

XII. CONCLUSIONES

1. Indistintamente de la edad del entrevistado, la población entrevistada se concentra en las áreas urbanas, seguida de las rurales e indígenas. Mientras que la población indígena se caracteriza por ser joven, los adultos mayores se concentran en las áreas urbanas y rurales, siendo 6.6 y 5 veces mayores que la población indígena, respectivamente.
2. Un 5% de la población entrevistada era extranjera y de éstos, 6 de cada 10 extranjeros entrevistados eran mujeres. En todas las áreas se encontraron más mujeres extranjeras que hombres, excepto en las zonas indígenas donde la relación hombre - mujer fue de 1:1.
3. Aunque las mujeres tienen menos oportunidad de acceder al sistema educativo que los hombres, aquellas que logran ingresar al mismo, alcanzan mayores niveles de escolaridad que los hombres. Además, se observó que el hecho de residir en áreas indígenas aumenta la probabilidad de que las personas tengan un menor nivel de educación, con respecto a los residentes de las áreas urbanas y rurales.
4. Se observó, en general, que más hombres que mujeres reportaron antecedentes de ocupación u oficio. La mayoría de las personas tenían como antecedente de ocupación, la venta ambulante y otros, seguido de los trabajadores de los servicios y de los trabajadores agropecuarios. Los trabajadores de oficina se concentraban en las áreas urbanas, en tanto que la venta ambulante y el trabajo agropecuario fueron los oficios más reportados en las áreas rurales e indígenas, respectivamente.
5. Las personas jubiladas o pensionadas representaron sólo el 9% de la muestra estudiada. El ser mujer y tener la edad de jubilación tiene una probabilidad 1.3 veces mayor de no estar jubilada con respecto a ser hombre ($p=0.0000048$). El mayor número de jubilados o pensionados se concentró en las áreas urbanas y el menor en las áreas indígenas.
6. La percepción de peso corporal, en todas las áreas reflejó que uno de cada dos entrevistados se ubicó en peso adecuado, con una relación de 1:1 entre hombres y mujeres en las áreas urbanas, en tanto que más hombres que mujeres se reconocieron con peso adecuado en las áreas rurales e indígenas. El exceso de peso (sobrepeso y obesidad) ocupó el segundo lugar en las áreas urbanas y rurales, siendo mayormente reportado por las mujeres que por los hombres. El bajo peso ocupó el tercer lugar en las áreas urbanas y rurales, siendo esta percepción mayor entre los hombres que entre las mujeres. En las áreas indígenas el 25% de los entrevistados se auto valoró en bajo peso, siendo los hombres los que reportaron más esta condición. El exceso de peso (sobrepeso y obesidad) fue reportado por el 21.5% con una relación de 2.2:1 entre mujeres y hombres.
7. Las personas que residen en las áreas indígenas con respecto a las que residen en las áreas rurales tienen 1.8 veces más probabilidad de percibirse como obesas con respecto a las que se perciben en sobrepeso. Las mujeres tienen una probabilidad 2 veces mayor que los hombres de percibirse como obesas con respecto a los entrevistados que se percibieron con peso normal. En ambos casos se detectaron diferencias estadísticamente significativas.
8. Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de sentirse mal – muy mal con respecto a su apariencia física (OR=1.45, LC= 1.30 -1.62, $p=0.000$). De igual forma, las mujeres tienen

más riesgo que los hombres de sentirse mal – muy mal con respecto a su energía y vitalidad (OR=1.25, LC= 1.13 -1.38, p=0.0000103).

9. Se encontró que uno de cada 2 (53%) indígenas entrevistados dijo que “nunca o casi nunca” consume agua segura. Además, se estimó un riesgo 18.3 veces mayor de consumir nunca o casi nunca agua segura en las áreas indígenas que en las urbanas. Este mismo análisis indicó que los indígenas tienen un riesgo 3.3 veces más que los que viven en áreas rurales.
10. La edad de inicio de consumo de tabaco en todos los casos fue menor en hombres que en mujeres y la mayor concentración de entrevistados que consumió productos de tabaco alguna vez en su vida se ubicó entre los menores de edad con escasas diferencias respecto a los de 18 y 24 años de edad. La edad de inicio en menores de 12 años fue mayor en las áreas rurales, reflejándose el mayor porcentaje en las mujeres de las áreas rurales para el grupo de menores de 16 años. El comportamiento de la edad de inicio es similar entre los hombres de las áreas urbanas, rurales e indígenas, excepto en el grupo urbano de 16 a 17 años, donde fue mayor.
11. La prevalencia actual de consumo de tabaco es 1.5 veces mayor en áreas indígenas que en las urbanas y 1.6 veces mayor que en las rurales. En las áreas de dominio para este estudio, la prevalencia actual fue mayor en hombres que en mujeres, 4 veces mayor en las áreas urbanas, 5.5 veces mayor en las rurales y 5 veces mayor en las áreas indígenas. El análisis por sexo indica prevalencias mayores tanto en hombres como en mujeres en las áreas indígenas.
12. Para todas las áreas (urbana, rural e indígena), el reporte de exposición al humo de tabaco de segunda mano fue mayor en hombres que en mujeres y en el trabajo que en centros recreativos y en la casa. En las áreas indígenas la exposición al humo de tabaco de segunda mano en las casas evidenció una probabilidad de 1.34 veces mayor que en las áreas rurales. Las áreas urbanas y rurales reflejaron un probabilidad 2 veces mayor de riesgo de exposición al humo de tabaco de segunda mano en los sitios de trabajo que las áreas indígenas. De igual forma, hubo 1.4 veces más riesgo de exposición al humo de tabaco en los centros recreativos urbanos con respecto a los de áreas indígenas. En todos los casos antes descritos se identificaron diferencias estadísticamente significativas.
13. Seis de cada diez entrevistados (59.1%), han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, con una prevalencia de vida para hombres de 83.8% y para las mujeres de 42.7%. La prevalencia de vida para las áreas urbanas fue de 63.4%, en tanto que uno de cada 2 entrevistados de las áreas rurales e indígenas (54.7% y 52.1%, respectivamente) consumieron bebidas alcohólicas alguna vez en su vida.
14. La prevalencia actual de consumo de bebidas alcohólicas fue de 40.9% con un diferencial por sexo del 61.1% y 27.4% para hombres y mujeres respectivamente (2.2 veces mayor en hombres que en mujeres). En las áreas urbanas la prevalencia actual fue de 45.7%, siendo 1.9 veces mayor en hombres que en mujeres (65% y 34.3%, respectivamente). En el caso de las áreas rurales la prevalencia actual fue del 35% con un diferencial de 57.7% para los hombres y de 17.7% para las mujeres. Las áreas indígenas alcanzaron una prevalencia de 35.2%, siendo de 55.7% y 19.7% en hombres y mujeres, respectivamente.

15. En todos los casos, la edad de inicio de consumo de alcohol fue menor en hombres que en mujeres y la mayor concentración de entrevistados que ingirieron bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, se ubicó entre los 18 y 24 años de edad. Las áreas indígenas reflejaron un porcentaje ligeramente mayor que las urbanas y rurales para los grupos de menores de 12 años y de 13 a 15 años de edad. La diferencia por sexo, en el grupo de menores de 16 años, reflejó que en las áreas indígenas la edad de inicio en las mujeres y hombres fue mayor que en las áreas urbanas y rurales.
16. En la población de 18 años y más el consumo de tabaco y sus derivados es 7 veces mayor que el de drogas ilícitas o de control, en tanto que el de alcohol es cerca de 32 veces mayor. Al relacionar el consumo de alcohol con el de tabaco, el primero es 4.5 veces mayor que el segundo, constituyéndose el alcohol en la primera droga de consumo en la actualidad.
17. En general, la edad de inicio de consumo de drogas, en el caso de los hombres que consumieron drogas alguna vez en su vida, se concentró entre los 18 y 24 años de edad. En el caso de las mujeres, la edad de inicio se concentró en los 25 años y más. En la población menor de edad, la concentración de la edad de inicio es variable entre las áreas urbanas, rurales e indígenas,.
18. Sólo el 20% de la población entrevistada práctica la aplicación de protectores solares 20 a 30 minutos antes de salir al aire libre. En las áreas urbanas se practica más esta medida y en las indígenas es donde menos se realiza esta práctica.
19. En general, se observa una desigualdad en el acceso de los residentes indígenas y rurales, con respecto a los urbanos, a todos los medios de comunicación. Esta brecha es más notoria cuando se trata de medios de comunicación de tecnologías más reciente como el internet y la televisión por cable. Los medios de mayor acceso fueron la radio y la televisión, respectivamente.
20. Se destacó en orden decreciente la contaminación ambiental por la presencia de mosquitos, ratones y otros vectores; seguido de los animales domésticos, las partículas de polvos u olores, el exceso de ruido y las sustancias tóxicas o peligrosas, con variaciones en la jerarquización de estas respuestas a lo interno de las áreas.
21. En cuanto a la disponibilidad de servicios básicos:
 - Por cada 1.8 viviendas urbanas y por cada 1.6 rurales hay una vivienda indígena con disponibilidad de agua segura para consumo humano.
 - Por cada 3.8 viviendas urbanas y por cada 5.2 rurales hay una vivienda indígena que tiene letrinas o de tanques sépticos.
 - Por cada 12 viviendas urbanas hay una rural; por cada 120 viviendas urbanas hay una indígena y por cada 10 rurales hay una vivienda indígena que tiene acceso al alcantarillado.
 - Por cada 2.7 residentes urbanos hay una vivienda rural que tiene acceso a servicios de recolección de basura. Por cada 9.1 viviendas urbanas y 3.3 rurales hay una indígena que tiene acceso a los servicios de recolección de basura.
22. Hay mayor riesgo de consumo actual de tabaco con respecto a los que nunca han fumado en aquellas personas que reportaron sentimientos de ansiedad-tensión “siempre-casi

siempre” con respecto a “nunca-casi nunca”, estimándose diferencias estadísticamente (OR=1.22, LC=1.07-1.38; p=0.0020505). Además, las mujeres tienen más riesgo que los hombres de tener dificultades para dormir siempre – casi siempre (OR=1.41, LC= 1.32 - 1.50, p=0.000).

23. Se identificó el uso de los siguientes mecanismos de control de estrés:

- En todos los casos se encontró que el consumo de alcohol frente al consumo de tabaco fue el más utilizado.
- El consumo de tabaco por las mujeres de las áreas urbanas es 2 veces mayor que por las mujeres rurales e indígenas.
- El consumo de alcohol es 2 veces mayor en las áreas urbanas que en las indígenas, tanto para hombres como para mujeres, alcanzando en estas últimas 2.5 veces más. Las mujeres urbanas consumen 1.7 veces más alcohol que las rurales.
- Las autoreflexiones y expresiones de liberación de estrés se reflejan más frecuentemente en los urbanos, seguidos de los rurales e indígenas y se practican más en mujeres que en hombres. La medida más utilizada en todas las áreas fue la de orar, meditar, reflexionar, seguida de respira profundo y descansa; a esta se suma el gritar cuando se está enojado y el contar hasta 10 ó más.
- Los juegos de azar son 3.8 y 2.7 veces mayormente utilizados en las áreas urbanas y rurales que en las indígenas, siendo más utilizados por las mujeres urbanas y rurales que las indígenas con 7.3 y 5 veces más.
- Los juegos en computadoras son utilizados 8.3 y 2.8 veces más empleados en las áreas urbanas y rurales que en las indígenas, se observa una relación urbano-rural de 3:1. Un comportamiento similar se observó en los hombres de todas las áreas. En las mujeres prevalece el uso de los juegos con computadora entre las urbanas e indígenas sobre las rurales.
- La práctica de actividad física, se refleja más frecuentemente entre los entrevistados urbanos, seguidos de los rural e indígena. El ejercicio y las relaciones sexuales son más practicadas por hombres que por mujeres en todas las áreas, más mujeres que hombres limpian la casa y bailan, a excepción de la población indígena donde los hombres bailan más que las mujeres. La medida más utilizada en todas las áreas fue la de limpiar la casa, seguida de bailar y hacer ejercicio, siendo la última tener relaciones sexuales.
- Por cada 2 y por cada 1.5 mujeres urbanas y rurales, respectivamente, hay una indígena que presenta el comportamiento de salirse de su trabajo, en tanto que por cada 1.5 mujeres urbanas y 1.3 rurales, hay una mujer indígena que busca estar sola. Situación similar se refleja en el comportamiento continuar trabajando, donde las relaciones son de 2.5:1 y de 2:1, mujeres urbanas y rurales frente a las mujeres indígenas.
- Las actividades recreativas se reflejan más frecuentemente entre los entrevistados urbanos, seguidos de los rurales e indígenas. Las mujeres leen, escuchan música y van de compras más que los hombres excepto, en las áreas indígenas. Los

hombres urbanos e indígenas ven más televisión que las mujeres, situación inversa en las áreas rurales. La medida más utilizada en todas las áreas fue escuchar música seguida de ver televisión, leer e ir de compras. En general no hay diferencias en el consumo de alimentos entre las áreas. Se consume 1.5 veces más medicamentos en las áreas urbanas y rurales con respecto a las indígenas y no hay diferencias entre las áreas urbanas y rurales. Por cada 1.8 y 1.9 mujeres urbanas y rurales, respectivamente hay una mujer indígena que consume medicamentos relajantes o medicina natural.

24. En cuanto a sentir felicidad y disfrutar de la vida se concluye que:

- Las personas que respondieron sentirse “mal o muy mal” con su apariencia física con respecto a las que manifestaron sentirse “bien o muy bien” tuvieron más riesgo de responder que sentir felicidad y disfrutar de la vida era “poco importante - nada importante” con respecto a las que manifestaron que era “importante - muy importante” (OR=5.04, LC=4.0 – 6.34, p=0.000).
- La influencia de la salud física en la felicidad y disfrute de la vida, más mujeres que hombres respondieron que era “un poco-nada importante” con respecto “mucho-muchísimo”, con diferencias estadísticamente significativas por sexo (OR=1.2, LC=1.1 – 1.31, p=0.0000216).
- Las personas que respondieron sentirse “mal o muy mal” con su apariencia física con respecto a las que manifestaron sentirse “bien o muy bien” tuvieron más riesgo de responder que la salud física influye en su felicidad y disfrute de la vida “un poco-nada” con respecto a las de “mucho-muchísimo” (OR=2.47, LC=2.16-2.82, p=0.000).
- Las personas que respondieron sentirse “mal o muy mal” con su apariencia física con respecto a las que manifestaron sentirse “bien o muy bien” tuvieron más riesgo de responder que la salud mental influye en su felicidad y disfrute de la vida era “un poco-nada” con respecto a las de “mucho-muchísimo” (OR=2.05, LC=1.81-2.33, p=0.000).
- Más mujeres que hombres respondieron que era “un poco-nada importante” con respecto “mucho-muchísimo”, con diferencias estadísticamente por sexo (OR=1.25, LC=1.16– 1.35, p=0.000).
- Las personas que respondieron que sentir felicidad y disfrutar de la vida era “poco –nada importante” con respecto a las que manifestaron que era “importante – muy importante” tuvieron más riesgo de indicar que la salud física influye “un poco – nada” con respecto a los que manifestaron que influye “mucho – muchísimo” en la felicidad y disfrute de la vida (OR=10.09, LC=8.29-12.27, p=0.000).
- Quienes dijeron que sentir felicidad y disfrutar de la vida “poco –nada importante” con respecto a las que manifestaron que era “importante – muy importante” tuvieron más riesgo de indicar que la salud mental influye “un poco – nada” en la felicidad y disfrute de la vida (OR=7.16, LC=5.91-8.68, p=0.000).

- Quienes indicaron que la salud física influye “un poco – nada” con respecto a los que manifestaron que influye “mucho – muchísimo” en la felicidad y disfrute de la vida tuvieron más riesgo de responder que la salud mental influye en su felicidad y disfrute de la vida un poco-nada” con respecto a las de “mucho-muchísimo” (OR=35.11, LC=31.73-38.35, p=0.000).
 - Hay una valoración positiva de la felicidad y el disfrute de la vida que considera la importancia de la salud física y mental, aunque es mayor la valoración de la salud física que la mental.
25. El estudio reflejó una muy baja participación de la población en organizaciones sociales o comunitarias (solo un 4.9% participa en alguna organización), la participación fue más notoria en las organizaciones religiosas, partidos políticos y clubes deportivos. En cuanto a la razones para no participar, se identificó que 1.6 veces más entrevistados manifestaron no tener tiempo con respecto aquellos que indicaron que no les interesa participar.
26. En general, 2 veces más hombres que mujeres utilizan el condón en todas las áreas. Son las poblaciones urbanas y rurales las que más reportaron la utilización de esta medida preventiva con una relación urbano-indígena de 2.5:1 y rural - indígena de 1.9:1. En las áreas indígenas hay 3 veces más riesgo de no utilizar el condón (nunca-casi nunca) que en las áreas urbanas, cuando se comparan con quienes lo utilizan siempre-casi siempre, para una p=0.000.
27. La discriminación debido al color, etnia o raza; la religión; sexo y preferencias sexuales; fue más percibida por hombres que mujeres en todas áreas de dominio de este análisis, excepto en la rural donde es de 1:1. Los indígenas se perciben más discriminados que los residentes de las áreas urbanas y rurales. Por cada 1.6 y 1.8 residentes indígenas hubo uno urbano y uno rural, respectivamente.
- a. La discriminación religiosa fue percibida más por las mujeres que por los hombres de las áreas urbanas y rurales, situación inversa se da en las áreas indígenas.
 - b. La discriminación religiosa se percibió mayormente por los indígenas. Por cada 1.4 y 1.3 residentes indígenas hubo uno urbano y uno rural, respectivamente.
 - c. La discriminación debido al sexo fue más percibida por los residentes indígenas. Por cada 1.6 y 1.7 residentes indígenas hubo uno urbano y uno rural, respectivamente.
 - d. La discriminación por sus preferencias sexuales fue más percibida por los hombres que por las mujeres en todas las áreas. Por cada 2 y 1.6 residentes indígenas hubo uno urbano y uno rural, respectivamente.
26. La atención ambulatoria (consultas) y los medicamentos fueron los gastos que se reportaron con mayor frecuencia en una relación de 1.1:1. Sin embargo, cuando se analizó el gasto promedio anual por persona, se encontró que los rubros que ocasionan mayor gasto de bolsillo son el pago de seguros privados y los servicios de hospitalización. Este comportamiento es similar en todas las áreas de dominio del estudio.
28. Las mujeres tuvieron más riesgo que los hombres de no disponer de una cobertura de seguro privado (OR=1.36, LC=1.25-1.48, p=0.000).

29. En general, más mujeres que hombres acudieron a atenderse su salud en el último año en todas las áreas siendo mayor en las indígenas y rurales (1.4:1). Por cada 1.3 residentes urbanos y rurales hubo uno indígena.
30. La población residente en áreas indígenas tuvo 3.2 veces más riesgo que los residentes urbanos de presentar dificultad para acceder a las instalaciones de salud siempre – casi siempre con respecto a las que contestaron nunca – casi nunca, debido al costo del medio de transporte. De igual forma, hubo 5.6 veces más riesgo de que los indígenas con respecto a los urbanos indicaran que casi nunca o nunca sus ingresos económicos le permiten cubrir sus gastos de salud. No se reportaron diferencias estadísticamente significativas por sexo.
31. En cuanto a la cobertura de los costos de atención los entrevistados tenían cuatro opciones de respuesta, concluyéndose que:
- No hubo diferencias estadísticamente significativas en la opinión de los entrevistados para las áreas rural-urbana, indígena-urbana e indígena-rural, entre quienes se mostraron a favor o en contra de que el costo de la atención debe ser cubierta totalmente por el usuario. Al comparar estas opiniones por sexo, hubo más mujeres que hombres a favor de esta respuesta, con una $p=0.011913$.
 - Las opiniones a favor o en contra de que los costos de la atención de salud deben ser cubiertos por la Caja de Seguro Social (CSS), reveló diferencias estadísticamente significativas, para todas las áreas dominio de este estudio. Hubo más opiniones a favor de que dichos costos no deben ser cubierta por la CSS, con diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres con una $p= 0.000393$.
 - Las respuestas a favor y en contra en relación con la cobertura de los costos de la atención de salud por el gobierno y el paciente, reflejaron diferencias estadísticamente significativas para todas las áreas dominio de este estudio. Hubo más opiniones en contra de que los gastos sean cubiertos por el gobierno y el paciente. Por otro lado, más mujeres que hombres indicaron que la atención de salud no debe ser cubierta por el gobierno y el paciente, para una $p= 0.0415686$.
 - En cuanto a la cobertura del costo de la atención totalmente por el gobierno hubo 2.8 más residentes indígenas que rurales que se mostraron favorables a esta opción de respuesta $p=0.000$.
32. La atención por control de salud que alcanzó al 55% de los entrevistados no se refleja como integral si se comparan esta cifra con el porcentaje de atención obtenido según tipo de personal que ofrece los servicios; situación similar se presenta con respecto a la atención nutricional en los pacientes cuyo motivo de consulta fue el control de enfermedades crónicas, a esto se suma la atención del control psicosocial. Esta situación puede deberse a la forma en que está organizada la red de servicios y los diferentes grados de complejidad de las instalaciones que la integran.
33. Un 77.3% de los entrevistados manifestaron estar satisfechos con el tiempo de espera al momento de ser atendidos, ubicándose la mayor proporción de personas satisfechas en las áreas rurales, tanto en hombres como en mujeres. Los entrevistados más insatisfechos

se reportaron en las áreas urbanas, siendo más marcada la insatisfacción entre las mujeres.

34. El 80% de los entrevistados manifestaron estar satisfechos “siempre o casi siempre” con la atención recibida en las instalaciones de salud. Por cada 6 entrevistados que dijeron estar satisfechos siempre con la atención recibida en las instalaciones de salud hubo uno que dijo no estarlo nunca, relación que llegó a ser de 5.3:1 en las áreas urbanas, de 9.9:1 en las rurales y de 3.6:1 en las indígenas.
35. En todas las áreas de dominio de este estudio, más mujeres que hombres se realizaron el control de salud como evaluación preventiva. La relación urbana – indígena y rural-indígena fue de 1.6 y 1.4, respectivamente. Las mujeres reportaron haberse realizado en el último años, con más frecuencias que los hombres, las siguientes evaluaciones preventivas toma de presión arterial , colesterol y triglicérido, sangre en heces, hemograma, azúcar en sangre, prueba de SIDA, vacunación y examen bucal. En tanto que, los hombres se realizaron con mayor frecuencia: las pruebas de funcionamiento renal, las radiografías de tórax y las pruebas de tuberculosis. El estudio reflejó diferencias en el acceso de la población indígena con respecto a la urbana y a la rural siendo más notorias estas diferencias en aquellas evaluaciones más especializadas y de mayor complejidad, tal es el caso de las radiografías de tórax, las pruebas de función renal, de colesterol – triglicéridos, glicemia y SIDA. En el caso de la toma de presión arterial, esta se reporta cerca de 2 veces menos entre los residentes indígenas con respecto a los residentes urbanos y rurales.
36. El no realizarse un tacto rectal por la población masculina de 40 y más años, en los últimos 12 meses se evidenció como un factor de riesgo, este hallazgo fue similar en todas las áreas variando la magnitud del estimador de riesgo, que fue mayor al comparar el comportamiento de esta práctica de salud entre residentes del área indígena con relación a la urbana y a la rural, con diferencias estadísticamente significativas en todos los casos.
37. El no realizarse un control de salud en los últimos 12 meses permitió estimar 5.6 veces más riesgo de que los hombres de 40 y más años no se efectúen el tacto rectal, con respecto a aquellos que si se hicieron un control de salud y el tacto rectal en los últimos 12 meses.
38. El no realizarse una prueba de PSA por la población masculina de 40 y más años, en los últimos 12 meses se evidenció como un factor de riesgo, este hallazgo fue similar en todas las áreas variando la magnitud del estimador de riesgo, que fue mayor al comparar el comportamiento de esta práctica de salud entre residentes del área indígena con relación a la urbana y a la rural, con diferencias estadísticamente significativas en todos los casos.
39. El no realizarse un control de salud en los últimos 12 meses permitió estimar 7.1 veces más riesgo de que los hombres de 40 y más años no se efectúen la prueba de PSA, con respecto a aquellos que si se hicieron un control de salud y la prueba de PSA en los últimos 12 meses.
40. Los hombres de 40 años y más que no se efectuaron en los últimos 12 meses el tacto rectal tuvieron 22.5 veces más riesgo de no realizarse la prueba del PSA en el mismo periodo.

41. El 60% de los papanicolau (citología cervical uterina o PAP) realizados en el último año se los efectuaron mujeres que tenían 35 años y más y un 7.1% se los habían realizado mujeres entre 18 y 24 años. La cobertura de papanicolau en las mujeres de 18 a 24 años fue de 54% (1443 de 2671 mujeres) y en el grupo de mujeres de 35 años y más fue de 67.5% (6174/9153).
42. El no realizarse una prueba de papanicolau por la población femenina de 18 años y más, en los últimos 12 meses se evidenció como un factor de riesgo, al comparar los resultados de las áreas indígenas con las rurales y urbanas, con diferencias estadísticamente significativas.
43. Por cada 3.5 y 2.7 mujeres urbanas y rurales hubo una indígena que se efectuó el autoexamen de mama. Por cada 3.6 y 2.6 mujeres urbanas y rurales hubo una indígena que se efectuó un examen clínico de mama.
44. El 87.9% de las 2367 mamografías realizadas se efectuaron en mujeres que tenían 35 años y más y un 12.1% se realizó en mujeres entre 18 y 34 años. La cobertura de mamografía en las mujeres de 35 años y más fue de 22.7% (2080/9153).
45. El no realizarse la mamografía por la población femenina de 35 años y más, en los últimos 12 meses se evidenció como un factor de riesgo, este hallazgo fue similar en todas las áreas variando la magnitud del estimador de riesgo, que fue mayor al comparar el comportamiento de esta práctica de salud entre residentes del área indígena con relación a la urbana y a la rural, con diferencias estadísticamente significativas en todos los casos.
46. El nivel de escolaridad fue un factor de riesgo que incidió en la magnitud del estimador de riesgo, cuando se compararon las respuestas de las mujeres de 35 años y más años que no se habían realizado una mamografía en los últimos 12 meses, con respecto a los que si lo habían hecho. En todos los casos el no tener ningún grado de educación con respecto a tenerlo reflejó un mayor riesgo siendo hasta 3.5 veces mayor cuando se comparan el grupo de mujeres sin escolaridad con aquellas que tenían algún grado de educación superior. Hubo diferencias estadísticamente significativas en todos los casos.
47. El no realizarse un control de salud en los últimos 12 meses permitió estimar 3.7 veces más riesgo de que las mujeres de 35 años y más no se efectúen una mamografía, con respecto a aquellas que si se hicieron un control de salud y la mamografía en los últimos 12 meses.
48. Las mujeres de 35 años y más que no se efectuaron en los últimos 12 meses un papanicolau (PAP) tuvieron 7 veces más riesgo de no realizarse una mamografía en el mismo periodo.
49. Cerca de 4 de cada 5 (84.1%) de las 15461 mujeres entrevistadas ha tenido hijos, para una relación indígena-urbana e indígena-rural de 1.1:1 y de 1:1.
50. De las 13009 mujeres que declararon haber tenido hijos, 92.8% indicaron haber dado lactancia materna al último de sus hijos por un periodo de un mes o más y el 7.2% dio lactancia materna por menos de un mes (siendo en el área urbana, rural e indígena de 8.7%, 6.2% y 2.9%, respectivamente).
51. De las 11979 mujeres entre 18 y 54 años entrevistadas el 4.8% manifestó estar embarazada, lo que corresponde a 572 gestantes. El 2.1% (12 mujeres) desconocía

cuantas semanas de embarazo tenía. El 14.7% de las embarazadas no se había realizado controles prenatales, 8 de cada 10 (84.1%) se había efectuado algún control (con un diferencial de 48.7% para el grupo de 1 a 4 controles y de 35.4% para el grupo de 5 y más). El promedio nacional de controles prenatales fue de 4. De las 572 mujeres que se declararon embarazadas al momento del estudio, 294 se habían aplicado vacunas en los últimos 12 meses, lo que representa a una de cada dos embarazadas (51.4%).

52. Cerca de 6 de cada 10 entrevistados no utilizaba ningún método de prevención del embarazo al momento de la encuesta, lo que representa a uno de cada dos (50.8%) residentes urbanos, uno de cada tres (33.2%) de los residentes rurales y el 15.9% de los 3178 residentes indígenas.
53. Un total de 1384 personas se han efectuado esterilización, de los cuales 9 de cada 10 son mujeres (94.7%) y sólo 5.3% son hombres.
54. Las relaciones urbana-indígena y rural-indígena en cuanto a los tratamientos u orientaciones terapéuticas observadas en este estudio revelan:
 - Para los medicamentos de uso comercial las relaciones entre las áreas urbana-indígena y rural-indígena fue de 1.2:1 para cada una.
 - Para la medicina tradicional o natural la relación indígena-urbana e indígena-rural fue de 1.3:1 para ambas.
 - En el caso de médicos especialistas y hacerse cirugías las relaciones urbano-indígenas y rural-indígena fueron de 1.9:1 y de 1.7:1; y de 2.3:1 y 1.9:1 respectivamente.
 - La referencia para exámenes especiales en las áreas urbano-indígenas y rural-indígena fue de 1.7:1 y de 1.6:1.
 - Por cada 1.5, 2.3, 1.4 y 2.8 personas urbanas a las cuales se les recomendó terapias respiratorias, de salud mental, hidratación oral y otro tipo de terapias, hubo un indígena.
 - Por cada 1.4 y 1.5, personas urbanas a las cuales se les recomendó terapias respiratorias y de salud mental, hubo un residente rural.
 - Para las recomendaciones de hidratación oral y otro tipo de terapias, por cada 1.4 y 2.1 residentes rurales hubo un indígena.
55. Para las prácticas de comportamientos saludables tenemos que:
 - Las relaciones entre las áreas indígena-urbana e indígena-rural fueron de 1.2:1 y de 1.1:1 para el no consumo de bebidas alcohólicas.
 - La recomendación de dejar de fumar tuvo una relación indígena-urbana e indígena-rural fueron de 1.8:1 y de 1.4:1.
 - La práctica de ejercicios físicos regularmente estimó relaciones urbano-indígenas y rural-indígena de 1.8:1 y de 1.4:1. Las mujeres tienen dos veces más riesgo que los hombres de no practicar esta actividad preventiva (OR=2.18, LC= 2.07-2.3, p=0.000).
 - Hacer dieta o bajar de peso expresó una relación entre las áreas urbana-indígena y rural-indígena de 2:1 y 1.7:1.

56. La relación en la aplicación de vacunas en las áreas indígena-urbana e indígena-rural fue de 1.8:1 y de 1.5:1, respectivamente.
57. En relación al esfuerzo físico los residentes de las áreas indígenas respondieron cerca de 2 veces más sentir que responden mal-muy mal al esfuerzo físico que los residentes de las áreas urbanas y rurales, con respecto a los que indicaron sentirse bien y muy bien. Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de sentir que responden mal – muy mal al esfuerzo físico. En ambos casos se detectaron diferencias estadísticamente significativas.
58. Uno de cada 3 entrevistados manifestó haber utilizado en el último mes la práctica de la automedicación para atender su salud. El uso de medicamentos comerciales sin prescripción médica no reflejó diferencias entre ninguna de las áreas. La medicina tradicional reportó en el análisis una relación indígena-urbana e indígena-rural de 1.6:1 y de 1.4:1, respectivamente. En cuanto al uso de complementos vitamínicos o reconstituyentes la relación urbano-indígena fue de 2.2:1, mientras para las áreas urbano-rural y rural-indígena fue de 1.5:1 en ambas.
59. El antecedente de hipertensión arterial diagnosticada por médico, tuvo una prevalencia de 22% (17.8% en hombres y 24.8% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres que en los hombres para todas las áreas. En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 24.5% (20.2% en hombres y 27.1% en mujeres), en las rurales fue de 23.2% (18.6% en hombres y 26.7% en mujeres) mientras que en las áreas indígenas la tasa de prevalencia fue de 7.7% (6.3% en hombres y 8.8% en mujeres). Esta patología reflejó la prevalencia más alta en el grupo de 80 y más años, afectando al 46.2% de los 649 entrevistados en este grupo etáreo. A este grupo le siguen el de 60 a 79 años con un 44.4% y el de 40 a 59 años con un 29%.
60. La prevalencia del antecedente de diabetes mellitus diagnosticada por un médico fue de un 5.4% (4.3% en hombres y 6% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres. En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 6.4% (5.5% en hombres y 6.9% en mujeres), en las áreas rurales de 5% (3.8% en hombres y 5.9% en mujeres) siendo en ambas áreas el riesgo de enfermar mayor en las mujeres. En las áreas indígenas la tasa de prevalencia fue de 1.7% (1.4% en hombres y 1.9% en mujeres) sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Esta patología reflejó la prevalencia más alta en el grupo de 60 a 79 años afectando al 14.1%. A este grupo le siguen el de 80 y más años con un 11.9% y el de 40 a 59 años con un 6.6%.
61. El antecedente de sobrepeso-obesidad diagnosticada por médico reportó una prevalencia fue de 9.8% (6.4% en hombres y 12.1% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres. En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 12.4% (9% en hombres y 14.4% en mujeres), en las áreas rurales fue de 8.5% (4.6% en hombres y 11.4% en mujeres), siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres para ambas áreas. En las áreas indígenas la tasa de prevalencia fue de 2% (1.5% en hombres y 2.3% en mujeres) sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Esta patología reflejó la prevalencia más alta en el grupo de 40 a 59 años afectando al 13%. A este grupo le siguen el de 60 a 79 años con un 11.5% y el de 25 a 39 años con un 9.3%.

62. El antecedente de falta de calcio en los huesos diagnosticada por médico se presentó en el 5.5% de los encuestados (2.8% en hombres y 7.3% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres. En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 6% (2.8% en hombres y 7.9% en mujeres) y en las rurales de 6% (3.3% en hombres y 8.1% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres para ambas áreas. En las áreas indígenas la tasa de prevalencia fue de 2% (1.5% en hombres y 2.3% en mujeres) sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Esta patología reflejó la prevalencia más alta en el grupo de 80 y más años afectando al 14.8% de los 649 entrevistados en este grupo etáreo. A este grupo le siguen el de 60 a 79 años con un 12.6% y el de 40 a 59 años con un 6.4%.
63. El 8.7% de los entrevistados reportó historia de hipercolesterolemia diagnosticada por el médico (7.0% en hombres y 9.9% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres. En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 10.7% (9.3% en hombres y 11.6% en mujeres), en las áreas rurales fue de 8.2% (6.0% en hombres y 9.9% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres en ambas áreas. En las áreas indígenas la tasa de prevalencia fue de 1.4% (1.2% en hombres y 1.5% en mujeres) sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Esta patología reflejó la prevalencia más alta en el grupo de 60 a 79 años afectando al 17.2%. A este grupo le siguen el de 80 y más años con un 13.9% y el de 40 a 59 años con un 13.1%.
64. El antecedente de enfermedades respiratorias diferentes a la gripe diagnosticadas por el médico registraron una prevalencia de 6% (4.8% en hombres y 6.8% en mujeres). En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 6.5% (5% en hombres y 7.3% en mujeres), en las áreas rurales fue de 5.6% (4.6% en hombres y 6.4% en mujeres) mientras que en las áreas indígenas fue de 4.7% (4.4% en hombres y 5.0% en mujeres). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las áreas. Esta patología reflejó la prevalencia más alta en el grupo de 80 y más años afectando al 8.8% de los 649 entrevistados en este grupo etáreo. A este grupo le siguen el de 60 a 79 años con un 7.7% y el de 40 a 59 años con un 6.1%.
65. El antecedente de depresión o tristeza diagnosticada por médico registró una prevalencia de 5.3% (2.3% en hombres y 7.2% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres. En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 6.3% (2.7% en hombres y 8.4% en mujeres), en las áreas rurales fue de 4.9% (2.2% en hombres y 7% en mujeres) mientras que en las áreas indígenas la tasa de prevalencia fue de 1.6% (0.9% en hombres y 2.2% en mujeres). El riesgo de enfermar fue mayor en las mujeres para las tres áreas. Esta patología reflejó la prevalencia más alta en el grupo de 80 y más años afectando al 7.6% de los 649 entrevistados en este grupo etáreo. A este grupo le siguen el de 60 a 79 años con un 7.2% y el de 40 a 59 años con un 6.8%.
66. La historia de articulaciones inflamadas (artritis) diagnosticada por médico reflejaron una prevalencia de 3.4% (2.4% en hombres y 4% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres. En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 3.8% (2.4% en hombres y 4.6% en mujeres) y en las áreas rurales fue de 3.6% (3% en hombres y 4% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres para ambas áreas. En las

áreas indígenas la tasa de prevalencia fue de 1% (1.1% en hombres y 0.9% en mujeres) sin diferencias estadísticamente significativas por sexo. Esta patología reflejó la prevalencia más alta en el grupo de 80 y más años afectando al 8.9% de los 649 entrevistados en este grupo etáreo. A este grupo le siguen el de 60 a 79 años con un 7.3% y el de 40 a 59 años con un 4.5%.

67. Una prevalencia de 4.5% presentaron las cataratas (diagnosticadas por médico) en la población encuestada (5.1% en hombres y 4.1% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en los hombres. En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 4.4% (4.7% en hombres y 4.2% en mujeres) sin diferencias estadísticamente significativas por sexo. En las áreas rurales la tasa de prevalencia fue de 5.3% (6% en hombres y 4.8% en mujeres) y en las áreas indígenas fue de 2.8% (4.1% en hombres y 1.8% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en los hombres para estas dos últimas áreas. Esta patología reflejó la prevalencia más alta en el grupo de 80 y más años afectando al 23.4% de los 649 entrevistados en este grupo etáreo. A éstos le siguen el grupo de 60 a 79 años con un 13.9% y el de 40 a 59 años con un 3.9%.
68. La prevalencia de antecedentes de problemas ginecológicos o de las mamas diagnosticadas por médico en las mujeres fue de 4.4%, siendo en las áreas urbanas de 4.9%, en las áreas rurales de 4.4% y en las áreas indígenas de 1.7%.
69. La prevalencia del Síndrome Metabólico se obtuvo a partir del antecedentes de un conjunto de enfermedades diagnosticadas por médico, considerando las siguientes combinaciones:
- Diabetes mellitus sumado a dos de las siguientes enfermedades: obesidad, hipertensión arterial o hipercolesterolemia reflejó una prevalencia de 0.6%, con una relación mujer-hombre de 2.3:1.
 - Diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial registró una prevalencia de 1.2%, con una relación mujer-hombre de 2.7:1.
 - Diabetes mellitus, obesidad e hipercolesterolemia, presentó una prevalencia de 0.8% para una relación mujer-hombre de 2:1.
 - Diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, presentó una prevalencia de 1.3%, con una relación mujer-hombre de 2.3:1.
 - Hipertensión arterial, obesidad e hipercolesterolemia registró una prevalencia de 2.2%, con una relación mujer-hombre de 2.6:1.
70. Entre los residentes de las áreas rurales hubo un riesgo mayor que en los de las áreas urbanas de presentar limitaciones para caminar con respecto a los que manifestaron no tener dichas limitaciones. Un comportamiento similar se observó al comparar el comportamiento de esta limitación en las áreas indígenas con las urbanas y con las rurales, alcanzando un riesgo hasta 2.4 veces mayor en las áreas indígenas con respecto a las rurales. En todos los casos se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres tienen un riesgo 1.3 veces mayor que los hombres, en cuanto a la limitación de caminar como parte de sus actividades de la vida diaria.
71. Del conjunto de los 25748 entrevistados 3823 reportaron haber sufrido algún tipo de accidente en el último mes, para un porcentaje de accidentabilidad de 14.8%. De éstos, el

44.2% ocurrieron en la casa, seguido de la calle, camino o carretera con el 23.3%, mientras que en el trabajo la ocurrencia de accidentes afectó a 17.7%, es decir a uno de cada 6 de los entrevistados. De los accidentados, de 1 de cada 2 (53.4%) se quedó en casa, el 23.1% fue a un cuarto de urgencia de un servicio público; 9.5% acudió a la clínica u hospital privado; 2.9% fue al médico tradicional o curandero; y otro lugar de atención fue utilizado por el 4.3% de los accidentados, reflejando que por cada 2.4 accidentados que se atendieron en los servicios públicos uno se atendió en un servicio de salud privado. La medicina no tradicional fue utilizada por el 32.7% de los accidentados y comparada con el uso de la medicina tradicional, la primera fue empleada 11.3 veces más. El 2% de los accidentados manifestó haber quedado con una incapacidad permanente, la incapacidad temporal se reportó por el 22.1% y cerca de 7 de cada 10 (66.8%) declaró no haber tenido ninguna consecuencia.

72. De la población en estudio, 1.2% reportó el diagnóstico de una enfermedad profesional en tanto que el 41.9% refirió no padecer enfermedad relacionada con el trabajo.
73. En general, la calidad de vida de los panameños es buena, obteniendo las mujeres un mejor índice que los hombres. Al comparar los puntajes por áreas de residencia, las personas de las áreas indígenas obtuvieron el puntaje más bajo, situación que coincide con el hecho de que los distritos con los índices más bajos los constituyen, a excepción de Las Minas, los ubicados en las áreas indígenas.
74. Existe una relación inversa entre el índice de calidad de vida y el avance de los años a partir de los 50 años de edad, a medida que envejecen las personas el índice de calidad de vida es más bajo, situación que se explica por el deterioro de sus condiciones de salud, determinada por los factores biológicos del proceso de envejecimiento y de las enfermedades degenerativas y discapacidades propias de la edad. Se suma a ello, los determinantes sociales, económicos, políticos del ambiente en el cual vive.
75. Las provincias de Colón, Panamá, Los Santos, Herrera y Coclé son las provincias con índices de calidad de vida superior al índice nacional; Veraguas y Chiriquí obtuvieron valores promedio, en tanto que las provincias Darién, Bocas del Toro, la Comarca Emberá, Kuna Yala y Ngöbe Buglé registraron índices por debajo del valor nacional.
76. Los panameños expresan un nivel de satisfacción personal bueno, las personas que residen en áreas urbanas sienten mayor nivel de satisfacción, seguido de las personas residentes en áreas rurales e indígenas. Los hombres sienten mayor satisfacción personal que las mujeres, situación que es posible explicar por las diferencias entre los sexos y la discriminación de género en la sociedad (las dificultades para conseguir o ascender en un empleo, desarrollar sus habilidades, conocimientos y destrezas; la preocupación y grado de exigencia de la mujer por su aspecto y capacidades físicas, así como por su relaciones afectivas y el disfrute de su vida sexual; aspectos estos que se reflejan en la mujer a través de mayores sentimientos de tristezas y desesperanza que los hombres).
77. Con relación a las condiciones de vida, los panameños señalan que es buena, las personas que residen en las áreas urbanas evidencian mantener una mejor condición de vida respecto a los que residen en las áreas rurales e indígenas, siendo esta última la más baja. Las mujeres tienen mejores condiciones de vida en relación a los hombres; lo que puede

ser explicado por el hecho que las mujeres tienen más acceso y utilizan más los servicios públicos, está menos expuesta que el hombre a factores de riesgos como el consumo de alcohol y tabaco, riesgos laborales, entre otros; todos los cuales contribuyen a desmejorar su salud física.

78. Respecto a sus valores y creencias relacionados con la importancia de la felicidad, el bienestar físico y mental, así como el cuidado y prácticas de su salud, el autocontrol y reactividad emocional, participación y discriminación social los panameños tienen un nivel bueno. Los hombres obtuvieron un índice mayor que las mujeres, sin embargo esta diferencia puede ser atribuida a la mayor frecuencia observada en la utilización del condón por el hombre. Al igual que en los índices anteriores, las personas de áreas urbanas parecen darle mayor valor a las creencias que los que viven en áreas rurales e indígenas.