, recommendations to improve access to health for people with NCDs in rural indigenous contexts are proposed, based on the perspectives of users. These are: the use of resources available in communities in the provision of NCD services; improving the participation of people with NCDs in rural indigenous contexts in health-related decision-making processes, so that these reflect their realities; and the improved integration of users' ancestral practices and knowledge into predominant health systems.

Key Words: access to health, rural inclusive development, non-communicable diseases, medicinal plants, traditional knowledge

Thesis: Master of Science in Rural Regional Development. Chapingo Autonomous University

Author: Sumithra Krishnamurthy Reddiar

Advisor: Dr. Julio Baca del Moral and Dr. Teodoro Gómez Hernández

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL

El acceso a la salud, como proceso en el que se cumplen las necesidades y expectativas de las personas a través de los sistemas de salud sin tener que sufrir estrés financiero (OMS, 2019; Penchansky & Thomas, 1981), es un pilar fundamental del desarrollo rural inclusivo debido a que incide en la capacidad económica, el respeto a los derechos humanos, la participación social y la vulnerabilidad de las personas.

Entender el acceso a la salud para las poblaciones con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) como la diabetes, el cáncer y la hipertensión, en regiones indígenas rurales es particularmente importante. En primer lugar, las ECNTs se pueden entender como enfermedades de larga duración y que son causadas, por lo general, por factores no contagiosos como la mala dieta y el consumo de tabaco, entre otros (OMS, 2018)¹. Al ser crónicas, las ECNTs requieren de una atención continua y de largo plazo, y no sólo episódica (WHO, 2014), por lo cual pueden generar vulnerabilidad y precariedad para las personas que las padecen y sus familias, si no se cuenta con suficiente capacidad económica (WHO, 2011).

Por otro lado, se reconoce a nivel internacional que los sistemas de salud tienden a excluir a las poblaciones rurales e indígenas, quienes comúnmente sufren de peores resultados en salud (Kirmayer & Brass, 2016), y cuya marginación geográfica, económica y social les impide acceder a servicios de salud (United Nations, 2018). Esto, a su vez, profundiza las inequidades en acceso a la salud entre grupos sociales, y puede conllevar a ciclos de pobreza y vulnerabilidad para las personas indígenas (Leyva-Flores, Infante-Xibille, Gutiérrez & Quintino-Pérez, 2013).

¹ Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un conjunto de enfermedades de “larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales”. Ejemplos de estas enfermedades incluyen el cáncer, la diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias. Estas enfermedades tienen, por lo general, cuatro factores de riesgo en común: el uso del tabaco, el uso del alcohol, las dietas inadecuadas y la inactividad física (OMS, 2018).

Al mismo tiempo, los modelos predominantes actuales de salud tienden a excluir los conocimientos, visiones y prácticas de las comunidades rurales indígenas, imponiendo una jerarquización de saberes, lo cual no permite la pertinencia cultural de la atención, ni respeta el patrimonio biocultural o las identidades de los distintos grupos sociales (Ijaz & Boon, 2018). Esto implica la exclusión de estos grupos, por un lado, pero, también se pierden opciones oportunas y adecuadas para atender las brechas en salud, como lo puede ser el uso de plantas medicinales y la integración de médicos tradicionales con las instituciones públicas.

En materia de desarrollo, estas consideraciones son importantes de destacar ya que generan y reproducen ciclos de marginación, los cuales, a su vez, dificultan la capacidad de las poblaciones indígenas rurales con ECNTs de sobrellevar su vulnerabilidad. Asimismo, asegurar el acceso para estas poblaciones es importante ya que implica el respeto a su dignidad y sus derechos, así como el logro de varios marcos normativos donde se plasma la imperativa del acceso a la salud.

1.1 Antecedentes

El acceso a la salud se ha reconocido como un componente importante en varios compromisos y decretos en favor del desarrollo. Entre los más destacados está la *Declaración de Alma-Ata* de 1978, donde se establece que “la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial” (PAHO, 2012). Haciendo hincapié en la importancia de la cooperación internacional, esta Declaración sirvió como fundamento para hacer un llamado a mejorar el acceso a la salud a través de la disminución de inequidades en salud (Cloninger *et al.*, 2014).

Un esfuerzo por cumplir con el llamado de la *Declaración de Alma-Ata* se llevó a cabo durante el sexenio del ex-Presidente Fox (2000-2006). Reconociendo los grandes problemas en cobertura nacional, en donde sólo el 50% de la población contaba con cobertura en salud en el 2002 (World Bank, 2015) debido a que ésta estaba ligada al empleo, por lo cual más de la mitad del

gasto en salud era de bolsillo (o gasto privado; Frenk, Gómez-Dantés & Knaul, 2009), en conjunto con la imperativa de intentar lograr el cuarto Artículo de la Constitución Mexicana donde se indica que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (DOF, 2017, p. 6), se adoptó el Seguro Popular en el 2003 como medida para garantizar la protección mediante un seguro médico (Frenk *et al.*, 2009). Desde entonces, ha habido grandes avances en cobertura, particularmente para el sector informal (Chemor, Ochmann & Alamilla, 2018; Gatica *et al.*, 2018; World Bank, 2015).

Sin embargo, a pesar de estos logros, sigue habiendo varios problemas en el sector salud, particularmente en materia de acceso. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) estima que 17.28% de la población nacional no tenía derecho-habencia a servicios de salud en el 2015 (CONEVAL, 2016), y en el 2018 el 16.2% de la población tenía carencia por acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2018).

Además, varios analistas reconocen que la prestación de servicios a nivel nacional es inadecuada, particularmente a causa de la multiplicidad de servicios (Barraza-Lloréns, Bertozzi, González-Pier & Gutiérrez, 2002; Doubova *et al.*, 2018). Como lo muestra la Figura 1 desarrollada por Gómez *et al.* (2011), México cuenta con varios subsistemas en el sector público, de manera que se generan problemas de coordinación y rectoría (López, Martínez & Aguilera, 2015). Asimismo, los usuarios pueden contar con más de un tipo de afiliación, lo cual genera un gasto social y disminuye su acceso a servicios de salud adecuados y oportunos, ya que no se puede garantizar un seguimiento apropiado (Corona, 2017).

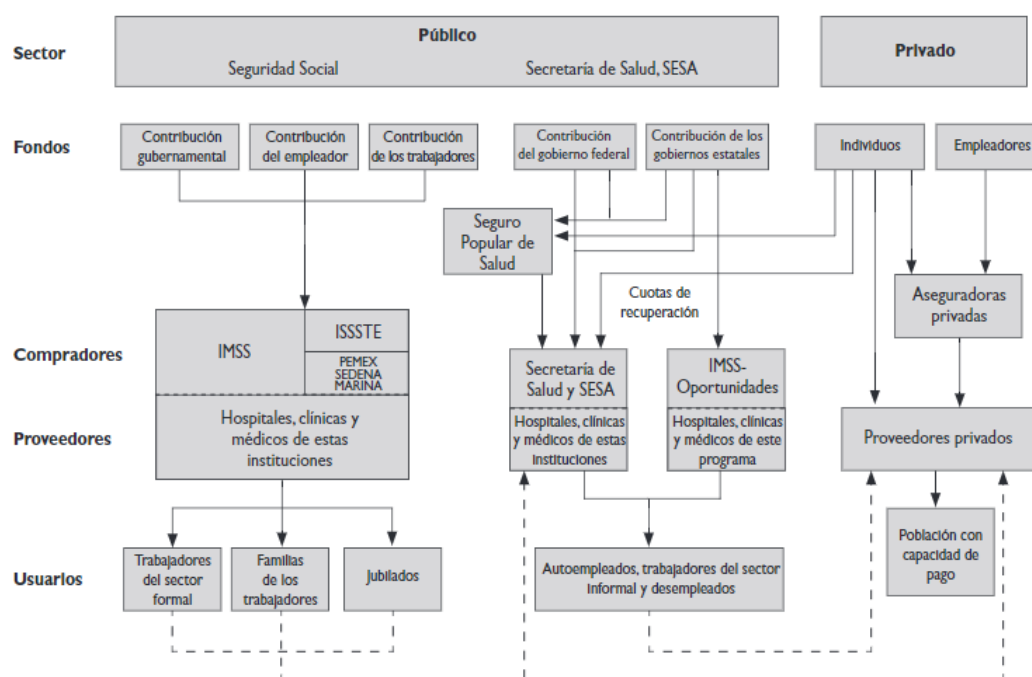


Figura 1. Los distintos componentes del sistema de salud en México (Gómez *et al.*, 2011).

El acceso a la salud también se ve imposibilitado debido a los altos gastos de bolsillo requeridos para atenuar necesidades en salud a nivel nacional (López *et al.*, 2015). México ocupa el segundo puesto en materia de gastos de bolsillo como proporción del gasto en salud entre los países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE; OECD, 2019), y estos suman a un 41% del gasto total en salud, mientras que el promedio global es de 18.6% (World Bank, 2020).

También existen problemas de inequidades en acceso a la salud, ya que, de la población afiliada al Seguro Popular, se estima que un 40.8% tienen carencia por acceso a los servicios de salud, a diferencia del 0.9% que sufre la población con seguro privado de gastos médicos. La media nacional, además, está en 21.5%, lo cual indica una gran inequidad para los afiliados al Seguro Popular (CONEVAL, 2014).

Cabe destacar que las inequidades en acceso a la salud afectan más drásticamente a las poblaciones indígenas. Guzmán-Rosas (2016), por ejemplo, sugiere que “en México...quienes registran los peores indicadores

sanitarios son los pueblos indígenas” (p. 12). Asimismo, según las Naciones Unidas (PNUD, 2010a), los pueblos indígenas sufren mayores desventajas sociales, mostrando peores resultados que la población no indígena (citado por Guzmán-Rosas & Kleiche-Dray, 2017, p. 305).

Además de estos problemas en el sistema nacional de salud, el contexto normativo ha cambiado a nivel internacional y nacional. Desde el 2015 rigen los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODSs), donde el tercero busca “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos” (Naciones Unidas, 2020a). El *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024* (DOF, 2019), por otra parte, precisa la necesidad de “promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud,...bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio” (Secretaría de Salud, 2019, p. 4).

Asimismo, ha habido un incremento global importante en materia de enfermedades crónicas no transmisibles debido a varias razones, incluyendo el envejecimiento de las poblaciones (Beran, Pedersen & Robertson, 2019); y actualmente, estas enfermedades constituyen la principal causa de mortalidad en el mundo (Bigna & Noubiap, 2019). Este incremento es alarmante en el contexto mexicano también, ya que, siete de las diez mayores causas de mortalidad a nivel nacional son por ECNTs (GBD, 2017). Además, México ocupa el lugar número 25 a nivel mundial, y el tercero en la región de las Américas (después de Belice y Puerto Rico) en prevalencia de casos de diabetes mellitus tipo 2 (World Bank, 2019).

Con la finalidad de atender los problemas del sistema de salud y en función del marco normativo actual, se está llevando a cabo una reforma del sistema de salud enfocada a la población no formal, no adscrita al sistema de salud, teniendo como eje principal la reconceptualización del Seguro Popular, el cual se va a desaparecer, y en su lugar se tendrá el Instituto Nacional para el Bienestar (INSABI; Honorable Cámara de Diputados, 2019).

Quintana Roo es uno de los ocho estados prioritarios de la reforma (junto con Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Tabasco, Chiapas, Campeche y Yucatán). Estos estados se van a federalizar para impulsar el acceso a la salud, lo cual se plantea lograr a través de la “reparación de infraestructura, equipamiento de centros de salud y dotación de medicinas” (Páramo, 2018). Sin embargo, hasta la fecha no se han compartido las reglas de operación para el logro de la reforma en salud (Velázquez, 2020).

1.2 Planteamiento del problema

Ningún país en el mundo ha podido atenuar las necesidades de acceso a servicios de salud para las poblaciones con ECNTs, ni las consecuencias de este grupo de enfermedades tanto en productividad, incapacidad laboral y los altos costos de su tratamiento y cuidados asociados (Kassa & Grace, 2019).

De hecho, en México, se ha visto un incremento en gastos de bolsillo por ECNTs a pesar de contar con el Seguro Popular (Arredondo, Azar & Recaman, 2018), y a nivel mundial se estima que en países de ingresos medios y bajos se pierde alrededor de 21.3 billones de dólares por las consecuencias que las ECNTs implican en la productividad económica (WHO & UNDP, 2018).

A nivel regional, en las comunidades de Felipe Carrillo Puerto, se están viendo incrementos importantes en las tasas de incidencia por ECNTs, ocupando actualmente el primer lugar de padecimientos en la región maya (Redacción Quintana Roo, 2018).

Por otra parte, la región maya se constituye de comunidades geográficamente dispersas con poblaciones menores a los 2,500 habitantes (lo que el INEGI considera como localidad rural de acuerdo con Zamudio, Corona & López, 2008), y estas son difíciles de atender debido a la escasez de recursos humanos y físicos para la salud. Mientras que hay accesibilidad geográfica a centros de salud, muchas de las poblaciones rurales requieren de servicios que no están disponibles a nivel comunitario, particularmente en el caso de las ECNTs (Duan *et al.*, 2018).

Además de los temas de dispersión y la disponibilidad de servicios, la región maya se caracteriza por su gran concentración de personas indígenas, quienes tienen necesidades especiales en materia de servicios, ya que estos requieren ser entendibles por las comunidades a través del idioma, y aceptables dentro de la visión e identidad maya (Murphy, 2013).

Asimismo, la inclusión de la perspectiva de estos grupos en tomas de decisiones sobre su desarrollo y sistemas de salud no ha sido continua, y poco se sabe sobre cómo incluir la perspectiva de estos grupos en materia de salud. Por ejemplo, mientras que se reconoce la importancia del rescate de sus conocimientos ancestrales y prácticas tradicionales, incluyendo la medicina tradicional como derecho Constitucional, no ha habido gran gasto público en la materia (Guzmán-Rosas & Kleiche-Dray, 2017). De hecho, un estudio sobre la distribución de fondos públicos para el derecho indígena realizado por Guzmán-Rosas & Kleiche-Dray (2017) demuestra que “los estados con mayor población indígena recibieron menor proporción de recursos económicos” (p. 314), y, que, en general, hay una “una brecha entre la protección jurídica de los derechos indígenas y la implementación de las políticas públicas” (p. 323).

1.3 Justificación

Aun cuando existen marcos normativos donde se reconoce la importancia de mejorar el acceso a servicios de salud, así como la urgencia de atender las ECNTs, la “proporción de infraestructura, personal y servicios médicos [están] por debajo de las cifras recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y de los estándares nacionales” en el municipio de Felipe Carrillo Puerto (Gobierno de Felipe Carrillo Puerto, 2018, p. 39), lo cual sugiere que la distribución de recursos de salud no es equitativa.

Además, el hecho de que hay problemas en el contexto rural maya para atenuar las necesidades de usuarios con ECNTs, refleja la necesidad de considerar las etapas a trabajar dentro de los procesos de tomas de decisiones, ya que no son lo suficientemente adecuados para lograr el acceso a la salud en el contexto del estudio. Estos problemas son importantes, asimismo, ya que tienen implicaciones para el logro del desarrollo rural.

Al mismo tiempo, mientras que en los motivos de la reforma de salud actual se reconocen las grandes brechas entre los distintos grupos en México, siguen sin haber reglas de operación claras (Velázquez, 2020), dando lugar a preguntas sobre la rectoría, implementación y planeación central. Esta falta de claridad permea en el logro de los objetivos de equidad, por lo cual es importante que haya estudios donde se consideren las perspectivas de los usuarios con la finalidad de generar diagnósticos acertados sobre las necesidades que se deben de atender, y así mejorar el respeto a los derechos de distintos grupos sociales.

Cabe destacar que varios estudios de salud enfocados al ámbito rural se centran en temas sobre la dispersión geográfica de los grupos, así como la asequibilidad de servicios (Cordes, 1989; López-Vidal, 1967), pero pocos consideran las perspectivas de los usuarios, y aún menos, las de personas con ECNTs en particular. Esto es importante considerar para no homogeneizar la identidad rural y para poder hacer énfasis en los diferentes tipos de vulnerabilidades y experiencias que se viven en este ámbito.

Asimismo, cabe recalcar que los estudios sobre salud indígena en México, particularmente en la región maya, resaltan los métodos tradicionales y el uso de la herbolaria (Doemel, 2013; Hirose, 2018). Estas costumbres y saberes se deben de considerar en la narrativa del acceso a la salud para que no se estudien meramente como temas identitarios.

Partiendo de la importancia de estudiar el acceso a la salud para ECNTs en la región maya, en el presente trabajo se utilizó el modelo de Penchansky & Thomas (1981) en el que se plantea que el acceso a la salud se constituye de cinco dimensiones:

1. La disponibilidad de servicios,
2. La asequibilidad de servicios y la capacidad de pago de los usuarios,
3. La accesibilidad geográfica y física de los centros de salud,
4. La adaptación de los servicios para atender las preferencias y restricciones de los usuarios,
5. La aceptabilidad de los servicios por los usuarios.

Esta conceptualización del acceso se utilizó para estudiar las brechas en salud desde la perspectiva de los usuarios con ECNTs en siete comunidades de la región maya del municipio de Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo: San Antonio Nuevo, San José Segundo, Santa Rosa Segundo, Señor, Tuzik, X-Hazil Sur y Yaxley. Muchos trabajos en materia de salud no tienden a utilizar un marco teórico que defina los diferentes tipos de componentes que constituyen el acceso a la salud, de tal forma que el estudio también se justifica en su aportación al conocimiento en la materia a través del uso de un marco teórico.

1.4 Pregunta General

¿Cuál es la situación que prevalece en el acceso a los servicios de salud, desde el punto de vista de las poblaciones con enfermedades crónicas no transmisibles, en siete comunidades rurales mayas del municipio de Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo?

1.5 Objetivo General

Analizar las distintas brechas entre el acceso realizado y el acceso potencial con base en las perspectivas de los usuarios con ECNTs en las comunidades rurales mayas del municipio de Felipe Carrillo Puerto a través de métodos mixtos.

1.5.1 Objetivos Específicos

- Describir las brechas en las distintas dimensiones del acceso a la salud y sus causas, con base en las perspectivas de las poblaciones con ECNTs en las comunidades mayas del municipio de Felipe Carrillo Puerto.
- Estudiar el uso de las prácticas tradicionales de salud y de las plantas medicinales, como parte de los saberes ancestrales, para entender el papel que juegan en atenuar las necesidades de acceso a la salud.

- Dilucidar qué recomendaciones se generan con base en las perspectivas de las poblaciones indígenas rurales con ECNTs para atender la mejora en su acceso a la salud.

1.6 Hipótesis General

Las comunidades rurales en la región maya de Felipe Carrillo Puerto carecen de acceso a servicios de salud para enfermedades crónicas no transmisibles a pesar de haber priorización, inversiones y marcos normativos enfocados a la mejora del acceso a la salud.

1.6.1 Hipótesis Específicas

- La mayor brecha entre el acceso realizado y el potencial se debe a la dificultad de hacer llegar al nivel comunitario los servicios para atender las necesidades de usuarios con ECNTs, particularmente por el contexto maya de dispersión geográfica y porque la toma de decisiones sobre la materia homogeneiza y generaliza sus experiencias.
- Las personas de las comunidades mayas estudiadas y particularmente aquellas con ECNTs hacen uso de modelos de autogestión, a través de los huertos caseros y de la medicina tradicional, para obtener plantas medicinales y atenuar brechas en su acceso a la salud.

CAPÍTULO 2: REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 El acceso a la salud

Para investigar la situación en materia de acceso a la salud para las poblaciones con ECNTs en la región maya, es importante definir primero el concepto de “acceso a la salud”. Aquí cabe recalcar que tanto por autores teóricos, como en trabajos aplicados y de instancias internacionales, se reconoce que el acceso a la salud es indudablemente un aspecto fundamental de la salud.

Sin embargo, en la literatura no existe un consenso sobre qué constituye el acceso a la salud. Por ejemplo, Gulliford *et al.* (2002) sugieren que facilitar el acceso concierne con el ayudar a que las personas puedan tener servicios médicos apropiados para preservar o mejorar sus niveles de salud. Autores como Campbell, Roland & Buetow (2000) proponen que el acceso a la salud implica el uso oportuno de los servicios con base en las necesidades (citado por Peters *et al.*, 2008, p. 162). Para Levesque, Harris & Russell (2013), el acceso implica un proceso de búsqueda hasta la obtención de atención en salud. Esta falta de consenso implica que el acceso se puede conceptualizar de varias maneras.

2.1.1 Dimensiones del Acceso a la Salud

Muchos autores reconocen que el acceso a la salud es complejo, y por ello, generalmente, concuerdan en que hay varios componentes que lo conforman. Sin embargo, de la misma forma que no hay una definición aceptada sobre el acceso a la salud, hay mucho debate sobre los factores que lo constituyen.

Por ejemplo, integrantes de la OMS reconocen tres elementos clave que definen el acceso a la salud en un boletín de la organización: accesibilidad física, asequibilidad financiera y aceptabilidad (Evans, Hsu & Boerma, 2013). Ellos definen la accesibilidad física como la disponibilidad de buenos servicios de salud dentro de una distancia razonable de las personas que los necesitan, tomando en cuenta aspectos organizacionales como los tiempos de atención y los sistemas de citas para permitir el uso de servicios cuando sea necesario.

La asequibilidad financiera, para ellos, viene representando la habilidad personal para pagar servicios de salud sin sufrir dificultades económicas, tomando en cuenta los precios de los servicios, así como los costos indirectos y de oportunidad² que estos conllevan. Por último, para Evans *et al.* (2013) la aceptabilidad es un elemento que representa qué tan dispuestas están las personas a buscar atención con base en percepciones de efectividad del sistema y factores culturales y sociales como la etnia, la religión, el género, entre otros.

Por otra parte, Eslava *et al.* (1999) hablan sobre cuatro factores que determinan el acceso a la salud: los geográficos, económicos, sociales, y funcionales. Las agrupaciones propuestas por estos autores son similares a Evans *et al.* (2013), pero Eslava *et al.* (1999) diferencian entre el aspecto funcional y el geográfico, reconociendo el contraste entre las cuestiones físicas y las organizacionales. De tal forma, para los autores, los determinantes económicos implican “la capacidad de pago de la población y el costo de la atención” (Eslava *et al.*, 1999, p. 6). El determinante geográfico viene representando aspectos físicos, y las sociales cuestiones culturales como el analfabetismo, mientras que los funcionales demuestran la forma de organización de los servicios de salud como horarios de atención, entre otros.

Por otro lado, en el trabajo que se considera un parteaguas en materia de acceso a la salud de Penchansky & Thomas (1981), debido a que fue el primero en introducir una teoría sobre el tema (Saurman, 2015), los autores proponen una conceptualización del acceso a la salud donde se considera la adecuación del sistema de salud a los usuarios y sus necesidades, con base en cinco “A’s” del acceso por sus siglas en inglés: disponibilidad (availability, en inglés), adaptación (accommodation, en inglés), accesibilidad (accessibility, en inglés), asequibilidad (o alcance; affordability, en inglés) y aceptabilidad (acceptability, en inglés), (Giedion, Díaz, Alfonso & Savedoff, 2010; Penchansky & Thomas, 1981). A continuación, se presentan definiciones sobre cada una.

² Por ejemplo, tiempo laboral perdido o gastos por transporte (Evans *et al.*, 2013).

Disponibilidad

La dimensión de la disponibilidad habla sobre la relación entre el volumen y el tipo de servicios y recursos existentes, y el volumen de usuarios y sus necesidades, refiriéndose a qué tan adecuado es el suministro de prestadores, centros de salud, programas y servicios de salud (Penchansky & Thomas, 1981, p. 128).

Debido a su enfoque en la adecuación de los servicios, la dimensión de la disponibilidad refleja la capacidad de las sociedades y la planeación central en atender a las necesidades en salud desde las etapas de formación de agenda hasta la construcción de soluciones y su implementación. Por lo tanto, si no se tiene una disponibilidad apropiada, se aprecia una falta de organización efectiva para la distribución equitativa de servicios; una inadecuada inversión en preparación del personal médico; y la falta de participación del público en la planeación y gestión de recursos disponibles. De tal forma, se dejan desatendidos a varios grupos, ahondando su marginación y su exclusión en la toma de decisiones.

Adaptación

La adaptación se refiere a la forma en que los recursos de salud son organizados para aceptar usuarios, incluyendo, por ejemplo, servicios de citas, horarios de atención, servicios telefónicos, así como qué tan adecuados se perciben estos por parte del usuario (Penchansky & Thomas, 1981, p. 128).

En esta dimensión del acceso se retoma la idea de la organización y la participación de los usuarios, de tal forma que la organización de los sistemas de salud tiene que responder a los usuarios y sus necesidades directamente. Para entender estas necesidades es importante tener modelos de participación que permitan la interacción de los usuarios en la toma de decisiones en materia de acceso a la salud. Además, al incluir a los usuarios se puede lograr un mejor entendimiento sobre sus vivencias y experiencias, logrando una mejor atención en salud. La adaptación es una dimensión importante ya que da a conocer el tipo de prioridades sociales que más urgentemente se deben de atender.

Accesibilidad

La accesibilidad se define como la relación entre la ubicación de los servicios y suministros de salud y la de los usuarios, tomando en cuenta recursos de transporte de los usuarios, tiempos de traslado, distancias y costos (Penchansky & Thomas, 1981, p. 128).

Como la disponibilidad, la dimensión de la accesibilidad también refleja el tipo de inversiones hechas en materia de planeación y gestión de recursos para el desarrollo. Por ejemplo, se pueden observar las formas en que se posibilita la comunicación entre comunidades rurales marginadas y urbes a través de redes viales y de comunicación, como el cableado eléctrico, el acceso a señal telefónica y el internet, así como vialidades seguras y capaces de resistir a inundaciones. Estas consideraciones varían de comunidad a comunidad, por lo cual es importante contar con la participación pública para poder atender las necesidades específicas de cada contexto y no tratarlas de manera homogénea.

Asequibilidad

Asequibilidad se refiere a los precios de los servicios, la cobertura, el ingreso, la capacidad de pago y seguro médico de los usuarios, incluyendo su conocimiento de precios, el costo total y posibles arreglos de crédito (Penchansky & Thomas, 1981, pp. 128-129).

La asequibilidad incide en el desarrollo de varias maneras. La capacidad de pago de las poblaciones refleja la manera en que los sistemas de salud apoyan la equidad y la redistribución económica en favor de las personas más necesitadas, por lo cual entre más inasequibles los servicios de salud, más se ahondan la vulnerabilidad y precariedad de los grupos más necesitados. Asimismo, si los servicios de salud no son asequibles, se gestionan modelos de operación que reproducen la marginación social a través de los sistemas de salud. Además, la planeación de estos sistemas necesita tener una sensibilidad a los costos directos e indirectos que tienen los distintos grupos poblacionales, ya que las personas pobres en condiciones inseguras laborales, como lo son las poblaciones indígenas en el ámbito rural, pueden

perder su empleo, además de que incurren en gastos desproporcionalmente más altos que los demás grupos económicos (Chaudhuri, 2012).

Aceptabilidad

La dimensión de la aceptabilidad se refiere a la relación entre las actitudes de los usuarios sobre las características personales y de la práctica de los prestadores, y de los prestadores mismos hacia los usuarios (Penchansky & Thomas, 1981, p. 129). Estos incluyen temas de edades, sexo, etnias, entre otros, y las preferencias de tanto los usuarios, como los prestadores de servicios (Penchansky & Thomas, 1981).

La aceptabilidad rescata la importancia del respeto a la dignidad y los derechos humanos en el acceso a la salud. Por ejemplo, si los prestadores de servicios son sensibles a las historias locales, a cuestiones sociales como niveles de alfabetismo, y a los servicios de salud pertinentes culturalmente como la herbolaría, se puede lograr una atención más acertada para los usuarios. El nivel de aceptabilidad, asimismo, refleja qué tan receptiva es la gestión de recursos y la planeación central a la diversidad de los usuarios. Si los servicios de salud no son aceptables, es difícil lograr mejoras en los niveles de salud. En la lógica de la participación, esta dimensión es particularmente importante, ya que permite más que otras dimensiones, conocer los problemas y las perspectivas del público.

La relevancia de las cinco “A’s” y relaciones entre las dimensiones

En este trabajo, se retoma el modelo de Penchansky & Thomas (1981) como punto de partida para el análisis del acceso a la salud para ECNTs en el contexto maya, ya que la definición del acceso que proponen permite estudiar la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los usuarios. Además, mientras que la accesibilidad, adaptación, asequibilidad y aceptabilidad se reconocen como ejes importantes en el modelo de Eslava *et al.* (1999; como determinante geográfico, funcional, económico y social respectivamente), y de Evans *et al.* (2013; como accesibilidad geográfica las primeras dos, asequibilidad financiera y aceptabilidad respectivamente), el trabajo de Penchansky & Thomas (1981) permite una mayor discusión sobre

brechas en el acceso, debido a que profundiza en los diferentes componentes que implica el acceso, y hace énfasis en la disponibilidad como eje particular del acceso.

La profundización en la cuestión de la disponibilidad en el modelo de Penchansky & Thomas (1981) es importante, ya que permite comparar sistemas de salud, así como subsistemas de atención para cierto tipo de enfermedades. Además, considerar la capacidad del sistema de salud es fundamental para lograr un acceso equitativo a la salud.

Asimismo, Penchansky & Thomas (1981) recalcan la importancia de que los sistemas de salud se adecúen a las necesidades y expectativas de los usuarios, tema que no se resalta en ningún otro trabajo.

Por último, otra razón por la cual el modelo de Penchansky & Thomas (1981) es más adecuado al estudio del acceso a la salud, es porque, a diferencia de otras teorizaciones, los autores proponen que las dimensiones del acceso no son independientes de cada una, y que hay varias relaciones intrínsecas entre ellas, en tanto que una puede incidir en el logro de las otras. Estas relaciones son importantes ya que reflejan la complejidad del acceso a la salud.

Entre las relaciones que sugieren Penchansky & Thomas (1981) se puede considerar, por ejemplo, la disponibilidad y su vínculo con la accesibilidad física. Pero, como lo indican los autores, en ocasiones, a pesar de contar con disponibilidad equivalente, puede haber diferencias en accesibilidad, y la aceptabilidad puede ser más efectiva en explicar a dónde van los usuarios (p. 129). Otros ejemplos de relaciones entre las dimensiones del acceso se presentan a continuación.

Por un lado, la dimensión de la disponibilidad afecta las demás dimensiones si no hay medicamentos, prestadores de servicios, o insumos necesarios. Cuando ocurre esto los servicios no son oportunos (afectando la dimensión de la adaptación) y los usuarios se ven forzados a incurrir en gastos de bolsillo (afectando la asequibilidad) o viajes para llegar a centros de atención con los servicios requeridos (afectando la accesibilidad).

La accesibilidad, asimismo, afecta la asequibilidad en medida del costo de los viajes a centros de atención y referencia, y refleja si hay un buen nivel de disponibilidad dentro de las comunidades. La adaptación y la aceptabilidad también son afectadas por la accesibilidad. Por ejemplo, si no es factible acceder a los centros de salud debido a inundaciones o condiciones biofísicas, no se puede cumplir con la adaptación. Por otro lado, si los servicios accesibles no son considerados aceptables, los usuarios pueden buscar otro tipo de servicios disponibles en función de su capacidad económica.

La adaptación, a su vez, afecta la asequibilidad (en casos de emergencias en los que se necesite incurrir en un gasto de bolsillo para ir a centros de atención abiertos, por ejemplo) y la disponibilidad (ya que el centro de salud puede no tener médicos ni servicios utilizables). Asimismo, la adaptación incide en la accesibilidad y la aceptabilidad si no se cumplen con los horarios de atención indicados en centros cercanos.

La aceptabilidad es un aspecto que incide en todas las dimensiones, ya que mientras que se puede cumplir con las otras cuatro, si los servicios de salud no son aceptados por los usuarios, no se lograrán alcanzar mejores niveles de acceso o resultados de salud.

La asequibilidad también incide en las otras cuatro dimensiones del acceso, en medida de que varias decisiones en salud se basan en la capacidad de pago de los usuarios.

2.1.2 Acceso a los servicios de ECNTs

Dentro de lo que concierne al acceso, los estudios que se enfocan en las ECNTs destacan la complejidad de estas enfermedades. Por ejemplo, Beran *et al.* (2019) enfatizan la dificultad que implica el servicio continuo y la provisión de medicamentos en sistemas de salud no equipados a pensar en tratamientos y seguimiento a largo plazo; de tal forma que las personas con ECNTs tienden a sufrir una falta de disponibilidad de servicios y grandes gastos de bolsillo para conseguir los medicamentos y servicios que requieren. Rescatando la importancia de asegurar la equidad en acceso y tomando en cuenta los grandes costos de los medicamentos para ECNTs, los autores

sugieren que es importante priorizar las ECNTs en contextos nacionales y tomar acción en el ámbito del gasto público, el monitoreo y la evaluación.

Otro estudio realizado en la India demuestra que las ECNTs implican grandes costos para quienes los padecen y sus familias, debido a sus tratamientos, de tal modo que, a causa de los gastos de bolsillo y restricciones financieras, el acceso a servicios de ECNTs es una necesidad no satisfecha para los grupos más pobres (Jeyashree, Prinja, Kumar & Thakur, 2017).

Kankeu, Saksena, Xu & Evans (2013) también resaltan los gastos de bolsillo que sufren las personas con ECNTs, sugiriendo que la proporción de ingresos que se gasta en atender necesidades por ECNTs es alta.

Beran, Perrin, Billo & Yudkin (2014) en otro escrito sugieren que a pesar de los compromisos internacionales como el *Plan de Acción Mundial la Prevención y Control de las ECNTs 2013-2020* (WHO, 2013), en países de medios y bajos ingresos, los medicamentos esenciales para el tratamiento de ECNTs tienen una disponibilidad pobre y son costosos, representando una barrera en el acceso.

Otros estudios sobre acceso a la salud para ECNTs resaltan cómo estos padecimientos pueden ahondar la precariedad y vulnerabilidad de distintos grupos. Por ejemplo, El-Sayed, Palma, Freedman & Kruk (2015) señalan que los servicios de atención para ECNTs son limitados para los grupos rurales y desprotegidos, por lo cual es importante invertir en la cobertura en salud. Di-Cesare *et al.* (2013), por otra parte, indican que las personas con ECNTs en países de bajos ingresos tienen peor acceso oportuno a servicios de diagnóstico y tratamientos que en países de alto ingreso, por lo que es necesario invertir en medidas equitativas como la cobertura universal y la educación.

Como se puede ver, el acceso a la salud para ECNTs es complejo, y requiere de una sensibilidad a las dimensiones del acceso (ya que no son padecimientos poco costosos o fáciles de atender), los distintos tipos de necesidades de los usuarios (que difieren de contexto a contexto), así como

el efecto que estos padecimientos tienen en la pobreza y disponibilidad económica de las personas y sus familias.

2.1.3 El acceso realizado y el acceso potencial

Uno de los componentes a destacar en materia de acceso a la salud constituye la diferencia entre el acceso realizado y el potencial, propuesta por primera vez por Andersen en 1968 (citado por Andersen, 1995). Para el autor, el acceso potencial implica que haya recursos habilitadores de tal forma que, entre más de estos haya, mayor es el uso de servicios de salud. El acceso realizado, a su vez, representa la utilización real de los servicios de salud (Andersen, 1995).

El acceso potencial y el realizado son medidas que se utilizan para hablar sobre los servicios disponibles a los usuarios, y las brechas entre lo que pudiera ser posible si se distribuyeran de la mejor manera posible y lo que ocurre en la realidad.

Hacer la distinción entre el acceso realizado y el potencial permite profundizar sobre el tipo de acciones que se pueden tomar para mejorar el acceso a la salud de los usuarios, desde la perspectiva de que las brechas representan inequidades por atender. Asimismo, notar esta diferencia entre el acceso realizado y el potencial, da lugar a que se entiendan las razones de las brechas existentes desde un marco teórico discreto.

2.2 La importancia de estudiar el acceso a la salud

Estudiar el acceso a la salud es importante debido a que es un fenómeno que condiciona varios componentes del desarrollo, incluyendo los derechos humanos, la pobreza y la inclusividad. A continuación, se presentan estos temas.

2.2.1 El acceso a la salud como derecho humano

En primer lugar, se puede destacar la normatividad en la que los organismos de índole internacional han desarrollado el acceso a la salud como un aspecto importante de los compromisos en favor del desarrollo. Ya mencionados

anteriormente, tanto los Objetivos del Desarrollo Sostenible, así como los del Milenio (Naciones Unidas México, 2020) invitan a pensar sobre la salud como un objetivo y derecho humano, ya que las acciones por realizar en estos marcos se formularon con base en las obligaciones de lograr los derechos humanos (OHCHR, 2010; Rattray, 2019).

Además, la salud se ha reconocido como un derecho básico humano desde la fundación de la OMS en los años 40, en cuya constitución se reconoce que el “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (OMS, 2017). Asimismo, la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948 sugiriendo que es componente de un nivel de vida adecuado (Naciones Unidas, 2020b), y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* de 1966 (ACNUDH, 2020), también reconocen la salud y su acceso como un derecho humano.

Varios autores concuerdan con la visión de que la salud es un derecho humano que juega un papel importante a nivel individual. Por ejemplo, en un trabajo esencial en materia de ética en salud, Daniels (2001) sugiere que el derecho a la salud es un aspecto fundamental de las oportunidades que se les brindan los individuos, de tal forma que los procesos de distribución de las sociedades tienen efectos en la salud, y que se privan las capacidades de las personas al no respetarse sus derechos.

Asimismo, Amartya Sen (1999), cuyo trabajo parteaguas fundamentó el entendimiento del desarrollo como libertad, sugiere que el fomento de la salud es un componente constituyente del desarrollo (Sen, 1999), y que las libertades individuales requieren de “oportunidades económicas, libertades políticas, poderes sociales, condiciones adecuadas para buena salud y educación básica” (Sen, 2000, p. 16).

La falta del derecho al acceso a la salud también incide en cómo se pueden alcanzar y lograr otros derechos, tales como el de la educación y la participación (OMS, 2017). Por ende, el no alcanzar el acceso a la salud se puede entender como atentar en contra de los derechos humanos, los cuales

forman parte importante del desarrollo, particularmente en materia de equidad y la participación social.

2.2.2 El acceso a la salud y el desarrollo rural

Otra de las razones principales por las que es importante estudiar el acceso a la salud es debido a su relación con el desarrollo rural. Uno de los proponentes sobre esta relación es López-Vidal (1967), quien sugiere que el desarrollo rural es una manera de atender los problemas de salud comúnmente vistos en las comunidades rurales. Para el autor, las poblaciones rurales, las cuales están en aislamiento geográfico, tienden a tener una malnutrición crónica, están expuestas al riesgo de enfermedades transmisibles y son proclives a los desajustes sociales y al alcoholismo debido a los ciclos de pobreza en que se encuentran.

Martínez (1979), por otra parte, sugiere que:

Las posibilidades de la atención médica a nivel rural dependen mucho del desarrollo regional y del crecimiento de otras áreas de servicios, tales como, la comunicación [*sic*] transportación, impartición, de la justicia y educación,...así como del desarrollo económico, de creación de infraestructura productiva, del asesoramiento, el crédito financiero,...etc. (p. 41).

De tal forma, Martínez (1979) propone que el desarrollo económico y regional incide en la capacidad de atender necesidades de salud en el ámbito rural, en consideración de otros temas como los valores sociales y culturales y costos.

Más adelante, Cordes (1989) planteó que la dinámica de los contextos rurales es cambiante, y que sus habitantes son susceptibles a fuerzas fuera de su control, por lo que es importante entender cómo disminuir la tremenda vulnerabilidad (p. 775) que constantemente sufren estas poblaciones. Una de las formas de disminuir esta vulnerabilidad que Cordes (1989) sugiere, es a través de los servicios de salud. Para el autor, en tanto que se aumenten los servicios de salud y su acceso, se fomenta la formación del capital humano y se generan dividendos en materia de productividad laboral (p. 775). De tal forma, Cordes (1989) nota que se puede impulsar el desarrollo del campo a través de la diversificación económica, debido a que se generan más

posibilidades de empleo para poblaciones sanas. El autor también indica que la disponibilidad de servicios de salud ofrece una manera de atraer a distintas poblaciones de tal forma que estas pueden funcionar como un sustento económico a través del “ingreso pasivo” (dividendos, interés, renta, y pagos de transferencia; p. 776).

Por otra parte, la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) nota que el desarrollo rural está ligado a la promoción de la salud y la seguridad de los trabajadores rurales (OIT, 2013). Como se sugiere:

La interacción entre las malas condiciones de vida y de trabajo en las zonas rurales promueve un círculo vicioso de baja productividad, salarios bajos, desnutrición, mal estado de salud y baja capacidad de trabajo, lo cual crea un patrón característico de morbilidad-mortalidad entre los trabajadores rurales y repercute negativamente el desarrollo económico rural. (OIT, 2013, p. 1).

Debido a la precariedad económica en el ámbito rural, además, muchos de sus habitantes se ven forzados a aceptar condiciones de trabajo peligrosas y arduas, de tal forma que el desarrollo rural puede fomentar mejores niveles de salud y su acceso a través de mejoras en las oportunidades económicas disponibles para estas poblaciones (OIT, 2013).

Varias contrapartes, tanto académicas como institucionales, también recalcan la manera en que la ruralidad impiden el acceso a la salud. Douthit, Kiv, Dwolatzky & Biswas (2015) investigan las brechas entre el acceso a la salud en el ámbito rural y el ámbito urbano, y reportan que las poblaciones rurales sufren de restricciones culturales y financieras, además de que hay una escasez de servicios, personal médico, transporte y servicios de comunicación, lo cual no ocurre con la misma frecuencia en poblaciones urbanas. La OPS (2018), por otra parte, resalta que en zonas rurales hay “retos particulares en términos de accesibilidad” reconociendo “impedimentos físicos o geográficos, la capacidad económica, la deficiente calidad del servicio o la discriminación” como principales obstáculos a la cobertura sanitaria universal.

2.2.3 El acceso a la salud y la pobreza

Como se puede ver, uno de los componentes principales del nexo entre el desarrollo rural y el acceso a la salud es la pobreza, y esto es importante notar por varias razones, las cuales se presentan a continuación.

A nivel individual, hay una relación directa entre la pobreza económica y el acceso a la salud, donde entre más dinero e ingresos tenga una persona, mejores son sus resultados en salud (Marmot, 2002). Esto se debe a que la capacidad económica de las personas puede decidir el tipo y calidad de servicios de salud utilizados, así como qué tan prontamente se pueden buscar (Kiguli *et al.*, 2009). Por ejemplo, si una persona tiene una fuente de ingresos segura o recursos económicos, puede buscar servicios de atención sin implicar su seguridad laboral.

De la misma forma, se puede pensar que entre menos salud y acceso a ella tenga una persona, mayores son los gastos implicados por tratamiento, medicinas y servicios de salud (Khullar & Chokshi, 2018), los cuales si son gastos de bolsillo pueden llevar a la precariedad económica y vulnerabilidad (Klein, 2018). Los gastos catastróficos³, pedir préstamos, pérdida de trabajo o disminución de oportunidades, entre otros, crean un ciclo de pobreza el cual incide en la falta de acceso a la salud, y, por ende, se generan peores resultados en salud (Khullar & Chokshi, 2018). Así, la pobreza y la salud tienen una relación circular, donde la pobreza afecta la salud y su acceso, y la salud y su acceso afectan los niveles de pobreza.

Asimismo, la pobreza influye sobre las posibilidades de tener seguridad alimentaria, educación, agua potable y vivienda segura, lo cual afecta tanto la salud a nivel individual, como el bienestar del hogar (Khullar & Chokshi, 2018). Se reconoce que estos factores, derivados de la pobreza, inciden de varias maneras en la salud (Marmot, 2002). Por ejemplo, la falta de seguridad alimentaria implica una posible desnutrición a nivel individual, de la cual se

³ Los gastos catastróficos son aquellos gastos en salud que pueden llevar a la catástrofe financiera para los individuos y sus familias (WHO, 2005, p. 2). Por lo general, un gasto mayor al 10% de los ingresos totales, se considera como gasto catastrófico (Puteh & Almualm, 2017).

pueden desprender deficiencias vitaminas, anemia, problemas cognitivos, entre otros (Seligman, Laraia & Kushel, 2010). El desempleo y la falta de asequibilidad económica pueden conllevar a altos niveles de ansiedad y depresión, así como la falta de acceso (Linn, Sandifer & Stein, 1985). Por otro lado, la educación incide en cómo una persona puede razonar y regularse emocional y socialmente, los cuales son procesos claves para un bienestar social (New Hampshire Department of Education, 2012).

2.2.4 Desarrollo inclusivo y el acceso a la salud

Otra razón por la cual es importante estudiar el acceso a la salud es porque incide en la inclusividad y la pertinencia cultural de los servicios de salud.

En la literatura se han expuesto diferentes formas de pensar sobre el desarrollo inclusivo. Por ejemplo, Pouw & Gupta (2017) sugieren que el desarrollo inclusivo es una forma de contrarrestar la exclusión que implican los modelos capitalistas. Para Gupta & Vegelin (2016) la inclusividad es una avenida para el empoderamiento de los grupos más desprotegidos a través de inversiones en capital humano y el aumento de oportunidades para participación (p. 436) en un contexto de no discriminación.

La generación de oportunidades para participar también se retoma como tema fundamental por parte de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL; Naciones Unidas 2016), la cual describe el desarrollo inclusivo como un concepto que implica la reestructuración de los sistemas productivos nacionales para poder redistribuir ingresos y crecimiento, con la finalidad de atenuar desigualdades que se han generado con el tiempo y con sensibilidad a las heterogeneidades de diferentes grupos sociales.

De tal forma, se puede ver que la inclusividad, por lo general, se compone por tres aspectos importantes: a) el reconocimiento de los grupos excluidos y los procesos que han conllevado a ello, b) la integración de perspectivas de grupos marginados, y c) la corrección de inequidades e injusticias a través de la inclusión de perspectivas, respeto a los derechos y dignidad de todas las personas.

La inclusividad e inequidades en acceso a la salud

Uno de los enfoques de la literatura sobre la relación entre el acceso a la salud y la inclusividad, es el de notar las inequidades en acceso entre distintos grupos sociales y concebir maneras de cerrar estas brechas.

Por ejemplo, Verdier-Chouchane & Karagueuzian (2016) sugieren que la inclusividad en salud se puede lograr si se incrementa la disponibilidad de servicios y la accesibilidad a los servicios de calidad para todos, especialmente los grupos vulnerables y marginados (p. 8), lo cual para las autoras incluye la eliminación de las barreras financieras del acceso a servicios de salud.

En un estudio realizado por Weinstein, Geller, Negussie & Baciú (2017) se reconoce que para atender las inequidades en salud es necesario considerar la forma en que se organiza la desigual distribución de poder y recursos entre distintos grupos sociales.

De la misma forma, Krieger (2014) nota que la discriminación hacia distintos grupos, incluyendo grupos indígenas, conlleva a peores resultados en salud. Esto se puede interpretar dentro del contexto de las dimensiones de aceptabilidad y adaptación.

La inclusividad y la medicina tradicional

Un segundo enfoque sobre la relación entre el acceso a la salud y la inclusividad que es relevante en el contexto del estudio concierne con incluir perspectivas y modalidades diferentes a las del modelo predominante, o el modelo biomédico, en los sistemas de salud. Entre otros, estos incluyen la medicina tradicional.

Según Lozoya (1989) la OMS destaca que:

La medicina tradicional representa la suma de todos los conocimientos y prácticas, explicables o no, usados en el diagnóstico, prevención y eliminación del desequilibrio físico, mental o social y basados exclusivamente en la observación y experiencia práctica, transmitidos de generación en generación oralmente o por escrito. (Bannerman, 1977 citado por Lozoya, 1989, pp. 27-28).

Mientras que se estima que un 80% de la población recurre a servicios tradicionales para cumplir con sus necesidades diarias de salud (Ijinu, Anish, Shiju, George & Pushpangadan, 2011), y que la “medicina tradicional es el pilar principal de la prestación de servicios” (OMS, 2013, p. 7), varios estudios destacan la subyugación ante el modelo biomédico, de forma que la medicina tradicional se ha conceptualizado como “alternativa” y se ha subestimado en los servicios de salud (Jiménez, 2017; OMS, 2013).

Los modelos convencionales de prestación de servicios de salud tienden a excluir la medicina tradicional, y Torri & Hornosty (2017) reconocen cómo la discriminación histórica que han sufrido los pueblos indígenas ha conllevado a la segregación sociocultural y la percepción negativa de los médicos tradicionales, a raíz de que la medicina tradicional tiende a ser proveniente y practicada por grupos indígenas (Chifa, 2010; Menéndez, 1994).

Para corregir esta exclusión de los saberes y prácticas indígenas, es importante reconocer el papel que juega la medicina tradicional en la prestación de servicios, así como en la representación y el respeto a los derechos indígenas. Varios países a nivel mundial han visto logros en esta materia, incluyendo ejemplos en Tailandia, China e India (Nigenda, Mora-Flores, Aldama-López & Orozco-Núñez, 2001; OMS, 2013; WHO, 2001). Sin embargo, México se mantiene en una fase de coexistencia, donde hay procesos de legislación y reconocimiento de la contribución de la medicina tradicional, pero no se ha logrado una integración total (Nigenda *et al.*, 2001).

Por otra parte, el rescate de los saberes ancestrales tiene efectos importantes en el desarrollo inclusivo ya que, al protegerse estos conocimientos, también se respeta el patrimonio biocultural y se visibilizan las identidades e historias de las comunidades y los grupos indígenas (Jewell, 2017). Al hacer esto, se genera una mejor visión de las necesidades y realidades de estas poblaciones sin homogeneizar las distintas vivencias de cada grupo, ni las que ocurren dentro de los grupos mismos.

2.3 Resumen Teórico

Como se puede ver en la literatura revisada, la pobreza, el desarrollo rural, la inclusividad y la salud tienen una relación profunda, donde entre mayor salud, es menor la pobreza y mayor el nivel de desarrollo. Asimismo, entre menor la pobreza y mayor el desarrollo rural es mejor el acceso a la salud. También, entre mayor la inclusividad, más se puede alcanzar el logro de varios componentes del acceso a la salud, incluyendo la aceptabilidad y el respeto a los derechos humanos.

Es importante diferenciar estas relaciones ya que estos temas también están relacionados con cada una de las cinco dimensiones del acceso, asimismo. Mientras que la pobreza económica afecta la asequibilidad, también impacta la adaptación a través de la flexibilidad de horarios de atención, la accesibilidad en materia de transporte y tiempos disponibles y la disponibilidad debido al gasto de bolsillo. La aceptabilidad también impacta en la pobreza a través del respeto de los derechos humanos y la inclusividad.

Además, como ya se sugirió anteriormente, las cinco dimensiones del acceso también están relacionadas entre sí, e inciden en el logro de las otras. Estas relaciones se reflejan a continuación en la Figura 2.

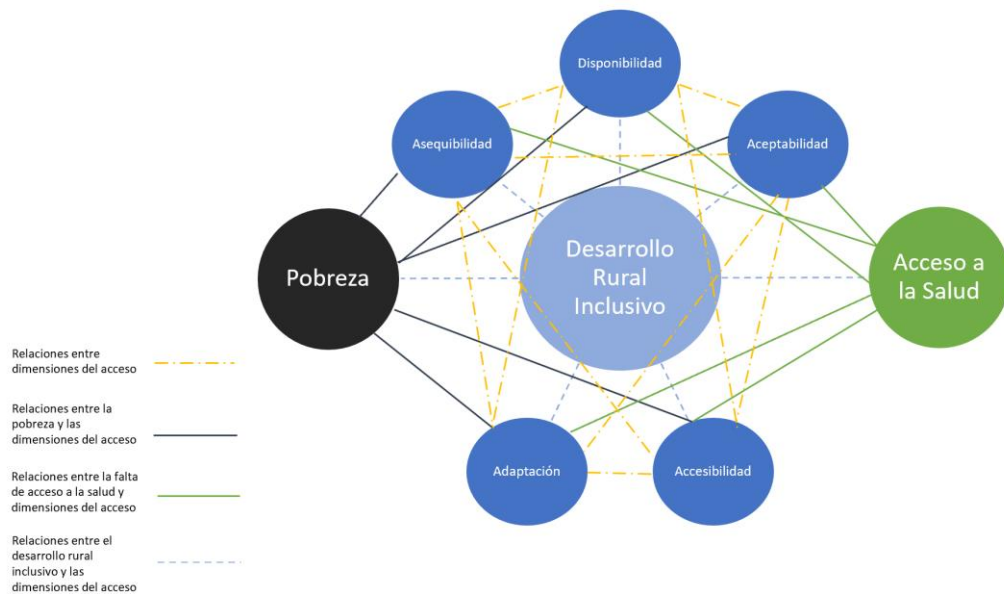


Figura 2. Visualización de la propuesta teórica sobre las relaciones entre el desarrollo rural inclusivo, la pobreza, el acceso a la salud y sus dimensiones (elaboración propia, 2019, con información de Kankeu *et al.*, 2013; Khullar & Chokshi, 2018; Marmot, 2002; Martínez, 1979; Penchansky & Thomas, 1981; Verdier-Chouchane & Karagueuzian, 2016, & WHO, 2005).

Para concluir, cabe recalcar que el acceso a la salud se ha estudiado en numerosos contextos, pero varias investigaciones tienden a alistar desafíos sin la utilización de un marco teórico.

Por ejemplo, un estudio realizado por Torres *et al.* (2003) demuestra que entre las barreras principales para la población indígena están las distancias geográficas, lo cual, a su vez, imposibilita el acceso oportuno, sin considerarlas dentro del marco de accesibilidad y adaptación.

Por otra parte, en un estudio que se llevó a cabo en Guatemala, Hautecoeur, Zunzunegui & Vissandjee (2007) mencionan que los horarios de atención, la escasez de transporte, la falta de acceso a las carreteras, la asequibilidad de los servicios (incluyendo medicamentos, transporte y consulta), el conflicto armado, la escasez de servicios y la percepción de mal trato, entre otros, son particularmente problemáticos para las poblaciones indígenas, pero estas cuestiones se pueden entender de manera más discreta dentro de las cinco dimensiones de Penchansky & Thomas (1981).

Asimismo, Goins, Williams, Carter, Spencer & Solovieva (2006) sugieren que hay varias barreras al acceso en el ámbito rural, incluyendo el mal clima, la falta de transporte público, la falta de confianza en los prestadores, los tiempos de espera, la dificultad en hacer citas, y el costo de medicamentos, entre otros factores (21 en total). Ellos utilizan categorías para agrupar sus variables, como, por ejemplo, dificultades de transporte, suministro de servicios y calidad de servicios, pero estas no son claras, ya que no tienen definiciones concretas y permiten la interpretación abierta.

Hacer uso de un marco teórico para definir las necesidades en el acceso permite que sea posible atenderlas y que no se perciban como generales, amplias y numerosas; da lugar a que se definan las distintas dimensiones de manera delimitada y no dejarlas abiertas a la interpretación; y da espacio a considerar opciones para atender varias dimensiones en conjunto, a través de las relaciones que estas tienen entre sí. Asimismo, permite estudiar el acceso a la salud y las distintas necesidades dentro de agrupaciones concretas sin que haya un sinnúmero de consideraciones a trabajar.

CAPÍTULO 3: CONTEXTO DEL ESTUDIO

3.1 La Formación del Estado de Quintana Roo

La formación del estado de Quintana Roo se remonta a principios del siglo XX, cuando el ex-Presidente Porfirio Díaz, por decreto del Congreso de la Unión, lo erige como Territorio Federal (Gobierno del Estado de Quintana Roo & SAGARPA, 2010; INAFED, 2010a). Esta zona fue particularmente importante debido a sus recursos, incluyendo la madera, el chicle y las pesquerías, los cuales fueron significativos para la posición del ex-Presidente Porfirio Díaz ante los mayas de la región, así como ante poderes internacionales (INAFED, 2010a). No obstante, las demarcaciones hoy conocidas del estado vieron varias controversias a lo largo de su historia, (J. Duch Gary, comunicación personal, 21 de febrero del 2020).

A raíz del decreto en el que se crea el estado de Quintana Roo en 1902, se vieron varios procesos internos como la formación de la *Ley para la Organización Política y Municipal del Territorio de Quintana Roo*, donde se acordaron límites físicos y la organización política; también se crearon ayuntamientos y delegaciones, incluyendo la de Felipe Carrillo Puerto (INAFED, 2010a).

Sin embargo, en 1913 por medio de otro decreto, el ex-Presidente Venustiano Carranza desapareció el estado y lo anexó con Yucatán, de donde originalmente eran las tierras antes de la separación territorial de 1902. Esto no duró mucho, ya que, en 1915, se reconstituyó el Territorio Federal de Quintana Roo, con los mismos límites que tenía anteriormente, (J. Duch Gary, comunicación personal, 21 de febrero del 2020).

Unas décadas después, se vuelve a desaparecer el estado de Quintana Roo bajo la presidencia de Ortiz Rubio en 1931, pero su extensión fue distribuida entre Yucatán y Campeche, y cuatro años después se vuelve a establecer el Territorio Federal de Quintana Roo bajo el Presidente Cárdenas, recuperando las divisiones territoriales establecidas anteriormente (J. Duch Gary, comunicación personal, 21 de febrero del 2020). La primera etapa de este restablecimiento del estado fue caracterizada “por la repartición ejidal, la

formación de cooperativas y la división geográfica étnicamente diferenciada” (Chávez, 2012, p. 56). La segunda etapa vio “la gestación de un nuevo proyecto de desarrollo regional que integra al sector secundario y terciario a través de la industria turística, [y] la producción de la caña de azúcar” (Chávez, 2012, p. 56).

Tras varios procesos similares de reconfiguración durante los siguientes años, la actual división territorial del estado se adquiere en 1974, cuando Quintana Roo se convirtió en Estado Libre y Soberano, también por decreto del Congreso de la Unión (Gobierno del Estado de Quintana Roo & SAGARPA, 2010; INAFED, 2010a). La Constitución del Estado promulgada en 1975 estableció que el territorio de Quintana Roo incluiría: 1) la porción oriental de la Península de Yucatán, y 2) las islas de Cozumel, Cancún, Mujeres, Blanca, Contoy, y Holbox (J. Duch Gary, comunicación personal, 21 de febrero del 2020). El estado se constituía por siete municipios al principio, incluyendo Felipe Carrillo Puerto, donde se lleva a cabo el presente estudio (INAFED, 2010a; J. Duch Gary, comunicación personal, 21 de febrero del 2020).

Actualmente, a pesar de haberse establecido estas demarcaciones, hay varias “superposiciones de límites, y sus correspondientes traslapes territoriales, de los estados de Campeche y Yucatán sobre la extensión superficial del estado de Quintana Roo” (Gobierno del Estado de Quintana Roo & SAGARPA, 2010, p. 14). Esto genera una dificultad de medición de datos por la cual el INEGI y el gobierno de la entidad observan diferencias en los “rasgos y atributos geográficos” (Gobierno del Estado de Quintana Roo & SAGARPA, 2010, p. 14).

3.1.1 Características del Estado de Quintana Roo

El actual estado de Quintana Roo se encuentra en la Península de Yucatán al sureste del país, en la Provincia fisiográfica XI Península de Yucatán, la cual se divide en tres: la subprovincia Karso Yucateco, la subprovincia Karso y Lomeríos de Campeche y la subprovincia Costa Baja de Quintana Roo. Tiene colindancias con Yucatán y el Golfo de México al norte, el Mar Caribe al este,

Belice y Guatemala al sur y con Campeche y Yucatán al oeste (INAFED, 2010b).

Mientras que diferentes instituciones varían en la medición de la cobertura debido a los traslapes geográficos, como se mencionó anteriormente, el INEGI sugiere que la extensión del estado acaba 42,785.73 km², representando 2.19% del territorio nacional (Gobierno del Estado de Quintana Roo & SAGARPA, 2010). Desde su establecimiento como estado, se han agregado cuatro municipios y actualmente, Quintana Roo cuenta con once: Bacalar, Benito Juárez, Cozumel, Felipe Carrillo Puerto, Isla Mujeres, José María Morelos, Lázaro Cárdenas, Othón P. Blanco, Puerto Morelos, Solidaridad y Tulum (INEGI, 2016).

El estado cuenta con climas cálidos subhúmedos con lluvias en verano A(w) y con clima cálido húmedo con abundantes lluvias en verano A(m), y tiene un promedio anual de precipitación de entre 1,100 a 1,500 mm. La superficie del estado se conforma de una gran planicie con leves inclinaciones al oeste y mayores elevaciones al sur, oeste y norte. El estado también tiene rocas calizas por las cuales se filtra el agua de lluvia, disolviéndolas y causando hundimientos. Los principales ecosistemas del estado son bosque tropical perennifolio, bosque tropical subcaducifolio, bosque espinoso y vegetación acuática y subacuática (INAFED, 2010b). Asimismo, “el 90% del territorio del estado...se conforma por selva” (Poder Ejecutivo Estado de Quintana Roo, 2017, p. 68) y 25% de la superficie del estado es considerado como área protegida (INAFED, 2010b).

A nivel nacional, Quintana Roo se encuentra en la posición 21 en cuanto a porcentaje de la población en situación de pobreza, y en la posición 15 en cuanto a porcentaje de la población en situación de pobreza extrema. Se estima que 70% de la población del estado tiene alguna carencia social (ya sea educación, salud, vivienda, seguridad social o alimentación), y 20.8% tiene tres o más carencias. El 15.1% de la población tiene rezago educativo, 18.5% sufre de carencia por acceso a servicios de salud, y el 51.5% tiene carencia por acceso a la seguridad social (Poder Ejecutivo Estado de Quintana Roo, 2017).

A nivel nacional, Quintana Roo ocupa el séptimo lugar en materia de mayor población sin derecho-habienencia a servicios de salud (CONEVAL, 2016). El municipio con el mayor porcentaje de población con carencia es Felipe Carrillo Puerto, con 40.2%, seguido por Solidaridad con 27.4% (Poder Ejecutivo Estado de Quintana Roo, 2017).

La principal actividad económica del estado es en el sector turista, el cual emplea cerca del 80% de la población económicamente activa, particularmente con inversiones en la zona norte (Poder Ejecutivo Estado de Quintana Roo, 2017); esto ha creado un “crecimiento asimétrico” que “ha impactado de manera negativa en la calidad de vida [los] habitantes” de “las regiones centro [o maya] y sur del estado” (Poder Ejecutivo Estado de Quintana Roo, 2017, p. 29).

La pobreza del estado se considera en incremento, “siendo una de las entidades [con] mayor porcentaje de aumento” desde el 2010 al 2012 (Poder Ejecutivo Estado de Quintana Roo, 2017, p. 308). La situación mejoró para el 2014, pero actualmente, “6.3% [de la población] es vulnerable por ingresos” de acuerdo al CONEVAL (citado por Poder Ejecutivo Estado de Quintana Roo, 2017, p. 308) y 42.1% de la población tiene ingresos por debajo de la línea del bienestar (Poder Ejecutivo Estado de Quintana Roo, 2017).

3.2 Regionalización de la zona maya

Existen varias regionalizaciones del estado de Quintana Roo. A nivel político nacional, Quintana Roo se reconoce dentro de la región sur-sureste junto con Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Veracruz y Yucatán. Esta región es la que cuenta con la mayoría de la población indígena del país (SEDATU, 2014).

La regionalización del Gobierno del Estado de Quintana Roo (2018) plasmada en el *Diagnóstico situación del Sector Salud del estado de Quintana Roo 2018*, asigna la regionalización del estado en tres: región norte, región maya y región sur; se reconoce que la región maya “es la zona con mayor infraestructura carretera” (Gobierno del Estado de Quintana Roo, 2018, p. 21), y se considera

que la región maya está constituida de los municipios de Felipe Carrillo Puerto, Lázaro Cárdenas, José María Morelos y Tulum.

Otra regionalización es la del INAFED (2008), donde también se propone que hay tres regiones en el estado de Quintana Roo: región norte, zona maya y región sur. El municipio donde se lleva a cabo el estudio es Felipe Carrillo Puerto, el cual, junto con José María Morelos, Lázaro Cárdenas y el territorio interior del municipio de Solidaridad, conforman la zona maya (INAFED, 2008). De acuerdo con el INAFED (2008) la zona maya en su totalidad abarca 28,845 km², o el 56.7% de la superficie total del estado, y cuenta con 121,520 habitantes, el 13.4% de la población estatal.

Desde la década de 1970, cuando se forma la “Zona Maya”, se le denomina una zona de desarrollo especial dentro del sistema de desarrollo regional por su “[subsistencia en]...métodos tradicionales de agricultura, y...[por] tener pocas posibilidades de desarrollo en la industria y en el turismo” (Baas & van Gendt, 1978, p. 1, citado por Chávez, 2012, p. 58). Chávez (2012) nota que la zona maya es la “más pobre y marginada de la entidad. A la vez, es la zona de mayor dispersión demográfica considerando que su extensión abarca casi la mitad del territorio de la entidad” (p. 71). Se reconoce que la región presenta un rezago en servicios básicos, a causa de esta dispersión de la población en pequeñas comunidades y los procesos migratorios de los habitantes (INAFED, 2008).

En total, la región maya tiene 599 localidades, de las cuales 593 son rurales y dentro de estas localidades rurales, hay 78,049 habitantes (INAFED, 2008). El INAFED (2008) indica que la densidad de población de la región es de 4.2 habitantes por km² y la zona contiene el mayor porcentaje de personas que hablan maya y conservan tradiciones de la etnia en el estado de Quintana Roo.

Actualmente, las principales actividades económicas de la región maya “son la agricultura, la ganadería, la apicultura, la explotación forestal, el chicle y la pesca” (INAFED, 2008), aunque se están viviendo cambios socioeconómicos y demográficos debido a la inversión en el sector turismo a partir de los

proyectos de Cancún, Tulum, Bacalar y Sian Ka'an, entre otros (INAFED, 2008).

3.2.1 La Guerra de Castas como proceso de regionalización

Un proceso que se ha reconocido en varias regionalizaciones de la región maya concierne la Guerra de Castas. Durante la Conquista, se institucionalizaron modos de vida que subyugaban a los grupos indígenas (Historia de México, 2018). Con base en la etnia, se fueron forjando castas, mediante las cuales se gestionaba el posicionamiento social de las personas. A través de estas, la población indígena se fue esclavizando de tal forma que tenían que “trabajar en haciendas,...y...pagar deudas exorbitantes y hereditarias” (Historia de México, 2018).

Después de los movimientos independistas nacionales, varios habitantes del estado de Quintana Roo sentían que no hubo cambios en la forma y calidad de vida y que la opresión con base en la etnia se mantenía vigente (INAFED, 2016). Por tal razón y comandados por Cecilio Chi y Jacinto Pat, entre otros líderes mayas, “en 1847 los mayas yucatecos se levantaron en armas contra la llamada población blanca del estado” (Guzmán, 2010, p. 111).

El conflicto duró más de 80 años, y fue perdiendo auge en medida de que los líderes fueron pereciendo y a causa de facciones internas (Historia de México, 2018; INAFED, 2016). Sin embargo, el proceso forjó una identidad colectiva importante, y, además, fue utilizada por varios para marginar a los mayas aún más. Por ejemplo, Guzmán (2010) considera que durante la Guerra de Castas la prensa se posicionó en contra de los grupos rebeldes, considerándolos “enemigos del orden y el progreso” por lo cual la identidad indígena se construyó en función de ser “[perezosa], indolente y [bárbara]” (p. 111). Hasta la fecha estas poblaciones siguen siendo marginadas y no ha habido muchas mejoras en sus condiciones de vida (Historia de México, 2018).

Una regionalización donde se hace énfasis en la Guerra de Castas es presentada por Moo (2012), donde se reconocen que hay localidades rurales con costumbres y tradiciones que conservan desde hace dos siglos, y en la cual los habitantes son mayas descendientes de la Guerra de Castas.

Otra regionalización que resalta la Guerra de Castas como proceso clave para las comunidades rurales y el poblamiento del territorio del estado se presenta en el trabajo de Chávez (2012), donde se reconoce que a partir de este evento se formaron “tres centros políticos de resistencia” (p. 52) del cual la hoy ciudad de Felipe Carrillo Puerto forma la del centro.

3.2.2 Huertos Caseros, Plantas Medicinales y Saberes Ancestrales como temas identitarios regionales

Otro tema que ha ayudado a la cimentación de la región maya ha sido el uso de plantas medicinales, huertos caseros y la manutención de los saberes ancestrales mayas.

Entre los métodos tradicionales de agricultura que se ven en la región destacan los huertos caseros, que “han sido los más estudiados en el continente americano” (Lope-Alzina, 2017, p. 160), y los cuales han representado un modo de subsistencia para las poblaciones indígenas de la región (Caballero, 1992). La región maya ha mantenido el uso de los huertos caseros y sus saberes ancestrales a pesar de los cambios económicos y culturales en el país (Caballero, 1992). Además, se estima que un 39.3% de las plantas en huertos caseros en México tienen usos médicos (Bajpai, Sharma & Kanungo, 2013). De hecho, Doemel (2013) sugiere que la razón por la cual han podido ser prósperos los grupos mayas es debido a su gran conocimiento y uso de las plantas.

Muchos de los conocimientos sobre el uso de plantas han sido heredados a través de generaciones, y existen bastantes acervos y estudios donde se resguardan rituales y prácticas tradicionales de los grupos mayas (Gobierno de Yucatán, 2020; Uuh & Segura, 2019). También se han llevado a cabo esfuerzos como el de la unidad de investigación biomédica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS; Jiménez, 2017) y la biblioteca de medicina tradicional mexicana de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el INI (Jiménez, 2017).

Asimismo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha apoyado un proyecto para capacitar a médicos tradicionales del estado, y el

Centro de Investigación Científica de Yucatán tiene otro proyecto en colaboración con yerbateros de la región para establecer jardines de plantas medicinales (Hirose, 2018). El estado de Quintana Roo es un caso de éxito donde “se ha logrado incorporar como docentes a los médicos tradicionales de la región” (Hirose, 2018, p. 126). Sin embargo, a pesar de su uso común y popularidad, se reconoce que en general, el saber medicinal maya se encuentra en condición de vulnerabilidad debido a los cambios sociales, migratorios y “el deterioro ambiental y la pérdida de la cubierta vegetal por la deforestación” (Hirose, 2018, p. 128).

3.3 Municipio de Felipe Carrillo Puerto

El municipio de Felipe Carrillo Puerto es uno de los once municipios que actualmente conforman el estado de Quintana Roo, y se le reconoce como un municipio indígena por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI, 2010). El nombre del municipio deriva del Gobernador de Yucatán y líder del Partido Socialista del Sureste quien vivió de 1874-1924, y brindó apoyo para la organización de productores de la región maya en contra de la explotación de intermediarios y para demandar la mejora de precios a compañías extranjeras. El municipio de Felipe Carrillo Puerto se fundó como parte de la Guerra de Castas, con fin de integrar a los rebeldes mayas a través del símbolo de la Cruz parlante (INAFED, 2016).

El municipio de Felipe Carrillo Puerto se encuentra al centro del estado de Quintana Roo y su clima es cálido subhúmedo con lluvias en verano, con un promedio anual de precipitación de 1,204.5 mm. Colinda con Othón P. Blanco al sur, José María Morelos al oeste, y al norte con Tulum y el estado de Yucatán. La superficie del municipio se constituye de una planicie de rocas calizas excepto al oeste-suroeste donde hay ondulaciones de la subprovincia fisiográfica Karso y Lomeríos de Campeche. Existen 20 lagunas en el municipio y la mayor vegetación es de bosque tropical perennifolio. Cabe recalcar que el municipio cuenta con la Reserva de la Biosfera Sian Ka'an, la cual es una zona protegida del país con reconocimiento especial de la UNESCO como Patrimonio Mundial (INAFED, 2016).

El municipio es el más grande del estado de Quintana Roo, con 28% del territorio estatal, pero es el municipio menos poblado, con 5.4% de la población del estado. La densidad de población es de 7.1 habitantes por km². El 71.8% de la población del municipio está en situación de pobreza y el 24.7% de la población en pobreza extrema, tomando el tercer lugar a nivel estatal en pobreza después de José María Morelos y Bacalar (Gobierno de Felipe Carrillo Puerto, 2018).

El mayor número de población indígena del estado se encuentra en el municipio de Felipe Carrillo Puerto y aproximadamente el 93% de la población del municipio se considera de origen indígena totalmente o en parte (Gobierno de Felipe Carrillo Puerto, 2018).

El municipio cuenta con 216 comunidades habitadas (36% de las comunidades en la región maya), de las cuales cinco son localidades urbanas con una población mayor a 2,500 habitantes: Tihosuco, Chunhuhub, Señor, Tepich, y el centro urbano de Felipe Carrillo Puerto (Chávez, 2012). La población en las 211 localidades menores a 2,500 habitantes representa 45% de la población municipal (Gobierno de Felipe Carrillo Puerto, 2018). Felipe Carrillo Puerto cuenta con 75,026 habitantes (37,994 son hombres y 37,032 mujeres), y 19,525 viviendas (INEGI, 2015a; INEGI, 2015b).

Según el *Plan Municipal de Desarrollo 2018-2021* (Gobierno de Felipe Carrillo Puerto, 2018), la principal actividad económica en el municipio es rural, ya que la gran proporción de la tierra es ejidal, por lo que las actividades son principalmente “agricultura de autoconsumo, ganadería y aprovechamiento forestal” (p. 30). En menor escala, también se da la apicultura y la horticultura. Hay un desequilibrio en materia de desarrollo del sector terciario, o de servicios, en comparación a otros municipios del estado. De la población del municipio, se estima que el 40.79% de la población es económicamente activa, y la población económicamente inactiva se da debido a temas de “salud, sociales, culturales u otros” (p. 29).

En materia de carencias, el municipio se encuentra entre los 100 más pobres y con más carencia del país con base en el indicador de Desarrollo Humano

(H. Ayuntamiento de Felipe Carrillo Puerto, 2014). El CONEVAL (2015) indica 91% de la población municipal tiene al menos una carencia social y el 47.8% sufre al menos tres carencias sociales (ya sea educación, salud, vivienda, seguridad social o alimentación). El 19.1% de la población se considera vulnerable por carencia social, y el 19.9% tiene rezago educativo; mientras que el 7.3% tiene carencia por acceso a servicios de salud, 79.8% sufre de carencia por acceso a la seguridad social, 29.9% tiene carencia por calidad y espacios de la vivienda, 73.6% de carencia por acceso a servicios básicos en la vivienda, y 23.6% de carencia por acceso a la alimentación. El 74.7% de la población municipal tiene ingresos inferiores a la línea de bienestar, o la canasta básica alimentaria y no alimentaria; y un 39.2% tiene ingresos bajo la línea de bienestar mínimo, o la canasta básica alimentaria (CONEVAL, 2015).

Para el Consejo Nacional de Población (CONAPO; CONAPO, 2015a) este municipio contaba con grado de marginación alto en el 2015.

3.3.1 Contexto de Salud en Felipe Carrillo Puerto

Los servicios de atención médica de Felipe Carrillo Puerto y del estado de Quintana Roo actualmente responden a la Secretaría Estatal de Salud (Representante de la Jurisdicción Sanitaria número tres, comunicación personal, 22 de noviembre del 2019). Estos se van a federalizar dentro de la reforma en salud (Páramo, 2018).

El municipio de Felipe Carrillo Puerto se encuentra en estado “de rezago en servicios de salud” (Gobierno de Felipe Carrillo Puerto, 2018, p. 39), tiene mayor morbilidad que la media nacional y, como lo reconoce el *Plan Municipal de Desarrollo 2018-2021*, se priva de atención médica a la población municipal (Gobierno de Felipe Carrillo Puerto, 2018).

Felipe Carrillo Puerto forma parte de la jurisdicción sanitaria número tres del estado de Quintana Roo, en conjunto con el municipio de José María Morelos. En Felipe Carrillo Puerto, la jurisdicción sanitaria es responsable de la salud en comunidades, y la atención en primer y segundo nivel⁴. Hay dos hospitales

⁴ La atención de primer nivel concierne con “necesidades de atención básicas y más frecuentes”. El segundo nivel concierne con servicios más especializados como “atención en

de cabecera en la jurisdicción, uno es el Hospital General de Felipe Carrillo Puerto y otro está en el municipio de José María Morelos, el cual es un hospital integral (Representante de la Jurisdicción Sanitaria número tres, comunicación personal, 22 de noviembre del 2019).

La jurisdicción sanitaria número tres cuenta con dos centros urbanos, 52 unidades médicas (20% de las unidades médicas del estado), 35 en Felipe Carrillo Puerto y 17 en José María Morelos, y la jurisdicción depende de la Secretaría Estatal de Salud, la cual se encuentra en Chetumal. Cuentan con una unidad de especialidad médica para enfermedades crónicas (UNEME-EC; en total Quintana Roo cuenta con tres) en Felipe Carrillo Puerto únicamente, donde se les da seguimiento a los pacientes por un año, y hay unidades de atención UNEME-CAPA (Centro de Atención Primaria en Adicciones) en Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos. En las unidades UNEME-EC y UNEME-CAPA no hay personal maya-hablante (Representante de la Jurisdicción Sanitaria número tres, comunicación personal, 22 de noviembre del 2019; Representante de UNEME-EC, comunicación personal, 12 de noviembre del 2019).

En ambos municipios, el total de caravanas de salud es de seis (Representante de la Jurisdicción Sanitaria número tres, comunicación personal, 22 de noviembre del 2019). Felipe Carrillo Puerto cuenta con el 12.2% del total de los médicos generales del estado y casi 9% de los cirujanos. Sólo un 8.5% de las unidades de hospitalización estatales se encuentran en Felipe Carrillo Puerto (Gobierno del Estado de Quintana Roo, 2018).

3.4 Comunidades de Estudio

Se escogieron siete comunidades dentro de una distancia de 50 km de la cabecera municipal del municipio de Felipe Carrillo Puerto (San Antonio Nuevo, San José Segundo, Santa Rosa Segundo, Señor, Tuzik, X-Hazil Sur y

medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría". La atención de tercer nivel es para "patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología" (Julio, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011, p. 12).

Yaxley). Las comunidades y su posición relativa a la cabecera municipal se presentan a continuación en la Figura 3.

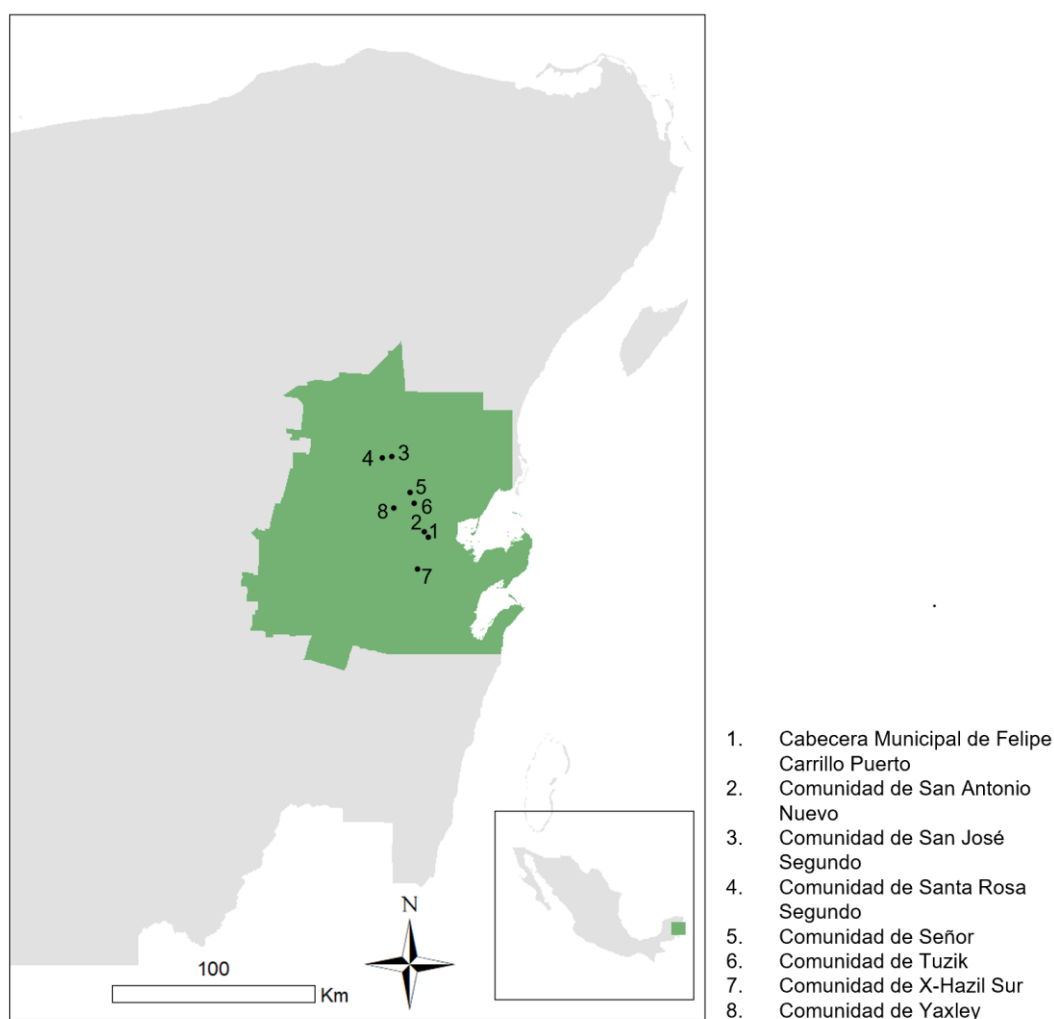


Figura 3. Comunidades de estudio y ubicación con relación a la cabecera municipal de Felipe Carrillo Puerto (elaboración propia, 2019, con información del Marco Geoestadístico Nacional del INEGI, 2017).

A continuación, se presenta una breve descripción contextual y en torno a la salud sobre cada comunidad.

3.4.1 Comunidad de San Antonio Nuevo

Se encuentra a 5.7 km de la cabecera municipal. En el 2010, contaba con una población total de 71 habitantes (39 hombres 32 mujeres; SEDESOL, 2015a),

de los cuales 66.2% son indígenas (CDI, 2010). Cuenta con 12 hogares habitados (SEDESOL, 2015a).

En el 2010, el porcentaje de la población analfabeta mayor de 15 años era de 11.4%, y la población sin derecho-habienencia a servicios de salud era del 74.7% (SEDESOL, 2013a).

No se conoce el número total de enfermedades crónicas no transmisibles, y al no contar con un centro de salud, los datos sobre diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemia en la comunidad no están registrados en el Tablero del Observatorio de Enfermedades Crónicas (Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim, 2020a).

Al no contar con un centro de salud, se refieren a los pacientes a la clínica de Cecilio Chi en Felipe Carrillo Puerto, donde hay un paciente con enfermedad crónica, y donde se indicó que los pacientes no atienden a consulta por falta de incentivo que les proporcionaba el programa de IMSS-PROSPERA⁵ (Representante de la clínica Cecilio Chi, comunicación personal, 12 de noviembre del 2019). En la clínica de Cecilio Chi, no hay personal maya-hablante. Además, no se reportó que lleguen las caravanas de salud. La comunidad de San Antonio Nuevo cuenta con un grado de marginación alto (CONAPO, 2015b). La comunidad cuenta con un yerbatero tradicional.

3.4.2 Comunidad de San José Segundo

Se encuentra a 50.0 km de la cabecera municipal. En el 2010, contaba con una población total de 254 habitantes (128 hombres y 126 mujeres; SEDESOL, 2015b), de los cuales 100% son indígenas (CDI, 2010). Cuenta con 49 hogares habitados (SEDESOL, 2015b).

En el 2010, el porcentaje de la población analfabeta mayor de 15 años era de 26.6%, y la población sin derecho-habienencia a servicios de salud era del 32.3% (SEDESOL, 2013b).

⁵ IMSS-PROSPERA es un programa que “ha brindado servicio a la población que carece de acceso a los sistemas de seguridad social en México” (IMSS, 2018, p. 171).

Se estima que en lo que concierne con un grupo de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias), San José Segundo cuenta con 37 pacientes con alguno de estos diagnósticos y al menos una consulta, de los cuales 16 son activos y 21 inactivos (o no acuden a consulta). Del total de 37 pacientes, 29 padecen diabetes, 16 padecen hipertensión, nueve padecen obesidad y cero padecen dislipidemia (Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim, 2020b). En la comunidad de San José Segundo no se reportó que lleguen caravanas de salud.

San José Segundo cuenta con un grado de marginación alto (CONAPO, 2015b), y tiene un centro de salud el cual tiene como área de influencia las comunidades de: Canzepchén, Trapich y San Felipe Berriozábal. El centro de salud no cuenta con personal de enfermería y tiene un médico general no maya-hablante. Los horarios de atención formales del centro de salud son: 08.00-16.00 hr.

3.4.3 Comunidad de Santa Rosa Segundo

Se encuentra a 50.0 km de la cabecera municipal. En el 2010, la comunidad contaba con una población total de 1,068 habitantes (567 hombres y 501 mujeres; SEDESOL, 2015c), de los cuales 99.3% son indígenas (CDI, 2010). Cuenta con 241 hogares habitados (SEDESOL, 2015c).

En el 2010, el porcentaje de la población analfabeta mayor de 15 años era de 21.1%, y la población sin derecho-habienencia a servicios de salud era del 13.7% (SEDESOL, 2013c).

Se estima que en lo que concierne con un grupo de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias), Santa Rosa Segundo cuenta con 92 pacientes con alguno de estos diagnósticos y al menos una consulta, de los cuales 79 son activos y 13 inactivos (o no acuden a consulta). Del total de 92 pacientes, 67 padecen diabetes, 51 padecen hipertensión, 50 padecen obesidad y 15 padecen dislipidemia (Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim, 2020c). En la comunidad de Santa Rosa Segundo no se reportó que lleguen caravanas de salud.

Santa Rosa Segundo cuenta con un grado de marginación alto (CONAPO, 2015b), y tiene un centro de salud el cual tiene como zona de influencia la comunidad de Melchor Ocampo, y cuenta una enfermera que habla maya y una doctora general no maya-hablante. Los horarios de atención formales del centro de salud son: 08.00-16.00 hr.

3.4.4 Comunidad de Señor

Se encuentra a 31.1 km de la cabecera municipal. En el 2010, contaba con una población total de 3,095 habitantes (1,583 hombres y 1,512 mujeres; SEDESOL, 2015d), de los cuales 99.3% son indígenas (CDI, 2010). Cuenta con 658 hogares habitados (SEDESOL, 2015d).

En el 2010, el porcentaje de la población analfabeta mayor de 15 años era de 19.7%, y la población sin derecho-habienencia a servicios de salud era del 22.7% (SEDESOL, 2013d).

Se estima que en lo que concierne con un grupo de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias), Señor cuenta con 242 pacientes con alguno de estos diagnósticos y al menos una consulta, de los cuales 102 son activos y 140 inactivos (o no acuden a consulta). Del total de 242 pacientes, 183 padecen diabetes, 100 padecen hipertensión, 85 padecen obesidad y 13 padecen dislipidemia (Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim, 2020d). En la comunidad de Señor se reportó que llegan caravanas de salud especialmente para prevención de enfermedades, como a través de vacunas.

Señor cuenta con un grado de marginación alto (CONAPO, 2015b), y tiene un centro de salud el cual tiene como zona de influencia las comunidades de: Chanchén Comandante, Pino Suárez y San Antonio Segundo. El centro de salud cuenta con personal de enfermería (cuatro personas) maya-hablantes, dos médicos generales (no maya-hablantes), y hay un centro ceremonial y médicos tradicionales en la comunidad. Los horarios de atención formales del centro de salud son: 08.00-16.00 hr.

3.4.5 Comunidad de Tuzik

Se encuentra a 40.0 km de la cabecera municipal. En el 2010, la comunidad contaba con una población total de 699 habitantes (360 hombres y 339 mujeres; SEDESOL, 2015e), de los cuales 100% son indígenas (CDI, 2010). Cuenta con 161 hogares habitados (SEDESOL, 2015e).

En el 2010, el porcentaje de la población analfabeta mayor de 15 años era de 28.5%, y la población sin derecho-habienencia a servicios de salud era del 18.6% (SEDESOL, 2013e).

Se estima que en lo que concierne con un grupo de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias), Tuzik cuenta con 72 pacientes con alguno de estos diagnósticos y al menos una consulta, de los cuales 67 son activos y cinco inactivos (o no acuden a consulta). Del total de 72 pacientes, 52 padecen diabetes, 36 padecen hipertensión, 27 padecen obesidad y ocho padecen dislipidemia (Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim, 2020e). En la comunidad de Tuzik no se reportó que lleguen caravanas de salud.

Tuzik cuenta con un grado de marginación alto (CONAPO, 2015b), y tiene un centro de salud el cual no tiene área de influencia y cuenta con personal de enfermería (una persona) que habla maya y una doctora general no maya-hablante. Los horarios de atención formales del centro de salud son: 08.00-16.00 hr.

3.4.6 Comunidad de X-Hazil Sur

Se encuentra a 24.0 km de la cabecera municipal. En el 2010, la comunidad contaba con una población total de 1,422 habitantes (729 hombres y 693 mujeres; SEDESOL, 2015f), de los cuales 99.4% son indígenas (CDI, 2010). Cuenta con 323 hogares habitados (SEDESOL, 2015f).

En el 2010, el porcentaje de la población analfabeta mayor de 15 años era de 16.0%, y la población sin derecho-habienencia a servicios de salud era del 27.9% (SEDESOL, 2013f).

Se estima que en lo que concierne con un grupo de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias), X-Hazil Sur cuenta con 135 pacientes con alguno de estos diagnósticos y al menos una consulta, de los cuales 75 son activos y 60 inactivos (o no acuden a consulta). Del total de 135, 96 padecen diabetes, 79 padecen hipertensión, 67 padecen obesidad y 14 padecen dislipidemia (Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim, 2020f). En la comunidad de X-Hazil Sur se reportó que llegan caravanas de salud, en especial para materia de prevención de enfermedades como a través de vacunas y estudios para la salud de la mujer.

X-Hazil Sur cuenta con un grado de marginación alto (CONAPO, 2015b), y tiene un centro de salud el cual tiene como zona de influencia las comunidades de: Noh-Cah, X-Konha, San Andrés y Kopchen, y cuenta con personal de enfermería (dos personas) maya-hablantes y dos médicos generales no maya-hablantes. Los horarios de atención formales del centro de salud son: 08.00-16.00 hr.

3.4.7 Comunidad de Yaxley

Se encuentra a 42.3 km de la cabecera municipal. En el 2010, contaba con una población total de 600 habitantes (333 hombres y 267 mujeres; SEDESOL, 2015g), de los cuales 100% son indígenas (CDI, 2010). Cuenta con 126 hogares habitados (SEDESOL, 2015g).

En el 2010, el porcentaje de la población analfabeta mayor de 15 años era de 18.5%, y la población sin derecho-habienencia a servicios de salud era del 17.2% (SEDESOL, 2013g).

Se estima que en lo que concierne con un grupo de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias), Yaxley cuenta con 70 pacientes con alguno de estos diagnósticos y al menos una consulta, de los cuales 52 son activos y 18 inactivos (o no acuden a consulta). De los 70 pacientes totales, 52 padecen diabetes, 30 padecen hipertensión, 29 padecen obesidad y seis padecen dislipidemia (Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim, 2020g). En la comunidad de Yaxley se reportó que llegan

caravanas de salud especialmente para prevención de enfermedades, a través de vacunas y estudios para la salud de la mujer.

Yaxley cuenta con un centro de salud y tiene un grado de marginación alto (CONAPO, 2015b). El centro de salud de Yaxley no tiene áreas de influencia y cuenta con personal de enfermería que habla maya (una persona) y un médico general no maya-hablante. Los horarios de atención formales del centro de salud son: 08.00-16.00 hr.

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA

4.1 Instrumentos de Investigación

En esta investigación se utilizaron métodos mixtos con la finalidad de explorar las cinco dimensiones del acceso a la salud propuestas por Penchansky & Thomas (1981), medirlas en función de su realización y potencial, así como para indagar en las causas de las brechas, y posibles recomendaciones para atenuarlas. Se hizo uso de métodos mixtos ya que permiten “darle profundidad al análisis” y también, “[amplían] las preguntas y las teorías para dar cuenta de la realidad” (Hamui-Sutton, 2013, p. 211).

Hay cuatro modelos de métodos mixtos comúnmente utilizados en estudios de la salud: para desarrollar instrumentos, explicativo o aclaratorio, triangulación, y transformación longitudinal (Hamui-Sutton, 2013). Este trabajo se basa en el segundo: el modelo explicativo, el cual se utiliza cuando se investigan cualitativamente los resultados derivados del estudio cuantitativo para complementar o aclarar hallazgos, y se incluye, por lo general, a los mismos participantes en ambas etapas con la finalidad de “representar mejor sus percepciones y experiencias” (Hamui-Sutton, 2013, p. 213).

A continuación, se presenta un desglose de las técnicas utilizadas, el muestro, la población y otras consideraciones metodológicas.

Tipo de estudio:

El estudio es descriptivo, exploratorio, transversal, retrospectivo, comparativo y mixto.

Población de estudio:

Personas con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles en siete comunidades de la región maya de Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo, ubicadas dentro de una distancia de 50 km de la cabecera municipal.

Tipo de muestreo:

Muestreo de comunidades: no probabilístico por conveniencia de comunidades dentro de una distancia de 50 km de la cabecera municipal (Otzen & Manterola, 2017).

Muestreo de participantes: no probabilístico intencional (Otzen & Manterola, 2017), únicamente con personas con diagnósticos auto-reportados y no corroborados. También se hizo un submuestreo en cadena o por redes (personas con padecimientos recomendando a otros; Martínez-Salgado, 2012) en las comunidades.

Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyeron a todas las personas con por lo menos un diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron a todas las personas cuya enfermedad no se considera crónica no transmisible o que no hayan recibido diagnóstico médico.

Para las comunidades, el criterio de inclusión fue estar dentro de una distancia de 50 km de la cabecera municipal.

Tamaño de la muestra:

El total fue de 77 personas con por lo menos un diagnóstico de enfermedad crónica no transmisible en siete comunidades de la región maya de Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo.

El número de participantes por comunidad fue:

1. Uno en San Antonio Nuevo (una encuesta y entrevista),
2. 22 en San José Segundo (grupo focal con 15 personas, 22 encuestas y siete entrevistas),
3. 14 en Santa Rosa Segundo (14 entrevistas y encuestas),
4. 15 en Señor (15 encuestas y entrevistas),
5. Siete en Tuzik (siete encuestas y entrevistas),

6. 14 en X-Hazil Sur (grupo focal con siete personas, siete entrevistas y 14 encuestas) y,
7. Cuatro en Yaxley (cuatro encuestas y entrevistas).

Materiales:

Se hizo uso de un GPS (310 Magellan) para captar las coordenadas correctas de las comunidades visitadas y medir distancias desde la cabecera municipal. Se procesaron los datos a través del uso del programa ArcMap versión 10.4.1 para visualizar las comunidades y su ubicación con relación a la cabecera municipal. Se utilizaron una computadora y artículos de papelería para el llenado de las encuestas y notas de campo.

Métodos

Recolección de Datos:

Para la recolección de datos se utilizaron tres métodos:

a. Encuestas:

La encuesta es “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación” y que es “[rápida] y eficaz” (Casas, Repullo & Donado, 2003, pp. 527-528). Se utiliza comúnmente en el ámbito de la salud (Casas *et al.*, 2003) y “permite...aislar ciertos problemas...reduce la realidad a cierto número de datos esenciales y precisa el objeto de estudio” (Lundberg, 2004, p. 172 citado por Gómez, 2012, p. 58). Este método “permite la obtención de datos sobre una gran variedad de temas” y “faculta hacer comparaciones intragrupalas”, “a través de las manifestaciones realizadas por los encuestados” (Casas *et al.*, 2003, pp. 527-528).

La finalidad principal del uso de la encuesta para este trabajo fue medir el acceso realizado y el potencial en las cinco dimensiones del acceso de Penchansky & Thomas (1981), y

obtener datos descriptivos. Se utilizaron preguntas mixtas, abiertas y cerradas (tanto dicotómicas y con varias opciones). Debido a su facilidad de obtención de datos de distintos índoles, la variedad en las comunidades y las enfermedades, así como las restricciones de tiempos, este método fue seleccionado para comparar las dimensiones del acceso.

Las encuestas se basaron en los trabajos de Welhemina (2009), quien investiga el acceso a la salud y su relación con distintos factores, incluyendo socioeconómicos, geográficos y culturales, a través de una encuesta; Pichert & Briscoe (1997), quienes estudian las barreras del acceso para personas con diabetes únicamente y desarrollan una encuesta propia para ello; y, por último, una encuesta desarrollada por el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés; 2008) de Inglaterra, en la que se miden experiencias de la utilización de servicios a nivel local.

Se complementaron con preguntas relevantes en el contexto regional maya y se incorporaron preguntas sobre los métodos, incluyendo aquellos autóctonos, que se usan para satisfacer necesidades de acceso en salud.

Las encuestas tomaron lugar en el mes de noviembre del 2019. En total, se llevaron a cabo 77 encuestas. La guía de la encuesta se encuentra en el primer apéndice.

b. Grupos focales y entrevistas semiestructuradas:

Estos métodos son métodos cualitativos que permiten “explorar los conocimientos y experiencias de las personas” (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013, p. 56).

La entrevista se puede considerar como “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (Canales, 2006 citado por Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández & Varela-Ruiz, 2013, p. 163). Permite obtener información “más completa y profunda” así como modificar “el orden y contenido de las preguntas acorde al proceso de la entrevista” (Díaz-Bravo *et al.*, 2013, p. 163).

Los grupos focales, por otra parte, son un “espacio de opinión...y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes” (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013, p. 56). A diferencia de las entrevistas, los grupos focales buscan examinar “las ideas en un determinado contexto cultural” (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013, p. 56).

Estos dos métodos se utilizaron para complementar los datos de las encuestas y para explicar las causas de las brechas entre el acceso realizado y el potencial. Estos métodos fueron empleados, asimismo, para obtener información sobre recomendaciones para mejorar el acceso a la salud desde la perspectiva de los usuarios, incluyendo consideraciones culturalmente relevantes como el uso de huertos caseros y plantas medicinales.

Los grupos focales y entrevistas semiestructuradas tomaron lugar en el mes de noviembre del 2019. En total, se llevaron a cabo dos grupos focales (n=15 y n=7) y 55 entrevistas. Las guías de las entrevistas y los grupos focales se encuentran en el segundo apéndice.

c. Observaciones de campo:

La observación un método de investigación cualitativa que “[centra] selectivamente la atención” (Santos, 1999, p. 425) y es “la más común de las técnicas de investigación” (Gómez, 2012, p. 60).

Se hizo uso de la observación directa no participante, en la cual “el investigador...[no tiene] ninguna función en la comunidad donde efectúa su investigación” (Gómez, 2012, p. 61), así como la indirecta, en la cual “el investigador corrobora los datos que ha tomado de otros” (Gómez, 2012, p. 61). La finalidad de obtener observaciones de campo fue para sistematizar los datos obtenidos en las encuestas, entrevistas y grupos focales, así como para recabar información contextual.

Se registraron observaciones a través de notas de campo durante el mes de noviembre del 2019 y se utilizaron fotografías para captar información durante las entrevistas y los grupos focales.

Cabe mencionar que se complementaron las observaciones de campo con conversaciones informales y abiertas con representantes de la jurisdicción sanitaria número tres, la clínica de Cecilio Chi, y la unidad UNEME-EC, quienes prestaron información contextual sobre las comunidades y la región de estudio.

A continuación, se presenta un cuadro donde se resumen los métodos utilizados para la recaudación de datos durante la fase de campo y su contribución al trabajo.

Cuadro 1. Sistematización de métodos utilizados, participación y tipo de contribución al trabajo.

Metodología	Participación	Tipo de Contribución de Datos
Encuestas	77	Percepciones del acceso realizado en las cinco dimensiones, uso de huertos caseros y datos contextuales
Grupos focales	2 (15 participantes en uno, 7 en otro)	Razones de las brechas entre el acceso realizado y potencial, recomendaciones para atenuar brechas, uso de huertos caseros y métodos de preparación de remedios caseros
Entrevistas semiestructuradas	55	Razones de las brechas entre el acceso realizado y potencial, recomendaciones para atenuar brechas, uso de huertos caseros y métodos de preparación de remedios caseros
Observaciones de campo	77	Datos contextuales, información sobre plantas medicinales

Fuente: elaboración propia, 2020.

Análisis de Datos:

Para el análisis de datos se utilizaron dos métodos los cuales sirvieron para: 1) sistematizar y describir los datos, y 2) visualizar brechas entre el acceso realizado y potencial. El análisis de datos y su presentación se basó en el marco de referencia de las cinco dimensiones del acceso de Penchansky & Thomas (1981).

a. Análisis Descriptivo:

La información se procesó con Excel 2016, con el cual se calcularon frecuencias absolutas, relativas porcentuales y brechas entre el acceso realizado y potencial con base en las percepciones reportadas por los participantes, así como la utilización de plantas medicinales.

b. Análisis de Brechas y Gráficas de Radar:

Se generaron gráficas de radar a partir de una codificación con base en puntajes asignados a las respuestas de las encuestas, las entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Las brechas entre el acceso realizado y el potencial se demuestran visualmente en espacio radial dentro de un polígono en el cual se pueden comparar diferentes variables en un mismo plano (Castillo-Rojas & Vega, 2018).

Consideraciones éticas:

Las encuestas, entrevistas y grupos focales se llevaron a cabo en espacios público, como centros de salud o iglesias, o en sus domicilios con fin de que los participantes se sintieran cómodos. Al principio de cada encuesta, entrevista y grupo focal, se les explicó en qué consistía el estudio, y cómo se utilizarían los datos. Se les pidió su consentimiento de manera verbal y en casos donde los participantes no sabían leer, escribir ni entender español, se les apoyó con el llenado de las encuestas, y se contó con la participación de una traductora proveniente de la región.

Para las conversaciones con representantes de la jurisdicción sanitaria número tres, la clínica de Cecilio Chi, y la unidad UNEME-EC, también se les explicó el motivo del estudio y cómo se utilizarían los datos. Se les pidió permiso antes de llevar a cabo diálogos abiertos.

En ningún momento se pidieron datos personales de los participantes, ni de los representantes de la jurisdicción sanitaria número tres, la clínica de Cecilio Chi, y la unidad UNEME-EC.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Datos Generales de los Participantes

En total, 77 personas con ECNTs participaron en este estudio. Las características generales de los participantes se presentan a continuación, y en el Cuadro 3 se presentan datos sobre sus condiciones de vivienda.

Cuadro 2. Características generales de los participantes (n=77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
Sexo		
Hombre	19	25%
Mujer	58	75%
Grado de Escolaridad		
Primaria	35	45%
Secundaria	14	18%
Preparatoria o Bachiller	2	3%
No acudió	26	34%
Edad		
30-40 años	9	12%
41-50 años	17	22%
51-60 años	18	23%
61-70 años	16	21%
71-80 años	13	17%
Más de 80 años	4	5%
Estado Civil		
Casada/o	60	78%
Soltera/o	6	8%
Divorciada/o	1	1%
Viuda/o	7	9%
Otro: (Unión Libre)	3	4%
Lengua		
Maya únicamente	25	32%
Español y Maya	52	68%
Ocupación		
Ama de Casa	51	66%
Incapacitado por enfermedad	11	14%
Venta	9	12%
Milpa	9	12%
Misionera	2	3%
Taxi	1	1%
Albañil	1	1%
Invernadero	1	1%
Cocinera	1	1%
Más de uno: (taxi y venta, milpa y venta)	9	12%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta.

Cuadro 3. Características contextuales de los participantes (n=77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
Vivienda Segura		
Sí	67	87%
No	10	13%
Agua Potable		
Sí	74	96%
No	3	4%
Baño Seguro en Vivienda		
Sí	76	99%
No	1	1%
Electricidad en Vivienda		
Sí	76	99%
No	1	1%
Cuenta con Señal		
Sí	48	62%
No	29	38%
Vivienda sobre Calle Pavimentada		
Sí	25	32%
No	52	68%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta y observaciones de campo.

5.2 Datos Generales sobre Salud

El diagnóstico más frecuente en la muestra fue el de diabetes en 43 participantes, seguido por hipertensión en 20 participantes y problemas de colesterol en cinco participantes. La frecuencia de los diagnósticos se presenta en la Figura 4⁶.

⁶ Un desglose completo de los diagnósticos y frecuencias correspondientes se pueden consultar en el Apéndice 3.

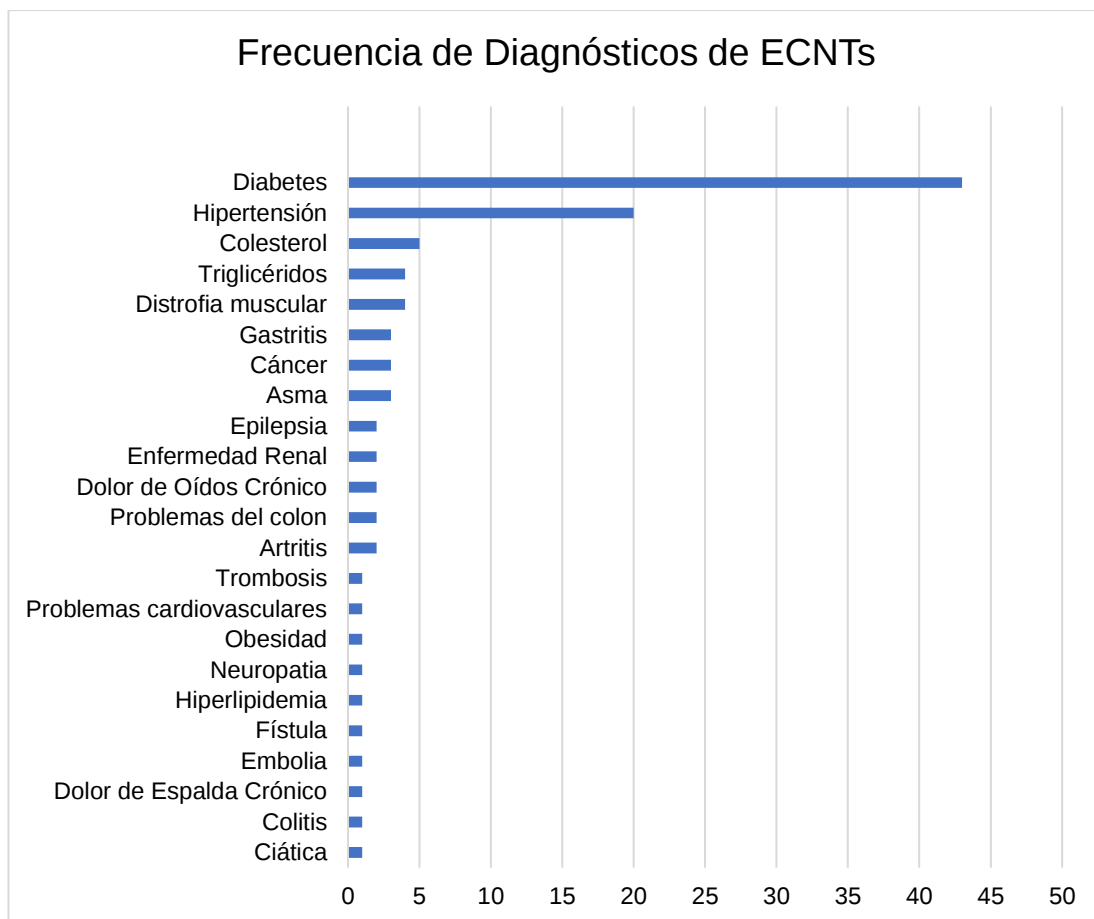


Figura 4. Frecuencia de diagnósticos de ECNTs en la muestra (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta).

Dentro de los 77 participantes, 17 (22%) tuvieron comorbilidades y siete tuvieron multimorbilidades (9%). Los padecimientos de los participantes fueron diagnosticados en promedio hace 12.4 años, con la fecha de diagnóstico más cercana siendo de 0.5 años y la más lejana de 53 años⁷.

Entre las fuentes de información sobre salud, 42 participantes (55%) mencionaron tener más de una, y los datos sobre las distintas fuentes y frecuencias se presentan a continuación.

⁷ Un desglose completo de las fechas de diagnóstico se puede consultar en el Apéndice 3.

Cuadro 4. Tipo y frecuencia de mención de las fuentes de información sobre salud (n=77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
Fuente de información sobre salud		
Vecinos y miembros de la comunidad	25	32%
Televisión y/o radio	18	23%
Familia, amigos y/o conocidos	16	21%
Colegas en el trabajo	2	3%
Internet	2	3%
Material Impreso	1	1%
Otro: (Clínica/Centro de salud en la comunidad)	55	71%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta.

5.3 Las cinco dimensiones del acceso

En este apartado se presentan los resultados recabados en las cinco dimensiones del acceso a la salud de Penchansky & Thomas (1981). Se complementa con un breve análisis en cada dimensión para precisar el tipo de brechas en cada una. Asimismo, se presentan datos sobre la utilización de huertos caseros y plantas medicinales y gráficas de radar generales y por comunidad.

5.3.1 Disponibilidad

Cuadro 5. Datos sobre la dimensión de disponibilidad (n=77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
A dónde acuden normalmente		
Centro de salud en la comunidad	67	87%
Hospital	14	18%
Servicio Privado	9	12%
Tradicional	8	10%
Familia y amigos	5	6%
No acude	1	1%
Vienen a mi casa	0	0%
Acude a más de uno	33	43%
Otro:		
UNEME-EC	3	4%
Centros de salud en otras comunidades o ciudades	3	4%
Tipo de prestador de servicios que ve normalmente		
Enfermera/o	29	38%
Doctor General	21	27%
Doctor Especialista	14	18%
Tradicional	11	14%
Otro: (Practicante)	2	3%
Usa más de un prestador de servicios		
Siempre	4	5%
Seguido	10	13%
A veces	32	42%
Casi nunca	9	12%
Nunca	22	29%
Razones por las que acuden a su prestador de servicios más frecuente		
Distancia/conveniencia	58	75%
Costo	41	53%
Calidad	22	29%
Confianza	14	18%
Recomendación de familiares o amistades	8	10%
Tradicición	2	3%
Otro:		
Obligación debido a cobertura	9	12%
Especialidad	6	8%
Medicamentos gratuitos	2	3%
Tiempos de Espera	1	1%

Medicinas disponibles cuando las necesito		
Siempre	8	10%
Seguido	9	12%
A veces	26	34%
Casi nunca	22	29%
Nunca	12	16%
Visitas anuales por ECNT		
0 veces	3	4%
1-2 veces	5	6%
3-4 veces	7	9%
5-7 veces	6	8%
8-10 veces	4	5%
Más de 10 veces	52	68%
He podido ver a un especialista cuando ha habido falta		
Siempre	6	8%
Seguido	5	6%
A veces	34	44%
Casi nunca	7	9%
Nunca	25	32%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta.

Cuadro 6. Frecuencia y porcentajes de utilización por tipo de prestador de servicios médicos (n=77).

Tipo de Prestador	Frecuencia (porcentaje de los participantes)				
	Siempre	Seguido	A veces	Casi nunca	Nunca
Doctor General	7 (9%)	13 (17%)	49 (64%)	8 (10%)	0 (0%)
Especialista	2 (3%)	6 (8%)	9 (12%)	8 (10%)	52 (68%)
Tradicional	0 (0%)	3 (4%)	36 (47%)	18 (23%)	20 (26%)
Enfermera/o	40 (52%)	5 (6%)	26 (34%)	0 (0%)	6 (8%)

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta.

Referencias Médicas

Cuadro 7. Datos sobre referencias a otros centros médicos.

Variable		Frecuencia	Porcentaje de los participantes (n=77)	
Refieren				
Sí		72	94%	
	Siempre	6	8%	
	Seguido	21	27%	
	A veces	34	44%	
	Casi nunca	11	14%	
No	Nunca	5	6%	
	Lugar de Referencia			
	Felipe Carrillo Puerto	55	71%	
	Chetumal	19	25%	
	Hospital General Felipe Carrillo Puerto	12	16%	
	Mérida	7	9%	
	Playa del Carmen	5	6%	
	Valladolid	4	5%	
	Campeche	2	3%	
	Señor	2	3%	
	Temozón	2	3%	
	Akumal	1	1%	
	Cancún	1	1%	
	Chunhuhub	1	1%	
	Puerto Morelos	1	1%	
	Refieren a más de un centro de salud	24	31%	
	No refieren	5	6%	
Razón de referencia		Porcentaje de participantes referidos (n=72)	Porcentaje de respuestas (n=135)	
	Servicios Especialistas	46	64%	34%
	Estudios y/o Exámenes	27	38%	20%
	Medicamentos	21	29%	16%
	Control, tratamiento y/o seguimiento	9	13%	7%
	Tiempos de Espera	9	13%	7%
	Servicios Diagnósticos	7	10%	5%
	Gravedad	6	8%	4%
	Disponibilidad de insumos adecuados	2	3%	1%
	Mejor Capacidad de Recepción	2	3%	1%
	Atención Quirúrgica	2	3%	1%
	Servicios de Emergencia	2	3%	1%
	Mejor Calidad	1	1%	1%
	Discriminación y/o Negligencia	1	1%	1%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevista y grupos focales.

Análisis de Disponibilidad

¿Cuáles son las brechas entre el acceso realizado y el potencial en disponibilidad?

Brechas en tipo de prestadores disponibles:

Entre los datos más destacados en disponibilidad cabe recalcar que no se frecuenta a los especialistas, con el 68% de los participantes indicando que nunca ve a un especialista. Al mismo tiempo, los servicios especialistas son la razón por la que más se refiere a los usuarios, con 46 (60%) participantes mencionando esto como razón de referencia. Asimismo, el 41% de los participantes indicó que no pudieron ver a un especialista cuando les era necesario casi nunca y nunca. Estos datos sobre la falta de especialistas en concuerdan con lo que proponen Duan *et al.* (2018) sobre la falta de penetración de intervenciones en el ámbito rural mexicano.

A diferencia de la disponibilidad de los especialistas, 52% de los participantes indicó ver a un/a enfermero/a siempre. Esto se puede entender como consecuencia de la alta distribución de enfermeros/as a diferencia de doctores generales y especialistas.

Brechas en tipo de servicios disponibles:

El 87% de los participantes utiliza el centro de salud comunitario como su centro de atención más frecuente, lo cual indica que los centros comunitarios son una plataforma importante para el acceso a la salud, especialmente para el control y seguimiento de los pacientes (con sólo nueve referencias para esto); y como se nota en materia de fuentes de información (Cuadro 4), también contribuye a la concientización y el intercambio de conocimientos.

Sin embargo, a pesar de la gran utilización del centro de salud, se refiere al 94% de los participantes para atender necesidades específicas a sus ECNTs. Esto se puede entender como consecuencia de la planeación central, donde no se consideran las necesidades de ECNTs a nivel comunitario. De acuerdo con Martínez (1979), este es un error en el proceso de planeación, ya que se

consideran las unidades rurales “sin que existan posibilidades de prestar una atención hospitalaria propiamente dicha” (p. 40).

Brechas en tipo de insumos disponibles:

Como ya se mencionó, los servicios especialistas son una razón importante por la que se refiere a los participantes, pero, además, cabe recalcar la falta de insumos en los centros, los cuales se pueden ver en que los estudios y/o exámenes (incluyendo exámenes especialistas, diagnósticos, y de control y seguimiento), y los medicamentos son la segunda y tercera razón de referencia más frecuentes. Estos datos concuerdan con los resultados de Hautecoeur *et al.* (2007), quienes sugieren que la escasez de servicios es una problemática importante para las poblaciones indígenas en materia de salud, y, además, resaltan la propuesta de Martínez (1979) sobre los errores en el proceso de planeación.

Este último punto también se corrobora en que el 78% de los participantes indicó contar con medicamentos cuando los necesitaban a veces, casi nunca y nunca.

Las referencias para servicios especialistas, estudios y medicamentos indican una falta de capacidad de diagnóstico, seguimiento, tratamiento y medicamentos para ECNTs a nivel centro de salud comunitario, y, por consiguiente, una brecha importante en varios aspectos en la dimensión de la disponibilidad. En conjunto, estas brechas profundizan la vulnerabilidad de los pacientes con ECNTs, quienes requieren de atención, control y suministro de medicamentos constantes debido a la cronicidad de sus padecimientos, así como un abordaje especializado. También, esto puede afectar la dimensión de la asequibilidad y adaptación.

5.3.2 Adaptación

Cuadro 8. Datos sobre la dimensión de adaptación (n=77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
Contacto		
Voy con el/ella	74	96%
Por teléfono	2	3%
Otro: (va su hijo)	1	1%
Agenda		
Agendo cada vez que voy a consulta	55	71%
Voy con el/ella	24	31%
Por teléfono	3	4%
Otro: (turno o fichas)	2	3%
Más de uno:	7	9%
Experiencia en agendar citas		
Muy fácil	17	22%
Fácil	21	27%
Un poco fácil	5	6%
Normal	18	23%
Un poco difícil	12	16%
Difícil	4	5%
Muy difícil	0	0%
Me han ofrecido métodos alternativos de atención (visitas en casa, llamadas, etc.)		
Siempre	16	21%
Seguido	4	5%
A veces	11	14%
Casi nunca	7	9%
Nunca	39	51%
Ha sido fácil buscar atención por mi ECNT		
Siempre	15	19%
Seguido	16	21%
A veces	16	21%
Casi nunca	17	22%
Nunca	13	17%
En el último año he tenido que utilizar servicios de emergencia por mi ECNT		
0 veces	49	64%
1 vez	16	21%
2 veces	4	5%
3 veces	4	5%
4 veces	1	1%
5 veces	0	0%
6 o más veces	3	4%
Opino que los horarios de atención son adecuados en el centro de salud más cercano		
Siempre	1	1%
Seguido	21	27%
A veces	23	30%

Casi nunca	19	25%
Nunca	13	17%
Opino que los horarios de atención son adecuados en el centro de salud que más frecuento		
Siempre	12	16%
Seguido	10	13%
A veces	18	23%
Casi nunca	22	29%
Nunca	15	19%
Razones por las que no he buscado atención cuando lo necesitaba		
Falta de dinero o seguro	43	56%
Falta de transporte	20	26%
Falta de tiempo	13	17%
Mal clima y condiciones	9	12%
Experiencias previas malas	8	10%
Falta de medicamentos	8	10%
No sabía a donde ir	7	9%
Miedo de recibir malas noticias o saber mi diagnóstico	7	9%
No había apoyo para los cuidados	6	8%
Discriminación o estigma por parte de mi prestador	4	5%
Estaba enfermo/a / problemas de salud	3	4%
No entiendo a mi prestador de servicios	3	4%
Prefiero métodos tradicionales o caseros	1	1%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevista y grupos focales.

Tiempos de Espera

Cuadro 9. Datos sobre tiempos de espera (n=77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
He tenido que esperar más de lo normal este año por medicamentos, citas, estudios o resultados		
Siempre	9	12%
Seguido	15	19%
A veces	25	32%
Casi nunca	13	17%
Nunca	15	19%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta.

Cuadro 10. Datos sobre tiempos de espera por servicio requerido (n=62)⁸.

	Mismo día	1-6 días	1-3 semanas	4-6 semanas	7-8 semanas	Más de 8 semanas
Medicamentos	2 (3%)	2 (3%)	15 (24%)	20 (32%)	6 (10%)	17 (27%)
Citas	3 (5%)	0 (0%)	23 (37%)	23 (37%)	0 (0%)	13 (21%)
Estudios	0 (0%)	0 (0%)	25 (40%)	24 (39%)	0 (0%)	13 (21%)
Resultados	0 (0%)	0 (0%)	31 (50%)	31 (50%)	0 (0%)	0 (0%)

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta.

Análisis de Adaptación

¿Cuáles son las brechas entre el acceso realizado y el potencial en adaptación?

Brechas en tiempos de espera y adaptación de insumos:

Siguiendo con la narrativa que se empieza a presentar a través de los datos de la dimensión de disponibilidad, se puede ver que los medicamentos también causan brechas en la adaptación, particularmente en materia de tiempos de espera. El 97% de los participantes espera más de un día en recibir medicamentos, y 69% más de un mes. Estudios realizados en otros países muestran que los tiempos de espera por medicamentos para pacientes con ECNTs tienden a ser de menos de un día (Magadzire, Mathole & Ward, 2017). Esto es importante recalcar debido a que indica la exclusión de las necesidades de las personas con ECNTs, quienes requieren un suministro continuo de medicamentos, ya que, si quedan desatendidos estos padecimientos, se pueden generar o agravar distintos efectos secundarios en la salud como comorbilidades.

Brechas en adaptación de servicios:

Los datos muestran que no es fácil buscar atención para ECNTs, con sólo el 40% de los participantes indicando que seguido o siempre se les facilita, y que muchos se quedan sin buscar atención cuando la necesitan por falta de dinero, seguro y transporte, a pesar de contar con el Seguro Popular. Estos

⁸ Se presentan datos de 62 participantes, ya que 15 indicaron que “nunca” tuvieron que esperar por estos servicios (ver Cuadro 9).

resultados concuerdan con los datos de Goins *et al.* (2006), quienes demuestran que la falta de transporte, los costos, incluyendo los de medicamentos, y las restricciones financieras son barreras del acceso a la salud para poblaciones rurales.

La dificultad en buscar atención para ECNTs, es notoria si se considera que sólo 22 participantes opinaron que los horarios de atención son adecuados siempre o seguido tanto en los centros de salud más cercanos, como en los más frecuentes (datos que concuerdan con el estudio realizado por Hautecoeur *et al.*, 2007, en donde se destaca la importancia de los horarios de atención para las poblaciones indígenas). También cabe recalcar que no se les ha ofrecido servicios alternativos, como seguimiento a través de llamadas o atención en casa, a la mayoría de los participantes. En conjunto, estos datos aumentan la dificultad de acceder a servicios de salud de manera oportuna, lo cual ahonda su precariedad.

5.3.3 Accesibilidad

Cuadro 11. Datos sobre la dimensión de accesibilidad (n=77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
Distancia al centro de salud más cercano		
Menos de 1 km	71	92%
1-5 km	1	1%
6-10 km	2	3%
11-20 km	2	3%
21-30 km	1	1%
31-40 km	0	0%
40-50 km	0	0%
Más de 50 km	0	0%
Tiempo al centro de salud más cercano		
Menos de 1-10 min	35	45%
11-20 min	8	10%
21-40 min	9	12%
41-60 min	8	10%
1-2 hr	2	3%
Más de 2 hr	15	19%
Distancia al centro de salud más frecuentado		
Menos de 1 km	38	49%
1-5 km	0	0%
6-10 km	2	3%
11-20 km	2	3%
21-30 km	9	12%
31-40 km	0	0%
40-50 km	0	0%
Más de 50 km	26	34%
Método de transporte más utilizado		
Caminando	56	73%
Bus o transporte público	33	43%
Taxi	11	14%
Propio coche	6	8%
Ellos vienen	1	1%
Otro:	7	9%
Bicicleta	3	4%
Mototaxi	2	3%
Triciclo	1	1%
Motocicleta	1	1%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta.

Cuadro 12. Datos sobre distancias a centros de referencia (n=72).⁹

Variable	Porcentaje de los participantes referidos
Distancia Máxima a Centro de Referencia (en paréntesis Distancia Mínima a Centro de Referencia)	
0-50 km	54% (81%)
50-100 km	7% (4%)
Más de 100 km	39% (15%)

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevista, grupos focales y observaciones de campo.

Análisis de Accesibilidad

¿Cuáles son las brechas entre el acceso realizado y el potencial en accesibilidad?

Brechas en servicios accesibles en comunidad:

Entre los datos más importantes a destacar en materia de accesibilidad es notorio que el 96% de los participantes cuenta con un centro de salud dentro de una distancia de 10 km de su vivienda, y que una de las razones más importantes por las que la mayoría de los participantes acude con su prestador más frecuente es debido a su cercanía (ver Cuadro 5). Sin embargo, la efectividad de estos centros disminuye en función de: 1) que la distancia al centro de atención más frecuente se encuentra por encima de los 50 km para 34% de los participantes, 2) que casi la mitad hace uso del transporte público para llegar a sus centros de atención, y 3) que el 22% tiene que viajar más de 60 min para llegar a su centro más cercano.

Los centros de referencia también corroboran estos datos, ya que 46% de los participantes llegan a viajar más de 50 km en promedio para llegar a sus centros de referencia.

Con base en los datos de las referencias (ver Cuadros 7 y 12), se puede entender que los servicios especialistas, estudios, medicamentos y tratamientos para ECNTs no son accesibles dentro de las comunidades, lo

⁹ Se presentan datos de 72 participantes, ya que cinco indicaron que “nunca” son referidos (ver Cuadro 7). Asimismo, un desglose completo de las distancias a los centros de referencia se puede encontrar en el Apéndice 3.

cual sustenta el posicionamiento de Martínez (1979) sobre los problemas en la fase de planeación, de tal forma que los centros de salud “sólo benefician a la comunidad en cuanto a que representa un elemento más de la vida social” (p. 40), más no necesariamente mejoran el acceso a la salud para las poblaciones rurales.

Brechas en accesibilidad a centros de referencia:

La desagregación total de los datos de centros de referencia se puede ver en la dimensión de la disponibilidad, pero cabe recalcar que la distancia promedio que se abarca por referencias es de 76.1 km, y la máxima es de 406 km. Estas cifras superan la distancia a la cabecera municipal, lo cual imposibilita el acceso por cuestiones de transporte y asequibilidad de los viajes. Estos datos concuerdan con el trabajo de Torres *et al.* (2003), quienes demuestran que una barrera para la población indígena es la distancia geográfica. Las distancias que tienen que recorrer las personas con ECNTs para atender sus necesidades, por ende, señala que la toma de decisiones sobre la ubicación geográfica de centros y servicios de atención para estas enfermedades no incluye una perspectiva de las capacidades económicas, el gasto de bolsillo o el tiempo que esto implica para quienes las padecen.

5.3.4 Asequibilidad

Cuadro 13. Datos sobre la dimensión de asequibilidad (n=77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
Servicios por los que paga		
Transporte	54	70%
Medicamentos	49	64%
Limpieza	41	53%
Consulta y/o Honorarios	24	31%
Exámenes y/o Estudios	13	17%
Equipo y/o Insumos	6	8%
Servicios Especialistas	3	4%
Gratificaciones	1	1%
Comidas	1	1%
Albergue	1	1%
Gasto de bolsillo en salud en el último año (como porcentaje de ingresos)		
0%	20	26%
1-10%	17	22%
11-50%	17	22%
51-100%	12	16%
Más del 100%	11	14%
En el último año no he podido pagar mis gastos por salud		
Siempre	18	23%
Seguido	15	19%
A veces	14	18%
Casi nunca	12	16%
Nunca	18	23%
En el último año he sufrido estrés financiero debido a gastos en salud		
Siempre	16	21%
Seguido	7	9%
A veces	27	35%
Casi nunca	7	9%
Nunca	20	26%
Seguro o Afiliación		
Seguro Popular	69	90%
ISSSTE	3	4%
IMSS	2	3%
PEMEX o SEDENA	0	0%
Privado	0	0%
No tiene	3	4%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevista y grupos focales.

Análisis de Asequibilidad

¿Cuáles son las brechas entre el acceso realizado y el potencial en asequibilidad?

Brechas en asequibilidad de servicios:

Más de la mitad (52%) de los participantes paga más del 10% de sus ingresos como gasto de bolsillo, lo cual se reconoce como un gasto catastrófico (Puteh & Almualm, 2017). Esto sugiere que, a pesar de la afiliación al Seguro Popular, la asequibilidad para ECNTs no está garantizada. Esto se recalca en que el 14% de los participantes terminan endeudados a causa de su ECNT.

Estos gastos son importantes notar en relación con que, en el último año, el 60% de los participantes no pudo pagar sus gastos de salud a veces, seguido o siempre, lo cual también refuerza que el Seguro Popular no es suficiente para atenuar necesidades en asequibilidad. En conjunto, esto indica que la planeación de prestación y cobertura en salud no es sensible a los grandes costos que implican las ECNTs para quienes las padecen. Esto es importante recalcar, ya que estas enfermedades, al ser crónicas pueden conllevar a la pobreza extrema de las personas y sus familias, como lo plantea la OMS (WHO, 2011).

Brechas en cobertura:

Los servicios por los que más se paga de bolsillo son transporte y medicamentos, seguidos por limpieza. De estos, el transporte y la limpieza generalmente no se incluyen en la planeación de programas de cobertura en salud, incluyendo el Seguro Popular (Secretaría de Salud, 2006).

El hecho de que el transporte y los medicamentos sean gastos importantes para los participantes sugiere qué tanto se ven forzados a incurrir en gastos de bolsillo a causa de brechas en otras dimensiones, incluyendo la accesibilidad de los centros de salud en caso de emergencia o referencia, y la adaptación en materia de horarios de atención.

Asimismo, la limpieza surge como un gasto importante para los participantes. De los que pagan la limpieza, el 46% (19 participantes) indicó que las cuotas son específicamente aplicadas a los pacientes con ECNTs, profundizando su exclusión tanto socialmente, como en etapas de toma de decisión.

La falta de asequibilidad en el acceso para las personas con ECNTs demuestra que aún falta priorizar este grupo en particular dentro de las inversiones y tomas de decisiones sobre el acceso a la salud. Los gastos en los que incurren estas personas son particularmente graves, además, debido a los costos indirectos que implican las ECNTs como cuidados no remunerados, o incapacidad laboral, como lo sugieren Kankeu *et al.* (2013).

5.3.5 Aceptabilidad

Cuadro 14. Datos sobre la dimensión de aceptabilidad (n=77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
He sentido discriminación o estigma por parte de mi prestador de servicios más frecuente en el último año		
Siempre	2	3%
Seguido	2	3%
A veces	17	22%
Casi nunca	6	8%
Nunca	50	65%
He sentido negligencia por parte de mi prestador de servicios más frecuente en el último año		
Siempre	41	53%
Seguido	15	19%
A veces	14	18%
Casi nunca	4	5%
Nunca	3	4%
Explican medicamentos		
Sí	49	64%
No	28	36%
Mi doctor/a más cercano/a habla maya		
Siempre	0	0%
Seguido	0	0%
A veces	0	0%
Casi nunca	0	0%
Nunca	77	100%
Mi enfermera/o más cercano/a habla maya		
Siempre	77	100%
Seguido	0	0%
A veces	0	0%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
Prestador más frecuente habla maya		
Siempre	20	26%
Seguido	9	12%
A veces	3	4%
Casi nunca	33	43%
Nunca	12	16%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevista y grupos focales.

Plantas medicinales y huertos caseros

Cuadro 15. Datos sobre el uso de plantas medicinales, huertos caseros y opiniones de los participantes (n=77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
Tienen huerto		
Sí	73	95%
No	4	5%
Uso de plantas en el último año		
Sí	64	83%
No	13	17%
Frecuencia de uso de plantas en el último año		
Siempre	34	44%
Seguido	8	10%
A veces	22	29%
Casi nunca	9	12%
Nunca	4	5%
Frecuencia de uso de plantas para ECNT en el último año		
Siempre	34	44%
Seguido	0	0%
A veces	30	39%
Casi nunca	0	0%
Nunca	13	17%
Huerto casero tiene plantas medicinales		
Sí	64	83%
No	13	17%
Huerto casero tiene plantas medicinales para ECNT		
Sí	19	25%
No	58	75%
Opinan que huertos son importantes para salud		
Muy de acuerdo	25	32%
De acuerdo	31	40%
Depende	14	18%
Casi nunca	5	6%
Nunca	2	3%
Opinan que métodos tradicionales son mejores		
Muy de acuerdo	12	16%
De acuerdo	14	18%
Depende	35	45%
Casi nunca	11	14%
Nunca	5	6%
Opinan que remedios caseros son mejores		
Muy de acuerdo	13	17%
De acuerdo	14	18%
Depende	35	45%
Casi nunca	10	13%
Nunca	5	6%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevista y grupos focales.

Cuadro 16. Resumen de razones por las cuales son importantes los huertos en la opinión de los participantes (n=77).

Razón por la que los huertos son importantes para la salud	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
Costo	27	35%
Facilidad de acceso	22	29%
Emergencia	18	23%
Falta de medicamentos	15	19%
Provisión de alimentos	12	16%
Preferencia sobre alopátia	8	10%
Cuidados paliativos	6	8%
Tradición	5	6%
Remedios sencillos	5	6%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la entrevista y grupos focales.

Cuadro 17. Sistematización del tipo de plantas medicinales mencionadas, frecuencia, uso y método de preparación con base en los participantes que las usan (n=64).¹⁰

Nombre científico	Nombre común	Familia	Frecuencia de mención	Uso(s) mencionado(s)	Método de Preparación
<i>Moringa oleifera</i>	Moringa	<i>Moringaceae</i>	8	Diabetes, hipertensión, prevención de cáncer	Té con hojas y semillas (tres veces al día, después de alimentos)
<i>Azadirachta indica</i>	Neem	<i>Meliaceae</i>	8	Diabetes, salpullido	Té
<i>Cnidoscolus multilobus</i>	Chaya de monte	<i>Euphorbiaceae</i>	7	Diabetes, riñones, hipertensión, mal de estómago, diarrea	Té
<i>Citrus aurantium</i>	Naranja agria	<i>Rutaceae</i>	5	Hipertensión, diabetes, tos, malestares	Té (hojas, cáscara y fruta)
<i>Mentha spicata</i>	Yerbabuena	<i>Lamiaceae</i>	5	Malestar general, asma, tos, hipertensión	Té
<i>Dysphania ambrosioides</i>	Epazote	<i>Amaranthaceae</i>	4	Desparasitar, diarrea, diabetes, dolor de pecho, dolor de estómago	Masticar
<i>Plectranthus amboinicus</i>	Orégano grueso	<i>Lamiaceae</i>	3	Bronquitis, dolor de oído	Masticar
<i>Cecropia peltata</i>	Guarumbo	<i>Urticaceae</i>	3	Diabetes, riñones, hipertensión	Té
<i>Mentha arvensis</i>	Menta	<i>Lamiaceae</i>	3	Diabetes, tos, mal de estómago	Té
<i>Mangifera indica</i>	Hoja de mango	<i>Anacardiaceae</i>	3	Diabetes, triglicéridos	Té (tres vasos al día)
<i>Mentha pulegium</i>	Poleo	<i>Lamiaceae</i>	3	Diarrea, diabetes	Té

¹⁰ Se presentan datos de 64 participantes, ya que 13 indicaron no utilizar plantas medicinales en el último año (ver Cuadro 15).

<i>Annona muricata</i>	Hojas de guanábana	<i>Annonaceae</i>	3	Prevención de cáncer, diabetes, circulación, cáncer	Té diario
<i>Cymbopogon citratus</i>	Zacate de Limón	<i>Poaceae</i>	2	Asma, tos	Té
<i>Ruta graveolens</i>	Ruda	<i>Rutaceae</i>	2	Asma, tos, dolor de cabeza	Masticar
<i>Tradescantia spathacea</i>	Maguey morado	<i>Commelinaceae</i>	2	Diabetes	Té
<i>Allium schoenoprasum</i>	Cebollina	<i>Amaryllidaceae</i>	2	Diabetes	Té
<i>Coriandrum sativum</i>	Cilantro	<i>Apiaceae</i>	2	Diabetes	Té
<i>Petroselinum crispum</i>	Perejil	<i>Apiaceae</i>	2	Diabetes, dolor general	Té
<i>Citrus × limon</i>	Limón	<i>Rutaceae</i>	2	Diabetes, dolor general	Té
<i>Opuntia ficus-indica</i>	Nopal	<i>Cactaceae</i>	2	Diabetes, triglicéridos	Masticar, en comida
<i>Persea americana</i>	Aguacate	<i>Lauraceae</i>	2	Tos, triglicéridos	En comida
<i>Allium sativum</i>	Ajo	<i>Amaryllidaceae</i>	1	Circulación	Té
<i>Capsicum chinense</i>	Chile habanero	<i>Solanaceae</i>	1	Desparasitar	Polvo
<i>Stevia rebaudiana</i>	Stevia	<i>Asteraceae</i>	1	Diabetes	Té
<i>Bertoni Casimiroa edulis</i>	Zapote	<i>Rutaceae</i>	1	Diabetes	Masticar
<i>Morinda citrifolia</i>	Noni	<i>Rubiaceae</i>	1	Diabetes	Té, en comida
<i>Bixa orellana</i>	Achiote	<i>Bixaceae</i>	1	Diabetes	Té
<i>Punica granatum</i>	Granada	<i>Lythraceae</i>	1	Diarrea	Masticar
<i>Citrus aurantifolia</i>	Azahar	<i>Rutaceae</i>	1	Dolor de oído	Jugo
<i>Melissa officinalis</i>	Toronjil	<i>Lamiaceae</i>	1	Dolor general	Té
<i>Ocimum basilicum</i>	Albahaca	<i>Lamiaceae</i>	1	Hipertensión	Té
<i>Fraxinus ornus</i>	Maná	<i>Oleaceae</i>	1	Mal de estómago	Té
<i>Uncaria tomentosa</i>	Uña de gato	<i>Rubiaceae</i>	1	Riñones, hipertensión	Té
<i>Psidium guajava</i>	Hoja de guayaba	<i>Myrtaceae</i>	1	Triglicéridos	Té

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la entrevista y grupos focales.

Cuadro 18. Datos sobre la aceptabilidad de servicios tradicionales por parte de los prestadores de salud (n=77).

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
Opinión de prestador de servicios más frecuente sobre remedios/métodos tradicionales		
No recomiendan	26	34%
No recomiendan, pero no están en contra	23	30%
Posible usar a discreción propia	14	18%
Recomiendan	6	8%
Recomiendan ampliamente	8	10%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta.

Análisis de Aceptabilidad

¿Cuáles son las brechas entre el acceso realizado y el potencial en aceptabilidad?

Brechas en aceptabilidad de prestadores:

En materia de aceptabilidad, cabe recalcar que la mayoría de los participantes no se sienten discriminados, lo cual refleja la relación entre las/os enfermera/os (quienes son los prestadores de salud más frecuentemente vistos). Sin embargo, 28% ha sufrido discriminación a veces, seguido y siempre, y más de la mitad ha sentido negligencia siempre. Ejemplos de discriminación mencionados incluyeron regaños (por 14 personas), y en materia de negligencia, se mencionó la retención de medicamentos a cambio de cuotas de limpieza (por siete personas), y el que no se explica cómo utilizar los medicamentos.

Esto es importante ya que alrededor del 60% de los prestadores más frecuentados no hablan maya casi nunca o nunca, lo cual resalta la falta de una prestación de servicios adecuada a la realidad del contexto del estudio.

Brechas en aceptabilidad de prácticas tradicionales:

La falta de medicamentos también incide en la aceptabilidad. El 83% de los participantes indicó utilizar plantas medicinales en el último año, y la

enfermedad más frecuentemente tratada a través de las plantas medicinales fue diabetes mellitus tipo 2, lo cual indica que hay una necesidad específica para este padecimiento en materia de disponibilidad de medicamentos en estas comunidades, y recalca la falta de recursos destinados al suministro aceptable de tratamientos para ECNTs.

Asimismo, es importante notar que entre las razones por las cuales se usan las plantas medicinales se destacan el costo de los medicamentos y la fácil accesibilidad, debido a que estas crecen en los huertos caseros. Estos datos concuerdan con el estudio realizado por Kasole, Martin & Kimiywe (2019), en el cual pacientes con diabetes utilizaron plantas medicinales por las mismas razones. Esto demuestra que, en general, para las ECNTs el usar las plantas medicinales es una alternativa importante debido al costo que representan estas enfermedades a nivel personal.

Sin embargo, a pesar de que son utilizadas por la mayoría de los participantes, el uso de plantas medicinales no se percibe como recomendado por parte de los prestadores por 64% de los participantes. Esto indica una brecha entre los servicios institucionalizados y cómo perciben las prácticas comunitarias, asimismo excluyendo los saberes ancestrales. Esto es importante notar ya que los datos demuestran que los participantes tienen una visión positiva sobre los saberes tradicionales y el uso de plantas medicinales y huertos caseros como componentes de la salud.

Además, 100% de los participantes que usan plantas medicinales mencionó obtener información a través de sus redes sociales, lo cual en conjunto con la importancia histórica que estas representan en materia de regionalización e identidad, sugiere que la medicina tradicional juega un papel relevante para la cohesión social. Por ende, la mala percepción de estas prácticas por parte de los prestadores indica que hay una falta de respeto a los derechos de los pueblos indígenas y sus conocimientos, y como consecuencia, también se desarticula el tejido social.

En síntesis, estas brechas dan a conocer la manera en que el tema del derecho indígena y la inclusividad dentro del desarrollo se mantiene en el

discurso, y no se implementan de manera adecuada ni con base en las realidades de estos grupos.

5.4 Brechas en Acceso a la Salud

Las brechas observadas en las dimensiones del acceso a la salud se pueden visualizar en gráficas de radar, construidas a través de puntuaciones asignadas a las variables de la encuesta y respuestas de las entrevistas semiestructuradas y grupos focales. A continuación, se presenta la gráfica de radar a nivel general, donde se muestran las brechas en las cinco dimensiones del acceso.

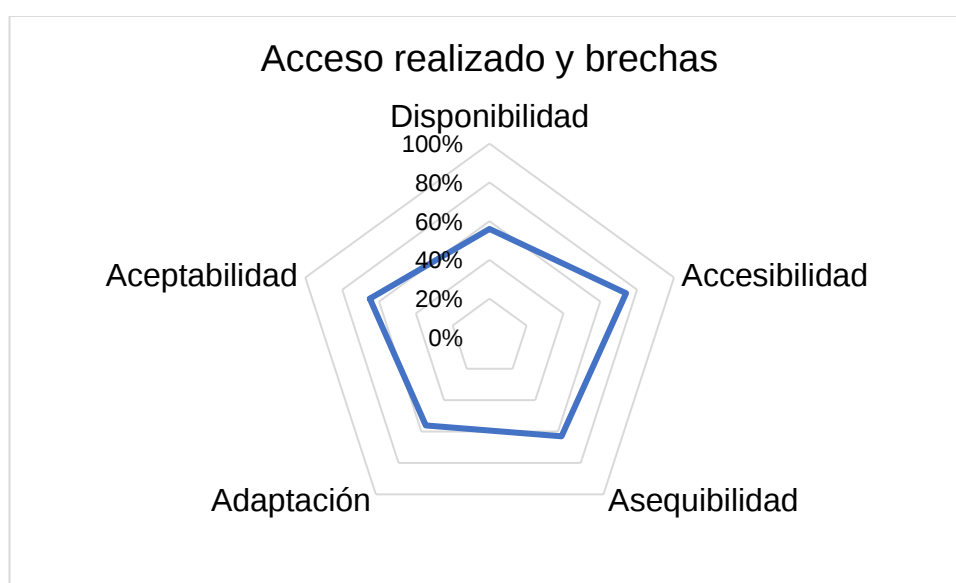


Figura 5. Gráfica de radar mostrando brechas en el acceso a la salud (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).

Cuadro 19. Acceso realizado y brechas en las cinco dimensiones del acceso a la salud.

Dimensión	Valor del Acceso Realizado (en %)	Diferencia con Acceso Potencial (en %)
Accesibilidad	74%	26%
Aceptabilidad	65%	35%
Asequibilidad	63%	37%
Adaptación	56%	44%
Disponibilidad	56%	44%

Fuente: elaboración propia, 2019, con base en sistematización de datos de la encuesta, entrevista, grupos focales y observaciones de campo.

Análisis de las Brechas en la Gráfica de Radar

Como se puede ver en el Cuadro 19 y en la gráfica de radar (Figura 5), la diferencia entre el acceso potencial y el acceso realizado es mayor en la dimensión de la disponibilidad y adaptación, con brechas del 44% en ambas dimensiones. Estas brechas resaltan que, en disponibilidad, el tipo de prestadores de servicios, en particular especialistas, la falta de medicamentos y la falta de servicios de diagnóstico y tratamiento, son percibidos como los más faltantes para las poblaciones de la región maya. Entre los factores que más afectaron la dimensión de adaptación se encuentra los horarios de atención y los largos tiempos de espera.

La tercera brecha más grande fue en la dimensión de asequibilidad, con un 37% de diferencia entre el acceso realizado y el potencial. Esto es a pesar de que la mayoría de los participantes cuenta con afiliación a un seguro; lo cual indica que las ECNTs son costosas para las personas que las padecen, particularmente en consultas, estudios y medicamentos. Aquí, cabe resaltar que un gran número de participantes sufre de gastos catastróficos.

La brecha en la dimensión de la aceptabilidad es la segunda menor entre las cinco dimensiones, lo cual se puede atribuir a la pertinencia cultural de las/os

enfermeras/os (los prestadores de servicios más frecuentados), quienes, además, hablan maya. Sin embargo, la brecha puede indicar que es importante atender la negligencia y mejorar la aceptabilidad de la medicina tradicional por parte de los prestadores de salud institucionalizados.

Por último, las percepciones de los participantes en materia de acceso señalan que la accesibilidad es comparativamente buena, lo que se puede explicar a través de la ubicación de los centros de salud en las comunidades, así como la ubicación de varios centros de referencia en Felipe Carrillo Puerto.

5.4.1 Comparación entre comunidades

A continuación, se presentan las gráficas desagregadas por dimensión a nivel comunitario, seguido por su respectivo análisis.

Cuadro 20. Acceso realizado y brechas en las cinco dimensiones del acceso por comunidad.

	San Antonio Nuevo	San José Segundo	Santa Rosa Segundo	Señor Tuzik	X-Hazil Sur	Yaxley	Promedio
Disponibilidad	70%	56%	58%	55%	59%	55%	58%
Brecha	30%	44%	42%	45%	41%	45%	42%
Adaptación	68%	62%	50%	55%	51%	53%	56%
Brecha	32%	38%	50%	45%	49%	47%	44%
Accesibilidad	74%	83%	79%	86%	55%	53%	72%
Brecha	26%	17%	21%	14%	45%	47%	28%
Asequibilidad	67%	73%	49%	65%	54%	61%	62%
Brecha	33%	27%	51%	35%	46%	39%	38%
Aceptabilidad	63%	64%	81%	61%	49%	67%	64%
Brecha	37%	36%	19%	39%	51%	33%	36%
Promedio acceso realizado	68%	68%	63%	64%	54%	58%	62%
Promedio de Brechas	32%	32%	37%	36%	46%	42%	38%

Fuente: elaboración propia, 2019, con base en sistematización de datos de la encuesta, entrevista, grupos focales y observaciones de campo.

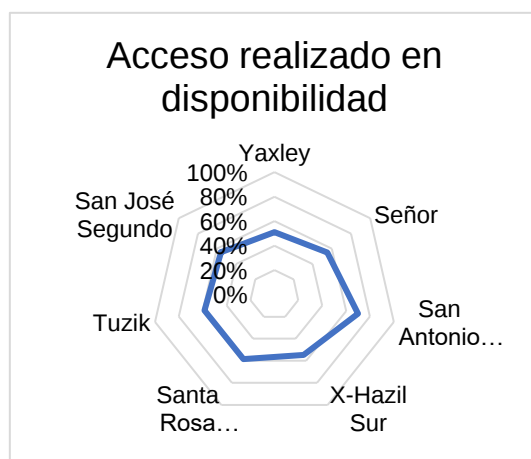


Figura 6. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas en disponibilidad (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).

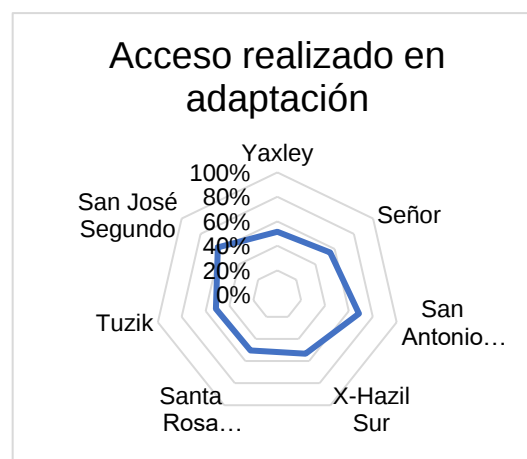


Figura 7. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas en adaptación (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).

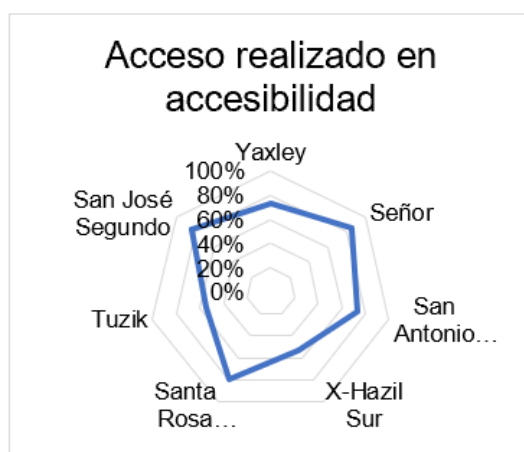


Figura 8. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas en accesibilidad (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).

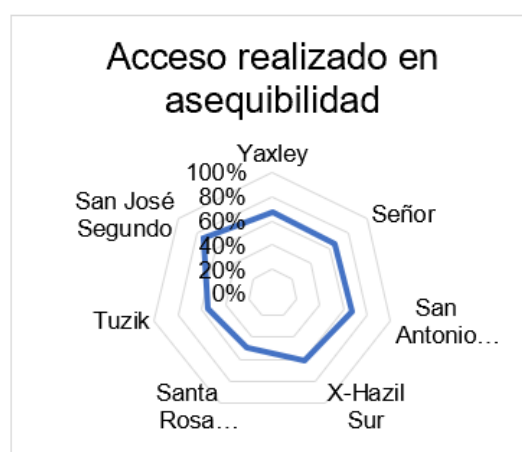


Figura 9. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas en asequibilidad (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).

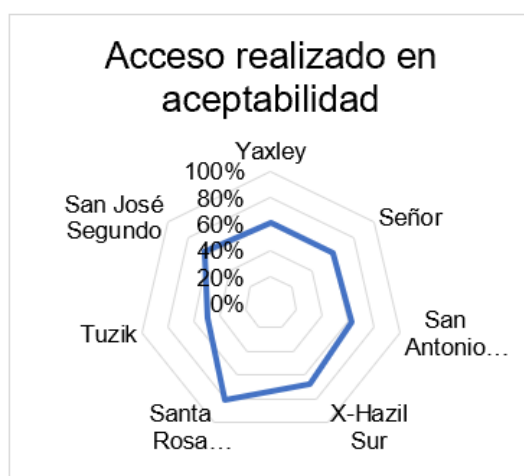


Figura 10. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas en aceptabilidad (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).

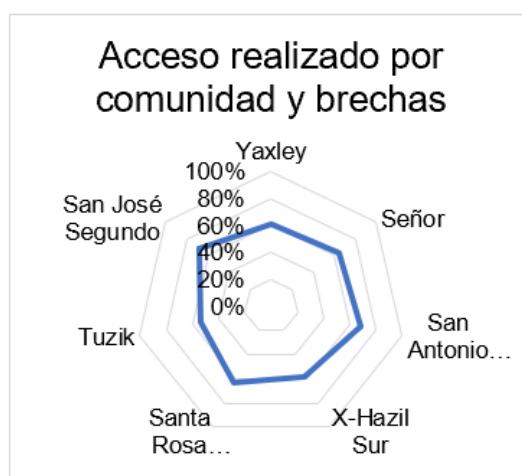


Figura 11. Gráfica de radar mostrando acceso realizado y brechas por comunidad (elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevistas, grupos focales y observaciones de campo).

Análisis comparativo entre comunidades

Haciendo un desglose por comunidad, las brechas entre el acceso potencial y el realizado muestran resultados similares al análisis de las dimensiones agregadas, de tal forma que la accesibilidad tuvo la menor brecha, con ocho puntos porcentuales más que la segunda dimensión con mejor desempeño (aceptabilidad). Todas las comunidades tuvieron un porcentaje mayor que el promedio de la dimensión en accesibilidad, excepto por X-Hazil Sur y Tuzik, lo cual se puede entender en función que la mayoría de los participantes de la primera comunidad (diez de 14) eran referidos a otras ciudades fuera del estado de Quintana Roo; y en la segunda comunidad, que hubo una reconstrucción del centro durante la temporada de visita de campo. En las comunidades con mayor accesibilidad (Señor y San José Segundo), no se referían a los pacientes frecuentemente.

La aceptabilidad fue buena en casi todas las comunidades. La única comunidad en donde la diferencia entre el acceso realizado y el promedio fue de más de diez puntos porcentuales fue en Tuzik. En esta comunidad, los participantes sintieron discriminación y negligencia por parte de su prestador comunitario. En comunidades con alto porcentaje de aceptabilidad (Santa Rosa Segundo y X-Hazil Sur), la pertinencia de las enfermeras en ser y hablar maya, además de su amplia recomendación del uso de plantas medicinales fue importante.

Por otro lado, la asequibilidad también fue la tercera dimensión con mejor desempeño a nivel comunitario. La asequibilidad fue menor en Santa Rosa Segundo, donde los participantes mencionaron pagar altos costos en transporte y servicios debido a las referencias. En San José Segundo, la comunidad con mayor asequibilidad, se mencionó el apoyo económico a través de tandas comunitarias y encargos por medicamentos.

A diferencia del análisis global en la Figura 5 y el Cuadro 19, la disponibilidad fue mayor que la adaptación a nivel comunitario. En disponibilidad todas las comunidades tuvieron menos del 60% del acceso potencial excepto San Antonio Nuevo (la única comunidad sin centro de salud), lo que sugiere que

la accesibilidad no es suficiente para cerrar las brechas en las otras dimensiones del acceso a la salud. En adaptación, las comunidades donde no se alcanzó el promedio del acceso realizado no cumplieron con los horarios de atención establecidos.

En conjunto, estos datos indican que es importante no homogeneizar las realidades y experiencias de las comunidades rurales, ya que cada una presenta particularidades y necesidades específicas.

5.5 Propuestas de participantes para mejorar su acceso

Por último, se les preguntó a los participantes del estudio qué tipo de recomendaciones sugerirían para atender las brechas que perciben en su acceso a la salud. A continuación, se presentan los resultados de las recomendaciones propuestas por los participantes.

5.5.1 Recomendaciones propuestas por los participantes

Cuadro 21. Recomendaciones de los participantes para mejorar su acceso a la salud y dimensiones correspondientes.

Tipo de Recomendación	Frecuencia	Porcentaje total de recomendaciones (n=223)	Porcentaje del total de participantes (n=77)	Dimensión del acceso relevante
Disponibilidad de medicamentos	50	22%	65%	Disponibilidad y Accesibilidad
Apoyo económico	34	15%	44%	Asequibilidad
Personal médico disponible 24 hr, 7 días	23	10%	30%	Disponibilidad y Adaptación
Mejoras en amabilidad y trata del personal médico	21	9%	27%	Aceptabilidad
Disponibilidad de Especialistas	17	8%	22%	Disponibilidad
Más conocimiento y uso de métodos tradicionales en las instituciones	16	7%	21%	Aceptabilidad
Renovación o limpieza del centro de salud	11	5%	14%	Adaptación
Capacitación y priorización sobre ECNTs del personal	10	4%	13%	Disponibilidad y Adaptación
Doctor con capacidad de entender y hablar maya	8	4%	10%	Aceptabilidad
Mejoras en tiempos de espera	8	4%	10%	Adaptación
Cambio de Personal Médico	6	3%	8%	Disponibilidad
Disponibilidad de personal médico (en los horarios)	5	2%	6%	Disponibilidad y Adaptación

de atención
indicados)

Mejoras en equipo y estudios y su disponibilidad	4	2%	5%	Disponibilidad y Adaptación
Disponibilidad de Ambulancia	3	1%	4%	Disponibilidad y Accesibilidad
Mejoras en cobertura	3	1%	4%	Asequibilidad y Accesibilidad
Atención en Casa	2	1%	3%	Adaptación
Calidad	2	1%	3%	Disponibilidad y Adaptación

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la entrevista y grupos focales.

Cuadro 22. Resumen del tipo de recomendaciones propuestas por dimensión del acceso a la salud.

Dimensión	Número de Recomendaciones
Disponibilidad	9
Adaptación	8
Aceptabilidad	3
Accesibilidad	3
Asequibilidad	2

Fuente: elaboración propia, 2019, con base en sistematización de datos de la entrevista y grupos focales.

Como se puede observar en el Cuadro 22, el número de recomendaciones por dimensión corresponde a las brechas observadas en cada una, ya que las dimensiones con el menor valor de acceso realizado, tanto a nivel comunitario, como en agregado (disponibilidad y adaptación), cuentan con el mayor número de recomendaciones. De la misma forma, las dimensiones con las menores brechas entre el acceso realizado y el potencial (accesibilidad, aceptabilidad y asequibilidad), cuentan con las menores cifras de recomendaciones.

Esta consistencia entre las recomendaciones y las brechas cuantificadas y observadas, indica que las poblaciones con ECNTs en las comunidades mayas de Felipe Carillo Puerto cuentan con ideas coherentes y atinadas sobre cómo mejorar su acceso a la salud. En materia de desarrollo rural inclusivo esto es fundamental ya que demuestra que las mismas poblaciones son

capaces de encontrar y formular soluciones a partir de sus experiencias, y que las visiones y planeación predominantes necesitan incluir sus perspectivas para ser efectivas.

DISCUSIÓN GENERAL Y RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL ACCESO A LA SALUD

Los resultados del estudio demuestran que existen grandes brechas en todas las dimensiones del acceso, ya que ninguna alcanzó el 80% del acceso potencial. Asimismo, ninguna comunidad logró el 70% del acceso potencial. Esto se explica en razón de que la priorización, inversiones y marcos normativos existentes con enfoque en acceso a la salud, no han sido suficientes para atender las necesidades de las poblaciones con ECNTs en la región maya. Asimismo, los resultados resaltan la importancia de las plantas medicinales en el contexto maya, y que es pertinente incluir la perspectiva de los usuarios para generar marcos normativos más atinados. Particularmente, se pueden observar tres temas en especial a partir de los resultados:

- 1. Las brechas entre el acceso realizado y el acceso potencial fueron particularmente notorias en disponibilidad y adaptación para las poblaciones con ECNTs en las comunidades de la región maya de Quintana Roo.**

Desde el marco de las cinco dimensiones del acceso de Penchansky & Thomas (1981), los resultados del análisis de brechas, donde se midieron el acceso potencial y el acceso realizado en cada dimensión con base en las percepciones de los usuarios con ECNTs, muestran que las brechas más importantes son en las dimensiones de disponibilidad y adaptación.

Estos datos, particularmente sobre la brecha en la dimensión de disponibilidad, muestran que, debido a la dificultad física impuesta por la dispersión de estas comunidades y su ubicación geográfica lejana de los centros urbanos, la disponibilidad de servicios para ECNTs no es fácil. Esto se reafirma en que, dentro de las brechas en la dimensión de la disponibilidad, se apreciaron brechas por tipo de prestadores, particularmente especialistas, insumos y servicios disponibles, los cuales fueron las tres causas más frecuentes de referencias a otros centros de salud. En conjunto, esto demuestra que sí hay un problema debido a la dispersión geográfica y que los

servicios requeridos para ECNTs son difíciles de hacer llegar a las comunidades.

Con base en los datos sobre la dispersión geográfica, se podría pensar que la comunidad más cercana a la cabecera municipal en la muestra (San Antonio Nuevo), tendría el mejor nivel de acceso realizado y la menor brecha con el acceso potencial. Los resultados muestran que esto es cierto. Sin embargo, San José Segundo tuvo el mismo promedio de acceso realizado que San Antonio Nuevo, y esta comunidad, junto con Santa Rosa Segundo, fueron las más alejadas de la cabecera municipal dentro de las siete consideradas en el estudio. En conjunto con que la dimensión de la accesibilidad tuvo la menor brecha entre el acceso realizado y el potencial, estos datos demuestran que la dispersión geográfica tiene una relación compleja con el acceso, por lo cual es importante corroborar con más estudios y una mayor muestra.

Aparte de los datos sobre la dispersión geográfica y su efecto en la dimensión de la disponibilidad, también es importante notar que la adaptación demostró la misma brecha entre el acceso realizado y potencial que la disponibilidad. Esta brecha en adaptación sugiere que es importante estudiar la organización de servicios en el ámbito rural. Por lo tanto, mientras que la disponibilidad de servicios se reconoce como carente en comunidades rurales en varios escritos (Goins *et al.*, 2006; Hautecoeur *et al.*, 2007), la literatura también ha de reconocer la gran importancia que tienen los tiempos de espera, el cumplimiento de horarios de atención, la manera de agendar citas y el uso de servicios alternativos, como llamadas o visitas en casa para seguimiento, sobre el acceso de las poblaciones rurales, indígenas con ECNTs. Es posible que estas consideraciones no sean estudiadas de la misma manera que la disponibilidad, debido a la falta de un marco teórico que resalte este componente del acceso a la salud.

2. Las personas con ECNTs tienen percepciones diversas y únicas sobre sus padecimientos, así como recomendaciones apropiadas para cumplir con sus necesidades.

El segundo tema por destacar a partir de los resultados presentados es sobre la variedad de los usuarios y sus perspectivas.

En primer lugar, los resultados muestran que dentro de la misma región hay diferencias importantes en las percepciones del acceso. Mientras que hay factores relevantes en todas las comunidades, como el contar con personal culturalmente pertinente, tener una tasa de prestadores de servicios adecuada, apoyos económicos y cumplir con los horarios de atención indicados, cada comunidad cuenta con necesidades específicas, las cuales tienen que ser atendidas para lograr que los sistemas de salud y los procesos de desarrollo respondan a las necesidades de cada una. Esto es importante recalcar ya que refuta la idea de que las poblaciones rurales indígenas son homogéneas y sufren de los mismos problemas; y demuestra que se tiende a generalizar las necesidades de estos grupos a pesar de ser diversos, dejándolos desatendidos. Esto también concuerda con el trabajo de Martínez (1979), donde se sugiere que en el contexto rural se establecen “a priori una serie de necesidades de la población rural, sin efectuar una autentica investigación” (p. 40).

Asimismo, como se nota en los resultados de la sección 5.5.1 (Cuadros 21 y 22), los participantes del estudio tienen perspectivas sobre posibles mejoras las cuales atienden de manera directa las brechas que perciben entre el acceso potencial y el realizado. Mientras que esta investigación no consideró el nivel de inclusión de estas poblaciones en la toma de decisiones sobre salud, las recomendaciones que propusieron los participantes demuestra que hay una desvinculación entre los marcos normativos y prioridades políticas actuales, y las necesidades de las poblaciones del estudio.

Esto es importante notar ya que las necesidades públicas no son estáticas. Por lo tanto, mientras que es posible que la asequibilidad haya sido particularmente problemática en un momento histórico particular, conllevando

a la creación del Seguro Popular, los resultados demuestran que hay problemas que se necesitan atender en otras dimensiones del acceso, y que la toma de decisiones requiere ser más sensible a otras brechas en acceso a la salud.

3. Las plantas medicinales y los huertos caseros ofrecen una fuente de aprovechamiento importante para lograr el acceso potencial y cerrar brechas en acceso a la salud.

Por último, el tercer tema por destacar a partir de los datos recabados es sobre el uso de las plantas medicinales.

Entre los resultados más notorios es importante subrayar que, tanto en las brechas, como en las recomendaciones propuestas, las medicinas y su asequibilidad y disponibilidad jugaron un papel importante. Debido a los largos tiempos de espera, la poca disponibilidad en centros comunitarios, y la inadecuada rendición de cuentas para asegurar que los prestadores de servicios proporcionen los medicamentos como se debe (ya que hubo casos de retención condicionada al pago de cuotas de limpieza), los medicamentos no se pudieron hacer llegar a las poblaciones de esta región en varios casos. Como consecuencia de esta situación, el uso de las plantas medicinales, los huertos caseros y los remedios tradicionales, surgieron como modalidades para cerrar las brechas por falta de medicamentos. Esto permite afirmar que las personas con ECNTs en las comunidades mayas hacen uso de modelos de autogestión para atenuar sus brechas en acceso a la salud.

Asimismo, los resultados sobre las razones del uso de los huertos caseros resaltan la accesibilidad, la disponibilidad y la asequibilidad como motivos importantes. Estas tres dimensiones son notorias ya que tuvieron el mejor y el peor desempeño en materia de acceso realizado, lo cual sugiere que, en efecto, las plantas medicinales ofrecen una modalidad para atenuar una variedad de brechas en acceso. También, al atender consideraciones dentro de las dimensiones de disponibilidad y asequibilidad (las cuales en relación a los medicamentos fueron las recomendaciones más frecuentes), se recalca

que la medicina tradicional es menos costosa y más sostenible que los métodos institucionalizados, ofreciendo opciones oportunas, asimismo.

Cabe mencionar que en las comunidades donde se registró el mayor acceso realizado (San Antonio Nuevo y San José Segundo), el 100% de los participantes de esas comunidades utilizaron plantas medicinales. Además, San José Segundo tuvo la menor brecha en asequibilidad y San Antonio Nuevo la menor brecha en disponibilidad. Esto puede sugerir que, en efecto, las plantas medicinales juegan un papel importante en cerrar brechas en acceso a la salud para personas con ECNTs desde la perspectiva de la asequibilidad y disponibilidad.

El uso de plantas medicinales también es importante en función de que existe un intercambio de conocimientos entre los miembros de la comunidad, y que se gestiona como un modelo autóctono sin intervención institucional. Además, se prefiere el uso de plantas ya que la medicina alopática tiene efectos secundarios y permiten tener opciones en casos de emergencias. Debido al aislamiento y la dispersión geográfica que tienen estas comunidades, además de la falta de servicios disponibles en todas las horas, la medicina tradicional permite tener acceso a la salud en todo momento. Consecuentemente, se puede pensar sobre la medicina tradicional como manera de atender las brechas en acceso en varias dimensiones.

En síntesis, los resultados del estudio muestran que la actual prestación y atención en salud no son adecuadas ni suficientes para atender las necesidades de las personas con ECNTs en la región maya de Quintana Roo. De hecho, los modelos predominantes no son sensibles al tipo de vulnerabilidades que sufren en todas las dimensiones del acceso a la salud, particularmente en materia de disponibilidad y adaptación. Asimismo, la toma de decisiones tiende a homogeneizar sus realidades sin tomar en cuenta prácticas comunitarias, saberes ancestrales y recomendaciones de los usuarios mismos. Como consecuencia, se reproduce la marginación de las personas indígenas, rurales con ECNTs, sus perspectivas y conocimientos.

Recomendaciones para mejorar el acceso para personas con ECNTs en la región maya de Quintana Roo

Los resultados obtenidos prueban las tres hipótesis del trabajo, demostrando que es importante repensar la priorización, inversión y marcos normativos en torno al acceso a la salud. De tal forma, tras evidenciar las grandes brechas entre el acceso realizado y el potencial, la diversidad de las necesidades de los participantes, y el amplio uso de plantas medicinales, se pueden sugerir tres recomendaciones para mejorar el acceso a la salud de las personas indígenas con ECNTs en la región maya de Quintana Roo.

1. Hacer uso de recursos disponibles en las comunidades en la prestación de servicios específicos para ECNTs, a través de la capacitación de enfermero/as, el uso de clínicas móviles y la telemedicina¹¹.

Esta primera recomendación se enfoca en atender la insuficiente disponibilidad y la falta de adaptación de servicios para cumplir con las necesidades de los participantes en estas dos dimensiones, particularmente.

En la disponibilidad, la falta de atención especializada fue una brecha importante. Una manera de acercar la atención especializada requerida para las ECNTs es a través de la capacitación de prestadores de servicios en las comunidades, como enfermero/as, sobre estas enfermedades. Esto permitiría que haya una constante atención especialista, sin tener que recurrir a centros de referencia o servicios privados. Además, es un método menos costoso que puede asegurar la disponibilidad y la pertinencia cultural ya que este grupo de prestadores hablan maya.

Las clínicas móviles, por otra parte, representan una propuesta que permite el acercamiento de servicios especialistas, incluyendo análisis y estudios, y es costo-efectiva, ya que no requiere de una reestructuración de la infraestructura presente, si no que aprovecha los recursos existentes y los

¹¹ Entendida como el uso de “tecnologías de comunicación e informática para mejorar la atención de salud de poblaciones dispersas y remotas” (Field 1996 y PAHO, 1999 citados por Martínez, Rodríguez, Infante, Campillo & Gattini, 2000, p. 1).

complementa con adecuaciones dirigidas a las necesidades de los usuarios. Estas clínicas, además, permiten el aprovechamiento del transporte para llegar a comunidades remotas, y al ser móviles, pueden desplazarse a otros espacios al acabar con la prestación de servicios en una comunidad. También, debido a que se acercan los servicios a las comunidades, se puede mejorar la adaptación y accesibilidad de servicios para que el transporte no sea un problema en la búsqueda de atención para estas poblaciones.

Otra manera de acercar servicios específicos para ECNTs, incluyendo la atención especialista es a través de la telemedicina. Esta es una modalidad en la que se acerca la atención a través de la tecnología (Martínez, Rodrigues, Infante, Campillo & Gattini, 2000), y permite que los servicios especialistas puedan ser más accesibles y oportunos. Aprovechando que hay infraestructura telefónica, señal telefónica y acceso a los teléfonos ya existentes en las comunidades, la telemedicina permite la comunicación directa entre pacientes y prestadores en las comunidades con prestadores especializados. Esto puede ser particularmente útil en casos de emergencia, lo cual también disminuye la marginación y precariedad de estas poblaciones, y ayuda a mejorar la adaptación a largo plazo ya que permite que existan servicios alternativos, como llamadas telefónicas, para recibir atención y seguimiento. Asimismo, esta es una propuesta menos costosa para los usuarios ya que puede disminuir sus gastos de bolsillo en transporte.

A través del uso de métodos costo-efectivos, esta primera recomendación permite mejorar la eficacia gubernamental (Aguilar, 2011). También, se puede mejorar el acceso a la salud en contextos de escasos recursos y en situaciones donde es difícil hacer llegar a especialistas, a su vez, fortaleciendo la capacitación del personal y los sistemas de salud existentes a nivel comunitario. Asimismo, ya que se basan en tecnologías, incluyendo servicios de comunicación e informática, esta propuesta permite que haya inversiones en materia de desarrollo infraestructural, lo cual ayudaría a toda la comunidad y no sólo los usuarios con ECNTs. Por último, ya que las poblaciones que más pueden beneficiarse del uso de la telemedicina “suelen pertenecer a los sectores con menores ingresos” (Martínez *et al.*, 2000, p. 2), esta inversión

puede ayudar a mejorar la equidad en acceso a la salud. Sin embargo, es fundamental que “la introducción de nuevas tecnologías” se centre en “las necesidades concretas...de la población” (Martínez *et al.*, 2000, p. 3). A continuación, se presenta una forma de asegurar esto.

2. Incrementar la participación de las personas indígenas con ECNTs en regiones rurales en la toma de decisiones en salud para que estas reflejen sus necesidades y realidades.

Para asegurar que la diversidad de los usuarios y sus perspectivas sea tomada en cuenta y que no se homogeneicen sus realidades y necesidades, la segunda recomendación sugiere promover y mejorar la participación de las personas indígenas con ECNTs en la toma de decisiones sobre su salud.

Hay varias maneras en que se puede lograr y mejorar su participación. Por un lado, se puede hacer uso de investigaciones que consideren las perspectivas de los usuarios, a través de metodologías participativas, o incluyéndolos en la construcción del problema de investigación.

Asimismo, las perspectivas de los usuarios se pueden hacer llegar a los tomadores de decisiones directamente. Se puede aprovechar la organización social de las comunidades y, a través de dignatarios mayas y líderes de comunidad, convocar a usuarios que padezcan ECNTs para medir niveles de acceso con base en sus percepciones, los cuales pueden tomar la forma de evaluaciones de desempeño con calificaciones¹² en las cinco dimensiones del acceso. Esta información se puede hacer llegar trimestralmente a través del aval ciudadano a la jurisdicción sanitaria, y esto ayudaría a que haya un intercambio constante de información entre los miembros de la comunidad y las autoridades en el sector salud.

Una temática significativa por considerar para asegurar la participación es sobre la lengua. De tal forma, es importante que haya intercambio culturalmente pertinente. Una manera de atender esto, es a través de la traducción al maya de los síntomas y factores considerados relevantes para

¹² Para más información sobre este tipo de evaluaciones, se puede consultar el trabajo de Scott, Jessani, Qiu & Bennet (2018).

los prestadores de servicios institucionalizados. Esto puede ayudar a que las poblaciones consideren temas que se deben de compartir con los prestadores y así lograr que la atención y la toma de decisiones sea más atinada a sus necesidades. De la misma manera, es fundamental que haya sensibilización a la cultura, valores y pensamiento maya, así como espacios para su traducción al español.

Integrar las perspectivas de los usuarios en la planeación de recursos, los marcos normativos y la toma de decisiones puede proporcionar una manera de asegurar que las inversiones en salud, infraestructura y desarrollo respondan a las vivencias y realidades de estos grupos. Además, la inclusión permite el respeto a la dignidad humana y las garantías de las personas.

Para lograr esta recomendación es importante tener en cuenta la distribución de poder entre diferentes entes pertinentes a la participación de los grupos indígenas. Guzmán-Rosas & Kleiche-Dray (2017) sugieren que hay tres actores involucrados en este proceso: “las instituciones gubernamentales que...asignan recursos”, los sujetos que ayudan a “implementar proyectos productivos”, y los sujetos que “realizan proyectos de investigación y desarrollo tecnológico” (p. 327). Como lo indican las autoras, cuando estos actores no interactúan de manera equitativa, se “[impide] la participación de...los pueblos indígenas, en la definición de sus propias políticas” (p. 328). Por ende, es importante tomar en cuenta consideraciones equitativas, como las traducciones, para mejorar la participación de estos grupos en la toma de decisiones.

3. Integrar las prácticas y saberes ancestrales de personas indígenas en ámbitos rurales con los sistemas de salud predominantes para mejorar su acceso a servicios de ECNTs.

Esta tercera recomendación se enfoca en aprovechar los saberes ancestrales y las prácticas y recursos comunitarios, especialmente en función de atender las necesidades específicas de medicamentos, la asequibilidad y accesibilidad de servicios oportunos.

Hay varias maneras en las que se puede lograr esta recomendación, incluyendo, como lo sugieren Nigenda *et al.* (2001), a través de un marco jurídico donde se reconozca el papel de la medicina tradicional en la prestación de servicios de salud, y donde se busque la integración total con los sistemas predominantes.

Las experiencias que se han llevado a cabo en otras partes del mundo pueden servir como ejemplo para esto. En Tailandia, por ejemplo, los prestadores de salud tradicionales deben de ser registrados y reciben una capacitación, además de que deben de conseguir una licencia después de pasar un examen para practicar (WHO, 2001). En Egipto, hay un control de estándares de la medicina tradicional y sólo se permite su venta en las farmacias (WHO, 2001). Estas modalidades pueden ser útiles para la integración de la medicina tradicional en el contexto de México, y así generar nuevos modelos de prestación de servicios.

Cabe mencionar que esta propuesta sobre el rescate y la integración de medicina tradicional no es nueva a nivel nacional. Ha habido inversiones de gasto público en la materia, así como avances en la región maya. Sin embargo, el tema de la inclusión de estos conocimientos se ve ligada a “las oscilaciones ideológicas” (Guzmán-Rosas & Kleiche-Dray, 2017, p. 325), por lo que no ha sido continua.

De tal forma, es importante que dentro del marco jurídico propuesto se generen reglas de operación, planes de acción y modalidades de rendición de cuenta. Para llegar a las etapas de implementación, el marco jurídico puede dar rectoría a algún cuerpo público. Asimismo, es necesario realizar un diagnóstico que reconozca la realidad, incluyendo a través de métodos participativos como los mencionados en la segunda recomendación, así como generar objetivos específicos, y, con base en esto, crear un plan de acción con actividades concretas y planeación presupuestaria para llevar a cabo estas acciones. Ejemplos sobre el tipo de acciones específicas que se pueden realizar incluyen la inversión en estudios de plantas medicinales, campañas de concientización social donde se hagan conocer los usos y beneficios de las plantas medicinales, y la distribución de semillas en las comunidades.

Al mismo tiempo, es importante concientizar al público y a los prestadores de salud sobre el gran sustento académico existente sobre medicina tradicional con la finalidad de disminuir la discriminación hacia los grupos indígenas y sus conocimientos, y de tal forma “estimular el conocimiento crítico” (Chifa, 2010, p. 244). Esto tiene que ir a la par de campañas sociales para atenuar dicha discriminación.

CONCLUSIONES GENERALES

El acceso a la salud es un pilar fundamental y necesario para mejorar el desarrollo rural inclusivo. Como se demostró en este trabajo hay una relación estrecha entre los dos, así como con la pobreza, y es necesario que la toma de decisiones sobre el acceso a la salud incluyan las perspectivas de los mismos usuarios del sistema de salud.

Particularmente importante, es la necesidad de estudiar las perspectivas de grupos vulnerables como lo son las poblaciones rurales e indígenas con padecimientos de enfermedades crónicas no transmisibles. Esto se debe a que sus padecimientos tienden a aumentar la ya existente precariedad social en la que se encuentran, además de que pueden generar y ahondar ciclos de pobreza para los individuos que las padecen y sus familiares. Asimismo, entender el acceso a la salud desde su punto de vista permite conocer el tipo de inversiones y acciones más pertinentes para atender sus necesidades, y no generalizarlas u homogeneizarlas.

Este trabajo, a través de la consideración de las perspectivas del acceso a la salud de personas con ECNTs en siete comunidades de la región maya del municipio de Felipe Carrillo Puerto encontró que los problemas principales se encuentran en las dimensiones de disponibilidad y adaptación, particularmente debido a la inadecuada disponibilidad de servicios, prestadores y tiempos de espera.

A partir de las perspectivas y recomendaciones de los participantes del estudio, este trabajo propone tres recomendaciones que pueden sustentar el acierto en la toma de decisiones sobre la salud y, como consecuencia, mejorar el acceso para estas poblaciones. Estas propuestas incluyen: invertir en la capacitación del personal médico en comunidad y en la infraestructura para facilitar telemedicina y clínicas móviles y, de tal forma acercar servicios especializados para las poblaciones con ECNTs; mejorar la participación de estos grupos en la toma de decisiones, y, por último, rescatar e integrar la medicina tradicional con la prestación de servicios institucionalizada.

Para lograr estas recomendaciones es importante hacer cambios tanto a nivel político, como en el ámbito académico, los cuales se pueden lograr dentro del contexto de la actual reforma en salud. Mientras que es muy pronto aún para evaluar posibles acciones a través del INSABI, ya que no han salido reglas de operación, este trabajo demuestra que sí es necesario repensar la prestación actual de servicios de salud, y que la priorización, inversiones y marcos normativos en materia de acceso no han sido suficientes para atender las necesidades de las distintas poblaciones. De tal forma, se concluye con una invitación a la futura investigación en acceso a la salud, particularmente con base en las perspectivas de los usuarios y sus realidades.

LITERATURA CITADA

- Aguilar V., L. F. (2011). Política pública: origen y tendencias actuales de la disciplina. En Baca del Moral, J., & Pérez V., E. (Eds.), *Análisis de Políticas Públicas para el Desarrollo Agrícola y Rural*, (pp. 11-26), Estado de México: Universidad Autónoma Chapingo.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Arredondo, A., Azar, A., & Recaman, A. L. (2018). Challenges and dilemmas on universal coverage for non-communicable diseases in middle-income countries: evidence and lessons from Mexico. *Globalization and Health*, 14, 1-10.
- Bajpai, S., Sharma, A. K., & Kanungo, V. K. (2013). Traditional home gardens: A preserve of medicinal plants. *International Journal of Herbal Medicine*, 1, 152-161.
- Barraza-Lloréns, M., Bertozzi, S., González-Pier, E., & Gutiérrez, J. P. (2002). Addressing Inequity in Health and Health Care in Mexico. *Health Affairs*, 21, 47-56.
- Beran, D., Pedersen, H. B., & Robertson, J. (2019). Noncommunicable diseases, access to essential medicines and universal health coverage. *Global Health Action*, 12, 1-5.
- Beran, D., Perrin, C., Billo, N., & Yudkin, J. S. (2014). Improving global access to medicines for non-communicable diseases. *The Lancet Global Health*, 2, PE561-PE562.
- Bigna, J. J., & Noubiap, J. J. (2019). The rising burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa. *The Lancet Global Health*, 7, PE1295-E1296.
- Caballero, J. (1992). Maya homegardens: Past, present and future. *Etnoecológica*, 1, 35-54.
- Casas A., J., Repullo, L., J. R., & Donado C., J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31, 527-538.
- Castillo-Rojas, W., & Vega D., J. (2018). Visualización Interactiva para Modelos de Clústeres. *Ingeniare. Revista chilena de ingeniería*, 26, 130-141.
- Chaudhuri, A. (2012). Socio-economic inequity in health care utilization & expenditures in richer States in India. *Indian Journal of Medical Research*, 136, 368-369.
- Chávez A., N. P. (2012). *Cáncer cérvico uterino e interculturalidad en Zona Maya, Quintana Roo, México*. (Tesis de Maestría, Universidad de Quintana Roo, Chetumal, Quintana Roo, México). Consultada en http://www.uqroo.mx/dip/archivo/Tesis_Nancy_Chavez.pdf (9 de octubre del 2019).

- Chemor R., A., Ochmann R., A. E., & Alamilla M., G. A. (2018). Mexico's Seguro Popular: Achievements and Challenges. *Health Systems & Reform*, 4, 194-202.
- Chifa, C. (2010). La perspectiva social de la medicina tradicional. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 9, 242-245.
- Cloninger, C. R., Salvador-Carulla, L., Kirmayer, L. J., Schwartz, M.A., Appleyard, J., Goodwin, N.,...& Rawaf, S. (2014). A Time for Action on Health Inequities: Foundations of the 2014 Geneva Declaration on Person- and People-centered Integrated Health Care for All. *International Journal of Person Centered Medicine*, 4, 69-89.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2010). *Catálogo de Localidades Indígenas 2010*. Consultada en <http://www.cdi.gob.mx/localidades2010-gobmx/> (28 de octubre del 2019).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. Mexico, DF: CONEVAL. Consultada en <https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf> (23 de noviembre del 2019).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2015). *Medición de la Pobreza, Anexo Estadístico De Pobreza A Nivel Municipio 2010 y 2015*. Consultada en https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/AE_pobreza_municipal.aspx (22 de noviembre del 2019).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). *Índice de Rezago Social 2015: Presentación de Resultados*. Consultada en https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Indice_Rezago_Social_2015/Nota_Rezago_Social_2015_vf.pdf (22 de febrero del 2020).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). *Evolución de las Dimensiones de la Pobreza 1990-2018*. Consultada en <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Evolucion-de-las-dimensiones-de-pobreza-.aspx> (22 de febrero del 2020).
- Consejo Nacional de Población. (2015a). *Índice de marginación por municipio 1990 - 2015*. Consultada en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos_Abiertos_del_Indice_de_Marginacion (22 de noviembre del 2019).
- Consejo Nacional de Población. (2015b). *Índice de marginación por localidad 1995 - 2010*. Consultada en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos_Abiertos_del_Indice_de_Marginacion (22 de noviembre del 2019).
- Cordes, S. M. (1989). The Changing Rural Environment and the Relationship between Health Services and Rural Development. *Health Services Research*, 23, 757-784.

- Corona G., R. D. (2017). *El Sistema de Salud en México: De la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal*. Consultada en <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-M%C3%A9xico-De-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal> (20 de febrero del 2020).
- Daniels, N. (2001). Justice, health, and healthcare. *American Journal of Bioethics*, 1, 2-16.
- Diario Oficial de la Federación. (2017). *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS*. Consultada en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf> (30 de noviembre del 2019).
- Diario Oficial de la Federación. (2019). *PLAN Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Consultada en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019 (30 de noviembre del 2019).
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2, 162-167.
- Di-Cesare, M., Khang, Y. H., Asaria, P., Blakely, T., Cowan, M. J., Farzadfar, F.,...& Ezzati, M. (2013). Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *The Lancet*, 381, 585-597.
- Doemel, K. (2013). *Mayan Medicine: Rituals and Plant Use by Mayan Ah-Men*. (Bachelor of Science, University of Wisconsin-La Crosse, Wisconsin, USA) Consultada en https://minds.wisconsin.edu/bitstream/handle/1793/66629/Doemel_Thesis.pdf?sequence=1 (18 de noviembre del 2019).
- Doubova, S. V., García-Saiso, S., Pérez-Cuevas, R., Sarabia-González, O., Pacheco-Estrello, P., Infante-Castañeda, C.,...& Leslie, H. H. (2018). Quality governance in a pluralistic health system: Mexican experience and challenges. *The Lancet Global Health*, 6, PE1149-E1152.
- Douthit, N., Kiv, S., Dwolatzky, T., & Biswas, S. (2015). Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public Health*, 129, 611-620.
- Duan, K., McBain, R., Flores, H., Rodriguez G., F., Nigenda, G., Palazuelos, L.,...& Elliott, P. F. (2018). Implementation and clinical effectiveness of a community-based non-communicable disease treatment programme in rural Mexico: a difference-in-difference analysis. *Health Policy and Planning*, 33, 707-714.
- El-Sayed, A. M., Palma, A., Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2015). Does health insurance mitigate inequities in non-communicable disease treatment? Evidence from 48 low- and middle-income countries. *Health Policy*, 119, 1164-1175.
- Eslava, J. I., Hernández, A., Ruiz, F., Sandoval, E. A., Sanchez, M., Acosta, N., & Matallana, M. A. (1999). *Factores Condicionantes y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud para la Población*

del Régimen Subsidiado y los Participantes Vinculados al Nivel III del SISBEN de 14 Localidades del Distrito. Consultada en <https://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/691-99.pdf> (18 de mayo del 2017).

Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 546-524A. Geneva: World Health Organization. Consultada en <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/en/> (18 de mayo del 2017).

Fernández-Niño, J. A., & Bustos-Vázquez, E. (2016). Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición. *Revista Biomédica*, 36, 188-203.

Frenk, J., Gómez-Dantés, O., & Knaul, F. M. (2009). The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 542-548. Consultada en <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-053199/en/> (25 de febrero del 2020).

Gatica, L., Luis, K., Cruz, E., Castro, P., Vargas, R., Hernández, J.,...& Tepal, I. (2018). El seguro popular como una alternativa de servicios de salud para grupos vulnerables en México. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 5, 129-134.

Giedion, U., Díaz, B. Y., Alfonso, E. A., & Savedoff, W. D. (2010). Impacto del seguro de salud subsidiado sobre el estado de salud, y sobre el acceso y uso de los servicios sanitarios. En Glassman, A. L., Escobar, M., Giuffrida, A., & Giedion, U. (Eds.), *Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia*, (pp. 51-84), Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Global Burden of Disease. (2017). *Mexico*. Consultada en <http://ihmeuw.org/4qvq> (22 de noviembre del 2019).

Gobierno de Felipe Carrillo Puerto. (2018). *Plan Municipal de Desarrollo 2018-2021*. Consultada en <http://felipecarrillopuerto.gob.mx/images/Contenido/PLANDESARROLLO2018-2021-1.PDF> (11 de diciembre del 2019).

Gobierno de Yucatán. (2020). *Programa de Fortalecimiento y Preservación de la Medicina Tradicional Maya*. Consultada en http://www.yucatan.gob.mx/ciudadano/ver_programa.php?id=27 (2 de enero del 2020).

Gobierno del Estado de Quintana Roo. (2018). *Diagnóstico situación del Sector Salud del estado de Quintana Roo 2018*. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Consultada en <https://www.groo.gob.mx/sites/default/files/unisitio2019/03/Diagnostico%20de%20Salud%202018.pdf> (15 de abril del 2019).

Gobierno del Estado de Quintana Roo & Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación. (2010). *Diagnóstico Agropecuario Forestal y Pesquero del Estado de Quintana Roo*. Consultada en

http://smye.info/pagina/documentos/sistemas/eval2014/resultados2014/PDF2/QIR/REV_Diagnostico_sectorial_QRooPlus.pdf (27 de febrero del 2020).

- Goins, R. T., Williams, K. A., Carter, M. W., Spencer, S. M., & Solovieva, T. (2006). Perceived Barriers to Health Care Access Among Rural Older Adults: A Qualitative Study. *The Journal of Rural Health*, 21, 206-213.
- Gómez B., S. (2012). *Metodología de la investigación*. Estado de México: Red Tercer Milenio.
- Gómez D., O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, s220-s232.
- Gulliford, M., Figueroa-Muñoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research and Policy*, 7, 186-8.
- Gupta, J., & Vegelin, C. (2016). Sustainable development goals and inclusive development. *International Environmental Agreements: Politics, Law and Economics*, 16, 433-448.
- Guzmán U., J. (2010). "De bárbaros y salvajes". La Guerra de Castas de los mayas yucatecos según la prensa de la ciudad de México. 1877-1880. *Estudios de cultura maya*, 35, 111-130.
- Guzmán-Rosas, S. C. (2016). La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15, 10-29.
- Guzmán-Rosas, S. C., & Kleiche-Dray, M. (2017). La inclusión del conocimiento tradicional indígena en las políticas públicas del Estado mexicano. *Gestión y Política Pública*, 26, 297-339.
- H. Ayuntamiento de Felipe Carrillo Puerto. (2014). *Un Felipe Carrillo Puerto con Bienestar Social*. Consultada en <http://felipecarrillopuerto.gob.mx/plandedesarrollobiensol> (22 de noviembre del 2019).
- Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 2, 211-216.
- Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2, 55-60.
- Hautecoeur, M., Zunzunegui, M. V., & Vissandjee, B. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pública de México*, 49, 86-93.
- Hirose L., J. (2018). La medicina tradicional maya: ¿Un saber en extinción? *Travaux et Recherches dans les Amériques du Centre*, 74, 114-134.
- Historia de México. (2018). *La Guerra de Castas*. Consultada en <https://www.historiademexicobreve.com/2018/03/la-guerra-de-castas.html> (8 de octubre del 2019).

- Honorable Cámara de Diputados. (2019). *Publica DOF decreto que crea el Insabi y desaparece el Seguro Popular*. Consultada en <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular> (22 de diciembre del 2019).
- Ijaz, N., & Boon, H. (2018). Statutory Regulation of Traditional Medicine Practitioners and Practices: The Need for Distinct Policy Making Guidelines. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24, 307-313.
- Ijnu, T. P., Anish, N., Shiju, H., George, V., & Pushpangadan, P. (2011). Home gardens for nutritional and primary health security of rural poor of South Kerala. *Indian Journal of Traditional Knowledge*, 10, 413-428.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2017-2018*. Consultada en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20172018/21-InformeCompleto.pdf> (22 de febrero del 2020).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015a). *Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo (23002)*. Consultada en <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=23#tabMCCollaps-e-Indicadores> (22 de octubre del 2019).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015b). *Banco de Indicadores Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo (23002)*. Consultada en https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?t=0200&ag=23002#divFV1_002000010 (22 de octubre del 2019).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *División municipal*. Consultada en http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/groo/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=23 (7 de marzo del 2020).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Marco Geoestadístico*. Consultada en <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=889463171829> (20 de noviembre del 2019).
- Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal. (2008). *Quintana Roo*. Consultada en <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM23quintanaroo/regionalizacion.html> (9 de octubre del 2019).
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. (2010a). *Quintana Roo Historia*. Consultada en <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM23quintanaroo/historia.html> (23 de febrero del 2020).
- Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal. (2010b). *Quintana Roo Medio Físico*. Consultada en <http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM23quintanaroo/mediofisico.html> (22 de febrero del 2020).

- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. (2016). *Felipe Carrillo Puerto*. Consultada en <http://inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM23quintanaroo/municipios/23002a.html> (9 de octubre del 2019).
- Jewell, C. (2017). *Protecting traditional knowledge: a grassroots perspective*. Consultada en https://www.wipo.int/wipo_magazine/en/2017/01/article_0004.html (8 de diciembre del 2019).
- Jeyashree, K., Prinja, S., Kumar, M. I., & Thakur, J. S. (2017). Inequity in access to inpatient healthcare services for non-communicable diseases in India and the role of out-of-pocket payments. *The National Medical Journal of India*, 30, 249-254.
- Jiménez S., A. A. (2017). *Medicina Tradicional*. CONAMED-OPS. Consultada en http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin13/medicina_tradicional.pdf (9 de septiembre del 2019).
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33, 11-14.
- Kankeu, H. T., Saksena, P., Xu, K., & Evans, D. B. (2013). The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a literature review. *Health Research Policy and Systems*, 11, 1-12.
- Kasole, R., Martin, H. D., & Kimiywe, J. (2019). Traditional Medicine and Its Role in the Management of Diabetes Mellitus: "Patients' and Herbalists' Perspectives". *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2019, 1-12.
- Kassa, M., & Grace, J. (2019). *The Global Burden and Perspectives on Non-communicable Diseases (NCDs) and the Prevention, Data Availability and Systems Approach of NCDs in Low-resource Countries*. Consultada en <https://www.intechopen.com/online-first/the-global-burden-and-perspectives-on-non-communicable-diseases-ncds-and-the-prevention-data-availab> (22 de febrero del 2020).
- Khullar, D., & Chokshi, D. A. (2018). Health, Income, & Poverty: Where We Are & What Could Help. *Health Affairs*. Consultada en <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hpb20180817.901935/full/> (7 de febrero del 2019).
- Kiguli, J., Ekirapa-Kiracho, E., Okui, O., Mutebi, A., MacGregor, H., & Pariyo, G. W. (2009). Increasing access to quality health care for the poor: Community perceptions on quality care in Uganda. *Patient Preference and Adherence*, 3, 77-85.
- Kirmayer, L. J., & Brass, G. (2016). Addressing global health disparities among Indigenous peoples. *The Lancet*, 388, 105-106.

- Klein, D. (2018). Rising Out-of-Pocket Costs Threaten an Already Vulnerable Population: An Introduction to the PAN Foundation and AJMC[®]. *American Journal of Managed Care*, 24, S66.
- Krieger, N. (2014). Discrimination and Health Inequities. *International Journal of Health Services*, 44, 643-710.
- Levesque, J., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 1-9. Consultada en <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18> (18 de octubre del 2019).
- Leyva-Flores, R., Infante-Xibille, C., Gutiérrez, J. P., & Quintino-Pérez, F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública de México*, 55, S123-S128.
- Linn, M. W., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *American Journal of Public Health*, 75, 502-506.
- Lope-Alzina, D. G. (2017). Cuatro décadas de estudio en huertos familiares Maya-Yucatecos: hacia la comprensión de su variación y complejidad. *Gaia Scientia*, 11, 160-184.
- López, M. J., Martínez V., A., & Aguilera, N. (2015). Reforming the Mexican Health System to Achieve Effective Health Care Coverage. *Health Systems & Reform*, 1, 181-188.
- López-Vidal, E. (1967). Atención de la Población Rural Dispersa. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 516-529.
- Lozoya L., X. (1989). La medicina tradicional en la realidad político-social de México. *Ciencias*, 14, 27-33.
- Magadzire, B. P., Mathole, T., & Ward, K. (2017). Reasons for missed appointments linked to a public-sector intervention targeting patients with stable chronic conditions in South Africa: results from in-depth interviews and a retrospective review of medical records. *BMC Family Practice*, 18, 1-10.
- Marmot, M. (2002). The Influence Of Income On Health: Views of An Epidemiologist. *Health Affairs*, 21, 31-46.
- Martínez N., G. (1979). Atención de la Salud en el Medio Rural y en el Medio Urbano. *Revista de Administración Pública*, 37, 39-44.
- Martínez, A., Rodrigues, R. J., Infante, A., Campillo, C., & Gattini, C. (2000). *Bases metodológicas para Evaluar la viabilidad y el Impacto de Proyectos de Telemedicina*. Washington, D.C.: OPS. Consultada en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BasesMetologicasparaEvaluar.pdf> (22 de diciembre del 2019).

- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 613-619.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4, 71-83.
- Moo C., M. J. (2012). Lineamientos generales del programa de seguimiento permanente del perfil y grado de satisfacción del turista que visita la Zona Maya de Quintana Roo. *El Periplo Sustentable*, 23, 143-171.
- Murphy, K. M. (2013). Language and Indigenous Health in Latin America: Case study of Mexico. *Working Papers in Educational Linguistics*, 28: 101-118.
- Naciones Unidas. (2016). *Desarrollo inclusivo en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2020a). *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. Consultada en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> (12 de marzo del 2020).
- Naciones Unidas. (2020b). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Consultada en <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/> (12 de marzo del 2020).
- Naciones Unidas México (2020). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Consultada en <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/> (10 de enero del 2020).
- National Health Service. (2008). Local Health Services Questionnaire. Consultada en http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/PCT_2008_core_questionnaire_v1.pdf (26 de septiembre del 2019).
- New Hampshire Department of Education. (2012). *Why Health Education Is Important*. Consultada en https://www.education.nh.gov/instruction/school_health/health_coord_education.htm (15 de enero del 2020).
- Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S., & Orozco-Núñez, E. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública de México*, 43, 41-51.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2010). *The Millennium Development Goals and Human Rights*. Consultada en <https://www.ohchr.org/EN/Issues/SDGS/Pages/MDGIndex.aspx> (22 de febrero del 2020).
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2020). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Consultada en <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (12 de marzo del 2020).

- Oficina Internacional del Trabajo. (2013). *Desarrollo Rural a través del Trabajo Decente - Documento de orientación: Promoción del desarrollo rural mediante la seguridad y la salud en el trabajo*. Consultada en http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_235459.pdf (17 de marzo del 2019).
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Hong Kong: Organización Mundial de la Salud. Consultada en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=73FD575148B18927396C1FC595F65018?sequence=1 (28 de septiembre del 2019).
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud y derechos humanos*. Consultada en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> (18 de marzo del 2019).
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Consultada en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (28 de agosto del 2019).
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Cobertura sanitaria universal*. Consultada en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc> (20 de agosto del 2019).
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La desigualdad, el gran enemigo de la salud en América Latina*. Consultada en <https://news.un.org/es/story/2018/04/1430582> (20 de diciembre del 2019).
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health at a Glance 2019 Mexico*. Consultada en <https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-EN.pdf> (20 de diciembre del 2019).
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35, 227-232.
- Páramo, A. (2018). Sistema de salud se va a 'federalizar' en ocho estados: López Obrador. *Excelsior*. Consultada en <https://www.excelsior.com.mx/nacional/sistema-de-salud-se-va-a-federalizar-en-ocho-estados-lopez-obrador/1284698> (11 de diciembre del 2019).
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19, 127-40.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161-171.
- Pichert, J. W., & Briscoe, V. J. (1997). A Questionnaire for Assessing Barriers to Healthcare Utilization: Part I. *The Diabetes Educator*, 23, 181-191.

- Poder Ejecutivo Estado de Quintana Roo. (2017). Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022. *Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo*, 11, 1-493. Consultada en <https://www.groo.gob.mx/plan-estatal-de-desarrollo-quintana-roo-2016-2022/version-descargable-del-periodico-oficial-del> (23 de febrero del 2020).
- Pouw, N., & Gupta, J. (2017). Inclusive development: a multi-disciplinary approach. *Current Opinion in Environmental Sustainability*, 24, 104-108.
- Puteh, S. E. W., & Almualm, Y. (2017). Catastrophic Health Expenditure among Developing Countries. *Health Systems and Policy Research*, 4, 1-5. Consultada en <http://www.hsprj.com/health-maintanance/catastrophic-health-expenditure-among-developing-countries.php?aid=18514#1> (4 de abril del 2019).
- Rattray, S. (2019). *Human rights and the SDGs – two sides of the same coin*. Consultada en <https://www.undp.org/content/undp/en/home/blog/2019/human-rights-and-the-sdgs---two-sides-of-the-same-coin.html> (20 de febrero del 2020).
- Redacción Quintana Roo. (2018). Diabetes, letal en zona maya. *Quintana Roo Hoy*. Consultada en <http://quintanarooohoy.com/regiones/felipe-carrillo-puerto/diabetes-letal-en-zona-maya/> (30 de enero del 2019).
- Santos G., M. A. (1999). La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud. *Revista Atención Primaria*, 24, 425-430.
- Saurman, E. (2015). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21, 36-39.
- Scott, K., Jessani, N., Qiu, M., & Bennett, S. (2018). Developing more participatory and accountable institutions for health: identifying health system research priorities for the Sustainable Development Goal-era. *Health Policy and Planning*, 33, 975-987.
- Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano. (2014). *Programa Regional de Desarrollo del Sur-Sureste*. Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, Subsecretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda Dirección General de Desarrollo Regional. Consultada en https://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_regional/docs/ProgRegDesarr_SurSureste2014_2018.pdf (2 de octubre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2013a). *Indicadores de rezago social: San Antonio Nuevo*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=23&mun=002&loc=0381&refn=230020381> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2013b). *Indicadores de rezago social: San José II*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=23&mun=002&loc=0182&refn=230020182> (22 de noviembre del 2019).

- Secretaría de Desarrollo Social. (2013c). *Indicadores de rezago social: Santa Rosa Segundo*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=23&mun=002&loc=0232&refn=230020232> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2013d). *Indicadores de rezago social: Señor*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=23&mun=002&loc=0239&refn=230020239> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2013e). *Indicadores de rezago social: Tuzik*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=23&mun=002&loc=0259&refn=230020259> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2013f). *Indicadores de rezago social: X-Hazil Sur*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=23&mun=002&loc=0276&refn=230020276> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2013g). *Indicadores de rezago social: Yaxley*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=23&mun=002&loc=0287&refn=230020287> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2015a). *Catálogo de Localidades: San Antonio Nuevo*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=230020381> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2015b). *Catálogo de Localidades: San José Segundo*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=230020182> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2015c). *Catálogo de Localidades: Santa Rosa Segundo*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=230020232> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2015d). *Catálogo de Localidades: Señor*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=230020239> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2015e). *Catálogo de Localidades: Tuzik*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=230020259> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Desarrollo Social. (2015f). *Catálogo de Localidades: X-Hazil Sur*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=230020276> (22 de noviembre del 2019).

- Secretaría de Desarrollo Social. (2015g). *Catálogo de Localidades: Yaxley*. Consultada en <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=230020287> (22 de noviembre del 2019).
- Secretaría de Salud. (2006). Seguro Popular, La salud ya está más cerca de todos los mexicanos. Consultada en http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform_adicional/Seguro%20Popular_La%20salud_cerca_todos.pdf (3 de enero del 2020).
- Secretaría de Salud. (2019). *Documento Operativo Del Programa Regulación y Vigilancia De Establecimientos y Servicios De Atención Médica G005 2019*. Consultada en http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/documento_operativo_G005_2019.pdf (15 de enero del 2020).
- Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim. (2020a). *Sistema de Información en Enfermedades Crónicas (SIC)*. Consultada en <http://tablerocronicassic-sinba.com/DirApp/tableros/Ohome.aspx> (15 de enero del 2020).
- Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim. (2020b). *Sistema de Información en Enfermedades Crónicas (SIC): San José II*. Consultada en <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/DirApp/tableros/OSicDetIntro.aspx> (15 de enero del 2020).
- Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim. (2020c). *Sistema de Información en Enfermedades Crónicas (SIC): Santa Rosa II*. Consultada en <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/DirApp/tableros/OSicDetIntro.aspx> (15 de enero del 2020).
- Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim. (2020d). *Sistema de Información en Enfermedades Crónicas (SIC): Señor*. Consultada en <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/DirApp/tableros/OSicDetIntro.aspx> (15 de enero del 2020).
- Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim. (2020e). *Sistema de Información en Enfermedades Crónicas (SIC): Tuzic*. Consultada en <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/DirApp/tableros/OSicDetIntro.aspx> (15 de enero del 2020).
- Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim. (2020f). *Sistema de Información en Enfermedades Crónicas (SIC): X-Hazil Sur*. Consultada en <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/DirApp/tableros/OSicDetIntro.aspx> (15 de enero del 2020).
- Secretaría de Salud & Fundación Carlos Slim. (2020g). *Sistema de Información en Enfermedades Crónicas (SIC): Yaxley*. Consultada en <http://www.tablerocronicassic-sinba.com/DirApp/tableros/OSicDetIntro.aspx> (15 de enero del 2020).
- Seligman, H. K., Laraia, B. A., & Kushel, M. B. (2010). Food Insecurity Is Associated with Chronic Disease among Low-Income NHANES Participants. *The Journal of Nutrition*, 140, 301-310.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York: Alfred Knopf.

- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, 55, 14-20. Consultada en <https://www.redalyc.org/pdf/539/53905501.pdf> (29 de septiembre del 2019).
- The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. (2012). *Declaración de Alma-Ata*. Alma-Ata, URSS: The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. Consultada en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> (20 de febrero del 2020).
- Torres, J. L., Villoro, R., Ramírez, T., Zurita, B., Hernández, P., Lozano, R., & Franco, F. (2003). *La salud de la población indígena en México*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
- Torri, M. C., & Hornosty, J. M. (2017). *Complementary, Alternative and Traditional Medicine: Prospects and Challenges for Women's Reproductive Health*. Toronto: Women's Press.
- United Nations. (2018). *Promoting Inclusion through Social Protection: Report on the World Social Situation 2018*. New York: United Nations. Consultada en <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2018/07/Chapter-VIIIndigenous-peoples-and-ethnic-minorities.pdf> (14 de diciembre del 2019).
- Uuh N., J. J., & Segura C., M. R. (2019). Foods from Mayan Communities of Yucatán as Nutritional Alternative for Diabetes Prevention. *Journal of Medicinal Food*, 0, 1-9. Consultada en <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jmf.2019.0125> (12 de enero del 2020).
- Velázquez, M. (2020). Insabi, sin reglas de operación. *El Economista*. Consultada en <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Insabi-sin-reglas-de-operacion-20200303-0087.html> (8 de marzo del 2020).
- Verdier-Chouchane, A., & Karagueuzian, C. (2016). *Concept and measure of inclusive health across countries, Working Paper Series N° 239*. Abidjan, Côte d'Ivoire: African Development Bank.
- Weinstein, J., N., Geller, A., Negussie, Y., & Baciú, A. (2017). *Communities in action : pathways to health equity*. Washington, DC.: National Academy Press.
- Welhemina, M. M. (2009). Access to and utilisation of health care among people living with HIV/AIDS in Mankweng/Polokwane area: Appendix Access To And Utilisation Of Health Care Questionnaire. Sovenga. (Dissertation for a Master's Degree, University of Limpopo, South Africa) Consultada en <http://ulspace.ul.ac.za/bitstream/handle/10386/563/Cover%20page.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (26 de septiembre de 2019).
- World Bank. (2015). *Seguro Popular: Health Coverage for All in Mexico*. Consultada en <https://www.worldbank.org/en/results/2015/02/26/health-coverage-for-all-in-mexico> (2 de diciembre del 2019).

- World Bank. (2019). *Diabetes prevalence (% of population ages 20 to 79)*. Consultada en https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.DIAB.ZS?most_recent_value_desc=true (2 de abril del 2020).
- World Bank. (2020). *Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)*. Consultada en <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS> (3 de enero del 2020).
- World Health Organization. (2001). *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*. Consultada en <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/8.9.html> (19 de diciembre del 2019).
- World Health Organization. (2005). *Technical Briefs for Policy-Makers: Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure*. Geneva: World Health Organization. Consultada en https://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_05_2-cata_sys.pdf (20 de diciembre del 2019).
- World Health Organization. (2011). *The WHO Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Italy: WHO. Consultada en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf?sequence=1 (22 de febrero del 2020).
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO. Consultada en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1 (27 de febrero del 2020).
- World Health Organization. (2014). *Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems*. World Health Organization. Consultada en http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/247649/HSS-NCDs_Guide_WEB_Version_20-11.pdf?ua=1 (22 de febrero del 2020).
- World Health Organization & United Nations Development Programme. (2018). *What Legislators Need to Know: Noncommunicable Diseases*. Consultada en <https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/NCDs/Legislators%20English.pdf> (20 de febrero del 2020).
- Zamudio S., F. J., Corona A., A., & López B., I. D. (2008). Un índice de ruralidad para México. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, XIV, 179-214. Consultada en www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v14n42/v14n42a7.pdf (2 de febrero del 2019).

APÉNDICES

Apéndice 1. Guía de encuestas sobre el acceso a la salud

El presente estudio forma parte de una investigación de las dimensiones del acceso a los servicios de salud para enfermedades crónicas no transmisibles, como el cáncer, la diabetes, entre otros. Los resultados de este estudio nos ayudarán a generar recomendaciones para mejorar y facilitar el acceso a los servicios para comunidades indígenas y para estas enfermedades. No hay respuestas correctas o incorrectas y su participación será anónima. Apreciamos su tiempo.

General

Edad: Sexo: H/M

Estado Civil: Casada/o: ... Soltera/o: ... Divorciada/o: ... Viuda/o: ...
Otro:

Idioma:

Ocupación:

Grado máximo de educación alcanzado:

Tiene Agua: Sí.... No....

Tiene Vivienda Segura: Sí.... No....

Tiene Electricidad: Sí.... No....

Tiene Baño Seguro: Sí.... No....

Cuenta con Señal Telefónica: Sí.... No....

Comunidad de Residencia:

Diagnóstico(s) y fecha en que recibió el/los diagnóstico(s):

.....
.....

Sobre su padecimiento

1. ¿Cuál es su fuente principal de información sobre salud?

- a. Familia, amigos y/o conocidos
- b. Vecinos y/o miembros de la comunidad
- c. Televisión y/o radio
- d. Colegas en el trabajo
- e. Material impreso
- f. Internet
- g. Otro (especificar):

2. En el último año, ¿cuántas veces ha buscado atención por su padecimiento?

0 veces	1-2 veces	3-4 veces	5-7 veces	8-10 veces	10+ veces
---------	-----------	-----------	-----------	------------	-----------

3. ¿A dónde acude normalmente cuando está enfermo?

- a. Hospital
- b. Centro de salud de la comunidad
- c. Servicio privado
- d. Chamán, hueseros, yerbateros u otros médicos tradicionales
- e. Familia y amigos
- f. No acudo

g. Vienen a mi casa, especificar quiénes:

h. Otro (especificar):

4. ¿Cuál es la razón por su respuesta a la pregunta de arriba?

a. Costo

b. Distancia/conveniencia

c. Recomendación de familiares o amistades

d. Tradición

e. Confianza

f. Calidad

g. Otro (especificar):

.....
.....

5. ¿Qué tipo de prestador de servicios ver normalmente?

a. Doctor general

b. Doctor especialista

c. Tradicional (chamán, huesero/a, yerbatero/a, etc.)

d. Enfermera/o

e. Otro (especificar):

.....
.....

6. Si ve a los siguientes prestadores de salud, ¿qué tan frecuentemente los ve?

	Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
Doctor general					
Doctor especialista					
Tradicional					
Enfermera/o					

7. En el último año, ¿ha usado más de un prestador de servicios por su enfermedad?

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

8. ¿Qué medio de transporte utiliza para acudir o buscar atención a su enfermedad?

- a. Caminando
- b. Taxi
- c. Bus o transporte público
- d. Propio coche
- e. Ellos vienen
- f. Otro:

9. ¿Cuánto le toma llegar a donde se encuentra su prestador de servicios más frecuente?

1-10 min	11-20 min	21-40 min	41-59 min	1-2 hr	Más de 2 hr
----------	-----------	-----------	-----------	--------	-------------

10. ¿Cuál es la distancia para llegar al prestador de servicios que ve más frecuentemente?

Menos de 1 km	1-5 km	6-10 km	11-20 km	21-30 km	31-40 km	40-50 km	Más de 50 km
------------------	--------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-----------------

11. ¿Cuál es la distancia al centro de salud más cercano?

Menos de 1 km	1-5 km	6-10 km	11-20 km	21-30 km	31-40 km	40-50 km	Más de 50 km
------------------	--------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-----------------

12. ¿Cómo contacta a sus prestadores de servicios?

- a. Por teléfono
- b. Voy con el/ella
- c. Otro:

13. ¿Cómo agenda una cita con su prestador de servicios?

- a. Voy con el/ella
- b. Agendo cada vez que voy a consulta
- c. Por teléfono
- d. Otro:

14. ¿Cuál ha sido su experiencia en hacer citas en el último año?

Muy fácil	Fácil	Un poco fácil	Normal	Un poco difícil	Difícil	Muy difícil
-----------	-------	---------------	--------	-----------------	---------	-------------

15. ¿Qué tipo de servicios o gastos de bolsillo pagó debido a su condición en el último año?

.....
.....

16. ¿Qué afiliación a un seguro médico tiene?

- a. Seguro Popular
- b. IMSS
- c. ISSSTE
- d. PEMEX o SEDENA
- e. Privado
- f. No tengo
- g. Otro:

17. En el último año ¿ha sufrido estrés financiero debido a sus gastos de salud?

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

18. En el último año, ¿qué porcentaje de su ingreso se gastó en salud, incluyendo transporte y medicinas?

0	1-	11-	21-	31-	41-	51-	61-	71-	81-	91-	Más
%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	del
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	100
											%

19. En el último año, ha habido veces que no he podido pagar medicinas o servicios de salud, pero me hubiera gustado poder

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

20. En el último año, ha sido fácil buscar atención para mi enfermedad

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

21. En el último año, las medicinas que requiero para tratar mi(s) enfermedad(es) han estado disponibles

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

22. En el último año, he tenido que esperar más de lo normal para recibir medicinas, citas, estudios o resultados

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

23. En el último año, cuando ha tenido que esperar más de lo normal por medicinas, citas, estudios o resultados, ¿cuál ha sido el tiempo que más ha tenido que esperar?

El mismo día	1-6 días	1-3 semanas	4-6 semanas	7-8 semanas	Más de 8 semanas
--------------	----------	-------------	-------------	-------------	------------------

Medicina

Citas

Estudios

Resultados

24. En el último año, ¿le han ofrecido métodos alternativos de recibir atención (visitas a la casa, llamadas o mensajes por celular, etc.)?

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

25. Cuando ha habido falta en el último año, ¿ha podido ver a un especialista por su padecimiento?

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

26. En el último año, ¿cuántas veces ha tenido que buscar servicios de emergencia por su enfermedad?

0 veces	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 veces	Más de 5 veces
---------	-------	---------	---------	---------	---------	----------------

27. En el último año, he sentido discriminación o estigma por parte de mi prestador de servicios más frecuente

Siempre Seguido A Veces Casi Nunca Nunca

28. En el último año, he sentido negligencia por parte de mi prestador de servicios más frecuente

Siempre Seguido A Veces Casi Nunca Nunca

29. En el último año, me han referido a otros centros de salud o con otros prestadores de servicios

Siempre Seguido A Veces Casi Nunca Nunca

30. ¿Si sí, por qué?

- a. Tiempos de espera
- b. Servicios especialistas
- c. Exámenes
- d. Otro:

31. Si ha utilizado plantas medicinales en el último año, ¿qué tan frecuentemente las ha usado?

Siempre Seguido A Veces Casi Nunca Nunca

32. Si ha utilizado plantas medicinales para su ECNT en el último año, ¿qué tan frecuentemente las ha usado?

Siempre Seguido A Veces Casi Nunca Nunca

33. Opino que los huertos caseros son importantes para la salud

Muy de De acuerdo Depende Casi Nunca Nunca
acuerdo

34. Opino que los métodos tradicionales son mejor que los institucionales

Muy de De acuerdo Depende Casi Nunca Nunca
acuerdo

35. Opino que los remedios caseros son mejor que los institucionales

Muy de De acuerdo Depende Casi Nunca Nunca
acuerdo

36. Mi prestador de servicios de salud más frecuente recomienda el uso de plantas medicinales y métodos tradicionales

No No Posible Recomiendan Recomiendan
recomiendan recomiendan, usar a
usar pero no están a
en contra discreción
propia
ampliamente

37. El/la doctor/a más cercano/a habla maya

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

38. El/la enfermero/a más cercano/a habla maya

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

39. El/la prestador/a que más frecuento habla maya

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

40. Opino que los horarios de atención son adecuados el centro de salud más cercano

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

41. Opino que los horarios de atención son adecuados en el centro de salud que más frecuento

Siempre	Seguido	A Veces	Casi Nunca	Nunca
---------	---------	---------	------------	-------

Apéndice 2. Guía de grupos focales y entrevistas semiestructuradas

1. ¿Cuáles son los horarios de atención del centro de salud en su comunidad?
2. ¿Cómo ha cambiado su situación financiera desde el diagnóstico?
3. ¿Su gasto médico ha afectado su capacidad para hacer otras cosas?
 - a. ¿De qué manera?
4. En caso de que los refieran, ¿a dónde los refieren?
5. ¿Hay situaciones en las que no busca atención?
 - a. ¿Cuáles son estas situaciones?
6. Cuando recibe medicamentos, ¿le han explicado cómo usarlos?
7. ¿A quién contacta cuando tiene dudas sobre su tratamiento?
8. Cuando sucede una emergencia médica, ¿a quién contacta, y cómo?
9. En el último año, ¿ha usado plantas medicinales?
 - a. Si sí, ¿por y para qué las utiliza?
 - b. Si no, ¿por qué no?
 - c. En caso afirmativo, ¿cuáles, cada cuánto, y cómo las usan?
 - d. ¿Tiene huerto casero? ¿Cultiva estas plantas en sus huertos?
 - e. ¿Cómo los encuentras de otra manera?
 - f. ¿Cómo se enteró de sus propiedades y usos?
 - g. ¿Cómo las consiguió?
 - h. ¿Cuándo están disponibles?
10. En el último año ¿usted ha utilizado plantas medicinales para tratar su enfermedad crónica no transmisible?
 - a. Si sí, ¿por y para qué las utiliza?
 - b. Si no, ¿por qué no?
 - c. En caso afirmativo, ¿cuáles, cada cuánto, y cómo las usan?
 - d. ¿Tiene huerto casero? ¿Cultiva estas plantas en sus huertos?
 - e. ¿Cómo los encuentras de otra manera?
 - f. ¿Cómo se enteró de sus propiedades y usos?
 - g. ¿Cómo las consiguió?
 - h. ¿Cuándo están disponibles?
11. En su opinión, ¿por qué son importantes los huertos caseros para la salud?

12. ¿Por qué opina que los métodos tradicionales son mejores o no a los institucionales?
13. Si los usa, ¿qué tipo de remedios caseros usa?
 - a. ¿Cómo se enteró de estos remedios?
14. ¿Cuáles son las prácticas y servicios médicos más comunes en su comunidad?
15. ¿Qué tipos de medicamentos y servicios le gustaría poder pagar, pero no siempre puede?
 - a. Cuando no puede pagarlos, ¿qué hace?
16. ¿Hay alguna época del año en la que es difícil acceder a los servicios de salud?
17. Si alguno, ¿qué tipo de discriminación ha sentido por parte de su prestador de servicios?
18. ¿Quién le ayuda a cuidarse cuando lo necesita?
19. ¿Qué cambios o recomendaciones haría para mejorar su acceso a servicios de atención médica para su padecimiento crónico? ¿Por qué?

Apéndice 3. Datos sobre diagnósticos y distancias a centros de referencia

Cuadro 23. Sistematización de diagnósticos y fechas de diagnóstico de los participantes (n=77).

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje de los participantes
Diabetes	43	56%
Hipertensión	20	26%
Colesterol	5	6%
Distrofia muscular	4	5%
Triglicéridos	4	5%
Asma	3	4%
Cáncer	3	4%
Gastritis	3	4%
Artritis	2	3%
Dolor de oídos	2	3%
Enfermedad renal	2	3%
Epilepsia	2	3%
Problemas del colon	2	3%
Ciática	1	1%
Colitis	1	1%
Dolor de espalda	1	1%
Embolia	1	1%

Fístula	1	1%
Hiperlipidemia	1	1%
Neuropatía	1	1%
Obesidad	1	1%
Problemas cardiovasculares	1	1%
Trombosis	1	1%
Fecha de Diagnóstico		
Hace menos de 1 año	1	1%
Hace 1-5 años	31	40%
Hace 6-10 años	10	13%
Hace 11-15 años	13	17%
Hace 16-20 años	13	17%
Hace 21-25 años	8	10%
Hace 26-30 años	5	6%
Hace 31-35 años	2	3%
Hace 36-40 años	3	4%
Hace 41-45 años	0	0%
Hace 46-50 años	0	0%
Hace más de 50 años	1	1%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta.

Cuadro 24. Datos sobre distancias a centros de referencia (n=72).¹³

Variable	Frecuencia	Porcentaje de los participantes referidos
Distancia Mínima a Centro de Referencia		
0-50 km	58	81%
51-100 km	3	4%
Más de 100 km	11	15%
Distancia Promedio a Centro de Referencia		
0-50 km	39	54%
51-100 km	12	17%
Más de 100 km	21	29%
Distancia Máxima a Centro de Referencia		
0-50 km	39	54%
51-100 km	5	7%
Más de 100 km	28	39%

Fuente: elaboración propia, 2019, con datos de la encuesta, entrevista y grupos focales.

¹³ Se presentan datos de 72 participantes, ya que cinco indicaron que “nunca” son referidos (ver Cuadro 7).