

Perspectivas, sentimientos y necesidades de la atención en salud. Grupos focales con mujeres Mazahua

Marti Yareli Del Monte Vega¹ , Daniel Alejandro Popoca Trinidad¹ , Constanza Jacqueline Marín Cruz¹ ,
Cristina Sáenz Anaya¹ , Abelardo Ávila Curiel¹ .

Resumen: Perspectivas, sentimientos y necesidades de la atención en salud. Grupos focales con mujeres Mazahua. Introducción: En México, el derecho a la protección de la salud está reconocido en la Constitución y se promueve mediante el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar). No obstante, persisten barreras estructurales, geográficas y socioculturales que afectan a comunidades indígenas, marginadas y económicamente desfavorecidas. **Objetivo:** Explorar las percepciones y necesidades en salud de madres y promotoras comunitarias Mazahuas. **Materiales y métodos:** Se diseñó un estudio cualitativo exploratorio basado en el desarrollo de grupos focales con mujeres adultas de Villa Victoria, Estado de México. El equipo de investigación incluyó moderadores, observadores y transcribtores capacitados. Se analizaron las percepciones en torno a cinco dimensiones del acceso con base en el modelo de Penchansky y Thomas, adaptándolo al área de la salud y comparándolas con el MAS-Bienestar para identificar la brecha existente en la realidad de las mujeres participantes. **Resultados:** Participaron 24 mujeres, quienes señalaron barreras estructurales y económicas que dificultan el acceso efectivo a los servicios. Relataron malas experiencias durante el parto y la atención de enfermedades, demostrando grandes brechas al contrastar lo esperado en el MAS-Bienestar y la realidad en la que viven las mujeres. **Conclusiones:** Los resultados muestran que la atención en salud no cubre en su totalidad las necesidades reales. Es indispensable establecer un diálogo comunitario que permita transformar las políticas y avanzar hacia un sistema de salud equitativo, humano y culturalmente pertinente. **Arch Latinoam Nutr 2026; 76(1): 38-48.**

Palabras clave: Salud, mujeres, indigenismo, sistema de salud.

Introducción

En México persisten desigualdades socioeconómicas, con una gran proporción de la población viviendo en condiciones de

Abstract: Perspectives, feelings, and healthcare needs. Focus groups with Mazahua women. Introduction: The right to protection is recognized in the Mexican Constitution, and the current health scheme, the Model of Health Care for Well-Being (MAS-Bienestar). However, there are structural, geographic, and sociocultural challenges that impact the health of indigenous populations living in marginalized, and economically disadvantaged communities. **Objective:** Explore the perceptions and health needs of mothers and community health promoters in Mazahua communities. **Materials and methods:** An exploratory qualitative study was designed based on the development of focus groups of adult women from Villa Victoria, Mexico. The investigation team included trained moderators, facilitators, transcribers and observers. Perceptions were grouped into five dimensions of access based on the Penchansky and Thomas model, adapted to the health field, and then compared with MAS-Bienestar to identify the gap in the reality of participating women. **Results:** Twenty-four Mazahua women participated in this study. When contrasting the dimensions of health, structural, and economic barriers that impede effective access to services, women expressed having lived bad experiences in childbirth and healthcare, demonstrating large gaps between what is expected in the MAS-Bienestar and the reality of women. **Conclusions:** The results show that healthcare providers do not meet their real needs. It is essential to establish community dialogue that allows transform policies and move towards equitable, humane, and culturally relevant health systems. **Arch Latinoam Nutr 2026; 76(1): 38-48.**

Keywords: Health, women, indigenism, health system, focus group.

pobreza y marginación, situación que afecta particularmente a las comunidades indígenas. Estas condiciones estructurales, relacionados y dependientes de los determinantes sociales de la salud (DSS) se reflejan en un acceso limitado a servicios de salud adecuados y en una mayor vulnerabilidad a enfermedades prevenibles (1-5).

Los derechos de los pueblos indígenas en América Latina enfrentan desafíos críticos para su consolidación, derivados de las persistentes

¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Departamento de Nutrición Aplicada y Educación Nutricional, Ciudad de México, México. Autor para la correspondencia: Daniel Alejandro Popoca Trinidad, e-mail: danielpopoca2000@gmail.com



brechas socioeconómicas. El ámbito de la salud es uno de los aspectos más evidente de estas desigualdades. Esta población presenta una mayor vulnerabilidad no sólo ante enfermedades infecciosas, sino también frente a otros determinantes de riesgo asociadas a diferentes dinámicas de pobreza, exclusión, violencia, acceso precario a servicios básicos (6).

En 2020, la población indígena en México se estimó en 23.2 millones de personas (19% de la población). En el mismo año, el 13.2% de esta población reportó falta de atención médica (7), mientras que 1 de 4 personas (22.7%) de los habitantes de hogares indígenas carecía de afiliación a servicios de salud (8).

Estas disparidades han sido reconocidas por la Asamblea General de las Naciones Unidas (2012), vinculándolas a factores históricos, económicos y sociales. En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han reiterado la urgencia de mejorar las condiciones sanitarias de los pueblos originarios.

El grupo étnico mazahua, cuenta con aproximadamente 132,710 hablantes que se concentran principalmente en la región noroccidental y centro-occidental del Estado de México (9,10), principalmente en trece municipios rurales de alta marginación, entre los que se encuentra Villa Victoria (11). En estas comunidades, el perfil epidemiológico se caracteriza por una alta carga de morbilidad y mortalidad atribuibles a enfermedades infecciosas prevenibles.

La oferta de servicios de salud dirigidos a los pueblos indígenas es insuficiente en términos de infraestructura y personal capacitado, lo que limita la calidad y oportunidad de la atención (12).

A los desafíos estructurales, se suman factores geográficos y socioculturales como la dispersión poblacional, los bajos niveles de escolaridad y altas tasas de fecundidad. Asimismo, la baja pertinencia cultural en la oferta de servicios de salud genera desconfianza hacia el sistema médico convencional.

Un problema crítico derivado de estos determinantes sociales históricos es la desnutrición infantil, influenciada directamente por el nivel de ingresos del hogar, la educación de los padres y el acceso limitado a servicios médicos (13). En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2020-2024, permiten identificar diferencias importantes en la prevalencia de desnutrición en la población menor de cinco años. Al comparar los hogares indígenas frente a no indígenas, se observan variaciones en bajo peso (7.6% vs 3.7%), baja talla (28.2% vs 12.6%) y emaciación (2% vs 1.2%), respectivamente (14). Estas cifras, evidencian una profunda brecha de desigualdad que afecta a la salud de la niñez indígena perpetuando ciclos de vulnerabilidad social, lo que resalta la importancia de diseñar políticas públicas que garanticen el acceso efectivo al derecho de salud y nutrición.

Resulta fundamental diseñar estrategias integrales que incorporen la participación comunitaria. La literatura científica destaca el papel de la sociedad civil en México para fortalecer el tejido social y facilitar la atención en problemas sociales (15) incluida la salud y su relevancia dentro del enfoque de bienestar (16). Experiencias previas en salud reproductiva han demostrado que la cercanía comunitaria y la adecuación cultural mejoran el acceso en poblaciones vulnerables (17).

En este contexto, el Estado mexicano ha impulsado el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) fundamentado constitucionalmente, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social, que establece un esquema de cuidados integrales que articula los recursos, herramientas, las estrategias, procesos y procedimientos se deben realizar por parte de las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad e incluye los servicios personales y los de la salud colectiva (18). Complementariamente la publicación en el Diario Oficial de la Federación estableció el sustento jurídico, consolidándolo como el marco institucional para avanzar hacia un sistema de salud equitativo, con énfasis en la participación comunitaria (19).

Tras la implementación de las pautas de dicho modelo el presente estudio tiene el objetivo de explorar las

percepciones y necesidades en salud de madres y promotoras comunitarias en comunidades Mazahuas participantes en un programa de vigilancia nutricional a cargo de una Institución de asistencia privada. A fin de conocer cuál es la situación de la implementación del modelo de atención y vincular su relación con la nutrición de la población atendida.

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio cualitativo exploratorio mediante grupos focales. El objetivo fue analizar las percepciones de las madres de niños y niñas con desnutrición y promotoras comunitarias vinculadas a un programa de vigilancia nutricional en colaboración con una Fundación de asistencia social en localidades del municipio de Villa Victoria, Estado de México.

Selección de participantes

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia utilizando la técnica de bola de nieve. La convocatoria fue abierta, gestionada inicialmente por personal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), en coordinación con la Fundación, a las promotoras de 14 localidades, quienes convocaron a madres de niñas y niños, priorizando a aquellos niños menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición moderada y grave de acuerdo con el indicador peso para la edad. La muestra final quedó integrada por 24 mujeres.

Procedimiento

La sesión de los grupos focales se llevó a cabo en agosto de 2024 con una duración de 120 minutos en la comunidad de Villa Victoria, Estado de México. El equipo de coordinación estuvo compuesto por dos moderadores (médico y nutrióloga con experiencia en investigación cualitativa), cuatro observadores y transcritores. La actividad se estructuró en tres fases para favorecer la interacción y el análisis de los temas propuestos.

1. Introducción y contextualización: Se realizó una plenaria inicial en la que se dio la bienvenida a las participantes, se presentó el equipo de trabajo y se expuso el propósito y dinámica de la sesión y se contextualizaron los elementos del nuevo MAS-BIENESTAR.
2. Discusión en grupos focales: Las participantes se dividieron aleatoriamente en dos subgrupos.

Utilizando una guía estructurada adhoc al objetivo de investigación a partir de cuatro preguntas detonadoras diseñadas para fomentar una discusión abierta en torno a la atención de salud sin sugerir ni manipular el rumbo de la conversación o respuestas esperadas, las preguntas fueron: 1 ¿Qué está pasando con la atención en salud?, 2 ¿Qué se espera al acudir a un servicio de salud?, 3 ¿Qué podemos hacer para mantener la salud y nutrición de la comunidad? 4. ¿A dónde queremos llegar o que queremos lograr al acceder a los servicios de atención en salud?

3. Plenaria de cierre y sistematización: Al finalizar la discusión en grupos, se realizó una sesión conjunta con todas las participantes, en la que se sintetizaron los puntos clave discutidos en cada grupo. Este espacio permitió validar y complementar la información obtenida, así como generar consenso en torno a las necesidades y estrategias utilizadas.

Se tomaron medidas para minimizar interrupciones durante el desarrollo de la sesión y garantizar un ambiente propicio para la discusión. La información obtenida fue registrada por el personal designado a través de transcripciones, fotografías y notas de observación, para su posterior análisis.

Para garantizar el rigor del estudio, se consideraron los criterios de veracidad, consistencia de los hallazgos y neutralidad. La pureza de los datos se preservó a través del uso de transcripciones literales, la revisión y comparación repetida de las transcripciones realizadas por los cuatro observadores, y la elaboración de un documento analítico que permitió la triangulación de la información durante la fase interpretativa a partir de las perspectivas de los investigadores participantes, de acuerdo con las preguntas y el análisis categórico hacia las dimensiones definidas.

Análisis

Las transcripciones fueron revisadas de forma independiente por dos investigadores para

incorporar anotaciones sobre el tono de voz y las emociones. El análisis se realizó con el software Atlas ti, complementando con matrices en Microsoft Excel y diagramas de flujo en Microsoft Visio para la representación gráfica del proceso de atención.

Tres de los miembros del equipo de investigación participaron en el análisis de datos revisando las transcripciones depuradas y el análisis desarrollado por los facilitadores y observadores del grupo.

Los conceptos con significados similares fueron agrupados para formar temas emergentes. Para facilitar la identificación de patrones, se registraron las frecuencias de palabras y frases recurrentes, contrastadas con las opiniones expresadas por las participantes en ambos grupos focales.

Se empleo un análisis temático emergente y categórico, sistematizando bajo el modelo de Penchansky y Thomas (20) el cual conceptualiza el acceso como el grado de ajuste entre las características de los servicios de salud y las necesidades o percepciones de los usuarios. Este modelo fue seleccionado a priori por su utilidad para estructurar el análisis de barreras y facilitadores en el acceso a servicios. Las cinco dimensiones fueron adaptadas al MAS-Bienestar. Definiendo las siguientes dimensiones analíticas: aceptabilidad, tiempo de espera, conveniencia, disponibilidad, distancia geográfica, factores económicos y factores culturales.

Consideraciones éticas

Todas las participantes eran mujeres mayores de 18 años y otorgaron su consentimiento informado por escrito tras recibir información clara y suficiente sobre los objetivos y procedimientos de la sesión, así como de su participación voluntaria y anónima. La sesión fue diseñada conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. A cada participante se le expresó un agradecimiento por su colaboración, y como cortesía se ofreció una comida ligera al finalizar la actividad, sin que ello condicionara su decisión de participar.

Los grupos focales se desarrollaron en el marco del protocolo de investigación con referencia 4946 aprobado por el comité de ética institucional, que se diseñó para llevar a cabo la vigilancia nutricional de población infantil. Todas las actividades realizadas se centraron en la garantía y el cumplimiento de los principios de respeto, beneficencia y justicia.

Resultados

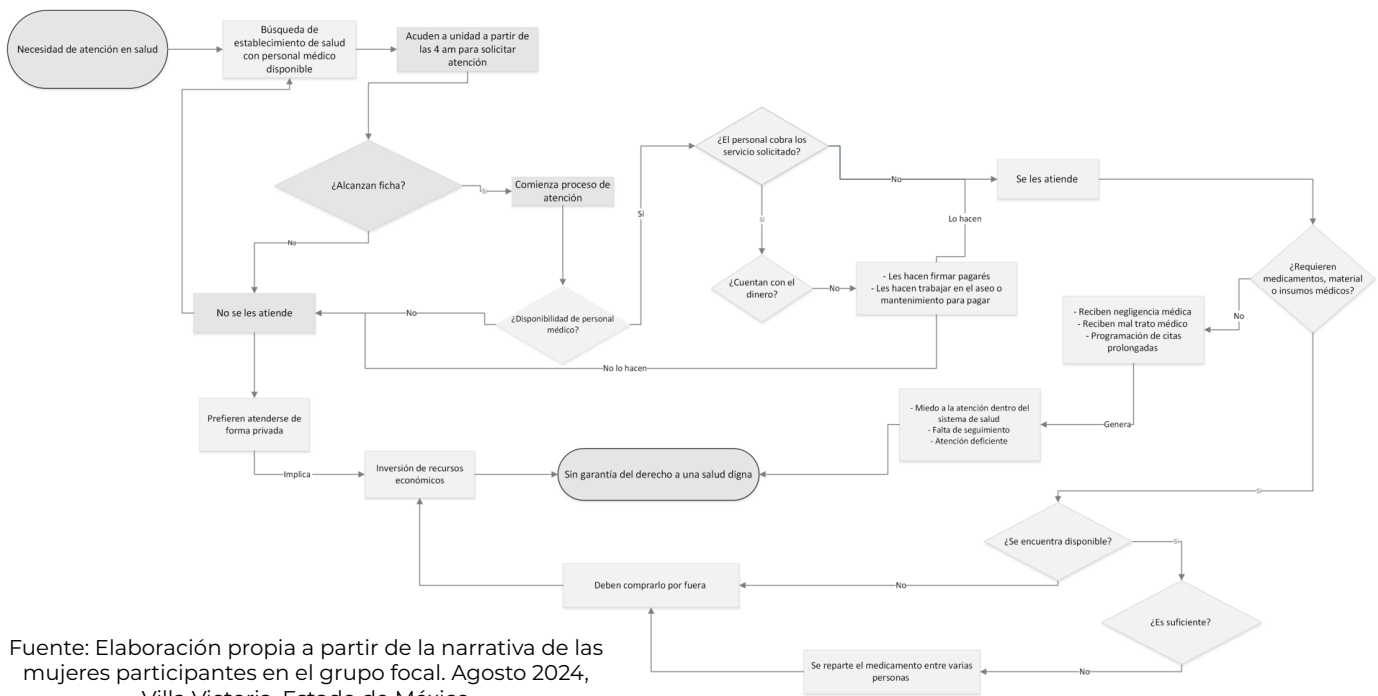
Se trabajaron dos grupos focales (n=24) con una distribución aleatoria de 12 participantes en cada uno. Las características sociodemográficas de las participantes, todas madres de familia se describen en la Tabla 1. En las que resalta un amplio rango de edad (23 a 59 años), en donde predominaron actividades de cuidado y preparación de alimentos.

Aproximadamente el 80% de las participantes (n=19) expresaron haber tenido una mala experiencia al momento de la atención del parto y recibir malos tratos por parte del personal de salud. En contraste, se identificó un reconocimiento al liderazgo de la partera como figura central en la vigilancia gestacional y neonatal en la comunidad.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes, Villa Victoria, Estado de México, México, agosto 2024.

Características	Grupo 1	Grupo 2
Rango de edad	23 a 59 años	27 a 52 años
Actividad principal	Ama de casa/ mujeres cuidadoras, comerciantes de alimentos preparados	Ama de casa/ mujeres cuidadoras, 1 partera
Actividades en proyecto de nutrición	5 madres, 9 promotoras*	4 madres, 8 promotoras*
Comunidades de origen	Barrio de San Miguel Barrio del Cerrillo La Campanilla Loma del Lienzo San Marcos San Roque	Barrio de San Isidro Barrio del Cerrillo Cerritos del Pilar La Campanilla San Marcos

*Papel de promotoras comunitarias y madres de familia con menores registrados en proyecto de nutrición



Fuente: Elaboración propia a partir de la narrativa de las mujeres participantes en el grupo focal. Agosto 2024, Villa Victoria, Estado de México

Figura 1. Diagrama de flujo de cómo se vive la atención dentro del sistema de salud para las participantes en Villa Victoria, Estado de México.

A partir de las narrativas, se sistematizó el flujo de atención en salud mediante un diagrama (Figura 1), el cual visibiliza las barreras que condicionan el acceso efectivo a los servicios de salud. Este modelo evidencia la falta de atención oportuna, la escasez de insumos médicos y el gasto de bolsillo recurrente al pagar por servicios o adquirir medicamentos por cuenta propia, factores que convergen en la vulneración del derecho a la salud.

Para profundizar en el análisis, se compararon los principios del modelo MAS-Bienestar con las dimensiones del modelo de Penchansky y Thomas. Este ejercicio permitió contrastar las vivencias de las participantes para la identificación de las brechas existentes en el acceso a la atención médica en la comunidad en cinco categorías analíticas (Tabla 2), destacando la necesidad de mejorar la calidad de la atención, la disponibilidad de servicios y recursos y la sensibilidad del personal médico.

A continuación, se presentan algunos hallazgos para las categorías definidas que se concentran en la tabla 2.

Aceptabilidad.

Las participantes expresaron una percepción desfavorable sobre el trato recibido por parte del personal médico. Se

refirieron a actitudes como regaños y falta de empatía, lo cual genera temor a ser atendidas y desconfianza hacia los servicios, algunas expresiones que plasman dichos sentimientos son: *“Ya va uno con miedo de que el médico te va a regañar”* o *“nos dicen ignorantes”*. ejemplificando la brecha de la práctica actual con el enfoque humanista y de calidad que plantea el vigente MAS-Bienestar.

Organización y adecuación de servicios

Se documentaron largas demoras tanto para obtener consulta como durante la atención médica. Las mujeres mencionaron la necesidad de acudir desde la madrugada para alcanzar una ficha y que incluso en situaciones de urgencia y/o emergencia las esperas eran de varias horas. La inoportuna atención generó sentimientos y emociones de impotencia derivados de retrasos en la atención, destacando el caso de una persona que falleció por no recibir servicios de diálisis a tiempo.

Las principales barreras fueron los horarios restringidos en las unidades de salud. Muchas

Tabla 2. Comparación entre la planificación del MAS-Bienestar y la realidad de mujeres Mazahua participantes de acuerdo con el modelo de Penchansky y Thomas, Villa Victoria, Estado de México, México, agosto 2024.

Dimensiones de acceso analizadas, Adaptación del Modelo Penchansky y Thomas.	Atención esperada, planteada en el Modelo MAS BIENESTAR	Realidad de las mujeres Mazahua, identificación de discurso mediante transcripciones	Análisis de la identificación de brechas (planteado vs vivido)
<p>1. Aceptabilidad. La relación entre las actitudes de los/de las personas sobre las características personales y profesionales de los profesionales de salud, así como con las actitudes de los profesionales de salud sobre las características personales aceptables de las personas usuarias de servicios.</p>	<p>El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) es el esquema de cuidados integrales que conjunta los recursos, herramientas, las estrategias, procesos y procedimientos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad e incluye los servicios personales y los de la salud colectiva.</p>	<p>“El médico cree que por ser médico va a solucionar algo, pero no sabe nada, no sabe adónde referir a sus pacientes” “La doctora del centro de salud es hostil: se menciona que se dan regaños, críticas, comentarios sobre el peso y la vestimenta” “El médico es prepotente, te habla feo y son mala onda” “La doctora es grosera, te dice gorda cuando ella también esta gorda, nos dice vacas” “Ya va uno con el miedo de que el médico o la doctora primero te va a regañar” “Los médicos te tratan mal, hay médicos jóvenes que no saben y te tratan peor que los médicos más grandes que ya saben más cosas” “Pero creen que el medicamento es atención, pero no te atienden, nada más te dan medicamentos” “A los doctores le hace falta empatía” “No tienen humanidad” “No te dan bien una orientación y nos dicen ignorantes” “Ir al centro de salud no es adecuado para atender ciertas enfermedades”</p>	<p>Las participantes expresan la existencia del maltrato y la falta de empatía por parte del personal médico, lo que genera desconfianza y miedo. Esto, más que una brecha a identificar entre la realidad y lo esperado, contradice el principio del modelo en cuestión, que promueve atención digna, humana y con calidad. Las mujeres participantes, reconocen que el trato recibido por parte de los médicos y personal de salud está mal y que no es normal.</p>
<p>2. Organización y adecuación de servicios La relación entre la forma en que los recursos de oferta de servicios están organizados, principalmente: Sistema de citas, horarios, requisitos administrativos</p>	<p>Se vigilarán los tiempos de espera de las y los pacientes para recibir atención médica, la cual deberá ser menor o igual a 30 minutos a partir de su cita. Para el acceso efectivo a los servicios de salud, es importante el acceso oportuno, que incluye el conjunto de circunstancias relativas a recibir atención en el tiempo requerido, los servicios de salud deben ser accesibles también en horarios ampliados.</p>	<p>“Debes llegar a las 4 en la madrugada para que empiecen a repartir las fichas a las 6 de la mañana” “Llegue a una cita de urgencias y tardaron 3 horas en pasarme a registrar mis datos, cuando pasó el doctor a revisarme me regañó porque no me atendí antes” “A mi papá que es diabético y le dijeron que le tenían que hacer una diálisis, pero lo citaron hasta los 6 meses porque no había diálisis, luego le dieron un medicamento y otro doctor nos dijo que ese medicamento no era que le estaba dañando el riñón a su papa, mi papa falleció y ya no llego a la diálisis” “También así se maneja en las clínicas de las comunidades solo dan como 15 o 20 fichas los médicos, porque ellos se tienen que ir porque salen como a las 1 o 1:30 de la tarde y cierran” “En san Marcos se atiende a san Miguel, Campanilla, San Isidro, San Roque y ahí se tiene que ir temprano para ser de las primeras y aparte de eso primero atienden a las embarazadas y después a las hipertensas y si alcanzan ficha te atienden si no te quedas sin consulta y te tienes que ir a un particular” “Tienes que tener un carnet”</p>	<p>Las participantes de las diferentes localidades manifestaron haber experimentado largos tiempos de espera y dificultades para agendar citas o ser atendidos, lo cual vulnera el derecho a una atención oportuna y genera resignación ante un sistema saturado e ineficaz. Las principales barreras identificadas en este dominio fueron los horarios, el número limitado de fichas, y la asignación de tratamientos oportunos.</p>
<p>3. Disponibilidad La relación entre la cantidad y el tipo de servicios y recursos existentes y la cantidad y tipo de necesidades. Se refiere a la idoneidad de la oferta de personal de salud; instalaciones y de programas y servicios especializados como salud mental y atención de urgencias.</p>	<p>El acceso efectivo se refiere a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, administrativo, social, financiero, organizacional o identidad que limite el acceso de las personas a los servicios públicos de atención integral a la salud. Para ello, primero debe haber servicios de calidad disponibles con presencia de personal de salud competentes y motivados, evaluación de resultados e insumos completos.</p>	<p>“El centro de salud de san miguel no está funcionando porque no hay doctor, hay muchos centros de salud, pero no hay médicos” “En la casa de salud no hay médicos” “Todo este año no hubo ácido fólico para las embarazadas” “No nos queda de otra más que buscarle y luego también ni hay medicamento y si te dan consulta, pero no te dan medicamento generalmente no dan medicamento” “De una cajita de pastillas solo sacan 2 pastillas y te las dan” “A mí me paso que cuando me iba a aliviar y a mi esposo le hicieron firmar muchos papeles porque no había médico, pediatra y ni ginecólogo y que ellos no se hacían responsables y mi esposo se tenía que hacer responsable si llegaba a pasar algo” “Las pastillas de la hipertensión también las tenemos que comprar porque no hay”</p>	<p>Se identificó un limitado acceso a la atención de las necesidades de salud, como principales barreras se identificaron: el personal de salud, medicamentos e insumos insuficientes. Esto demuestra una amplia brecha entre lo plasmado en el modelo de atención y la realidad vivida por las mujeres de las comunidades participantes.</p>

Tabla 2. Comparación entre la planificación del MAS-Bienestar y la realidad de mujeres Mazahua participantes de acuerdo con el modelo de Penchansky y Thomas, Villa Victoria, Estado de México, México, agosto 2024. (Cont.)

Dimensiones de acceso analizadas, Adaptación del Modelo Penchansky y Thomas.	Atención esperada, planteada en el Modelo MAS BIENESTAR	Realidad de las mujeres Mazahua, identificación de discurso mediante transcripciones	Análisis de la identificación de brechas (planteado vs vivido)
<p>4. Accesibilidad / Distancia geográfica La relación entre la ubicación de la oferta de servicios de salud y la ubicación de las personas, considerando los recursos de transporte de los clientes, el tiempo de viaje, la distancia y el costo.</p>	<p>Se considera que la distancia a recorrer desde las viviendas de las personas a la unidad de salud más cercana no demore más de media hora en el medio de transporte habitual y que caminando la distancia no sea mayor de 7 kilómetros, salvo en las zonas rurales con alta dispersión de la población.</p>	<p>“Las mujeres embarazadas deben ir a atenderse a Toluca, si van al municipio o a Valle de Bravo donde los mandan los médicos, no las atienden y cuando las atienden no sirven los aparatos para los estudios” “En el municipio donde vivimos el único hospital donde pueden atenderse es el de aquí de Villa Victoria, todas las otras son casa de salud ” “En una emergencia van al hospital tienen que esperar a que los atiendan, los revisan y les dice el medico que crees aquí no tenemos el material para atenderte te tienes que ir para Valle de Bravo o Toluca esa son las dos opciones que dan”</p>	<p>Las participantes de las diferentes localidades deben desplazarse largas distancias para asistir a un establecimiento de salud. Se identificó mediante las narrativas un gran número de unidades de salud no funcionales, generando aún un mayor desplazamiento. Vivencias similares en los casos de emergencia y referencias médicas. Estas situaciones limitan el acceso efectivo a la atención, y en ciertas situaciones se pone en riesgo la vida.</p>
<p>5. Asequibilidad/ Dimensión Económica La relación entre los precios de los servicios de los proveedores y los ingresos del cliente, su capacidad de pago y su seguro de salud existente.</p>	<p>Este Modelo integra también valores bajo los cuales, en el orden de garantizar el derecho a la salud, gratuidad y cobertura universal, con el propósito de evitar el gasto de bolsillo de las familias y reducir el impacto financiero que ocasiona la búsqueda y atención de la salud.</p>	<p>“Se debe realizar un pago de servicios para ser atendido, pero el pago es menor en comparación con el consultorio privado” “Ir a la consulta privada, aunque sea el mismo médico del centro de salud cuesta de \$700 a \$1000, pero te venden el medicamento” “A veces uno va al médico privado por necesidad” “Uno debe buscar donde hacerse sus estudios que le pide el doctor y pagarlos por fuera” “También en el DIF para que les den despensa tiene que llevar el peso del niño si no, no les dan y para pesarlo en el centro de salud les cobran una cuota de 20 pesos y para vacunarlos también 20 pesos y por eso no vamos y nos esperamos a que el niño este más grave para llevarlo a un particular” “El hierro también lo tenemos que comprar”</p>	<p>La narrativa de las experiencias permite identificar como en múltiples ocasiones las personas usuarias designan recursos económicos o servicios que deben proporcionar para acceder a la atención médica, identificando como principales inversiones en salud el pago de consultas o servicios cómo toma de presión arterial, peso y estatura, así como la compra de medicamentos. En este sentido se identifica el no cumplimiento del principio de gratuidad del modelo.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de la narrativa de las mujeres participantes en el grupo focal. Agosto 2024, Villa Victoria, México

clínicas cierran temprano y limitan el número de consultas disponibles, lo cual obliga a las personas usuarias a organizar su día en función de la atención médica o a recurrir a servicios privados en caso de no obtener ficha.

Disponibilidad

Se reportó una constante carencia de personal médico especialista, suministros básicos, suplementos (como hierro y ácido fólico) y medicamentos. Incluso algunos centros permanecen cerrados o funcionan sin personal de salud, lo que obliga a las participantes a comprarlos por su cuenta, en su totalidad, las mujeres mencionaron haber adquirido insumos o medicamentos fuera del servicio público. Incluso se describieron situaciones de riesgo obstétrico por la ausencia de personal de salud y equipo adecuado durante el parto.

Accesibilidad geográfica:

Dada la marginación de las comunidades, el desplazamiento hacia los servicios de salud se ve obstaculizado por la falta de transporte público y las largas distancias. Una vez ubicado el centro que corresponde para su atención, se presenta una capacidad limitada lo que conlleva la referencia a hospitales ubicados en municipios diferentes como Toluca o Valle de Bravo en donde a menudo tampoco recibían atención por falta de insumos o equipos perpetuando el ciclo de exclusión.

Asequibilidad. Dimensión económica

A pesar del principio de gratuidad del MAS-

Bienestar, se identificó un gasto de bolsillo importante, al invertir de manera constante en consultas, medicamentos y estudios. Se mencionaron cobros por servicios básicos, entre ellos la evaluación nutricional (pesar y medir) y la aplicación de vacunas para los niños y niñas en centros de salud, lo cual constituye un obstáculo financiero, sobre todo en contextos de alta vulnerabilidad. En esta dimensión se identificó la necesidad de atención recurrente en servicios privados de atención y la compra de medicamentos, suplementos y otros insumos. Las mujeres indican que *“Ir a la consulta privada, aunque sea el mismo médico del centro de salud cuesta de \$700 a \$1,000, pero te venden el medicamento”*.

Como consecuencia de estas barreras económicas, se identifica una brecha en la prevención y tratamiento de condiciones de mala nutrición en la infancia. Donde la limitación financiera se manifiesta desde la dificultad de adquirir suplementos para prevenir (cómo el ácido fólico en mujeres embarazadas) o el tratamiento de anemia en niñas y niños ya que mencionan que: *“el hierro también lo tenemos que comprar”*. Además, se identificó también la adopción de estrategias de priorización que consisten en *“esperar a que el niño esté más grave para llevarlo al privado”*.

Esta postergación de la atención, influenciada por la solvencia económica, está articulada con otros dominios como la Disponibilidad y la Accesibilidad geográfica, obligando a las familias a invertir recursos ante cuadros críticos que afecten la salud. Esta condición genera un ciclo de preocupación constante y perpetúa los determinantes sociales que conducen al deterioro nutricional crónico en la población infantil de la comunidad.

Cultural

Bajo la categoría emergente de embarazo, parto y atención materno-infantil, se identificó una preferencia por recurrir a la figura de partera tradicional, quienes brindan orientación y acompañamiento desde una perspectiva más cercana, humanista y respetuosa, dentro de las sesiones las participantes refirieron: *“La señora partera es la que va viendo a los niños en la panza y a quien le preguntamos”* y *“Son necesarias más parteras en la comunidad, la*

señora partera es la que nos orienta y enseña”. La ausencia de un enfoque intercultural efectivo y la persistencia de prácticas discriminatorias limitan el acceso de las mujeres indígenas, evidenciando que el diseño del sistema actual no integra este tipo de características sociales y culturales de la población.

Discusión

La evidencia histórica sobre la participación comunitaria en salud la reconoce como una herramienta clave para el fortalecimiento del sistema de salud, así como la integración con los elementos de vigilancia nutricional y nutrición de la infancia, para lograr efectos en la disminución de las brechas de inequidad. Los hallazgos de este estudio identifican como necesario redefinir dicha participación como un proceso continuo y adaptativo y no como una intervención única.

Al contrastar nuestros resultados con la literatura internacional, se observan paralelismos, ejemplo de ello es en comunidades indígenas de Estados Unidos, Shah et al. (21), en donde se identificaron barreras de acceso, similares a las de este estudio, como la distancia geográfica, la desconfianza al personal y la complejidad burocrática. Al igual que en el contexto del estudio, las barreras tienen como efecto una baja participación en actividades preventivas y desconocimiento de servicios y programas de salud existentes, a diferencia de nuestro análisis, éste se centró en comprender las barreras percibidas por la comunidad Zuni en el acceso y adherencia a la atención médica de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes y enfermedad renal. Los autores concluyeron en que el sistema de salud debe implementar intervenciones culturalmente sensibles para reducir las disparidades. Además, subrayan la importancia de involucrar a la comunidad en el diseño y ejecución de dichas intervenciones.

Al comparar nuestros hallazgos con lo reportado por Smedley (22), se identifica una distinción interesante, sobre las experiencias de pacientes pertenecientes a minorías raciales y étnicas en el sistema de salud de Estados Unidos. Mientras que en dicho contexto las minorías étnicas presentaron dificultades para identificar actos de discriminación, las participantes de nuestro estudio mencionaron de forma explícita haber recibido mal trato y estereotipos (como: *“nos dicen ignorantes”* *“sobre el peso y la vestimenta”*). Esta diferencia podría enmarcarse en una violencia

normalizada pero identificable que amplía la brecha en términos de aceptabilidad, que, de forma similar, en ambos estudios se expresa como una profunda desconfianza a los proveedores de atención médica, con base en experiencias previas de atención.

La falta de empatía y el temor a represalias narrado por las participantes de los grupos focales, coincide con las necesidades de implementar soluciones basadas en la “voz del usuario”, como propone la investigación de Dutta et. Al (23), que examina a través de grupos focales la situación de inseguridad alimentaria en comunidades marginadas y resalta que las intervenciones en salud culturalmente sensibles en comunicación involucrando a las personas que enfrentan desafíos en su día a día.

La investigación de Bromage et al (24). ofrece un referente tras haber implementado una intervención educativa dirigida a residentes médicos, con el objetivo de mejorar su comprensión de las estructuras sociales, económicas y políticas que sustentan las disparidades en salud que enfrentan las comunidades marginadas. La estrategia incluyó componentes experienciales facilitados por profesores y líderes comunitarios, lo que promovió una reflexión crítica sobre el rol del personal de salud en la reducción de dichas disparidades y en la mejora de la atención al paciente. Este tipo de intervenciones formativas podría resultar particularmente útil en el contexto de implementación del MAS-Bienestar, fomentando el desarrollo de habilidades de sensibilización hacia las condiciones de vulnerabilidad social y la práctica de una escucha activa, y lograr una atención más humana, equitativa y culturalmente pertinente.

Finalmente, la transformación el sistema de salud bajo el modelo actual, requiere trascender la visión del paciente como usuario para posicionarlo como un agente clave en la estructuración del sistema para la toma de decisiones.

Dentro de los principios a considerar en este proceso, se incluyen el liderazgo y la movilización de recursos (25); que son esenciales para que las mejoras estructurales no sean iniciáticas aisladas de un periodo gubernamental, sino cambios institucionales con sostenibilidad a largo plazo (26).

Una de las principales fortalezas de este estudio radica en la disposición de las participantes, puesto que su integración en los grupos focales permitió explorar de manera profunda las percepciones, experiencias y significados construidos colectivamente en torno al

acceso de los servicios de salud y la nutrición infantil. La metodología cualitativa permitió identificar patrones y barreras de acceso que operan como determinantes sociales que condicional el estado de salud y se reflejan en la nutrición de la infancia. Adicionalmente la articulación de vivencias con el marco conceptual de Penchansky y Thomas, ofrece una base para analizar la reciente implementación del MAS-Bienestar.

Como principal limitación, se reconoce que el diseño cualitativo exploratorio con un número determinado de participantes, los hallazgos no son generalizables a toda la población, aunque sí ofrecen una comprensión contextualizada que coinciden con otros estudios similares. Además, el alcance de esta investigación no permite establecer una causalidad clínica directa entre el acceso a servicios de salud y problemas de mala nutrición infantil.

Conclusiones

El análisis cualitativo desarrollado permite sistematizar las necesidades de salud insatisfechas de las madres y promotoras comunitarias, evidenciando las brechas que existen entre las metas del MAS-Bienestar y la realidad que viven las mujeres en la zona Mazahua. En los testimonios de las participantes se documenta que, incluso en los casos en que se logra acceder a la atención médica, esta no ha alcanzado una cobertura efectiva de las necesidades de salud, es decir, no se cuenta con una cobertura efectiva; por el contrario, la precariedad de insumos las obliga a recurrir al sector privado generando un gasto de bolsillo. Contrario a los principios de gratuidad y universalidad.

La relatoría de las participantes no manifiesta cambios en los procesos de atención respecto a modelos anteriores de atención lo que evidencia, en parte, falta de interés para entender necesidades. Además, persiste un enfoque asistencialista y “resolutivo” que contrasta con la propuesta actual de un sistema de salud preventivo, de seguimiento continuo y con enfoque intercultural, que ofrezca soluciones integrales y sostenibles a los problemas de salud.

La apertura de espacios de diálogo con la comunidad no debe entenderse como un ejercicio para escuchar necesidades, sino como herramienta para la identificación de los determinantes estructurales que contribuyen al deterioro en salud y nutrición de la población mazahua.

Un hallazgo clave es el papel que desempeñan las promotoras comunitarias como agentes de cambio; su compromiso en el desarrollo de acciones de vigilancia nutricional y promoción de la salud, así como el interés en la salud comunitaria representa una oportunidad para impulsar modificaciones significativas hacia un modelo de atención más inclusivo, sensible y eficiente.

La transformación del sistema de salud bajo el enfoque del modelo MAS-Bienestar requiere una transición hacia políticas que integren las perspectivas, la situación y las necesidades de la población con el fin de superar algunas de las fallas estructurales existentes.

Agradecimientos

Agradecemos y reconocemos a la Fundación, así como, a las promotoras, por su apoyo en la gestión comunitaria y la logística necesaria para la realización del trabajo.

Reconocemos el apoyo de las y los pasantes de la Licenciatura en Nutrición que colaboraron en la transcripción y organización de los grupos focales. Esmeralda Brito Román, Viridiana Medrano Cruz, Jordi Peralta Pisano y Sebastián Silva Zamora.

Este estudio no hubiera sido posible sin la generosa participación de las mujeres Mazahuas de Villa Victoria, Estado de México, quienes compartieron sus experiencias, conocimientos y reflexiones con profunda disposición y compromiso. Su voz es el eje central de esta investigación.

Conflicto de intereses

No existen relaciones financieras, laborales o de otra índole que puedan constituirse como conflicto de interés respecto del presente trabajo. Es decir, no hemos recibido beneficios en dinero, bienes, hospitalidad o subsidios de fuente alguna que tenga un interés particular en los resultados de la investigación.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. 2023. Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
2. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud Informe de la Secretaría (A62/9). 62ª Asamblea Mundial de la Salud, punto 12.5 del orden del día provisional. 2009.
3. Jiménez-Benítez D., Rodríguez-Martín A., Jiménez-Rodríguez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutr Hosp* 2010; 25 (Supl 3): 18-25.
4. Pedreño MH, Justicia JJG, Luque OG. Análisis de la desigualdad social y territorial en España y México. *RES* 2021;30(3): a60. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.60>
5. Moreno Gómez, M. D. M., Hernández Rincón, E. H., Ayala Escudero, A., & Correal Muñoz, C. A. Enseñanza y aprendizaje de los determinantes sociales en salud en la región de las Américas. *Educ Med Super.* 2021; 35(3): e2730. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412021000300018&lng=es
6. Bocarejo D., Araujo MC, Albertos C. Brechas y desafíos socioeconómicos de los pueblos indígenas de América Latina: retos para el desarrollo con identidad. Washington, D.C. Banco Interamericano de Desarrollo; 2021. <https://doi.org/10.18235/0003663>
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de los pueblos indígenas [Internet]. México: INEGI; 2022.
8. Lara Castañeda E. Población indígena en México. Características sociodemográficas 2020. 1a ed. México, Ciudad de México; 2024.
9. Gobierno del estado de México, Secretaría de Bienestar, Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas. Pueblos indígenas: Estadísticas. Toluca: CEDIPIEM; 2024
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Sistema de consulta: México en cifras, Entidad: México INEGI; 2020.
11. Gobierno del Estado de México, Consejo Estatal de Población. Población Indígena en el Estado de México. Pueblos indígenas del estado de México: Mazahua. Toluca: COESPO; 2021.
12. Navarro R.C., Sánchez EYP., Maya, AP. Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colect.* 2017; 13 (3): 443-455. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1115>

13. Okutse AO, Athiany H. Socioeconomic disparities in child malnutrition: trends, determinants, and policy implications from the Kenya demographic and health survey (2014-2022). *BMC Public Health.* 2025;25(1):295. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21037-z>
14. Cuevas-Nasu L, Muñoz-Espinosa A, Jiménez-Aguilar A, Gómez-Acosta LM, García-Feregrino R, Ávila-Arcos MA, Méndez-Gómez-Humarán I, Rivera-Dommarco JA. Desnutrición y sobrepeso en menores de cinco años en localidades urbanas y rurales de México. *Salud Publica Mex.* 2025; 67 (7): 598-608 <https://doi.org/10.21149/17050>
15. Cadena Roa, J. (Coord.). (2015). Las organizaciones civiles mexicanas hoy. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM. <https://doi.org/10.22201/ceiich.9786070262777e.2015>
16. Olvera AJ. La sociedad civil en México. Una breve historia conceptual. *Desacatos* 2022; (69): 12-27. <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2519>
17. Elu, M. del C. El papel de la sociedad civil organizada en los programas de salud reproductiva. *Gac Med Mex* 2000; 136 (Extra 3): S-83-S-86 https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2000-136-SUP3-83-86.pdf
18. Secretaría de Salud. Modelo de atención MAS-Bienestar [Internet]. México: Gobierno de México; 2022.
19. Gobierno de México. Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar [Internet]. Diario Oficial de la Federación: 25 de octubre de 2022.
20. Penchansky R., Thomas J W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care.* 1981; 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
21. Shah VO, Ghahate DM, Bobelu J, Sandy P, Newman S, Helitzer DL, Faber T, Zager P. Identifying barriers to healthcare to reduce health disparity in Zuni Indians using focus group conducted by community health workers. *Clin Transl Sci.* 2014; 7(1):6-11. <https://doi.org/10.1111/cts.12127>
22. Institute of Medicine (US) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care.* Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. Washington (DC): National Academies Press (US). 2003. <https://doi.org/10.17226/12875>
23. Dutta MJ, Anaele A, Jones C. Voices of Hunger: Addressing Health Disparities Through the Culture-Centered Approach. *J Commun.* 2013; 63 (1):159-180. <https://doi.org/10.1111/jcom.12009>
24. Bromage B, Encandela JA, Cranford M, Diaz E, Williamson B, Spell VT, Rohrbaugh RM. Understanding Health Disparities Through the Eyes of Community Members: a Structural Competency Education Intervention. *Acad Psychiatry.* 2019; 43(2), 244-247. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0937-z>
25. Rifkin S. B. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health policy plan* 2014; 29 (Suppl 2): ii98-106. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu076>
26. Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Pública.* 2018; 42: e126. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>

Recibido: 14/07/2025
Aceptado: 16/01/2026