

Libro electrónico

Inequidades sociales e interseccionalidad en salud: retos y alternativas

Berenice P. Ramírez López
y Abraham Granados Martínez
(coordinadores)



INEQUIDADES SOCIALES E INTERSECCIONALIDAD EN SALUD:
RETOS Y ALTERNATIVAS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. Enrique Graue Wiechers

Rector

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas

Secretario General

Dr. Luis Agustín Álvarez Icaza Longoria

Secretario Administrativo

Dra. Guadalupe Valencia García

Coordinadora de Humanidades



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS

Dr. Armando Sánchez Vargas

Director

Dr. José Manuel Márquez Estrada

Secretario Académico

Ing. Patricia Llanas Oliva

Secretaria Técnica

Mtra. Graciela Reynoso Rivas

Jefa del Departamento de Ediciones

INEQUIDADES SOCIALES E INTERSECCIONALIDAD EN SALUD: RETOS Y ALTERNATIVAS

Berenice P. Ramírez López
Abraham Granados Martínez
(coordinadores)



Esta obra fue arbitrada por pares académicos en un proceso doble ciego, a cargo del Comité Editorial de Publicaciones No Periódicas del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM.

Primera edición digital en pdf, octubre 2022

D.R. © UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Ciudad Universitaria, Coyoacán,
04510, Ciudad de México.
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS
Circuito Mario de la Cueva s/n,
Ciudad de la Investigación en Humanidades,
04510, Ciudad de México.

Programa UNAM-PAPIIT IA300420 “Inequidades socioeconómicas y de la salud: análisis desde la interseccionalidad”.

ISBN: 978-607-30-6789-8

DOI: 10.22201/iiec.9786073067898e.2022

Diseño de portada: Laura Elena Mier H.
Cuidado de la edición: Héliida De Sales Y.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Hecho en México.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
<i>Berenice P. Ramírez López y Abraham Granados Martínez</i>	
1. DESIGUALDAD E INEQUIDAD EN SALUD. LAS EVIDENCIAS DE LA COVID-19 EN MÉXICO	17
<i>Berenice P. Ramírez López</i>	
I. INTERSECCIONALIDAD Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD	
2. INTERSECCIONALIDAD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS POR GÉNERO	51
<i>Abraham Granados Martínez</i>	
3. DIFERENCIAS EN SALUD POR GÉNERO EN MÉXICO: UNA VISIÓN DESDE LAS CONDICIONES DE LOS HOGARES Y LA INSERCIÓN LABORAL	77
<i>Ana Escoto Castillo e Iván Alcántara Santoyo</i>	
4. INTERACCIONES ENTRE SALUD, CUERPO Y PRECARIEDAD. EXPERIENCIAS DE PROFESIONISTAS MEXICANAS	111
<i>Natalia Flores Garrido</i>	

II. INEQUIDADES Y ACCESO A LA SALUD

5. LAS BRECHAS DE ACCESO EFECTIVO AL DERECHO A LA SALUD: UN ANÁLISIS CONTEMPORÁNEO DE LA TRAYECTORIA Y DETERMINANTES EN MÉXICO	145
<i>Estefany Licona Santillán y José Nabor Cruz Marcelo</i>	

6. ESTRATEGIAS DE MEDIOS DE VIDA, POBREZA, DESIGUALDAD Y ACCESO A LA SALUD EN EL CAMPO MEXICANO	183
<i>Uberto Salgado Nieto</i>	

7. COLIMA: ANÁLISIS DE LAS INEQUIDADES SOCIOECONÓMICAS DESDE LA INTERSECCIONALIDAD	213
<i>José Manuel Orozco Plascencia</i>	

III. INEQUIDADES SOCIALES

8. LA POBLACIÓN MAYOR EN MÉXICO Y LAS INEQUIDADES POR COHORTE. UNA REVISIÓN DE LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS	247
<i>Isalia Nava Bolaños</i>	

9. CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y LA CALIDAD DE VIDA. UN FACTOR MÁS DE DESIGUALDAD	285
<i>Miroslava Barragán Robles</i>	

SEMBLANZAS	313
------------	-----

INTRODUCCIÓN

*Berenice P. Ramírez López
Abraham Granados Martínez**

Las inequidades en salud se definen, de acuerdo con Whitehead [1992], como las diferencias innecesarias y evitables en la salud de mujeres y hombres, son resultado de condiciones estructurales y para su análisis se requiere revisar el contexto donde se desarrollan.

Estas inequidades son resultado de las desigualdades que prevalecen en la sociedad. Así, para lograr mejores estados de salud en la población, en particular para las personas con mayor vulnerabilidad, se requiere asegurar adecuadas condiciones sociales y económicas. Es fundamental fortalecer el sistema de salud y al mismo tiempo generar inercias para que todas las dependencias gubernamentales contribuyan a superar las precariedades de la población. Además, es urgente realizar una revisión de los recursos públicos asignados a la salud y de los acuerdos sociales para reorientar las prioridades económicas en favor de la ciudadanía.

Las decisiones de las políticas económicas y sociales inciden en las inequidades en salud, ya que promueven o limitan las oportunidades de desarrollo para la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) [2009] considera que el grado de vulnerabilidad ante las enfermedades depende de la estratificación social, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y

* Investigadora e investigador en Unidad de Desarrollo y Políticas Públicas del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM.

los esquemas de conducta para cada grupo de población, y también están en función del acceso a servicios de salud, factores que afectan el bienestar, la prevención y la probabilidad de superar enfermedades.

En este contexto de inequidad en salud, en marzo de 2020 la covid-19 se consideró como pandemia, con graves repercusiones en la salud y la vida de la población en todo el mundo. Los sistemas de salud resultaron insuficientes y se evidenció la disparidad de acceso a servicios de salud adecuados. El distanciamiento social repercutió en la economía mundial, consecuencia de una crisis sanitaria, ya que se detuvieron prácticamente todas las actividades productivas y se redujeron los niveles de empleo y de ingresos.

Ante las amplias inequidades y retos en la salud, este libro busca contribuir a la estimación e interpretación de las inequidades socioeconómicas y de la interseccionalidad en salud en México. Se parte de que las inequidades son acumulativas por condiciones sociales, como lo determina la interseccionalidad y, por último, se proponen algunas alternativas de acción pública a favor de la equidad, el bienestar y la justicia social.

El concepto de interseccionalidad es un aporte de la teoría de género. La feminista Kimberle Crenshaw [1989] destacó que las desigualdades vividas por las mujeres afrodescendientes en Estados Unidos eran mayores que las que tenían las mujeres blancas. La autora se refería a que las condiciones de discriminación coincidían en una intersección y potencializaban las desigualdades para ciertos grupos de la población, por raza, grupo étnico o género. Este concepto cuestiona las relaciones de poder y el cúmulo de inequidades, así como los sistemas de privilegio que se extienden y mantienen las desigualdades estructurales.

La interseccionalidad permite cuestionar las relaciones sociales y los sistemas de poder y contribuye a estudiar estructuras de poder con múltiples factores que repercuten en condiciones de inequidad en salud. Así, la interseccionalidad

en salud considera que factores como el género, la clase social, la raza y el grupo étnico se relacionan de manera continua y son factores sociales de discriminación que inciden en el estado de salud humana. Se entiende que las enfermedades y las inequidades se correlacionan como procesos que se intersecan y derivan en desigualdades sociales.

A su vez, la interseccionalidad en salud considera y al mismo tiempo cuestiona los determinantes sociales de la salud e indaga más allá de la epidemiología social y pretende ofrecer alternativas que debaten el sistema de opresión y las estructuras desiguales. En un esquema donde las mujeres enfrentan exclusión y vulnerabilidad a enfermedades y lesiones, y aunque tienen mayor esperanza de vida presentan niveles altos de enfermedades crónicas y padecimientos en la vejez. Además, suelen enfrentar restricciones de los propios sistemas de salud.

En relación con las investigaciones sobre interseccionalidad en salud destaca el estudio de Cooper [2002], donde se revisan las inequidades por grupos de población en el Reino Unido con base en datos educativos, actividades laborales, clase social y privaciones materiales. Se identifica que las mujeres tienen mayor desventaja económica y se registra que la autodeterminación de salud es peor para grupos minoritarios.

Por su parte, Farmer y Ferraro [2005] consideran que las inequidades en salud se deben a factores discriminatorios de raza y socioeconómicos; registran que la población afrodescendiente presenta mayores problemas de salud y peor auto-percepción de la salud que la población blanca.

Con este contexto, el presente libro se compone de nueve capítulos y se divide en tres secciones. En el capítulo 1, de Berenice P. Ramírez López, se sintetizan las relaciones entre inequidades, determinantes sociales de la salud y política pública, frente a la extensa duración de la pandemia de covid-19. Ante estos retos, la autora sugiere incorporar a todo el trabajo distintas modalidades de seguridad social contributiva o

generar cambios sustantivos en la seguridad social, con la separación del acceso a la salud de las pensiones a fin de contar con un financiamiento exclusivo para el sistema de salud y otro para las pensiones. Por último, considera relevante cambiar el paradigma económico dominante y priorizar la sostenibilidad de la vida y de los ecosistemas.

La sección I, *Interseccionalidad y desigualdades de género en salud*, se compone de tres capítulos. En el capítulo 2, de Abraham Granados Martínez, se estima la interseccionalidad en salud en relación con dos enfermedades crónicas, diabetes e hipertensión, para mujeres y hombres de 60 años y más, en condición de pobreza. Entre los resultados destacan las desigualdades de género y, en menor medida, la condición de pobreza como factores explicativos de las enfermedades crónicas; las mujeres son quienes presentan mayor probabilidad de tener estos padecimientos. Se sugiere concretar la igualdad sustantiva de género con el pleno ejercicio de los derechos y la justicia social, mediante la participación de todas las dependencias gubernamentales para atender los determinantes sociales de la salud y el bienestar social.

Por su parte, Ana Escoto Castillo e Iván Alcántara Santoyo, en el capítulo 3 presentan las diferencias en salud entre hombres y mujeres en México, con base en índices de salud física y mental. Destacan las desigualdades de género al incorporar estructuras familiares, el cuidado intrahogar, la proveeduría con base en el trabajo remunerado y la declaración de actividades domésticas en el hogar. La autora y el autor registran que la depresión se presenta más en las mujeres y que la extrajornada remunerada se vincula con mayores enfermedades crónicas.

Para cerrar esta sección, en el capítulo 4 Natalia Flores Garrido analiza las interacciones entre la salud y las precariedades generadas por el mercado de trabajo, las experiencias subjetivas y afectivas de sujetos sociales, desde el paradigma

de los estudios del cuerpo y su impacto en las mujeres profesionistas en México, mediante entrevistas en profundidad a mujeres de 25-40 años de edad. La autora acentúa que el sistema económico neoliberal fomentó la flexibilidad laboral, los bajos ingresos y la ausencia de derechos. Además, propone que la economía se centre en la sostenibilidad de la vida, con la consideración de las experiencias corporales de las sujetas sociales y con el objetivo de garantizar el bienestar y la dignidad de los cuerpos, además de reconocer el cuidado como condición indispensable para las existencias no precarizadas.

En la sección II, *Inequidades y acceso a la salud*, el capítulo 5, de Estefany Licona Santillán y José Nabor Cruz Marcelo, señala cómo la pandemia de la covid-19 evidenció la vulnerabilidad y los retos del sistema de salud mexicano. Analizan las inequidades de acceso a la salud y encuentran que el desempleo tiene una relación negativa con este acceso; por el contrario, el estatus de ocupación y la escolaridad presentan mayor probabilidad para el acceso. Además, enfatizan cómo la interseccionalidad limita el acceso a la salud, ya que características como el género, la condición de pobreza, el ámbito de residencia y habitar en un hogar indígena disminuyen la probabilidad del acceso a salud.

Por su parte, Uberto Salgado Nieto, en el capítulo 6, enfatiza las repercusiones generadas por el cambio en el sistema económico fundamentado en un proceso neoliberal. El autor describe cómo el incremento de la infraestructura en salud se centró en localidades urbanas, lo cual afectó a poblaciones rurales. En su análisis, estima dos índices, uno de pobreza y otro de desigualdad de ingresos, y con una regresión cuantílica identifica que los hogares rurales que realizaron su actividad productiva fuera del sector agropecuario lograron mejores niveles de ingreso ello les permitió mejorar su acceso a servicios de salud.

En el capítulo 7, de José Manuel Orozco Plascencia, se analizan las inequidades socioeconómicas entre hombres y

mujeres, con base en la interseccionalidad y la desigualdad económica, para el estado de Colima. Este autor registra desigualdades de género y territoriales en esa entidad que requieren atención en los aspectos económicos, políticos, sociales y de salud.

En la sección III, *Inequidades sociales*, en el capítulo 8, Isalia Nava Bolaños analiza las inequidades socioeconómicas por cohortes de nacimiento. Revisa características socioeconómicas de tres cohortes en edades avanzadas y encuentra que una proporción importante de esta población carece de ingresos, en particular las mujeres y la cohorte más joven. Asimismo, identifica que el ingreso promedio en la vejez es limitado, en especial para el caso de las mujeres en localidades rurales y para la cohorte más envejecida.

Finalmente, Miroslava Barragán Robles, en el capítulo 9, estudia la repercusión de la contaminación atmosférica en la salud. Señala que ante el crecimiento acelerado de las ciudades, los gobiernos enfrentan el enorme reto de mejorar la gestión de la calidad del aire y procurar un ambiente sano a sus habitantes. Explica que en las ciudades con altos niveles de desigualdad el reto es mayor, toda vez que los efectos de la contaminación del aire en la salud se dan de forma diferenciada, afectando a los grupos más vulnerables.

Agradecemos el apoyo de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico mediante el Programa UNAM-PAPIIT IA300420 “Inequidades socioeconómicas y de la salud: análisis desde la interseccionalidad” para realizar la presente investigación.

REFERENCIAS

Cooper, H. [2002], “Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health”, *Social Science and Medicine*, 54(5):693-706.

- Crenshaw, K. [1989], “Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”, *University of Chicago Legal Forum*, 1:57-80.
- Farmer, M. M., y K. F. Ferraro [2005], “Are racial disparities in health conditional on socioeconomic status?”, *Social Science and Medicine*, 60(1):191-204.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) [2009], *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la comisión sobre determinantes sociales de la salud*, Buenos Aires, <<https://cutt.ly/DG3vjbr>>.
- Whitehead, M. [1992], “The concepts and principles of equity and health”, *International Journal of Health Services* 22(3):429-445, <<https://cutt.ly/DG3vjbr>>.

1. DESIGUALDAD E INEQUIDAD EN SALUD. LAS EVIDENCIAS DE LA COVID-19 EN MÉXICO

*Berenice P. Ramírez López**

La expansión mundial y la duración de la pandemia provocada por el coronavirus tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo grave, abreviado SARS-CoV-2 (del inglés *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), constituyen uno de los retos sin resolver que la humanidad enfrenta. En este contexto, las evidencias de desigualdad e inequidad se hacen evidentes, en particular en el acceso a la atención de la enfermedad y el disfrute para el conjunto de la población de condiciones adecuadas de salud. De tiempo atrás se han identificado los determinantes sociales relacionados con el estado de salud. Entre ellos destacan condiciones de desigualdad e inequidad, pobreza, edad, género, grupo étnico y lugar de residencia, principalmente. Mostrar las interseccionalidades o entramados entre los determinantes sociales y las concepciones de salud y de política pública es el objetivo de este capítulo.

* Investigadora Titular de la Unidad de Investigación en Desarrollo y Políticas Públicas del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Corresponsable del PAPIIT IA300420. Contacto: <berenice@unam.mx>. Agradezco el apoyo de investigación y trabajo estadístico de Gabriel Badillo, académico del IIEC. Contacto: <gbadillo@iiec.unam.mx>.

Una clara evidencia de los alcances de la globalización y del sistema mundializado que sostiene al capitalismo es la expansión que ha mostrado la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2. Tal vez hubiera bastado detener y encerrar a las personas de todo el mundo por dos meses para evitar su propagación y continuidad, situación imposible en una economía mundial que se construyó a partir de una división internacional del trabajo, que propicia dinámicos intercambios de bienes, servicios y recursos financieros, de especializaciones productivas, de encadenamientos de sectores donde la acumulación incesante del capital es el motor de la ganancia, del poder, de la dominación, de la hegemonía que le da no solo dinamismo y continuidad, sino su esencia como sistema mundial, en el cual la vida se reduce a la capacidad para trabajar y a los hombres y mujeres se les clasifica por su utilidad. Atender a algunos enfermos y curarlos, sin evitar la propagación de enfermedades previsible para amplios grupos sociales, ha sido la concepción de salud. Insuficientes servicios públicos de atención a la enfermedad, con una presencia cada vez mayor de servicios privados, que al dejarse al libre mercado se ha acompañado de una creciente mercantilización de la misma, mayor gasto de las personas y las familias en su atención y ausencia de una perspectiva integral en la que la alimentación, la vivienda, el deporte, la cultura como espacios de acceso público y una base de atención preventiva, seguimiento continuo, diagnósticos anuales, vacunación universal, etcétera, se conviertan en el cimiento del estado de salud de una sociedad.

El 11 marzo de 2020 la covid-19, enfermedad que provoca el virus, fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al 1 de agosto de 2021 se habían registrado 197.7 millones de casos acumulados, 4.2 millones de defunciones en 223 países, territorios y áreas [SSA, 2021a]. América concentra

39 % de los casos y 47.7 % de las defunciones; el nivel de contagio se ha vinculado con las condiciones de desigualdad socio-económica, la densidad urbana y los modelos de atención a la salud.

El comportamiento de los casos de contagio y fallecimiento muestra que el mundo está enfrentando su “tercera ola”. Las vacunas empiezan a presentar sus efectos en la escasa proporción de personas que han recibido la inmunización, en competencia, por tanto, con las velocidades de contagio con nuevas variaciones o mutaciones del virus. A finales de julio de 2021 la intensidad de la pandemia se trasladó a los países de Asia Sudoccidental, dejando a América en el tercer lugar y a México en el quinto de esta región, después de Estados Unidos, Brasil, Colombia y Argentina [SSA, 2021a].

Con fecha 2 de agosto, México confirmó 2.9 millones de casos totales y 243 733 defunciones. La tasa de incidencia de casos acumulados es de 2 282.8 por cada 100 000 habitantes. La distribución por género en los casos confirmados muestra la misma proporción entre hombres (50 %) y mujeres (50 %). El promedio de edad en general es de 41 años, aunque el mes de julio se caracterizó por un crecimiento más dinámico de los contagios en las edades de 20-29 años, seguidas por las de 30-39 años [SSA, 2021b].

La covid-19 ha propiciado innumerables estudios y publicaciones: los de carácter científico, que avanzan en su caracterización, análisis y manifestaciones con el objetivo de mejorar los diagnósticos, los procedimientos y la creación de vacunas; y los de carácter político, que se centran en las acciones o la inactividad de las autoridades, tratando de calificar si las intervenciones han sido buenas o malas, sin analizar los determinantes sociales que son objeto de atención de este capítulo. Por ello, se desarrollan los siguientes apartados: 1) Los mexicanos ante la pandemia; 2) El modelo de atención a la enfermedad y el estado de salud de la población; 3) El lugar de la salud en la

política pública, y 4) El paradigma necesario para superar las desigualdades.

LOS MEXICANOS ANTE LA PANDEMIA

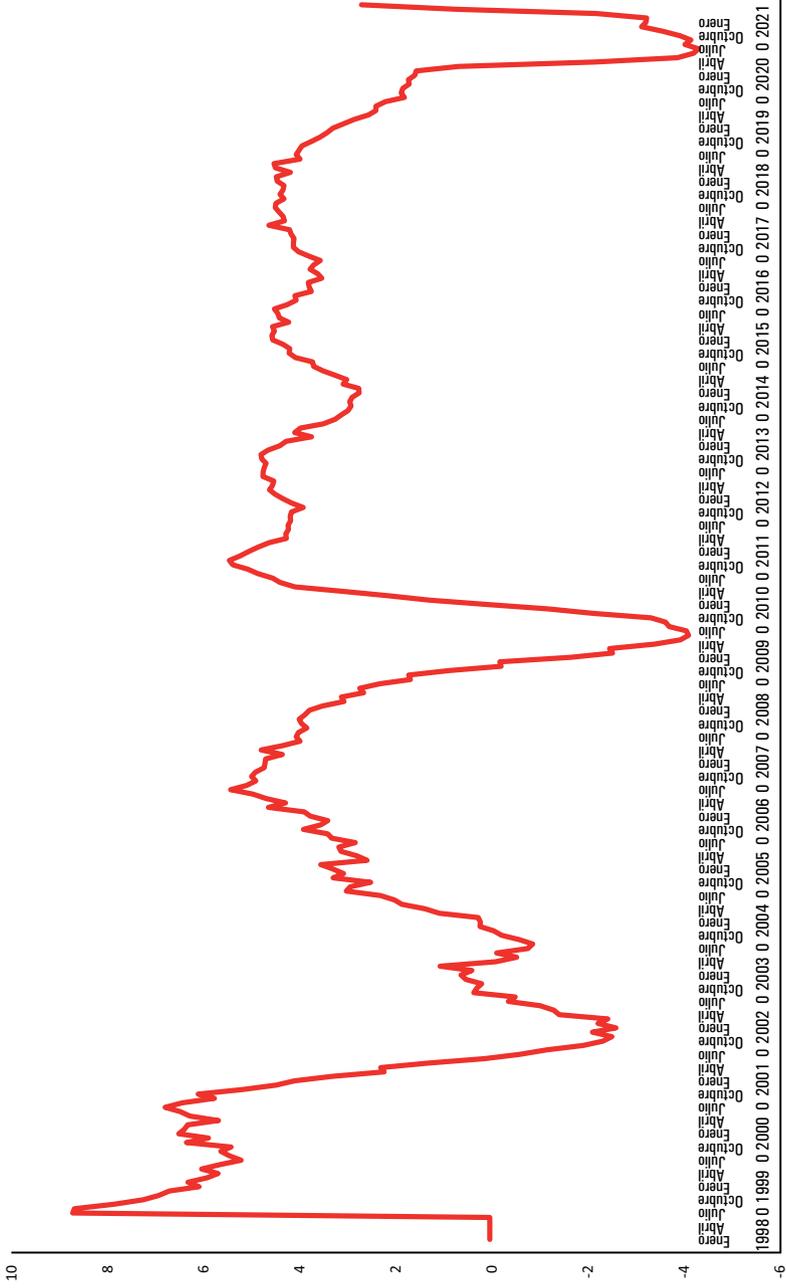
La pandemia llegó a México en febrero de 2020 y se desarrolló en una sociedad que se caracteriza por alta desigualdad con diferencias regionales, acentuadas por condición de género y grupo étnico. Por tamaño del producto interno bruto (PIB) es la economía 16 de 189 países y por índice de desigualdad ocupa el lugar 142. El índice de desarrollo humano, que para 2018 fue de 0.767, lo coloca en el lugar 76 de 189 naciones [PNUD, 2020] y según el índice de Gini alcanza el 0.50 [Cepal, 2016]. En 2018, 52 millones de personas se encontraban en situación de pobreza, lo que representa el 42 % de la población mexicana, y 37 millones se clasifican con vulnerabilidad social (29.3 %). Además, 37 % de la población percibía ingresos por debajo del costo de la canasta alimentaria, la mitad de ellos en el área rural.

Tener acceso a la seguridad social y, por tanto, a servicios de salud depende de contar con un empleo registrado y estar inscrito en alguna institución de seguro social de carácter contributivo. En los últimos 40 años el mercado laboral mexicano se ha caracterizado por informalidad alta, precariedad por salarios bajos e inestabilidad en el empleo por el crecimiento del trabajo independiente y por los ingresos que difieren del clásico salario que se recibe en una temporalidad determinada. En parte, ello determina la aparente caída de la participación del trabajo en el PIB a 27 %, ya que cuando se ajusta por ingresos mixtos, sube a 41.8 % [Samaniego, 2019]. Así, todo tipo de trabajo que no se encuentre registrado ante la seguridad social, es considerado empleo informal. De esta manera, 31 millones de mexicanos, 56 % de los ocupados, desempeñan

un empleo informal sin acceso a la seguridad social pública contributiva, y su acceso a la salud la proporciona la Secretaría de Salud federal, estatal o municipal, cuya infraestructura, personal y servicios van disminuyendo notablemente en la medida que se alejan de los grandes centros urbanos a los que acuden ante situación de grave enfermedad que amerite intervención quirúrgica o largo tratamiento, pagando cuotas determinadas por su situación socioeconómica. Para enfermedades con sintomatologías leves, la farmacia o el consultorio privado más cercano se transforman en los lugares a los que se acude, convirtiéndose en gasto para las familias, lo que se cataloga como gasto de bolsillo y que, en un buen diseño de salud pública, los síntomas más comunes de enfermedad por lo que acuden a los consultorios cercanos deberían constituir la base de la atención primaria a la salud.

La dinámica económica, el mercado laboral y las características del empleo determinan bajos niveles salariales. En 2019, 69 % de los hombres y 76 % de las mujeres de 30-60 años percibían hasta tres salarios mínimos (9 364.41 pesos mexicanos). Del grupo de 65 años y más, 73.3 % de los varones y 82.4 % de las mujeres recibían hasta tres salarios mínimos, aunque 33 % de los hombres y 52 % de las mujeres solo percibían un salario mínimo (3 121.47 pesos mexicanos) [ENOE, 2019]. Salarios bajos e inequidad de género es lo que sobresale junto a la insuficiente creación de empleo asalariado que disminuye de manera importante en las crisis que la economía mexicana ha experimentado en los últimos 30 años (gráfica 1), lo cual, al llegar a la vejez o al retiro, imposibilita el cumplimiento del tiempo de aportaciones necesarias (24.3 años para el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] y 25 años para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado [ISSSTE]) para obtener pensión y atención de la salud de forma vitalicia.

Gráfica 1. Tasa de crecimiento anual, 1998-2020



Fuente: elaboración de Gabriel Badillo con base en <www.inegi.mx>.

En la gráfica 1 se muestran las tasas de crecimiento del empleo entre 1998 y 2020. Destacan las tasas negativas en dos periodos, 2000-2002 y 2008-2009, vinculadas con la crisis de la economía mundial, principalmente estadounidense, y con la falta de un proyecto nacional. En 2020, la covid-19 acentuó y profundizó el estancamiento de la economía mundial. En México, la desaceleración en la creación de empleo se observó desde 2018, continuó en 2019 y colapsó en 2020 con el paro casi total de la economía mundial, ante una emergencia sanitaria de la magnitud que seguimos enfrentando.

A partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Ensanut, 2018] sabemos que 38.6 % de los hombres y 22.2 % de las mujeres de 65 años y más declaran contar con pensión de retiro o vejez derivada de contribuciones y cuentan con servicios de salud en algunas de las tres instituciones de seguro social a nivel nacional: IMSS, ISSSTE, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) o de cualquier otra de carácter público o derivada de contratos colectivos de trabajo, por ejemplo, Petróleos Mexicanos (Pemex).

Lo más grave es que para el grupo de edad de 40-59 años (cuadro 1), antesala de la edad de jubilación, el 43 % de los hombres y el 45 % de las mujeres están contribuyendo para su seguridad social y en las diferentes estructuras de grupos de edad cerca de 20 % de la población no tiene acceso a salud, y los que no están contribuyendo a su seguridad social son los candidatos a contar, a partir de los 65 años, solo con una pensión de bienestar que para 2021 representa el 36 % del salario mínimo.

Se ha destacado el nivel de seguridad social con el que cuenta la población de 40-59 años para mostrar que en esta etapa del ciclo de vida laboral se mantiene el 56 % fuera de la seguridad social contributiva. Ello anuncia las dificultades para cotizar de manera sostenida y cubrir el tiempo requerido para mantener la seguridad social en la vejez, lo cual significaría contar con una pensión derivada de contribuciones y con servicios de salud.

Cuadro 1. Población de 40 a 59 años según acceso y tipo de cobertura

Institución	Total	Hombres	Mujeres	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total	29 625 984	13 847 785	15 778 199	100	100	100
Seguridad social contributiva*	13 105 628	5 959 888	7 145 740	44	43	45
Servicios no contributivos**	11 232 563	4 989 947	6 242 616	38	36	40
Sin acceso***	5 287 793	2 897 950	2 389 843	18	21	15

* La seguridad social contributiva incluye IMSS, ISSSTE, ISSSTE Estatal, Pemex, Defensa y Marina.

** Los servicios de salud no contributivos incluyen Seguro Popular, IMSS Prospera, seguro privado y otras instituciones.

*** La población sin acceso incluye a las personas sin acceso y a quienes no saben.

Fuente: elaborada con datos de Ensanut 2018.

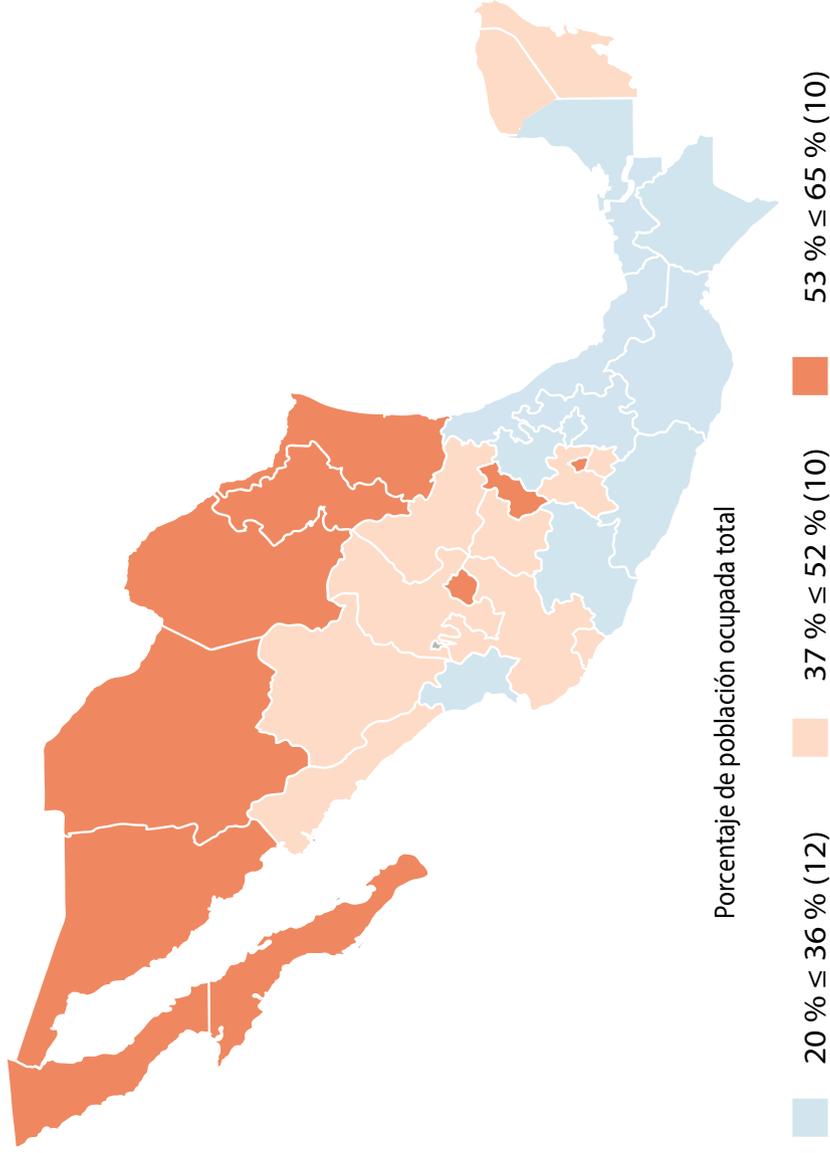
Además, el acceso a la seguridad social contributiva que hoy día tienen las personas de 65 años y más es resultado de su participación laboral bajo las leyes abrogadas que solicitaban menos años de cotización y garantizaban una pensión de beneficio definido, es decir, de monto conocido de antemano por los trabajadores, derivado de su salario base de cotización, edad y años de servicios. Esta situación se modificó de forma radical con la contribución definida. La capitalización individual de administración privada o las pensiones autofinanciadas se derivan del monto ahorrado, la rentabilidad obtenida, las comisiones pagadas por administración de cuenta y el costo de una renta vitalicia o de retiros programados. El primer condicionante es mantener cotizaciones continuas por 25 años. Con la inestabilidad laboral que se observa, puede significar 45 años de trabajo efectivo para cumplir los requisitos. El segundo condicionante es que el nivel salarial y, por

tanto, de ahorro permita construir una pensión superior a una mínima garantizada que, con las reformas de 2020, representa entre 73.6 % y 140 % de un salario mínimo.

Otro aspecto que llama mucho la atención es la diversidad regional, en la que estados del norte de la República Mexicana, al registrar mayor empleo formal, cuentan con mayor cobertura de seguridad social contributiva, a diferencia de los estados del sur. Para ejemplificar las diferencias regionales, el mapa de la República Mexicana (mapa 1) muestra la distribución espacial del empleo formal y, como consecuencia, del acceso a los servicios de salud en las instituciones de seguridad social.

Los trabajadores de siete estados del norte y tres del centro registran mayor afiliación a la seguridad social contributiva; si bien el tope máximo de afiliación es 65 % de la población ocupada (PO), la informalidad laboral muestra los límites de la cobertura. Otros diez estados del norte y dos de la península de Yucatán registran cobertura de 37 %-52 % de la PO, mientras que 12 estados del sureste registran las tasas más bajas de afiliación: 20 %-36 %. Las actividades rurales, artesanales y de comercio, que son las que prevalecen en esos estados, más la falta de afiliación a la seguridad social, producen baja cobertura. Si revisamos el empleo formal por género, llama la atención que en los siguientes estados: Chihuahua, Baja California, Sonora y San Luis Potosí las mujeres registran mayor proporción de empleo formal que los hombres, en igual relación en Quintana Roo y con menor cobertura y menor proporción que los hombres en Oaxaca (19 %) y menos de 30 % en Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Tlaxcala [ENOE, 2020]. La estructura productiva del lugar y el empleo registrado a la seguridad social determinan estos resultados.

Mapa 1. Ocupación formal en México. Primer trimestre de 2020



Fuente: elaborado por Gabriel Badillo con datos del Inegi, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo.

En el año 2000, la insuficiente atención a la salud para las personas sin seguridad social condujo a la reforma del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así, en 2003 se estableció el Sistema de Protección Social en Salud, que incluía los programas de Seguro Popular, Embarazo Saludable, Seguro Médico para una Nueva Generación, Oportunidades en su componente de Salud y cirugía extramuros, cuyos principales problemas fueron: su carácter voluntario, no ausente del cobro de cuotas, su falta de infraestructura y atención limitada a un cuadro base de 1 500 intervenciones que aumentaron a 1 807, 22 % de las cuales cubren las instituciones de seguridad social IMSS e ISSSTE, que alcanzan 8 000 intervenciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

La afiliación medida a partir del registro¹ al Seguro Popular (37.8 %) tenía una participación mayor a la que cubría el IMSS (cuadro 2). Las mujeres con mayor inscripción correspondían a 39 %. No hay datos para poder corroborar el registro con acceso efectivo [ENESS, 2017], pero es posible comparar en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición levantada en 2012 que 61 % de la población declaró atender sus enfermedades en los servicios públicos, cifra que disminuyó a 56.6 % en 2018 [Ensanut, 2018], lo cual muestra la persistencia del aumento de la carencia de servicios de salud y que el gasto de bolsillo sea de los más altos de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), 42 % del total [OCDE, 2021].

¹ Registro realizado al acudir a domicilios e incorporar a quienes daban sus datos, sin importar si estaban inscritos a la seguridad social contributiva. Esta referencia es resultado de entrevistas no estructuradas y observación participativa.

Cuadro 2. Afiliación a servicios de salud de mujeres y hombres, 2017 (%)

Sexo	Sin afiliación	IMSS	ISSSTE	Seguro popular	Otra institución pública	Servicio privado
Total	17.2	36.3	4.9	37.8	3.1	0.6
Hombres	19.2	36.7	4.4	36.1	3.1	0.6
Mujeres	15.4	36.0	5.3	39.5	3.2	0.6

Fuente: elaboración propia con datos de la ENES-Inegi, 2017 [Ramírez *et. al*, 2020].

En 2019 la evaluación que destacó el actual gobierno fue: seguridad social fragmentada, baja inversión pública y creciente alianza pública-privada en el aprovisionamiento de infraestructura hospitalaria, con distorsión de los objetivos de salud por la disputa en la rentabilidad de las inversiones privadas y la extracción de recursos públicos para la mercantilización de la salud. En 2018, el gobierno de México declaró 1.4 camas por cada 1 000 personas, por lo cual queda por debajo de países como Cuba con 5 por cada 1 000 o Argentina con 3.8 [OCDE, 2020]. El diagnóstico realizado en el sector salud ante el cambio de gobierno y el censo levantado previo a poner en funcionamiento el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) arrojaron 0.8 camas por cada 1 000 personas [Insabi, 2020a].

La OMS recomienda 44 miembros del personal médico de atención de la salud por cada 10 000 habitantes y México registró 27 en 2018 [Méndez, 2020]. El déficit de médicos, enfermeras y personal de atención de la salud quedó demostrado en el enorme esfuerzo institucional realizado para enfrentar la pandemia, máxime cuando apenas se iniciaba el arranque de la reorganización del sector salud. El diagnóstico elaborado determinaba que remontar el abandono de la salud pública de los últimos 40 años requería una política de Estado bien estructurada y que, para alcanzar los estándares mínimos internacionales de

personal médico, sanitario, infraestructura, etcétera, se tendría que triplicar el financiamiento público.

Otros datos que se han documentado muestran que la población de los diversos grupos étnicos originarios del país y afroamericanos es la que presenta mayor rezago en servicios e infraestructura de salud, principalmente porque han sido los menos incluidos en los servicios públicos.

Cabe recordar que la salud como concepto amplio reúne en su interacción factores biológicos, ambientales, sociales y económicos. El acceso a la salud depende, por tanto, de las condiciones de vida, el empleo, los ingresos, así como de contar con agua potable y alcantarillado que permitan condiciones adecuadas de alimentación y vivienda, educación y un hábitat que promueva actividades comunitarias culturales y deportivas que hagan posible enfrentar en mejores condiciones las enfermedades y las vulnerabilidades del ciclo vital.

Los resultados en la atención a la salud en la deficiente infraestructura hospitalaria y la falta de personal médico y sanitario condujeron a la aprobación constitucional del Insabi a partir de reformar el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, quedando la siguiente redacción:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La ley definirá un sistema de salud para el bienestar, 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 [Cámara de Diputados, 2020: 122].

Su objetivo ha sido sustituir el Seguro Popular, al cambiar el modelo y orientarlo a la atención primaria de la salud, definida

como atención centrada en la persona, integral, otorgada por equipos multidisciplinarios que permitan responder a necesidades de salud; que sea continua en términos de la atención a lo largo del curso de vida y no atención solamente de un momento, y coordinada al interior del sistema de salud entre los distintos niveles de atención [Insabi, 2020b].

La deficiente atención a la enfermedad y la ausencia de un adecuado sistema de salud, ligadas a las condiciones precarias ante la vida han dado como resultado: nutrición deficiente, aumento de estrés, obesidad, diabetes e hipertensión, que expresan la calidad de la salud pública de una sociedad determinada. La covid-19 se instaló en una población en la que 45 % de las personas en edades adultas han sido diagnosticadas con padecimientos o comorbilidades que agravarían su situación ante el SARS-CoV-2, como son las enfermedades cardiovasculares, renales y neuromusculares, la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, y que 75 % padecen obesidad o sobrepeso. Por edad, 40 % de las mujeres y 20.5 % de los hombres de 20 años y más registran obesidad, lo mismo que 14 % de las mujeres y 15 % de los varones de 12-19 años, 17.5 % de la población de 5-11 años y 8 % de la de 0-4 años [Ensanut, 2018].

Los datos nutricionales que se derivan de la Ensanut muestran incremento de los valores de colesterol y triglicéridos y del consumo de alcohol y drogas.

La Ensanut [2018] identificó que los estados de la República Mexicana en los que se registró mayor porcentaje de diabetes fueron Campeche, Tamaulipas, Hidalgo, Ciudad de México y Nuevo León. Y los estados con mayor porcentaje de hipertensión fueron Campeche, Sonora, Veracruz, Chihuahua y Coahuila. Falta correlacionar las diferentes variables para determinar los efectos de las comorbilidades en los fallecimientos registrados por la covid-19. Hasta el momento es posible demostrar el comportamiento que ha seguido la mortalidad por grupo de

edades. En la gráfica 2, se muestra el porcentaje por grupos de edad de las muertes confirmadas del inicio de la pandemia al 11 de agosto de 2021.

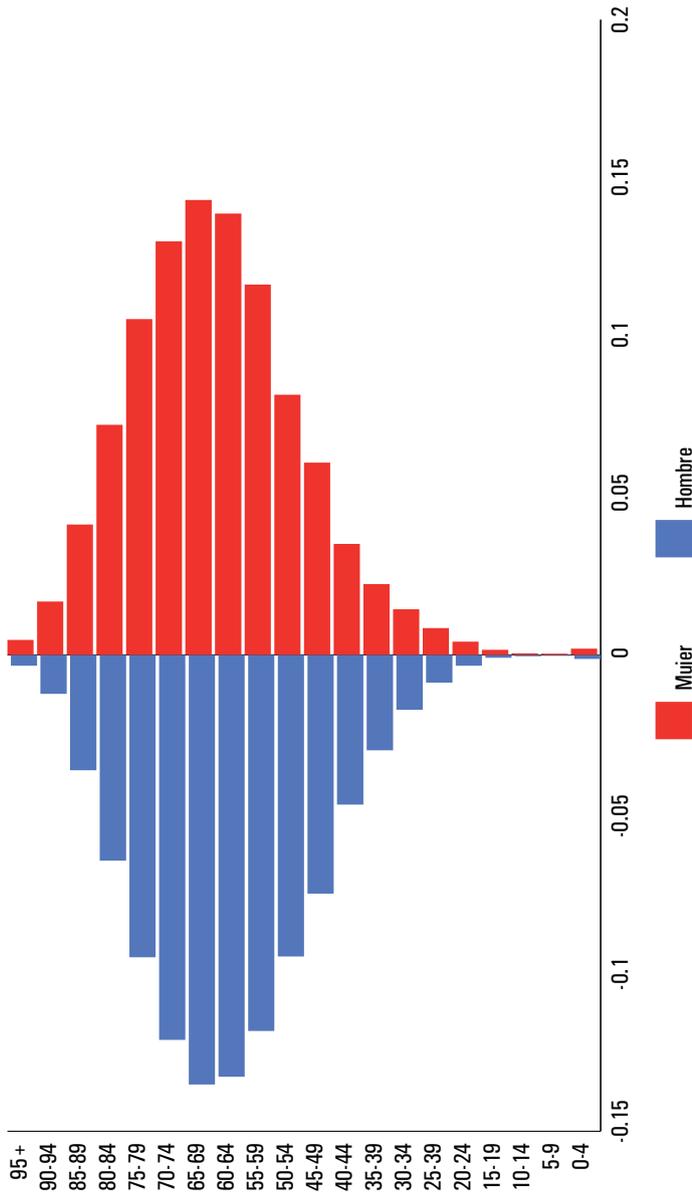
A diferencia de la distribución por género de los contagiados y confirmados por covid-19, que es de 50 % hombres y 50 % mujeres, en los fallecidos los hombres presentan una proporción mayor, 62 %. El promedio por edad en los casos confirmados está en los 40 años (20 de agosto de 2021) y de los fallecidos, en 64 años [SSA, 2021b]. Si se considera todo el periodo de pandemia, el mayor número de fallecidos se encuentra en el rango de 65-69 años tanto para varones como para mujeres.

La trayectoria de la mortalidad muestra su concentración numérica en las capitales de alta densidad urbana, pero también en otros estados, lo cual amerita estudios en profundidad, así como de las causas que ocasionaron las tasas de mortalidad que presentan hasta el momento.

Los estados que superan la tasa promedio nacional de 20 por cada 10 000 fallecidos son los siguientes: Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chihuahua, Ciudad de México, Hidalgo, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora y Yucatán (cuadro 3).

El pasado julio, el Inegi presentó su informe preliminar que analiza las características de las defunciones registradas en México durante 2020. Entre las diez principales causas, se encuentran en primer lugar las enfermedades del corazón, en segundo lugar la covid-19 y en tercero, la diabetes mellitus. Para los hombres, la covid-19 se sitúa como primera causa de muerte y para las mujeres como tercera causa (cuadro 4).

Gráfica 2. Defunciones causadas por el SARS CoV-2 (covid-19), por grupos etarios sobre las defunciones totales



Fuente: elaboración de Gabriel Badillo con base en información de la Secretaría de Salud. Al 11 de agosto de 2021 había 247 713 defunciones estimadas; el gráfico solo considera 197 894 defunciones confirmadas con resultados positivos de laboratorio.

Cuadro 3. Tasas de mortalidad por 10 000 habitantes

	Población total	Fallecidos*	Cada 10 000
Estados Unidos Mexicanos	126 014 024	252 080	20.00
Aguascalientes	1 425 607	2 613	18.33
Baja California	3 769 020	6 912	18.34
Baja California Sur	798 447	2 122	26.58
Campeche	928 363	1 562	16.83
Coahuila de Zaragoza	3 146 771	6 714	21.34
Colima	731 391	1 589	21.73
Chiapas	5 543 828	1 807	3.26
Chihuahua	3 741 869	7 731	20.66
Ciudad de México	9 209 944	47 528	51.61
Durango	1 832 650	2 600	14.19
Guanajuato	6 166 934	11 297	18.32
Guerrero	3 540 685	5 124	14.47
Hidalgo	3 082 841	6 642	21.55
Jalisco	8 348 151	13 955	16.72
México	16 992 418	29 924	17.61
Michoacán de Ocampo	4 748 846	6 427	13.53
Morelos	1 971 520	3 708	18.81
Nayarit	1 235 456	2 376	19.23
Nuevo León	5 784 442	10 909	18.86
Oaxaca	4 132 148	4 233	10.24
Puebla	6 583 278	12 965	19.69
Querétaro	2 368 467	4 952	20.91
Quintana Roo	1 857 985	3 493	18.80
San Luis Potosí	2 822 255	5 679	20.12
Sinaloa	3 026 943	7 602	25.11
Sonora	2 944 840	7 404	25.14
Tabasco	2 402 598	4 737	19.72
Tamaulipas	3 527 735	5 861	16.61
Tlaxcala	1 342 977	2 496	18.59
Veracruz de Ignacio de la Llave	8 062 579	11 250	13.95
Yucatán	2 320 898	4 885	21.05
Zacatecas	1 622 138	2 983	18.39

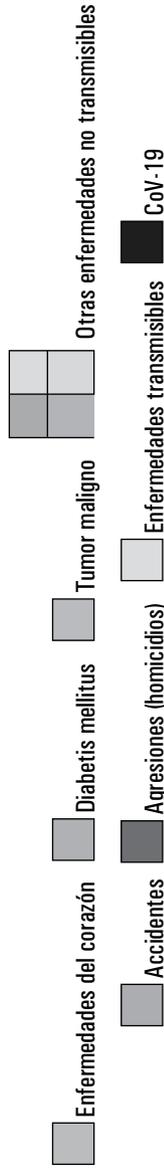
*Fallecidos confirmados por covid-19 al 20 de agosto de 2021.

Fuente: elaboración propia con datos de la SSA e Inegi.

Cuadro 4. Diez principales causas de muertes por sexo

Rango	Total	Hombre	Mujer
1	Enfermedades del corazón 218 885 En 2019 fueron 156 041	Covid-19 129 329	Enfermedades del corazón 97 233 En 2019 fueron 72 768
2	Covid-19 201 163	Enfermedades del corazón 121 637 En 2019 fueron 83 258	Diabetes mellitus 72 173 En 2019 fueron 52 643
3	Diabetes mellitus 151 214 En 2019 fueron 104 354	Diabetes mellitus 79 038 En 2019 fueron 51 711	Covid-19 71 829
4	Tumores malignos 90 645 En 2019 fueron 88 680	Tumores malignos 44 498 En 2019 fueron 43 296	Tumores malignos 46 145 En 2019 fueron 45 384
5	Influenza y neumonía 56 830 En 2019 fueron 31 081	Influenza y neumonía 34 897 En 2019 fueron 17 034	Influenza y neumonía 21 928 En 2019 fueron 14 046
6	Enfermedades del hígado 41 520 En 2019 fueron 40 578	Agresiones (homicidios) 32 147 En 2019 fueron 32 530	Enfermedades cerebrovasculares 18 091 En 2019 fueron 17 659
7	Enfermedades cerebrovasculares 37 054 En 2019 fueron 35 303	Enfermedades del hígado 30 319 En 2019 fueron 29 692	Enfermedades del hígado 11 198 En 2019 fueron 10 879

Rango	Total	Hombre	Mujer
8	Agresiones (homicidios) 36 579 En 2019 fueron 36 661	Accidentes 25 371 En 2019 fueron 25 758	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 10 062 En 2019 fueron 11 269
9	Accidentes 32 334 En 2019 fueron 33 524	Enfermedades cerebrovasculares 18 961 En 2019 fueron 17 644	Accidentes 6 942 En 2019 fueron 7 730
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 21 972 En 2019 fueron 23 766	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11 910 En 2019 fueron 12 499	Insuficiencia renal 6 632 En 2019 fueron 6 359



Fuente: Inegi, 2021.

El gasto que se destina para la atención de las enfermedades y la construcción de un sistema de salud proviene de la constitución del gasto social y, por tanto, de las prioridades de la política económica. La intervención del Estado en el curso de la economía y la orientación de proyecto de país se observa en el diseño de la política económica que, a su vez, responde al régimen de acumulación y a las orientaciones del sistema de dominación. En ese contexto, el gasto social, en general, y el gasto en salud, en particular, han tenido presencia en el gasto público de forma diferenciada. Se proporcionan algunos datos reunidos de diversas épocas a manera de ejemplos. De acuerdo con Wilkie James [1978], en el gobierno de Álvaro Obregón (1921-1924) el gasto social representaba el 9.7 % del gasto total del gobierno; este gasto fue aumentando hasta alcanzar el 18 % en el gobierno de Lázaro Cárdenas (1935-1940), el cual disminuyó posteriormente y volvió a crecer en el gobierno de Adolfo López Mateos (1959-1964) al situarse en 19 % del gasto público. Llama la atención que en un gobierno autoritario y represivo como el de Gustavo Díaz Ordaz (1965-1970) el gasto social subió a 20 % del gasto total, promedio que se sostuvo durante la década de los setenta, alcanzando hasta el 23 % en 1975.

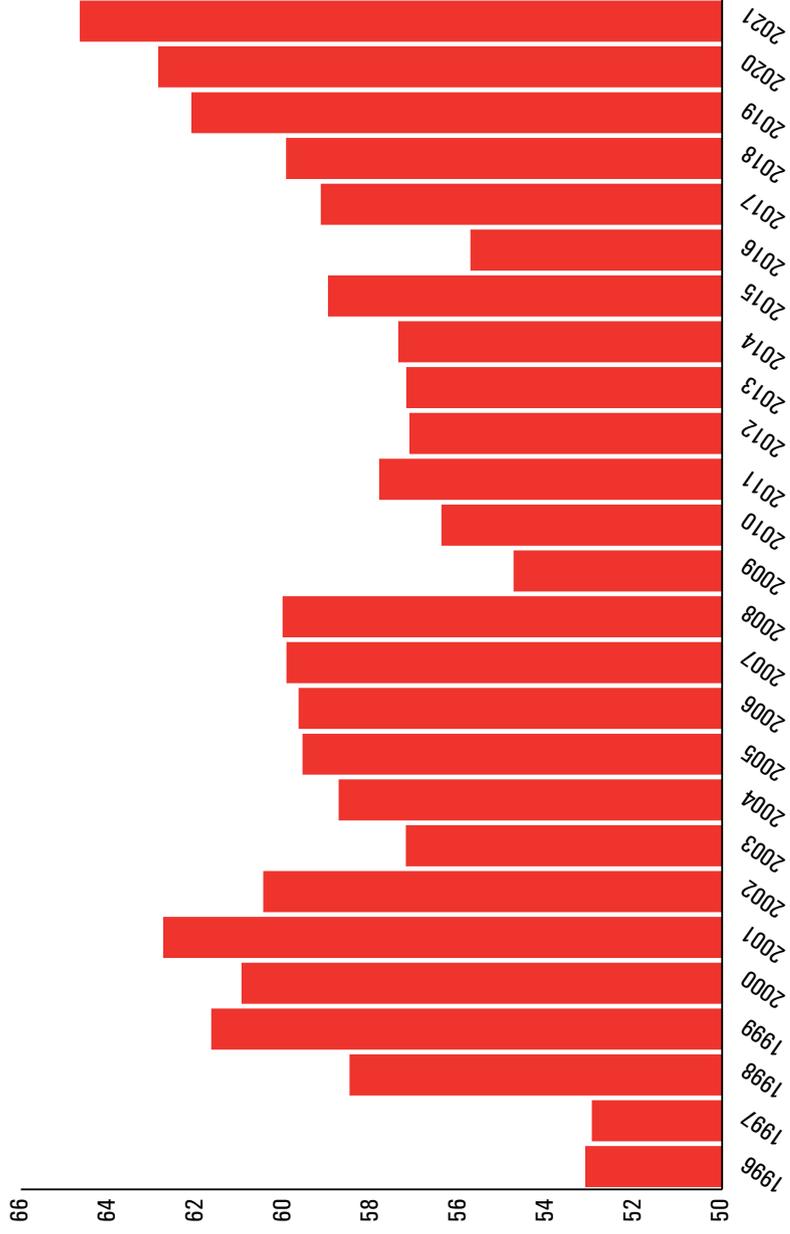
La crisis del modelo de sustitución de importaciones que empezaba a mostrarse a mediados de los años setenta se intentó reorientar con el descubrimiento de los yacimientos petroleros y con la llegada de deuda externa. De 1980 a 1982 fue el periodo de mayor crecimiento del gasto público neto total al pasar de 32.5 % a 44.2 % del PIB y el gasto programable, de 25.9 % a 26.5 % [CEFP, 2003]. Su contraparte, el déficit fiscal, pasó en el mismo periodo de 5.4 % a 15 % del PIB, lo que provocó la adopción de una política de ajuste y estabilización

que condujo a cambios en el régimen de acumulación mediante la adopción de una economía basada en la inserción subordinada al mercado mundial, al comercio exterior y a las cadenas de valor externas, modificando también las funciones del Estado, al adoptar una perspectiva de subsidiariedad y de liberalismo clásico que abrió la gestión, también de lo social, al mercado y el sector privado. En el ámbito del gasto social, llamó mucho la atención que el incremento del gasto público neto total de inicios de los ochenta no se hubiera reflejado en aumento del gasto social; este siguió disminuyendo a menos de 20 % y en 1981 representó 16.6 por ciento.

El efecto de las políticas de ajuste provocó mayores caídas en el gasto social hasta representar 13.8 % del gasto público neto total para 1988. Ya en una economía abierta con políticas económicas orientadas a favorecer al sector privado y a acotar las funciones estatales, el gasto neto del Estado fue disminuido radicalmente al representar, desde 1992, porcentajes que fluctuaron alrededor de 23 % del PIB [CEFP, 2018]. Así, llegamos con porcentajes similares de gasto público neto total al siglo XXI y en particular al actual gobierno. El gasto público neto total representó 23.4 % del PIB en 2019, 0.9 más que el de 2018. En 2020 representó 26 % del PIB [SHCP, 2021].

Por su parte, el gasto programable relacionado con la provisión de bienes y servicios públicos, que para 2021 se ubicó en 16.6 % del PIB, 0.4 puntos porcentuales mayor que el aprobado en 2020, ha mantenido durante el siglo XXI una participación entre 15 % y 17 % del PIB, destacando la disminución del gasto de inversión y el aumento desde los años noventa del gasto social, superando 50 % del gasto programable, pero con variaciones, como se muestra en la gráfica 3, con algunos años en que el gasto social supera el 60 % del gasto programable: 2001, 2019, 2020 y 2021 con el 65.8 % [PEF, 2021].

Gráfica 3. Gasto social como porcentaje del gasto programable, 1996-2021

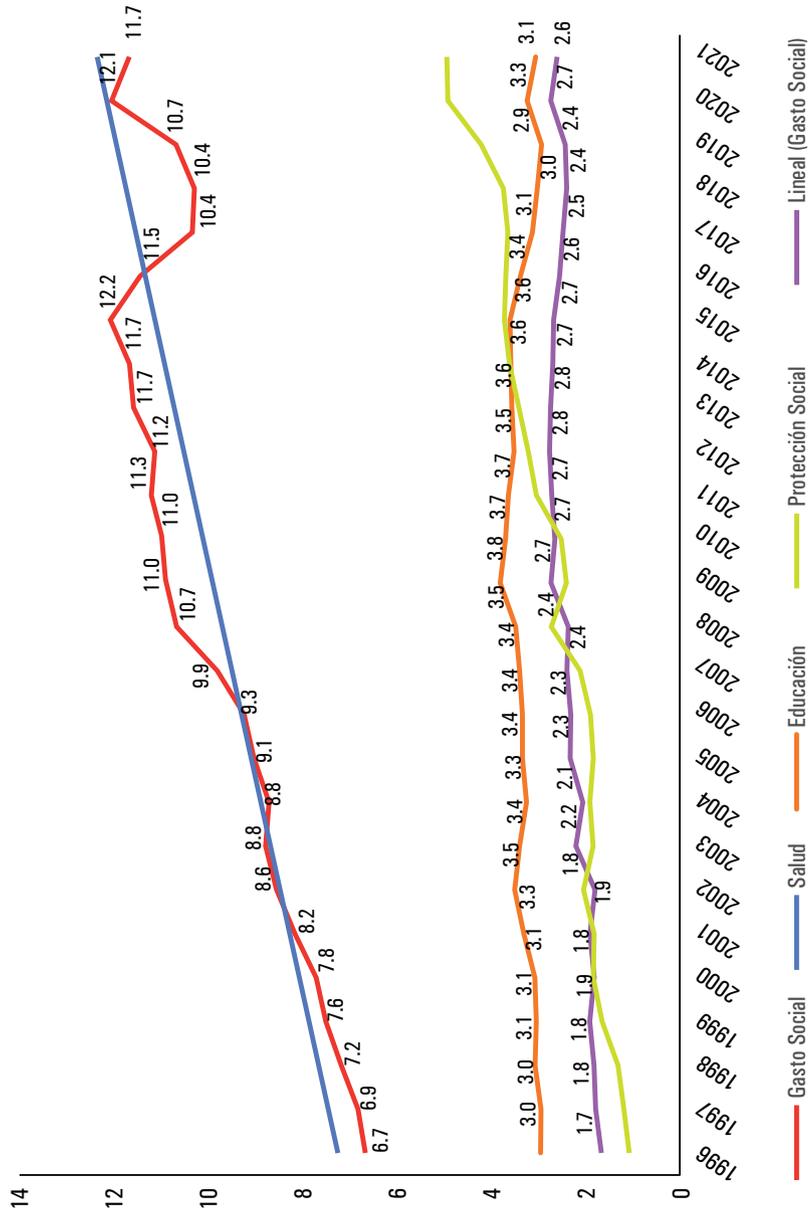


Fuente: información de la SHCP, varios años.

La relación focalización y efectividad de los programas de política social siguieron caminos opuestos, ya que el gasto aumentó, aunque mínimamente, y la pobreza persiste en niveles similares. El gasto social como proporción del PIB pasó de 7.2 % en 1998 a 10.4 % en 2018, muy por debajo del promedio en América Latina, que se situaba para los mismos años en 18.6 %. El año que registró una mayor participación fue 2015 con 12.2 % del PIB [SHCP, 2019]. Con el poco espacio fiscal con el que cuenta el gobierno actual, el gasto social ha crecido de modo marginal, pasando de 10.4 % en 2018 a 11.7 % en 2021, cifra que puede variar en lo que resta del año, ya que en 2020 el gasto social representó 12.1 % del PIB. Se ha enfrentado la pandemia con el mantenimiento y el aumento, en monto, de las transferencias monetarias, obteniéndose los recursos de la redistribución de gastos a partir de una política de austeridad que ha eliminado gasto corriente superfluo. Así, se ha logrado incrementar el gasto social en una proporción de 1.7 % del PIB (gráfica 4).

El crecimiento del gasto social, en particular el destinado a protección social, expresa la expansión de programas sociales de transferencias monetarias focalizadas que en el país se iniciaron en 1988. Llama la atención que, a pesar de los programas asistenciales, la pobreza se mantenga casi en la misma proporción, al pasar de 43 % del total de la población en 2008 a 41.9 % en 2018. La orientación de los programas sociales dirigidos a la población más vulnerable contribuyó en alguna medida a la disminución de la pobreza extrema, que pasó de 11 % a 7.4 % durante el mismo periodo [Coneval, 2021], pero sin algún efecto en disminuir la desigualdad. Algunos datos que permiten observar la persistencia de la pobreza y de los determinantes sociales que impactan el estado de salud de las personas los encontramos en las desigualdades regionales, en este caso, en el acceso a los servicios públicos primordiales. Por ejemplo, contar con agua diaria como recurso vital, sobre todo en un contexto de pandemia, es posible en

Gráfica 4. Gasto social y de salud como porcentaje del PIB, 1996-2021



Fuente: información de la SHCP, varios años.

99.5 % de las viviendas en Nuevo León, 77.4 % en la Ciudad de México y solo en 19.2 % en Guerrero. En Chiapas y Oaxaca, 40 % de las viviendas puede contar con agua, pero fuera del hogar, situación que le sucede a 2 % de las viviendas en Nuevo León y Aguascalientes que son los estados que tienen mejores condiciones de este acceso [Fuentes y Arellano, 2020]. De igual forma, llama la atención que menos de 33 % de los hogares en Chiapas, Oaxaca y Guerrero cuenten con sanitarios con descarga directa de agua o que en estos tres estado más Tabasco, se haya incrementado, entre 2016 y 2018, el porcentaje de viviendas donde el principal combustible para cocinar es la leña o el carbón y que alcanza 50 % en Chiapas y Oaxaca y 35 % en Guerrero y Tabasco [Fuentes y Arellano, 2020], en medio de una creciente privatización y penetración de inversiones en estos territorios para el desarrollo de energías renovables. De igual modo, pareciera que la estrategia Cruzada Nacional contra el Hambre (2013) tuvo mínimo impacto, ya que el porcentaje de hogares en carencia de acceso a la alimentación, que en 2008 era de 21.7 % de los hogares, registró 20.4 % en 2018. Destacan porcentajes altos con esta carencia entre los adultos de Tabasco, Guerrero, Campeche, Veracruz, Oaxaca y Morelos o en niños en los estados de Chihuahua, Baja California, Guanajuato, Nayarit, Michoacán y Coahuila [Fuentes y Arellano, 2020].

Un indicador que sitúa el espacio que se le dio a la salud en los últimos 25 años es la baja inversión pública que no supera el 2.7 % del PIB, el cual aumentó un solo punto porcentual del PIB de 1996-2020. La construcción de un sistema de salud que aspire a ser universal y base de atención preventiva e integral requerirá un real crecimiento de la inversión en salud, mayor gasto público y eliminación o disminución del gasto de bolsillo de las personas y de las familias ante todo tipo de enfermedades.

El espacio fiscal como ahora está construido es estrecho para las necesidades de inversión y de gasto público. Experiencias

fallidas de alianzas con el sector privado es lo que recolectamos en este ámbito, mercantilización extrema y encarecimiento de los servicios médicos, pero las necesidades de atención rebasan la infraestructura con la que cuenta el sistema de salud mexicano. Construir uno establecido sobre la alianza Estado-comunidad y mercado necesita un fuerte liderazgo de la sociedad y el Estado, que logre acotar al mercado, reorientando la atención privada solo para las personas dispuestas a pagarla y no como último recurso ante la ausencia de un sistema de salud universal, de calidad y efectivo, para la mayoría.

EL PARADIGMA NECESARIO PARA SUPERAR LAS DESIGUALDADES

Las repercusiones de la covid-19 expresan el curso de una pandemia por las interacciones biológicas y sociales. Las desigualdades del país, acentuadas por la ausencia de un sistema de salud universal debilitado en su funcionamiento por la falta de infraestructura hospitalaria, personal médico y sanitario y de atención a la salud, con escaso alcance en las regiones sin incorporación a la tradicional dinámica nacional concentrada en los centros urbanos, se incrementaron por el modelo de atención a la enfermedad, que poco a poco fue sustituyendo al modelo de atención integral de la salud que impulsaron desde su creación los institutos de seguridad social.

El arribo de las políticas de privatización y apertura del mercado que orientan el actual régimen de acumulación, mediante políticas económicas de corte neoliberal, propició la instrumentación de modelos de financiamiento en el ámbito de los servicios públicos de salud, que separaron financiamiento de la provisión de servicios para que el sector privado entrara en la competencia por esas provisiones. Nunca se establecieron los soportes reguladores estatales y fiscales que garantizaran el mantenimiento de los bienes públicos de

alcance universal y de orientación colectiva a favor del fortalecimiento de una salud pública de carácter universal. Al contrario, se facilitaron los negocios privados, la individualización del servicio y el encarecimiento para el bolsillo de los usuarios (pacientes), dejando en un plano disminuido su atención de la salud, en particular, y la seguridad social, en general.

Al priorizar al mercado se abandonó la medicina preventiva, la atención a la nutrición y el seguimiento a los pacientes. Se copiaron formas de funcionamiento de la medicina privada, como la atención por enfermedad, sin dar seguimiento integral, y se priorizaron paquetes de atención de enfermedades, en lugar de una concepción integral de lo que es la salud. La falta de inversión, infraestructura y personal de salud en las instituciones públicas condujo a largos tiempos de espera, lo cual favoreció la atención en el ámbito privado, con desfinanciamiento a las instituciones públicas para que a su vez aumentara su descredito ante los derechohabientes, que empezaron solo a ser vistos como clientes por evento en el ámbito privado y no como pacientes que requieren atención integral.

En este capítulo se ha señalado la fragmentación que caracteriza a la seguridad social y en particular a las instituciones de salud públicas. Dicha situación opera a favor de la desigualdad en el acceso y el disfrute de los servicios médicos y es ya un elemento que dificulta la universalización y la equidad en el servicio. Además, en lugar de fortalecer los esquemas de atención integral como el que caracterizaba al IMSS, se desfinanció a esta institución y se empezó a priorizar en sistemas de atención por enfermedad y de paquetes básicos de salud pública, desprotegiendo así a toda la sociedad.

Otro gran problema es que si la atención a la salud vinculada con la seguridad social contributiva sigue atada solo al trabajo asalariado subordinado, no podrá crecer más en cobertura. La salida es complicada porque para superar este paradigma

laborista se puede optar por dos vías: 1) reconocer todo tipo de trabajo e incorporarlo mediante modalidades diversas a la seguridad social contributiva. Así, las y los trabajadores autónomos e independientes, las y los que laboran en la unidad económica de los hogares, las y los que están en actividades con ingresos esporádicos, las y los que se encuentran en el trabajo de los cuidados, así como otras y otros podrían incluirse y, junto con el combate a las ocupaciones informales, expandirse con tendencias a su universalización para quienes participan en el mundo del trabajo y para las personas que participan socialmente en el sector que casi siempre se denomina población no económicamente activa (PNEA); asimismo, dirigir los esfuerzos que la Secretaría de Salud, está impulsando con el Insabi, más las transferencias monetarias y la pensión de bienestar que impulsa la Secretaría del Bienestar. 2) La otra vía es más compleja, ya que sería la reconfiguración de la seguridad social: separar la atención a la salud de las pensiones y con ello establecer dos fuentes de financiamiento: la destinada al sistema de salud y la destinada a las pensiones. Trasladar la organización de las guarderías a la administración conjunta entre la Secretaría de Salud y la del Bienestar, y el apoyo a la vivienda y los fondos generados y créditos otorgados a la administración conjunta entre la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (Sedatu), la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y la Secretaría del Bienestar Social. Por supuesto que este cambio sería “revolucionario” y las primeras reacciones serían políticas, legislativas, sindicales y otras, lo cual debería conducir a diálogos y consensos que realmente permitan la construcción de garantías de acceso a los derechos humanos de forma explícita, sustentadas de manera política y fiscal, como son la salud y la seguridad social.

Cualquier camino que se elija no será suficiente para la creación de un sistema de salud que promueva bienestar e igualdad; se requieren procedimientos transversales que vinculen las políticas educativas, de bienestar o protección

social, orientadas a reforzar los servicios públicos, así como las de abasto y las de ciencia y tecnología. El modelo de atención primaria que ha señalado el Insabi y que intenta desarrollar mediante la “atención centrada en la persona, integralidad, otorgada por equipos multidisciplinarios que permitan responder a necesidades de salud de estas personas; que sea continua en términos de la atención a lo largo del curso de la vida y no atención solamente de un momento; y coordinada al interior del sistema de salud entre los distintos niveles de atención” [Insabi, 2020b: 4], parece un buen comienzo que debiera concretarse y replicarse en todas las instituciones de salud.

Sin embargo, considero que el cambio fundamental es el cambio de paradigma, es decir, transformar la perspectiva de considerar a las personas solo en función de su utilidad y funcionamiento en el ámbito del trabajo; se requiere situar en primer plano la dignidad de las personas, para incluso respetar la diversidad de los ecosistemas y, de esta forma, situar la vida y la conservación de la vida en el centro de las decisiones económicas, y con esta concepción delimitar la política económica y los presupuestos públicos. Entonces podrían medirse mejor los límites del financiamiento público.

El censo de 2020, la Encuesta de Ingreso y Gasto de los Hogares de 2020 y la Ensanut de 2020 [2020] ofrecen información valiosa para sacar lecciones: el censo del año 2000 estableció 33 % de personas sin acceso a la salud y el de 2020, levantado en pandemia, 21.5 %, porcentaje alto después de 20 años de intentar poner en funcionamiento el seguro popular. La Ensanut, que se realizó del 17 de agosto al 14 de noviembre de 2020, arroja datos preocupantes que se vinculan con la falta de seguridad social y la concentración de los servicios de salud en la atención a la pandemia. Las personas de 65 años y más declararon: ser usuarias de los servicios de salud de la seguridad social contributiva

(39 %), de los servicios de salud pública (11 %), de los consultorios de farmacias (13 %) y de consultorios y clínicas privados (33 %).

El exceso de mortalidad que registra 2020 expresa años de abandono de la infraestructura hospitalaria y del sistema de salud; al haberse concentrado los servicios públicos y privados especializados en la atención a la pandemia, no pudieron continuar atendiendo a la población en general, lo cual ocasionó mayor gasto de bolsillo, presionando los ingresos y endeudando a las familias.

Los retos son enormes; el actual gobierno al menos muestra voluntad y empeño en la recuperación de los servicios públicos de salud, pero se requiere la participación amplia de la sociedad organizada, la recuperación de la confianza en los servicios y bienes públicos, la garantía de recursos fiscales, reformas adicionales que permitan mayor captación de ingresos y perseguir no solo salud y seguridad social para todas y todos, sino la construcción de una base sólida de seguridad humana.

REFERENCIAS

Cámara de Diputados [2020], “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, *Diario Oficial de la Federación*, México.

CEFP [2018], Análisis de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal México, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, Cámara de Diputados. H. Congreso de la Unión.

CEFP [2003], Presupuesto de egresos de la Federación Gasto Federal Descentralizado 1998-2003, México, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, <<https://cutt.ly/3F3gop0>>.

- Cepal (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) [2016], *2030 La igualdad en el centro del desarrollo sostenible*, Santiago, Comisión Económica para América Latina: 176.
- Coneval (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) [2021], *Treinta años de evolución de las carencias sociales a partir de instrumentos censales y la Encuesta Intercensal, 1990-2020*, México, Coneval: 51.
- ENESS (Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social) [2017], Base de datos, México, Inegi.
- ENOE (Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo) [2021], Base de datos, México, Inegi.
- ENOE [2020], Base de datos, México, Inegi.
- ENOE [2019], Base de datos, México, Inegi.
- Ensanut (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) [2020], Base de datos, México, Inegi.
- Ensanut [2018], Base de datos, México, Inegi.
- Fuentes, M. L. y S. Arellano [2020], *Panorama social en México. Una mirada sobre el contexto social en el que nos golpea la crisis*, México, PUEB, UNAM: 172.
- Inegi [2021], *Características de las defunciones registradas en México durante 2020*, Preliminar, México, Inegi: 92.
- Insabi (Instituto de Salud para el Bienestar) [2020a], “Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar”, *Diario Oficial de la Federación*, México, Segob.
- Insabi [2020b], *Modelo de Salud para el Bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria de Salud*, México, Secretaría de Salud: 116 pp.
- Méndez, J. [2020], *Financiamiento del sistema de salud: antes, durante y después de COVID-19*, México, CIEP, <<https://cutt.ly/MA8Mdla>>.
- OCDE [2020], *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD/The World Bank, OECD Publishing, París, <<https://cutt.ly/sF3dDzM>>.

- OCDE [2021], Panorama de la Salud 2021. Lanzamiento del reporte *Health at a Glance*, 9 de noviembre: 18.
- PEF [2021], Presupuesto de Egresos de la Federación, México, SHCP.
- PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) [2020], *Informe sobre desarrollo humano y covid-19 en México*, Nueva York, Organización de Naciones Unidas: 46.
- Ramírez, B., I. Nava, A. Granados y G. Badillo [2020], “La desigual participación de las mujeres mexicanas en el acceso y en los beneficios de la seguridad social”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social I.I.J*, UNAM, (30):95-122, enero-junio de 2020, <<https://cutt.ly/1G3A5u6>>.
- Samaniego, N. [2019], “Los retos del empleo en una estrategia de desarrollo incluyente en Economía”, *Economía UNAM*, 16(46):217-227, 17 de junio de 2020, <<https://cutt.ly/GG3SqsF>>.
- SHCP (Secretaría de Hacienda y Crédito Público) [2021], *Informes sobre la situación económica, las finanzas públicas y la deuda pública al segundo trimestre de 2021*, México, SHCP, 29 de julio: 14.
- SHCP [2019], Cuenta Pública, <www.shcp.gob.mx>.
- SS (Secretaría de Salud) [2021a], *28° Informe epidemiológico de la situación de covid-19*, México, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: 38.
- SS [2021b], *Informe técnico covid-19*, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: 5.
- Wilkie, J. [1978], *La Revolución Mexicana. Gasto federal y cambio social*, México, Fondo de Cultura Económica: 560.

I. INTERSECCIONALIDAD Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD

2. INTERSECCIONALIDAD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS POR GÉNERO

*Abraham Granados Martínez**

Se analiza la interseccionalidad en relación con dos enfermedades crónicas, la diabetes y la hipertensión, para mujeres y hombres de 60 años y más, con el fin de identificar cómo el cúmulo de inequidades que enfrentan grupos de población afectada de forma diferenciada por género y condición de pobreza.

Se estiman cinco modelos logísticos desde una perspectiva de interseccionalidad, donde se considera a las mujeres y los hombres en condición de pobreza con acumulación de inequidades de salud: depresión, escolaridad, localización geográfica, hacinamiento, servicios básicos en la vivienda, ingresos por trabajo y bienes de capital.

Se encuentra que las desigualdades de género tienen un peso importante en la probabilidad de presentar enfermedades crónicas; las mujeres tienen mayores riesgos de padecer diabetes e hipertensión. En menor medida, la condición de pobreza también constituye un factor de inequidad de salud, en particular para las mujeres.

Se sugiere concretar la igualdad sustantiva de género, reducir la pobreza y asegurar la justicia social. En el contexto de la pandemia de la covid-19 se requiere posicionar la salud como tema fundamental para el desarrollo, con la coordinación de todas las instituciones gubernamentales, con

* Investigador en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Contacto: <abraham.granados@iiec.unam.mx>.

prioridades en la prevención y en la oferta de servicios adecuados para las necesidades específicas de mujeres y hombres.

Introducción

La interseccionalidad es un concepto que surge desde la teoría feminista y que se refiere al cúmulo de desigualdades que viven las mujeres, por su género, raza, grupo étnico y condición económica y social. Con esta herramienta conceptual de la interseccionalidad se aporta al estudio de la salud una visión de las inequidades no jerarquizadas, sino homogéneas y no excluyentes, es decir, los distintos escenarios de discriminación que enfrenta la población derivan en problemas de salud y se potencializan cuando se intersecan con otros factores de segregación social.

A partir de esta perspectiva intersectorial en salud, en este capítulo se estudian las inequidades de forma diferenciada para mujeres y hombres y por condición de enfermedad crónica. Se parte de que las condiciones de inequidad social y de salud son segmentadas por grupos de población. Además, como argumentan Abramo, Cecchini y Ullmann [2020], la pobreza moderada y la pobreza extrema se vinculan con factores de género, edad, grupo étnico, raza y localización geográfica, y las inequidades se incrementan para la población que se ubica en zonas rurales, para las y los adolescentes y la población joven, la población indígena, la población afrodescendiente y para personas con menores grados educativos.

Por su parte, los padecimientos crónicos no transmisibles representan uno de los principales problemas de salud en México y a escala mundial [Serra, Serra y Viera, 2018], en particular desde el inicio de este siglo. La diabetes constituye uno de los mayores retos en relación con las enfermedades de la población mexicana, en tanto la hipertensión se mantiene

como otro riesgo debido al incremento de personas con este padecimiento en los últimos años; así, ambas enfermedades crónicas conforman una fuerte presión al sistema de salud [Gutiérrez *et al.*, 2016]. Además, estas son una causa frecuente de discapacidad y generan altos costos para las y los pacientes como consecuencia de la hospitalización, el tratamiento y la rehabilitación [Serra, Serra y Viera, 2018].

A su vez, la actual pandemia de la covid-19 representa un riesgo más alto para la población con comorbilidades y mayor de 60 años de edad, ya que la edad y las enfermedades previas incrementan la posibilidad de que surjan problemas graves de salud y fallecimientos. La población mayor de 60 años de edad con covid-19 presenta diez veces más probabilidad de morir en comparación con la población más joven [Valdés, 2020].

Las enfermedades crónicas se caracterizan por ser duraderas, de largo plazo y de compleja etiología; generan daños sociales y suelen derivar en otros problemas graves de salud, como afectaciones cerebrales, cardíacas o renales, que reducen la capacidad laboral y la calidad de vida; además, provocan limitaciones en el funcionamiento físico y la salud mental, con incremento de emociones negativas, todo lo cual aumenta el riesgo de que las personas con estos padecimientos presenten depresión [Bi *et al.*, 2021].

Así, las enfermedades crónicas son una perturbación orgánica funcional que provoca cambios en los estilos de vida, para minimizar sus riesgos, y requieren cuidados a lo largo de la vida; estas condicionantes influyen en los hábitos y en el nivel de estrés [Vinaccia y Orozco, 2005]. En parte, las enfermedades crónicas son consecuencia de la forma de vida de cada persona o de grupos de población, pero también son el efecto de la interacción con distintos condicionantes económicos, sociales y biológicos de cada persona [López y García, 2013].

En esta investigación se estudia la interseccionalidad en salud en relación con dos enfermedades crónicas, la diabetes y la hipertensión, para mujeres y hombres en condición de pobreza, de 60 años y más, con el objetivo de identificar factores explicativos de la relación entre los determinantes sociales de la salud y los padecimientos crónicos desiguales por normas de género. El capítulo se divide en cuatro apartados. En el primero se explican las inequidades en salud. Después se desarrolla el concepto de la interseccionalidad y su relación con el estado de salud. En el tercer apartado se presenta el vínculo del cúmulo de inequidad en salud con las enfermedades crónicas, para estimar modelos de regresión logística. En el cuarto apartado se analiza la interseccionalidad y la diabetes e hipertensión. En las consideraciones finales se reflexiona sobre los resultados y las propuestas de esta investigación.

INEQUIDAD EN SALUD

La inequidad en salud se refiere a las diferencias innecesarias, evitables e injustas que se presentan en la salud [Whitehead, 1992], es decir, las condiciones desiguales que resultan de los estados de salud y el acceso a la atención de la salud de la población. Cuando las enfermedades de las personas se generan por factores sociales, como pobreza, carencia o limitaciones, y no por conductas de riesgo decididas por cada persona, como fumar o consumir drogas, entre otras acciones no saludables, se manifiesta un grave problema de injusticia social, ya que el estado de salud se debe al contexto socioeconómico y no a las elecciones de cuidado o descuido de la población.

Por el contrario, la equidad en salud se manifiesta cuando no hay disparidades en la salud para diferentes grupos de personas [Braveman y Gruskin, 2003], lo cual es la aspiración de todas las sociedades, más aún en el contexto de la pandemia

de covid-19, y de las y los responsables de los gobiernos en turno; con ello, se busca alcanzar niveles aceptables de justicia y garantizar el cumplimiento de los derechos en salud para todas y todos. Sin embargo, para acercarse y concretar la equidad en salud se requieren acciones intersectoriales y no exclusivas del sector salud, sino de desarrollo social y mejoría económica.

Además, las inequidades se presentan en distintos ámbitos y pueden ser acumulativas para algunos grupos de población. Hay personas que pueden padecer exclusión social por varias razones al mismo tiempo, como condiciones de casta, de raza, de grupo étnico o de género [Iyer, Sen y Östlin, 2010]. Factores como las desigualdades de género suelen vincularse poco con el estado de salud-enfermedad, a pesar de que las mujeres y los hombres tienen problemas distintos de salud a lo largo de todo su ciclo vital.

La atención a la salud suele ser homogénea, sin focalizar las necesidades y la prevención por grupo de edad y género, lo cual genera consecuencias negativas para el estado de salud de la población y repercute en aumentar costos para el sector salud, resultado de la limitada prevención y atención temprana para mujeres y hombres. Ante este panorama, se requieren estrategias y acciones intersectoriales desde una perspectiva holística de las inequidades en salud, a partir de una perspectiva de derechos donde se priorice un sistema de salud integral, fortalecido y articulado con sistemas de protección social para incidir en los determinantes sociales de la salud y en todo el ciclo de vida de mujeres y hombres [Abramo, Cecchini y Ullmann, 2020].

En esta investigación se parte de que las inequidades no son excluyentes, se acumulan y generan retos mayores para ciertos grupos de población discriminados. Así, se aporta a las inequidades en salud desde la perspectiva de la interseccionalidad, concepto clave desarrollado desde la teoría feminista, el cual se explica con mayor detalle en el siguiente apartado.

El concepto de interseccionalidad surge a finales de los ochenta y principios de los noventa como aportación de la teoría feminista de Crenshaw [1989 y 1991]. Desde esta perspectiva, se realiza una analogía con el tráfico y el cruce donde convergen distintas calles, es decir, cuando los automóviles se encuentran en una intersección, de forma similar a lo que pasa con los factores de discriminación que pueden deberse a distintas condiciones, por género o por raza o clase social, y se conjuntan en detrimento de los derechos de algunos grupos de población. Para el caso de Estados Unidos, de acuerdo con Crenshaw [1991], las mujeres afroamericanas enfrentan discriminaciones no excluyentes, no solo por razones de género, ya que se conjuntan la raza con la discriminación de género a diferencia de lo que enfrentan las mujeres blancas en Estados Unidos.

Así, en el concepto de interseccionalidad se agrupa una diversidad de condiciones que viven las mujeres, adicional a las limitaciones y exclusiones sociales históricas que padecen [Viveros, 2016]. A su vez, es una herramienta analítica para revisar, analizar y comprender condiciones sociales, acciones individuales o de grupo, así como configuraciones culturales y estructurales [Davis, 2008]. Con ello se hacen análisis de inequidades para grupos discriminados por raza o por grupo étnico principalmente. En el campo de la salud no se tiene un amplio repertorio de investigaciones desarrolladas; por ello, esta investigación busca contribuir a la temática e identificar factores que influyen en las enfermedades crónicas de mujeres y hombres en relación con los determinantes sociales de la salud.

Interseccionalidad y salud

La interseccionalidad permite estudiar la salud de mujeres y hombres desde una perspectiva integral, al considerar las condiciones de género, clase social, raza, origen étnico, vulnerabilidad y acceso a protección social, entre otros factores. Con esta perspectiva, se revisan de forma conjunta las enfermedades o la violencia vinculadas con relaciones de poder, como procesos que se intersecan en detrimento de grupos de población [Iyer, Sen y Östlin, 2008].

Resulta relevante investigar las inequidades por género desde experiencias heterogéneas, construidas por la identidad y el resultado de la estructura del sistema desigual en que se desarrollan [López y Gadsden, 2016]. Así, la interseccionalidad en salud permite analizar de forma sistemática múltiples factores que provocan enfermedades y hace posible identificar peligros potenciales por diversas condiciones de riesgo [Kapilashrami y Hankivsky, 2018].

A su vez, la interseccionalidad se relaciona con la epidemiología social,¹ ya que considera que las inequidades en salud son consecuencia de políticas injustas, resultado de la ineficiente gestión política y por inadecuadas condiciones económicas [OMS, 2009]. Al mismo tiempo, con esta herramienta conceptual de la interseccionalidad se pueden incluir relaciones complejas que se configuran por los sistemas sociales y de poder, donde se exponen de forma simultánea el privilegio y la opresión, y también permite trascender la concepción de la epidemiología social, con el fin de generar métodos mixtos para contrarrestar la inequidad en salud [Hankivsky *et al.*, 2017].

¹ La epidemiología social surge en el siglo pasado; correlaciona el estado de salud y las condiciones sociales, consecuencia de inequidades en el poder, ingresos, acceso a los servicios médicos y educativos, a la condición laboral y de las viviendas [OMS, 2009].

Así, la intersectorialidad representa la herramienta analítica de utilidad para el estudio del trabajo social y comunitario en salud, debido a que considera la intervención coordinada de distintas instituciones relacionadas con un sector social para promover e implementar acciones dirigidas a solucionar problemas de salud, bienestar y calidad de vida [Villafuerte *et al.*, 2017].

Al identificar los alcances y los determinantes de la inequidad en salud se tiene una aproximación de las repercusiones que son evitables, como las relacionadas con factores económicos, de género y espaciales. Así, se busca tener un panorama integral de la interseccionalidad en salud para promover acciones efectivas a favor de los derechos y la justicia social de mujeres y hombres, en un contexto de pandemia de la covid-19, la cual intensificó las inequidades ya prevalecientes en la sociedad.

INEQUIDAD EN SALUD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

La inequidad en los ingresos y la inadecuada regulación en el mercado alimentario modificaron patrones de alimentación en las últimas décadas, lo cual se agudizó desde el cambio en el modelo económico en los años ochenta, cuando se priorizó la economía orientada hacia el mercado y se incrementó el proceso de privatización [Moreno *et al.*, 2014]. Con ello, se elevaron los problemas en la salud asociados con las limitaciones económicas y sociales que enfrentan gran parte de la población en México y en el mundo.

Como resultado de estas inequidades en salud, la diabetes es uno de los principales problemas de salud para la población mexicana, ya que se mantienen niveles de incidencia más altos a escala mundial [Gutiérrez *et al.*, 2016]. Al respecto, en México las enfermedades cardiovasculares son la

primera causa de muerte para mujeres y hombres, sin embargo, destaca cómo las enfermedades crónicas inciden en la mortalidad en particular de las mujeres, como es el caso de la diabetes tipo 2 [Salgado de Snyder y Reyes, 2014]. Esto enfatiza la relevancia de atender y prevenir las enfermedades crónicas por género.

Es destacable la relación que prevalece entre los determinantes sociales de la salud con la presencia de enfermedades crónicas para mujeres y hombres. La población con carencias económicas y sociales presenta mayores problemas y enfermedades respecto de la población con mejores ingresos y condiciones sociales.

En adelante, para esta sección se presentan investigaciones académicas que sustentan evidencia de cómo la interseccionalidad en salud se vincula con las enfermedades crónicas.

El estudio de Cerezo *et al.* [2012] identifica las desigualdades de morbilidad como consecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. Los autores encontraron que existe mayor riesgo para las mujeres y la población sin escolaridad; en el caso particular de la hipertensión, registran como factores de riesgo el género, la riqueza y la ubicación geográfica; y para la diabetes encuentran como determinante de riesgo la masa corporal, el género y los niveles de riqueza.

Por su parte, de acuerdo con Gutiérrez *et al.* [2016], alrededor de 60 % de la población diagnosticada en México con diabetes, entre 2000 y 2012 informó complicaciones y esta problemática era notablemente mayor para las personas de menores ingresos. Además, identificaron que estas dificultades en su mayoría podían prevenirse si se realizaba un seguimiento a las personas ya diagnosticadas; así, destacan la ausencia de un acceso efectivo a los servicios de salud, el cual se lograría si se contara con servicios médicos de prevención y curativos.

En el caso del artículo de Castro y colaboradores [2018], se describen los factores asociados con el diagnóstico previo de

hipertensión arterial para población yaqui de Sonora, en México, mediante un estudio epidemiológico transversal. En su investigación destacan que la hipertensión se asocia con factores como la obesidad y la diabetes, así como las condiciones de bajo nivel socioeconómico en que vive este grupo de población indígena, condicionante que puede limitar la atención médica oportuna.

En la investigación de Bi *et al.* [2021] se realiza un estudio longitudinal con pacientes mayores de 45 años de edad, para identificar una relación entre las enfermedades crónicas comunes y la depresión. Encuentran una relación entre las enfermedades crónicas y el mayor riesgo de depresión; asimismo, estas entidades patológicas reducen la calidad de vida, afectan la actividad laboral y educativa e incrementan la carga económica de los hogares.

Además, identifican que el desarrollo de la depresión fue notablemente mayor para quienes tenían por lo menos alguna enfermedad crónica; a su vez, destacan que las mujeres, las personas localizadas en zonas rurales y la población con menores niveles educativos presentan mayor probabilidad de desarrollar depresión, condicionantes que se potencializan al incrementar el número de comorbilidades, debido a que las enfermedades crónicas suelen ser de largo plazo y, en muchos casos, requieren tratamiento de por vida.

Asimismo, los autores destacan que la tasa de riesgos instantáneos de tener depresión era mayor para las personas con diabetes,² artritis o reumatismo, problemas de riñón o digestivos; para el caso de la diabetes, estos riesgos se podían explicar por las presiones que tienen las y los pacientes para controlar sus niveles de insulina y vivir con dietas estrictas, factores que incrementan las emociones negativas que contribuyen a la depresión [Bi *et al.*, 2021].

² La tasa de riesgos instantáneos (*hazard ratio*) explica cuánto es más probable que se presente un suceso en relación con que no ocurra, además, ofrece información temporal sobre el desarrollo del evento y del riesgo de que se presente [Molina, 2015].

Por su parte, en la investigación de Gajović y colaboradores [2021] se destaca que la depresión es muy frecuente en las personas envejecidas que tienen enfermedades crónicas y afecciones médicas, y los autores enfatizan la importancia de contar con atención primaria en el diagnóstico de la depresión, en particular para etapas iniciales con el fin de que sean atendidas lo más pronto posible.

En la misma temática sobre enfermedades mentales, la investigación de Liu y colaboradores [2021] analiza la asociación entre las enfermedades crónicas y la salud mental; incluyen en su análisis las características sociodemográficas, el estilo de vida, las enfermedades y las multimorbilidades, para determinar quiénes tienen mayor riesgo de empeorar su salud mental. Encuentran que la hipertensión se asocia con el incremento del riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión; en tanto, la diabetes se correlaciona con riesgos de ansiedad y de depresión.

Además, identifican que las mujeres con enfermedades crónicas presentan más probabilidades de tener estrés, ansiedad o síntomas depresivos; por el contrario, factores como la educación, los ingresos y el matrimonio son condicionantes que limitan los riesgos de enfermedades mentales [Liu *et al.*, 2021].

Con base en estas investigaciones académicas se realiza un análisis en este capítulo sobre interseccionalidad y enfermedades crónicas, diabetes e hipertensión, por su importancia en la inadecuada salud de la población en México, en particular por los riesgos actuales que representa la covid-19 y debido a la alta proporción de personas adultas con estos padecimientos, ya que, en 2015, la mitad de las personas de 50 años y más en México tenía hipertensión y una de cada cuatro, diabetes [UTMB *et al.*, 2021].

En la siguiente sección se presenta la relación entre la interseccionalidad y las enfermedades crónicas, en particular con la diabetes y la hipertensión, para mujeres y hombres.

Diabetes e hipertensión

Se reconoce que las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, son resultado de la ausencia de justicia social y de los determinantes sociales de la salud, los cuales permiten explicar las inequidades en los estados de salud de mujeres y hombres, ya que se determinan por la manera en que las personas se desarrollan, nacen, crecen, trabajan y envejecen, y están influidas por el sistema de salud con que cada persona cuenta [Moreno *et al.*, 2014]. Es decir, las condiciones desiguales intensifican la presencia de enfermedades crónicas.

Así, se reconoce la diabetes como una enfermedad social debido a su recurrente presencia, por su costo económico para el gobierno y para las familias de quienes las padecen; de esta manera, sobresalen entre las enfermedades crónico-degenerativas la diabetes y la hipertensión como las principales causas de la demanda de servicios de salud en el país [López y Ávalos, 2013]. Esto implica una grave condición de riesgo para una importante proporción de la población adulta en México y para las finanzas públicas nacionales.

Además, la diabetes y la hipertensión, como la obesidad, potencializaron las problemáticas ante la pandemia de la covid-19, porque quienes las padecen son más vulnerables a riesgos en salud, ya que se registra una asociación directa entre tener diabetes e hipertensión con la gravedad y la mortalidad de la covid-19 [De Almeida-Pititto *et al.*, 2020].

Las enfermedades crónicas se incrementaron en México en las últimas décadas, como en otras regiones del mundo, y afectan a la población con mayores limitaciones sociales y económicas; esta situación, aunada al incremento de la obesidad y el sobrepeso, eleva los riesgos para este grupo de personas [Moreno *et al.*, 2014; López y García, 2013]. Asimismo, la diabetes se puede complicar y derivar en: infarto cerebral, amputación, aterosclerosis de vasos sanguíneos, nefropatía, insuficiencia

renal, pie diabético y pérdida de visión; además, son las personas con diabetes quienes también suelen tener hipertensión arterial [López y García, 2013].

La diabetes es una de las enfermedades más comunes [López y García, 2013], así como una importante causa de muerte y de discapacidad en el mundo e implica atención continua; en diversos países absorbe entre 5 % y 10 % de los recursos públicos para la salud. Al mismo tiempo, se identifica que el incremento de la obesidad y la diabetes a escala mundial se relaciona con políticas alimentarias, resultado de los determinantes sociales de la salud. La alimentación fundamentada en grasas, azúcares y baja en fibra, el incremento de alimentos y bebidas de bajo costo y de poca calidad nutricional representan riesgos latentes para que la población presente problemas de diabetes [Moreno *et al.*, 2014].

En relación con las desigualdades de género, la investigación de Cerezo *et al.* [2012] encuentra que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar hipertensión y diabetes mellitus respecto de los hombres, y también identifica mayor correlación de padecer hipertensión y diabetes mellitus para las personas sin educación y con menor nivel de ingresos. Esto destaca la relevancia de las condiciones desiguales acumuladas, ya sea por género o por factores económicos o sociales, para incrementar los riesgos cuando hay enfermedades crónicas.

En este contexto, en la siguiente sección se vinculan las condiciones inequitativas de salud de forma acumulada, la interseccionalidad en salud, respecto de las enfermedades crónicas, diabetes e hipertensión, para mujeres y hombres de 60 años y más en México.

ESTIMACIÓN DE LA INTERSECCIONALIDAD Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

En esta sección se estiman modelos econométricos para identificar factores explicativos de la interseccionalidad en relación

con dos enfermedades crónicas, la diabetes y la hipertensión. El fundamento metodológico de este capítulo es la investigación de Cooper [2002]; con base en ella, se realizan cinco modelos de regresión logística para establecer condiciones inequitativas respecto de padecer diabetes e hipertensión para la población de 60 años y más, con datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (Enasem) de 2015.

Un aporte al enfoque de la interseccionalidad en esta investigación es considerar a las mujeres y los hombres conforme a la condición de pobreza, como lo determina el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) [2019], debido a que la condición de pobreza tiene una importante relación con las enfermedades crónicas no transmisibles, dado que se generan mayores gastos para la atención en salud en los hogares con estos padecimientos y se complica la posibilidad de que la población salga de la condición de pobreza o se aproxime a incurrir en esta situación social [Serra, Serra y Viera, 2018].

La variable dependiente para los cinco modelos es la población de 60 años y más con diabetes e hipertensión. Las variables explicativas se agrupan en cinco dimensiones, las cuales se acumulan en los cinco modelos, para considerar factores inequitativos en forma interseccional:

1. Género y pobreza: hombres pobres, mujeres pobres, hombres no pobres y mujeres no pobres.
2. Salud mental: población que ha presentado depresión.³
3. Escolaridad: primaria concluida, secundaria, educación media superior y profesional.

³ De acuerdo con la investigación de Liu y colaboradores [2021], hay mayor probabilidad de que las personas con enfermedades crónicas no transmisibles presenten mayor prevalencia de enfermedades mentales respecto de la población en general.

4. Localización geográfica y condiciones en la vivienda: región urbana y rural; viviendas con hacinamiento, y servicios básicos en la vivienda (disponibilidad de agua, drenaje y combustible para cocinar).⁴
5. Recursos: ingresos por trabajo remunerado y contar con bienes de capital.

Con estas estimaciones se pretende revisar la relación de tener diabetes e hipertensión por género y condición de pobreza en relación con las características socioeconómicas y de salud mental diferenciales. La interacción entre género y pobreza se considera como la variable independiente para los cinco modelos logísticos.

Del modelo 1 destaca la mayor probabilidad que tienen las mujeres de presentar enfermedades crónicas, diabetes e hipertensión, en relación con los hombres. A su vez, la razón de momios para las mujeres en pobreza, de tener diabetes e hipertensión, es también mayor respecto de las mujeres no pobres (cuadro 1). Esto es evidencia de las diferencias de género en relación con la diabetes y la hipertensión; así, se muestra una tendencia de inequidad mayor en salud para las mujeres, como se presenta en diversos sectores donde las mujeres mantienen desventajas respecto de los hombres. También, estos resultados muestran cómo los niveles de pobreza inciden con mayor intensidad en las mujeres respecto de la probabilidad de tener diabetes e hipertensión.

⁴ Esta dimensión se define con base en la carencia por servicios básicos en la vivienda realizada por el Coneval [2019] en la medición de la pobreza multidimensional. De acuerdo con esta medición, cuando las viviendas tienen por lo menos una de las siguientes características, se considera que presentan carencia: el agua la obtienen de pozo, río, lago, arroyo, pipa, por acarreo de otra vivienda, de llave pública o hidrante; no tienen servicio de drenaje o el desagüe tiene conexión a tubería; y utilizan leña o carbón sin chimenea como combustible para cocinar o calentar alimentos. A diferencia de la medición del Coneval, no se incluye la disponibilidad de energía eléctrica porque el Enasem no cuenta con información sobre este servicio en la vivienda.

Cuadro 1. Razón de momios de los determinantes de diabetes e hipertensión

Variables independientes	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
<i>Hombres pobres (referencia)</i>					
Mujeres pobres	1.812***	1.771***	1.787***	1.712***	1.704***
Hombres no pobres	1.156*	1.200**	1.248***	1.199**	1.344***
Mujeres no pobres	1.563***	1.505***	1.572***	1.499***	1.563***
<i>No presenta (referencia)</i>					
Salud mental (depresión)		1.510***	1.476***	1.470***	1.462***
<i>Sin escolaridad (referencia)</i>					
Primaria concluida			1.132*	1.040	1.041
Secundaria			1.207*	1.048	1.061
Media superior			0.898	0.776***	0.781**
Profesional			0.815	0.698***	0.725**
<i>Urbana (referencia)</i>					
Región geográfica				0.874*	0.859**
<i>Rural</i>					
<i>Vivienda sin hacinamiento</i>					
<i>(referencia)</i>					
Vivienda con hacinamiento				0.955	0.967
<i>Servicios básicos en la vivienda (referencia)</i>					
No cuenta				1.588***	1.569***
Cuenta					0.565***
<i>Trabajo remunerado</i>					
Bienes de capital				0.097***	0.100***
Constante	0.157***	0.135***	0.126***	0.097***	0.100***
N	10.360	9.575	9.469	9.445	9.445
Prob > chi ²	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Correctly classified	81.74 %	81.72 %	81.68 %	81.64 %	81.64 %

Fuente: leyenda: * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001.

En los siguientes cuatro modelos se agregan características de la población de forma secuencial para identificar la contribución relativa de las enfermedades crónicas por condición de pobreza y de género. El modelo 2 acumula la enfermedad mental, es decir, considera cuándo la población ha presentado depresión.

Se identifica una relación positiva entre la depresión y las enfermedades crónicas (cuadro 1), consecuente con lo identificado por Vinaccia y Orozco [2005], quienes consideran que gran parte de las enfermedades crónicas se vincula con factores de salud mental, como la angustia, la depresión y la ansiedad, los cuales disminuyen el bienestar psicológico. No obstante, al incluir la depresión como factor explicativo no varía mucho la razón de momios de las variables de género y pobreza, aunque se registra una menor relación con tener diabetes e hipertensión para las mujeres pobres.

En el modelo 3, se incluye la escolaridad. Se manifiesta una relación contraria entre mayores grados educativos y tener diabetes e hipertensión. Son las personas adultas de 60 años y más con menor nivel de educación quienes tienen mayores probabilidades de presentar diabetes e hipertensión; para quienes reportan nivel de medio superior y profesional, la variable resultó no significativa, pero se identifica una relación entre niveles educativos de primaria y secundaria con las enfermedades crónicas (cuadro 1).

Se esperaban estos resultados, ya que se reconoce que la educación es un factor relevante para la toma de decisiones en salud y en las acciones de autocuidado de las y los pacientes; a su vez, en cuanto se incrementa el nivel de educación se tienen mayores elementos para comprender las necesidades de los tratamientos farmacológico y no farmacológico [Baquero *et al.*, 2019]. No obstante, la educación tiene poca influencia en las diferencias de género y pobreza entre la diabetes y la hipertensión (cuadro 1).

En el modelo 4 se considera la influencia que tienen en las enfermedades crónicas respecto de la salud mental la escolaridad, la localización geográfica y las condiciones en la vivienda (hacinamiento y servicios de la vivienda). Al controlar las condiciones del territorio y la vivienda, la razón de momios se reduce para las mujeres en condición de pobreza; respecto de las enfermedades crónicas, cabe mencionar que la variable de hacinamiento no es importante. También, se identifica que baja la razón de momios de las mujeres no pobres, pero para el caso de los hombres no pobres se registra una razón de momios similar respecto de los modelos 1, 2 y 3 (cuadro 1). Asimismo, se presenta que la población ubicada en zonas rurales tiene menos probabilidad de padecer diabetes e hipertensión, lo cual se puede interpretar por el tipo de alimentación y dinámica que prevalece en las ciudades, donde la alimentación es poco nutritiva. Esto es congruente con lo indicado por Gutiérrez *et al.* [2016], quienes identifican que las personas en zonas urbanas reportaron mayores casos de diabetes e hipertensión en 2012 y para el caso de la población indígena, en 2000 y 2012 registró menor porcentaje con diagnóstico previo de diabetes e hipertensión.

En el modelo 5, al controlar por el ingreso, además de la salud mental, la escolaridad, la localización geográfica y las condiciones en la vivienda, se incrementa la razón de momios de los hombres no pobres respecto de tener diabetes e hipertensión. Es decir, el trabajo remunerado tiene influencia en las enfermedades crónicas. Se registra una relación negativa entre contar con un trabajo remunerado y padecer diabetes e hipertensión (cuadro 1).

Como puede esperarse, el trabajo remunerado presenta una razón de momios menor de 1, es decir, se identifica una relación negativa entre los ingresos por trabajo y la diabetes y la hipertensión. Semejante a los resultados de la investigación, Cerezo y colaboradores [2012] registran que la población en

el quintil 2 de riqueza tiene mayor probabilidad de tener hipertensión que quienes se ubican en el quintil 4. Así, los ingresos representan un factor que favorece la salud de la población de 60 años y más para tener menor probabilidad de diabetes e hipertensión.

CONSIDERACIONES FINALES

Las condiciones de salud son inequitativas y acumulativas para la población, es decir, los factores de discriminación se intersecan y derivan en mayores riesgos. A su vez, la edad es un factor que incrementa los problemas de salud. Así, la población envejecida enfrenta mayores retos de salud, como hoy día es la covid-19.⁵ Aunado a ello, las enfermedades crónicas representan uno de los principales problemas en el país y en el mundo [Serra, Serra y Viera, 2018].

En este capítulo se realizan cinco modelos logísticos para estimar la interseccionalidad en salud, con base en factores de inequidades en salud respecto de: género y pobreza, salud mental, escolaridad, localización y condiciones en la vivienda, y recursos. De los resultados destaca que las mujeres en pobreza presentan mayor razón de momios de tener diabetes e hipertensión en relación con las mujeres no pobres, y en mayor alcance respecto de la razón de momios de los hombres no pobres y en particular de los hombres en pobreza, lo cual se mantiene para los cinco modelos de esta investigación. Todo ello enfatiza que las desigualdades de género sobresalen como factor explicativo de las enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión) y también, pero en menor proporción, la condición de pobreza contribuye a explicar estos problemas de salud para la población de 60 años y más.

⁵ Las personas mayores de 60 años de edad tienen más riesgos de fallecimientos por la pandemia de covid-19 [Valdés, 2020].

A su vez, los hombres no pobres presentan mayor razón de momios en el modelo 5 cuando se acumulan condiciones inequitativas de salud mental, escolaridad, localización geográfica, condiciones en la vivienda y los ingresos por trabajo. Es urgente atender los padecimientos crónicos no transmisibles en el país y, como consecuencia, reducir la carga en el sistema de salud. Al mismo tiempo, se deben minimizar las inequidades en salud con la priorización de la cobertura universal, con acceso efectivo y de calidad a los servicios, sin discriminación [Gutiérrez *et al.*, 2016].

Un reto del sistema de salud será no solamente centrarse en la atención de enfermedades. Se debe focalizar en la prevención de enfermedades crónicas, con información oportuna y mediante cambios en las prioridades económicas y sociales del país, donde se promueva una alimentación con los nutrientes adecuados, ejercicio y tiempo de descanso necesario para la salud. Es decir, se sugieren cambios al sistema económico dominante, donde el trabajo no remunerado represente una prioridad nacional y no se releguen las necesidades básicas detrás de las personales, como el cuidado. Así, la sostenibilidad de la vida debe ser un eje fundamental para concretar estos cambios a favor de la salud y la equidad.

Si bien el paradigma de la comprensión de la salud a partir de factores biológicos suele concentrarse en las opciones curativas, la visión médico-social busca una orientación preventiva de la salud. Para concretar estas acciones se requiere la colaboración y la voluntad de los gobiernos, del personal de salud y los pacientes, con el fin de modificar la costumbre de que el personal médico sea quien cuide su salud [López y García, 2013].

Al respecto, Serra, Serra y Viera [2018] argumentan la necesidad de involucrar a las y los pacientes como condición fundamental para la atención de enfermedades crónicas, mediante información educativa y de prevención, con el fin

de modificar comportamientos y generar habilidades para enfrentar estas enfermedades.

Además, la salud requiere atención desde distintos sectores gubernamentales, sin limitarla a una dependencia pública; es decir, la estrategia implica fortalecer la salud con diversas acciones de política pública articuladas, desde la asignación del presupuesto por dependencia hasta la coordinación institucional y con la ciudadanía [Sen, 2002].

Al mismo tiempo, las desigualdades de género deben revertirse con acciones que modifiquen las normas de género, con un criterio de derechos e interseccionalidad. La salud de mujeres y hombres es resultado de inequidades, ya que las cargas sociales para las mujeres son mayores, en particular en el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. Asegurar el cumplimiento de los derechos sociales con igualdad de género es impostergable, así como ofrecer servicios de salud equitativos para toda la población sin depender de la actividad laboral remunerada.

La pandemia de covid-19 evidenció las limitaciones del sistema de salud en México; por ello, es prioritario fortalecerlo desde una perspectiva intersectorial, con una perspectiva de derechos y con justicia social, para generar resiliencia ante otras pandemias o riesgos potenciales a la salud, como lo representan la contaminación y el cambio climático.

REFERENCIAS

- Abramo, L.; S. Cecchini y H. Ullmann [2020], “Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social”, *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(5): 1587-1598.
- Baquero Pérez, D.; M. del P. Mora Sánchez, L. Rada Salinas y W. Jiménez Barbosa [2019], “Determinantes sociales de la salud influyentes en la complicación de pacientes hipertensos y diabéticos que padecen insuficiencia renal”, *Revista Médica de Risaralda*, 25(1): 15.

- Bi, Yu-Han, Jin-Jing Pei, Changfu Hao, Wu Yao y Hui-Xin Wang [2021], “The relationship between chronic diseases and depression in middle-aged and older adults: A 4-year follow-up study from the China Health and Retirement Longitudinal Study”, *Journal of Affective Disorders*, 289(abril): 160-166, <<https://cutt.ly/IG3KPa3>>.
- Braveman, P. y S. Gruskin [2003], “Defining equity in health”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4): 254-258, <<https://cutt.ly/kA80NXu>>.
- Castro Juárez, A. *et al.* [2018], “Prevalence of previous diagnosis of hypertension and associated factors in the Yaqui indigenous of Sonora”, *Revista Mexicana de Cardiología*, 29(2): 90-97.
- Cerezo Correa, M. del P.; O. Lucía Cifuentes Aguirre, E. Nieto Murillo y J. H. Parra Sánchez [2012], “Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23): 165-188.
- Coneval (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) [2019], *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*, Ciudad de México, <<https://cutt.ly/hA82Qy1>>, 8 de mayo de 2020.
- Cooper, H. [2002], “Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health”, *Social Science and Medicine*, 54(5): 693-706.
- Crenshaw, K. [1991], “Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color”, *Stanford Law Review*, 43(6): 1241-1299.
- Crenshaw, K. [1989], “Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”, *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1): 57-80.
- Davis, K. [2008], “Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful”, *Feminist Theory*, 9(1): 67-85.

- De Almeida-Pititto, B. *et al.* [2020], “Severity and mortality of covid 19 in patients with diabetes, hypertension and cardiovascular disease: A meta-analysis”, *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 12(1): 1-13.
- Gajović, G. *et al.* [2021], “Prevalence of depression in elderly and relations to chronic diseases”, *Vojnosanitetski Pregled*, 78(5): 504-510.
- Gutiérrez, J. P.; S. García Saisó, R. Espinosa de la Peña y D. Alejandra Balandrán [2016], “Desigualdad en indicadores de enfermedades crónicas y su atención en adultos en México: análisis de tres encuestas de salud”, *Salud Pública de México*, 58(6): 666.
- Hankivsky, O. *et al.* [2017], “The odd couple: using biomedical and intersectional approaches to address health inequities”, *Global Health Action*, 10(0): 1326-1686, <<https://cutt.ly/iG3K1VC>>.
- Iyer, A.; G. Sen y P. Östlin [2008], “The intersections of gender and class in health status and health care”, *Global Public Health*, 3(suppl. 1): 13-24.
- Iyer, A.; G. Sen y P. Östlin [2010], “Inequalities and intersections in health: A review of the evidence”, en G. Sen y P. Östlin (eds.), *Gender equity in health. The shifting frontiers of evidence and action*, Nueva York, Taylor & Francis: 70-95.
- Kapilashrami, A. y O. Hankivsky [2018], “Intersectionality and why it matters to global health”, *The Lancet*, 391(10140): 2 589-2 591.
- Liu, Xiaohui *et al.* [2021], “Association of chronic diseases with depression, anxiety and stress in Chinese general population: The CHCN-BTH cohort study”, *Journal of Affective Disorders*, 282: 1 278-1 287, <<https://cutt.ly/0G3Lr8T>>.
- López, N. y V. L. Gadsden [2016], “Health inequities, social determinants, and intersectionality”, *NAM Perspectives, Discussion Paper*, 1-15, <<https://cutt.ly/ZA82B1P>>, 23 de agosto de 2018.

- López Ramón, C. y M. I. García Ávalos [2013], “Diabetes mellitus hacia una perspectiva social”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2): 331-345.
- Molina Arias, M. [2015], “Hazard ratio: cuando el riesgo varía a lo largo del tiempo”, *Pediatría Atención Primaria*, 17(66): 185-188.
- Moreno Altamirano, L.; J. García García, G. Soto Estrada, S. Capraro y D. Limón Cruz [2014], “Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México”, *Revista Médica del Hospital General de México*, 77(3): 114-123, <<https://cutt.ly/fG3Lsgb>>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) [2009], *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*, Buenos Aires, <<https://cutt.ly/1A89wao>>.
- Salgado de Snyder, V.; N. Reyes Morales y H. Reyes Morales [2014], “Estilos de vida y salud en mujeres”, en Teresa Corona Vázquez *et al.*, (eds.), *La mujer y la salud en México*, Intersistemas Editores y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología: 273-288.
- Sen, A. [2002], “¿Por qué la equidad en salud?”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6): 302-309.
- Serra Valdés, M.; M. Serra Ruiz y M. Viera García [2018], “Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras”, *Revista Finlay*, 8(2): 140-148.
- UTMB (Universidad de Texas Medical Branch) *et al.* [2021], “Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (Enasem). Datos”, <<https://cutt.ly/QA89akm>>, 5 de abril de 2021.
- Valdés, M. Á. S. [2020], “Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por covid-19”, *Revista Finlay*, 10(2): 78-88.

- Villafuerte, J. *et al.* [2017], “El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial”, *Dirección Municipal de Salud*, 15(1): 85-92, <<https://cutt.ly/2A89nbY>>.
- Vinaccia, S. y L. M. Orozco [2005], “Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas”, *Perspectivas en Psicología*, I(2): 125-137.
- Viveros Vigoya, M. [2016], “La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación”, *Debate Feminista*, 52: 1-17, <<https://cutt.ly/hG3LUCP>>.
- Whitehead, M. [1992], “The concepts and principles of equity and health”, *International Journal of Health Services*, 22(3): 429-445, <<https://cutt.ly/DA89IrV>>.

3. DIFERENCIAS EN SALUD POR GÉNERO EN MÉXICO: UNA VISIÓN DESDE LAS CONDICIONES DE LOS HOGARES Y LA INSERCIÓN LABORAL

*Ana Escoto Castillo**
*Iván Alcántara Santoyo***

El objetivo del capítulo es establecer las diferencias en la salud entre hombres y mujeres en México, utilizando los datos de la Ensanut 2018 [Inegi, INSP, Secretaría de Salud, 2018]. Se construyen dos índices: uno de salud física y uno de salud mental, y se identifican acciones preventivas para la salud como parte de los factores que explican los índices ya mencionados. A partir de ello, establecemos las diferencias por la condición de hombre y mujer, pero problematizamos las relaciones de género más allá de la visión dicotómica del género biológico con la incorporación de las estructuras familiares y las posibles demandas de cuidado dentro del hogar con base en las tasas de dependencia. Del mismo modo, se incluye el papel de la proveeduría a partir del trabajo remunerado y la declaración de actividades domésticas dentro del hogar. También se incluyen controles para determinar esta relación, como la residencia geográfica y el estatus socioeconómico del hogar a partir de las condiciones de la vivienda.

* Profesora del Centro de Estudios Teóricos y Multidisciplinarios en Ciencias Sociales, de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM.

** Pasante de la Licenciatura en Sociología, en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM.

INTRODUCCIÓN

El trabajo es un proceso físico y mental. Como tal, desarrollado por los seres humanos con sus cuerpos, el trabajo tiene una relación intrínseca con la salud de las personas que lo realizan. Por otro lado, como un proceso que genera bienes y servicios necesarios para la vida, el trabajo no solo se realiza a partir de las relaciones de mercado, sino que se retoma una visión ampliada del mismo más allá del empleo. De esta manera, se reconoce el trabajo que realizan las mujeres para la sostenibilidad de la vida.

Desde distintas perspectivas disciplinarias se han estudiado las diferencias de la salud por género, en particular desde las ciencias médicas, abonando elementos a las discusiones sobre qué factor se asocia con algún trastorno o padecimiento, donde el género es una condición biológica y social. En este capítulo pretendemos introducir además de la condición binaria de hombre o mujer establecida en las encuestas, otras características que dan cuenta de los mandatos sociales de género, como el tipo de inserción en el mercado y las actividades de prevención de la salud.

Para ello, este capítulo se estructura como sigue: después de esta introducción, en una segunda parte se establecen algunos antecedentes y revisión de la literatura; en la tercera sección exponemos los datos y los métodos utilizados. En un cuarto apartado se presentan los resultados descriptivos y multivariados. Por último, analizamos los aportes en un quinto apartado final.

ANTECEDENTES

Investigaciones multidisciplinarias han apuntado a conclusiones que conjugan las características biomédicas y las

condiciones psicológicas de los pacientes para llegar a interpretaciones más acabadas sobre las causas y consecuencias de las enfermedades y los padecimientos; además, establecen dimensiones, como el trabajo y el estado socioeconómico, que contribuyen de manera importante al desarrollo de entidades patológicas y trastornos prevenibles. Por ejemplo, los alcances de las investigaciones sobre la relación entre el género y la salud han inducido a diversos análisis sobre cómo se han estudiado las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor prevalencia en la actualidad (como la diabetes o la hipertensión) en relación con determinaciones de carácter sexogenéricos, vulnerabilidades socioeconómicas y con prácticas nutricionales poco saludables [Rojas *et al.*, 2018; Villalobos, Aguilar, Romero y Rojas, 2020]. Otros estudios apuntan también a las desigualdades sociales como determinantes de la salud en los procesos de envejecimiento [Wong, Espinoza y Palloni, 2007]. En este capítulo revisamos de manera específica aquellos estudios que aportan elementos metodológicos y teóricos para el análisis puntual de los determinantes sociales de la salud en la población mexicana; posteriormente, describimos un poco más el papel de los tres ejes de salud que estudiamos: la salud mental y física, y la prevención y el cuidado de la salud.

Trabajo, género y salud

Se han identificado múltiples hallazgos en la literatura que colocan, aunque por separado, el género y el trabajo como determinantes de la salud. A continuación reseñamos investigaciones que especifican las variables de género, salud y trabajo para determinar cómo se asocian las desigualdades socioeconómicas y la interseccionalidad con la prevalencia de enfermedades no transmisibles y prevenibles.

Desde una perspectiva longitudinal, se ha señalado que principalmente en los primeros años de vida en la edad adulta se experimentan fenómenos de carácter social que determinan en gran medida la calidad de vida en los años posteriores, tal como ocurrió durante la primera mitad del siglo xx y el impacto de la reducción de costos de los suministros médicos en la esperanza de vida [Wong, Espinoza y Palloni, 2007: 437]. Las desigualdades ya presentes se agudizan conforme avanza el tiempo de vida de los sujetos y se manifiestan de manera diferenciada por condiciones socioeconómicas y por género, en agravantes de la salud como enfermedades cardiovasculares, accidentes, consumo de alcohol y diabetes, entre otros trastornos. Ya en los procesos de envejecimiento se encuentra un agravamiento de las desigualdades en las morbilidades y los padecimientos crónicos no transmisibles y que se caracterizan por disminuir la calidad de vida de los adultos mayores [Wong, Peláez y Palloni, 2007].

De dichos estudios longitudinales se resalta la pertinencia de estudiar no solo las morbilidades en la etapa del envejecimiento, sino cómo se manifiestan en edades tempranas para saber qué efectos tienen el género y el trabajo. En otras investigaciones que profundizan en las características de las conductas asociadas con el género, el cuidado doméstico, la maternidad y la división de género del trabajo son factores que atan a las mujeres desde los imaginarios culturales para la participación en sectores de la economía familiar y del cuidado [DiGirolamo y Salgado, 2008], proceso que se puede denominar la “feminización de la salud”, un fenómeno caracterizado por la asignación de las actividades de cuidado y protección sanitaria socialmente determinada para los sujetos feminizados, de manera específica a mujeres.

En el campo del trabajo y la salud se posicionan diversos artículos académicos que van desde la interpretación de la división sexo-genérica del trabajo y su impacto en el estado de

salud diferenciado por género, que encuentran una correlación entre diversos trastornos de carácter psiquiátrico y otros como enfermedades crónicas no transmisibles con jornadas de trabajo extraordinarias en comparación con jornadas de trabajo reglamentarias [Pega *et al.*, 2021]. Además, se han identificado elementos, como el tiempo ocurrido entre sucesos (p. ej. estar en matrimonio, con hijos o soltero) y la frecuencia en las trayectorias de la vida familiar en resultados importantes sobre los autoinformes de salud, mala salud mental, así como una propensión al consumo de alcohol y tabaco [Barban, 2013].

Estos estudios nos orientan a los factores explicativos que estudiaremos en relación con la salud física y mental. A continuación, revisamos algunos elementos que determinan las operacionalizaciones que se retoman más adelante.

Salud mental

Para considerar un estado de salud en pleno bienestar la OPS recomienda considerar tres dimensiones de la salud fundamentales de manera integral: la salud mental, la salud física y la prevención en su forma de cuidado comunitario, por lo que se revisó la literatura que identifica la relación entre la salud mental y los estudios de género.

En este campo se habla casi siempre de procesos patológicos asociados con factores sexo-genéricos. En el caso de la depresión como principal padecimiento con perspectiva de género ha demostrado una incidencia mayor en mujeres que en hombres en países como España; sin embargo, se apunta a varios problemas metodológicos por la subrepresentación de los casos en hombres que han declarado padecer alguna enfermedad asociada con la depresión [Montero *et al.*, 2004] con respecto a las mujeres, lo cual dificulta el análisis equivalente por género.

Para el caso de México, en 2018 la prevalencia de síntomas depresivos se colocó en 15 % del total de la población, donde las mujeres constituyen el grupo con mayor incidencia. Sin embargo, destaca la subestimación del diagnóstico dado el estigma atribuido a las enfermedades mentales en el levantamiento de instrumentos de autopercepción [Cerecero *et al.*, 2020].

Los estudios han encontrado una relación entre el bajo nivel en el autoinforme de síntomas depresivos (y de cuidado en general) en hombres y la concepción que integra la identidad asociada con el género, en este caso, el alejamiento del cuidado del cuerpo y la explotación irrestricta de sus capacidades que favorecen el crecimiento económico. En el lado opuesto, las mujeres y los sujetos feminizados dan un mayor peso a cualquier tipo de enfermedad que represente un nivel bajo de bienestar. A esta interpretación se le suman hallazgos de investigaciones cualitativas sobre la masculinidad en el área de la medicina y las actividades de riesgo a las que se exponen los hombres [De Keijzer, 1997], y que abonan elementos a considerar, como la intensidad del trabajo o las características del mismo, para estudios cuantitativos.

En ese sentido, para identificar la salud mental, en la Ensanut se utilizan los siete reactivos que corresponden a la escala breve del Centro de Estudios Epidemiológicos para indicar síntomas depresivos. Los reactivos deben incorporarse en su totalidad para identificar los síntomas de depresión que arroja un valor entre 0 y 21, en el cual, entre más alto sea el número, “indica una mayor presencia de sintomatología depresiva” [Rivera *et al.*, 2020: 841]. Por ende, el uso de las siete variables debe considerarse para la interpretación de los síntomas, ya que posee una sensibilidad del 0.90 y una especificidad del 0.82 con el DSM en su cuarta versión.

Otros factores, como el consumo de sustancias (p. ej., alcohol y tabaco) establecen una correspondencia con el desarrollo de enfermedades mentales [Moreno y Medina, 2008]; sin embargo,

no queda clara la diferencia de esta variable como elemento de salud física o mental, dadas las consecuencias a corto plazo en el daño hepático, renal y pulmonar.

Salud física

De forma parecida a la salud mental, la dimensión física de la salud ha tenido abordajes predominantemente biomédicos por sus consecuencias directas en el funcionamiento del organismo. No obstante, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto desde mediados del siglo xx un modelo de atención y estudio que contemple la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” [OPS, 2018: 4], dados los efectos no solo orgánicos de las enfermedades, sino sus impactos y causalidades externas, según la OPS. Esta forma de estudiar la salud implica un reto para el estudio de los padecimientos por sus características sociales y como respuesta han surgido estrategias de salud pública que han incluido nuevas consideraciones de carácter socioambiental y psicológico para el tratamiento y la contención de padecimientos crónicos en poblaciones de riesgo.

La salud no siempre ha sido concebida como el modelo integral planteado por la OMS de equilibrio entre el bienestar físico, mental y comunitario, sino que, en la historia de la medicina, las determinaciones biológicas fueron las que habían concluido en causalidades atribuidas al género y no a los elementos sociogenéticos como elementos explicativos de algunos padecimientos. Sin embargo, en las nuevas tendencias de los estudios multidisciplinarios se incluyen perspectivas que contribuyen a mejores interpretaciones de los padecimientos, entre los cuales se cuentan estudios de la conducta, análisis socioeconómicos y de carencias sociales, evaluación y diagnóstico de políticas de salud, etcétera. Así, se ha llegado

a conclusiones que ponen en duda las determinaciones biomédicas de la salud y apuntan más a otros factores de riesgo que van más allá del propio cuerpo del paciente.

Entre la literatura multidisciplinaria se encontraron importantes avances que conjugan estudios de género con la atención médica y detección primaria de enfermedades crónicas no transmisibles como los padecimientos coronarios [Tajer, 2013], la diabetes [Rojas *et al.*, 2018] y trastornos como la obesidad [Barquera *et al.*, 2020]. Dichos estudios señalan una correlación entre el género y una mayor prevalencia de estos padecimientos.

En el campo del trabajo y sus efectos sobre la salud, se apunta a una relación entre el estatus de empleabilidad durante un determinado periodo de tiempo con una buena autopercepción de la salud física, llegando así a la conclusión de que los trabajadores irregulares y los desempleados tienen una mayor propensión a padecer peores características de salud física [Devillanova, Raitano y Struffolino, 2019].

Se puede inferir que existe un proceso de feminización de las enfermedades crónicas no transmisibles, arrojando mayores tasas en mujeres a medida que la población envejece. De manera similar a la salud mental, existe una subrepresentación por autoinforme de los datos en hombres dada la baja atención médica de primer nivel y una menor supervivencia masculina a edades avanzadas como causa de este fenómeno.

Prevención y cuidado de la salud

Una de las dimensiones más importantes al momento de valorar un estado de salud adecuado no solo consiste en una atención médica que garantice el tratamiento de enfermedades y padecimientos ya diagnosticados, sino también en su prevención y el cuidado de la propia salud. En México,

padecimientos como la obesidad constituyen los factores de riesgo con mayor prevalencia y que más comorbilidades asocian [Barquera *et al.*, 2020], lo cual los convierte en un problema para las instituciones de salud y en un reto para la investigación multidisciplinaria por los desafíos y efectos a nivel social, económico y político de las personas que viven con estos padecimientos.

Por este motivo, las políticas de salud pública deben incluir la dimensión de la prevención y el cuidado, en la medida en que la promoción de la salud pensada “como el proceso de permitir a las personas que incrementen el control de su salud y la mejoren; [...] una mediación entre las personas y su entorno; [...] sintetiza la elección personal y la responsabilidad social acerca de la salud para crear un futuro más saludable” [Quintero Fleites, De la Mella y Gómez, 2017: 104], que forme parte de las prácticas cotidianas y del objeto de las intervenciones sociales.

Además, la prevención de enfermedades implica menores “costos económicos por atención en las consultas por parte de los usuarios y permite destinar fondos [...] no necesariamente a la curación” [Herrera, 2010: 49].

De acuerdo con Turabián [citado en Quintero, De la Mella y Gómez, 2017: 105], la educación para la salud es el vehículo para alcanzar la promoción de la salud y donde la estrategia es la participación comunitaria. En ese sentido, entendiendo mejor “las relaciones que existen entre los comportamientos individuales, las condiciones del entorno y los riesgos para la salud, aumenta también la contribución potencial de la educación para la salud al mejoramiento de la salud pública” [Turabián citado en Quintero, De la Mella y Gómez, 2017: 106]. Así, se clasifican los niveles de prevención que abonan a la promoción de la salud de la siguiente manera:

Prevención primaria: aquella que realiza las acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad, además de reducir el riesgo de nuevos casos; incluye la promoción de la salud y las acciones específicas. Se puede identificar como un momento del periodo prepatogénico en la historia natural de la enfermedad.

Prevención secundaria: consiste en las medidas encaminadas al diagnóstico temprano de padecimientos y a un tratamiento oportuno, así como la reducción de los daños asociados y se identifica dentro de la primera parte del periodo patogénico de la historia natural de las enfermedades.

Prevención terciaria: se clasifica como las acciones para rehabilitar a los pacientes que ya viven con alguna enfermedad y cuyos efectos trascienden los alcances directos del agente patógeno.

En resumen, la prevención y la promoción de la salud abonan a las estrategias coordinadas para el control de enfermedades crónicas no transmisibles y al bienestar general de la población al reducir factores de riesgo frente a nuevos padecimientos. Saber qué grupos poblacionales tienen una mayor propensión a padecer riesgos sanitarios ayuda a reconocer de manera integral las características de las desigualdades que dichos grupos enfrentan en sus múltiples dimensiones.

Si bien la mayoría de los estudios en prevención se centran en el análisis de las medidas desde las políticas sanitarias y de las prácticas individualizadas en interacciones clínicas, también resulta de suma importancia abordar desde los estudios de población qué prácticas de cuidado y prevención son las más relevantes y cómo se realizan, así como identificar el efecto de la interseccionalidad en la promoción de la salud.

Para estudiar la relación entre salud, trabajo y género, utilizamos los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, en su edición 2018 (Ensanut 2018, en adelante) [Inegi, INSP y Secretaría de Salud, 2018]. Para comparar los resultados de la salud física y mental, se tomó el módulo aplicado a personas adultas de 20-59 años de edad, donde se da información de sus hábitos, su autopercepción y los diagnósticos médicos declarados. Para nuestro estudio se excluye del análisis la población con alguna discapacidad y para incluir variables del hogar y no tener problemas de colinealidad se excluyen también hogares unipersonales. En total se trabaja con un tamaño de la muestra de 23 533 observaciones.

La estrategia metodológica consiste en realizar un análisis descriptivo bivariado y, posteriormente, se ajustan modelos de regresión logística para la probabilidad de tener depresión severa o grave, así como la probabilidad de tener algún padecimiento físico (obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular o enfermedad renal), con un grupo de covariables relevantes y de control.¹ A continuación describimos la operacionalización de las variables dependientes e independientes.

La primera variable dependiente es la salud mental, evaluada con el trastorno depresivo; si bien no es la única enfermedad mental, esta puede evaluarse con la fuente de información utilizada. Se utiliza la escala breve de la sintomatología depresiva (CESD-7) [Herrero y Gracia, 2007]. Se trata de siete reactivos donde cada uno se codifica entre cero y tres. La escala incluye un ítem en dirección positiva que se codifica de manera inversa. A partir de una suma de cada uno de los siete reactivos (con valores 0 y 21), se utiliza el corte de puntos validado para la norma mexicana que es de nueve puntos

¹ Los cálculos se realizaron con el programa Stata en su versión 16.

para síntomas que indican depresión moderada o grave [Cerecero *et al.*, 2020], codificándose como 1 si cumple esta condición y como 0 si no la cumple.

Para evaluar la segunda variable, la salud física, se parte del diagnóstico médico declarado de alguna enfermedad crónica o padecimiento, como obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular o alguna enfermedad renal. Si la persona reporta alguna de estas condiciones se le asigna un valor 1; si no reporta padecimiento con diagnóstico, se le establece un valor de 0.

Una de las variables principales es la clasificación de la persona en cinco categorías en relación con el trabajo remunerado o no. Para quienes se encuentran realizando alguna ocupación en el mercado, se codifican de acuerdo con la jornada: inserción parcial (hasta 35 horas), inserción promedio (35 horas hasta 48 horas) y extrajornada (más de 48 horas). De quienes no realizan alguna actividad económica en el mercado se establece como una categoría a quienes declaran que su actividad principal corresponde a los quehaceres en el hogar y otras actividades no económicas. Esta variable en los modelos estadísticos se establece como una interacción con el sexo (hombre y mujer).

Acerca de las actividades de prevención se incluyeron dos variables. Para dar cuenta de la nutrición a nivel de la unidad doméstica, se incluyó un índice sumativo de inseguridad alimentaria, tal como reportan 16 ítems del cuestionario de la Ensanut. En términos de la prevención secundaria, se creó otro índice sumativo normalizado de 0-1 para la prevención secundaria respecto de la realización de valoraciones médicas, con algunas diferencias entre hombres y mujeres.²

² Para la población analizada se tiene información de la evaluación preventiva de obesidad, diabetes, hipertensión y colesterol: para mujeres se pregunta haberse realizado un Papanicolaou, si se ha detectado el virus del papiloma humano y si se ha realizado exploración mamaria. Luego se construyó un índice que suma estas cuatro acciones como una sola para comparar contra los varones que declaran exámenes de próstata.

A nivel de hogar se incluyen las variables que corresponden a las demandas de cuidado-organización familiar como las presencias de menores de 0-6 años, de menores de 7-14 años, de adultos mayores, de personas con alguna discapacidad, así como el tamaño del hogar (número de integrantes).

Para dar cuenta de las desigualdades socioeconómicas se construyó la variable de estrato socioeconómico en cuatro niveles ordinales (muy bajo, bajo, alto y muy alto) siguiendo la propuesta de Echarri Cánovas [2008], actualizando los valores de logro educativo con el promedio reportado por el Cuestionario Ampliado del Censo 2020 [Inegi, 2020] y la Encuesta Intercensal de 2015 [Inegi, 2015].

Además de estas variables, se introducen controles a nivel individual referentes a la edad, la situación conyugal, la escolaridad y la afiliación a la seguridad social. Del mismo modo, se incluyen variables que se refieren a la residencia urbana o rural y a cuatro regiones geográficas: norte, centro, Ciudad de México y sur.

RESULTADOS

El 9.5 % de la población analizada reporta un diagnóstico de depresión, mientras que 38.9 % informa algún padecimiento físico con diagnóstico médico. La enfermedad más común es la obesidad (21.5 %); seguida de algún trastorno renal (12.7 %).³ El 5.7 % reporta algún acontecimiento de enfermedad cardiovascular, 4.9 % ha tenido diagnóstico de hipertensión y 4.9 % notifica un diagnóstico de diabetes.

Entre las mujeres, el diagnóstico depresivo duplica al de sus congéneres varones, 12.5 % frente a 5.6 %. Estas distancias también se observan entre el diagnóstico médico de algún

³ Incluye infección de vías urinarias en más de una ocasión, cálculos renales e insuficiencia renal.

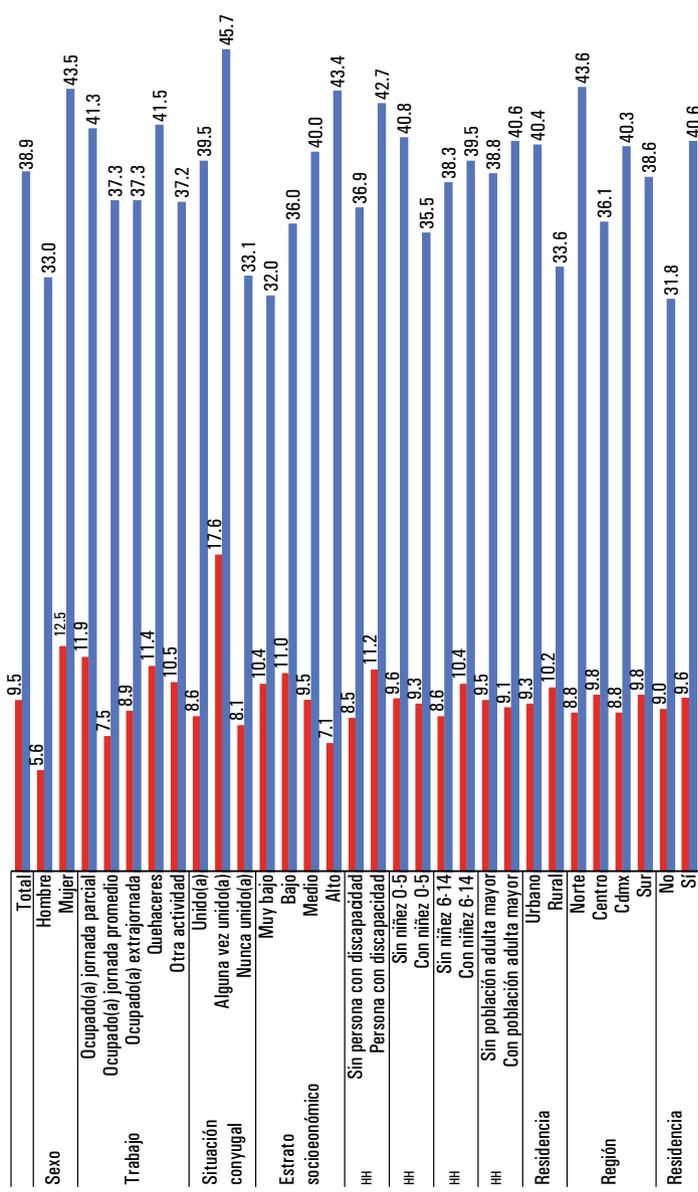
padecimiento físico con una proporción más alta de mujeres que declara algún tipo de diagnóstico (43.5 % frente a 33 %), como se muestra en la gráfica 1. Resaltan algunos grupos que tienen mayor prevalencia tanto en salud mental como en padecimiento físico, como las personas que están separadas (alguna vez unidos o unidas) y las que residen en hogares con carencias en seguridad alimentaria.

Existen variables que no tienen el mismo comportamiento entre salud mental y física. Por ejemplo, el estrato socioeconómico apunta a una disminución de la prevalencia de los síntomas depresivos en la medida en que este aumenta, mientras que con el padecimiento físico se tiene lo contrario. Este sentido puede explicarse porque hemos recuperado los diagnósticos y la declaración de los informantes.

En la gráfica 2 mostramos las prevalencias separadas por hombres y mujeres según la variable de trabajo y jornada remunerada revisada en el apartado anterior. Es notable cómo las diferencias se mantienen entre hombres y mujeres, con mayor prevalencia femenina. En el panel de la izquierda podemos observar que quienes presentan mayores prevalencias en depresión son las mujeres con extrajornadas.

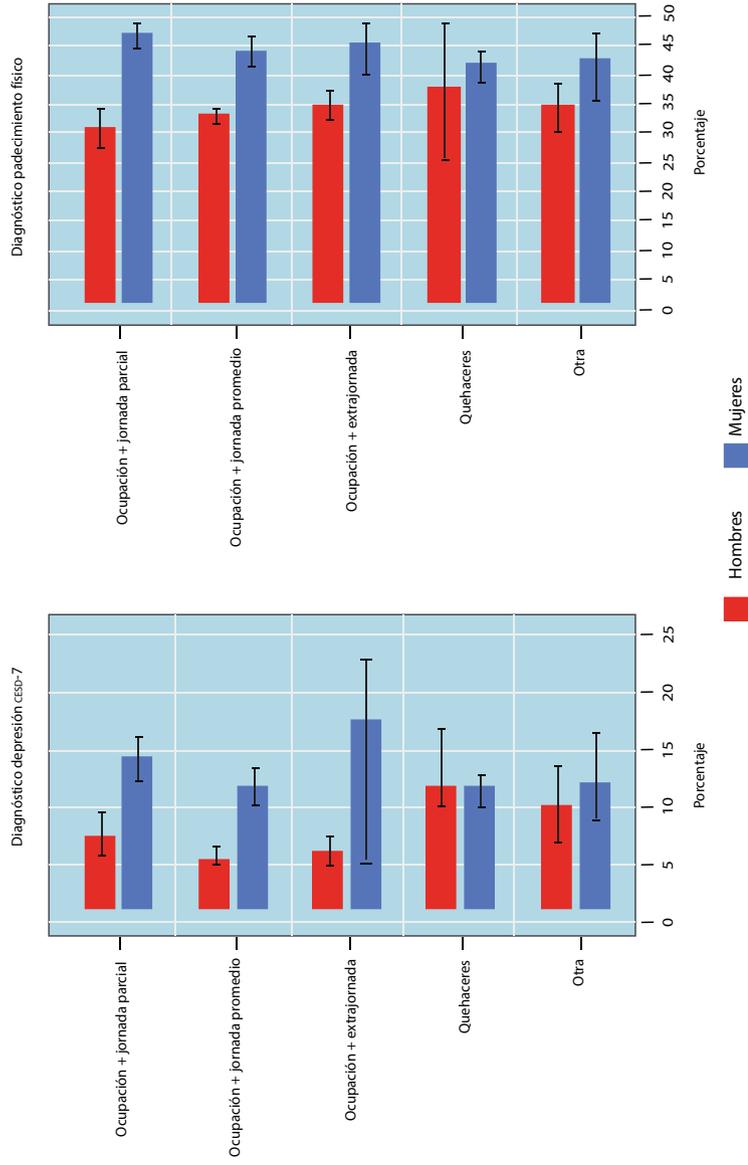
Para establecer los perfiles de las personas con diagnóstico de depresión y padecimiento físico, se ajustó una regresión logística que modela de manera lineal las variables independientes con respecto al logaritmo de los momios de probabilidad de respuesta de una variable de respuesta dicotómica ($y =$ tiene padecimiento [1]; [0]). Para mostrar más claramente algunas de las relaciones ya señaladas, presentamos los resultados del modelo estadístico en sus efectos marginales y en estimaciones de probabilidades. Se corrieron interacciones entre la variable de condición de trabajo y sexo. Para la depresión, la inclusión de esta interacción es importante desde el punto de vista estadístico al 0.05 de significancia; para el caso de los padecimientos físicos, la interacción carece de relevancia estadística.

Gráfica 1. Prevalencias del diagnóstico de depresión y algún padecimiento físico (de hipertensión, diabetes enfermedad cardiovascular u obesidad) según variables selectas, 2018 (%)



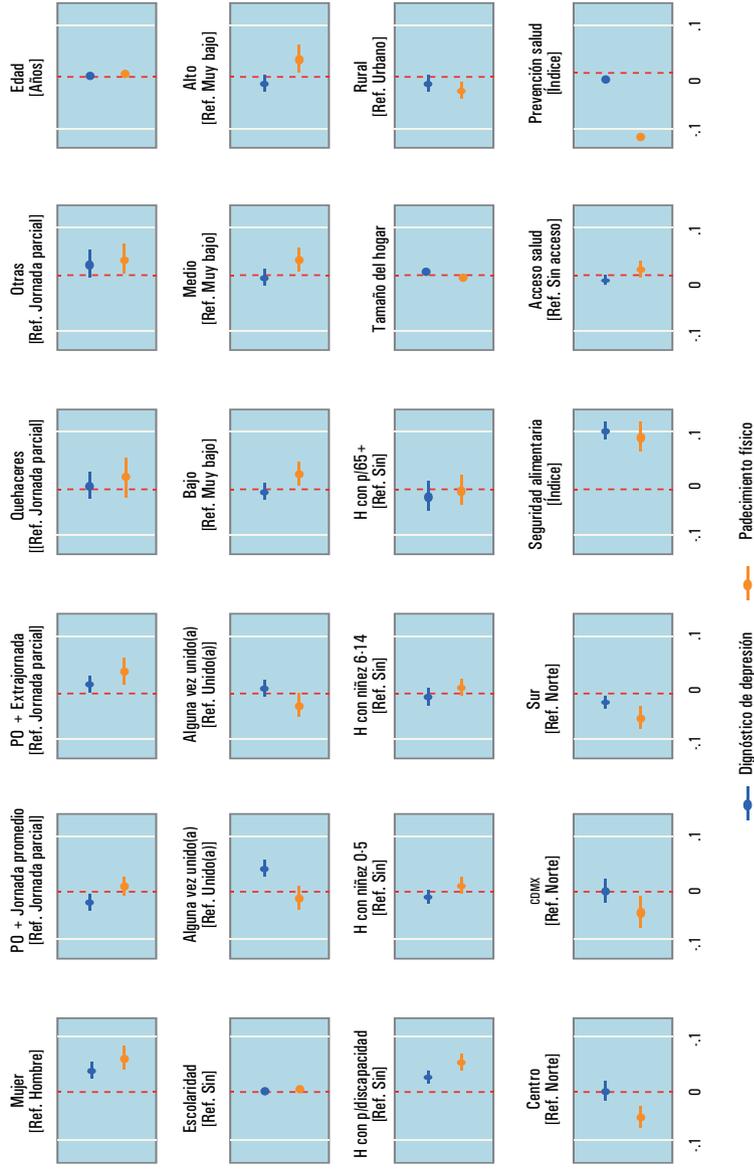
Fuente: cálculos propios con datos de la Ensanut. En el cuadro 1 del anexo de este capítulo se pueden consultar los intervalos de confianza.

Gráfica 2. Prevalencia de depresión y padecimiento físico según clasificación en relación con el trabajo, 2018



Fuente: cálculos propios con datos de la Ensanut. Los intervalos de confianza fueron calculados con el diseño muestral complejo. Hom- bres en quehaceres tienen un CV superior al 30 % por lo que no se puede interpretar.

Gráfica 3. Efectos marginales promedio sobre las probabilidades de diagnóstico de depresión y de algún padecimiento físico según variables selectas, 2018



Fuente: modelos estimados en el cuadro 2 del anexo de este capítulo.

En la gráfica 3 se muestran los efectos marginales del cambio de una unidad o con respecto a la categoría de referencia (en corchetes), dejando el resto de las variables en sus valores promedio. Los efectos positivos están por encima de 0 (a la derecha de la línea) y los negativos a la izquierda. Los valores que estén sobre la línea pueden leerse como no estadísticamente diferentes de cero.⁴

Como se puede observar, el ejercicio multivariado corrobora algunos elementos del análisis descriptivo, pero nos establece que en condiciones medias algunos efectos se mantienen. Por un lado, *ceteris paribus* (en igualdad de condiciones) las mujeres tiene mayores probabilidades de tener depresión o alguna enfermedad física descrita. Con respecto al trabajo, las ocupaciones con excesivas horas laborales incrementan la probabilidad de la enfermedad física frente a las jornadas parciales, mientras que las jornadas promedio tienen menores probabilidades de tener depresión frente a las parciales. Encontrarse en estado de viudez, separación o divorcio (alguna vez unido o unida) aumenta las probabilidades de tener síntomas depresivos, mientras el nunca haber estado unido o unida disminuye la probabilidad de padecimientos físicos.

Con respecto a las variables en el ámbito del hogar, el estrato socioeconómico no explica el cuadro depresivo, pero sí explica las condiciones físicas de salud. La presencia de algún miembro del hogar con discapacidad incrementa las probabilidades de tener depresión y algún padecimiento físico. Sin duda, esto abre más preguntas sobre copadecimientos al interior del hogar y cómo se distribuyen los recursos en el hogar y su repercusión en la salud. Mientras que la presencia de menores de 6 años disminuye las probabilidades de tener depresión, la presencia de menores entre 6 y 14 años aumenta las probabilidades de tener diagnóstico de algún

⁴ Las gráficas se elaboraron utilizando el módulo *coefplot* [Jann, 2017].

padecimiento físico. La presencia de población adulta mayor en el hogar no tiene ningún efecto.

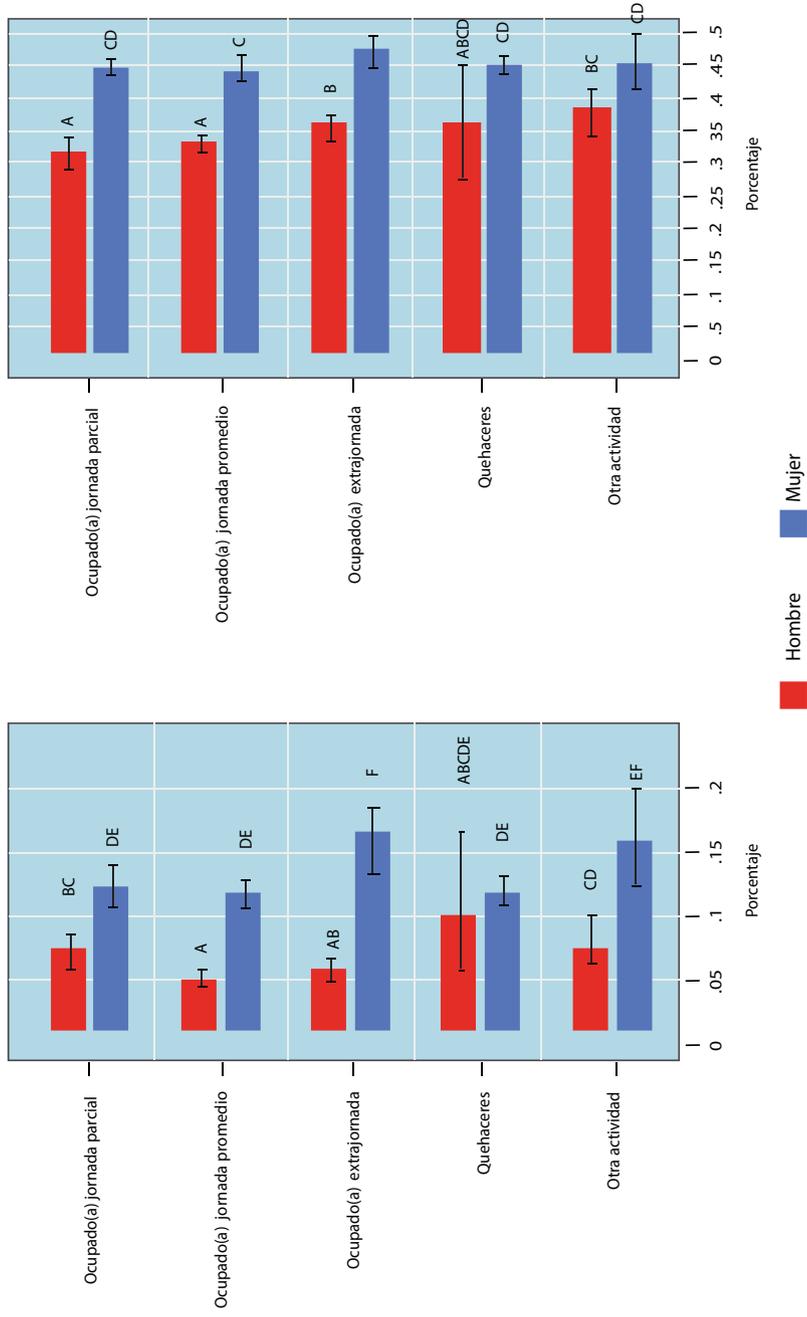
Con respecto a las variables que se refieren a la prevención, se observa que la inseguridad alimentaria explicaría la dimensión de salud tanto mental como física. En cambio, las acciones de prevención llevan hacia una disminución de los padecimientos físicos y mentales.

Por último, queremos concentrarnos en las probabilidades de los padecimientos en términos de las interacciones, tal como se presenta en la gráfica 4. Se ha colocado además qué grupo de estimaciones es diferente, al establecer que si comparten una letra no son estadísticamente diferentes.

Se puede observar que la ocupación con jornadas con horas extra tiene en particular probabilidades más altas de presentar síntomas de depresión para las mujeres que para los hombres. Para estos últimos, resulta que las actividades fuera del trabajo de mercado son las que generan mayores niveles de depresión. Esto da cuenta de los mandatos de género en la sociedad; los varones, al no cumplir con su papel de proveedores, tienen más riesgo de sufrir trastornos depresivos, mientras que en las mujeres es la sobrecarga de trabajo remunerado que podría implicar jornadas dobles y multiactividad. Se hacen necesarias fuentes que nos permitan medir mejor la intensidad del trabajo no remunerado.

Como señalamos anteriormente, las interacciones no resultaron importantes para los padecimientos físicos; no obstante, se observan las brechas entre hombres y mujeres.

Gráfica 4. Probabilidades estimadas de diagnóstico de depresión y algún padecimiento físico según trabajo y edad, 2018



Fuente: modelos estimados en el cuadro 2 del anexo de este capítulo. Predicciones que comparten una letra no son estadísticamente diferentes al 5 por ciento.

Los resultados de los modelos estadísticos explican qué diagnóstico físico de algún padecimiento es más probable en mujeres que en hombres, ello a pesar de haber controlado por las acciones de prevención en el análisis estadístico. Asimismo, la depresión grave o moderada está más presente en las mujeres, tal como otros estudios han revelado.

Con respecto a las variables de trabajo, la extrajornada remunerada está asociada con más diagnósticos de enfermedades crónicas y factores de riesgo. Para las mujeres no hay diferencias entre los efectos de estar ocupadas en el mercado y dedicarse a los quehaceres del hogar. Lo que da cuenta de que el trabajo es un elemento físico y mental, independientemente de su remuneración.

La presencia de personas mayores en el hogar no tiene capacidad explicativa, pero sí hay efectos positivos de la presencia de menores de seis a 14 años para algunas enfermedades físicas, y efectos negativos con respecto a la presencia de personas con alguna discapacidad para todos los padecimientos.

En relación con las desigualdades socioeconómicas, el estrato socioeconómico tiene capacidad predictiva del diagnóstico de la salud mental, pero no la física *ceteris paribus*. Del mismo modo, las disparidades regionales se mantienen para la distribución de la salud y se suman a las disparidades de género y socioeconómicas.

En este análisis se intentaron comprender tres dimensiones conjuntas: trabajo, género y salud. Si bien la fuente de información nos permitió acercarnos, se tienen limitantes en tanto las condiciones laborales no se estudien con profundidad en el ámbito remunerado y, aún más, en el ámbito no remunerado, puesto que no tenemos jornadas de trabajo de cuidado y domésticas al interior de los hogares. Nuestro acercamiento transversal debería complementarse con más información

sobre las trayectorias de vida, salud y trabajo, para comprender aún más el vínculo entre estas tres esferas.

Este análisis intentó abonar al estudio de cómo la intensidad y las condiciones del trabajo afectan los cuerpos de la población ocupada. En este sentido, queremos cerrar este estudio instando a humanizar el análisis de la fuerza de trabajo con recuperación del estudio de su reproducción desde una perspectiva que lo analice, no solo desde su visión como factor de producción, sino incorporando sus límites biológicos y físicos, así como las asignaciones sociales (como el género) que se organizan alrededor de ellos.

A pesar de ello, incluso desde una perspectiva productivista, no se puede negar que una fuerza de trabajo que pone en riesgo su salud tendrá problemas de productividad futuros; por esta razón, es necesario dirigirse hacia una agenda investigativa y política que encamine a observar el género, la salud —física y mental— y el trabajo —remunerado o no— en su conjunto.

ANEXOS

Cuadro 1. Prevalencias del diagnóstico de depresión y algún padecimiento físico (hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular u obesidad) según variables selectas. Proporciones e intervalos de confianza, 2018

	Diagnóstico depresión CESD-7						Diagnóstico padecimiento físico						
	No		Sí		Total	n	No		Sí		Total	n	
	Prop.	CI	Prop.	CI	Prop.		Prop.	CI	Prop.	CI	Prop.		
Sexo													
Hombre	0.944	[0.938-0.950]	0.056	[0.050-0.062]	1.000	10 489	0.670	[0.657-0.682]	0.330	[0.318-0.343]	1.000	10 489	
Mujer	0.875	[0.866-0.882]	0.125	[0.118-0.134]	1.000	13 044	0.565	[0.553-0.577]	0.435	[0.423-0.447]	1.000	13 044	
Total	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533	
Condición de trabajo													
Ocupado(a) jornada parcial	0.881	[0.868-0.894]	0.119	[0.106-0.132]	1.000	3 876	0.587	[0.566-0.607]	0.413	[0.393-0.434]	1.000	3 876	
Ocupado(a) jornada promedio	0.925	[0.918-0.932]	0.075	[0.068-0.082]	1.000	8 959	0.627	[0.613-0.640]	0.373	[0.360-0.387]	1.000	8 959	
Ocupado(a) extrajornada	0.911	[0.898-0.923]	0.089	[0.077-0.102]	1.000	4 012	0.627	[0.606-0.647]	0.373	[0.353-0.394]	1.000	4 012	
Quehaceres	0.886	[0.874-0.897]	0.114	[0.103-0.126]	1.000	5 353	0.595	[0.567-0.602]	0.415	[0.398-0.433]	1.000	5 353	
Otra actividad	0.895	[0.871-0.916]	0.105	[0.084-0.129]	1.000	1 333	0.628	[0.592-0.662]	0.372	[0.338-0.408]	1.000	1 333	
Total	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533	

continúa...

...continuación

		Diagnóstico depresión CESD-7				Diagnóstico padecimiento físico						
		No		Sí		No		Sí				
		Prop.	CI	Prop.	CI	Prop.	CI	Prop.	CI			
		Total		n		Total		n				
		Prop.	CI	Prop.	CI	Prop.	CI	Prop.	CI			
Situación conyugal												
Unido(a)	0.914	[0.909-0.920]	0.086	[0.080-0.091]	1.000	16 459	0.605	[0.595-0.616]	0.395	[0.384-0.405]	1.000	16 459
Alguna vez unido(a)	0.824	[0.803-0.843]	0.176	[0.157-0.197]	1.000	2 602	0.543	[0.518-0.567]	0.457	[0.433-0.482]	1.000	2 602
Nunca unido(a)	0.919	[0.908-0.929]	0.081	[0.071-0.092]	1.000	4 472	0.669	[0.651-0.686]	0.331	[0.314-0.349]	1.000	4 472
Total	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533
Estratos socioeconómicos												
PSRS												
Muy bajo	0.896	[0.879-0.911]	0.104	[0.089-0.121]	1.000	2 094	0.680	[0.654-0.704]	0.320	[0.296-0.346]	1.000	2 094
Bajo	0.890	[0.879-0.899]	0.110	[0.101-0.121]	1.000	7 563	0.640	[0.625-0.654]	0.360	[0.346-0.375]	1.000	7 563
Medio	0.905	[0.896-0.913]	0.095	[0.087-0.104]	1.000	8 471	0.600	[0.586-0.615]	0.400	[0.385-0.414]	1.000	8 471
Alto	0.929	[0.920-0.938]	0.071	[0.062-0.080]	1.000	5 405	0.566	[0.548-0.584]	0.434	[0.416-0.452]	1.000	5 405
Total	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533
Hogar con presencia p c/discapacidad												
No	0.915	[0.909-0.920]	0.085	[0.080-0.091]	1.000	15 340	0.631	[0.621-0.642]	0.369	[0.358-0.379]	1.000	15 340
Sí	0.888	[0.877-0.897]	0.112	[0.103-0.123]	1.000	8 193	0.573	[0.559-0.588]	0.427	[0.412-0.441]	1.000	8 193
Total	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533

		Diagnóstico depresión CESD-7				Diagnóstico padecimiento físico						
		No		Sí		No		Sí				
		Prop.	CI	Prop.	CI	Prop.	CI	Prop.	CI			
		Total		Total		Total		Total				
		n		n		n		n				
Hogar con presencia												
niñez 0-5												
No	0.904	[0.898-0.910]	0.096	[0.090-0.102]	1.000	14 981	0.592	[0.581-0.603]	0.408	[0.397-0.419]	1.000	14 981
Sí	0.907	[0.898-0.915]	0.093	[0.085-0.102]	1.000	8 552	0.645	[0.631-0.658]	0.355	[0.342-0.369]	1.000	8 552
Total	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533
Hogar con presencia												
niñez 6-14												
No	0.914	[0.907-0.921]	0.086	[0.079-0.093]	1.000	11 627	0.617	[0.605-0.629]	0.383	[0.371-0.395]	1.000	11 627
No	0.896	[0.888-0.903]	0.104	[0.097-0.112]	1.000	11 906	0.605	[0.593-0.617]	0.395	[0.383-0.407]	1.000	11 906
Sí	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533
Total												
Hogar con presencia 65+	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	22 746	0.612	[0.603-0.621]	0.388	[0.379-0.397]	1.000	22 746
No	0.909	[0.879-0.932]	0.091	[0.068-0.121]	1.000	787	0.594	[0.546-0.640]	0.406	[0.360-0.454]	1.000	787
Sí	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533

continúa...

...continuación

	Diagnóstico depresión CESD-7					Diagnóstico padecimiento físico						
	No		Sí		Total n	No		Sí		Total n		
	Prop.	CI	Prop.	CI		Prop.	CI	Prop.	CI			
Total												
Dominio de residencia	0.907	[0.901-0.913]	0.093	[0.087-0.099]	1.000	17 250	0.596	[0.586-0.607]	0.404	[0.393-0.414]	1.000	17 250
Urbano	0.898	[0.887-0.909]	0.102	[0.091-0.113]	1.000	6 283	0.664	[0.647-0.680]	0.336	[0.320-0.353]	1.000	6 283
Rural	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533
Total												
Región geográfica	0.912	[0.903-0.921]	0.088	[0.079-0.097]	1.000	5 559	0.564	[0.549-0.579]	0.436	[0.421-0.451]	1.000	5 559
Norte	0.902	[0.893-0.911]	0.098	[0.089-0.107]	1.000	9 103	0.639	[0.624-0.655]	0.361	[0.345-0.376]	1.000	9 103
Centro	0.912	[0.889-0.930]	0.088	[0.070-0.111]	1.000	873	0.597	[0.562-0.632]	0.403	[0.368-0.438]	1.000	873
CdMx	0.902	[0.893-0.910]	0.098	[0.090-0.107]	1.000	7 998	0.614	[0.600-0.628]	0.386	[0.372-0.400]	1.000	7 998
Sur	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533
Total												
Afíliá	0.910	[0.898-0.921]	0.090	[0.079-0.102]	1.000	4 040	0.682	[0.662-0.701]	0.318	[0.299-0.338]	1.000	4 040
No	0.904	[0.898-0.910]	0.096	[0.090-0.102]	1.000	19 493	0.594	[0.584-0.604]	0.406	[0.396-0.416]	1.000	19 493
Sí	0.905	[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533
Total												
Inseguridad alimentaria	0.925	[0.919-0.930]	0.075	[0.070-0.081]	1.000	17 638	0.628	[0.618-0.637]	0.372	[0.363-0.382]	1.000	17 638
No	0.845	[0.832-0.857]	0.155	[0.143-0.168]	1.000	5 895	0.560	[0.543-0.577]	0.440	[0.423-0.457]	1.000	5 895
Sí		[0.900-0.910]	0.095	[0.090-0.100]	1.000	23 533	0.611	[0.602-0.620]	0.389	[0.380-0.398]	1.000	23 533
Total												

Fuente: cálculos propios con la Ensanut 2018.

Cuadro 2. Resultados de las regresiones logísticas de la probabilidad de diagnóstico de depresión y de algún padecimiento físico (hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular u obesidad)

	(M1.1)	(M1.2)	(M2.1)	(M2.2)
	Depresión	Depresión	Padecimiento físico	Padecimiento físico
	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$
Hombre	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Mujer	1.8958 (0.113)	1.5071*** (0.183)	1.3773*** (0.049)	1.5263*** (0.117)
Ocupado(a) Jornada parcial	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Ocupado(a) Jornada promedio	0.8459 (0.058)	0.6911** (0.084)	1.0270 (0.045)	1.1063 (0.077)
Ocupado(a) Extrajornada	1.0645 (0.085)	0.7951 (0.105)	1.1701** (0.060)	1.2483** (0.094)
Quehaceres	0.8566** (0.061)	1.4204 (0.452)	1.0567 (0.052)	1.2434 (0.275)
Otra actividad	1.2190* (0.138)	1.0973 (0.185)	1.1755** (0.086)	1.3509** (0.137)
Edad	0.9965 (0.003)	0.9963 (0.002)	1.0116*** (0.002)	1.0116*** (0.002)
Años aprobados	0.9385*** (0.006)	0.9382*** (0.006)	1.0223*** (0.004)	1.0225*** (0.004)

continúa...

...continuación

	(M1.1)	(M1.2)	(M2.1)	(M2.2)
	Depresión	Depresión	Padecimiento físico	Padecimiento físico
	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$
Unido(a)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Alguna vez unido(a)	1.6753*** (0.108)	1.6459*** (0.106)	0.9743 (0.046)	0.9741 (0.047)
Nunca unido(a)	1.1384* (0.083)	1.1116 (0.081)	0.8768** (0.040)	0.8790** (0.040)
Muy bajo	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Bajo	0.9619 (0.080)	0.9652 (0.080)	1.1802** (0.068)	1.1754** (0.068)
Medio	0.9394 (0.082)	0.9439 (0.082)	1.1835** (0.070)	1.1791** (0.070)
Alto	0.8653 (0.087)	0.8672 (0.087)	1.2006** (0.079)	1.1957** (0.079)
Hogar con presencia p c/discapacidad	1.3017*** (0.063)	1.2994*** (0.063)	1.3101*** (0.041)	1.3097*** (0.041)
Hogar con presencia niñez 0-5	0.9144 (0.053)	0.9188 (0.053)	1.0172 (0.037)	1.0163 (0.037)
Hogar con presencia niñez 6-14	0.9799 (0.052)	0.9831 (0.053)	1.0681* (0.036)	1.0665* (0.036)

	(M1.1)	(M1.2)	(M2.1)	(M2.2)
	Depresión	Depresión	Padecimiento físico	Padecimiento físico
	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$
Hogar con presencia ADM 65+	0.9358	0.9389	1.0183	1.0189
	(0.125)	(0.125)	(0.084)	(0.084)
Tamaño del hogar	1.0328*	1.0328*	0.9860	0.9864
	(0.017)	(0.017)	(0.011)	(0.011)
Urbano	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000
	(.)	(.)	(.)	(.)
Rural	0.9392	0.9346	0.8742***	0.8760***
	(0.052)	(0.051)	(0.031)	(0.031)
Norte	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000
	(.)	(.)	(.)	(.)
Centro	1.0601	1.0594	0.7993***	0.7991***
	(0.064)	(0.064)	(0.030)	(0.030)
CDMX	1.0024	1.0040	0.8151**	0.8157**
	(0.130)	(0.130)	(0.066)	(0.066)
Sur	0.8491**	0.8469**	0.8460***	0.8462***
	(0.054)	(0.054)	(0.033)	(0.033)
Inseguridad alimentaria	3.7387***	3.7236***	1.6290***	1.6197***
	(0.295)	(0.294)	(0.105)	(0.104)
Afiliación seguridad social	0.9301	0.9329	1.0921**	1.0932**
	(0.058)	(0.058)	(0.043)	(0.043)

continúa...

...continuación

	(M1.1)	(M1.2)	(M2.1)	(M2.2)
	Depresión	Depresión	Padecimiento físico	Padecimiento físico
	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$	$e^{\hat{\beta}}/ee$
Prevención	0.8497*** (0.016)	0.8495*** (0.016)	0.5478*** (0.008)	0.5480*** (0.008)
Mujer # Ocupado(a) Jornada promedio		1.3200* (0.192)		0.8897 (0.080)
Mujer # Ocupado(a) Extrajornada		1.6098** (0.268)		0.9144 (0.098)
Mujer # Quehaceres		0.6271 (0.205)		0.8204 (0.187)
Mujer # Otra actividad		1.1117 (0.250)		0.7568* (0.110)
Observaciones	23533	23533	23533	23533
R2 MacFadden	0.0692	0.0701	0.110	0.110
R2 Ajustado	0.0659	0.0662	0.108	0.108
% Clasificados	90.4	90.4	68.7	68.6
Devianza	13851.6	13838.4	28235.4	28231.3
-Log-verosimilitud	-6925.8	-6919.2	-14117.7	-14115.6

Fuente: cálculos propios con la Ensanut 2018.

REFERENCIAS

- Barban, N. [2013], “Family trajectories and health: A life course perspective”, *Eur J Population*, 29: 357-385.
- Barquera, S. *et al.* [2020], “Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. Ensanut 2018-19”, *Salud Pública de México*, 62: 682-692.
- Cerecero García, D.; F. Macías González, T. Arámburo Muro y S. Bautista Arredondo [2020], “Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana”, *Salud Pública de México*, 62: 840-850.
- De Keijzer, B. [1997], “El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva”, en Esperanza Tuñón (coord), *Género y salud en el sureste de México*, Villahermosa Ecosur y UJAD.
- Devillanova, C.; M. Raitano y E. Struffolino [2019], “Longitudinal employment trajectories and health in middle life: Insights from linked administrative and survey data”, *Demographic Research*, 40: 1 375-1 412.
- DiGirolamo, A. y N. Salgado de Snyder [2008], “Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being”, *Salud Pública de México*, 50: 516-522.
- Echarri Cánovas, C. [2008], “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, en S. Lerner e I. Szasz (coords), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México: 59-113.
- Herrera, J. [2010], “Avances en promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas en Costa Rica”, *Revista Costarricense de Salud Pública*, 19: 48-55.
- Herrero, J. y E. Gracia [2007], “Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7)”, *Salud Mental*, 30(5): 40-46.
- Inegi (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) [2020], *Cuestionario Ampliado. Censo de Población y Vivienda 2020*, México, Inegi.

- Inegi [2015], *Encuesta Intercensal 2015*, México, Inegi.
- Inegi, INSP y Secretaría de Salud [2018], *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Ensanut*, México, Inegi.
- Jann, B. [2017], *Coefplot: Stata module to plot regression coefficients and other results*, Boston, College Department of Economics.
- Montero, I. *et al.* [2004], “Género y salud mental en un mundo cambiante”, *Gac Sanit*, 18(4): 175-181.
- Moreno Coutiño, A. y M. E. Medina Mora [2008], “Tabaquismo y depresión”, *Salud mental*, 31(5): 409-415.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) [2018], *Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos*, OPS.
- Pega, F. *et al.* [2021], “Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000-2016: A systematic analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury”, *Environment International*, 154(2021): 1 065-1 095.
- Quintero Fleites, E.; S. de la Mella y L. Gómez [2017], “La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria”, *Medicentro Electrónica*, 21(2): 101-111.
- Rivera Rivera, L.; E. Fonseca Pedrero, M. Sérís Martínez, A. Vázquez Salas, L. Reynales Shigematsu [2020], “Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes, Ensanut 2018-19”, *Salud Pública México*, 62(6): 672-681.
- Rojas Martínez, R. *et al.* [2018], “Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México”, *Salud Pública de México*, 60(3): 224-232.
- Tajer, D. [2013], *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*, Buenos Aires, Paidós (Tramas sociales) 57: 304.

- Villalobos, A.; C. Aguilar Salinas, M. Romero Martínez y R. Rojas Martínez [2020], “Perfiles poblacionales asociados con la asistencia a servicios preventivos para tamizaje de diabetes e hipertensión. Ensanut 2018-19”, *Salud Pública de México*, 62(6): 754-766.
- Wong, R.; M. Espinoza y A. Palloni [2007], “Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento”, *Salud Pública de México*, 49: 436-447.
- Wong, R.; M. Peláez y A. Palloni [2005], “Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador”, *Rev Panam Salud Pública*, 17: 323-332.

4. INTERACCIONES ENTRE SALUD, CUERPO Y PRECARIEDAD. EXPERIENCIAS DE PROFESIONISTAS MEXICANAS

*Natalia Flores Garrido**

En este capítulo se revisan la salud y las precariedades, las cuales se consideran en el mercado de trabajo, y las experiencias subjetivas y afectivas de sujetos sociales, a partir del estudio del cuerpo y su impacto en las mujeres en México. Se realizan entrevistas en profundidad a mujeres profesionistas de entre 25 y 40 años de edad. Se destaca cómo el neoliberalismo precarizó las condiciones sociales. Por ello, se propone centrarse en la sostenibilidad de la vida, donde se prioricen las experiencias corporales de las sujetas sociales con el fin de garantizar el bienestar y la dignidad de los cuerpos.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la precariedad se ha vuelto más relevante debido a las transformaciones históricas potenciadas por el neoliberalismo como régimen económico y de vida. El desmantelamiento de políticas sociales, así como las reformas laborales que han tenido lugar como parte de este modelo han provocado que un número mayor de personas se incorpore a trabajos

* Doctorante en Sociología en la Universidad Nelson Mandela. Investigadora asociada al Centre for the Advancement of Non-Racialism and Democracy, Canrad, Nelson Mandela University.

precarios; si antes la precariedad se refería de manera principal a quienes trabajaban en la informalidad, hoy día se ha extendido hasta abarcar sectores y poblaciones que previamente gozaban de mayores derechos laborales y estabilidad en su día a día.

En este contexto es pertinente analizar la precariedad desde diversos marcos de interpretación que no la constriñan únicamente a algo que sucede en el mercado laboral. Si bien es ahí donde empezó el estudio de esta categoría, en investigaciones recientes en ciencias sociales se ha retomado este concepto para hablar de varios fenómenos que tienen que ver con las experiencias sociales, políticas, subjetivas y afectivas de los sujetos neoliberales [Armano, Bove y Munguía, 2017; Lambert y Herod, 2016].

Así, por ejemplo, para Isabel Lorey [2015] la precarización constante de la vida forma parte de un proceso de dominación y control social que tiene por objetivo la creación de una población dócil y desempoderada. De esta manera, al hablar de precariedad se hace referencia a un proceso que involucra formas concretas de trabajo productivo, así como registros subjetivos y vivenciales para quienes forman parte de las poblaciones precarizadas, no solo como resultado de sus condiciones de trabajo sino, también, de la constante erosión de certezas y control sobre los medios que permiten sostener la vida en el día a día y en el futuro cercano.

El presente capítulo busca contribuir a la comprensión de la precariedad desde una perspectiva que analice las interacciones entre esta realidad del mercado de trabajo y las experiencias subjetivas y afectivas de los sujetos sociales. Para ello, toma como dimensión central las interacciones entre procesos de precarización, salud, y los significados y experiencias del cuerpo precario.

En varias investigaciones se ha hecho referencia a la forma en que regímenes de precariedad impactan de manera negativa la salud debido a la falta de acceso de la ciudadanía a

servicios médicos de carácter público, su imposibilidad para adquirir estos en el mercado debido a bajos ingresos o, bien, el impacto de las condiciones de trabajo precario sobre la salud en general [Benach *et al.*, 2014; Gray *et al.*, 2021; Kachi *et al.*, 2014; Pulido y Cuéllar, 2017].

En este capítulo, sin embargo, el vínculo entre salud y precariedad se analiza desde el paradigma de los estudios del cuerpo, proponiendo que los significados sociales que se atribuyen a este interactúan con las formas en que se entienden y procuran los estados de salud. Se parte del cuerpo como un espacio social que adquiere sentido a partir de los discursos que se encarnan en el cuerpo vivido; los significados neoliberales que construyen al cuerpo precario implican y sostienen, a su vez, procesos de precarización de la salud.

Estas interacciones se analizan en el capítulo a partir de dos ejemplos: el primero es la salud como un estado que debe alcanzarse a partir de esfuerzos individuales y decisiones racionales sobre el control del cuerpo, y el segundo es la interacción entre el mercado laboral precarizado y el deterioro de la salud mental de las trabajadoras. En ambos casos es posible analizar la forma en que la salud interactúa con significados específicos sobre el cuerpo y cómo la precarización de la existencia implica el establecimiento de regímenes de producción en los que las necesidades vitales-corporales de las sujetas sociales se niegan e invisibilizan.

LA PRECARIEDAD NEOLIBERAL COMO EXPERIENCIA SOCIAL-CORPORAL

El análisis sobre la precariedad inició como un esfuerzo para entender las condiciones de trabajo de ciertas poblaciones. Si bien en la historia del capitalismo siempre han existido trabajos precarios, esta tendencia se ha fortalecido gracias a las transformaciones impuestas por el modelo económico neoliberal. Bajo el argumento de la necesidad de flexibilizar el

mercado laboral como una medida para fomentar el empleo, se promovió la creación de trabajos marcados por la inestabilidad temporal o de corta duración, ingresos insuficientes o falta de oportunidades para mejorarlos y ausencia de derechos sociales vinculados con la actividad laboral, como salud, vivienda o pensiones [Vosko, 2010].

Sin embargo, el estudio de la precariedad no se ha limitado a las características del mercado de trabajo. Principalmente en décadas recientes, esta categoría se ha utilizado para analizar otras dimensiones de la vida social y política, donde la interacción entre diversos ejes de poder crea de manera constante procesos de precarización de la existencia.

Para autoras como Judith Butler [2004, 2009; Butler, Gambetti y Sabsay, 2016], existen dos conceptos que si bien se relacionan, designan cosas distintas. Por una parte, la precariedad (o lo que esta autora llama *precariousness*) puede entenderse como una característica existencial de los seres humanos vinculada con la vulnerabilidad del cuerpo y con la falta de control que los individuos pueden tener sobre las condiciones que les permiten garantizar su supervivencia; de alguna manera, ser humano es estar expuesto a lo imprevisto y a merced de los otros: el cuerpo puede dañarse, herirse o aniquilarse con facilidad; esta vulnerabilidad es parte de la experiencia humana y, por tanto, debería reconocerse como un punto de partida para pensar en nuestras relaciones con los otros y, así, en la interdependencia como una dimensión crucial para la vida política.

Por otra parte, si bien esta característica es compartida por los seres humanos en general (pues nadie tiene el control absoluto sobre su vida), hay un proceso político y económico que distribuye la vulnerabilidad de formas desiguales, protegiendo vidas que se consideran valiosas y, al mismo tiempo, agudizando las condiciones de exposición-vulnerabilidad de quienes se encuentran en los márgenes de los sistemas económicos y políticos, según lo explica esta autora:

[...] todo esfuerzo político para controlar poblaciones requiere una distribución táctica de la precariedad, generalmente articulada mediante una distribución desigual de esta que depende de normas dominantes sobre qué vidas merecen ser protegidas, pues su pérdida sería lamentable, y qué vidas no lamentaríamos perder, o lo haríamos solo de forma marginal o episódica: vidas que se consideran pérdidas de antemano y que son, por lo tanto, menos merecedoras de protección y sostenimiento [Butler, 2012: 9, traducción propia].

De esta forma, la precariedad no se refiere únicamente a una condición económica, sino también al resultado de diversas desigualdades que interactúan para crear una valoración distinta de las vidas y los cuerpos de las personas. Estas jerarquías se imponen y expresan de diversas formas y tienen, como consecuencia, procesos sostenidos de precarización que amenazan la supervivencia de ciertas poblaciones o, como Isabel Lorey señala, “la precariedad es una categoría que señala la imposición de un orden [...], la jerarquización del ser que acompaña procesos de creación y exclusión de la otredad” [Lorey, 2015: 12, traducción propia].

Esta jerarquización y consiguiente exposición-protección de ciertas vidas y no de otras es política y, por tanto, dinámica e histórica. Entender la precarización como un proceso permite analizar cómo es que esta se crea, reproduce o resiste en momentos y contextos específicos. Así, la precariedad debe comprenderse mediante una perspectiva interseccional que permita observar la forma en que distintos sistemas de opresión, como la clase, la raza y el género, interactúan y, al hacerlo, posicionan ciertas vidas como más vulnerables y expuestas que otras.

El proceso estructural de precarización se traduce en una experiencia para los sujetos sociales que son su objeto, como Lorey explica, “la precarización abarca la totalidad de la existencia, el cuerpo y los modos de subjetivación” [Lorey,

2015: 3, traducción propia]. Es decir, no se trata únicamente de trabajar en condiciones precarias sino de tener existencias precarias, marcadas por la incertidumbre, la amenaza, y un constante sentimiento de exposición y vulnerabilidad.

En esta experiencia, el cuerpo tiene un lugar central; la vulnerabilidad es una característica que surge de cuerpos expuestos, heribles, que necesitan sostenerse y cuidarse, y que habitan relaciones de interdependencia. Las vidas valiosas, no precarias, se protegen, y estas medidas de protección están siempre referidas al cuerpo: son los cuerpos que son cuidados y provistos de los medios que les permiten reducir su exposición y vulnerabilidad.

Sin embargo, pese a que esta dimensión es central en la discusión, a menudo se encuentra ausente en análisis más concretos sobre la precariedad. Pareciera que el cuerpo es únicamente el receptor de procesos de precarización; la superficie sobre la que en última instancia se expresa y la materialidad que es amenazada de manera más obvia y directa por esta. Es importante interrogar la relación entre precariedad y cuerpo de formas en las que este no sea solo un receptor sino, sobre todo, pueda entenderse como un espacio social inseparable de la experiencia.

En este sentido, resulta pertinente retomar el paradigma de la corporalidad o *embodiment* en el análisis de la precariedad [Levin, 1985; Csordas, 1990; McLaren, 2002; Shilling, 2007; Wehrle, 2016]. En este se propone cuestionar las dicotomías que han prevalecido en las ciencias sociales, que oponen la mente al cuerpo como dos realidades totalmente separadas, y que a menudo subordinan este último al resto de la experiencia social, al colocarlo como un objeto que pertenece a los sujetos y que, al mismo tiempo, recibe de forma pasiva las consecuencias de sistemas de opresión y jerarquía.

Por el contrario, siguiendo las propuestas sobre corporalidad es posible entender el cuerpo no como un objeto sino como un espacio social que no puede comprenderse fuera de

discursos de poder que le confieren significado; es decir, los sujetos sociales no *poseen* un cuerpo, sino que *son* por medio de sus cuerpos generizados, racializados, que habitan y recorren ciertos espacios y no otros, y a partir del cual sus identidades y subjetividades se articulan con su presencia física en el mundo social.

Vincular esta propuesta teórica con las discusiones sobre precariedad y su interacción con la salud implica preguntarse por la forma en la que se construye e interpreta el cuerpo precario, y por la forma en que la salud es un proceso social que implica ciertos consensos sobre el sostenimiento del cuerpo. En este sentido, es pertinente interrogar cuáles significados adquiere el cuerpo que habita la precariedad; al mismo tiempo, puesto que no se trata solo de un objeto pasivo, puede preguntarse por la forma en la que desde este espacio social es posible que emerjan cuestionamientos y resistencias a los regímenes de poder que, en última instancia, ponen en riesgo la sostenibilidad de la vida que es decir, de alguna forma, la sostenibilidad del cuerpo.

Para contribuir a esta reflexión sobre la relación entre precariedad laboral, cuerpo y salud, en los siguientes apartados del artículo analizamos, desde una metodología cualitativa, los significados del cuerpo precario para mujeres profesionistas que trabajan en condiciones de precariedad laboral, mostrando de qué forma esto tiene como consecuencia una precarización de sus estados de salud.

METODOLOGÍA Y CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN: INTERACCIONES ENTRE EL GÉNERO Y LA CLASE

El análisis siguiente se basó en entrevistas en profundidad, realizadas entre 2018 y 2020 en más de una ocasión a diez mujeres profesionistas mexicanas de entre 25 y 40 años de edad; todas estudiaron disciplinas de las ciencias sociales o humanidades y vivían en la Ciudad de México. Al momento de

las entrevistas, se encontraban en empleos precarios, siguiendo el criterio sugerido por Leah Vosko [2010], quien caracteriza la precariedad laboral a partir de las siguientes dimensiones:

1. Dimensión temporal: empleos inestables o de corta duración.
2. Dimensión económica: ingresos insuficientes o falta de oportunidad para incrementarlos.
3. Dimensión social: empleos sin prestaciones.
4. Dimensión organizacional: ausencia de sindicatos u otros mecanismos de protección colectiva frente a violencias laborales.

La elección de este grupo de mujeres, que por sus niveles educativos y de ingresos pertenecen a la clase media, es relevante porque permite analizar las interacciones entre clase y género en las experiencias de precariedad laboral, desde un abordaje interseccional, en el que estas categorías se entienden como mutuamente constitutivas y definitorias de las identidades y subjetividades de las mujeres.

A menudo, cuando se habla de precariedad y género, predominan análisis que retoman el concepto de la feminización de la precariedad [Standing, 1999; Guiérrez, 2014; Betti, 2016] como una forma de hacer visible la manera en que las mujeres están sobrerrepresentadas en empleos precarios, principalmente en sectores económicos feminizados, como el trabajo doméstico y de cuidados. Así, los estudios que siguen la propuesta de la feminización de la precariedad se centran de manera principal en mujeres de clase baja o que habitan en condiciones de pobreza.

Sobre las experiencias de mujeres de clase media y precariedad en países del sur global, como México, hay muchos menos estudios de caso. Esto obedece a un cierto entendimiento dicotómico que separa a las poblaciones entre precarias y

no precarias, y que asume que quienes cuentan con ciertas características, por ejemplo estudios universitarios, están fuera de esta realidad.

La perspectiva interseccional, al tomar en cuenta la interacción entre diferentes sistemas de desigualdades permite, por el contrario, conceptualizar la precariedad como algo que se distribuye mediante un *continuum* en vez de hacerlo de forma dicotómica. Esto no quiere decir que la precariedad sea una realidad que se manifiesta o se vive de la misma manera entre grupos precarios que tienen diversas características; la idea del *continuum* permite reconocer que la precariedad puede habitarse de formas diferentes, con recursos variables que están delimitados por la pertenencia de género, raza y clase de las sujetas sociales.

En el caso de quienes participaron en esta investigación, las interacciones entre género y clase se manifiestan de varias formas en sus experiencias de precariedad laboral. En cuanto al género, todas las entrevistadas se identificaban con modelos de feminidad que responden a cambios históricos en las identidades de género y a un descentramiento de la maternidad y los cuidados como el eje principal de realización de las mujeres [Harris, 2004; McDowell, 2014]. La mayoría de las entrevistadas estaba soltera y dos de ellas tenían hijos, aunque solo una vivía con su pareja e hijo; al mismo tiempo, todas ellas se identificaban de manera importante con sus identidades laborales, ya que eligieron profesiones por las que sentían interés, pasión, vocación y una profunda relación afectiva.

Estos afectos y significados en torno al trabajo productivo interactúan de formas complejas con el proceso de precarización neoliberal que ha afectado también a las clases medias, al excluirlas de seguridades que otrora le fueran accesibles.

Así, las experiencias de precariedad de las participantes de este estudio reflejan contradicciones y tensiones que solo pueden entenderse tomando en cuenta la simultaneidad de clase y género en la configuración de realidades sociales. El

grupo de mujeres con quienes conversamos al realizar esta investigación tenía ciertos privilegios relativos en comparación con hombres y mujeres de otras clases sociales, sin que ello significara una vida no precarizada.

En los siguientes apartados presentamos algunos hallazgos sobre la interacción entre cuerpo, salud y precariedad laboral al centrarnos en dos dimensiones: la primera de ellas es el entendimiento de la salud como una responsabilidad individual que se cumple a partir de tomar decisiones racionales sobre el cuerpo, y la segunda es la relación entre precariedad laboral y salud mental.

EL MANEJO INDIVIDUAL DE LA SALUD: CALCULAR Y EVITAR RIESGOS DEL CUERPO PRECARIO

Una característica fundamental de la precariedad es que las sujetas no cuentan con los medios suficientes que les permitan satisfacer en el día a día sus necesidades vitales-corporales, o bien, que estos medios no están asegurados en el mediano y largo plazos.

Entre las entrevistadas, la ausencia de espacios y recursos garantizados para cuidar y sostener su salud llevó a que algunas de ellas expresaran apreciaciones en las que el cuerpo es percibido como una posesión cuya vulnerabilidad debe reducirse al mínimo mediante esfuerzos y cálculos individuales, según se muestra en los siguientes testimonios de Nohemí y Penélope:¹

Hace dos meses me dolía muy fuerte un tendón de la cadera, al punto de que no podía pararme de mi cama (...) le llamé a mi mamá, no quería preocuparla, vino a verme, ella claro, no me

¹ Todos los nombres de las entrevistas han sido cambiados con el fin de proteger sus identidades; por esta razón también se han omitido referencias específicas a sus espacios de trabajo.

resolvió el problema económicamente pero estuvo conmigo, me llevó al doctor. Fue difícil. Creo que yo nunca he tenido una experiencia dura de salud y qué bueno, nunca he sido operada, nunca me he roto una pierna, un brazo, nada. Entonces no he sabido lo que es algo espontáneo, difícil de superar, pero esto me acercó muchísimo a entender que en ciertas situaciones si me pasa algo de salud, me tengo a mí misma solamente tanto económicamente como para salir adelante. Mi mamá me acompañó, pero yo terminé pagando un médico porque te decía que yo no cuento con seguridad social. Terminé buscando un médico, pagando la consulta, pagando un medicamento carísimo, pagando unas placas, una radiografía, terminé pagando, en un periodo de dos horas yo ya había gastado dos mil pesos que eran indispensables para mi día a día. Entonces pensé: “si me vuelve a pasar esto de nuevo”, y yo por suerte tenía dinero en esos días, pero si me vuelve a pasar esto en algún otro momento y a lo mejor es más grave, no el tironcito en la cadera, ¿qué va a pasar si me atropella alguien en la calle?, ¿si me encuentran algo en el cuerpo?, ¿una bolita en algún lugar?, si me tengo que hacer más estudios, no tengo posibilidades de atenderme por mis medios. Es como significativo lo que me pasó hace dos meses porque como que me puso en aviso de que, número uno, ya no soy una niña, mi cuerpo no se regenera tan rápido, mi cuerpo me va a estar demandando cada vez más cosas y yo misma tengo que destinarle más dinero a mis cuidados, dinero que no tengo, pero ya mi cuerpo me puso sobre aviso. De ahora en adelante tengo que hacer más por él y ya, pues eso me da miedo, no poder atenderme de la manera en la que necesito (Nohemí, 35 años, licenciatura concluida y en trámites para titularse de maestría; trabajadora por régimen de honorarios en una universidad; soltera, sin hijos).

Hay muchos factores dentro de este medio; por ejemplo, hace un mes me ofrecieron hacer una película y me iban a pagar 15 a la semana, entonces yo comencé a hablar con el productor y le dije “ok, sabes qué, sí me interesa” (...) acepté la peli y fui a una junta de producción y conocí al director, y como que empezaron a hablar de las condiciones del rodaje. Nos querían

llevar a San Luis Potosí, meternos a unas grutas, y era como algo... sonaba peligroso (...) pero, o sea, como que me huelo esas cosas, ya las veo y digo no, no me parece chido, y la verdad que no la acepté, digo, estaba bien pagada pero era un desmadre, entonces a lo que voy es que hay que ponderar ese tipo de cosas (...). Pero, por ejemplo, he escuchado de casos, por ejemplo un continuista que recién se fueron a filmar a una sierra o no me acuerdo y se lastimó cañón la rodilla al grado de que ya no puede trabajar él, y no le indemnizaron nada, no le dieron nada, y le cuesta súper cara la operación, no se ha podido operar, entonces él ya no hace continuidad, ahora está trabajando en la escuela de cine que te contaba. Hay que pensar en todo (Penélope, 26 años, trabajadora por su cuenta en producción audiovisual, sin hijos).

Estos testimonios reflejan que una de las principales características del cuerpo precario es habitar una contradicción entre realidades y discursos propios del régimen neoliberal. Autoras, como Patricia Ventura [2012] y Wendy Brown [2003], han explicado de qué forma el neoliberalismo puede ser entendido como un sistema de valores o cultural, que promueve la idea de que los individuos son los únicos responsables de sus éxitos o fracasos, sin considerar las desigualdades estructurales que configuran a la sociedad.

Así, la meritocracia y la responsabilidad individual se extienden a todas las esferas de la vida social, incluidos el cuerpo y la salud. En estos marcos de interpretación, el cuerpo se entiende como una de las tantas empresas o proyectos que deben estar bajo el control directo de los sujetos: sus decisiones, erróneas o acertadas, se verán reflejadas en el estado del cuerpo y la salud de la que este goce. Así, son las personas quienes aparecen como responsables de sus propios estados de salud como resultado de su disciplina, cálculo y esfuerzo. Autoras como Hannele Harjunen [2017] y Lauren Berlant [2007] han analizado esto referido en especial a los hábitos alimenticios, al mostrar cómo en el régimen neoliberal se responsabiliza,

premia o culpabiliza a los sujetos por sus decisiones sobre qué comer y, por tanto, sobre su salud o apariencia, equiparando cuerpos delgados con salud y disciplina en contraste con cuerpos gordos, de exceso y rebeldía, que son percibidos socialmente como el reflejo de falta de responsabilidad y decisiones racionales.

Los ejemplos compartidos en los casos de Nohemí y Penélope reflejan estos mismos valores al asumir la responsabilidad de cuidar el cuerpo en términos exclusivamente individuales, y la manera en que esto forma parte de lo que podría llamarse una gestión personalizada de la precariedad. Ambas participantes mencionan algunas de las estrategias de las que se valen en este proceso; por ejemplo, priorizar la seguridad física por sobre el ingreso inmediato porque en caso de haber un accidente de trabajo, a la larga este representaría más costos que la propia trabajadora tendría que pagar. En el caso de Nohemí, la estrategia que menciona es ser más consciente de los procesos a los que su cuerpo se enfrentará en pocos años y empezar a cuidar de él de forma preventiva desde ahora. En ambos ejemplos es posible percibir estos esfuerzos individuales como parte de las responsabilidades que las trabajadoras asumen con la esperanza de evitar los peores escenarios.

Estas estrategias de cuidado, control y cálculo racional de los riesgos asociados con el cuerpo suceden en un contexto que, por una parte, exige e impone estas conductas por medio de agresivos mensajes de individualización del riesgo y la salud, mientras que, por otra parte, agudiza las condiciones de precariedad, exposición y vulnerabilidad del propio cuerpo. El cuerpo precario, por tanto, es un cuerpo contradictorio que debe ser controlado mientras que, al mismo tiempo, carece del control sobre los medios que le permiten asegurar su supervivencia.

De esta forma, la precariedad es reforzada como un régimen de control social de desprotección de las trabajadoras, ya que la falta de organización colectiva permite que la salud

se perciba como una responsabilidad privada más que como un derecho de la sociedad en general y de las trabajadoras en particular, pues su actividad laboral tendría que garantizar los medios para que ellas pudieran reponer las fuerzas y energías vitales que se consumen en el proceso productivo.

Al mismo tiempo, el cuerpo precario expone las contradicciones propias del sistema neoliberal puesto que mientras más se insiste en la responsabilidad individual sobre todas las esferas de la vida, más se revela a las propias mujeres su falta de herramientas para enfrentar procesos asociados con su cuerpo y, por tanto, la imposibilidad de hacerse cargo por sí mismas de sus procesos de salud y cuidado corporal.

Esto se refleja de manera precisa en el caso de Nohemí, quien primero menciona que solo se tiene a ella misma para enfrentar alguna enfermedad y después afirma que no tiene posibilidades de atenderse por sus propios medios; en su testimonio expresa la brecha entre los discursos (“solo me tengo a mí misma”) y los límites materiales que los confrontan y revelan en toda su injusticia (“no puedo hacer frente a esto yo sola”). De esta manera, las experiencias del cuerpo precario podrían desembocar en procesos de repolitización de las condiciones de trabajo y vida en la medida en que las sujetas son conscientes de la necesidad de contar con algo *más allá de sí mismas* para enfrentar procesos de envejecimiento y enfermedad en condiciones dignas. Así, la interdependencia se hace más evidente en la precariedad, contrastando de forma aguda (y por ello quizás esperanzadora) con la ideología neoliberal de individuos cuyo bienestar depende exclusivamente de ellos mismos.

La segunda dimensión para analizar las interacciones entre precariedad y cuerpo en las experiencias de las entrevistadas

es la salud mental. Desde la sociología de la salud se ha avanzado en la comprensión de las enfermedades o malestares psicológicos como procesos que tienen lugar en un contexto histórico y que no pueden analizarse desvinculados de los hechos sociales, culturales y subjetivos en los que suceden [Burin, Moncarz y Velázquez, 2000; Ordorika, 2009]. Si en general la salud es un proceso social, esto se hace más evidente en la salud mental, que por sus propias características colapsa los binarismos entre lo físico-biológico y lo subjetivo: las enfermedades mentales involucran ambas dimensiones y se expresan como experiencias para quienes las padecen.

Siguiendo esta propuesta, en esta sección analizo las interacciones entre las realidades del mercado de trabajo, los procesos de precarización que esto ha implicado en sus vidas cotidianas y la forma en la que sus cuerpos han interactuado con esto en dos sentidos: por una parte, siendo los receptores de estas condiciones mientras que, por otra parte, no son únicamente receptores pasivos sino que reaccionan expresando esos malestares en la forma de deterioros en la salud mental, principalmente en la forma de episodios depresivos.

Aunque varias de las entrevistadas expresaron haberse sentido ansiosas, desanimadas, asustadas o cansadas debido a su condición laboral, los testimonios que se analizan a continuación son únicamente los de quienes habían sido diagnosticadas por un profesional de salud con un trastorno depresivo y estaban tomando (o habían tomado) medicamentos para ello.

Con este análisis no se intenta establecer una relación causal entre realidades en el mercado laboral precario y depresión; lo que interesa según los fines de este capítulo es hacer visible la forma en que las propias sujetas interpretan esta experiencia, los vínculos que establecen entre sus condiciones de precariedad laboral y salud mental y, con ello, los significados que confieren a sus cuerpos precarios.

En los apartados siguientes, el análisis de las entrevistas se organiza a partir de las características más relevantes que según las participantes del estudio influyeron en sus episodios depresivos. Como puede observarse, estas características están fuertemente asociadas con valores neoliberales que rodean a la actividad productiva.

El caso de Alicia: el cuerpo sin recompensas

Alicia, de 32 años de edad y con estudios de maestría, se encontraba al momento de la entrevista en una situación de precariedad en la que era difícil para ella hacer frente a los gastos del día a día. Según expresó en la conversación, siempre había sido una alumna comprometida y destacada, por lo que al terminar sus estudios de licenciatura decidió seguir con la maestría en un área de ciencias sociales.

Cuando tuvimos la primera entrevista había terminado unos meses atrás un internado no pagado en una prestigiosa organización internacional no gubernamental. Esto había representado para ella una cantidad importante de tiempo y recursos, según cuenta:

Desde octubre que terminé una especie de pasantía en la Organización pero que no fue remunerada (...) lo vi más como una especie de inversión porque sí me requería dar dinero, bueno no dar dinero, pero gastar en comidas, reuniones, transporte, desayunos; eso ya para mí era una inversión, prácticamente todos mis ahorros, lo poco que me quedó de la consultoría y de la beca se me fue en vivir esos seis meses para lo del internado.

Pese a estos esfuerzos, la realidad en el mercado laboral no le había permitido tener una trayectoria laboral ascendente como ella había imaginado. Por el contrario, las ideas

sobre el mérito y la preparación constante parecían no cumplirse en su caso pues al momento de la entrevista trabajaba en proyectos que, desde su perspectiva, implicaban incluso un retroceso:

Pues ahora estoy de *freelance*, tengo digamos un trabajo que tiene que ver, en este momento lo definiría como volver al trabajo de estudiante. Tengo los trabajos y prácticamente gano lo mismo que ganaba cuando estaba en la universidad sin haberme titulado (...) veo con tristeza y con incertidumbre, porque en este mundo piensas que conforme vayas avanzando en tus estudios vas a avanzar en la escala profesional, que es una forma paralela, y no. Ya terminé la maestría, yo pensé que esta situación no la iba a volver a tener cuando salí de la universidad y que estaba buscando trabajos, dije “no, con la maestría no me va a pasar eso”, entonces en el círculo en el que estoy regresando, el punto es que vuelvo a los trabajos de universitaria.

Este sentimiento, como ella lo describe, tomaba la forma de caminar en círculos, de que sin importar sus esfuerzos y la inversión en su profesionalización, esto parecería no otorgarle ningún control adicional sobre sus condiciones de trabajo o de vida. En ese momento dependía de préstamos de sus padres, su hermana y créditos bancarios para hacer frente a sus gastos cotidianos. Pese a ello, Alicia continuaba buscando empleo, pero todas estas circunstancias de incertidumbre, duelo y preocupación habían sido el escenario en el que se produjeron en ella diversos malestares asociados con la salud mental, según cuenta:

Pues ahora, con mi situación actual, ha sido de... pues eso, de mucha tristeza, de mucha ansiedad (...) es muy fuerte. Entonces me ha dado... así muchísimo en, pues sí, en la autoestima [se quiebra la voz], en... pues en un montón de cosas que sé que están fuera, que no dependen de mí porque hay un momento de conciencia que, por lo que he leído, por lo que sé, digo “no, no

eres tú, es el maldito sistema”, pero también hay momentos en los que dices será suerte, o no he tocado las puertas correctas, o no me he sabido comportar como tendría que comportarse uno en estos contextos, en donde tienes que ser una especie de relacionista público (...). De repente me emociono un poco más o estoy más estable anímicamente y digo “no pues, mira, o sea, llegará el tiempo, y algo va a salir, algo vas a construir”, pero sí, sí ha sido muy difícil, pues a veces no puedo dormir, he estado muy ansiosa por el tema económico y también es una cuestión más vital y de sobrevivencia en este mundo, ¿no? Cómo resuelves tus broncas económicas, y de vitalidad; yo el tema trabajo lo veo no solo como de me van a pagar y tengo prestaciones o no, sino como un sentido de la vida (...) y estar así en este limbo te pone así, y eso también me enoja mucho, porque digo no, ya no quiero pensar en esto, pero a veces no puedo, y de verdad que cuando no puedo es en las noches, llego cansada a la cama y digo “ya tengo sueño” y así mágicamente se me quita el pinche sueño y no puedo dormir; son dos horas de darle vueltas a la cama, y de ver “no, ya, tranquila”, hasta que bueno, la noche me arropa y ya me quedo ahí, pero sí pues yo veo cómo eso se traduce en el cuerpo, ¿no? El cuerpo habla y sin afán de *hippie* pero sí.

En el testimonio de Alicia es posible ver algunos de los afectos encarnados que forman parte de la precariedad como una experiencia social-corporal, que trasciende las condiciones del mercado de trabajo. Es decir, es imposible para las personas separar la realidad material de otros aspectos de sus identidades y subjetividades, de la misma forma que es imposible separar de manera tajante lo biológico de lo social y afectivo: el cuerpo que no puede dormir, que está ansioso, que llora y se siente con falta de energía es la materialidad que expresa los procesos históricos que lo atraviesan.

En este caso, hay algunos aspectos relevantes para comprender la precarización neoliberal de la existencia, que resumo a continuación.

El primero de ellos es la forma en que la precarización está fuertemente ligada a marcos de interpretación que, al igual que en la sección anterior, depositan en los individuos la responsabilidad absoluta sobre sus realidades. En el caso de Alicia, pese a estar consciente de los procesos estructurales, su explicación vuelve a centrarla en ella misma como quien en última instancia es responsable de su precariedad; por ello, es posible que esta afecte su autoestima y su sentido de habilidad para hacer frente al contexto que habita.

El segundo aspecto es que, incluso aceptando la responsabilidad individual sobre sus destinos económicos, las trabajadoras confrontan una realidad que contradice los principales postulados del sistema ideológico neoliberal. La idea de meritocracia como una recompensa a las decisiones adecuadas de los sujetos no se cumple en un mercado laboral precarizado y esto deja a las sujetas con un fuerte sentimiento de falta de control y desconcierto.

Finalmente en este caso también es posible observar la relación afectiva que las trabajadoras establecen con sus actividades productivas. Estas no son únicamente actividades económicas sino, más allá, prácticas significativas que otorgan un sentido vital a la experiencia individual; en palabras de Alicia, su precariedad no era solo económica, sino que también representaba un obstáculo para participar en el mundo social de la forma en que ella deseaba (“el trabajo lo veo como un sentido de la vida”). Así, la precariedad es un proceso corporal y afectivo, no únicamente por los efectos negativos a los que da lugar, como en el caso presentado, sino también porque estos coexisten con expectativas afectivas que las sujetas han puesto sobre sus actividades profesionales como un espacio de satisfacciones individuales y reconocimiento social [Weeks, 2011].

El caso de Cecilia: el cuerpo hiperproductivo

El caso de Cecilia, aunque parecido al de Alicia en algunas cosas, muestra otro tipo de efectos e interacciones entre la precariedad laboral, el cuerpo y los episodios depresivos. Cuando tuvimos la primera entrevista, ella tenía 31 años de edad, vivía con su mamá y con su hijo de siete años. Cecilia había terminado una licenciatura y una maestría en humanidades y se dedicaba a distintos proyectos, como consultorías de corta duración, y daba clases en una universidad pública y en otra privada.

Pese a todas estas actividades, el ingreso de Cecilia era limitado para cubrir sus gastos y los de su hijo; por esa razón, vivía en el departamento de su madre, compartía con ella los gastos del hogar y se apoyaban entre sí y para su hijo en términos de cuidados. Sin embargo, Cecilia percibía con preocupación su situación económica; su angustia principal era los gastos de su hijo y las oportunidades que podía brindarle:

Sí estamos de repente medio apretadas en nuestros gastos, aunque no pagar renta ayuda muchísimo porque el departamento en el que vivimos es de mi mamá (...) claro que hay meses que la cosa se pone más complicada, lo que me pagan en la universidad es muy poquito, lo disfruto mucho pero es muy poquito el ingreso que sale de ahí, aunque al mismo tiempo es experiencia que vas juntando por si en algún momento hay oportunidad de algo más estable (...). Si yo estuviera sola con mi mamá a lo mejor no me estresaría tanto, pero ya con mi hijo pues, como toda mamá, pienso en cómo hacerle para darle lo mejor; a veces no puedo y eso claro que me preocupa, no sé, no poder pagar las clases extras a lo mejor si tú quieres de piano o guitarra, que no es que las necesite pero que una piensa “estaría bien poder darle eso”, pero ahorita no, no se puede, pero claro que yo sigo buscando cosas para estar preparada para su futuro, que él va a necesitar más cosas y al mismo tiempo yo voy a estar más vieja, entonces ahorita es cuando hay que pensar por dónde.

Estas citas son de la primera entrevista con ella y reflejan el estrés constante asociado con la falta de estabilidad en sus empleos y, también, con las necesidades crecientes de su hijo, lo cual suponía una presión continua por incrementar sus ingresos

Hubo una segunda entrevista 10 meses después de esta. En ese momento se encontraba recuperándose de un episodio depresivo que había empezado a manifestarse apenas un par de meses después de la primera vez que conversamos y que se relacionaba, según explica, con las condiciones de estrés y cansancio acumulado:

Cecilia: Ahorita ya me siento mejor, también por eso no había querido darte la entrevista antes, todavía estaba todo muy fresco, y no es que ahorita ya esté al cien pero sí me siento mucho mejor.

Entrevistadora: ¿quieres contarme qué pasó?

Cecilia: pues como te dije, lo que pasó fue que tuve una depresión muy fuerte (...). De repente tenía muchísimo trabajo; además de las clases acepté un proyecto de consultoría para una organización no gubernamental y resultó que era más trabajo del que había pensado que sería. Me estaba tomando mucho tiempo ya, más las clases que siempre implican mucho trabajo, sin darme cuenta ya estaba en un ritmo de trabajo de todo el día, con muy poquitos tiempos para estar con mi hijo, ¿no? Era todo trabajo, trabajo, trabajo y justo cuando por fin entregué el proyecto y en teoría tendría que haberme sentido mejor, lo que pasó es que empecé con este como desánimo, como que me costaba mucho concentrarme, me sentía, pues sí, deprimida. Empecé un proceso terapéutico, además de los chochos que me estoy tomando, ya antes había ido a terapia pero lo dejé por lo mismo del dinero, pero regresé y con mi terapeuta hemos pensado que es el ritmo de trabajo y al mismo tiempo el estrés lo que me puso así, como no poder parar, no poder descansar, no poder decir 'hasta aquí'; y por qué no dices hasta aquí, pues porque estás todo el tiempo pensando en que es más ingreso, que lo necesitas

para esto o para aquello hasta que es un cansancio que ya no es nada más de estoy cansada físicamente sino que es ya que estás tronadísima, que ya aunque te acuestes no puedes descansar. No sé cómo explicarte, sería algo más como fatiga extrema o algo así que al final es también depresión, ¿no? (...). El tratamiento sí me ha ayudado, sí ha sido recibir como un *shock* de energía poco a poco y volver a tener ganas de hacer cosas.

En este testimonio hay algunos puntos de coincidencia con el anterior, principalmente en lo referido a la responsabilidad individual que las entrevistadas expresaron con respecto a su situación económica y laboral. Si en el caso de Alicia la estrategia seguida era la constante preparación profesional, en el caso de Cecilia fue la búsqueda continua de empleos de corta duración como consultorías, talleres, etcétera, a la par de los ingresos más estables, aunque más limitados, provenientes de dar clases.

Nuevamente se hace visible la forma en que el cuerpo debe responder a ciertos imperativos de la realidad económica, en este caso, al trabajo sin pausas: es posible afirmar que una de las características de la precarización neoliberal es la exigencia de hiperproductividad de las trabajadoras, para lo cual se niegan sus propias necesidades corporales de descanso y bienestar.

Como Cecilia expresó en su entrevista, hay dos ámbitos en los que ella sentía no tener el control: el primero es el futuro, lo que supuso constante estrés y preocupación sobre todo en relación con su hijo; el segundo aspecto son las horas y la intensidad de trabajo, en sus palabras, la sobrecarga de actividades ocurrió “sin darse cuenta” y por su incapacidad para decir “hasta aquí”, es decir, sin que ella contara con los recursos o la posibilidad de fijar límites o negociar sus jornadas productivas. En este caso, de nuevo, se observa la responsabilidad individual que las trabajadoras sienten incluso por tomar este tipo de decisiones; en este ejemplo, Cecilia expresa

que su depresión fue en parte consecuencia de no haber puesto un alto, aunque, al mismo tiempo, explica esta decisión motivada por su deseo de aumentar sus ingresos y estar preparada para el futuro.

Bajo el paradigma de la corporalidad, el cuerpo es también un sitio desde donde surgen resistencias a los discursos de poder que los atraviesan y disciplinan; pese a que el cuerpo no puede existir fuera de ciertas coordenadas normativas, su sujeción a estas nunca es total. En este caso, el cuerpo puede entenderse como un espacio que se resiste a obedecer en su totalidad los mandatos de hiperproductividad dictados por la precarización: Cecilia experimentó un cansancio extremo que incluso provocó que dejara de trabajar por varios meses para recuperarse. Es decir, su propio cuerpo se negó a ser tratado como una herramienta que puede someterse a los ritmos de “trabajo, trabajo, trabajo”; por el contrario, estaba “tronadísimo” (sobree exigido) y, según narra, no se trataba solo de ponerlo a descansar físicamente, sino de hacer visible la forma en que los ritmos de trabajo y estrés incorporados no eran sostenibles. Incluso mediante la depresión, el cuerpo estaba comunicando su mensaje sobre la imposibilidad de ser *solo* un instrumento productivo.

El caso de Esther: el cuerpo sin certezas

Por último, presento el caso de Esther, de 36 años, quien con estudios doctorales terminados al momento de la entrevista, se encontraba trabajando también como profesora por horas en una universidad privada y en otros proyectos temporales. Al igual que en el caso de Alicia, para Esther concluir sus estudios de doctorado había implicado un esfuerzo económico muy grande, sobre todo porque parte de estos los realizó en el extranjero con ingresos insuficientes. A la par de su estancia,

Esther enfrentó un divorcio que alteró de manera importante sus planes al regresar a México:

Además me fui de estancia de investigación a Europa, y está muy caro, entonces con la beca no aguantas, todo el dinero que tenía ahorrado se me fue en la estancia (...). Me fui de estancia de investigación en octubre del 2016 y regresé a México el 31 de marzo de 2017; llegué sin dinero, la cosa fue que yo asumí que iba a seguir casada cuando regresara y pendejamente pensé, bueno pues, nos echamos la mano, bla, bla, y no, al contrario.

Por esta razón, a su vuelta a México debió apoyarse en sus redes familiares y de amistad para sobrevivir, puesto que los trabajos a los que tuvo acceso no le proveían suficiente ingreso. Esther vivía con una amiga y, con su ayuda, más la de su mamá, enfrentó el proceso de divorcio y subempleo:

La verdad es que no me alcanza. Ahorita, por ejemplo, tengo una superventaja que es que mi amiga me está prestando, porque en enero no percibí nada de dinero; un dinero con el que yo contaba no me lo pagaron, y entonces en enero no tuve prácticamente ingreso, he vivido gracias a la caridad de mi amiga porque me ha perdonado la renta *güey*. Imagínate, no le he pagado la renta de enero ni de febrero, y entonces pues ya voy a recibir un bono de titulación en tiempo y forma del doctorado; son como 26 000 pesos y eso lo voy a utilizar para pagarle a mi mamá y a mi amiga.

El proceso de duelo al haber enfrentado una separación amorosa, a la par de los cambios inesperados que esto provocó en su situación material, y la ausencia de un empleo que pudiera brindarle estabilidad generaron una situación de mucho estrés y malestares para Esther:

Para mí es importante primero intentar no suicidarme cada día, ¿no? Lo digo en serio. Porque pues no te creas, ese asunto

de la salud mental que ya había durado muchos años sin esta sensación, pero ya me regresó (...). Ahorita no me siento nada bien de salud mental, entonces, en realidad mi plan es intentar hacer la estancia posdoctoral para poder capitalizarme, pero sí, estoy pensando qué voy a hacer porque no estoy segura de querer seguir con esto; es como muy desgastante, pero lo cierto es que no tengo experiencia más que académica, entonces, imagínate cada vez yo voy envejeciendo, y eso también es una realidad (...). He intentado mandar CV a organizaciones y esas cosas, pero no, no tengo experiencia más que académica, entonces pues sí está como... me voy a morir, me voy a tapar en la indigencia con mi título de doctorado... Y sí, te afecta muchísimo, emocionalmente me ha afectado mucho; creo que por primera vez en mucho tiempo me siento sin esperanza, pienso que todo eso que yo había pensado en algún momento que iba a pasar en mi vida pues no está pasando, ¿no? La plaza académica cada vez veo más difícil que llegue; el divorcio fue muy difícil. Pensar que terminando el doctorado yo me veía de cierta manera y no, mira, vivo gracias a mi amiga, que le agradezco que me ayude y todo pero, no sé. Es un momento muy oscuro para mí. Tienes que reaccionar todo el tiempo y a veces tu cuerpo se tarda un poco en ajustarse a tantos cambios, a vivir aquí, trabajar en cosas que no pensaba, buscar otros caminos, intentar otras cosas; y es cansado ese intentarlo todo el tiempo sin saber para qué, sin imaginarme dónde voy a estar en el futuro. Por eso te decía: por lo pronto, concentrarme en no suicidarme, en estar bien, en no dejar que me ganen los pensamientos oscuros.

Este caso se hace eco de los anteriores: es posible también identificar una narrativa de esfuerzo sostenido como una forma de acceder a cierto tipo de empleos, la decepción que esto supone cuando no es materializado, así como el estrés constante frente a la imposibilidad de predecir o planear el futuro.

Sin embargo, el caso de Esther permite ver una dimensión adicional del cuerpo precario y sus interacciones con la salud mental. Esta tiene que ver con la imposibilidad de trasladar sin fisuras los imperativos del mercado de trabajo neoliberal

a la vida privada. Es decir, la precarización neoliberal es resultado, entre otras cosas, de las reformas que han flexibilizado el empleo; los trabajos precarios son de corta duración, no permiten construir trayectorias laborales ascendentes a pesar de la experiencia o del capital humano e implican una constante apertura de las trabajadoras para adaptarse a los empleos disponibles y adquirir nuevas habilidades. Estas características de los empleos se trasladan a las trabajadoras: la precariedad les exige ser flexibles, adaptables, no generar hábitos que no puedan interrumpirse y estar siempre a la búsqueda de nuevas alternativas y posibilidades de empleo, según explica Eva Jokinen:

Una de las formas de la agencia precaria en el día a día, y de acostumbrarse a romper hábitos y a la discontinuidad es no tomar las cosas con mucha seriedad. En teoría, la agencia precaria en la vida cotidiana se trata de ser flexible, libre, flotando, con la habilidad de ser empleada en múltiples tipos de trabajos, estar eternamente aprendiendo algo nuevo, no desarrollar apegos a casas ni lugares, desarrollar el hábito de no desarrollar hábitos [Jokinen, 2016: 95, traducción propia].

La imposibilidad de cumplir con estas demandas del mercado laboral en la vida personal se ven reflejadas en la experiencia de Esther quien, como menciona, había invertido todo su tiempo en prepararse para ser académica, lo que le impedía insertarse en otro tipo de empleos; pero, además, la exigencia de ser flexibles y estar abiertas a todo tipo de vida, lugares, personas y trabajos es lo que, en su narrativa, Esther identificaba como una de las razones para sentirse deprimida. En sus palabras, este proceso era desgastante, desesperanzador y no le había permitido tomarse el tiempo para que su cuerpo se adaptara a sus nuevas condiciones. La imposibilidad de tener certezas sobre el futuro y sobre las condiciones materiales de este se reflejan en las fantasías dolorosas

que Esther narra: vivir en la indigencia junto a su título de doctorado.

El cuerpo precario, por tanto, se percibe como un cuerpo que está obligado a ser flexible, a adaptarse rápidamente al cambio de espacios físicos, a ser capaz de moverse de una rutina laboral a otra y de un proyecto de corto plazo a otro. Sin embargo, al igual que en el caso de Cecilia, cuyo cuerpo reaccionaba a las demandas de hiperproductividad, en el caso de Esther el cuerpo se resiste a esta flexibilidad, manifestando esta resistencia en la forma de un episodio depresivo que revela la necesidad de las sujetas sociales por tener certezas, o la seguridad de ciertos derechos económicos que garanticen los aspectos más básicos de la supervivencia.

CONCLUSIONES. EXPERIENCIAS DE PRECARIEDAD Y UNA ECONOMÍA
POR LA SOSTENIBILIDAD DE LA VIDA

Hasta aquí se ha presentado la forma en que la precariedad configura experiencias sociales particulares de acuerdo con características como la clase y el género. En los casos analizados, los testimonios de mujeres profesionistas mexicanas permiten examinar la interacción entre precariedad, cuerpo, salud y subjetividades en un contexto neoliberal.

En un primer lugar, en estos casos se observa la forma en que la precariedad es vivida y encarnada: cómo el cuerpo adquiere el significado de algo que las propias sujetas deben controlar a partir de decisiones racionales y esfuerzo individual y cómo, de esta manera, la salud se entiende como una responsabilidad privada más que como un derecho colectivo. En un segundo momento, se ha discutido el modo en que esta narrativa presenta límites materiales y las propias trabajadoras cuestionan, mediante sus malestares corporales, valores neoliberales como la meritocracia, la individualización de las condiciones de vida y la idea de responsabilidad privada

en vez del reconocimiento de la responsabilidad colectiva en procesos de supervivencia y bienestar.

Así, el análisis de la precarización del trabajo y la vida es un proyecto relevante no solo para entender las experiencias del momento contemporáneo neoliberal, sino también como una fuente de crítica y alternativas a este sistema. Si el cuerpo neoliberal es aquel que debe controlarse racionalmente por medio de cálculos individuales, el cuerpo precario es el que se revela como existencialmente expuesto y, por tanto, interdependiente. Si la trabajadora neoliberal debe abrazar valores como la hiperproductividad, el esfuerzo constante, la adaptabilidad sin límites y la actividad productiva como una recompensa en sí misma, la trabajadora precaria es aquella que en su experiencia incorpora la necesidad del descanso, de algunas certezas básicas referidas a su supervivencia y de recompensas materiales a su trabajo. Estas tensiones configuran las experiencias sociales de las trabajadoras, al tornar visible no solo la forma en que la ideología neoliberal se ha establecido como hegemónica sino también las fisuras, los puntos de fuga y el cuestionamiento que emergen como resultado de este sistema.

En este análisis, posicionar el cuerpo como una dimensión central de la experiencia es relevante porque, además de una mayor comprensión de procesos de precarización de la salud, permite imaginar alternativas económicas radicales que entiendan los cuerpos no solo como una herramienta productiva sino también como el espacio material-social en el que se encarnan procesos económicos en un sentido amplio.

Una economía que apueste por la sostenibilidad de la vida, como se ha planteado desde la economía feminista, es una economía que considera las experiencias corporales de las sujetas sociales y que tiene como objetivo garantizar las condiciones de bienestar y dignidad de los cuerpos; reconoce su condición de vulnerabilidad e interdependencia y, con ello, la necesidad colectiva del cuidado (entendido no solo como

trabajo de cuidados, sino en un sentido que considera también las estructuras de cuidado de los cuerpos: vivienda digna, alimentación, acceso a servicios de salud, así como tiempo de descanso y recreación) como una de las dimensiones indispensables para existencias no precarizadas.

REFERENCIAS

- Armano, E.; A. Bove y A. Murguía (eds.), [2017], *Mapping precariousness: Subjectivities and resistance*, New York, Routledge, <<https://cutt.ly/SHqLDcj>>.
- Benach, J. *et al.* [2014], “Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health”, *Annual Review of Public Health* 35(1): 229-253, <<https://cutt.ly/EHqLJ51>>.
- Berlant, L. [2007], “Slow death (sovereignty, obesity, lateral agency)”, *Critical Inquiry*, 33(4):754-780, <<https://cutt.ly/VHqL9yV>>.
- Betti, E. [2016], “Gender and precarious labor in a historical perspective: Italian women and precarious work between fordism and post-fordism”, *International Labor and Working-Class History*, 89 (primavera): 64-83.
- Brown, W. [2003], “Neo-liberalism and the end of liberal democracy”, *Theory and Event*, 7(1).
- Burin, M.; E. Moncarz y S. Velázquez [2000], *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*, México, Paidós.
- Butler, J. [2009], “Performatividad, precariedad y políticas sexuales”, *Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(3): 321-336.
- Butler, J. [2004], *Precarious life: the powers of mourning and violence*, Londres, Nueva York, Verso.
- Butler, J.; Z. Gambetti y L. Sabsay (eds.) [2016], *Vulnerability in resistance*, Durham, Duke University Press.

- Csordas, T. J. [1990], “Embodiment as a paradigm for anthropology”, *Ethos*, 18(1): 5-47.
- Gray, B.; C. Grey, A. Hookway, L. Homolova y A. Davies [2021], “Differences in the impact of precarious employment on health across population subgroups: A scoping review”, *Perspectives in Public Health* 141(1): 37-49, <<https://cutt.ly/jHqZufm>>.
- Gutiérrez Rodríguez, E. [2014], “The precarity of feminisation on domestic work, heteronormativity and the coloniality of labour”, *International Journal of Politics, Culture, and Society*, 27(2):191-202, <<https://cutt.ly/5HqZp9V>>.
- Harjunen, H. [2017], “Neoliberal bodies and the gendered fat body”, *Routledge research in gender and society* 52, Nueva York, Routledge Taylor & Francis Group.
- Harris, A. [2004], *Future girl: young women in the twenty - first century*, New York, Routledge.
- Jokinen, E. [2016], “Precarious everyday agency”, *European Journal of Cultural Studies* 19(1): 85-99, <<https://cutt.ly/iHqZgcg>>.
- Kachi, Y., T. Otsuka y T. Kawada [2014], “Precarious employment and the risk of serious psychological distress: A population-based cohort study in Japan”, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 40(5): 465-472, <<https://cutt.ly/aHqZkIu>>.
- Lambert, R. y A. Herod (eds.) [2016], *Neoliberal capitalism and precarious work. Ethnographies of accommodation and resistance*, Cheltenham, Reino Unido y Northampton, Edward Elgar Publishing.
- Levin, D. M. [1985], “The body politic: Political economy and the human body”, *Human Studies*, 8(3): 235-278.
- Lorey, I. [2015], *State of insecurity: Government of the precarious*, Aileen Derieg (trad.), Londres, Futures, Nueva York, Verso.

- McDowell, L. [2014], “Gender, work, employment and society: feminist reflections on continuity and change”, *Work, employment and society*, 28(5): 825-837.
- McLaren, M. A. [2002], *Feminism, Foucault, and Embodied Subjectivity*, Albany, Nueva York, State University of New York Press.
- Ordorika Sacristán, T. [2009], “Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres”, *Revista Mexicana de Sociología*, 71(4): 647-674.
- Pulido Navarro, M. y R. Cuéllar Romero [2017], “Trabajo, ‘precariedad’ y salud”, en Celia Pacheco Reyes, *Construyendo desde la economía de los trabajadores*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco: 99-112.
- Shilling, C. [2007], “Sociology and the body: classical traditions and new agendas”, *The Sociological Review*, 55 (1 suppl):1-18, <<https://cutt.ly/pGv2i72>>.
- Standing, Guy [1999], “Global feminization through flexible labor: A theme revisited”, *World Development*, 27(3): 583-602, <<https://cutt.ly/IGv2yOk>>..
- Ventura, P. [2012], *Neoliberal culture: living with American neoliberalism*, Farnham, Surrey, Inglaterra, Burlington, VT, Ashgate.
- Vosko, L. [2010], *Managing the margins gender, citizenship, and the international regulation of precarious employment*, Oxford, Oxford University Press.
- Weeks, K. [2011], *The problem with work. Feminism, marxism, antiwork politics and postwork imaginaries*, Durham y Londres, Duke University Press.
- Wehrle, Maren [2016], “Normative embodiment. The role of the body in Foucault’s genealogy. A phenomenological re-reading”, *Journal of the British Society for Phenomenology*, 47(1): 56-71, <<https://cutt.ly/oGv04xk>>.

II. INEQUIDADES Y ACCESO A SALUD

5. LAS BRECHAS DE ACCESO EFECTIVO AL DERECHO A LA SALUD: UN ANÁLISIS CONTEMPORÁNEO DE LA TRAYECTORIA Y DETERMINANTES EN MÉXICO

*Estefany Licona Santillán**
*José Nabor Cruz Marcelo***

A partir de los efectos negativos que, en diversos ámbitos, la pandemia por SARS-CoV-2 (covid-19) ha dejado en la mayoría de los países del mundo, para el caso mexicano se han observado aún más las grandes vulnerabilidades y retos para el sistema de salud. La baja calidad en la cobertura de los servicios de salud y un sistema de seguridad social fragmentado provocaron que las brechas de acceso a grupos vulnerables se exacerbaban y dejaran al descubierto la desigualdad del sector.

Este documento analiza la trayectoria de la desigualdad a partir de las brechas de acceso a la salud. Con ayuda de un modelo *logit*, a partir de los datos de la ENIGH [2018] encontramos algunos de los determinantes con la mayor probabilidad de ser vulnerable en términos de acceso efectivo a servicios de salud, mientras que el análisis de escenarios permite entender la interseccionalidad entre las diversas características.

* Subdirectora de Investigación y Análisis de la Política Social del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval).

** Secretario Ejecutivo del Coneval.

La pandemia por SARS-CoV-2 (covid-19) ha evidenciado la enorme variedad de desigualdades socioeconómicas en México; una de ellas es la inherente al sistema de salud. Con la emergencia sanitaria y la entrada en vigor del cierre de actividades económicas no esenciales, la pandemia representó un choque económico para los trabajadores cuyos negocios tuvieron que cerrar, así como para las personas que cayeron en desempleo o que transitaron a la informalidad. Estos desequilibrios en el mercado laboral derivados de la contingencia sanitaria colocaron en una situación de vulnerabilidad y precariedad laboral a un porcentaje de trabajadores en términos del acceso a servicios de salud y a la seguridad social, sin mencionar a las personas que ya carecían de dichos derechos sociales antes de la pandemia.

De acuerdo con el artículo 6° de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), los derechos sociales son: educación, salud, alimentación nutritiva y de calidad, vivienda digna y decorosa, disfrute de un medio ambiente sano, trabajo, seguridad social y los relativos a la no discriminación, en términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). Dicha ley sustenta las dimensiones incorporadas en la Medición Multidimensional de la Pobreza (MMP) elaborada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) en México.

En particular, el derecho a la salud está estipulado en la CPEUM mediante su artículo 4°, el cual establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Por su parte, la Ley General de Salud aboga por el derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, en caso de no ser derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

No obstante, a pesar de que la política social debe propiciar las condiciones que aseguren el disfrute de los derechos

sociales, aún queda camino por recorrer. En 2018, la población con carencia por acceso a servicios de salud¹ fue de 16.2 %. Si bien este porcentaje se ha reducido desde 2008, cuando la carencia aumentó a 38.4 % de la población, en la actualidad aún restan 20.2 millones de personas sin acceso a este derecho social.

Aunado a lo anterior, el mercado laboral en México se ha precarizado velozmente. La población con carencia por acceso a seguridad social² se incrementó a 57.3 % de la población en 2018 (71.7 millones de personas). Esta situación coloca en una posición de vulnerabilidad a los trabajadores ya que no cuentan con un medio de protección ante la vejez, el embarazo o situaciones imprevistas, como eventualidades, enfermedades o, precisamente en la coyuntura de 2020, las contingencias sanitarias.

La atención en el acceso a servicios de salud y a la seguridad social se debe a que estos derechos sociales son particularmente importantes en el contexto de la contingencia sanitaria por covid-19. No obstante, previo a la contingencia sanitaria ya se observaban brechas de desigualdad en el acceso a los

¹ De acuerdo con la MMP, se considera que una persona tiene carencia por acceso a los servicios de salud cuando “no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluidos el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados” [Coneval, 2019b: 51].

² Por su parte, la carencia por acceso a la seguridad social se delimita a partir de los siguientes criterios: “en cuanto a la población económicamente activa, asalariada, se considera que no tiene carencia en esta dimensión si disfruta, por parte de su trabajo, de las prestaciones establecidas en el artículo 2° de la LSS (o sus equivalentes en las legislaciones aplicables al apartado B del Artículo 123 constitucional) [...] en el caso de la población trabajadora no asalariada o independiente, se considera que tiene acceso a la seguridad social cuando dispone de servicios médicos, como prestación laboral o por contratación voluntaria al régimen obligatorio del IMSS y, además, cuenta con SAR o Afore. Para la población en general, se considera que tiene acceso cuando goza de alguna jubilación o pensión o es familiar de una persona dentro o fuera del hogar con acceso a la seguridad social. En el caso de la población en edad de jubilación (sesenta y cinco años o más), se considera que tiene acceso a la seguridad social si es beneficiario de algún programa social de pensiones para adultos mayores” [Coneval, 2019b: 53-54].

servicios de salud y a la seguridad social que se agravan cuando se analiza a grupos vulnerables e históricamente discriminados, como son: mujeres, población indígena, adultos mayores y personas con discapacidad. El análisis es en particular relevante ya que no solo se estudia el acceso a la salud de estos grupos discriminados desde un pasado remoto, sino que se consideran de forma simultánea todas estas características (interseccionalidad), así como el contexto regional y geográfico en el que se encuentran los individuos. De este modo, al tomar en cuenta la interseccionalidad de la desigualdad en el acceso a la salud, se observa cómo se exagera cuando se incorporan las características antes señaladas, las cuales son ajenas al control de los individuos ya que refieren a su origen, lo que refleja así una gran desigualdad de oportunidades en el acceso a la salud.

Lo anterior se prueba de forma empírica por medio de un modelo *logit* con datos de 2018 para obtener la probabilidad de acceso a la salud de los jefes de hogar en México, con la utilización de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares [ENIGH, 2018]. El acceso a la salud, el cual es la variable dependiente del modelo, se cuantifica mediante las personas que tienen acceso a la salud ya sea mediante servicios médicos como los de seguridad social, de modo que, si un individuo posee una de las dos carencias, eso limita sus posibilidades de acceso a la salud.

Por su parte, por medio del modelo *logit* identificamos los determinantes del acceso a la salud que poseen significancia estadística, así como su efecto marginal en la probabilidad. Dichos determinantes refieren a características socioeconómicas del jefe de hogar: edad, escolaridad y estado de ocupación, así como a características del origen de los individuos que reflejan la desigualdad de oportunidades en el acceso a la salud: el género del jefe de hogar, su condición de pobreza, si vive en un hogar indígena, el ámbito (rural o urbano) y la entidad federativa en la que habita. Aunado a las características

anteriores, se incorporó el grado de inseguridad alimentaria y si la persona posee alguna discapacidad, para conocer el grado de vulnerabilidad en términos de alimentación y salud. Los resultados reflejan la gran vulnerabilidad de ciertos grupos; sin embargo, con un análisis de escenarios, observamos la interseccionalidad de la desigualdad en el acceso a la salud, al resultar que características como el sexo, la condición de pobreza, el ámbito de residencia y si el individuo habita en un hogar indígena, agravan la probabilidad estimada.

El presente capítulo se estructura de la siguiente forma: además de la introducción, en el primer apartado se expone la revisión de literatura en torno a los hallazgos sobre la desigualdad en salud. Posteriormente, en el análisis de hechos estilizados, se reportan cifras relevantes en el contexto del acceso a la salud en México, así como un análisis sobre su trayectoria de 2008-2018. En el tercer apartado se describe el modelo *logit* estimado para demostrar de forma empírica la hipótesis planteada, así como los resultados obtenidos y el análisis de escenarios para aproximar a la desigualdad a la salud y la interseccionalidad. Finalmente, en el último apartado se indican las principales conclusiones y datos derivados del análisis.

REVISIÓN DE LITERATURA

La pandemia de covid-19 representa una crisis sin precedentes que “ha evidenciado y exacerbado las grandes brechas estructurales” [Cepal, 2020b: 13] en el mundo y, de forma pronunciada, en América Latina. De acuerdo con Cepal [2020b], los efectos económicos y sociales de la crisis por covid-19 se ven agravados ante problemas estructurales presentes en la región: desigualdad, pobreza, vulnerabilidad, así como sistemas de salud y de protección social fragmentados, lo cual se refleja en los altos niveles de informalidad laboral.

Aunado a lo anterior, en el ámbito de la salud, las diversas desigualdades en diferentes estratos, como “el nivel socio-económico, el género, la etapa del ciclo de vida, la condición étnico-racial, el territorio, la situación de discapacidad y el estatus migratorio [...] generan escenarios de exclusión y discriminación múltiple y simultánea” [Cepal, 2020b: 13]. De este modo, la desigualdad en el ámbito de la salud se refleja en la cobertura, el acceso efectivo y la calidad de los servicios. En particular, la crisis sanitaria ha dejado a la vista la desigualdad en el acceso a la salud en México, así como el estatus de vulnerabilidad para las personas desocupadas, los trabajadores informales y los que ya se encontraban laborando en condiciones precarias, principalmente si su acceso a la salud y a la seguridad social era limitado antes de la contingencia sanitaria.

En particular, la precariedad laboral abarca tanto las condiciones de vida como las de trabajo y sus mutuas implicaciones, y puede ser entendida a través de tres dimensiones: “la económica, que implica la disponibilidad de empleos e ingresos adecuados; la normativa, que atañe a la promoción de derechos del trabajador, y la de seguridad laboral, que se refiere a la necesidad de garantizar la protección social al trabajador” [Oliveira, 2006].

Debido a lo anterior, ante la emergencia sanitaria, la precarización laboral adquirió mayor importancia en el mercado laboral mexicano ya que, con la contracción del producto interno bruto (PIB), la pérdida de empleo y el incremento de la informalidad, se evidenciaron y acentuaron las carencias en términos de acceso a servicios de salud y de seguridad social. De acuerdo con Coneval [2019b: 51], “la seguridad social puede ser definida como un conjunto de mecanismos diseñados para garantizar los medios de subsistencia de los individuos y sus familias ante eventualidades, como accidentes o enfermedades, o ante circunstancias socialmente reconocidas, como la vejez y el embarazo”. La importancia del sistema de

seguridad social no solo radica en la protección que brinda a la persona derechohabiente, sino que es un mecanismo de protección familiar.

En el contexto de la pandemia, el funcionamiento adecuado del sistema de salud y la aplicación correcta de las medidas de seguridad sanitarias desempeñan un papel fundamental en el control y la salida de la crisis. No obstante, de acuerdo con la Cepal, esta crisis encuentra a América Latina con sistemas de salud fragmentados y sin cobertura universal [Cepal, 2020a]. Por su parte, en México los principios de la seguridad social están contenidos en el artículo 123 de la Constitución de 1917, lo que implica que “la seguridad social se establece originalmente como un derecho acotado a los trabajadores o a la población que cuenta con un empleo formal, y no como un derecho constitucional para todos los mexicanos” [Narro, Moctezuma y Orozco, 2010: 11].

Lo anterior atenta contra uno de los seis principios básicos de un esquema de seguridad social. De acuerdo con Narro, Moctezuma y Orozco [2010: 9-10], dichos principios son: a) universalidad: involucra un diseño para cubrir a la totalidad de la población; b) integralidad: los seguros deben encargarse de los gastos, así como anticiparlos; c) solidaridad: deben hacer posible compartir los beneficios y expresar la solidaridad entre generaciones, así como entre grupos sociales); d) redistribución: no debe olvidarse el papel de la seguridad social como un mecanismo para aminorar la desigualdad y la pobreza; e) participación personal: cada individuo debe conocer sus contribuciones y sus fondos; y f) portabilidad: disponer de mecanismos para los usuarios para que los fondos de una persona puedan transitar a cualquier modalidad o esquema existente según sus necesidades.

El hecho de que la seguridad social esté acotada solo para los trabajadores deja desprotegida ante eventualidades al resto de la población desocupada o que se encuentra laborando en contextos de informalidad. Esta situación acentúa las brechas

de desigualdad en el acceso efectivo a la salud y a la protección social, principalmente durante crisis económicas (como la que se vivió al comienzo de la pandemia de covid-19 y las medidas sanitarias para combatirla).

En este sentido, Solar e Irwin [2007] definen el criterio para el análisis de la desigualdad en la salud de la Commission on Social Determinants of Health (CSDH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual se basa en elementos sociales, políticos y económicos. “[Estos] mecanismos dan lugar a una serie de posiciones socioeconómicas, por las que la sociedad está estratificada de acuerdo con su ingreso, educación, ocupación, género, raza/grupo étnico y otros factores; estas posiciones socioeconómicas, a su vez, dan forma a determinantes específicos del estado de salud [...] [y] diferencias en la exposición y vulnerabilidad” [Solar e Irwin, 2007: 6]. Estas características que determinan la estratificación pueden verse como circunstancias que desempeñan un papel relevante en las oportunidades de acceso a la salud y que configuran su desigualdad.

Roemer [1998] señalaba que los determinantes de los resultados económicos están divididos en aquellos que se derivan del esfuerzo de los individuos y los que provienen de características más allá del control de las personas (y que él denomina *circunstancias*). Una mayor desigualdad de oportunidades se presenta cuando el peso de las circunstancias es relevante al ser estas características inherentes y fuera del control de los individuos, como su género, la región en la que nacieron, su situación socioeconómica, entre otros. Si bien Roemer [1998] hablaba de estas circunstancias como determinantes del logro económico de las personas a lo largo de sus vidas, ese análisis también puede trasladarse para analizar la desigualdad en la salud.

De acuerdo con Solar e Irwin [2007], las principales categorías de los *determinantes intermediarios* de la desigualdad en la salud son: a) circunstancias materiales (vivienda, nivel

de ingresos, condiciones laborales, disponibilidad de alimento); b) psicosociales (estilo de vida estresante, relaciones y apoyo social); y c) factores biológicos y de comportamiento (incluyen factores genéticos).

Deaton [2015] analizó el bienestar entendido como un concepto que va más allá de la esfera económica. Dada la complejidad de analizar otras dimensiones en profundidad, dedicó su obra que le dio el Premio Nobel de Economía en 2015 (*El gran escape*) a estudiar las brechas de salud: “el progreso en salud crea brechas en salud exactamente igual que el progreso material crea brechas en los estándares de vida” [Deaton, 2015: 23]. Del mismo modo, Lima [2017] coincide en que las desigualdades se trasladan a campos como el de la salud, ya sea por las diferencias en la exposición a riesgos presentadas por diferentes grupos o por la desigualdad de oportunidades para acceder al progreso científico y tecnológico en el campo de la salud.

En concreto, la igualdad en salud es la ausencia de las diferencias en este tópico, principalmente entre grupos poblacionales con características socioeconómicas, demográficas y geográficas diferenciadas [Borrell y Artazcoz, 2008]. En este sentido, Borrell y Pasarín [2004] señalan que al analizar la desigualdad en la salud como un entramado de causas, no solo deben estudiarse los determinantes individuales, sino también las características del contexto en el cual una persona se desenvuelve, como el territorio. De acuerdo con los autores, quienes utilizaron datos de España para 2002, es en el territorio urbano en el que se concentran los porcentajes más altos de pobreza, lo que se asocia con una mayor vulnerabilidad en la salud de la población que habita en este ámbito en particular y, por ende, una mayor gestación de desigualdades socioeconómicas en el campo de la salud.

Otra característica ampliamente estudiada como una limitante para la igualdad en salud es el género. Rohlfs, Borrell y Fonseca [2000], por medio de una revisión de la literatura

existente en el tema, señalan que la atención a la salud de hombres y mujeres es diferenciada debido a la existencia de factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en el riesgo de enfermedades. No obstante, la atención a la salud también es desigual, lo cual resulta contraproducente dado que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres. Los autores señalan que factores como las diferencias en educación, el tipo de ocupación, la brecha salarial, el papel del trabajo no remunerado y el uso del tiempo conforman un entramado de disparidades sociales que, aunado a las diferencias biológicas, generan riesgos diferenciales y amplían la brecha de salud.

Por su parte, Juárez y colaboradores [2014] analizan la desigualdad en salud con respecto a tres grupos vulnerables en México con información de 2010-2013: adultos mayores, indígenas y migrantes. Señalan que la desprotección a estos grupos vulnerables implica mayores obstáculos y desventajas para esos grupos específicos, dado que comparten diversas vulnerabilidades: su condición de pobreza, la precariedad laboral (en términos de bajas remuneraciones, con cobertura reducida de seguridad social y sin acceso a servicios de salud) y porcentajes altos de analfabetismo.

En los trabajos mencionados anteriormente, se puede apreciar una característica en común: las particularidades socio-económicas que determinan la desigualdad en salud no son unidimensionales, lo que obliga a analizarlas desde una perspectiva interseccional. El análisis con un enfoque interseccional contempla “las interconexiones entre clase, género y otras divisiones sociales en dos niveles: considera los efectos de las estructuras de desigualdad en las vidas individuales, al tiempo que cuestiona las formas en que múltiples instituciones y procesos también están involucrados en las construcciones sociales de poder y privilegio” [Krause y Ballesteros, 2018: 15].

Por lo anterior, se supone que la dinámica detrás del fenómeno tiene un carácter multidimensional y que, como Krause y

Ballesteros [2018] argumentan, deben contemplarse todas las simultaneidades. En este capítulo se presenta un análisis interseccional de la desigualdad en salud para México. Los estudios presentados antes abonan a la discusión de la presencia de características socioeconómicas y regionales que inciden en el acceso a servicios de salud en México, y cuya dinámica se manifiesta de forma multidimensional y simultánea.

ANÁLISIS DE HECHOS ESTILIZADOS

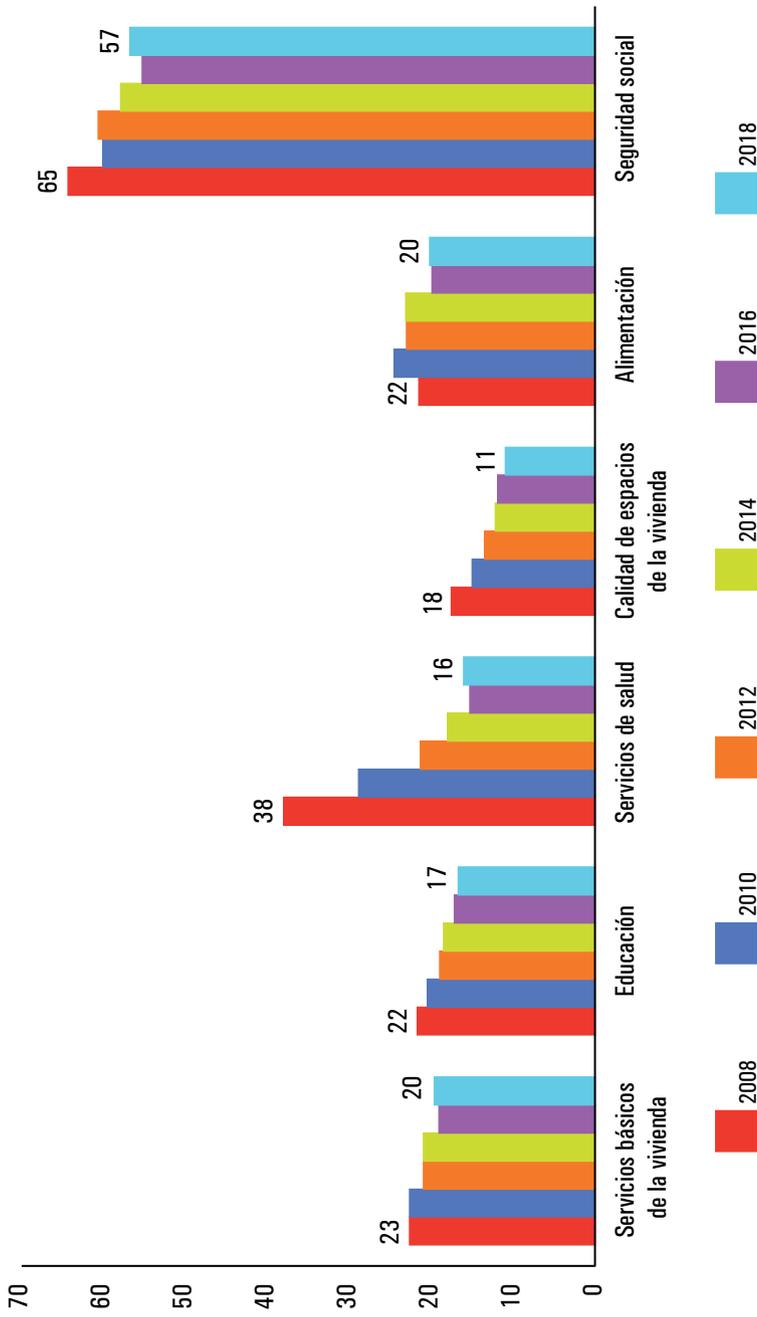
Para entender la desigualdad de acceso a los derechos sociales es importante comprender las disparidades inherentes a características socioeconómicas y regionales.

De 2008 a 2018 el porcentaje de personas que presentan alguna de las carencias enmarcadas en la LGDS de 2004 disminuyeron (gráfica 1) y se observa un progreso en el acceso a derechos sociales y en la disminución de la población con carencias. No obstante, podemos notar que para 2018 57 % de la población presentaba carencia en el acceso a la seguridad social. Por su parte, 16 % de la población mostraba carencia en el acceso a los servicios de salud.

Si ahora se analizan las carencias de interés por entidad federativa, es posible identificar que los porcentajes se comportan de forma heterogénea. Para el caso de la carencia en el acceso a servicios de salud (gráfica 2), diez estados poseen un porcentaje mayor de población que presenta la carencia en comparación con el porcentaje nacional (16.2). Estas entidades federativas son: Baja California Sur, Chiapas, Ciudad de México, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

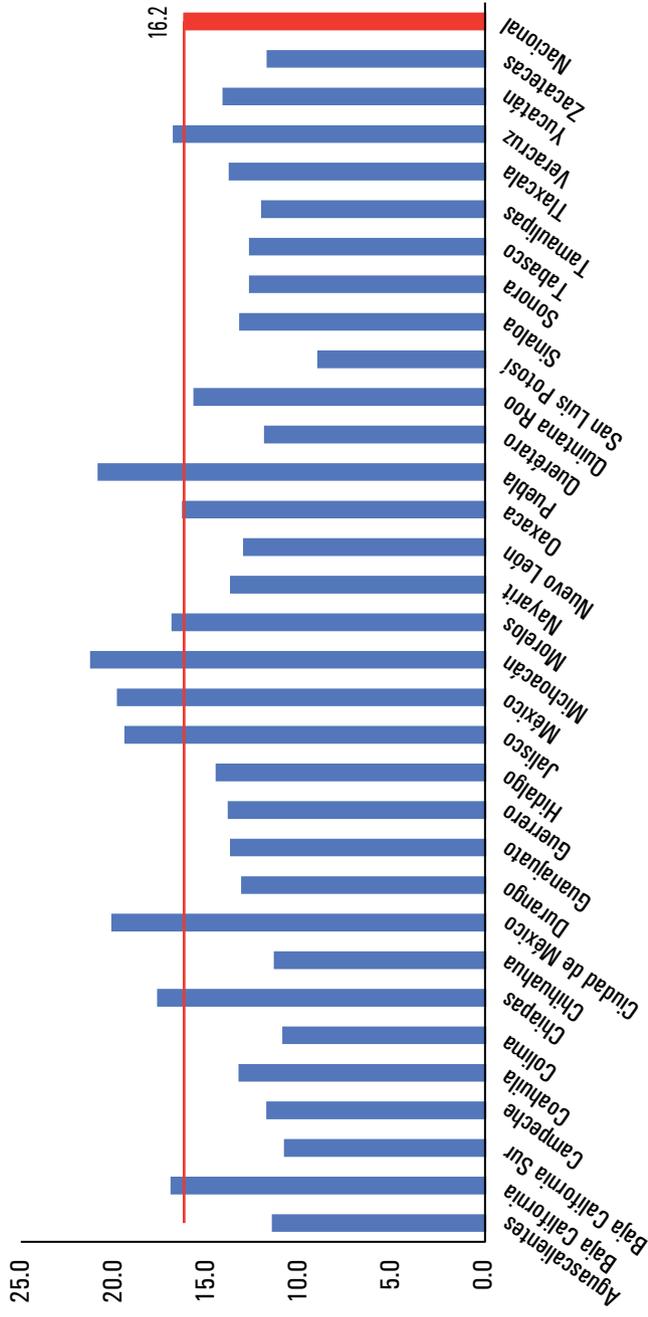
En relación con la carencia por acceso a la seguridad social (gráfica 3), 13 estados son los que poseen un porcentaje mayor con respecto al valor nacional (57.3): Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas.

Gráfica 1. Porcentaje de la población por carencia en rubros seleccionados, 2008-2018



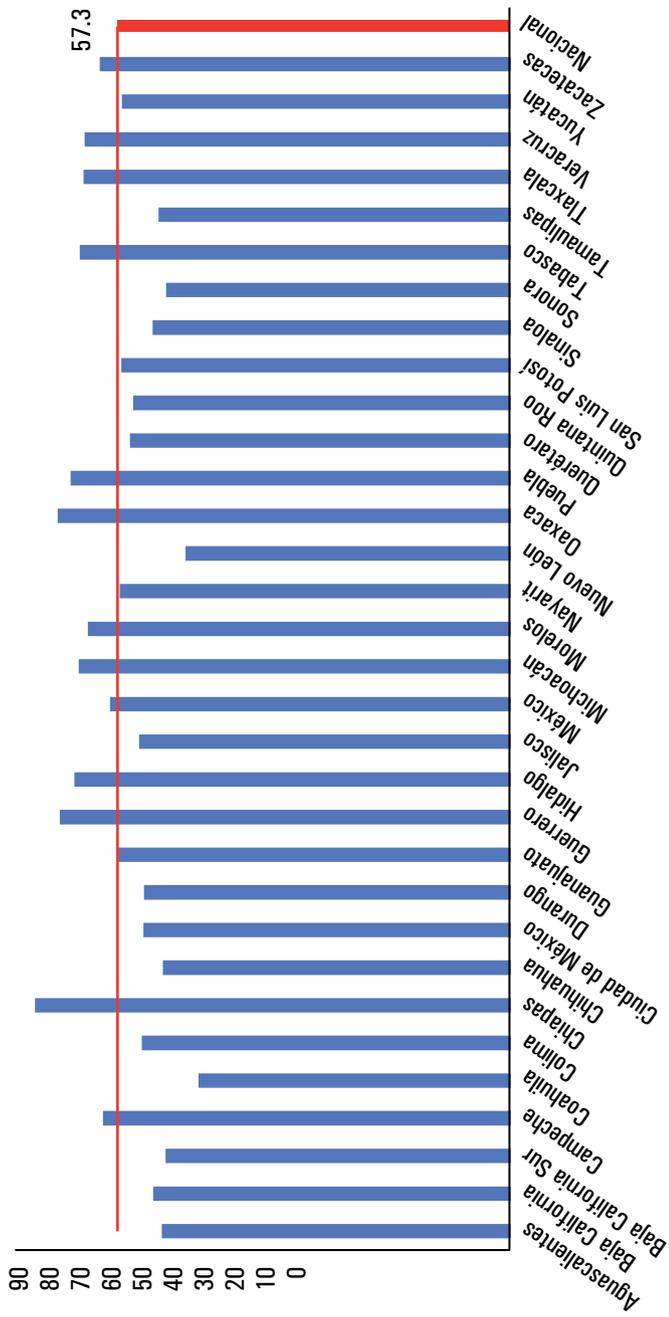
Fuente: Coneval [2019a].

Gráfica 2. Porcentaje de la población con carencia por acceso a servicios de salud por entidad federativa, 2018



Fuente: Coneval [2019a].

Gráfica 3. Porcentaje de la población con carencia por acceso a seguridad social por entidad federativa, 2018



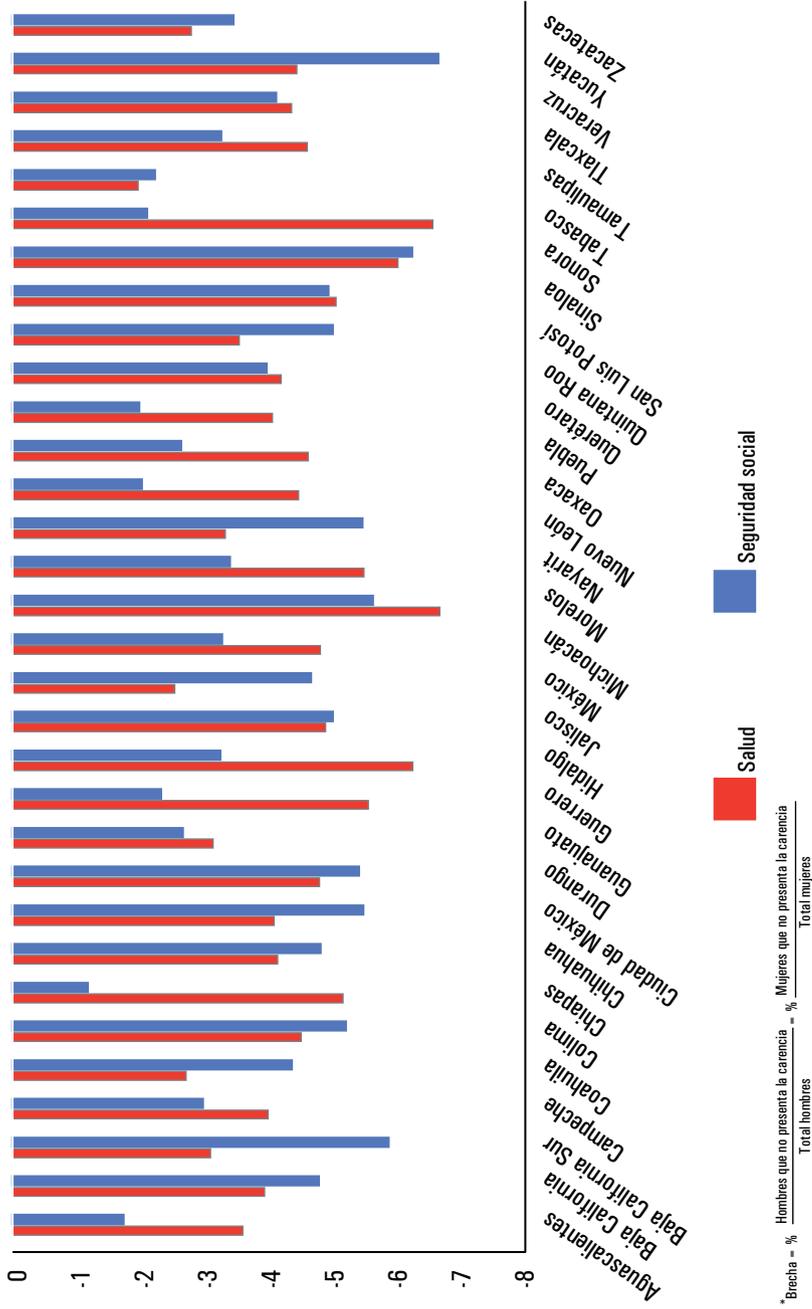
Fuente: Coneval [2019a].

A nivel nacional, 14 % de las mujeres presenta carencia de acceso a los servicios de salud, en contraste con 18 % de los hombres. Respecto de la seguridad social, 55.3 % de las mujeres tiene carencia de este derecho social, en contraste con 59.4 % de los hombres. A lo largo del territorio nacional, si se analizan las brechas de acceso a salud y seguridad social por entidad federativa, se observa que las diferencias de género en el acceso a estos dos derechos fundamentales han avanzado en el beneficio de las mujeres (gráfica 4).

En 14 estados el acceso a la seguridad social es cinco puntos porcentuales mayor en mujeres que en hombres. De esos estados, destacan los casos de Baja California Sur, Sonora y Yucatán, cuyas brechas de acceso a seguridad social entre hombres y mujeres son las más altas con respecto al resto de los estados. Por su parte, en el caso de la salud, la carencia es más desigual para los hombres a lo largo de las entidades federativas y destacan los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Sinaloa, Sonora y Tabasco, en los que el acceso a servicios de salud de las mujeres es más de cinco puntos porcentuales mayor al de los hombres.

Al analizar las diferencias por cohortes de edad, observamos que el grupo de 20-29 años posee los mayores porcentajes de carencia a los dos derechos sociales de análisis (22.3 para salud y 66.7 para seguridad social). Por su parte, los mayores de 60 años de edad poseen el menor porcentaje de carencia de seguridad social y servicios de salud respecto del resto de los grupos de edad, lo cual representa avances en la cobertura de salud para los adultos mayores como grupo vulnerable; sin embargo, aún queda camino por recorrer en la atención a las vulnerabilidades en los niños y jóvenes (gráfica 5).

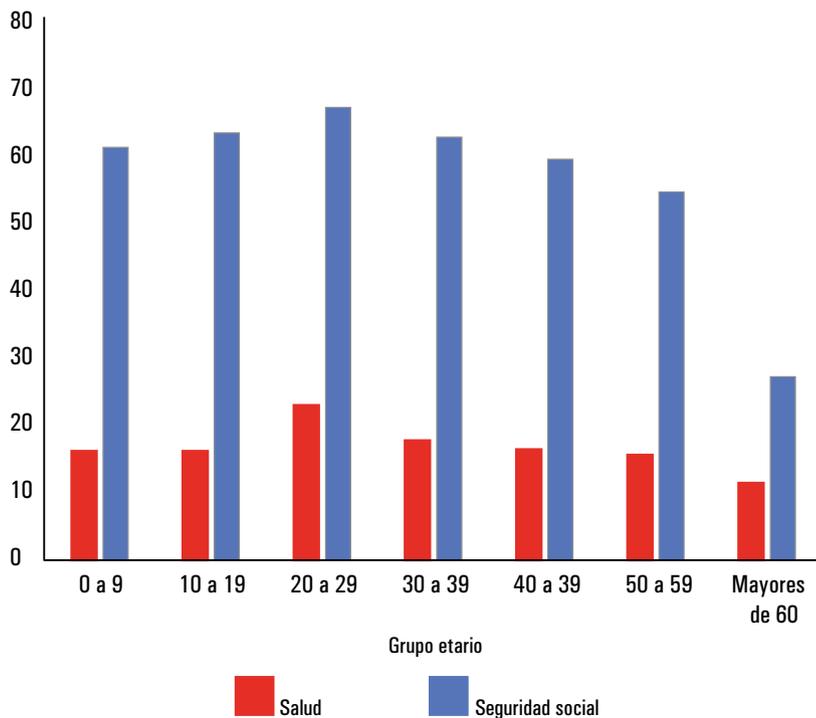
Gráfica 4. Brecha* de género de acceso a servicios de salud y seguridad social por entidad federativa, 2018 (puntos porcentuales)



*Brecha = $\frac{\text{Hombres que no presenta la carencia} - \text{Mujeres que no presenta la carencia}}{\text{Total hombres} - \text{Total mujeres}} \times 100$

Fuente: Coneval [2019a].

Gráfica 5. Carencia por acceso a servicios de salud y seguridad social por grupos de edad, 2018



Fuente: Coneval [2019a].

El acceso tanto a los servicios de salud como a la seguridad social es diferenciado entre grupos sociales, en especial cuando se analiza a aquellos grupos históricamente discriminados. En el cuadro 1, se presentan algunas cifras sobre el acceso a seguridad social y salud, que ayudan a enmarcar y entender su dinámica de desigualdad.

Cuadro 1. Indicadores de acceso a servicios de salud y seguridad social por grupos vulnerables, 2010-2018

Indicador	Grupo	Subgrupo	2010 %	2018 %	Cambio en puntos porcentuales
Hogares con jefatura femenina sin acceso oportuno a los servicios de salud en caso de emergencia		Indígenas	9.60	7.90	-1.7
		No indígenas	2.40	1.60	-0.8
Población con acceso directo a los servicios de salud	Mujeres	Indígenas	7.90	11.10	3.2
		No indígenas	21.60	24.50	2.9
Población con acceso directo a esquema básico de seguridad social		Indígenas	7.10	22.80	15.7
		No indígenas	8.50	25.40	16.9
Población adulta mayor con acceso a servicios de salud y con ingresos por jubilación o pensión equivalentes o superiores a la línea de pobreza por ingresos	Adultos mayores	Rural	13.80	14.50	0.7
		Urbano	34.70	26.90	-7.8
		Mujeres	18.40	22.70	4.3
Población adulta mayor que recibe pensión contributiva		Hombres	34.90	40.50	5.6
		Indígenas	7.70	12.80	5.1
		No indígenas	28.30	32.80	4.5
Población que presenta la carencia por acceso a los servicios de salud	Con discapacidad		30.18	12.40	-17.78
	Sin discapacidad		29.18	16.49	-12.69
Población que presenta la carencia por acceso a seguridad social	Con discapacidad		49.50	41.20	-8.3
	Sin discapacidad		61.30	58.60	-2.7

Fuente: Coneval [2019c].

En general, podemos observar que existen brechas de acceso a la seguridad social y a los servicios de salud a lo largo de los distintos grupos poblaciones. A pesar de que el componente de género no confiere grandes brechas en el acceso a los dos derechos sociales de interés a nivel nacional (como se muestra en la gráfica 4), las diferencias sí son grandes entre mujeres indígenas y no indígenas. En 2018, 7.9 % de las mujeres indígenas jefas de hogar carecían de acceso oportuno a los servicios de salud, en contraste con 1.6 % de las mujeres no indígenas. Por su parte, respecto del acceso directo a servicios de salud, en el mismo año el porcentaje de mujeres no indígenas representaba poco más del doble del porcentaje de mujeres indígenas, aunque respecto del acceso directo a la seguridad social la diferencia es más reducida (2.6 puntos porcentuales).

Por otro lado, para 2018 solo 26.9 % de los adultos mayores que habitan en un ámbito urbano tienen acceso a servicios de salud, así como un esquema de pensiones que les brinda un ingreso superior a la línea de pobreza por ingresos.³ Sin embargo, este porcentaje se reduce de forma drástica (14.5) cuando hablamos de los adultos mayores que habitan en zonas rurales.

En este sentido, la desigualdad de género en el acceso a la seguridad social se puede observar en los adultos mayores ya que mientras cuatro de cada diez adultos mayores hombres tienen acceso a una pensión contributiva, solo 22.7 % de las mujeres se encuentra en esa situación. No obstante, si se incorpora el componente de pertenencia étnica al análisis, se reporta que los adultos mayores no indígenas tienen acceso a una pensión contributiva 2.6 veces mayor que los indígenas.

³ La MMP utiliza dos líneas de ingreso como umbrales para identificar a la población pobre desde la dimensión del bienestar económico: la línea de pobreza extrema por ingresos, que equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes, y la línea de pobreza por ingresos, que equivale al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes [Coneval, 2019b].

Al analizar de 2010 al 2018 a la población que presenta alguna discapacidad, se encuentra que hay mejorías tanto en el acceso a la seguridad social y a los servicios de salud, así como en la reducción de brechas entre grupos de acuerdo con su pertenencia étnica. No obstante, para 2018, 58.6 % de personas con discapacidad carecían de acceso a la seguridad social.

De modo que la condición de género, la edad, si el individuo tiene una discapacidad, así como el ámbito en el que residen resultan características que agravan las brechas de acceso a la salud y a la seguridad social; así, esta es una razón por la cual estos grupos generan preocupación en el terreno de la política social, debido a la vulnerabilidad en la que se encuentran.

El acceso a los servicios de salud y a la seguridad social es un derecho social que se enmarca en la CPEUM, ya que determina la calidad de vida de las personas y no debería condicionarse a características socioeconómicas o regionales. El acceso a la salud, ya sea mediante los servicios médicos así como por la seguridad social, representa una de las dimensiones más relevantes en el bienestar humano. Por lo anterior, desde este punto se aborda el estudio del acceso a la salud a partir de conjuntar dos perspectivas: la de las personas que no tienen carencia por acceso a servicios de salud y la de quienes cuentan con acceso a la seguridad social. De modo que un individuo puede acceder a la salud ya sea por alguna de las dos vías; sin embargo, carecer de alguna de las dos dimensiones resulta perjudicial para su bienestar. En estos términos, el acceso a la salud queda reflejado a lo largo de las entidades federativas del país como se muestra en el mapa 1.

Mapa 1. Población con acceso a la salud por entidad federativa, 2018



Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH [2018].

A partir del mapa 1, es posible observar que existe un fuerte componente regional que determina el acceso a la salud. En específico, los estados de la región norte, como Coahuila y Nuevo León, poseen los porcentajes más altos de acceso a la salud; mientras que, en el otro extremo, se encuentran los estados de la región sur, particularmente los estados de Chiapas y Oaxaca, que poseen los porcentajes más bajos. Es esta variable, el acceso a la salud, la que utilizaremos para el análisis econométrico que se presenta a continuación, en el que apuntamos a los principales factores determinantes sociodemográficos y regionales.

ASPECTOS ECONÓMICOS

De acuerdo con Hosmer y Lemeshow [2000] y Cameron y Trivedi [2005], la regresión logística es una técnica econométrica utilizada para predecir el resultado de una variable categórica en función de las variables independientes o predictoras. Los modelos *logit* identifican la pertenencia del individuo a una de dos posibles categorías. La regresión logística analiza datos distribuidos de manera binomial de la forma:

$$Y_i \sim B(p_i, n_i), \text{ para } i = 1, \dots, m \quad (1)$$

Donde el número de ensayos Bernoulli y las probabilidades de éxito p_i se desconocen. El modelo se obtiene entonces con base en lo que cada ensayo (valor de i) y el conjunto de variables explicativas-independientes puedan informar acerca de la probabilidad final. Estas variables explicativas pueden pensarse como un vector X_i k -dimensional y el modelo toma entonces la forma:

$$p_i = E\left(\frac{Y_i}{n_i} \mid X_i\right) \quad (2)$$

Los *logit* de las probabilidades binomiales desconocidas (es decir, los logaritmos de la razón de momios) se modelan como una función lineal de los X_i .

$$\text{logit}(p_i) = \ln \left(\frac{p_i}{1-p_i} \right) = \beta_0 + \beta_1 x_{1,i} + \dots + \beta_k x_{k,i} \quad (3)$$

Con lo anterior, se obtiene la función de distribución acumulativa logística:

$$p_i = \Delta(x'\beta) = \frac{e^{x'\beta}}{1 + e^{x'\beta}} \quad (4)$$

Donde $\Delta(x'\beta)$ es la función de distribución acumulativa logística, con $\Delta(z) = \frac{e^z}{1+e^z} = \frac{e^{-z}}{1+e^{-z}}$. En síntesis:

$$p_i = \Pr [y_1 = 1 | x_1] = \frac{\exp(\beta_1 + \beta_2 x_1)}{1 + \exp(\beta_1 + \beta_2 x_1)} \quad (5)$$

Mientras que el cálculo de los efectos marginales (el efecto de la k -ésima variable explicativa, al mantener el resto constante) se resuelve de la siguiente forma:

$$\frac{dp_1}{dx_1} = \frac{\exp(\beta_1 + \beta_2 x_1)}{(1 + \exp(\beta_1 + \beta_2 x_1))^2} \beta_2 \quad (6)$$

Con base en esta metodología econométrica es plausible analizar de manera empírica los determinantes, así como la probabilidad del acceso a la salud en jefes de hogar (ya sea por medio de la seguridad social o servicios médicos) con ayuda de la ENIGH [2018]. Como variable dependiente el modelo, utiliza “1” si el entrevistado posee acceso a servicios de salud o

a seguridad social, o a ambos, y “0” si el individuo carece de alguno de los dos derechos.

Las variables independientes incorporadas al modelo *logit* (cuadro 2) contemplan los factores analizados en la revisión de la literatura que tienen un efecto en la desigualdad de acceso a la salud, y se incluyen las *circunstancias materiales* concebidas por Solar e Irwin [2007]. No obstante, se añaden características que pueden agruparse en tres categorías principales: a) características socioeconómicas que incluyen la edad del jefe de hogar, su escolaridad y estatus de ocupación; b) factores de vulnerabilidad en salud, en las que se contemplan el tener una discapacidad y el grado de inseguridad alimentaria; y c) características de origen, las cuales funcionan como las *circunstancias a la Roemer* [1998] que impactan en la desigualdad de oportunidades, como el sexo, la condición de pobreza y de pertenencia indígena del hogar, el ámbito y la entidad federativa de residencia. Los resultados de la estimación se presentan en el cuadro 3.

Los efectos marginales (cuadro 4) permiten analizar directamente el incremento de la probabilidad de poseer acceso a la salud respecto de sus determinantes. En principio, la mayoría de las variables son significativas (a excepción de algunos estados como Nuevo León y Sonora) y tienen los signos adecuados. A continuación, se revisan los resultados económicos más importantes:

1. Con respecto a las características socioeconómicas, el resultado obtenido fue que conforme se incrementa la edad, la probabilidad de acceder a la salud disminuye. No obstante, se incorporó un término cuadrático al modelo para encontrar la presencia de efectos no lineales en la relación, y a partir de cierto punto en la vida de los individuos, la probabilidad aumenta de forma muy marginal (de hecho, el efecto marginal es muy cercano al cero, como se observa en la gráfica 6).

Cuadro 2. Variables independientes

Categoría	Variable	Codificación o descripción
Características socioeconómicas	Edad	Variable continua
	Nivel educativo del jefe de hogar	0 = Sin escolaridad 1 = Preescolar 2 = Primaria completa o secundaria incompleta 3 = Secundaria completa 4 = Preparatoria, Normal o carrera técnica 5 = Profesional y posgrado
	Situación laboral	0 = Ocupado 1 = Desocupado
	Discapacidad	0 = No presenta discapacidad 1 = Presenta al menos una discapacidad física o mental
Vulnerabilidad por salud o alimentación	Grado de inseguridad alimentaria	0 = Inseguridad alimentaria leve 1 = Inseguridad alimentaria moderada 2 = Inseguridad alimentaria severa
	Sexo del jefe de hogar	0 = Mujer 1 = Hombre
	Pobreza por ingresos	0 = Población con ingreso mayor a la línea de pobreza por ingresos 1 = Población con ingreso menor a la línea de pobreza por ingresos
	Hogar indígena	0 = Individuo no forma parte de un hogar indígena 1 = Individuo forma parte de un hogar indígena
	Ámbito de residencia	0 = Urbano 1 = Rural
Características de origen	Entidad federativa	1 = Aguascalientes
		2 = Baja California
		3 = Baja California Sur
		4 = Campeche
		5 = Chiapas
		6 = Chihuahua
		7 = Coahuila de Zaragoza
		8 = Colima
		9 = Ciudad de México
		10 = Durango
		11 = Guanajuato
		12 = Guerrero
		13 = Hidalgo
		14 = Jalisco
		15 = México
		16 = Michoacán de Ocampo
		17 = Morelos
18 = Nayarit		
19 = Nuevo León		
20 = Oaxaca		
21 = Puebla		
22 = Querétaro		
23 = Quintana Roo		
24 = San Luis Potosí		
25 = Sinaloa		
26 = Sonora		
27 = Tabasco		
28 = Tamaulipas		
29 = Tlaxcala		
30 = Veracruz de Ignacio de la Llave		
31 = Yucatán		
32 = Zacatecas		

Fuente: ENIGH [2018].

Cuadro 3. Resultados econométricos

Variables	Coef.	Std. Err.	Variables	Coef.	Std. Err.
Constante	1.65	0.11	Baja California	-0.28	0.06
Edad	-0.09	0.00	Baja California Sur	-0.17	0.07
Edad	0.00	0.00	Campeche	-0.57	0.07
Preescolar	0.14*	0.25	Coahuila	0.44	0.07
Primaria	0.12	0.04	Colima	-0.35	0.07
Secundaria	0.65	0.04	Chiapas	-1.22	0.08
Preparatoria, Normal o carrera técnica	1.10	0.04	Chihuahua	-0.32	0.06
Profesional y posgrado	1.35	0.05	Ciudad de México	-0.55	0.07
Ocupado	-0.68	0.03	Durango	-0.19	0.07
Desocupado	-1.33	0.09	Guanajuato	-0.44	0.07
Leve	0.17	0.03	Guerrero	-1.07	0.07
Moderada	-0.09	0.02	Hidalgo	-0.95	0.07
Severa	-0.10	0.03	Jalisco	-0.52	0.07
Sexo (jefatura del hogar)	-0.28	0.03	México	-0.80	0.07
Pobreza por ingresos	-0.06	0.02	Michoacán	-1.04	0.07
Hogar indígena	-0.79	0.02	Morelos	-1.00	0.07
Ámbito de residencia	-0.25	0.03	Navarrit	-0.58	0.07
	-0.71	0.02	Nuevo León	-0.06*	0.06
			Oaxaca	-0.87	0.07
			Puebla	-1.09	0.08
			Querétaro	-0.42	0.06
			Quimntana Roo	-0.38	0.07
			Ssan Luis Potosí	-0.41	0.07
			Sinaloa	-0.15	0.07
			Sonora	-0.03*	0.07
			Tabasco	-1.00	0.08
			Tamaulipas	-0.23	0.07
			Tlaxcala	-0.95	0.07
			Veracruz	-0.77	0.07
			Yucatán	-0.38	0.07
			Zacatecas	-0.62	0.07

Nota: número de observaciones: 74 638 Pseudo $R^2 = 0.21\%$ Prob. > $\chi^2 = 0.00$. El porcentaje de los valores correctamente especificados es de 72.3. Con el fin de obtener errores estándar robustos libres de heteroscedasticidad utilizamos la matriz de ponderación HAC [Newey y West, 1987].

* No significativos al 5 % de confianza.

Fuente: estimaciones propias con base en ENIGH [2018].

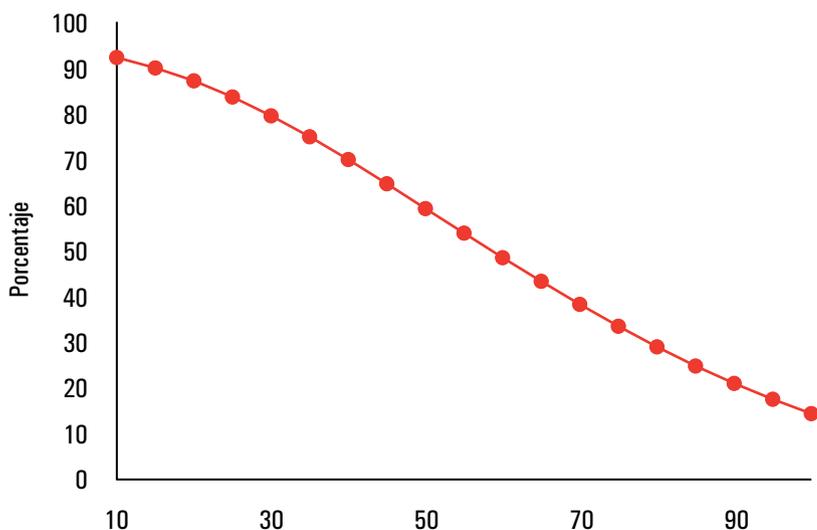
Cuadro 4. Efectos marginales

Variables		$\frac{dy}{dx}$	Variables		$\frac{dy}{dx}$
Edad	Edad	-0.02	Entidad federativa	Baja California	-0.07
	Edad	0.00		Baja California Sur	-0.04
Escolaridad	Preescolar	0.03*		Campeche	-0.14
	Primaria	0.03		Coahuila	0.10
	Secundaria	0.15		Colima	-0.09
	Preparatoria, Normal o carrera técnica	0.27		Chiapas	-0.29
	Profesional y posgrado	0.33		Chihuahua	-0.08
Situación laboral	Ocupado	-0.17		Ciudad de México	-0.14
	Desocupado	-0.32		Durango	-0.05
Discapacidad		0.04		Guanajuato	-0.11
Grado de inseguridad alimentaria	Leve	-0.02		Guerrero	-0.26
	Moderada	-0.03		Hidalgo	-0.23
	Severa	-0.07		Jalisco	-0.13
Sexo (jefatura del hogar)		-0.01		México	-0.20
Pobreza por ingresos		-0.20		Michoacán	-0.25
Hogar indígena		-0.06		Morelos	-0.24
Ámbito de residencia		-0.18		Nayarit	-0.14
				Nuevo León	-0.01*
				Oaxaca	-0.21
				Puebla	-0.26
				Querétaro	-0.10
				Quintana Roo	-0.09
				San Luis Potosí	-0.10
				Sinaloa	-0.04
				Sonora	-0.01*
				Tabasco	-0.24
				Tamaulipas	-0.06
				Tlaxcala	-0.23
			Veracruz	-0.19	
			Yucatán	-0.09	
			Zacatecas	-0.15	

* No significativos al 5 % de confianza.

Fuente: estimaciones propias con datos de la ENIGH [2018].

Gráfica 6. Probabilidad estimada de acceso a la salud por edad, 2018



Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH [2018].

Esta tendencia no se observa al analizar la escolaridad del jefe de hogar, ya que al incrementar los niveles alcanzados de escolaridad, la probabilidad de acceder a la salud es positiva y con significancia estadística, mientras que el efecto marginal se incrementa con el nivel educativo.

No obstante, cuando el individuo es desempleado, el efecto marginal de la probabilidad de acceder a la salud es el más fuerte (en términos absolutos) respecto de las demás características incorporadas al modelo y posee un coeficiente negativo. Ello se relaciona con la capacidad de acceder a un esquema de salud mediante la seguridad social por el trabajo; sin embargo, es interesante que el coeficiente del efecto marginal de las personas ocupadas también es negativo, lo que se desprende de la precarización laboral y

del tamaño del empleo informal en México, que deriva en una baja absorción de los esquemas de seguridad social.

2. En relación con los factores de vulnerabilidad para la salud y la alimentación, los resultados obtenidos sugieren que entre mayor sea el grado de inseguridad alimentaria, el efecto marginal es menor, lo cual se vincula con la dificultad de adquirir una alimentación adecuada y la vulnerabilidad a la salud que conlleva para estos individuos. Por su parte, si el jefe de hogar tiene una discapacidad, su probabilidad de acceso a la salud es positiva, con un efecto marginal de 0.04.
3. Dentro de las características de origen, que están fuera del control de los individuos y que desempeñan un papel relevante en la desigualdad de oportunidades, los resultados obtenidos arrojan que el sexo del jefe de hogar influye de forma notable en la probabilidad de acceder al derecho a la salud y a la seguridad social. En este sentido, si el individuo es mujer, la probabilidad disminuye.

Asimismo, otras características, como vivir en un hogar indígena, influyen de manera importante en la probabilidad de acceder a la salud, sin embargo, su coeficiente es negativo. Este hallazgo está muy relacionado con el efecto marginal asociado con el ámbito de residencia, ya que el vivir en una localidad rural disminuye la probabilidad de acceder a la salud. Por su parte, respecto de la condición de pobreza por ingresos del hogar del jefe o jefa de familia y su relación con el acceso a la salud, se encuentra que existe un vínculo con significancia estadística y negativa en términos de la probabilidad obtenida.

Por último, hay una fuerte relación entre el componente espacial y la probabilidad de acceder a la salud (mapa 2), debido a que observamos un comportamiento heterogéneo de los efectos marginales obtenidos a lo largo del país donde, al

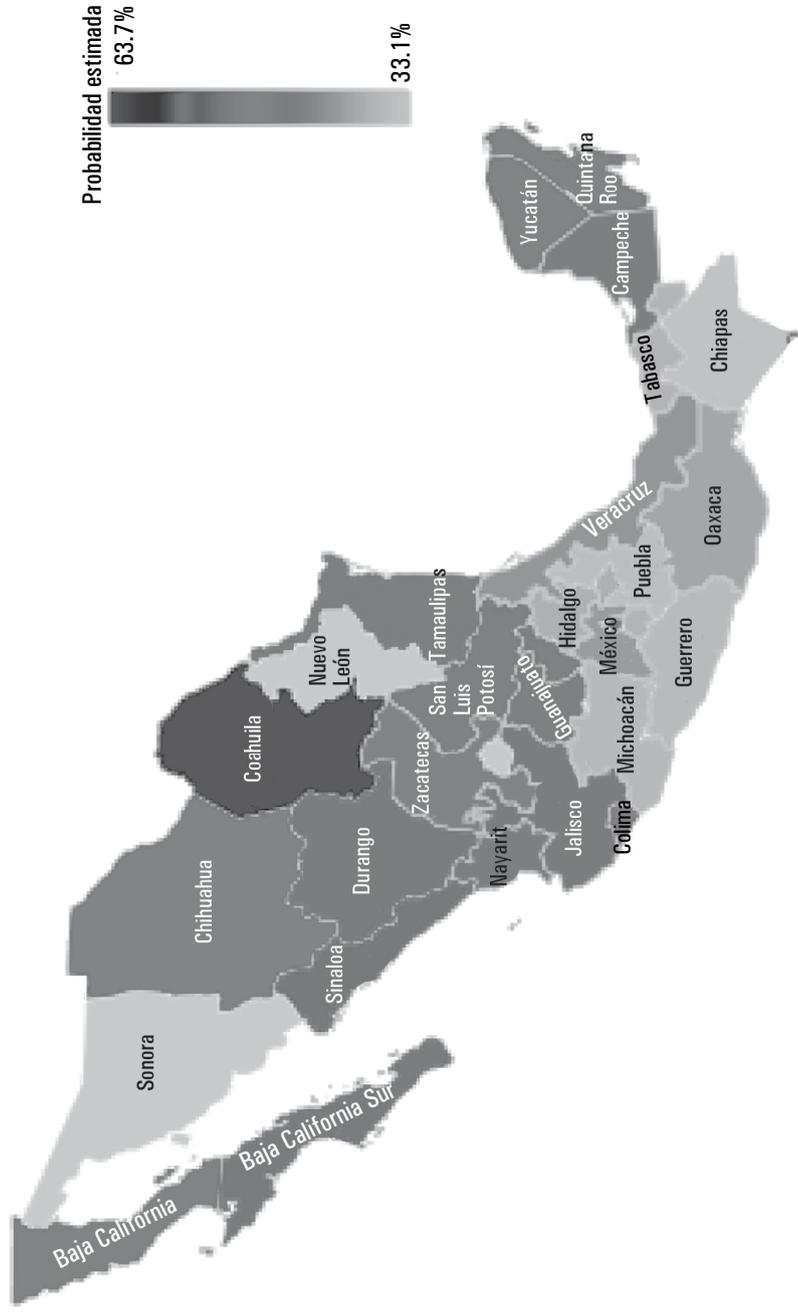
mismo tiempo, es posible identificar un comportamiento regional. En primer lugar, es necesario recalcar que los efectos marginales obtenidos poseen significancia estadística en la mayoría de los estados (a excepción de Nuevo León y Sonora, así como Aguascalientes, cuya información no pudo incorporarse al modelo debido al reducido número de observaciones disponible).

En segundo lugar, es importante destacar que Coahuila es el único estado cuyo efecto marginal posee un signo positivo, mientras que para el resto de los estados la probabilidad de acceder a la salud disminuye, solo que en algunos estados este efecto marginal es menor que en otros. En particular, el estado de Chiapas es el que posee el coeficiente más bajo en los resultados del modelo y en su efecto marginal. Chiapas, a su vez, está acompañado por otros estados de la región sur con magnitudes similares con respecto al efecto marginal, como Guerrero, Hidalgo, Michoacán y Puebla. Dichos cuatro estados, como se expuso anteriormente en la gráfica 3, pertenecen al grupo de estados cuyo porcentaje de población con carencia de acceso a la seguridad social se encuentra por encima del promedio nacional; mientras que Chiapas, Michoacán y Puebla son tres estados cuyos porcentajes de población con carencia de acceso a la salud superan el promedio nacional.

Análisis de escenarios

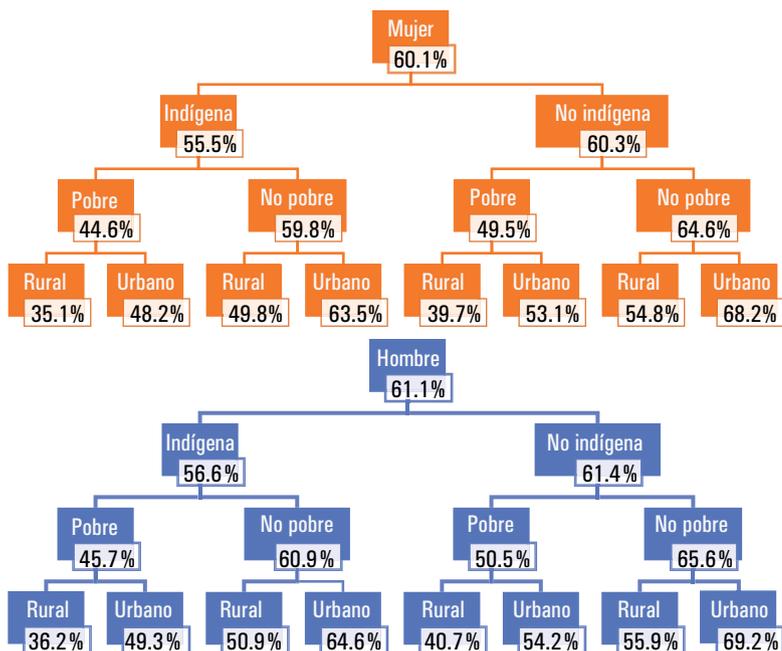
A continuación se analiza cuál es el escenario de mayor acceso a la salud en México, es decir, cuál es el conjunto de características que incrementan su probabilidad. Para ello, se evalúan los efectos marginales y se contempla: a) la relación del género, b) la pertenencia a un hogar indígena, c) la pobreza por ingresos del jefe de hogar y d) el ámbito de residencia. Los resultados se presentan en el diagrama 1, los cuales son variables que pertenecen al grupo referente a las características de origen.

Mapa 2. Probabilidad estimada de acceso a la salud por entidad federativa



Nota: se descartaron los resultados de los efectos marginales no estadísticamente significativos al 95 % de confianza.
Fuente: estimación propia con datos de ENIGH [2018].

Diagrama 1. Análisis de escenarios de la probabilidad de acceso a la salud, 2018



Fuente: estimación propia con datos de la ENIGH [2018].

En la punta del diagrama 1, se encuentra la probabilidad de acceso a la salud condicionadas por el sexo; dicha probabilidad no da evidencia de una gran brecha de desigualdad. No obstante, al incorporar más características de los individuos, se empiezan a presentar disparidades relevantes.

El mejor escenario corresponde al de un hombre no indígena y no pobre, y que habita en un ámbito urbano, cuya probabilidad de acceso a la salud (ya sea por servicios médicos o por la seguridad social) es de 69.2 %. Este escenario representa casi dos veces la probabilidad del peor escenario, el cual es el de una mujer indígena, pobre de ingresos y que habita en un ámbito rural, cuya probabilidad de acceso a la salud es de 35.1 por ciento.

El análisis de escenarios nos permite encontrar características que confieren mayor desigualdad de acceso a la salud que, a su vez, se retroalimentan y agravan la situación mientras más características se añadan. En este sentido, el estudio de los factores determinantes sociodemográficos que influyen en la desigualdad de la salud se enriquece cuando incorporamos el análisis de la interseccionalidad de ciertas características de origen y la relación existente entre ellas, lo cual sugiere la presencia de la desigualdad de oportunidades en el acceso a la salud en México.

CONCLUSIONES

La pandemia de covid-19 reflejó diversas vulnerabilidades de la población mexicana, entre ellas el acceso a la salud. A pesar de que el acceso tanto a la salud como a la seguridad social se encuentra enmarcado como derecho social en la CPEUM, antes de la pandemia ya se registraban porcentajes relevantes de la población que presentaba esas carencias. De acuerdo con el Coneval [2019a], en 2018, 16.2 % de la población presentaba carencia por acceso a los servicios de salud, mientras que la población sin acceso a seguridad social aumentó a 57.3 %. Lo anterior implica que la población vulnerable por dichas carencias se encontró en una situación más desventajosa durante la pandemia, debido a que no contaba con los medios necesarios para atender sus necesidades de salud ante un evento imprevisto y sin precedentes.

El acceso a la salud, sea por medio de servicios médicos o por la seguridad social (como se analiza en este capítulo), ya era desigual y limitado antes de la pandemia, en especial para grupos vulnerables, como la población indígena, mujeres, adultos mayores o personas con discapacidad. Por su parte, las diferencias regionales revelaban la gran heterogeneidad en

términos del acceso a la salud, las cuales se pueden analizar al observar las cifras estatales de la población con carencia de acceso a los servicios de salud y a la seguridad social.

Estas brechas en el acceso a la salud reflejan, entonces, la heterogeneidad en el acceso a la salud en las entidades federativas y la desigualdad de oportunidades de acceder al derecho social. En particular, cuando se incorporan en el análisis las variables que están fuera del control de los individuos y forman parte de sus características, como el sexo, condición de pobreza, si habitan en un hogar indígena y su ámbito de residencia, se observan mayores niveles de desigualdad de acceso a la salud, aunados a las brechas de desigualdad que pueden analizarse cuando se incorporan características socioeconómicas, como edad, escolaridad, estatus de ocupación y factores de vulnerabilidad en la salud como inseguridad alimentaria y discapacidades. Todos estos factores se desglosaron por medio de un modelo *logit* con datos de 2018, en el cual se obtiene que dichas características son determinantes con significancia estadística de la probabilidad de acceder a la salud.

El efecto marginal más fuerte en la probabilidad de acceder a la salud se encontró en el desempleo (con un coeficiente negativo), seguido de los niveles más altos de escolaridad (preparatoria y profesional). De las características socioeconómicas incorporadas en el modelo, la situación de ocupación y la escolaridad son las que poseen un mayor impacto en la probabilidad de acceder a la salud. El factor geográfico se refleja en los efectos marginales obtenidos para las entidades federativas, de las cuales destaca que en todas estas (a excepción de Coahuila), el coeficiente de probabilidad asociada es negativo. No obstante, la heterogeneidad refleja que en algunas entidades la probabilidad de acceso es mucho menor que en otras, siendo este el caso de Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán y Puebla, de los cuales se obtuvieron los efectos marginales más bajos.

Otros resultados que reflejan la gran vulnerabilidad de ciertos grupos en el acceso a la salud se observan con los efectos marginales de variables como la condición de pobreza, el vivir en un hogar indígena y la inseguridad alimentaria, dado que la probabilidad de acceso a la salud se afecta cuando el individuo ya es vulnerable, ya sea de forma económica, por el grupo étnico al que pertenece o si presenta limitaciones alimenticias.

No obstante, al estimar los escenarios se comprueba la interseccionalidad de la desigualdad en el acceso a la salud. En este sentido, destacan características como el sexo, condición de pobreza, ámbito de residencia y si el individuo habita en un hogar indígena, las cuales agravan la probabilidad estimada. En particular, el mejor escenario encontrado corresponde al de un hombre no indígena, no pobre y que habita en un ámbito urbano, para quien la probabilidad estimada de acceso a la salud es de 69.2 %. En contraste con el 35.1 % del peor escenario, correspondiente al de una mujer indígena, pobre de ingresos y que habita en un ámbito rural.

Todos los resultados obtenidos corresponden al año 2018, lo cual significa que ya se observaban brechas de desigualdad en el acceso a la salud, principalmente en grupos vulnerables. Con los resultados anteriores es posible inferir que las brechas de desigualdad se incrementaron con la contingencia sanitaria derivada de la pandemia en covid-19 y la población identificada como vulnerable en este capítulo se encontró en una posición de mayor vulnerabilidad al carecer de acceso a la salud y seguridad social, especialmente en el contexto de una crisis sanitaria y económica. Por lo anterior, es necesario que la política social se oriente a estos grupos y que se logre, en lo posible, brindar acceso a los derechos sociales de forma universal, con un sistema de seguridad social unificado y un sistema de salud que brinde accesibilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud como un derecho social fundamental que determina uno de los principales ejes del bienestar.

REFERENCIAS

- Bayón, M. [2006], “Precariedad social en México y Argentina: tendencias, expresiones y trayectorias nacionales”, *Revista de la Cepal*, 88: 133-152, abril de 2006.
- Borrell, C. y L. Artazcoz [2008], “Las políticas para disminuir las desigualdades en salud”, *Gaceta Sanitaria*, 22(5): 465-473.
- Borrell, C. y M. Pasarín [2004], “Desigualdad en salud y territorio urbano”, *Gaceta Sanitaria*, 18(1): 1-14.
- Cameron, C. y P. Trivedi [2005], *Microeconometrics: Methods and applications*, Reino Unido, Cambridge University Press: 1 058.
- Cdi (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas) [2015], *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2015*, México, Cdi, <<https://cutt.ly/cSybV9j>>, 31 de mayo de 2021.
- Cepal (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) [2020a], *América Latina y el Caribe ante la pandemia de la covid-19, efectos económicos y sociales*, Chile, Cepal, <<https://cutt.ly/YSyb7Xt>>, 1 de febrero de 2021.
- Cepal [2020b], *Panorama social en América Latina*, Chile, Cepal, <<https://cutt.ly/ASynopI>>, 1 de febrero de 2021.
- Coneval (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) [2019a], *Medición de la pobreza*, México, Coneval, <<https://cutt.ly/jSynxfT>>, 17 de febrero de 2021.
- Coneval [2019b], *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*, 3a ed., Ciudad de México, Coneval: 142.
- Coneval [2019c], *Sistema de Información de Derechos Sociales*, México, Coneval, <<https://cutt.ly/kSynP3e>>, 18 de marzo de 2021.
- Deaton, A. [2015], *El gran escape: salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*, México, Fondo de Cultura Económica: 403.

- ENIGH (Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares) [2018], *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2018*, México, Inegi, <<https://cutt.ly/VHrDCQP>>, 18 de marzo de 2021.
- Guadarrama, R.; A. Hualde y S. López [2012], “Precariedad laboral y heterogeneidad ocupacional: una propuesta teórico-metodológica”, *Revista Mexicana de Sociología*, 74(2): 213-243.
- Hosmer, D. y S. Lemeshow [2000], *Applied logistic regression*, 2a ed., Nueva York, Wiley: 383.
- Juárez Ramírez, C. *et al.* [2014], “La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes”, *Rev Panam Salud Pública*, 35(4): 284-290.
- Krause, M. y M. Ballesteros [2018], “Interseccionalidad en desigualdades en salud en Argentina: discusiones teórico-metodológicas a partir de una encuesta poblacional”, *Hacia la promoción de la salud*, 23(2): 13-33.
- Lima, M. [2017], “Desigualdades en salud: una perspectiva global”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 22: 2 097-2 108.
- Narro, J.; D. Moctezuma y L. Orozco [2010], “Hacia un nuevo modelo de seguridad social”, *Economía Unam*, 7(20): 7-33.
- Oliveira, O. de [2006], “Jóvenes y precariedad laboral en México”, *Papeles de población*, 12(49): 37-73.
- Pérez Escamilla, R.; H. Melgar-Quiñónez, M. Nord, M. Álvarez y A. Segall Correa [2007], “Escala latinoamericana y caribeña de seguridad alimentaria (ELCSA)”, *Perspectivas en nutrición humana*, octubre, 2017: 117-134.
- Roemer, J. [1998], *Equality of opportunity*, Harvard University Press: 130.
- Rohlf, I.; C. Borrell y M. C. Fonseca [2000], “Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos”, *Gaceta Sanitaria* 14(3): 60-71.

Solar, O. y A. Irwin [2007], *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health*, Geneva, WHO Commission on Social Determinants of Health: 75.

Solís, P. [2016]. “Estratificación social y movilidad de clase en México a principios del siglo XXI”, en P. Solís y M. Boado (eds.), *Y sin embargo se mueve...*, México, Centro de Estudios Espinosa Yglesias: 547.

6. ESTRATEGIAS DE MEDIOS DE VIDA, POBREZA, DESIGUALDAD Y ACCESO A LA SALUD EN EL CAMPO MEXICANO

*Uberto Salgado Nieto**

La reforma neoliberal afectó a los pequeños productores agropecuarios, lo cual provocó que muchos hogares rurales desarrollaran actividades fuera del ámbito agropecuario con el objetivo de mejorar sus ingresos; esta situación es de gran relevancia si se considera que el crecimiento de la infraestructura de salud se ha centralizado en las localidades urbanas, ocasionando que los habitantes del ámbito rural desembolsen mayores gastos en traslados para poder recibir atención médica y que los hogares más pobres tengan un acceso limitado a la salud. Al considerar esto, se tomaron datos de la ENIGH 2018 para construir un índice de pobreza y otro de desigualdad en los ingresos, así como una regresión cuantílica, y se observó que a los hogares rurales que generan estrategias relacionadas con actividades fuera de la esfera agropecuaria les permiten conseguir mejores niveles de ingreso y, en este sentido, dichas estrategias facilitan el acceso a la salud de la población en las zonas rurales.

* Investigador Asociado en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. El autor agradece al Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Nacional Autónoma de México por las facilidades prestadas para el desarrollo de esta investigación; también el apoyo técnico-académico proporcionado por el maestro Alejandro Merino Martínez y el licenciado Ulises Sánchez Guerrero para la elaboración del presente capítulo.

Los hogares rurales de las economías en vías de desarrollo están involucrados en diversas actividades económicas que forman parte de un conjunto de estrategias de medios de vida que desarrollan con la finalidad de obtener los recursos necesarios para su vida diaria; si bien podría pensarse que las labores agropecuarias representan la mayor fuente de ingresos para estos hogares, la realidad es que las actividades productivas desempeñadas fuera de la esfera agropecuaria tienen un peso superior, en el caso de México muestran una participación que varía entre 50 % y 72 % del total de los ingresos en los hogares rurales [Cerón y Yúnez-Naude, 2015; Janvry y Sadoulet, 2001; Mora *et al.*, 2017].

Esta situación puede explicarse por el conjunto de reformas económicas que se implementaron en el sector agropecuario mexicano durante la década de los ochenta; mediante la aplicación de políticas de corte neoliberal, se gestó un cambio importante en la estructura de incentivos en el sector agropecuario, principalmente en el agrícola, pues se buscaba mejorar la productividad en el sector por medio de los mecanismos de mercado y una menor participación del Estado, que incluyen:

- La reforma al artículo 27 de la constitución política para que las tierras bajo propiedad ejidal pudieran venderse y así generar un mercado de tierras; sin embargo, esto provocó una concentración de las tierras en el campo [Ávila *et al.*, 2019; Calva, 1993].
- El desmantelamiento de la Compañía Nacional de Subsistemas Populares (Conasupo), institución que se encargaba de realizar la compra, el financiamiento, el almacenaje y la distribución de la producción agrícola en el país; por medio de esta, se otorgaban precios de

garantía para los productores agrícolas, especialmente a los productores de granos básicos como el maíz y el frijol, alimentos que conforman la base de la dieta del mexicano [Mora y López, 2015].

- Drástica reducción del gasto público orientado al sector, al pasar de 25.4 % en 1980 a solo 3.2 % en 1988, lo cual tuvo repercusiones graves sobre los créditos y seguros otorgados a los campesinos; como consecuencia, los subsidios federales a la agricultura disminuyeron de modo considerable: en 1981 constituían cerca de 21 % del PIB agropecuario, mientras que en 1987 solo participaron con 6.2 % [Herrejón, 2005].

En ese momento, lo que buscaban los hacedores de política era orientar el sector agropecuario hacia un contexto de libre mercado al modificar un modelo de subsidios que se enfocaba en el apoyo a la producción agropecuaria por otro que se orientó solo a complementar los ingresos de los productores; un ejemplo de este tipo de apoyos surgió a finales de 1993 bajo el nombre Programa de Apoyos para el Campo (Procampo), que consistía en realizar transferencias directas a los productores con la finalidad de compensar las pérdidas en sus ingresos debido a que en 1994 comenzaría a operar el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) con Estados Unidos y Canadá; no obstante, este subsidio se otorgaría bajo el criterio de asignar un monto fijo por cada hectárea del productor, de tal forma que los grandes productores que cuentan con grandes extensiones de tierras fueron los más beneficiados en comparación con los pequeños productores [Zarazúa, Almaguer y Ocampo, 2011].

El cambio en la política de subsidios representa un elemento clave para comprender la situación en la que se encuentra actualmente el campo mexicano; al eliminar los estímulos que se orientaban a apoyar las capacidades productivas de los campesinos, se afectó en mayor medida a los pequeños productores

ya que se desmanteló toda una estructura de acceso a bodegas para el almacenamiento, precios de garantía, seguros a la producción y demás estímulos que protegían su producción de cualquier tipo de perturbación económica o climática; por su parte, el criterio que buscó compensar sus ingresos no les otorgó el recurso suficiente para sustituir todo ese conjunto de beneficios al que tenían acceso; incluso algunos autores como Mora y López [2015] señalan que los montos asignados por Procampo apenas si les permitieron hacer frente a los embates de los precios internacionales y que, por esto, no les fue posible invertir el recurso para fortalecer sus capacidades productivas.

El TLCAN tuvo impactos diferenciados entre el campesinado mexicano. Por un lado, su implementación agudizó las precarias condiciones en las que se encontraban los pequeños productores nacionales debido a que ahora se verían obligados a competir de manera directa con los granjeros estadounidenses en condiciones totalmente desfavorables, pues el sector agropecuario estadounidense está altamente subsidiado [Puyana y Romero, 2009]. Por el otro lado, los grandes productores mexicanos se especializaron en la producción de hortalizas y frutas para la exportación; cerca 300 empresas y productores concentraron los beneficios del comercio con Estados Unidos [Schwentenius y Gómez, 2001].

En síntesis, el proceso de transformación del campo mexicano que se impulsó desde la década de 1980 tuvo grandes costos sociales porque las políticas neoliberales generaron importantes niveles de pobreza y desigualdad en el entorno rural [Gordillo y Wagner, 2005]. De acuerdo con la investigación de Léonard, Losch y Rello [2007], el porcentaje de población rural que vivía en condiciones de pobreza varió alrededor de 50 % entre 1990 y 2000; cifras más recientes calculadas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) [Coneval, 2019] indican que para 2018 aún 55.3 % de la población rural vive en condiciones de pobreza,

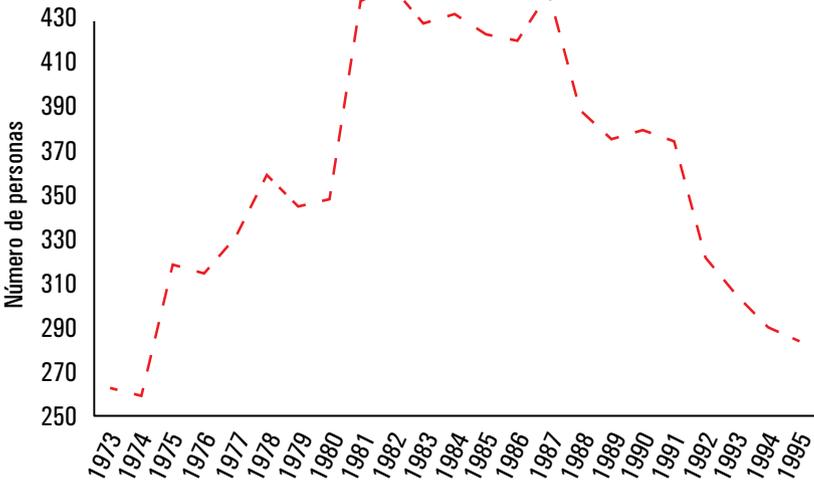
porcentaje muy superior si se compara con la población urbana (37.6 por ciento).

Los niveles de pobreza que se padecen en el entorno rural pueden limitar el acceso a la salud de los habitantes de estas regiones; si bien es cierto que México ha invertido entre 5 y 5.8 % del PIB en gastos de salud durante el periodo 2000-2016, la realidad es que nuestro país es uno de los que menos invierte en este rubro si se compara con el resto de las naciones miembro de la OCDE; estos recursos son aún más escasos en el entorno rural de México, ya que solo 1.5 % de las unidades de hospitalización se ubica en estas regiones, mientras que 97.7 % se encuentra en un entorno urbano. Esta situación ha provocado que solo 3600 localidades urbanas concentren un grado alto o muy alto de acceso físico a los servicios de salud, mientras que 79 114 localidades rurales no tienen acceso físico a la salud pues se encuentran totalmente aisladas, y otras 71 385 localidades rurales están relativamente cercanas a una vía de comunicación, lo cual implica que poseen un bajo o muy bajo acceso a los servicios de salud ya que los habitantes de estas regiones deben desembolsar mayores gastos en los traslados para recibir atención médica [Coneval, 2018].

Las familias del campo mexicano deben tener los ingresos suficientes para poder solventar los costos del desplazamiento hacia las regiones que concentran los servicios médicos; además de esto, es necesario considerar que la Ley del Seguro Social aprobada en 1973 establecía el concepto de “solidaridad social” mediante el cual se podían incorporar al IMSS trabajadores del campo sin capacidad de cotización, financiados por las cuotas de los patrones y las crecientes aportaciones del Estado; sin embargo, tras la implementación de las políticas neoliberales en el campo mexicano, se recortó el presupuesto orientado a costear las coberturas de seguridad social en el ámbito rural y se redujo de manera drástica el número de derechohabientes en esas regiones (gráfica 1), hasta que en 1995

se derogó la ley que brindaba acceso a la seguridad social a las familias campesinas [Narro, Moctezuma y Orozco, 2010]; en su lugar, entraron algunos otros esquemas de acceso a la salud, como el seguro popular, que ofrecía un paquete limitado de cobertura que solo consideraba 225 tipos de intervenciones médicas. Esto tuvo como resultado una mercantilización de la salud que afectó en mayor medida a la población que vivía en condiciones de pobreza y acrecentó las desigualdades sociales en el país [Tamez y Eibenschutz, 2008].

Gráfica 1. Población derechohabiente en el campo mexicano, 1973-1995



Fuente: elaboración propia con datos del IMSS, Coordinación de Afiliación al Régimen Obligatorio (DIR) y Coordinación de Prestaciones Eco.

Debido a que el acceso a la salud en el ámbito rural está directamente relacionado con los niveles de ingreso que generan las familias en el campo mexicano, es necesario estudiar cuáles son las estrategias de medios de vida que les permiten generar recursos económicos para desarrollar su vida cotidiana y su posible efecto sobre la pobreza y la desigualdad rurales.

El presente estudio se divide en cuatro apartados: en el primero se realiza un breve análisis del concepto de medios de vida; en el segundo se presenta una revisión de los hechos estilizados sobre los tipos de actividades productivas que realizan los hogares rurales mexicanos en función de las diversas estrategias de medios de vida desarrolladas en los hogares; en el tercer apartado se presenta la metodología econométrica utilizada y los resultados del modelo de regresión cuantílica para analizar los patrones de desigualdad en los ingresos rurales y en el cuarto se presentan las reflexiones finales del capítulo.

LOS MEDIOS DE VIDA EN EL ENTORNO RURAL

El criterio teórico de los medios de vida (*livelihoods*) se desarrolla a partir de una perspectiva del hogar, de modo específico se orienta al estudio de la población pobre y al tipo de actividades que esta población puede realizar para buscar el sustento diario y mejorar sus condiciones de vida [Carney, 2003]. Los medios de vida de un hogar tienen en cuenta las capacidades, los activos (materiales e inmateriales) y las actividades que pueden tomar una configuración particular para un tiempo determinado y que pueden presentar variaciones entre un hogar y otro; por ejemplo, a un hogar que no tiene acceso a tierras le resultará más complicado desarrollar alguna actividad agrícola ya que deberá realizar una inversión para adquirir o arrendar tierra para desempeñar esa actividad, y esto representa un costo de oportunidad.

La estrategia de la migración es vista como un medio de vida que les permite a los hogares rurales buscar un ingreso que cubra las necesidades básicas de sus habitantes; en particular, en esta estrategia los activos intangibles con los que cuenta el hogar desempeñan un papel de gran importancia,

porque es necesario tener en cuenta que los hogares con familiares migrantes en el extranjero representan una inversión menor sobre los costos de migrar¹ y que, por tanto, el incentivo para migrar sea mayor en este tipo de hogares en comparación con otros que no cuentan con familiares migrantes [De Haan *et al.*, 2000].

En la literatura sobre migración se ha considerado que las remesas pueden contribuir a la reducción de la pobreza y mejorar la distribución de los ingresos en las localidades receptoras [Fajnzylber *et al.*, 2008]; sin embargo, existe otro conjunto de investigaciones que señala que su impacto sobre la pobreza es limitado debido a que los hogares receptores difícilmente logran invertir ese dinero de forma productiva, pues la mayoría de las veces tiende a gastarse principalmente en el consumo corriente del hogar [Dharmawardhana, De Zoysa y De Silva, 2015; Nzima, Duma y Moyo, 2016], por lo que esos hogares se vuelven dependientes de este ingreso y se deterioran las capacidades productivas locales, perdiéndose así la oportunidad de que las remesas se conviertan en un mecanismo endógeno de dinamismo económico que pueda contribuir con la reducción de la pobreza en las regiones receptoras; además de esto, es necesario considerar que las remesas pueden provocar mayor desigualdad entre los hogares rurales ya que solo algunos de ellos logran beneficiarse de dicho recurso [Salas, 2019].

Otra de las estrategias de medios de vida es la diversificación de las labores productivas; esto se refiere al proceso

¹ Los familiares migrantes representan una red de apoyo que brinda un hogar al nuevo migrante, le ofrecen información sobre empleos disponibles y también le pueden otorgar un financiamiento inicial en el extranjero; estos elementos permiten reducir de modo considerable los costos de la migración, sobre todo si se comparan con los potenciales costos en los que podría incurrir un nuevo migrante que no cuenta con esa red de apoyo al momento de su llegada [Massey *et al.*, 2008]; por tanto, este elemento representa un activo social que si bien no es tangible, repercute de forma importante para que un hogar decida adoptar la estrategia de la migración.

por el cual las familias rurales consideran un portafolio de distintas actividades que pueden desarrollar de acuerdo con sus capacidades o activos de los que disponen; la diversificación puede funcionar como una herramienta que les permita hacer frente a los impactos provenientes de los desajustes en los mercados económicos o los estresores climáticos que pueden poner en riesgo los ingresos del hogar [Ellis, 2008; Helmy, 2020].

Esta estrategia se observa casi siempre en los hogares rurales, pues las actividades agropecuarias representan una inversión de alto riesgo ya que no solo se ven afectadas por factores relacionados con los impactos de los mercados económicos, como las variaciones en los precios de los insumos, los precios de las *commodities* o los cambios en las tasas de interés, sino que, además, dichas actividades son altamente sensibles a los factores climáticos, sobre todo en los países en vías de desarrollo que carecen de infraestructura para hacer frente a ese tipo de estresores [Macías, 2013].

Los pequeños productores que perciben los menores niveles de ingreso se enfrentan a una mayor necesidad de buscar actividades alternativas que les permitan complementarlos, esto debido a que los bajos niveles de productividad y la falta de acceso a mercados y de apoyos gubernamentales han provocado que se encuentren atrapados en un círculo de pobreza; el tipo de actividades que pueden desarrollar para diversificarse puede orientarse hacia las actividades agropecuarias o a las no agropecuarias con el objetivo de conseguir los recursos necesarios que les permitan cubrir los gastos del hogar [Melketo, Geta y Sieber, 2019].

La intensificación es otra estrategia de medios de vida que se vincula con un concepto multidimensional que se desprende de la teoría del cambio agrícola de Boserup [2003]. El objetivo de este marco analítico es el de incrementar la cantidad de alimentos y el bienestar social mediante la adopción de innovación y eficiencia en la producción agropecuaria, ya

que a diferencia de la teoría malthusiana, Boserup señala que el incremento poblacional genera una mayor necesidad de intensificar la producción agropecuaria. En el caso de las grandes unidades de producción agrícola que se han especializado en algún tipo de cultivo, la intensificación implica que se presenta un incremento del producto por unidad de área cultivada por medio de una mayor inversión de capital o trabajo [Carswell, 2000].

En el caso de los pequeños productores con recursos limitados y que no cuentan con grandes apoyos para la adquisición de insumos, la intensificación que les permite mejorar sus rendimientos en las actividades agrícolas se ha orientado hacia el diseño de prácticas sustentables en la producción, con el objetivo de que los campesinos que no cuentan con grandes extensiones de tierra se puedan vincular con el mercado de los productos orgánicos y que esto les permita obtener ingresos para hacer frente a la pobreza [Giovannucci, 2005].

No obstante, el desarrollo de actividades orgánicas tienen un mercado limitado que no garantiza el acceso a todos los pequeños productores debido a que la mayor demanda proviene del extranjero y para poder exportar se requiere aprobar una certificación, procedimiento nada sencillo pues los pequeños productores que deseen incorporarse a estos métodos de producción deben convertir su campo convencional en uno orgánico, proceso que puede tomar hasta tres años de operaciones bajo las reglamentaciones orgánicas; además, el proceso de certificación requiere visitas de agentes de certificación acreditados por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) y realizar una extensa documentación cuyos costos totales ascienden a casi 1 000 dólares [González y Nigh, 2005].

En el presente capítulo se analizan las estrategias de medios de vida relacionadas con cinco tipos de actividades que pueden desarrollar los hogares en el campo mexicano,

las cuales son: los negocios agropecuarios y no agropecuarios, los salariales agropecuarios y no agropecuarios, y la migración-remesas. En el siguiente apartado se muestra un análisis descriptivo de estas actividades, su relación con las estrategias de medios de vida antes descrita y sus impactos sobre la pobreza y la desigualdad en el campo mexicano.

HECHOS ESTILIZADOS SOBRE LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD EN EL CAMPO MEXICANO

Para desarrollar este análisis, se consideró la información que proviene de la Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares de 2018 que levanta el Inegi. Esta base de datos permite obtener información detallada sobre las entradas monetarias que reportan poco más de 34 millones de hogares mexicanos y, debido a que la muestra fue construida por medio de un diseño probabilístico por conglomerados estratificados, los datos tienen una representatividad a nivel nacional, urbana y rural.

En esa encuesta, se define a los hogares rurales como aquellos que se encuentran en localidades con menos de 2 500 habitantes; el número total de este tipo de hogares considerados en la encuesta asciende a los 8 024 000, cifra que representa el 23 % de los hogares mexicanos; mientras que la cantidad de hogares urbanos sumaron 26 720 000.

El ingreso corriente promedio trimestral que declararon en general los hogares mexicanos para 2018 fue de 49 610 pesos. El cuadro 1 muestra que en el caso de los hogares rurales este ingreso alcanzó la cifra de 30 015 pesos, mientras que en los urbanos fue de 55 495; también se puede observar el peso relativo que tienen los ingresos generados por cinco tipos de actividades productivas (salarios agropecuarios y no agropecuarios, negocios agropecuarios y no agropecuarios, y la migración-remesas) respecto del ingreso corriente total.

Cuadro 1. Ingresos promedio trimestrales de los hogares urbanos y rurales por tipo de actividad productiva y porcentaje de participación, 2018

Variable	Urbano	Porcentaje urbano	Rural	Porcentaje rural
Ingreso corriente del hogar	55 494.89	100	30 015.97	100
Salariales agropecuarios	1 093.26	2	3 487.08	12
Salariales no agropecuarios	30 055.27	54	13 720.71	45
Negocios agropecuarios	335.62	1	1 448.42	5
Negocios no agropecuarios	3 279.22	6	2 280.19	8
Remesas	340.70	1	841.07	3
Otras transferencias (jubilaciones, becas, apoyos gubernamentales) e ingresos de otras actividades no productivas (arrendamiento, etcétera)	20 390.82	36	8 238.49	27

Fuente: elaboración propia con datos de Inegi, ENIGH.

Como puede apreciarse en el cuadro 1, las actividades agropecuarias (salarios y negocios agropecuarios) en los hogares urbanos apenas cubren 3 % del ingreso corriente total, mientras que en el caso de los hogares rurales esas mismas actividades representan 17 % del ingreso total; es relevante destacar que en los hogares rurales las actividades no agropecuarias (salarios y negocios no agropecuarios) tienen gran peso, pues constituyen cerca de 53 % de los ingresos; además, cabe resaltar que las remesas tienen una mayor participación sobre los ingresos de los hogares rurales (3 %) en comparación con los hogares urbanos (1 por ciento).

Para vincular las cinco actividades productivas que desempeñan los hogares rurales con las estrategias de medios de vida, se llevó a cabo un análisis en el que se consideró cuántos hogares rurales desarrollaban una sola de estas actividades,

situación que estaría vinculada con la intensificación de la actividad productiva, así como el cálculo de cuántos de los hogares rurales realizaban más de una de las actividades consideradas, por lo que estos hogares se relacionan con la estrategia de la diversificación, y cuántos hogares reciben solo remesas ya que adoptaron la estrategia de la migración.

De los 8 024 000 hogares que se ubican en las localidades rurales, cerca de 4 629 000 desarrollaban exclusivamente una sola actividad productiva, de los cuales 9.5 % se dedicaba solo a los salariales agropecuarios (trabajador jornalero), 46.3 % exclusivamente a los salariales no agropecuarios (empleado en actividades no agropecuarias), 9.5 % a los negocios no agropecuarios y 17 % a los negocios agropecuarios, y solo 3.9 % de los hogares aplicaron la estrategia de las remesas; por otro lado, 3 395 000 hogares reportaron realizar de forma simultánea dos o hasta cinco de estas actividades productivas, por lo que fueron categorizados como diversificados.

Teniendo en cuenta esta categorización entre las actividades productivas y las estrategias de medios de vida, se realizó un análisis sobre la pobreza a partir del desarrollo del índice de Foster, Greer y Thorbecke (FGT) que permite identificar la incidencia, la intensidad y la gravedad de la pobreza por ingresos entre los hogares rurales; pero estimado para cada una de las categorías construidas, este criterio permite realizar una comparación de los ingresos que se perciben en cada hogar respecto de una línea de pobreza y de pobreza extrema,² para 2018 se obtuvo el cálculo realizado por el Coneval.

En el cuadro 2 se muestran los resultados de este índice para los hogares que presentan pobreza en los ingresos; en el

² La línea de pobreza extrema por ingresos (LPEI) equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al trimestre, y la línea de pobreza por ingresos (LPI) equivale al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al trimestre. La LPEI rural para 2018 se fijó en 3 194.2 pesos por persona al trimestre y la LPI rural para 2018 fue de 5 812.7 por persona al trimestre; mientras que la LPEI urbana fue de 4 502.5 y la LPI urbana de 8 989.2 de acuerdo con Coneval [s. f.].

caso donde $\alpha^3 = 0$, al comparar la estrategia de intensificación que realizan los hogares respecto de cada una de las cinco actividades productivas, se observa que los hogares que se dedican solo a los negocios agropecuarios presentan la mayor proporción de pobreza con 64.4 %, seguidos de los hogares que desempeñan exclusivamente actividades relacionadas con los salariales agropecuarios (54.3 %); en el otro extremo, se observa que los hogares que solamente desarrollan actividades vinculadas con los salarios no agropecuarios presentan la menor proporción de pobreza con 29.6 %, seguidos por los hogares que dependen de las remesas (29.4 %). En lo relativo al índice vinculado con la pobreza extrema por ingresos, se observan resultados similares.

Cuadro 2. Cálculo del índice de pobreza por ingresos y pobreza extrema por ingresos de Foster Greer y Thorbercke (FGT) sobre los ingresos corrientes por tipo de actividad y estrategia de medios de vida para los hogares rurales en 2018

Valor de α	Línea de pobreza por ingresos					
	Salario agropecuario	Salario no agropecuario	Negocio agropecuario	Negocio no agropecuario	Hogar diversificado	Remesas
0	0.543	0.296	0.644	0.398	0.471	0.294
1	0.215	0.082	0.318	0.142	0.178	0.083
2	0.112	0.034	0.194	0.070	0.091	0.036
Valor de α	Línea de pobreza extrema por ingresos					
	Salario agropecuario	Salario no agropecuario	Negocio agropecuario	Negocio no agropecuario	Hogar diversificado	Remesas
0	0.222	0.056	0.385	0.149	0.182	0.069
1	0.069	0.013	0.148	0.039	0.054	0.015
2	0.031	0.004	0.076	0.016	0.023	0.005

Fuente: elaboración propia con datos de Inegi, ENIGH 2018.

³ α es un parámetro que puede estar vinculado con la aversión a la pobreza; si este parámetro es igual a 0, se relaciona con la incidencia de la pobreza (porcentaje de hogares que viven en pobreza), si es 1 se refiere a la profundidad de la pobreza y si toma el valor 2 mide la gravedad de la pobreza [Foster, Greer y Thorbecke, 2010].

Cuando el parámetro $\alpha = 1$ se considera qué tan profunda es la pobreza para cada grupo respectivo de análisis; de nueva cuenta se observa que tanto la pobreza como la pobreza extrema son menos profundas entre los hogares que se dedican de forma exclusiva a los salariales no agropecuarios (0.082 y 0.013, respectivamente), así como a las remesas (0.083 y 0.015, respectivamente); en el caso opuesto se identifica que tanto la pobreza como la pobreza extrema son más profundas entre los hogares que llevan a cabo actividades relacionadas con los negocios agropecuarios y los salarios agropecuarios.

En el tercer caso donde $\alpha = 2$, se analiza la gravedad de la pobreza; al respecto se observa un comportamiento similar al hallado en los análisis previos, debido a que entre los hogares que obtienen salariales no agropecuarios y los que reciben remesas, la pobreza no es tan grave (0.034 y 0.036, respectivamente); por el otro lado, la pobreza es más grave entre los hogares que obtienen ingresos provenientes de un negocio agropecuario o de los salarios agropecuarios (0.194 y 0.112, respectivamente); un patrón similar puede verse en el caso de la pobreza extrema por ingresos.

La pobreza está fuertemente vinculada con la desigualdad de los ingresos que perciben los hogares, debido a que el crecimiento económico no es homogéneo para toda la economía. Por ejemplo, cuando se menciona que la economía creció 4 % en un año específico, ese dato no refleja si han mejorado o empeorado los niveles de ingreso entre los hogares; por tanto, la generación de riqueza por medio del crecimiento económico puede provocar que la desigualdad refuerce de manera positiva los ingresos de los hogares más ricos (volviéndolos más ricos) y que lo haga de forma negativa para los ingresos de los más pobres (quedándose aún más rezagados). Esta situación se explica principalmente porque los hogares más pobres no tienen acceso a mayores niveles educativos o mejores servicios de salud, lo cual limita el desarrollo de un mayor capital humano que les permita acceder a empleos mejor remunerados

y, debido a esto, la desigualdad persiste a lo largo de varias generaciones [Van der Weide y Milanovic, 2018].

El análisis sobre la pobreza se complementa con el estudio de la desigualdad a partir del cálculo de las curvas de Lorenz por tipo de actividad y estrategia de medio de vida. En la gráfica 2 se muestra la curva de Lorenz para cada una de las actividades y estrategias de medios de vida consideradas; en este caso, se observa que los hogares que se dedican de manera exclusiva a las actividades de los salariales no agropecuarios tienen una mejor distribución del ingreso respecto del resto, sobre todo entre las proporciones más bajas de la curva hasta llegar a 80 % de los hogares acumulados.

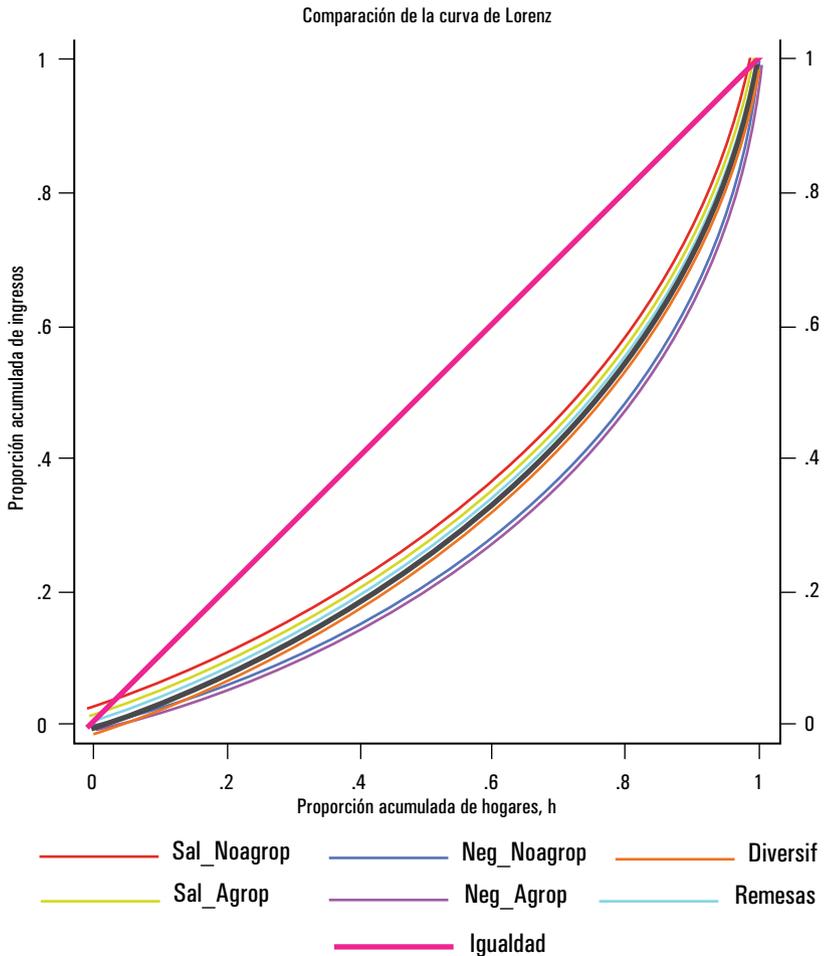
En el caso opuesto, se observan las curvas de los negocios agropecuarios y no agropecuarios como las más alejadas de la recta de 45°, lo cual indica que en ese tipo de actividades existe una mayor concentración de los ingresos entre las poblaciones que se dedican solo a cada una de estas estrategias, mientras que se puede notar que las estrategias de la migración-remesas y la diversificación se colocan en un punto intermedio respecto de la distribución de los ingresos.

Los resultados observados tanto a nivel de la pobreza y los vinculados con la desigualdad de los ingresos permiten señalar que los hogares rurales orientados hacia la estrategia de la intensificación de las actividades salariales no agropecuarias muestran los menores niveles tanto de pobreza, como de desigualdad; en este sentido, es posible considerar que los hogares rurales se han visto forzados a buscar actividades fuera del ámbito agropecuario para poder mejorar sus condiciones de vida.

Los hogares que llevan a cabo la estrategia de la intensificación de los negocios agropecuarios son los que presentan los mayores niveles de pobreza y desigualdad en los ingresos; esta situación se explica debido a la gran disparidad que existe en el campo mexicano, donde, por un lado, existe una cantidad importante de pequeños productores que no cuentan con los

apoyos suficientes y que apenas logran sobrevivir y, por el otro, un conjunto de grandes productores que han resultado más beneficiados por las reformas neoliberales del campo mexicano.

Gráfica 2. Comparación de las curvas de Lorenz entre las distintas actividades y estrategias de medios de vida en los hogares rurales de México, 2018



Fuente: elaboración propia con datos de Inegi, ENIGH 2018.

Para profundizar en el análisis sobre la desigualdad de los ingresos en el campo y la adopción de las actividades y estrategias de medios de vida, en el siguiente apartado se desarrolla un modelo econométrico bajo la metodología de la regresión cuantílica; este ejercicio tiene el objetivo de estudiar la distribución de los ingresos de los hogares rurales divididos en deciles para ver cómo se asocian con la adopción de las diversas actividades y estrategias consideradas. Esta situación es de particular importancia pues los niveles de ingreso son relevantes para que las familias del campo mexicano puedan tener acceso a la salud.

MODELO DE REGRESIÓN CUANTÍLICA SOBRE LOS INGRESOS DE LOS HOGARES RURALES

Si bien el modelo de regresión lineal es una herramienta útil para estudiar la relación entre la variable de interés y un conjunto de regresores a partir de la media condicional de la variable dependiente $E(y|x)$, este método de estimación proporciona solo una vista parcial de la relación entre las variables, por lo que es necesario recurrir a otros criterios como el de la regresión cuantílica. Esta técnica es más útil en los estudios sobre la desigualdad debido a que proporciona información de la relación que existe entre la variable dependiente y (ingresos) y los regresores x , pero mediante los diferentes puntos de la distribución condicional de y , no solo sobre su media [Cameron y Trivedi, 2005].

La regresión cuantílica se basa en la mediana muestral en lugar de la media y , como consecuencia, este método de estimación es más robusto cuando están presentes observaciones atípicas (*outliers*), situación que es común en los análisis sobre los ingresos de los hogares o individuos; además, permite el estudio del impacto de los parámetros estimados a lo largo de la distribución de la variable dependiente, por lo que es posible conocer con mayor detalle el comportamiento de los

datos. Este modelo emplea un criterio semiparamétrico, lo que permite flexibilizar algunos supuestos sobre la distribución de los residuos de la estimación. Además de todas estas cualidades, la regresión cuantílica es particularmente útil cuando existe una alta heterogeneidad en los datos [Wooldridge, 2010].

Para desarrollar este modelo, se consideró la siguiente especificación:

$$\ln(y_i) = x_i \beta_k + \varepsilon_i \text{ respecto al } \text{decil}_k (\ln(y_i)/x_i) = x_i \beta_k$$

Donde y_i se refiere al logaritmo del ingreso corriente del hogar (*ling_cor*) que es empleado como variable dependiente del modelo. En este tipo de estimaciones, suele usarse el logaritmo de los ingresos porque el comportamiento de los ingresos se aproxima más a una forma funcional log-normal [Liu *et al.*, 2019; Wan y Zhou, 2005]; x_i hace referencia al conjunto de regresores del modelo, que en este caso serán las actividades vinculadas con la intensificación, es decir, la realización de una sola actividad y estas comprenden los salarios agropecuarios (*Sal_Agrop*), los salarios no agropecuarios (*Sal_NoAgrop*), los negocios agropecuarios (*Neg_Agrop*), los negocios no agropecuarios (*Neg_NoAgrop*), la estrategia de la migración-remesas (*Migra-rem*) y finalmente la relacionada con la diversificación de un hogar al realizar dos o hasta cinco de las actividades productivas (*Diversif*); β hace referencia a los parámetros a estimar y el subíndice “*i*” se refiere a los hogares rurales. Por otro lado, $\text{decil}_k (\ln(y_i)/x_i) = x_i \beta_k$ hace referencia al decil k -ésimo de $\ln(y_i)$ condicionado al vector de regresores x_i .

Se espera que los parámetros β_k a estimar guarden una relación positiva respecto de la variable dependiente, pues todas las actividades pueden contribuir de forma positiva a los ingresos corrientes del hogar; sin embargo, la aportación que cada actividad o estrategia puede tener para los hogares no es homogénea entre los distintos deciles de la distribución de ingresos.

Los resultados de la regresión cuantílica se muestran en el cuadro 3; en la primera columna se observan los resultados del modelo de regresión lineal por mínimos cuadrados ordinarios donde todos los coeficientes son altamente significativos y positivos; sin embargo, esa estimación presenta problemas de heterocedasticidad en los residuos de acuerdo con la prueba de Breusch-Pagan, por lo que existe una gran heterogeneidad entre los datos y esto permite justificar el uso de la regresión cuantílica para llevar a cabo la estimación de parámetros. Los resultados indican que la mayoría de los parámetros entre los deciles son altamente significativos y tienen los signos esperados; es importante señalar que en cada decil de ingresos, los coeficientes que muestran la mayor magnitud son los vinculados con los salariales no agropecuarios respecto del resto de los regresores, lo que explica la gran participación que tienen estos recursos monetarios sobre el flujo total de los ingresos en los hogares rurales, así como su efecto sobre la pobreza y la desigualdad rural.

Ahora bien, al explorar el tipo de actividades y estrategias que adoptan los hogares del primer decil (los que obtienen los menores ingresos), ellos desarrollan principalmente la actividad de la intensificación por medio de empleos que les permiten obtener salarios fuera de la esfera agropecuaria (*Sal_NoAgrop*) debido a que el coeficiente asociado con este regresor presenta la mayor magnitud (0.947), seguido por el coeficiente de la estrategia relacionada con la diversificación productiva (*Diversif*) (0.645); por otro lado, en este conjunto de hogares también se observa que el coeficiente con la menor magnitud (0.053) es el que se relaciona con la actividad vinculada con la intensificación de los negocios agropecuarios (*Neg_Agrop*). Este resultado muestra que los hogares rurales con menores ingresos no pueden realizar por cuenta propia la producción de bienes agropecuarios y, debido a esto, recurren a la diversificación productiva o se emplean en actividades que no se relacionan con la producción agropecuaria.

Cuadro 3. Resultados de la regresión cuantílica para cada actividad y estrategia

Modelo/Deciles	Sal_Agrop	Sal_NoAgrop	Neg_Agrop	Neg_NoAgrop	Migral/rem	Diversif	Intercepto
Mínimos cuadrados	0.2490*** (0.0221)	0.6927*** (0.0155)	0.1609*** (0.0209)	0.2417*** (0.0228)	0.1839*** (0.0298)	0.5232*** (0.0153)	9.676*** (0.0137)
Prueba	$\chi^2(1)=579.3$						
Heterocedasticidad	Valor probabilístico = 0.0000						
Breusch-Pagan	$\chi^2(1)=579.3$						
I	0.4514*** (0.0434)	0.9473*** (0.0327)	0.0533* (0.0421)	0.3449*** (0.0468)	0.4278*** (0.0520)	0.645*** (0.0318)	8.655*** (0.0302)
II	0.4313*** (0.0358)	0.8812*** (0.0278)	0.1385*** (0.0283)	0.3104*** (0.0398)	0.3313*** (0.0400)	0.6307*** (0.0296)	8.991*** (0.0265)
III	0.3781*** (0.0367)	0.8211*** (0.0230)	0.1495*** (0.0236)	0.2918*** (0.0342)	0.2461*** (0.0304)	0.6173*** (0.0236)	9.233*** (0.0214)
IV	0.3381*** (0.0306)	0.7809*** (0.0136)	0.1447*** (0.0154)	0.2905*** (0.0183)	0.2289*** (0.0381)	0.6040*** (0.0158)	9.424*** (0.0133)
V	0.3362*** (0.0192)	0.7551*** (0.0115)	0.1497*** (0.0145)	0.2776*** (0.0193)	0.2391*** (0.0310)	0.6094*** (0.0125)	9.5942*** (0.0105)
VI	0.2828*** (0.0243)	0.7219*** (0.0197)	0.1379*** (0.0202)	0.2825*** (0.0257)	0.1915*** (0.0352)	0.6048*** (0.0204)	9.7776*** (0.0200)
VII	0.2080*** (0.0285)	0.6605*** (0.0207)	0.1531*** (0.0237)	0.2583*** (0.0322)	0.1718*** (0.0397)	0.5605*** (0.0198)	10.0075*** (0.0211)
VIII	0.1205*** (0.0411)	0.5791*** (0.0335)	0.1454*** (0.0331)	0.2281*** (0.0416)	0.1059** (0.0426)	0.4884*** (0.0263)	10.2911*** (0.0317)
IX	0.0945** (0.0556)	0.3246*** (0.0372)	0.2768*** (0.0574)	0.0170 (0.0684)	0.1003 (0.0815)	0.2517*** (0.0402)	10.8254*** (0.0379)

Prueba de igualdad entre los coeficientes de los deciles F(8 28630)=26.25 F(8 28630)=34.69 F(8 28630)=2.21 F(8 28630)=7.99 F(8 28630)=6.34 F(8 28630)=14.45 F(8 28630)=388.01 Prob > F = 0.000 Prob > F = 0.0000 Prob > F = 0.0027 Prob > F = 0.0000 Prob > F = 0.0000

Nota: nivel de significación estadística: *** al 1 % ** al 5 % y * al 10 %; los valores que están entre paréntesis se refieren a los errores estándar del estimador.

Fuente: elaboración propia con base en datos de Inegi, ENIGH 2018.

Respecto de la estrategia de la migración por medio de la cual estos hogares rurales reciben remesas (Migra/rem), en el cuadro 3 se muestra que a medida que se avanza progresivamente desde los hogares con menores ingresos hacia los hogares con los mejores ingresos del decil IX, las remesas van perdiendo peso relativo sobre los ingresos corrientes de los hogares rurales al pasar de un coeficiente de 0.427 a uno de 0.100.

Un comportamiento similar puede observarse para el resto de las actividades y estrategias de medios de vida, a excepción de la relacionada con la intensificación de los negocios agropecuarios; en ese caso particular mientras más rico es el hogar, mayor es el peso que tienen los negocios agropecuarios sobre el ingreso ya que el coeficiente pasa de un valor de 0.05 en el primer decil hasta alcanzar el valor 0.27 en el decil IX. Esta situación podría asociarse con los grandes productores agropecuarios que concentran una parte importante de la riqueza que se obtiene del campo mexicano.

La prueba de hipótesis sobre la igualdad entre los coeficientes de los deciles presenta una alta significación estadística (cuadro 3); esto permite asegurar que existen importantes asimetrías entre las actividades y la distribución de ingresos en el entorno rural mexicano, pues por un lado los hogares con menores ingresos no consiguen obtener un ingreso suficiente al desarrollar un negocio agropecuario y se ven forzados a buscar alternativas fuera de la esfera agropecuaria, mientras que solo los hogares con mayor nivel de ingreso pueden realizar inversiones en los negocios agropecuarios ya que cuentan con el capital suficiente y el apoyo público para hacer frente tanto a factores climáticos, como a las variaciones en los precios o la competencia internacional.

El criterio de las estrategias de medios de vida permite profundizar en el análisis sobre el dinamismo de las actividades productivas que se desarrollan en el campo mexicano; la diversidad de procesos productivos dentro y fuera del ámbito agropecuario, en los que se incorporan los hogares rurales, responde en gran medida a la reforma neoliberal que se impulsó en el campo mexicano durante la década de 1980 y que se profundizó tras la firma del TLCAN. Este conjunto de medidas provocó un cambio estructural en las actividades primarias de la economía, donde las nuevas políticas de apoyo orientadas hacia la compensación de ingresos no resultaron ser una herramienta efectiva para promover el crecimiento de las pequeñas unidades productivas, situación que explica por qué los ingresos no agropecuarios tienen una alta participación sobre el ingreso total de los hogares rurales.

Los hogares que solo desarrollaron actividades relacionadas con la obtención de salarios no agropecuarios presentaron mejores indicadores de pobreza en términos relativos con respecto al resto de las estrategias. Además, la información relacionada con la curva de Lorenz indica que estos tienen una mejor distribución del ingreso. Los que se dedicaron exclusivamente a los negocios agropecuarios mostraron los peores indicadores de pobreza y de desigualdad, situación que puede atribuirse a la alta participación que tienen los pequeños productores en el entorno rural y a los mayores retos que enfrentan.

Otro elemento a tener en cuenta para el estudio de la desigualdad en los hogares rurales de México son los resultados arrojados por el modelo de regresión cuantílica; la regresión mostró que los hogares con menores ingresos se vieron en la necesidad de buscar alternativas fuera del ámbito agropecuario para asegurar un ingreso; mientras que, por el otro lado,

en los hogares con mayores ingresos los negocios agropecuarios representan una aportación importante en sus ingresos. Es probable que esto se deba a que esos hogares se relacionan con los grandes productores agropecuarios que se vieron beneficiados por la apertura comercial.

La importancia que tienen las actividades no agropecuarias sobre la pobreza y la desigualdad de los ingresos, contribuyen al estudio del desarrollo rural; al respecto, diversas investigaciones sugieren que es necesario fomentar inversiones relacionadas con la agroindustria, las cuales añaden un valor adicional a los productos agropecuarios, lo que permite generar un mayor dinamismo económico, más empleos y mejores ingresos que hagan posible mejorar las condiciones de vida de la población rural [De Janvry, Sadoulet y Zhu, 2005; Rantšo, 2016].

Este tipo de políticas orientadas hacia la generación de empleos e ingresos fuera de la esfera agropecuaria permitirá un mayor acceso a los servicios de salud a los campesinos mexicanos, pues el mayor dinamismo económico que se generaría le permitirá a las familias rurales contar con los recursos suficientes para desplazarse a las regiones donde se concentran las instituciones de salud, ya que buena parte de las comunidades rurales están aisladas o no tienen cerca un centro de salud.

Además de las políticas de fomento a la actividad económica en el contexto rural, es necesario complementarlas con una mayor inversión en la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, buscando mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, pero priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso. En este sentido, es importante señalar que el sistema de salud universal impulsado por la administración de Andrés Manuel López Obrador representa un ambicioso proyecto que otorgará atención médica a la población que no cuenta con seguridad social y que, en el caso particular del sector rural,

se crearán 120 hospitales del IMSS-Bienestar al final de su administración con el objetivo de descentralizar el sistema de salud pública [Aristegui Noticias, 2021]. Esa situación ameritará un estudio sobre el impacto que esta política tendrá sobre el acceso a los servicios de salud y el bienestar que generará entre las familias del campo mexicano.

REFERENCIAS

- Aristegui Noticias [2021], “Anuncia AMLO 120 hospitales más del IMSS-Bienestar para final del sexenio; Seguro Social los manejará”, *Aristegui Noticias online*, <<https://cutt.ly/7SyOPid>>, 3 de junio de 2021
- Ávila, R.; J. L. Rocha, A. González y A. Ogaz [2019], “Reforma del artículo 27 constitucional en el salinismo. ¿Sin efectos? Estudio de caso: 2010-2018”, *Revista Mexicana de Agro-negocios*, 44: 222-231.
- Boserup, E. [2003], *The conditions of agricultural growth. The economics of agrarian change under population pressure*, 8a ed., Londres, Routledge.
- Calva, J. L. [1993], *La disputa por la tierra: la reforma del Artículo 27 y la nueva ley agraria*, México, Fontarama.
- Cameron, A. C. y P. K. Trivedi [2005], *Microeconometrics: methods and applications*, Cambridge University Press.
- Carney, D. [2003], *Sustainable Livelihoods Approaches: Progress and Possibilities for Change*, Department for International Development, Gobierno de Reino Unido, Londres: 86.
- Carswell, G. [2000], *Agricultural intensification in Ethiopia and Mali*, CAB International, Ed., CAB International.
- Cerón, H. y A. Yúnez-Naude [2015], “Diversificación en la economía rural hacia actividades no agropecuarias y sus impactos en pobreza y desigualdad”, en A. Yúnez-Naude, F. Rivera, M. de los Á. Chávez, J. Mora y E. Taylor (coords.),

- La economía del campo mexicano: tendencias y retos para su desarrollo*, México, El Colegio de México: 117-156.
- Coneval (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social), [2019], *10 años de medición de pobreza en México, avances y retos en política social*, <<https://cutt.ly/2SyPfAG>>, 2 de junio de 2021.
- Coneval [2018], *Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, <<https://cutt.ly/QSyPc1I>>, 1 de junio de 2021.
- Coneval (s. f.), *Líneas de Bienestar. Líneas de Pobreza por Ingresos*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, <<https://cutt.ly/mSyPTPY>>, 2 de junio de 2021.
- De Haan, A.; K. Brock, G. Carswell, N. Coulibaly, H. Seba y K. A. Toufique [2000], *Migration and livelihoods: case studies in Bangladesh, Ethiopia and Mali*, 1a. ed., Institute of Development Studies.
- De Janvry, A.; E. Sadoulet y N. Zhu [2005], “The role of non-farm incomes in reducing rural poverty and inequality in China”, *CUDARE Working Papers*, UC Berkeley, marzo: 1-29, <<https://cutt.ly/bF3RKde>>, 20 de marzo de 2022.
- De Janvry, A. y E. Sadoulet [2001], “Income strategies among rural households in Mexico: The role of off-farm activities”, *World Development*, 29(3): 467-480, <<https://cutt.ly/iSyGrBo>>, 10 de marzo de 2021.
- Dharmawardhana, D. T. P. S.; M. de Zoysa y K. de Silva [2015], *Livelihood Development by Investing Remittances of Rural Expatriates Through Sampath Bank: A Case Study in Galewela*, Proceedings of 8th International Research Conference, KDU, noviembre: 209-216.
- Ellis, F. [2008], “The determinants of rural livelihood diversification in developing countries”, *Journal of Agricultural Economics*, 51(2): 289-302, <<https://cutt.ly/rSyFMhT>>.

- Fajnzylber, P. *et al.* [2008], *Remittances and development: lessons from Latin America*, The World Bank, 410 págs., <<https://cutt.ly/8F3RBM>>, 20 de marzo de 2022.
- Foster, J.; J. Greer y E. Thorbecke [2010], “The Foster-Greer-Thorbecke (FGT) poverty measures: 25 years later”, *The Journal of Economic Inequality*, 8(4):491-524, <<https://cutt.ly/iSyFKGM>>, 23 de febrero de 2021.
- Giovannucci, D. [2005], *Organic agriculture and poverty reduction in Asia: China and India focus*, International Fund for Agricultural Development (IFAD) (ed.), <<https://cutt.ly/YSyAOkM>>, 22 de marzo de 2021.
- González, A. A. y R. Nigh [2005], “¿Quién dice qué es orgánico? La certificación y la participación de los pequeños propietarios en el mercado global”, *Gaceta Ecológica*, 77: 19-33.
- Gordillo, G. y R. Wagner [2005], “Las reformas titubeantes: el campo mexicano, 1975-2000”, *Economía UNAM*, 2(5): 23-40.
- Helmy, I. [2020], *Livelihood diversification strategies: Resisting vulnerability in Egypt* (núm. 441), <<https://www.econstor.eu>>, 20 de marzo de 2021.
- Herrejón, G. R. [2005], *La reforma rural y los productores maiceros: el caso de dos comunidades del Estado de México*, Toluca, Estado de México, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Léonard, É.; B. Losch y F. Rello [2007], “Recomposiciones de la economía rural y mutaciones de la acción pública en el México del TLCAN”, *Revista Trace*, (52): 13, <<https://cutt.ly/OSyFOTt>>, 15 de marzo de 2021.
- Liu, L.; K. P. Paudel, G. Li y M. Lei [2019]. “Income inequality among minority farmers in China: Does social capital have a role?”, *Review of Development Economics*, 23(1): 528-551, <<https://cutt.ly/3SyFvGT>>, 18 de marzo de 2021.
- Macías, A. M. [2013], “Los pequeños productores agrícolas en México”, *Carta Económica Regional*, Año 25, Núm. 111-112; Ciudad de México: 7-18, <<https://cutt.ly/2F3R9B6>>, 20 de marzo de 2022.

- Massey, D. *et al.* [2008], “Teorías de migración internacional: una revisión y aproximación”, *Revista de Derecho Constitucional Europeo-ReDCE*, 5(10): 435-478.
- Melketo, T. A.; E. Geta y S. Sieber [2019], “Understanding livelihood diversification patterns among smallholder farm households in Southern Ethiopia”, *Sustainable Agriculture Research*, 9(1): 26, <<https://cutt.ly/SSyFdD7>>.
- Mora, J. J. y A. López Feldman [2015], “Transferencias del gobierno, pobreza y desigualdad: el impacto de Procampo y oportunidades en los hogares rurales de México”, en A. Yúnez-Naude, F. M. de los Á. Rivera, J. Chávez, J. Mora, y J. E. Taylor (eds.), *La economía del campo mexicano: tendencias y retos para su desarrollo*, México, Colegio de México.
- Mora Rivera, J.; M. M. Domínguez, J. L. J. Villanueva y M. de los Á. C. Alvarado [2017], “Participación en el sector no agropecuario en el México rural: una perspectiva de género”, *Revista Brasileira de Estudos de Populacao*, 34(2): 367-389, <<https://cutt.ly/nSyFtdy>>.
- Narro, J.; D. Moctezuma y L. Orozco [2010], “Hacia un nuevo modelo de seguridad social”, *Economía UNAM*, 7(20): 7-33, <<https://cutt.ly/NF3TqfC>>, 20 de marzo de 2022.
- Nzima, D.; V. Duma y P. Moyo [2016], *Migrant Remittances, Livelihoods and Investment: Evidence from Tsholotsho District in the Matabeleland North Province of Zimbabwe*, *Migracijske i Etnicke Teme*, 32(1): 37-62.
- Puyana, A. y J. Romero [2009], “El sector agropecuario mexicano bajo el Tratado de Libre Comercio de América del Norte. La pobreza y la desigualdad se intensifican, crece la migración”, *Revista Oasis*: 187-214.
- Rantšo, T. A. [2016], “The role of the non-farm sector in rural development in Lesotho”, *Journal of Modern African Studies*, 54: 317-338, <<https://cutt.ly/0SyDDc8>>, 28 de marzo de 2021.

- Salas Alfaro, R. [2019], “Remesas internacionales y pobreza: estudios de caso en Michoacán y Oaxaca”, *Análisis Económico*, 34(85): 143-168, <<https://cutt.ly/sSySVGE>>, 12 de marzo de 2021.
- Schwentenius, R. y M. Gómez [2001], “El TLCAN y el sector agroalimentario de México”, *Revista de Comercio Exterior*, 51(6): 445-455.
- Tamez González, S. y C. Eibenschutz [2008], “El Seguro Popular de Salud en México: pieza clave de la inequidad en salud”, *Revista de Salud Pública*, 10(1):133-145, <<https://cutt.ly/BSySGeT>>, 13 de marzo de 2021.
- Van der Weide, R., y B. Milanovic [2018], “Inequality is bad for growth of the poor (but not for that of the rich)”, *World Bank Economic Review*, 32(3): 507-530.
- Wan, G. y Z. Zhou [2005], “Income inequality in rural China: Regression-based decomposition using household data”, *Review of Development Economics*, 9(1):107-120, <<https://cutt.ly/4SyDwSX>>, 17 de marzo de 2021.
- Wooldridge, Jeffrey M. [2010], *Econometric analysis of cross section and panel data*, 8a. ed., MIT Press.
- Zarazúa, J. A.; G. Almaguer Vargas y J. G. Ocampo Ledesma [2011], “El programa de apoyos directos al campo (Procampo) y su impacto sobre la gestión del conocimiento productivo y comercial de la agricultura del Estado de México”, *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, 8(1): 89-105.

7. COLIMA: ANÁLISIS DE LAS INEQUIDADES SOCIOECONÓMICAS DESDE LA INTERSECCIONALIDAD

*José Manuel Orozco Plascencia**

En este capítulo se analiza para Colima la existencia de inequidades socioeconómicas entre hombres y mujeres, mediante los preceptos teóricos de la interseccionalidad y de desigualdad económica, de su entendimiento para reconocer diferencias de género y en el territorio. Para lograr lo anterior, se realiza un estudio de las características socioeconómicas, de los datos de inequidad, considerando variables como participación económica, razón de dependencia, salarios, ocupados con instrucción, empleadores, trabajadores sin pago, promedio de escolaridad y analfabetismo, vivienda con piso de tierra, disposición de bienes y de tecnologías de información y de salud, en los rubros de fecundidad, natalidad y de descendencia nacida viva y fallecida de mujeres de 12 años y más. La conclusión es que existen diferencias visibles entre hombres y mujeres, así como en el contexto territorial, que requieren solventarse en materia económica, política, social y de la salud.

* Profesor investigador de tiempo completo de la Facultad de Economía de la Universidad de Colima.

El estado de Colima es una de las regiones con mayor potencial económico del país debido a que cuenta con una amplia cantidad de recursos naturales y humanos, que le permiten ser un territorio con expectativas favorables de desarrollo; sin embargo, su población aún enfrenta áreas de oportunidad que se configuran en una disminución de sus niveles de producción [Inegi, 2019b], en una grave crisis de inseguridad y con una fuerte inequidad socioeconómica.

De acuerdo con información del Sistema de Indicadores de Género del Instituto Nacional de las Mujeres [2021: 1-5], la tasa de mortalidad en Colima por cáncer cervicouterino disminuyó de 28.1-11.0 por cada 100 000 mujeres entre 2001 y 2019, dato mayor que el promedio nacional, cuya tasa fue de 10.5 en 2019.

En Colima, ocurrieron 4 566 fallecimientos en 2020; de estos, 61.6 % se concentró en cinco padecimientos como principales causas de muerte: cardiopatías, homicidios, diabetes, tumores malignos y accidentes, con 19.2 %, 14 %, 12.4 %, 11.2 % y 4.8 %, respectivamente [Secretaría de Salud-Sinai, 2020]. Por estos datos se infiere que en promedio una de cada cinco personas muere por afecciones cardíacas. En 2020, la tasa de participación económica para las mujeres en Colima fue de 53.8, mientras que para los hombres de 79.8 [Inegi, 2020c]; 5.6 % de las mujeres registradas en la población económicamente activa (PEA) de Colima no recibió remuneración en 2020, mientras que la cifra para los hombres fue de 2.2. Con respecto al porcentaje de la PEA que se desempeña como empleador, las mujeres constituyeron 3.8 %, mientras que los hombres, 7.8 % [Inegi, 2020c]. Como se infiere, en el estado de Colima se exhiben diferencias importantes entre hombres y mujeres en materia económica y de salud, lo cual se traduce en la generación de menor riqueza y bienestar para el género femenino.

En ese sentido, el objetivo del presente capítulo consiste en analizar algunas de las inequidades que existen entre hombres y mujeres en el estado de Colima, en particular las asociadas con temas económicos, sociales, de vivienda y de salud, pero también desde la perspectiva de la territorialidad y del precepto de interseccionalidad para comprender dichas desigualdades.

Lo que se advierte como hipótesis es que en Colima coexisten dos tipos de inequidades. La primera se registra en el ámbito socioeconómico y de la salud entre hombres y mujeres; y la segunda, de acuerdo con el municipio donde se reside, con respecto a la disponibilidad de servicios, bienes y tecnologías de la información y la comunicación (TIC): entre mayor acceso educativo coexista, la población tenderá a contar con una alta accesibilidad de servicios.

El presente capítulo se compone de cuatro apartados: sobre el concepto de interseccionalidad e inequidad económica; características generales socioeconómicas; datos sobre inequidad y desigualdad económica en Colima, mediante el análisis de cuatro variables: economía, educación, vivienda y salud.

SOBRE EL CONCEPTO DE INTERSECCIONALIDAD E INEQUIDAD SOCIOECONÓMICA

En términos generales, la idea de interseccionalidad expresa un complejo sistema de estructuras opresivas, múltiples y simultáneas. Se plantea la existencia de categorías biológicas, de género, orientación sexual, grupo étnico, raza, clase, religión, edad y capacidad funcional que interactúan y se refuerzan entre ellas configurando diversas formas de discriminación y subalternización de ciertos grupos de la población [Cubillos, 2015].

De acuerdo con las funciones y los roles asignados de modo tradicional al género, las mujeres están más discriminadas en su acceso a los servicios públicos, la educación y la vivienda

y los hombres en la justicia y el acceso a los servicios privados en su tiempo libre [Expósito, 2013].

La teoría de la interseccionalidad, señala Platero [2014: 56], “sirve para teorizar el privilegio y cómo los grupos dominantes organizan estrategias de poder (conscientes o no) para preservar su posición de supremacía”. Es decir, el foco se coloca en el poder que sostiene las dinámicas opresivas y exclusionarias, el cual es el sustrato fundante de la discriminación. De ahí que la interseccionalidad sea propuesta como un método que permite explicitar la manera en que diferentes actores, instituciones y mecanismos construyen desigualdad

La teoría interseccional irrumpe en la discusión pública en el marco de la llamada “tercera ola del feminismo”, iniciada en la segunda mitad del siglo xx, la cual se caracterizó por cuestionar la idea de un sujeto femenino único (la mujer caucásica y burguesa), y por denunciar que esta noción determinaba formas de discriminación e invisibilización de las mujeres pertenecientes a otros grupos étnicos, clases sociales y religiones [Cubillos, 2015].

En 1989, la abogada afroestadounidense Kimberlé Crenshaw acuñó el concepto mismo de interseccionalidad en el marco de la discusión de un caso legal concreto con el objetivo de hacer evidente la invisibilidad jurídica de las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por las trabajadoras de raza negra de la compañía estadounidense General Motors. Con esta noción, Crenshaw esperaba destacar el hecho de que en Estados Unidos las mujeres negras estaban expuestas a violencias y discriminaciones por razones de raza y género.

En 2009 según la filósofa Elsa Dorlin, las teorías de la interseccionalidad se han movido entre dos aproximaciones a la dominación: una analítica y una fenomenológica. Desde la primera perspectiva, toda dominación es, por definición, una dominación de clase, de género y de raza, y en este sentido es en sí misma interseccional, ya que el género no puede disociarse de forma coherente de la raza y la clase. Para la segunda

perspectiva, lo interseccional es la experiencia de la dominación, como en el caso de la compañía General Motors analizado por Crenshaw a propósito de la violencia ejercida contra las mujeres racializadas o de los empleos de quienes quedan excluidas [Viveros, 2016: 7-8].

En síntesis, el concepto de interseccionalidad se apropia como una corriente de pensamiento o un paradigma que explica las relaciones de poder y de dominación desde la perspectiva de género, considerando la existencia de problemas sociales como racismo, discriminación, opresión, exclusión, división social y desigualdad; esto permite identificar que las relaciones de poder entre hombres y mujeres, entre países desarrollados y subdesarrollados, se centra en el papel de las instituciones, el acceso a los derechos y a los servicios públicos, educación, vivienda, justicia y servicios privados, dejando en entredicho la existencia de enormes inequidades socioeconómicas en el territorio.

En este capítulo también se analiza el concepto de inequidad socioeconómica. La desigualdad económica es la diferencia en cómo se distribuyen los activos, el bienestar o los ingresos entre la población [OCDE, 2015], es decir, es la dispersión que existe en la distribución de ingreso, consumo o algún otro indicador de bienestar. No debe confundirse la desigualdad con la pobreza. La desigualdad hace referencia a la variación de los estándares de vida de la población, sin importar si dicha población está o no en pobreza [McKay, 2002]. De hecho, puede existir desigualdad sin pobreza, y pobreza sin desigualdad [Galindo y Ríos, 2015: 2]. Se mide con el coeficiente de Gini. Para la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR, 2018], “la desigualdad económica es la diferencia que existe en la distribución de bienes, ingresos y rentas en el seno de un grupo, una sociedad, un país o entre países”.

Según el informe sobre la desigualdad global de 2018 elaborado por World Inequality Lab, la desigualdad de ingresos ha crecido de forma acusada desde el año 1980 a pesar del

crecimiento de países como China. El aumento de la desigualdad ha supuesto que 1 % de las personas con mayores ingresos en el mundo reciba una proporción dos veces más alta del crecimiento que 50 % de menores ingresos desde 1980. ¿A qué se debe dicha desigualdad económica?

Existen numerosos factores que influyen en la aparición de la desigualdad económica y que suelen aparecer de forma conjunta: dificultades para el acceso a la formación, imposibilidad de acceder a los espacios de toma de decisiones, desigualdad de género; y conflictos por guerras y contextos de violencia.

CARACTERÍSTICAS GENERALES SOCIOECONÓMICAS DEL ESTADO DE COLIMA

De acuerdo con la Encuesta Intercensal del Inegi [2015], Colima se convirtió en la entidad federativa con menor población del país al acumular 711 235 personas, tendencia que se repitió en 2020, al registrar, según el Censo de Población, 731 391 personas [Inegi, 2020f]. Del total de la población de Colima, 50.7 % corresponde a mujeres; el municipio de Villa de Álvarez tiene el mayor porcentaje de mujeres con 51.7 % e Ixtlahuacán, el menor con 51.3 %. En 2020, había 20 882 mujeres y 18 998 hombres con alguna discapacidad; mientras que 0.74 % se considera población de lengua indígena [Inegi, 2020d].

El estado de Colima se compone de 10 municipios, de los cuales Manzanillo, Colima, Villa de Álvarez y Tecomán concentran 84 % de la población de la entidad; de estos, el más poblado es Manzanillo con 191 031 habitantes. En seis de los 10 municipios, la mayor cantidad de población es de hombres y en cuatro de mujeres, particularmente en los más habitados, como Manzanillo, Colima y Villa de Álvarez [Inegi, 2020d]. La población migrante de Colima en 2020 era de 8.1 % (cuadro 1).

Cuadro 1. Población total y migrante de Colima, 2020 (%)*

Municipios	Población total	Hombres	Mujeres	Migrante
Armería	27 626	50.5	49.5	5.7
Colima	157 048	48.5	51.5	8.6
Comala	21 661	50.3	49.7	5.5
Coquimatlán	20 837	50.3	49.7	7.4
Cuahtémoc	31 267	50.3	49.7	8.8
Ixtlahuacán	5 623	51.3	48.7	5.8
Manzanillo	191 031	49.8	50.2	7.5
Minatitlán	10 231	51.2	48.8	9
Tecomán	116 305	49.7	50.3	6.1
Villa de Álvarez	149 762	48.3	51.7	10.8
Total	731 391	49.3	50.7	8.1

* Población con lugar de residencia en marzo de 2015 al año actual.

Fuente: Inegi, Panorama sociodemográfico de Colima 2020.

En Colima había 78 777 hogares con mujeres declaradas como personas de referencia, es decir, 35 %. El porcentaje nacional en México era de 32.6, y Colima ocupaba el quinto lugar en el rubro referido, con el mismo porcentaje que Guerrero, Sinaloa y Morelos, mientras que la Ciudad de México se situó en primer lugar con 40.0 % [Inegi, 2020a].

Algunos aspectos económicos de Colima

Colima es el cuarto estado con menor extensión territorial del país, al contar con 5 626.9 kilómetros cuadrados [Inegi, 2020a] y una densidad de población de 130 personas por kilómetro cuadrado, la décima más alta del país, territorio

en el que se producen 147 006 000 de pesos a precios corrientes de producto interno bruto (PIB) [Inegi, 2019a, 2019b]; esto permite identificar un PIB per cápita de 141 480.17 pesos por persona anuales en 2017 [CEFP, 2019]. A nivel de gobierno, en 2021 recibió un presupuesto de 17 040 000 de pesos [Congreso del Estado de Colima, 2020: 5]; exportó 657.4 millones de dólares (mdd) en 2019 [Inegi, 2020e]; recibió 105.8 mdd de inversión extranjera directa entre enero y septiembre de 2020 [SE, 2020] y absorbió remesas en 2020 por 348.2 millones de dólares [Banxico, 2020].

En Colima, el sector servicios genera 70.1 % del PIB, mientras que el secundario produce 24.5 % y el primario, 5.4 % [Inegi, 2020b]; no obstante, la agroindustria representa un fuerte sector estratégico, al cual se le unen el logístico, turístico, energético y de tecnologías, reconocidos en la Agenda de Innovación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) en 2015 como sectores prioritarios para la entidad, de manera específica por sus altos niveles de generación y exportación de electricidad y gas natural, por su amplio movimiento de más de 3 000 000 de contenedores en 2020 desde el puerto de Manzanillo a diferentes regiones del mundo, así como por una alta producción nacional en el *top ten* de productos, como papaya, atún, zarzamora, plátano, limón, arándano, arroz, copra y coco, piña, camarón, sardina, melón, café y cereza [SADER, 2019].

De acuerdo con el panorama sociodemográfico de Colima [Inegi, 2020d], esta entidad concentra una PEA de 345 000 personas de 12 años y más, es decir, 65.3 % de la población, que se conforma de 57.5 % de hombres y 42.5 % de mujeres. Por su parte, la población ocupada representa 98.5 % de la PEA, de la cual 98.2 % abarca hombres y 98.9 % mujeres. La población no económicamente activa (PNEA) representó 34.5 % de la población colimense, de la cual 38.7 % comprendía personas dedicadas a los quehaceres de los hogares; 35.5 %, estudiantes; 12.6 %, pensionados; 4.5 %, personas con alguna limitación

física o mental; y 8.7 %, individuos en otras actividades no económicas [Inegi, 2019a].

Algunos aspectos sociales

La tasa de alfabetización en Colima en 2020 de las personas de 15-24 años era de 98.9 %, mientras que en las de 25 años y más era de 95.8 %. Se identificó que 4 % no tenía escolaridad; 47.5 % estaba registrado con el nivel básico (primaria y secundaria); 24 %, con el nivel medio superior; 24.4 %, con el nivel superior, y 0.1 % era no especificado [Inegi, 2020d].

El estado de Colima presenta una tasa de fecundidad de 1.4 hijos nacidos vivos; 82.8 % de la población se encuentra afiliada a alguna institución del sector salud, de la cual 59.8 % contaba con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 29.7 % con el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi); 8.3 % con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y 0.5 % con IMSS-Bienestar [Inegi, 2020a].

DATOS SOBRE LA INEQUIDAD Y LA DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA EN COLIMA

En el estado de Colima se observan avances en el tema de la equidad y paridad de género en algunos espacios públicos, de los cuales destaca la igualdad de hombres y mujeres en el número de diputados locales de la actual LIX legislatura (al 7 de mayo de 2021, el Congreso local de Colima estaba conformado por 56 % de diputadas y 44 % por diputados) [Congreso del estado de Colima, 2021], inclusive en el ámbito de la candidatura a la gubernatura de la entidad en los comicios electorales del 2021, de los siete candidatos, cinco fueron mujeres, es decir, 65 %. Según datos del Inafed-Secretaría de Gobernación

[2020], el porcentaje de presidentas municipales en Colima se incrementó de 20 % a 27.2 % entre 2000 y 2020.

Sin embargo, el porcentaje de población ocupada en el sector gobierno en 2020 fue menor para las mujeres que para los hombres, cuyas cifras correspondieron a 5.6 % y 6.9 %, respectivamente además de considerar que para Colima el dato disminuyó de 6.1 % a 5.6 % entre 2005 y 2020 para el caso de las mujeres [Inegi, 2020c]. En el tema de jubilaciones entre la población de 60 años y más, el género femenino registro 13.2, mientras que el masculino 29.8 por cada 100 pensionistas [Inmujeres, 2021].

En el ámbito de igualdad de género, se reconoce como un avance notorio el acceso de mujeres a puestos públicos; sin embargo, el problema de las inequidades se presenta más en las esferas económica, educativa, de vivienda y de salud, al detectar que las desigualdades se manifiestan entre la población de los municipios, así como en el acceso a bienes y tecnología.

Inequidades económicas en Colima

Al revisar la tasa de participación económica y de población ocupada por entidad federativa seleccionada se identificó que Quintana Roo, Baja California Sur y Baja California registraron las participaciones más altas con 68.5 %, 67 % y 65.5 % respectivamente. Colima fue cuarto lugar con 65.3 %, las últimas dos posiciones fueron para Oaxaca y Zacatecas con 56.8 % y 56 %, respectivamente en relación con la PEA que informó estar trabajando [Inegi, 2019a].

Con respecto a la tasa de ocupación, el promedio nacional fue de 98.1 % (cuadro 2), los estados de Yucatán, Nayarit y Baja California fueron los más altos con 98.8 %, 98.8 y 98.7 %, respectivamente. Colima registró 98.5 %; los más bajos fueron Tlaxcala y Durango con 97.3 y 97.4 %, respectivamente [Inegi, 2019a].

Cuadro 2. Tasa de participación económica de la población de 12 años y más por entidad federativa seleccionada (%)

Estado	Tasa de participación	Estado	Tasa de ocupación
Quintana Roo	68.5	Yucatán	98.8
Baja California Sur	67	Nayarit	98.8
Baja California	65.5	Baja California	98.7
Colima	65.3	Jalisco	98.6
Querétaro	65	Campeche	98.6
Oaxaca	56.8	Colima	98.5
Zacatecas	56	Tlaxcala	97.3
		Durango	97.4

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2020.

Por su parte, la tasa de participación económica de la población de 12 años y más según género se comportó de la siguiente manera: en 2020, la población de Colima alcanzó una tasa de 65.3 % (cuadro 3). Para los hombres, se incrementó de 73.2 % a 76.7 % de 2000 a 2020, lo cual significó un aumento leve en dos décadas. La tasa de participación económica para las mujeres se incrementó de 34.7 % a 54.3 % en 20 años; se detectó una ampliación considerable, aunque continúa siendo limitado el dato, con respecto a lo que registran los varones.

Cuadro 3. Tasa de participación económica de la población de 12 años y más según sexo en el estado de Colima, 2000, 2010 y 2020

Año	Total	Hombres	Mujeres
2000	53.4	73.2	34.7
2010	58	75.1	41.4
2020	65.3	76.7	54.3

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2020.

Con respecto a la razón de dependencia por municipio, las más altas se registran en Armería y Minatitlán con 56.6 % y 56 %, respectivamente, mientras que las más bajas están en Villa de Álvarez y Colima con 41.6 % y 48.1 %, respectivamente. La PEA a nivel municipal es más alta en todos los casos para los hombres que para las mujeres, mostrando el porcentaje más pronunciado en Ixtlahuacán con 63.6.

En el caso de la PNEA, la más alta fue para Ixtlahuacán al significar 40.5 %, mientras que Armería y Villa de Álvarez desplegaron los datos más bajos con 32.8 % de la población que no está en edad o condiciones para trabajar. En relación con las dedicadas a quehaceres del hogar de la PNEA, la cifra más alta fue en Armería con 47.9 % y la más baja en Villa de Álvarez con 31.2 % (cuadro 4).

Cuadro 4. Población según nivel de razón de dependencia PEA y PNEA en Colima, 2020 (%)

Municipios	Razón de dependencia	PEA		PNEA	PNEA Labores domésticas
		Hombres	Mujeres		
Armería	56.6	60.8	39.2	32.8	47.9
Colima	48.1	55.5	44.5	36.7	34.1
Comala	51.2	59.2	40.8	34.7	40.4
Coquimatlán	52.3	61.3	38.7	36.5	43.3
Cuauhtémoc	51.1	61.5	38.5	39.4	42.6
Ixtlahuacán	52.6	63.6	36.4	40.5	47.7
Manzanillo	45.4	58.8	41.8	33.7	40.8
Minatitlán	56	66.8	33.2	38.4	48.9
Tecomán	52.7	59.9	40.1	32.9	46.4
Villa de Álvarez	41.6	53.9	46.1	32.8	31.2

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2020.

De acuerdo con la ENOE-Inegi publicada en marzo de 2021, en Colima había 137 676 trabajadores asegurados en el IMSS, alrededor de 50 % de la PEA, con una tasa de desocupación de 3.2, por debajo de la media nacional de 2.9. El salario asociado con los trabajadores asegurados del IMSS era de 376.2 pesos diarios y de 11 437.00 pesos mensuales en Colima; dichas cifras a nivel nacional eran de 427.4 pesos y 12 994.3 pesos promedio, lo que permite detectar que las condiciones salariales del personal ocupado afiliado en el IMSS en el estado de Colima son menores que la media nacional.

Se encontró que el ingreso promedio de la población ocupada era de 6 885.00 pesos a nivel nacional, 7 482.00 para hombres y 5 966.00 para mujeres; de esto se infiere un diferencial por género de 1 516.00. La misma tendencia ocurre con los asalariados del IMSS en Colima que solicitaron préstamos en 2020 ante el Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores (Fonacot), ya que se otorgaron 1 549 créditos a hombres y 985 a las mujeres [STPS, 2021].

Según la ENOE-Inegi [Inegi, 2020c], de los 357 550 ocupados en Colima, el comercio, las actividades agropecuarias, manufactura y construcción concentraban las mayores cantidades de trabajadores con 16.6 %, 12.4 %, 9.7 % y 9.3 %, respectivamente, mientras que los datos menores eran para la industria extractiva y electricidad con 1.1 %. En sectores como el de la construcción, la industria eléctrica y la industria agropecuaria, hay una fuerte presencia de los hombres con 97.8 %, 89.2 % y 85.5 % de participación, respectivamente, mientras que en el comercio y la manufactura, se registró el mayor número de mujeres con 55.9 % y 44.2 %, respectivamente (cuadro 5).

En trabajadores por nivel educativo, se detectó que los niveles medio básico y medio superior registran 50.3 % y el superior 26.4 % del total de la población ocupada de Colima. En términos relativos, los ocupados hombres sin instrucción constituían 62.9 %, parecido al nivel primario, donde el género

masculino es de 69.0 %. El dato es más equilibrado para la secundaria y preparatoria, así como para el nivel superior con 57.8 % y 55.6 %, respectivamente. En todos los niveles educativos registrados por el personal ocupado asegurado resaltan los hombres con los mayores porcentajes, por lo que se identifica un grado de participación menor para las mujeres. Cabe resaltar que de los ocupados por posición de trabajo 75.8 % es asalariado, 15.8 % por su cuenta y 5.5 % empleador [STPS, 2020].

Cuadro 5. Ocupación por sector en Colima, 2020

Sector económico	Total	Hombres (%)	Mujeres (%)
Actividades agropecuarias	44 434.00	85.5	14.5
Industria manufacturera	34 532.00	55.8	44.2
Industria extractiva y eléctrica	4 030.00	89.2	10.8
Construcción	33 056.00	97.8	2.2
Comercio	59 348.00	44.1	55.9
Transporte y comunicación	27 528.00	80.2	19.8
Otros servicios	128 995.00	43	47
Gobierno y organismos internacionales	21 469.00	63.8	37.2
No especificado	4 158.00	72.7	27.3

Fuente: Inegi-ENOE, 2020; STPS, 2020.

En la mayoría de las categorías los hombres comprenden los porcentajes más altos: por ejemplo, los empleadores representan 77.2 y las empleadoras 22.8; los asalariados, 61.38. Existe una cifra similar entre trabajadores por su cuenta con 51.2 % para hombres y 48.8 % para mujeres. En el caso de trabajadores sin pago, las mujeres abarcan 64.8 % y los varones 35.2 %. Los asalariados aumentaron de 71 % a 76 % entre

2000 y 2020, mientras que los trabajadores por su cuenta y trabajadores sin pago disminuyeron de 18 % a 16 % y de 7 % a 3 % respectivamente, en el mismo periodo (cuadro 6).

Cuadro 6. Ocupados por nivel educativo en Colima, 2021

	Total	Hombres (%)	Mujeres (%)
Nivel educativo	357 550	59.7	40.3
Primaria	6 865	62.9	37.1
Secundaria, Media superior	76 260	69	31
Superior	179 768	57.8	42.2
No especificado	94 545	55.6	44.4
Ocupados por posición en el trabajo	112	100	0
Empleadores	357 550	59.7	40.3
Trabajadores asalariados	19 530	77.2	22.8
por su cuenta	270 944	61.2	38.8
sin pago	56 419	51.2	48.8
Otros trabajadores	10 657	35.2	64.8

Fuente: Inegi-ENOE, 2020.

Con respecto a los ocupados por nivel de ingresos, en Colima 34 % recibía 1 a 2 salarios mínimos (SM); 30.5 %, 2 a 5 SM, y 14.2 % menos de 1 SM. Solo 3.3 % recibía 5-10 SM; y 0.1 %, más de 10 SM. Con respecto al género, el mayor diferencial se registra entre los que ganan más de 10 SM, ya que 96.5 % era hombre y 3.5 % mujer; en la divergencia entre los que obtienen más de 2 a 5 SM, 73 % es hombre y 27 % mujer. En todos los casos, los hombres presentan los mayores porcentajes. El rubro donde las mujeres aparecen con el porcentaje más alto es el de la obtención de menos de 1 SM, donde representan

69.7 frente a 30.3 de los hombres, con una tendencia nacional similar donde los ocupados que reciben menos de 1 SM son mujeres con 52.9 % (cuadro 7) [STPS, 2021].

Cuadro 7. Ocupados por nivel de ingresos en Colima, 2020

	Total	Hombres (%)	Mujeres (%)
No recibe ingresos	11 213	38.4	61.6
Menos de un SM*	50 942	30.3	69.7
1 a 2 SM	121 618	58.3	41.7
Más de 2 a 5 SM	108 914	73	27
Más 5 a 10 SM	11 909	65.3	34.7
Más de los 10 SM	602	96.5	3.5
No especificado	52 352	66.6	33.4
	357 550	59.7	33.4

* Salario mínimo.

Fuente: Inegi-ENOE, 2020; STPS, 2020.

Inequidades en la educación de Colima

Con respecto al grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más por entidad federativa, el promedio nacional es de 9.7 años. En este indicador, Ciudad de México, Nuevo León y Querétaro son las entidades con el mayor grado de escolaridad del país con 11.5, 10.7 y 10.5 respectivamente; Colima registra 10.0 años, dato superior al promedio nacional, mientras que los estados de Oaxaca y Chiapas son los más bajos con 8.1 y 7.8 años de escolaridad, respectivamente (cuadro 8). Para el caso de Colima, su grado de escolaridad se incrementó de 9.5-10.0 años entre 2015 y 2020.

Cuadro 8. Grado promedio de escolaridad de algunas entidades federativas, 2020

Estado	Grado de escolaridad (%)
Ciudad de México	11.5
Nuevo León	10.7
Querétaro	10.5
Coahuila	10.4
Sonora	10.4
Colima	10
Oaxaca	8.1
Chiapas	7.8

Fuente: Inegi, 2020.

Al revisar la tasa de analfabetismo de la población total del estado de Colima de 731 391 habitantes en 2020, esta se ha reducido en 2000-2020 al pasar de 7.2 a 3.4 %. En términos absolutos, la disminución fue de 24 541 a 18 734 personas; en el caso de los hombres, el dato pasó de 11 518 a 9 270; y de las mujeres, de 13 023 a 9 464, con una reducción entre ambos géneros (cuadro 9).

Cuadro 9. Tasa de analfabetismo en Colima, 2000-2020

Estado de Colima					
Población analfabeta				Tasa de analfabetismo	
	Año	Total	Hombres	Mujeres	Total
	2000	24 541	11 518	13 023	7.2
	2010	23 856	11 509	12 347	5.1
	2020	18 734	9 270	9 464	3.4

Fuente: Censo General de Población y Vivienda, 2020.

Con respecto al nivel de escolaridad de la población municipal, se observa que Tecomán, Armería e Ixtlahuacán registran población sin escolaridad con 9.0, 8.4 y 7.3, respectivamente, en comparación con Villa de Álvarez y Colima, con 1.6 y 2.8 respectivamente, con una discrepancia notable. El diferencial de la población con educación básica entre Armería y Villa de Álvarez fue de 63.9 % y 35.2 % respectivamente; en media superior, el primer municipio registró 18.3 % y el otro 27 %, cifras que corresponden a los porcentajes más bajo y más alto de la entidad. En la escolaridad superior, fue de 9.3 y 36.1 % para ambos municipios (cuadro 10).

Cuadro 10. Población según nivel de escolaridad en los municipios de Colima, 2020*

Municipios	Sin escolaridad (%)	Básico (%)	Media superior (%)	Superior (%)	Asistencia escolar 15-24 años
Armería	8.4	63.9	18.3	9.3	35.5
Colima	2.8	41.7	23.9	31.5	54.6
Comala	3	59.6	20.7	16.6	45.9
Coquimatlán	6.1	60.8	19.7	13.4	41.7
Cuahtémoc	4	55.2	22.9	17.8	41.7
Ixtlahuacán	7.3	62	19.7	11	41.9
Manzanillo	3.2	48.1	26.5	22	49.3
Minatitlán	4.2	59.3	24.2	12.2	43.1
Tecomán	9	58.9	19	13	37.4
Villa de Álvarez	1.6	35.2	27	13.1	—

* Población con lugar de residencia en marzo de 2015 al año actual.

Fuente: Inegi. Panorama sociodemográfico de Colima, 2020.

Inequidad de la vivienda en Colima

En relación con el porcentaje de viviendas que recibe ingresos monetarios por programas de gobierno, se observó que Guerrero, Oaxaca y Chiapas registran los resultados más altos con 43.2 %, 42.0 % y 38.1 %, respectivamente; Colima aparece con una cifra de 22.0 %, los más bajos son Quintana Roo y Baja California con 15.4 y 13.9 %, respectivamente, de viviendas que obtienen algún financiamiento del gobierno [ENOE, 2020].

Por su parte, las tasas de crecimiento promedio anual de las viviendas particulares habitadas más altas en 2020 fueron para Quintana Roo, Querétaro y Nuevo León con 4.7, 4.0, 3.3, respectivamente; Colima presentó una tasa de 2.4; mientras que Guerrero y Ciudad de México tuvieron 1.6 y 1.2, respectivamente. Guerrero, Oaxaca y Chiapas registran los porcentajes más altos de viviendas con piso de tierra al presentar estadísticas de 14, 13.3 y 11.1, respectivamente; para Colima el porcentaje fue de 2.5; Aguascalientes y Ciudad de México son los más bajos con 0.8 y 0.6, respectivamente (cuadro 11).

El Censo General de Población y Vivienda [Inegi, 2020f] también muestra información con respecto a la disponibilidad de bienes; por ejemplo, el refrigerador, la lavadora, el celular, el internet y la computadora de escritorio incrementaron su presencia en los hogares de 2010-2020, en especial los teléfonos móviles y el internet con un incremento de 74.6 % a 91.3 % y de 24.5 % a 58.5 %, respectivamente. Sin embargo, la televisión, la radio y la telefonía por cable bajaron su presencia al caer en una década de 95.4 % a 91.3 %, 78.9 % a 68.6 % y 47.2 % a 34.5 %, respectivamente (cuadro 12).

Cuadro 11. Porcentaje de viviendas que reciben ingresos monetarios por programas de gobierno

Estado	Viviendas*	Estado	Tasa de crecimiento	Estado	Piso de tierra**
Guerrero	43.2	Quintana Roo	4.7	Guerrero	14
Oaxaca	42	Querétaro	4	Oaxaca	13.3
Chiapas	38.1	Nuevo León	3.3	Chiapas	11.1
Hidalgo	32.9	Baja California Sur	3.1	Veracruz	5.7
Tabasco	32.6	Aguascalientes	3	Michoacán	5.2
Colima	22	Colima	2.4	Colima	2.5
Quintana Roo	15.4	Guerrero	1.6	Aguascalientes	0.8
Baja California	13.9	Ciudad de México	1.2	Ciudad de México	0.6

* Tasa de crecimiento promedio anual de las viviendas particulares habitadas (%) por entidad federativa.

** Vivienda con piso de tierra por entidad federativa (%).

Fuente: Inegi, 2020.

Cuadro 12. Disponibilidad de bienes en el estado de Colima, 2020

Bien	2010 (%)	2020 (%)
Refrigerador	90.6	93.4
Lavadora	72.1	75.2
Auto	51.1	52
Televisión	95.4	91.3
Celular	74.6	91.3
Radio	78.9	68.6
Internet	24.5	58.5
PC	32.1	39.8
Línea telefónica	47.2	35.4
Calentador	nd	10.3
Panel solar	nd	0.8
Agua entubada	75.6	92.4

Fuente: Inegi, 2020.

Si el análisis se realiza desde el contexto municipal, se identifica que con respecto a la disposición de TIC, Villa de Álvarez registró los porcentajes de vivienda más altos con computadora de escritorio, celular, internet y telefonía de paga con 53.8, 95, 75 y 51.35, respectivamente, mientras que en líneas telefónicas aparece Colima con 40.8 %. La disposición más baja en computadoras por vivienda se encontró en Ixtlahuacán con 17.5 %; en líneas telefónicas, Minatitlán con 18.5 %; con celular, Ixtlahuacán, 77.9 %; con internet, Minatitlán, 27.6 %; y con telefonía de paga, Comala, con 37.3 % (cuadro 13).

Cuadro 13. Población según nivel de disponibilidad de TIC en Colima, 2020 (%)*

Municipios	Computadora	L. telefónica	Celular	Internet	Telefonía de paga
Armería	19.7	23.9	87	32.2	49.9
Colima	47.7	40.8	92.3	69	48.1
Comala	28.9	30.1	83.9	47.3	37.3
Coquimatlán	26.4	24.8	87.3	46.9	42
Cuauhtémoc	33.8	33.3	85.9	49.6	46
Ixtlahuacán	17.5	20	77.9	36	57.8
Manzanillo	39.1	38	92.4	58.6	55.7
Minatitlán	21.4	18	82.6	27.6	51.8
Tecomán	22.8	26.4	88.4	34.8	48.4
Villa de Álvarez	53.8	38.7	95	75	51.3

* Población con lugar de residencia en marzo de 2015 al año actual.

Fuente: Inegi. Panorama sociodemográfico de Colima, 2020.

Con respecto a la disponibilidad de servicios y equipamiento municipal, se encontró que en 2020 la mayor cobertura de servicios en la vivienda fue para Villa de Álvarez con 98.6 % con agua entubada, 99.5 % con drenaje, 99.5 % con servicio sanitario, 99.4 % con energía eléctrica, 91.3 % con tinaco y por contar con el menor porcentaje de viviendas con piso de tierra al registrar 0.9. Por su parte, Cuauhtémoc presentó el dato más alto de viviendas con cisterna, 37.7 %; Comala aparece con el menor número de casas con agua entubada con 69.45 %; Minatitlán en drenaje, servicio sanitario, energía eléctrica, tinaco con 95.6 %, 97.4 %, 97.0 % y 55.4 %, respectivamente; 13.0 % con cisterna para Manzanillo y 7.5 % con vivienda sin piso de tierra para Ixtlahuacán (cuadro 14).

Cuadro 14. Población según nivel de disposición de servicios y equipamientos en Colima, 2020 (%)*

Municipios	Agua entubada	Drenaje	S. sanitario	Electricidad	Tinaco	Cisterna	Piso de tierra
Armería	69.4	98.7	98.6	99	51.6	22.9	5.6
Colima	96.3	99.3	99.3	99.1	81.4	30.5	1.6
Comala	82.8	98.2	98	98.4	61.7	29	3.9
Coquimatlán	89.1	99	99.1	98.5	62.5	24.3	4.9
Cuauhtémoc	86.2	98.5	98	99.4	75.8	37.7	1.7
Ixtlahuacán	91.5	98.1	98.1	98.2	68.2	33.4	7.5
Manzanillo	94.2	99.3	99.4	99.3	72.5	13	1.8
Minatitlán	82.4	95.6	97.1	97	44.8	22.1	4.2
Tecomán	84.4	99.4	99.4	99.2	55.4	25	6.1
Villa de Álvarez	98.6	99.5	99.6	99.4	91.3	32	0.9

* Población con lugar de residencia en marzo de 2015 al año actual.

Fuente: Inegi. Panorama sociodemográfico de Colima 2020.

Inequidades en salud en Colima

Según la Secretaría de Salud y Bienestar Social del gobierno del estado de Colima (2020), en 2019 se registraron 358 969 situaciones de morbilidad, de las cuales cinco enfermedades concentraron 77.4 %, entre las que destacaron: infecciones respiratorias agudas, intestinales y de vías urinarias; úlceras, gastritis y duodenitis, e intoxicación por picadura de alacrán; en estos datos resaltó que las infecciones respiratorias agudas constituyen el 51.2 por ciento.

En relación con el promedio de población nacida con vida de las mujeres de 12 años y más por entidad federativa, Guerrero, Zacatecas y Oaxaca aparecen con las cifras más altas con 2.5, 2.5 y 2.4, respectivamente, Colima con 2.1, mientras que las más bajas fueron para Querétaro con 1.8 y 1.6 para la Ciudad de México.

Por su parte, el promedio de prole fallecida de 12 años y más de las mujeres por entidad federativa, Guerrero, Oaxaca y Veracruz son los más altos con 9.8, 88.8 y 8.0, respectivamente; Colima presentó 7.1 y Querétaro y Nuevo León son los más bajos con 5.7 y 5.3, respectivamente (cuadro 15) [Inegi, 2020].

Al revisar las tasas de fecundidad y natalidad por municipio en Colima, se identificaron las tasas de fecundidad más altas para Armería, Minatitlán y Tecomán con 1.7 prole nacida viva por mujer, mientras que la tasa más baja fue para Villa de Álvarez y Colima con 1.3 [Inegi, 2020]. Con respecto a la tasa de mortalidad, Comala y Armería registraron las más alta con 4.6 y 3.6 prole fallecida, mientras que las más bajas fueron en Ixtlahuacán, Coquimatlán y Minatitlán con 2.1, 2.3 y 2.3 respectivamente (cuadro 16).

Con respecto al porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes menores de 20 años, Colima ocupa el sitio 27, con 15.3; Chihuahua y Guerrero presentaron los primeros dos lugares con 19.8 y 19.7; y en los últimos sitios Ciudad de México y Baja California Sur, con 12.3 y 13.9, respectivamente.

Cuadro 15. Promedio de infantes cuyas madres son mujeres de 12 años y más por entidad federativa, 2020 (%)

Estado	Con vida	Estado	Sin vida
Guerrero	2.5	Guerrero	9.8
Zacatecas	2.5	Oaxaca	8.8
Oaxaca	2.4	Veracruz	8
Michoacán	2.4	Puebla	7.9
Chiapas	2.3	Zacatecas	7.8
Colima	2.1	Colima	7.1
Querétaro	1.8	Querétaro	5.7
Ciudad de México	1.6	Nuevo León	5.3

Fuente: Inegi, 2020.

Cuadro 16. Población según nivel de fecundidad y mortalidad en Colima, 2020 (%)

Municipios	Fecundidad	Mortalidad
Armería	1.7	3.6
Colima	1.3	2.6
Comala	1.5	4.6
Coquimatlán	1.6	2.3
Cuauhtémoc	1.5	2.9
Ixtlahuacán	1.6	2.1
Manzanillo	1.4	2.9
Minatitlán	1.7	2.3
Tecomán	1.7	3.3
Villa de Álvarez	1.3	2.8

Fuente: Inegi, 2020.

Incidencia de mortalidad en Colima

En 2019 se generaron 4 566 defunciones generales en Colima, estado que se ubicó en el tercer lugar nacional con el mayor índice de mortalidad masculina con 154.8, solo por debajo de Baja California y Quintana Roo, las cuales registraron 167 y 156.2, respectivamente [Inegi, 2020]. De igual forma, se ubicó en el lugar 31 con el menor número de muertes por suicidios con respecto al total de fallecimientos violentos al presentar 4.3 %; Yucatán y Aguascalientes alcanzaron los primeros dos lugares con 27.6 y 21.5 %, respectivamente.

La covid-19 en Colima

De acuerdo con información de la Secretaría de Salud del Gobierno de México, al 29 de mayo de 2021 Colima contaba con 11 894 casos confirmados acumulados, de los cuales 50.8 % era hombres y 48.2 % mujeres. Las comorbilidades asociadas con obesidad abarcaron 20.72 %; 19.19 %, con hipertensión, 14.72 % con diabetes y 6.9 % con tabaquismo. La mayor incidencia de casos se ha registrado en el rango de edad de los 25 a 39 años.

Con respecto a los fallecimientos, en Colima se han presentado 1 196, de los cuales 61.8 % corresponde a hombres y 38.2 % a mujeres. En el caso de los hombres, la mayor incidencia se presentó entre las personas de 60 a 74 años de edad, quienes constituyeron 39.1 % del total de muertes por covid-19. Para las mujeres, la mayor presencia de letalidad fue en los grupos de 60 a 84 años.

Como se observa en los datos expuestos, en Colima los casos confirmados acumulados son similares entre hombres y mujeres. Se identificó que las mayores comorbilidades son obesidad e hipertensión arterial y que los fallecimientos se dan en seis personas del género masculino por cada 10 decesos,

por lo que en este dato el diferencial con respecto a las mujeres es importante.

CONCLUSIONES

Es este capítulo se han analizado inequidades económicas y sociales en Colima desde la perspectiva de la interseccionalidad; se ha identificado que dicho paradigma y concepto teórico ha permitido detectar algunas desigualdades entre hombres y mujeres en la entidad, y desde el punto de vista de la territorialidad, con base en el acceso a bienes y servicios, y en el estatus de las condiciones de vida en el ámbito económico, de la vivienda y la salud.

La interseccionalidad es una corriente de pensamiento que ha evolucionado en el tiempo, cuyas interpretaciones y nuevas aportaciones han coadyuvado a transitar de la realidad del racismo y la discriminación hasta el análisis de las relaciones de poder o de las diferencias en la perspectiva de género, que se manifiestan en las inequidades salariales, de los tomadores de decisiones o del acceso a mejores condiciones. Esto equivale a señalar que en Colima los hombres están mejor ubicados en la economía y que en los municipios donde persiste la pobreza, la disposición de servicios públicos, bienes y tecnologías es menor.

Colima es una entidad con amplio potencial de desarrollo; sin embargo, aún enfrenta retos que debe solventar, como el contar con una tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino mayor que el promedio nacional; una tasa de homicidios de mujeres cuatro veces más alta que la media del país, la cuadruplicación de divorcios en 20 años, con una población en la que 8 de cada 10 personas se sienten inseguras; así como la limitada participación de las mujeres en la economía y la PEA que no recibe remuneración o que se desempeña como empleadora. Estos aspectos deben mejorar por medio de políticas públicas

que impulsen una mayor incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

Se advierte la existencia de un mayor porcentaje de la población de mujeres con respecto al total de habitantes de Colima en el rubro de discapacidad, en un aumento de hogares con las mujeres como referencia, pero menores porcentajes de mujeres como presidentas municipales, ocupadas en el sector gobierno y de jubilaciones, con respecto a los hombres, así como un menor salario y acceso a préstamos con respecto al personal asegurado en el IMSS.

Las mujeres conforman el mayor porcentaje de ocupación en los sectores comercio y manufacturas; sin embargo, se observa que 1 de cada 5 mujeres es empleadora y registran la mayor cifra de quienes no reciben pago; 1 de cada 10 mujeres obtiene 10 y más SM; y 3 de cada 10 perciben 2 a 5 SM, lo cual representa el mayor número de las que reciben menos de 1 salario mínimo.

Según la razón de dependencia y la PNEA, Armería presenta los mayores porcentajes y Villa de Álvarez los menores. En relación con el grado de escolaridad, Colima tiene 10 años, mientras que la Ciudad de México, 11.5; en Colima, las mujeres constituyen la mayor cantidad de analfabetas; Tecomán, tiene la mayor población sin escolaridad con 9 % y Villa de Álvarez, la menor con 1.6 por ciento.

Una de cada cinco viviendas en Colima recibe apoyo monetario del gobierno federal; en Chiapas, el dato es de dos; Villa de Álvarez es el municipio con mayor disposición y cobertura de servicios en la vivienda de TIC (computadora de escritorio, celular, internet y telefonía de pago). En los municipios más pobres, se identificó la disposición más baja de acceso a TIC. Por su parte, la mayor morbilidad en Colima es causada por infecciones agudas respiratorias e intestinales; las tasas de fecundidad y mortalidad más altas están en los municipios pobres, y 61.8 % de las muertes por la covid-19 han sido de hombres.

REFERENCIAS

- ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), Comité español [2018], *¿Qué es la desigualdad económica y por qué se produce?*, <<https://cut.ly/2SyN1cq>>, octubre de 2018.
- AWID (Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo) [2004], “Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica”, *Derechos de las mujeres y cambio económico*, Toronto, Canadá, AWID (9), agosto 2004.
- Banxico (Banco de México) [2020], *Ingresos por remesas, distribución por entidad federativa*, México, <<https://cutt.ly/OSyMU42>>, 31 de mayo de 2021.
- CEFP (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas) [2019], “Producto interno bruto per cápita por entidad federativa 2003-3017”, *Series históricas de indicadores macroeconómicos de México a 2018*, Series estadísticas, México, CEFP, 12, <<https://cutt.ly/ySy1q5v>>.
- Conacyt (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) [2015], *Agenda de Innovación de Colima*, México, Gobierno de la República, Conacyt: 92.
- Congreso del estado de Colima [2021], *Diputadas y Diputados Legislatura LIX*, Colima, <<https://cutt.ly/pSy1jpN>>.
- Congreso del estado de Colima [2020], “Ley de Ingresos del estado de Colima para el Ejercicio Fiscal 2019-2020”, Congreso del estado de Colima, México.
- Cubillos, J. [2015], “La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista”, *Oxímora, Revista Internacional de Ética y Política*, Barcelona, Retos y aportes feministas, 7: 119-137.
- ENOE (Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo) [2020], *Tasa de participación económica y tasa de desocupación*, México, Inegi.

- Expósito Molina, C. [2013], “¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España”, *Investigaciones Feministas*, Barcelona, (3): 203-222, <<https://cutt.ly/CSy1ANx>>.
- Galindo, M. y V. Ríos [2015], “Desigualdad”, *Serie de Estudios Económicos*, vol. 1, julio, México ¿cómo vamos?, <<https://cutt.ly/tSy1MtB>>.
- Inafed-Secretaría de Gobernación [2020], *Sistema Nacional de Información Municipal. Número de presidentas municipales*, México, <<https://cutt.ly/XHteA9k>>, 31 de mayo de 2021.
- Inegi (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) [2020], *Cuéntame, información por entidad, hogares*, México <<https://cutt.ly/NSy0s0P>>, 15 de mayo de 2021.
- Inegi [2020a], *Cuéntame, información por entidad, actividades económicas*, <<https://cutt.ly/9Sy0mlv>>, 15 de mayo de 2021.
- Inegi [2020b], *Exportaciones de mercancías por entidad federativa*, México, <<https://cutt.ly/ySy0UVF>>, 15 de mayo de 2021.
- Inegi [2020c], *Población-mortalidad. Defunciones generales, sobremortalidad masculina, defunciones de menores de un año*, <<https://cutt.ly/wSy0G2Y>>, 15 de mayo de 2021.
- Inegi [2020d], *Población-natalidad y fecundidad. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes menores de 20 años*, <<https://cutt.ly/JSy2uy9>>, 15 de mayo de 2021.
- Inegi [2020e], “Panorama sociodemográfico de Colima”, *Censo de Población y Vivienda 2020*, México, Inegi.
- Inegi [2020f], *Censo General de Población y Vivienda 2020*, México, Inegi.
- Inegi [2019a], *Censo económico 2019. PIB por sectores económicos*, México, Inegi.

- Inegi [2019b], *México en cifras, Colima, economía, producto interno bruto corrientes 2019*, México, Onega, <<https://cutt.ly/BSy2kbS>>, 15 de mayo de 2021.
- Inegi [2015], *Población del estado de Colima, México: Encuesta Intercensal*, México, Inegi.
- Inmujeres (Instituto Nacional de las Mujeres) [2021], *Sistema de indicadores de género (2018-2020)*, México, Inegi, <<https://cutt.ly/ySy7R42>>.
- Instituto de Estudios Latinoamericanos [2021], *Interseccionalidad. Mujeres y género en América Latina*, Berlín, <<https://cutt.ly/5Sy7060>>, 2 de mayo de 2021.
- Mckay, A. [2002], *Defining and Measuring Inequality*, Overseas Development Institute and University on Nottingham.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) [2015], *Desigualdad económica*.
- Platero, Raquel [2014], “Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad”, *Quadernos de Psicología*, 16(1):55-72.
- SADER (Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural) [2019], *Panorama Alimentario 2019. Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera*, México, <<https://cutt.ly/ySy74Vd>>, 31 de mayo de 2021.
- SE (Secretaría de Economía) [2020], *Principales países de origen y entidades federativas de destino de la IED en México*, México, <<https://cutt.ly/xSy5wg5>>, 20 de mayo de 2021.
- Secretaría de Salud-Sinais [2020], *Sistema de Información de la Secretaría de STPS Gobierno de México*, <<https://cutt.ly/OSy6u4P>>, 20 de mayo de 2021.
- Statística [2020], *Número de fallecimientos registrados en el estado mexicano de Colima en 2019, según las principales causas de mortalidad*, <<https://cutt.ly/LSy66Gr>>, 20 de mayo de 2021
- STPS (Secretaría del Trabajo y Previsión Social) [2021], *Información laboral marzo de 2021*, México, <<https://cutt.ly/uSuqAx>>, 20 de mayo de 2021.

- Viveros Vigoya, M. [2016], “La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación”, *Revista Debate Feminista*, Universidad Nacional de Colombia, 52:1-17.
- World Inequality Lab [2018], Informe sobre la Desigualdad Global, <<https://cutt.ly/8SuqlwF>>, 31 de mayo de 2021.

III. INEQUIDADES SOCIALES

8. LA POBLACIÓN MAYOR EN MÉXICO Y LAS INEQUIDADES POR COHORTE. UNA REVISIÓN DE LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

*Isalia Nava Bolaños**

Esta investigación comienza por reconocer que entre la población mayor existen marcadas inequidades socioeconómicas y que es relevante analizarlas tomando en cuenta las cohortes de nacimiento. El objetivo es analizar las principales características socioeconómicas de tres cohortes en edades avanzadas: c1911-1930, c1931-1940 y c1941-1950, con especial atención en las inequidades. La fuente de información que se utiliza es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). Los resultados muestran marcadas inequidades en las cohortes y según características.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación comienza por reconocer que el envejecimiento es inequitativo por cohorte. Una cohorte es un grupo de personas que han experimentado un evento particular en un mismo periodo de tiempo. Las cohortes más comunes son

* Investigadora en el Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM. Contacto: <isalia@unam.mx>.

La autora agradece el apoyo del maestro Sebastián Antonio Jiménez Solís por su colaboración en la búsqueda bibliográfica y de estadísticas.

las de nacimiento, aunque también existen otros acontecimientos, ejemplos de lo cual son: cohortes de entrada al mercado laboral, al matrimonio, a la graduación universitaria, o a la jubilación. Una investigación pionera es el artículo “The cohort as a concept in the study of social change” de Ryder [1965], donde se estableció la utilidad del concepto en las ciencias sociales distintas a la demografía y se reconoció la complejidad y alcance del análisis por cohortes. Ryder identifica dos aspectos relevantes. Primero, menciona que la variable cohorte puede aludir a las diferencias en la composición de la cohorte. Por ejemplo, las cohortes pueden ser diferentes entre sí en tamaño; esto adquiere relevancia en la medida en que influye en el acceso al sistema educativo, las oportunidades de trabajo y la adquisición de vivienda. Además, pueden existir diferencias en la composición en relación con características generales, como el porcentaje de personas solteras, el número de hijos y el nivel de escolaridad. Asimismo, pueden prevalecer diferencias en relación con las variables ideológicas o de actitudes, como la preferencia política.

Segundo, una cohorte puede ser vista como portadora de efectos a largo plazo, producto de los eventos particulares experimentados. Algunas cohortes serán diferentes de otras porque han experimentado acontecimientos distintos antes del primer momento de observación. Además, es importante tomar en cuenta que si bien es cierto que las cohortes pueden afectarse con los mismos eventos y tendencias, será a una edad diferente, por lo que el impacto perdurable será diferente.

En el estudio del envejecimiento, es importante considerar el efecto diferencial por cohortes, ya que se trata de generaciones que experimentaron cambios importantes y rápidos en los patrones sociales, demográficos y económicos, que alteran las condiciones sociales y económicas de llegada a la vejez y la forma en que el proceso de envejecimiento acontece. Este capítulo se centra en las condiciones socioeconómicas en

cohortes de población de 60 años y más, con especial atención en las inequidades.

Entre la literatura que se ocupa de los aspectos socioeconómicos en la vejez en México con un criterio de cohortes, se encuentran las investigaciones de Blanco [1994] y Ham [2003a]. Ambos autores utilizan los censos generales de población y vivienda para identificar las condiciones socioeconómicas en las que se llega a la vejez y se transita en las edades avanzadas. También, y con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, se describe la trayectoria histórica a partir de variables demográficas, educativas y de la ocupación de la cohorte de personas que nacieron entre 1936 y 1938, y que en 1997 tenían entre 60 y 62 años de edad.

El objetivo de este capítulo es analizar por cohortes las principales características socioeconómicas de la población de 60 años de edad y más. En particular y por disponibilidad de información, se construyen y estudian las siguientes tres cohortes decenales:

- La población que nació entre 1911 y 1930 y que en el año 2010 tiene {80-99} años de edad (c1911-1930).
- Las personas que nacieron entre 1931 y 1940 y que en 2010 alcanzaron entre {70 y 79} años (c1931-1940).
- La generación nacida en el periodo 1941-1950 y que en 2010 se encuentra en el periodo de edades {60-69} (c1941-1950).

En el estudio del envejecimiento es importante tomar en cuenta la heterogeneidad que proviene por género y nivel de urbanización, por lo que el análisis distingue entre lo rural y lo urbano, así como entre mujeres y hombres. La fuente de información es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010 que levanta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) [Inegi, 2010a]. Se presentan tres apartados. En el primero se revisa el trayecto histórico

que caracterizó a cada cohorte, en particular se analizan aspectos relacionados con las condiciones educativas, socioeconómicas y de la seguridad social. En el segundo aparecen los aspectos metodológicos de la investigación. El tercero trata las características económicas que tiene la población sobreviviente de las tres cohortes.

ANTECEDENTES

Condiciones educativas

En el análisis de la situación socioeconómica y de inequidad de la población en la vejez, uno de los aspectos de mayor relevancia es la escolaridad. Blanco [1994] señala que en las personas de edad mayor el alfabetismo, la educación formal y el adiestramiento aparecen como factores diferenciadores que determinan de manera importante la capacidad y el desempeño económico. Además, la suma de la formación en la familia, los conocimientos escolares y la capacitación en el trabajo y las experiencias de la vida promueven oportunidades y atributos para el desempeño económico y las relaciones sociales, que son determinantes en las exigencias, responsabilidades y bienestar de la vida [Ham, 2003b].

Asimismo, en 2002 las Naciones Unidas señalaron que la educación es un factor que influye en la situación socioeconómica de las personas y, en particular, en la capacidad de la población en edades avanzadas para satisfacer sus necesidades básicas y mantener un nivel de vida equitativo. Sobre la misma vía, Burholt y Windle [2006] mencionan que es mediante la educación como las personas adquieren conocimientos y habilidades, recursos por medio de los cuales pueden enfrentar las posibles amenazas a su bienestar social. Los autores destacan la importancia de la educación como determinante de

la ocupación y de los ingresos, pero también señalan la influencia que esta variable tiene en el acceso a los sistemas de pensiones, en la formación de ahorros y en la inversión financiera.

En el cuadro 1, se muestra la trayectoria histórica de las tres cohortes en relación con sus características educativas, con identificación de los periodos aproximados de tiempo en los cuales las cohortes debieron ingresar a la primaria, secundaria, preparatoria y universidad, bajo el supuesto de que siguieran todos esos ciclos escolares.

Cuadro 1. Periodos de ingreso al sistema educativo de las cohortes de estudio

Grupo de edad en 2000	Cohortes de nacimiento		Ingreso a la primaria		Ingreso a la secundaria		Ingreso a la preparatoria		Ingreso a la universidad	
60-69	1941	1950	1947	1956	1953	1962	1956	1965	1959	1968
70-79	1931	1940	1937	1946	1943	1952	1946	1955	1949	1958
80-99	1911	1930	1917	1936	1923	1942	1926	1945	1929	1948

Fuente: elaboración propia.

La *c1911-1930* ingresó a las edades escolares de educación primaria en los años 1917-1936; es decir, en las postrimerías de la lucha armada de la Revolución mexicana y los inicios del apaciguamiento. El movimiento armado que comenzó en 1910 tuvo importantes implicaciones en el área de la educación. La incorporación de los maestros a las filas provocó el cierre de escuelas; otras veces, los recintos escolares fueron tomados militarmente, y a ello se sumó el abandono por parte de los niños. Algunos enfermaban, otros se unían al movimiento o cubrían el trabajo de los padres.

Uno de los hitos más importantes en el sistema de educación en México se remonta a 1917 cuando se promulgó la nueva Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y se declaró que la educación elemental oficial sería laica,

gratuita y obligatoria. Posteriormente, en 1920 se creó la Secretaría de Educación con jurisdicción nacional y José Vasconcelos fue nombrado el primer secretario de Educación Pública. Por medio de esta institución, Vasconcelos emprendió una intensa campaña de alfabetización, sobre todo en las zonas rurales y entre la población indígena. En 1925 la escuela secundaria se separó de la preparatoria y de la universidad [Loyo, 2010]. A pesar de estos esfuerzos, las cifras del Censo de Población de 1930 señalan que solo 42 % de la población de 6-10 años asistía a la escuela y únicamente 38.5 % de la población de 10 años y más sabía leer y escribir.

En los siguientes años se insistió en reducir los índices de analfabetismo y en la necesidad de incrementar el número de escuelas secundarias. Por ejemplo, en 1928 solo había seis escuelas de este tipo en el Distrito Federal [Loyo, 2010]. La *c1911-1930*, que concluyó la educación primaria y que logró ingresar a la educación secundaria lo hizo en los años 1923-1942, en un contexto de insuficiencia de escuelas. En este contexto, la educación secundaria era un privilegio al que solo podían acceder las clases media y alta.

Por su parte, la *c1931-1940* ingresó a la primaria entre 1937 y 1946; si bien las oportunidades de escolaridad fueron mayores en comparación con la cohorte anterior, aún se percibían problemas importantes. Greaves [2010] resalta las disparidades entre las localidades urbanas y rurales, cuando solo en las primeras predominaban las escuelas de organización completa, mientras que en las zonas rurales casi siempre solo se impartían hasta tres grados; los grupos eran muy heterogéneos; existía poca eficiencia terminal; las escuelas presentaban carencias importantes y los profesores estaban poco capacitados ya que la mayoría solo contaba con educación primaria.

De acuerdo con los datos del Censo de Población de 1940, la población alfabetizada era 41.8 % de la población de 10 años y más. En los siguientes años, el proyecto educativo buscó

ampliar la cobertura escolar y unificar los distintos niveles y objetivos de la enseñanza. Si bien se presentaron algunas mejoras, como que la tasa de alfabetismo aumentó a 56.8 % en 1950, aún se percibían problemas importantes sobre todo en la cobertura de la educación media superior y superior.

Las estadísticas históricas sobre educación señalan que en la década de 1950, más de 90 % de la matrícula escolar se concentró en la educación primaria. En el periodo 1950-1951, 92.2 % del alumnado estudiaba la primaria; 3.6 %, el nivel preescolar; 2.1 %, la secundaria; 1.1 % se encontraba en la preparatoria y solo 0.9 % cursaba estudios universitarios. Estas cifras son importantes en el estudio de la trayectoria educativa de la *c1931-1940*. Si bien es cierto que los años cincuenta corresponderían a la etapa de acceso a la educación secundaria y preparatoria, los porcentajes muestran que para la mayoría de la población esto no fue posible.

En la *c1941-1950*, el ingreso a la educación primaria se presentó en los años 1947-1956, todavía en un contexto de rezago educativo. En tanto que la educación secundaria la cursaron en el periodo 1953-1962, cabe mencionar que en el año 1958 se instrumentó el “Plan de Once Años” con el objetivo de incrementar las escuelas, atender la falta de maestros, así como brindar mejor preparación a los maestros [Greaves, 2010]. A pesar de que la matrícula escolar en el nivel superior aumentó, apenas representó poco más de 2 por ciento.

En los siguientes años se presentaron progresos de celeridad e importancia y en los años sesenta la educación secundaria experimentó avances importantes: se fomentó la enseñanza técnica y la universitaria. La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) inaugura la Ciudad Universitaria en 1954 y junto con el Instituto Politécnico Nacional (IPN) fueron dos pilares fundamentales en el desarrollo de la educación superior. En relación con la tasa de alfabetismo, esta aumentó a 85.5 % en 1960, a 87.6 % en 1970, a 92.1 % en 1980 y a 94.4 % en 1990.

El panorama descrito muestra que las oportunidades de escolaridad fueron muy limitadas y que solo un número reducido tuvo acceso a ellas. Estos antecedentes ayudan a entender las desventajas de la población envejecida respecto del alfabetismo y la escolaridad, así como la importancia del análisis por cohortes. De acuerdo con los datos que aparecen en el cuadro 2, en 2010 un porcentaje importante de la población envejecida no sabía leer ni escribir, sobre todo en las cohortes de más edad. Las tasas de analfabetismo van de 40.1 % en la *c1911-1930* y disminuyen a 18.1 % en la *c1941-1950*. A la par, las estadísticas sobre escolaridad denotan las mejoras educativas en las cohortes más jóvenes, donde los grados de escolaridad alcanzados son más altos; 46.0 % de la población en la *c1911-1930* contaba con estudio de primaria, mientras que en la *c1941-1950* este porcentaje es de 53.5 %. Por sexo se aprecia que las mujeres aparecen con mayores índices de analfabetismo y menores niveles de escolaridad.

Cuadro 2. Perfil educativo de la población según cohorte

Características		Cohorte 1941-1950			Cohorte 1931-1940			Cohorte 1911-1930		
		H	M	T	H	M	T	H	M	T
Sabe leer y escribir	Sí sabe	86.4	77.9	81.9	77.6	70.3	73.7	61.9	58.2	59.9
	No sabe	13.6	22.1	18.1	22.4	29.7	26.3	38.1	41.8	40.1
	Ninguna	14.9	21.8	18.6	26.6	30.9	28.9	43.7	44.2	44.0
	Primaria	53.1	53.8	53.5	56.2	55.8	56.0	46.3	45.8	46.0
Escolaridad	Secundaria	11.1	7.9	9.4	5.6	4.9	5.3	4.1	3.2	3.6
	Preparatoria	8.1	12.0	10.2	4.9	6.6	5.8	2.4	5.3	4.0
	Universidad	12.8	4.4	8.3	6.8	1.8	4.1	3.5	1.5	2.4

Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

Características económicas y de seguridad social

Las tres cohortes de análisis transitaron por contextos socio-económicos heterogéneos que incidieron en las condiciones de transición a la vejez y la forma en que esta acontece. La *c1911-1930* alcanzó la edad de 15 años en el periodo 1926-1945 y con ello la potencialidad de ingresar a la actividad económica. Las principales características económicas a partir de 1926 son de una economía muy dinámica, cuando en 1930 el producto interno bruto (PIB) creció 4.8 % en términos reales.

El sector industrial, principalmente de manufacturas y de construcción, se convirtió en el motor de la economía, al mismo tiempo que el sector agrícola disminuyó su participación. Durante los años treinta y cuarenta, el crecimiento de la industria mexicana fue estimulado mediante un esquema de sustitución de importaciones caracterizado por el proteccionismo y la inversión pública, básicamente en el sector de bienes de consumo. El auge del sector industrial se refleja en la capacidad que tuvo para satisfacer en la práctica todo el consumo no duradero en el mercado interno; además de satisfacer la demanda externa durante la Segunda Guerra Mundial [Cárdenas, 1994a].

En la revisión de las transformaciones socioeconómicas, la seguridad social aparece como uno de los factores más importantes. En enero de 1943 se establece el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la más grande de las instituciones de seguridad social en el país que administra los riesgos de los trabajadores asalariados del sector privado y que presta servicios de salud a los trabajadores asegurados y sus familiares dependientes, pensionados y algunos grupos de estudiantes. Con el paso del tiempo, se incorporaron otros grupos de trabajadores con regímenes especiales y se ofreció cobertura voluntaria a los trabajadores por cuenta propia. Con el establecimiento del IMSS se lograron progresos importantes en el bienestar de la población.

Mientras que la *c1931-1940* transitó a la edad de 15 años en el periodo 1946-1955, bajo un modelo de crecimiento económico proteccionista sustentado en la demanda interna. Cárdenas [1994b] la define como una política exitosa que creó empleos suficientes y bien remunerados, y que a pesar de los choques externos que produjeron fluctuaciones abruptas, como la devaluación del peso en 1949 y 1954, logró mantener altas tasas de crecimiento económico. En 1955, el PIB per cápita creció 3.5 % en términos reales, lo cual colocó al país en uno de los primeros lugares de crecimiento per cápita.

La *c1941-1950* inició su vida laboral entre 1956 y 1965, durante los años del desarrollo estabilizador (1958-1970), caracterizado por altas tasas de crecimiento económico y baja inflación [Ortiz, 1998]. De acuerdo con Cárdenas [1994b], en los primeros años de transición al empleo de esta cohorte se presentó un crecimiento económico “sano” con varias etapas. Los años de 1954-1957 se caracterizaron por tasas de crecimiento reales del PIB mayores de 8.0 %, mientras que el periodo 1958-1962 fue de estancamiento, aunque con tasas del PIB mayores de 5 por ciento.

Otro rasgo característico de este periodo fue el crecimiento más homogéneo que registraron los distintos sectores de la economía. Todos estos elementos derivaron en la generación de empleos. En términos de seguridad social, en diciembre de 1959 la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma en el actual Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Las tres cohortes de estudios continuaron su trayectoria laboral en las siguientes décadas, aunque en distintas edades las tres fueron partícipes del éxito económico que se registró durante los años sesenta percibidos como “tiempos de bonanza”, cuando el PIB crecía a tasas reales anuales de 7.1 % y el PIB per cápita aumentaba a 3.6 por ciento.

Al mismo tiempo, la inflación se mantenía muy baja, menos de 3 puntos porcentuales, y el empleo aumentaba [Solís, 2000a].

En 1970, la *c1911-1930* tenía entre 40 y 59 años de edad; la tasa de participación económica de la población masculina sobrepasó 90 % en este rango de edades, mientras que entre la población femenina fue mayor de 15 %. Por su parte, la *c1931-1940* alcanzó las edades de 30-39 y también presentaba tasas de participación cercanas a 94 % y 16.0 %, respectivamente. La *c1941-1950* llegaba a las edades de 20-29 años y reportaba menores tasas en relación con las cohortes de más edad. Es importante resaltar que en las tres cohortes de estudio, las mujeres declaran actividades económicas en porcentajes bastante menores a los hombres y que la brecha de participación por sexo disminuye en la cohorte más joven.

El incremento de la producción se acompañó de mayores niveles de urbanización y la intensificación de la migración de las localidades rurales hacia las grandes ciudades. Sin embargo, en 1971 la economía mexicana entró en recesión. El PIB registró un crecimiento real de 4.2 %, el más bajo desde 1959, y el PIB per cápita aumentó 0.8 %. Los siguientes años, de manera específica entre 1971 y 1981, la economía recuperó su dinamismo económico gracias al auge de las exportaciones petroleras y a las políticas expansionistas de gasto público, y cabe mencionar que esto era altamente deficitario y estaba apalancado por deuda externa. Durante este periodo, la tasa de crecimiento anual del PIB fue de 6.7 % en términos reales, mientras que la del PIB per cápita fue de 3.7 %. En 1982 el país experimentó una crisis económica, como consecuencia de la caída internacional del precio del petróleo. El PIB registró una tasa negativa de -0.5 %, la tasa de desempleo aumentó a 8 %, el peso se devaluó 70 % y la inflación fue cercana al 100 % [Cárdenas, 1994b; Solís, 2000b].

En 1980, la *c1911-1930* estaba en las edades de 50-69 años, tiempo en el que debería prepararse para transitar hacia el retiro; de hecho, una parte habría de pasar a la jubilación, mientras que la *c1931-1940* se encontraba en las edades de 40-49 años y registraba tasas de participación económica

de 95 % entre la población masculina y de 30 % entre la población femenina. La *c1941-1950* llegaba a las edades de 30-39 años y reflejaba el mayor porcentaje de participación.¹

Los años posteriores a la crisis de 1982 se caracterizaron por una profundización de las acciones conducentes a la economía de mercado, entre las que destacaron la desincorporación de empresas del sector público consideradas no estratégicas. Entre 1983 y 1987 el PIB se redujo en términos reales 0.3 % y el PIB per cápita disminuyó 1.9 %. Rendón y Salas [1993] mencionan que el sector industrial tuvo pocas posibilidades de generar empleos.

Para 1990, la cohorte más antigua (*c1911-1930*) llegaba a las edades de retiro (60-79 años). Sin embargo, la cobertura de la seguridad social era escasa y los montos de las pensiones bajos, en consecuencia, la tasa de participación económica en el rango de edades 75-79 años fue de 39.9 % en los hombres y de 4.6 % en las mujeres. La *c1931-1940* alcanzaba las edades de 50-59 años y la cohorte más joven (*c1941-1950*) llegaba a la madurez de las edades 40-49 años. Las estadísticas indican que 91.2 % de la población masculina en el grupo quinquenal 40-44 participaba en la actividad laboral; en el caso de las mujeres, este porcentaje era de 22.6 %. Al comparar con las tasas de una década atrás, se percibe el decremento de la cohorte en la actividad económica.

Desde comienzos de los años noventa, la economía mexicana mostró signos de debilidad y estancamiento a pesar de la entrada masiva de capital económico del extranjero. En 1993 el PIB real aumentó solo 0.6 %. En enero de 1994 entró en vigor el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), generando un aumento considerable de los flujos de comercio e inversión. Sin embargo, a lo largo de 1994

¹ Los porcentajes deben analizarse con mesura ya que el Censo 1980 tiende a sobreestimar las tasas de actividad, mientras que el Censo 1990 subestima la PEA [García y Pacheco, 2011].

transcurrieron diversos acontecimientos históricos² que causaron un descenso importante de las reservas en divisas. A finales de ese año, se anunció la ampliación de la flotación del peso, que se devaluó de 3.4 pesos por dólar en diciembre de 1994 a 7.6 a inicios de 1995; esto generó una de las crisis económicas más fuertes. En los siguientes años, el PIB mostró una recuperación y, en 1998, registró un crecimiento real de 3.9 % [Solís, 1999]. En 2000, la *c1911-1930* estaba en las edades de 70-89 años y la *c1931-1940* transitaba a la vejez al llegar a las edades de 60-69 años; pese a ello, las tasas de participación económica se mantenían altas y fueron de 64.9 % en los hombres y 9.3 % en las mujeres en el grupo de 60-64 años. Al mismo tiempo, la *c1941-1950* alcanzaba las edades de 50-59 años; 85.5 % de los hombres y 29.7 % de las mujeres en el grupo de 50-54 años eran económicamente activos.

En la revisión de los antecedentes de los años noventa es importante destacar dos cambios notorios en materia de seguridad social que afectan sobre todo a las futuras generaciones de personas en edad mayor. El primero se remonta al mes de mayo de 1992, cuando se instrumentó un nuevo tipo de seguro de retiro entre los trabajadores afiliados al IMSS y al ISSSTE, mediante el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).³

El segundo cambio se ubica en julio de 1997, cuando el SAR se unifica con el nuevo sistema de pensiones para los trabajadores del IMSS. De ser un régimen de reparto con beneficios definidos pasó a ser un sistema privatizado de capitalización individual con contribuciones definidas.

² Como el asesinato del entonces candidato presidencial Luis Donaldo Colosio, que incidieron en la salida de capitales extranjeros y nacionales.

³ El ahorro representó 2 % de la nómina del salario y a este se incorporó la cuota existente de 5 % para la vivienda (ambas pagadas por el patrón); los fondos se depositaban en una cuenta bancaria para cada trabajador. Estos solo podía retirarlos el trabajador hasta que cumpliera 65 años de edad y, en caso de ser cesado, únicamente podía retirarse el monto correspondiente a 10 por ciento.

Posteriormente, en abril de 2007 y tomando como referencia el modelo del IMSS, se llevó a cabo la reforma a los sistemas de pensiones y jubilaciones del ISSSTE. El sistema de pensiones de beneficios definidos fue sustituido por uno de aportaciones definidas, donde las cuentas individuales son operadas por el Pensionado o por la Administradora de Fondos para el Retiro (Afore) que el trabajador elija [Consar, 2015].

Uso de la ENIGH y metodología

La descripción de las principales características socioeconómicas de las tres cohortes en el año 2010 se basa en la ENIGH 2010 que levanta el Inegi con una periodicidad bienal.⁴ Tiene representatividad nacional, para el área urbana de localidades de 2 500 y más habitantes, y rural con localidades menores de 2 500 habitantes. Asimismo, es representativa para las entidades de Chiapas, Distrito Federal, Estado de México, Guanajuato y Yucatán.⁵ Se trata de la fuente de información que para el caso de México ofrece las estadísticas más completas sobre monto, procedencia y distribución de los ingresos de las personas y de los gastos de los hogares.⁶ Además, incluye datos sobre las características ocupacionales y sociodemográficas de la población y sobre las características de la infraestructura de la vivienda y el equipamiento del hogar.

De acuerdo con los objetivos de la investigación, son de particular relevancia las variables relativas al ingreso. La información sobre los ingresos de las personas que la ENIGH 2010 registra incluye más de 80 categorías. Dado que las variables son de distinta naturaleza en cuanto a su ocurrencia

⁴ La ENIGH 2005 se realizó, de manera extraordinaria, con el fin de tener cifras actualizadas sobre las condiciones de vida de los hogares.

⁵ En el año 2010 estas entidades convinieron con el Inegi una ampliación de la muestra.

⁶ En relación con el ingreso, los informantes son los integrantes del hogar de 12 años o más que recibieron ingresos durante el periodo de referencia. Para los menores de 12 años, el informante es el padre, la madre, el tutor o el responsable de ellos que conocen la información.

y fluctuación en el tiempo, no es posible fijar periodos de referencia homogéneos al momento de la entrevista. Por tanto, el cuestionario de la encuesta combina periodos de diferente extensión. Para captar las variables que componen el ingreso, los periodos de referencia consideran aquellos elementos que inciden en la disponibilidad de los recursos por parte de los hogares o los perceptores. El lapso para registrar los ingresos puede corresponder hasta el sexto mes después de la entrevista [Inegi, 2010a].

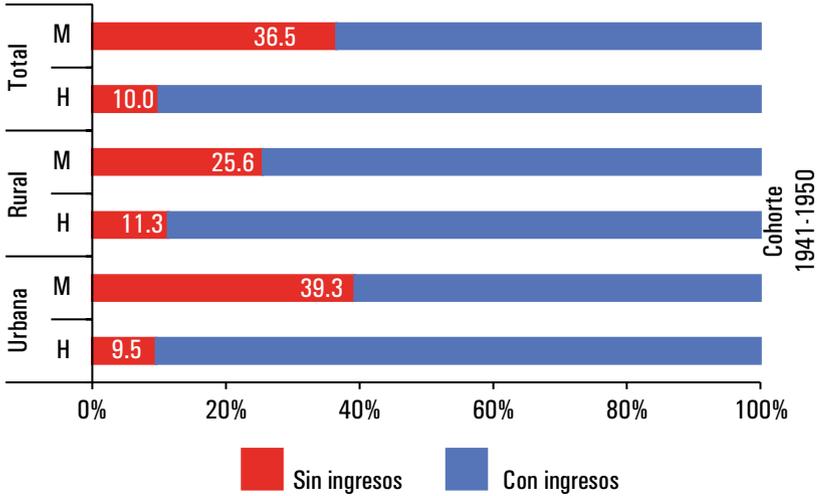
La ENIGH, en su versión tradicional, define al ingreso total como la suma del ingreso corriente y de las percepciones financieras y de capital. El ingreso corriente se refiere a los recursos que cada uno de los integrantes del hogar reciben de manera regular y que están disponibles para el consumo de bienes y servicios en un lapso de tiempo, sin alterar el patrimonio de los hogares. El ingreso corriente se integra de un componente monetario y otro no monetario. En este caso la perspectiva es en el ingreso corriente monetario, es decir, aquellos recursos que provienen de las remuneraciones por trabajo subordinado, los ingresos por trabajo independiente, otros ingresos por trabajo, la renta de la propiedad, las transferencias y otros ingresos corrientes.

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

Dependencia económica en la vejez

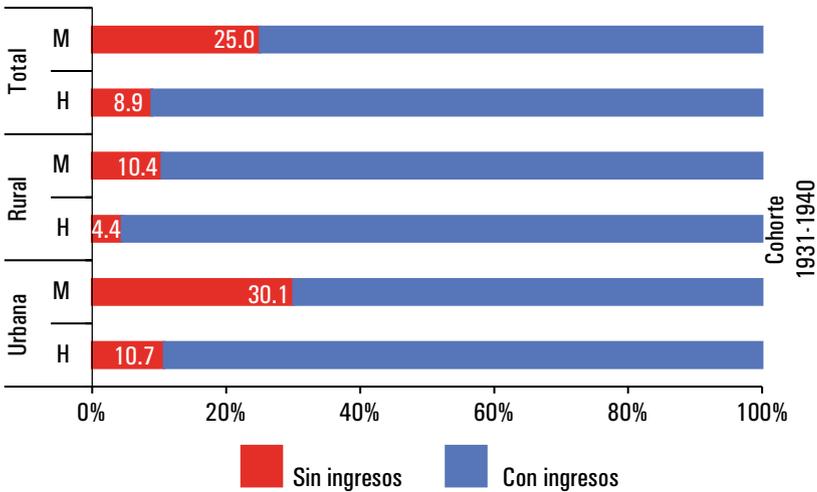
Desde la perspectiva de los derechos humanos, se plantea la necesidad de garantizar ingresos para todas las personas en la vejez a fin de ubicar a este segmento de la población por encima del nivel de vida mínimo aceptable [Huenchuan y Guzmán, 2007]. En el caso de México, las cifras de las gráficas 1a, 1b y 1c muestran que un porcentaje importante de la población carece de ingresos.

Gráfica 1a. Condición de percepción de ingreso de la población en edades avanzadas según cohortes



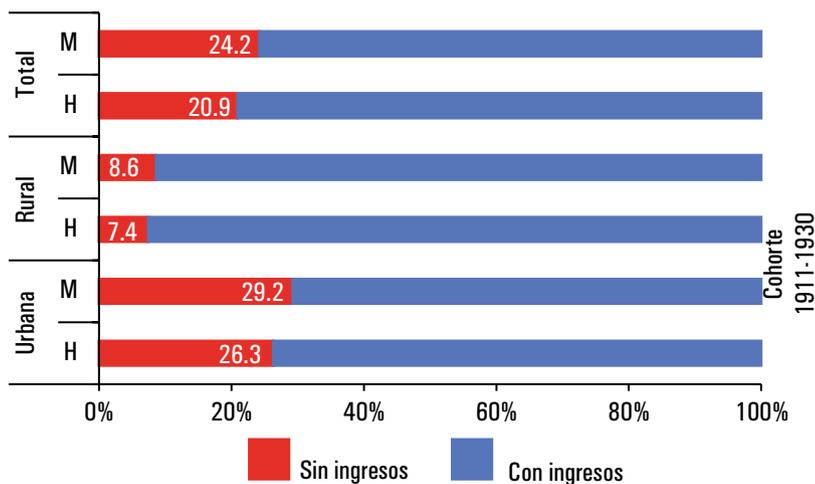
Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

Gráfica 1b. Condición de percepción de ingreso de la población en edades avanzadas según cohortes



Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

Gráfica 1c. Condición de percepción de ingreso de la población en edades avanzadas según cohortes



Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

En la *c1941-1950*, 36.5 % de las mujeres y 10 % de los hombres no reportan ingresos. Estas cifras disminuyen en la siguiente cohorte de análisis y son de 25 % y 8.9 %, respectivamente. Es decir, que hay más población que recibe ingresos, lo cual se explica por la presencia de programas de ayuda a la población adulta mayor, en especial el Programa “70 y más”.⁷ En la cohorte más antigua, 24.2 % de las mujeres y 20.9 % de los hombres también carecen de ingresos. Es importante mencionar que es en esta cohorte donde se presenta la mayor proporción de hombres sin ingreso. Además, hay un incremento importante cuando se compara con el resto de las cohortes.

Las diferencias por sexo entre la población adulta mayor que no cuenta con ingresos se mantienen en el análisis por localidad; las mujeres urbanas presentan los porcentajes más

⁷ El 1º. de diciembre de 2013, el Programa “70 y más” amplió su rango de cobertura e incluyó a la población mexicana en edades (65+).

altos que van de 29.2 % en la cohorte más antigua a 39.3 % en la cohorte más joven. En las zonas rurales, los porcentajes son de 8.6 % para los más viejos y 25.6 % para los menos viejos. Debe considerarse que los apoyos que otorga el gobierno a la población adulta mayor son particularmente importantes en las localidades rurales.

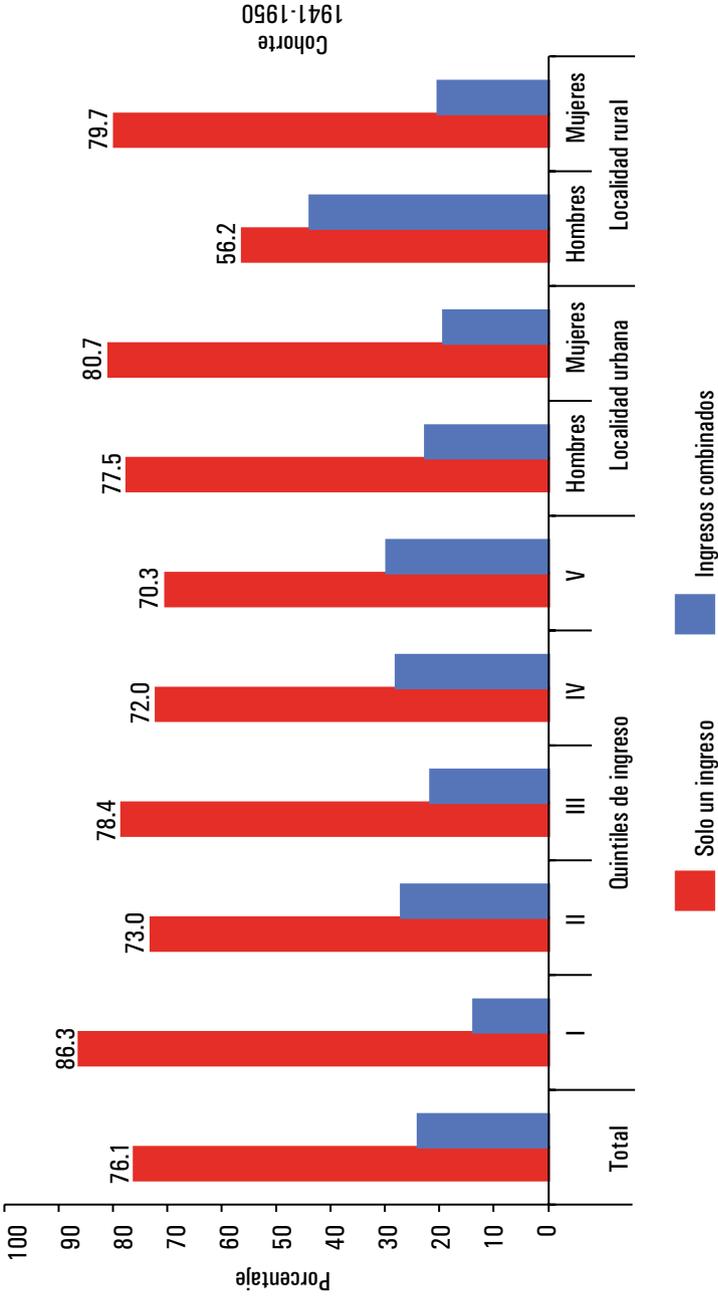
Ingresos en la vejez

En la población adulta mayor un primer indicador se relaciona con el número de fuentes de ingreso ya que la población con ingresos combinados diversifica sus recursos monetarios. Las cifras de las gráficas 2a, 2b y 2c muestran que el mayor porcentaje de la población envejecida solo cuenta con una fuente de ingreso. Estos son de 76.1 % en la *c1941-1950*, de 77.8 en la *c1931-1940* y de 87.3 % en la *c1911-1930*.

Además, en las localidades urbanas el porcentaje de mujeres con un solo ingreso siempre es mayor al de los hombres. Algo similar se presenta en las localidades rurales, donde son principalmente las mujeres quienes informan solo una fuente de ingresos a lo largo de las tres cohortes. En la cohorte de más edad, se presentan las mayores diferencias; en 91.7 % de las mujeres urbanas y en 94.1 % de las rurales, los ingresos provienen de una sola fuente. En cambio, entre la población masculina estas cifras son de 82.8 % en lo urbano y de 78.9 % en lo rural.

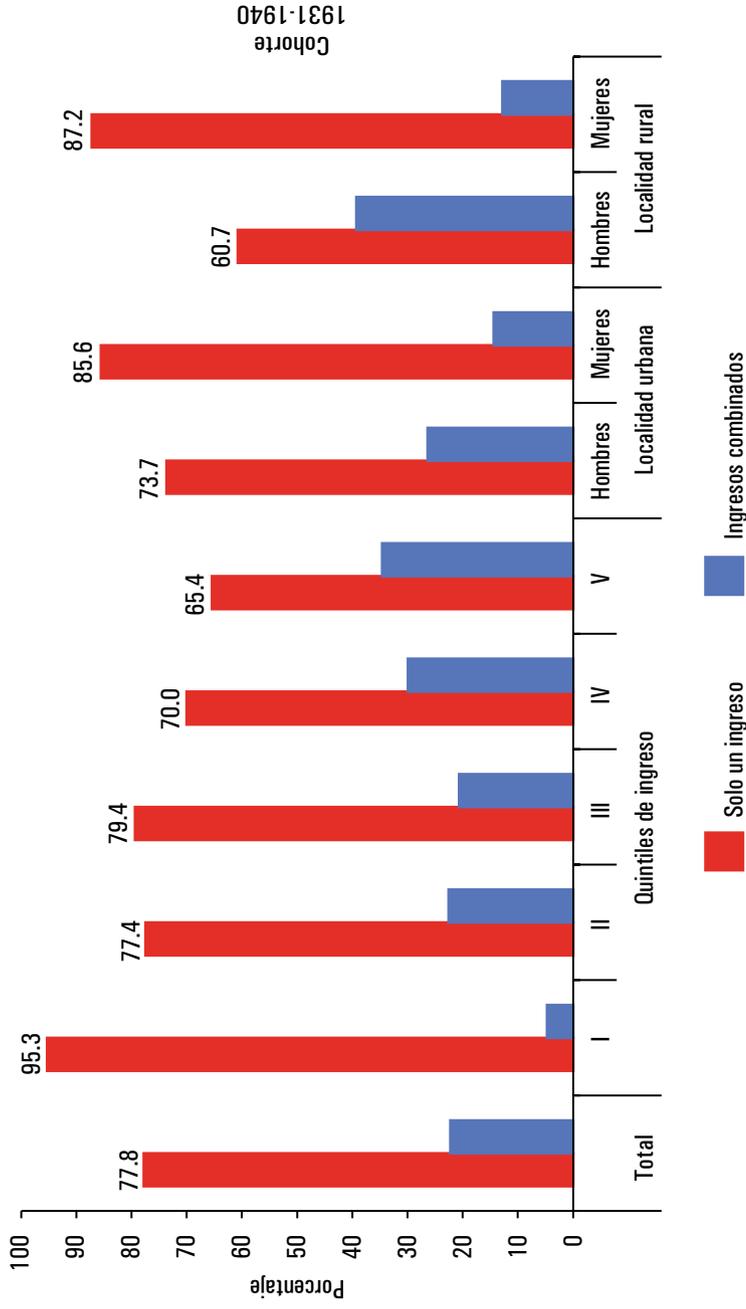
La información por quintiles de ingreso indica que es en los estratos más bajos donde se presenta una menor diversificación del ingreso. En la *c1941-1950*, 86.3 % de la población en el estrato I solo reporta una fuente de ingreso, mientras que el porcentaje es de 70.3 en el estrato V. En la *c1931-1940* estas cifras son de 95.3 % y 65.4 %, respectivamente, mientras que en la *c1911-1930* son de 98.8 % y 72.6 por ciento.

Gráfica 2a. Ingresos de la población en edades avanzadas según características y cohorte. México, 2010



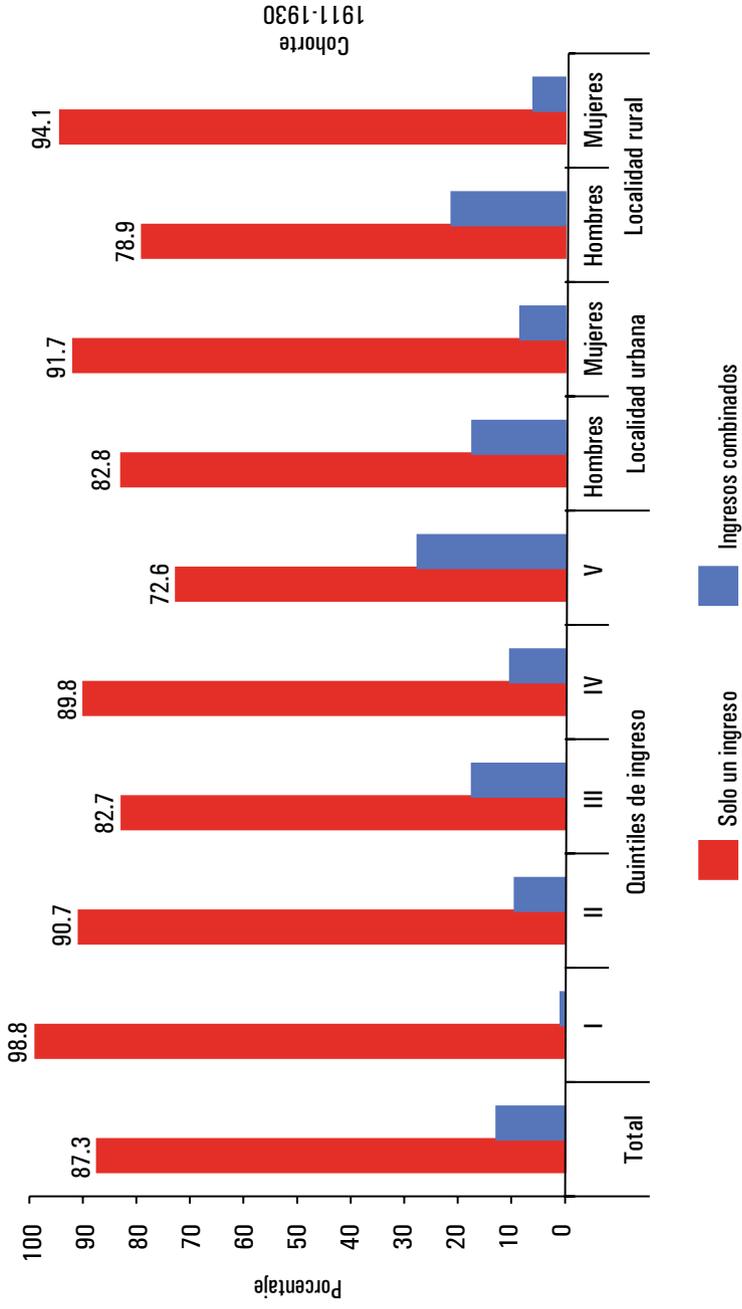
Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

Gráfica 2b. Ingresos de la población en edades avanzadas según características y cohorte



Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

Gráfica 2c. Ingresos de la población en edades avanzadas según características y cohorte



Fuente: elaboración propia con base en datos de Inegi, ENIGH 2010.

El ingreso promedio mensual más alto corresponde a la cohorte más joven y es de 4 759 pesos, cifra que representa aproximadamente tres salarios mínimos.⁸ En la *c1931-1940*, el ingreso promedio disminuye a 3 011 pesos, mientras que en la *c1911-1930* es de 2 330 pesos, que equivale a 1.5 salarios mínimos. Al mirar las cifras de la gráfica 3, se aprecia la gran heterogeneidad de ingresos según características de la población. Son los hombres quienes presentan los montos más altos.

Entre la población masculina en la *c1941-1950* que reside en las localidades urbanas, el promedio del ingreso es de 6 876 pesos y en las localidades rurales, de 2 916 pesos. Entre las mujeres, las cifras son 3 640 pesos y 1 216 pesos, respectivamente. En la parte de la cohorte más envejecida, los hombres que habitan en las localidades urbanas tienen un ingreso promedio de 3 523 pesos y para aquellos que residen en las localidades rurales esta cifra es de 1 472 pesos. Por su parte, entre la población femenina los ingresos medios son 2 158 pesos y 1 099 pesos, respectivamente.

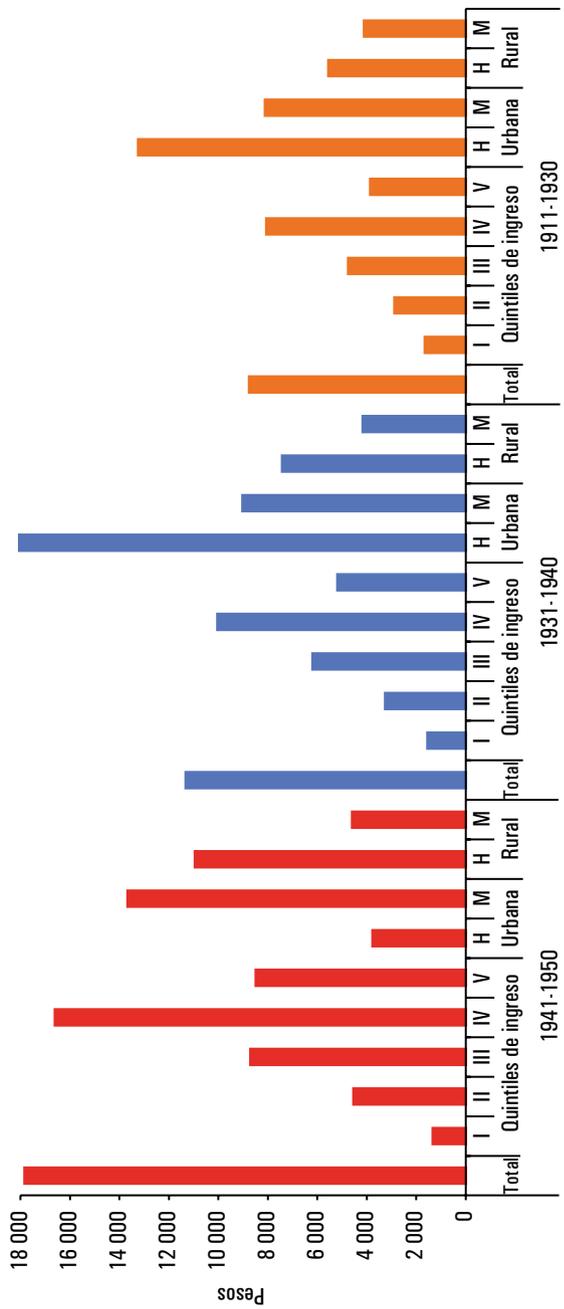
Llama la atención que en las tres cohortes de estudio las mujeres rurales disponen de ingresos inferiores a la línea de bienestar⁹ que el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) ha determinado como umbral de ingresos en la medición de la pobreza. De acuerdo con este organismo, en agosto de 2010 el valor de la línea de bienestar fue de 2 114 pesos mensuales por persona en las áreas urbanas y 1 329 en las rurales [Coneval, 2015].

Además, destacan las diferencias por estrato de ingreso. En el quintil más pobre (I), el ingreso promedio mensual es de 351 pesos en la *c1941-1950*, 410 pesos en la *c1951-1940* y 437 pesos en la *c1911-1930*. Mientras que los ingresos promedio de la población que se ubica en el quintil más alto (V) son 15 487 pesos, 9 465 pesos y 7 402 pesos, respectivamente.

⁸ El cálculo se realizó considerando los salarios vigentes a partir del 1 de enero de 2010, establecidos por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos

⁹ Se determina como la suma del costo de la canasta alimentaria y la no alimentaria.

Gráfica 3. México. Ingreso promedio (mensual) de la población en edades avanzadas según características y cohortes



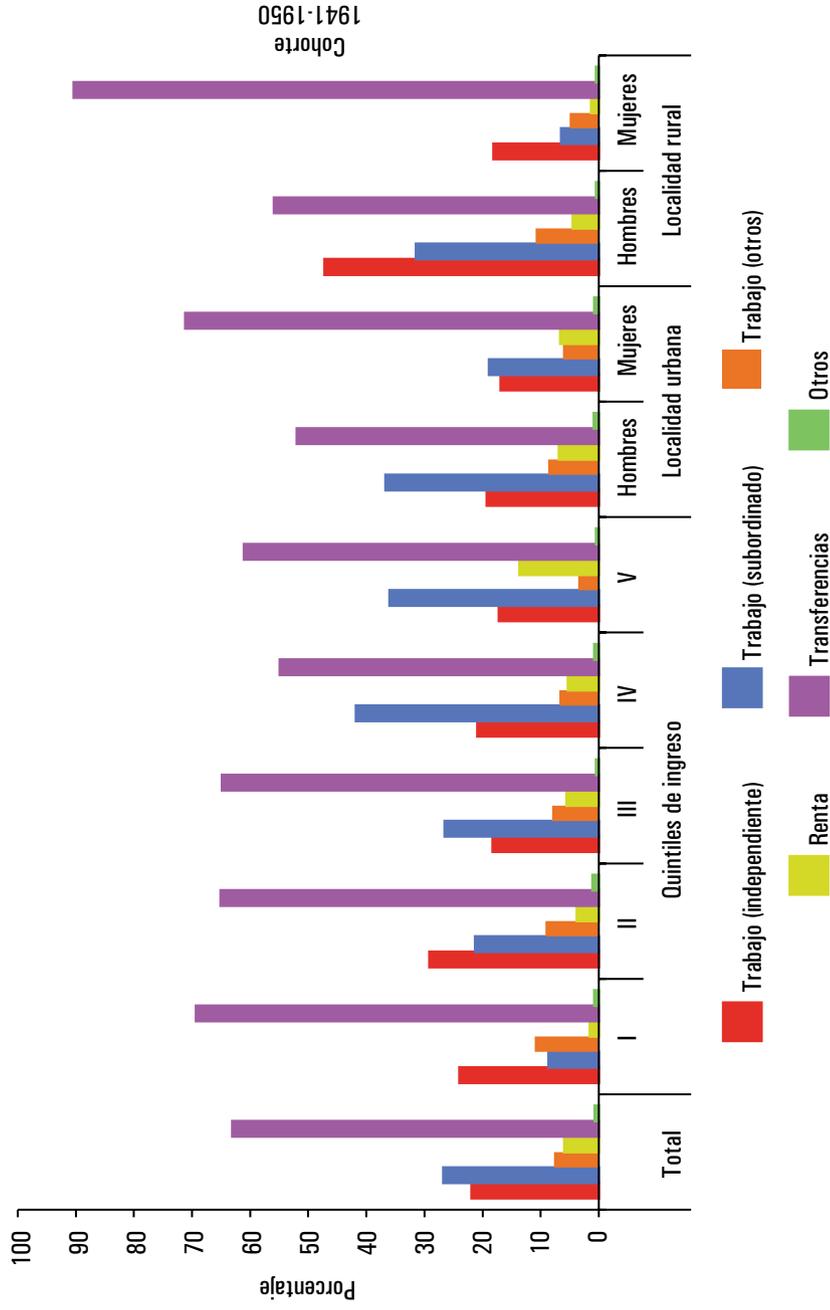
Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

De los recursos económicos con los que cuenta la población adulta mayor, un aspecto de relevancia corresponde a las fuentes de ingreso. En este sentido es importante destacar el papel de las transferencias; en las gráficas 4a, 4b y 4c se muestra que en todas las categorías de análisis estas aparecen con los porcentajes de participación más altos, incluso en el quintil de ingresos V.

También, se da cuenta de las diferencias en la composición de los ingresos según cohorte. En la *c1941-1950* se ve que 63.1 % de la población recibe ingresos por transferencias; enseguida, 26.8 % reporta ingresos por trabajo subordinado, que incluye sueldos, comisiones, propinas y pagos por horas extra. Sin embargo, se perciben diferencias notorias según estrato de ingreso y sexo, ya que solo 8.6 % del quintil más bajo recibe ingresos por trabajo subordinado, mientras que en el quintil IV, 41.8 % reporta ingresos por este concepto. En las localidades rurales, solo 6.5 % de las mujeres tiene recursos por esta vía; esta cifra es de 31.5 % en el caso de los hombres. La siguiente fuente de recursos monetarios en importancia son los ingresos por trabajo independiente, los cuales son especialmente importantes para los hombres de las localidades rurales, ya que 47.2 % los mencionan y, en el segundo quintil de ingresos, es de 29.2 por ciento.

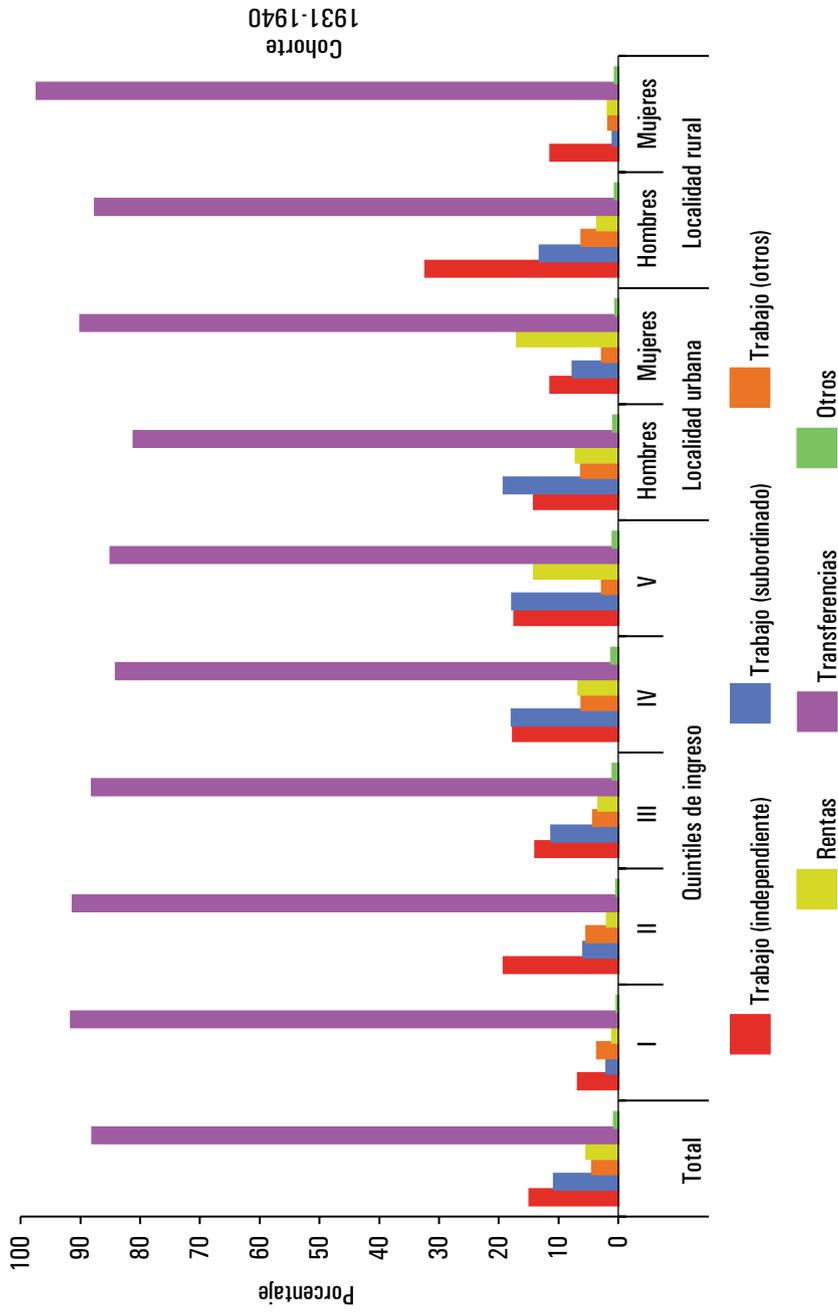
En la *c1931-1940* se aprecia un incremento importante de la población que recibe transferencias (88 %); estos recursos son importantes sobre todo para las mujeres de las localidades rurales, ya que 97.2 % cuenta con esta fuente de ingresos. A diferencia de la cohorte más joven, en este grupo se percibe una drástica reducción de la población que recibe ingresos por trabajo subordinado; solo una de cada 10 personas mayores lo mencionan.

Gráfica 4a. Ingresos de la población en edades avanzadas según características cohorte. México, 2010



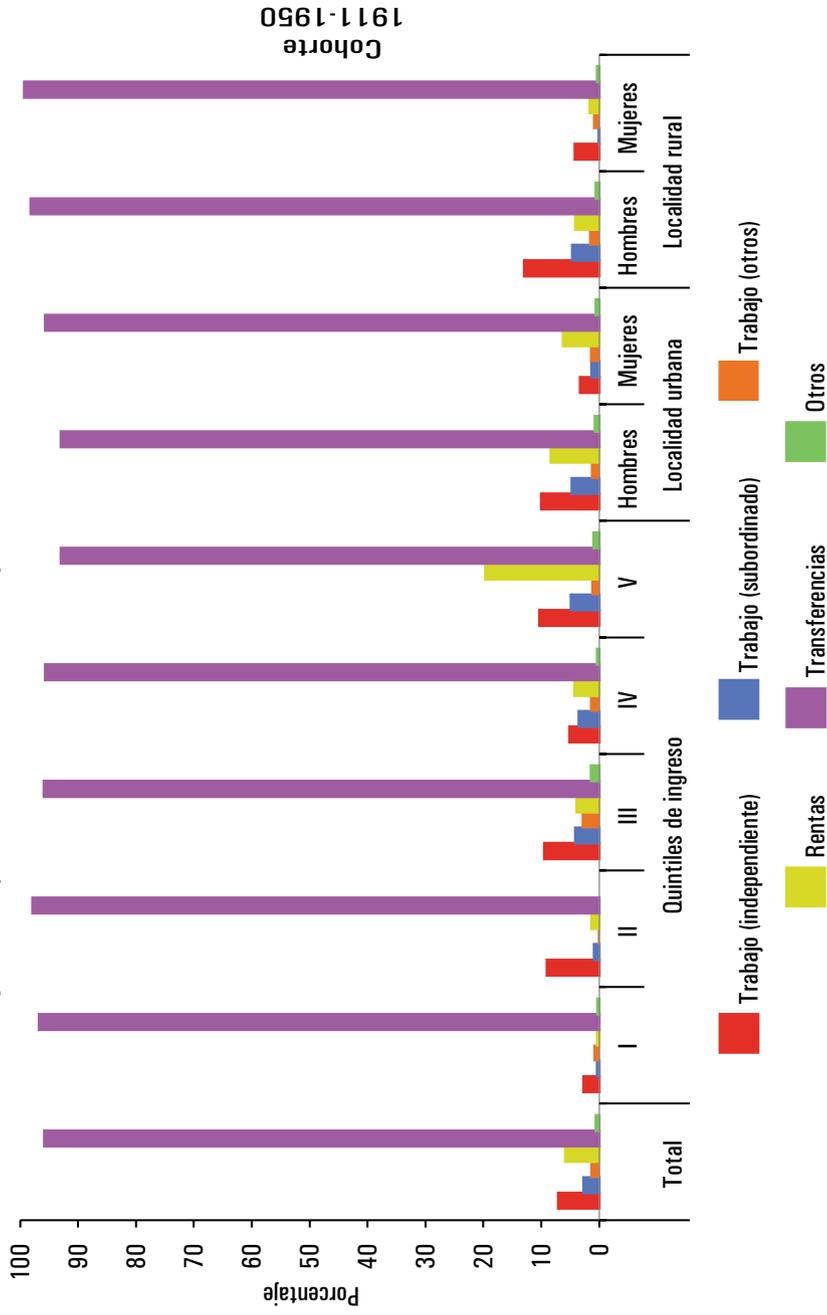
Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

Gráfica 4b. Ingresos de la población en edades avanzadas según características cohorte. México, 2010



Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

Gráfica 4c. Ingresos de la población en edades avanzadas según características cohorte. México, 2010



Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

Los mayores porcentajes corresponden a los estratos más altos y a la población masculina, pero en todos los casos son menores de 20 %. En relación con los ingresos derivados del trabajo independiente, una proporción menor de la población recibe ingresos por este medio, 14.8 %. Al igual que en la cohorte más joven, los porcentajes más altos aparecen entre la población masculina de las localidades rurales y entre las personas que se ubican en el segundo quintil de ingresos. Llama la atención el incremento proporcional de la población en la *c1931-1940* que recibe ingresos derivados de las rentas, sobre todo en el estrato de ingresos más alto y en las mujeres urbanas.

Prácticamente todas las personas de la *c1911-1930* reciben algún tipo de transferencia. En algunos sectores de la población de este grupo, la presencia de otros ingresos adquiere relevancia; por ejemplo, en el estrato V, 19.6 % de la población reporta ingresos provenientes de rentas, y también en las localidades rurales, 8.3 % de los hombres y 6.2 % de las mujeres reciben rentas. Asimismo, los recursos monetarios que provienen del trabajo independiente son importantes en el quintil V, ya que 10.3 % de la población tiene ingresos de este tipo. Este es además un recurso importante para la población masculina, pues para 10 % de los hombres en localidades urbanas es fuente de ingreso, en tanto que en las localidades rurales es de 13 por ciento.

Las cifras anteriores muestran que la presencia de ingresos derivados de la actividad laboral se reduce de modo importante en las cohortes de más edad. La literatura que analiza las características de inserción laboral y los determinantes del trabajo en la vejez encuentra que el proceso de envejecimiento conlleva repercusiones sobre el desempeño físico, mental y de la salud que necesariamente implican un decremento o el cese permanente de la actividad laboral. Nava y Ham [2014] documentan la relación inversa entre la discapacidad y la probabilidad de trabajar entre la población de 60 y más.

En cambio, González-González y Wong [2014] encuentran que la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, disminuye la actividad laboral en la población de 50 años y más. Las mermas en las condiciones de la salud producto de la vejez pueden repercutir de manera negativa en la capacidad para el trabajo, lo cual aminora los niveles de productividad laboral y, en ocasiones, aumenta los riesgos laborales. A ello se suma la obsolescencia en la ocupación, producto de los cambios tecnológicos y el auge de la cultura digital y computacional.

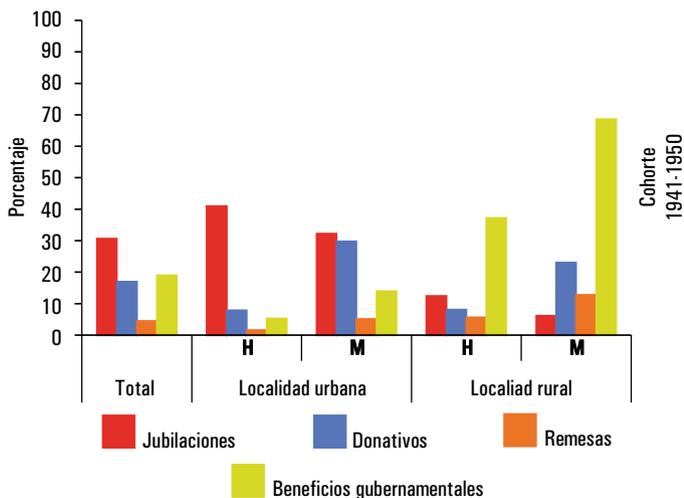
Se trata de elementos que adquieren relevancia en el análisis de las tres cohortes en edades avanzadas, como se presentó anteriormente; es población que tuvo pocas oportunidades educativas, lo cual reduce las posibilidades de adaptación a los cambios tecnológicos y los métodos de trabajo. Además, la dinámica demográfica actual, caracterizada por mayor participación absoluta y porcentual de la población en edades activas y laborables, trae consigo una fuerte oferta de trabajo que busca incorporarse en el mercado laboral, que disminuye el precio del trabajo y coloca a la población en edades avanzadas en una posición de desventaja [Mojarro, 2009].

Al mismo tiempo, la situación económica en México presentó dificultades para la generación de empleos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en el segundo trimestre de 2010 la tasa de desocupación a nivel nacional fue de 5.2 % frente a la población económicamente activas (PEA) [Inegi, 2010b].

TRANSFERENCIAS ECONÓMICAS HACIA LA POBLACIÓN ENVEJECIDA

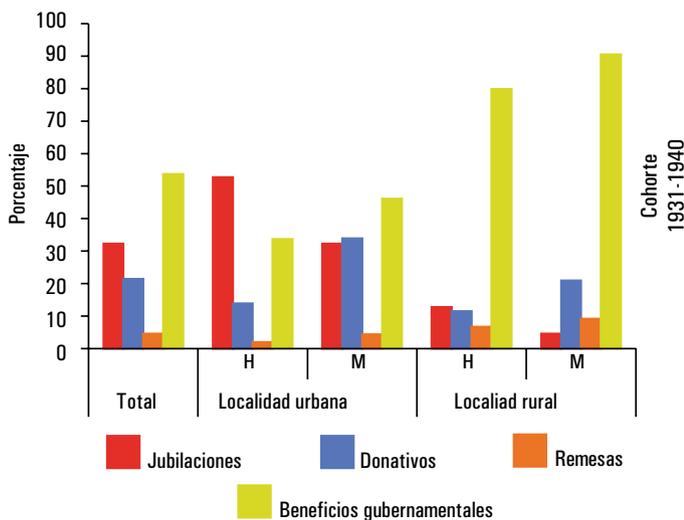
Los resultados anteriores denotan la importancia de las transferencias como fuente de ingresos en la población adulta mayor. En las gráficas 5a, 5b y 5c aparecen desagregados los distintos tipos de recursos que conforman estas transferencias.

Gráfica 5a. Ingresos por transferencias entre la población en edades avanzadas según características y cohorte. México, 2010



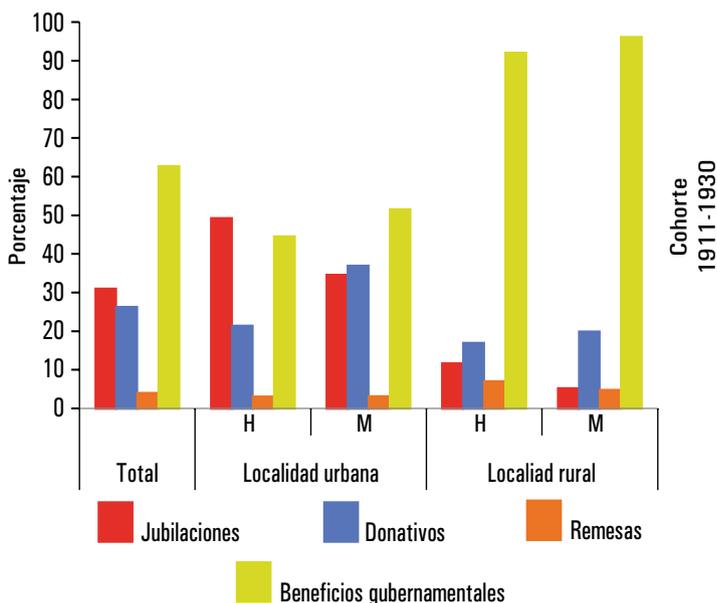
Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

Gráfica 5b. Ingresos por transferencias entre la población en edades avanzadas según características y cohorte. México, 2010



Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

Gráfica 5c. Ingresos por transferencias entre la población en edades avanzadas según características y cohorte. México, 2010



Fuente: elaboración propia con base en Inegi, ENIGH 2010.

En relación con las jubilaciones, las estadísticas muestran la poca cobertura de la seguridad social. Entre la *c1941-1950* solo tres de cada 10 personas están jubiladas. Es importante resaltar que las cifras entre las localidades urbanas y rurales y entre la población masculina y femenina presentan variaciones importantes; los hombres jubilados constituyen 40.9 % en las zonas urbanas y 12.4 % en las rurales, mientras que en las mujeres los porcentajes de jubiladas son de 32.2 % y 6.1 %, respectivamente. En la *c1931-1940* se denota que 32.2 % de la población recibe jubilaciones; en las zonas urbanas, 52.7 % de la población masculina tiene ingresos por jubilación y 32.3 % de la población femenina. Mientras que en las localidades rurales estos porcentajes son de 12.7 % en hombres y

4.6 % en mujeres. En la *c1911-1930*, 30.9 % recibe ingresos por jubilación. Al igual que los grupos anteriores, se aprecian diferencias importantes entre lo rural y lo urbano; en estos últimos, los más protegidos también son los hombres, con un porcentaje de 49.2; entre las mujeres esta cifra es de 34.5. Para las comunidades rurales, los valores son 11.6 % y 5.2 %, respectivamente. Las marcadas brechas por sexo en el acceso a las pensiones se atribuyen a la mayor participación de la población masculina en el mercado laboral y a que la seguridad social se circunscribe al empleo formal [Ramírez, 2012]. Se trata de cohortes de mujeres que transitaron sus años de vida activos y laborables cuando la participación de la mujer en las actividades económicas era limitada debido a condiciones de orden social. A ello se agrega que históricamente se les ha responsabilizado del trabajo doméstico y el cuidado de los integrantes del hogar, actividades que limitan su participación en el mercado laboral.

Respecto de los beneficios gubernamentales, en la *c1941-1950*, 18.9 % de la población recibe ingresos por esta vía. Estos recursos económicos son importantes sobre todo para la parte rural: 37.1 % de los hombres y 68.6 % de las mujeres son beneficiarios. En la *c1931-1940*, 53.7 % de la población recibe estos beneficios. En las zonas rurales, 79.9 % de los hombres y 90.5 % de las mujeres obtienen ingresos mediante programas de gobierno, entre los cuales destaca el “Programa 70 y más”. En la *c1911-1930*, 62.6 % de las personas informa ingresos por esta fuente. Además, las cifras muestran que en las localidades rurales, 92.0 % de los hombres y 96.1 % de las mujeres reciben este tipo de recursos. En las localidades urbanas, los porcentajes son 44.5 y 51.5, respectivamente.

La familia es una institución que habitualmente cumple con las funciones de apoyo económico en la vejez, producto de los lazos de afecto y comprensión. Hoy día, el apoyo que otorgan las familias es una fuente importante de recursos, aunque se debe tomar en cuenta que se trata de recursos que están

restringidos a la capacidad socioeconómica de las familias y al tipo de relaciones familiares construidas a lo largo de la vida.

La ENIGH permite identificar los ingresos por donativos y remesas. Las cifras muestran que 16.9 % de la *c1941-1950* recibe donativos, los cuales son en particular importantes para la población femenina: 29.7 % de las mujeres en localidades urbanas y 23.0 % en las rurales reciben ingresos de organizaciones no gubernamentales y de otros hogares. En la *c1931-1940*, 21.4 % de la población recibe donativos; estas cifras son 33.9 % entre las mujeres urbanas y 20.9 % entre las mujeres rurales. El porcentaje estimado en la *c1911-1930* con este ingreso es de 26.2 %; se trata de una fuente de ingresos importante entre las mujeres urbanas y rurales, ya que 36.9 % y 19.9 %, respectivamente, tienen ingresos por donativos. Esta fuente de ingresos también es relevante para la población masculina, toda vez que 21.3 % de los hombres urbanos y 16.9 % de los rurales son perceptores de estos ingresos. Es importante señalar el bajo monto de los recursos: la media mensual fue menor de 700 pesos.

Los ingresos por remesas adquieren relevancia para grupos específicos de la población. En la *c1941-1950*, 12.7 % de las mujeres rurales recibe transferencias por esta vía, mientras que en la *c1931-1940*, es de 9.1 este porcentaje. Entre la *c1911-1930*, 7 % de los hombres rurales y 4.7 % de las mujeres rurales consignan tales remesas.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

En relación con las futuras cohortes de personas de 60 años y más, se espera que de forma progresiva presenten mayores niveles de escolaridad, en virtud de la expansión en la educación básica y media. Esa creciente escolaridad con seguridad modificará los mecanismos de ingresos en la vejez, al tocar la

actividad económica, las jubilaciones y pensiones, los programas de gobierno y las transferencias. Como consecuencia, se espera que se modifiquen las inequidades relacionadas con la escolaridad.

Respecto a *la necesidad de actividades económicas en la vejez*, la mayor escolaridad permitirá la adaptación a las nuevas tecnologías y formas de trabajo que se esperan a futuro. Se plantea así la posibilidad de crear ocupaciones en la vejez que sean productivas, con un ingreso que otorgue independencia y bienestar económico y con acceso a la seguridad social. Se propone así este tema de prospectiva, adelantando hipótesis de programas sobre adaptación, actualización y capacitación para el trabajo en el envejecimiento.

Un problema mayor que ya es crítico y sin visos de mejoría se refiere a *las escasas e insuficientes pensiones de retiro*. Los bajos niveles de cobertura de la seguridad social y el reducido monto de una pensión ponen en evidencia los vacíos de los sistemas de seguridad social para las cohortes ahora en las edades de 60 años y más, pero lo más alarmante es que la situación se agrava de manera acelerada para las generaciones futuras en envejecimiento. Los escenarios son desalentadores y apuntan a mayores inequidades con las reformas a los sistemas de seguridad social.

REFERENCIAS

- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) [2015], *Panorama de Pensiones: América Latina y el Caribe*, OCDE/Banco Mundial/BID.
- Blanco, A. [1994], *Envejecimiento en México: educación y condiciones de vida*, Tesis de Maestría en Población, El Colegio de la Frontera Norte.
- Bloom, D.; D. Canning y J. Sevilla [2003], *The demographic dividend: A new perspective on the economic consequences*

- of population change*, Santa Monica, California, RAND, MR-1274.
- Burholt, V. y G. Windle [2006], *The material resources and well-being of older people*, York, Reino Unido, University of Wales Bangor.
- Cárdenas, E. [1994a], *La hacienda pública y la política económica, 1929-1958*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Cárdenas, E. [1994b], *La política económica en México, 1950-1994*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Coneval (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) [2015], *Medición de la pobreza*, <<https://cutt.ly/oKbR1br>>, 8 de abril de 2022.
- Consar (Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro) [2015], *Diagnóstico del Sistema de Pensiones*, México, Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- García, B. y E. Pacheco [2011], “La participación económica en el censo de población 2010”, *Coyuntura Demográfica*, 1: 35-38.
- González González, C. y R. Wong [2014], “Impacto de la salud: análisis longitudinal del empleo en edad media y avanzada en México”, *Papeles de Población*, 20(81): 89-120.
- Greaves, C. [2010], “La búsqueda de la modernidad”, D. Tanck de Estrada (coord.), *Historia mínima de la educación en México*, México, El Colegio de México: 188-216.
- Ham, R. [2003a], “Actividad e ingresos en los umbrales de la vejez”, *Papeles de Población*, 9(37): 167-191.
- Ham, R. [2003b], *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, México, El Colegio de la Frontera Norte, A.C / Miguel Ángel Porrúa.
- Huenchuan, S. y J. Guzmán [2007], “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas”, *Notas de Población*, 83: 101-125.
- Inegi (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) [2013], *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social*, <<https://cutt.ly/2SutWd2>>, 16 de octubre de 2015.

- Inegi [2010a], *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, <<https://cutt.ly/pKbTtGZ>>, 8 de abril de 2022.
- Inegi [2010b], *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, <<https://cutt.ly/GHtoneo>>, 8 de abril de 2022.
- Loyo, E. [2010], “La educación del pueblo”, D. Tanck de Estrada (coord.), *Historia mínima de la educación en México*, México, El Colegio de México: 154-187.
- Mojarro, O. [2009], “Los dividendos demográficos de México: segunda y ¿última llamada?”, *Memorias del Foro Nacional, Las políticas de población en México. Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población, 2008-2012*, México, Consejo Nacional de Población: 275-281.
- Nava, I. y R. Ham [2014], “Determinantes de la participación laboral de la población de 60 años o más en México”, *Papeles de Población*, 20(81): 59-87.
- Ortiz, A. [1998], La concepción de la política económica y sus resultados, 1958-1970, Antonio Ortiz, *El desarrollo estabilizador: reflexiones sobre una época*, México, El Colegio de México / Fideicomiso Historia de las Américas / Fondo de Cultura Económica: 40-57.
- Ramírez, B. [2012], “Las características y dinámica del empleo y su impacto en la seguridad social”, B. Ramírez y R. Ham (coords.), *Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México / El Colegio de la Frontera Norte: 129-138.
- Rendón, T. y C. Salas [1993], “El empleo en México en los ochenta: tendencias y cambios”, *Comercio Exterior* 43(8): 717-730.
- Ryder, N. [1965], “The cohort as a concept in the study of social change”, *American Sociological Review*, 30(6): 843-861.
- Solís, L. [2000a], *Evolución de la economía mexicana*, México, El Colegio Nacional.

- Solís, L. [2000b], *La realidad económica mexicana: retrovisión y perspectivas*, México, Fondo de Cultura Económica-El Colegio Nacional.
- Solís, L. [1999], *Evolución de la economía mexicana*, México, Ciudad de México, El Colegio Nacional.
- Weiss, R.; S. Bass, H. Heimovitz y M. Oka [2005], Japan's silver human resource centers and participant well-being, *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 20(1): 47-66.

9. CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y LA CALIDAD DE VIDA. UN FACTOR MÁS DE DESIGUALDAD

*Miroslava Barragán Robles**

Este capítulo aborda la interseccionalidad que hay entre una problemática ambiental y la desigualdad económica. Cada vez existen mayores estudios que demuestran los efectos de la contaminación atmosférica en la salud y la calidad de vida de las personas. Esto ha hecho que los gobiernos asuman un compromiso para mejorar la calidad del aire de las ciudades. Destaca que en estas acciones no se tome en cuenta el nivel de desigualdad económica donde los efectos no son homogéneos ya que dependen de la situación socioeconómica de las personas. Ejemplo de ello es la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), donde existe un amplio porcentaje de la población que pertenece al sector informal de la economía y que tiene escaso acceso a servicios de salud y prestaciones sociales, y que un problema como la contaminación atmosférica agrava su situación de vulnerabilidad.

INTRODUCCIÓN

Se estima que para 2050, la población urbana a nivel mundial alcance los 9.7 mil millones de personas; es decir, 2 000 millones más que en 2020 [Naciones Unidas, 2021]. La concentración

* Profesora en la Escuela Nacional de Ciencias de la Tierra de la UNAM.

de la población en determinados espacios geográficos ha tenido repercusiones directas en el medio ambiente y, dado que se espera que esta tendencia continúe, es urgente avanzar hacia el desarrollo de ciudades más sustentables. Uno de los grandes pendientes de la agenda ambiental es la contaminación atmosférica, que incide en la salud y la calidad de vida de la población, con altos costos económicos y sociales. Al tratarse de un problema multifactorial que depende del crecimiento demográfico, de la expansión urbana, del ritmo de la actividad económica y de las condiciones geográficas y meteorológicas, es necesario considerar estrategias integrales para su mitigación.

En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se reconoce la relevancia de actuar y buscar mecanismos para mejorar la calidad del aire. Este compromiso se refleja en dos de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS): a) “Salud y bienestar” (ODS 3), y b) “Ciudades y comunidades sustentables” (ODS 11). En el ODS 3, una de las metas consiste en reducir de modo considerable el número de muertes y enfermedades causadas por la contaminación del aire. En cambio, en el ODS 11 se establece que de aquí a 2030 se debe reducir el impacto ambiental negativo de las ciudades, lo cual incluye atender y mejorar la calidad del aire. Otro objetivo que se encuentra vinculado con la calidad del aire es el referente a la “reducción de las desigualdades” (ODS 10), ello debido a que las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad son las que más pueden verse expuestas a los efectos de la contaminación del aire y quienes muchas veces carecen del acceso a servicios de salud. En diversos estudios se ha encontrado que el nivel socioeconómico se relaciona con la exposición ambiental a diferentes contaminantes [Blanco *et al.*, 2014; GBD, 2021a] y, por ende, con la salud. Precisamente, en este capítulo se plantea que el impacto de la mala calidad del aire incide de forma diferenciada en la salud de las personas, con afectación de los grupos más vulnerables.

La contaminación representa una de las externalidades más importantes vinculadas con el crecimiento económico. Las economías al crecer necesitan una mayor cantidad de recursos naturales y energía. El Panel Internacional de Recursos (International Resource Panel -IRP) de Naciones Unidas, a partir de una base de datos que incluye la información de 190 países en casi cinco décadas (1970-2017), estima que, en 2017, la utilización de materiales a nivel mundial fue de 88.6 millones de toneladas, es decir, tres veces la cantidad empleada en 1970 [IRP, 2017]. En algunos rubros, la extracción de recursos se ha dado de manera más acelerada; por ejemplo, en el caso de “minerales no metálicos dedicados a la construcción” se estima que de 2000 a 2017 la extracción pasó de 21 936 millones de toneladas a 40 068 millones de toneladas [IRP, 2017], casi el doble en menos de dos décadas. Esta extracción acelerada de materiales ha tenido un fuerte impacto en el medio ambiente. El IRP advierte que en caso de no hacerse nada, el consumo mundial pueda duplicarse en el periodo 2015-2050; por tanto, mantener esta tendencia sería altamente riesgoso para la humanidad. Dados los resultados del Sexto Informe de Evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC), una de las razones más importantes para disminuir el ritmo de extracción de recursos sería el cambio climático, ya que una mayor extracción de recursos se asocia con un incremento en las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI). Precisamente, en este informe del IPCC se alerta sobre la urgencia de reducir la cantidad de GEI que se liberan a la atmósfera, ya que de otra forma será muy difícil limitar el calentamiento a 1.5° C o 2° C. Desafortunadamente, las formas de producción y de consumo existentes se vinculan con altas emisiones de GEI, por lo que se hace urgente transitar hacia nuevos modelos. Con objeto de frenar los desequilibrios en el sistema terrestre, se han

propuestas acciones que buscan el desacoplamiento entre crecimiento económico y degradación ambiental. También se están haciendo esfuerzos para impulsar una economía circular, donde se aprovechen mejor los recursos. Estos cambios no solo generarían beneficios en el aspecto ambiental, sino también tendrían repercusiones positivas en lo social y económico.

La degradación ambiental incide en el bienestar de las personas de manera notable; se ha estimado que en 2015 la contaminación (del aire, hídrica y de los suelos) fue la causa de 9 millones de muertes prematuras [Landrigan *et al.*, 2018]. Respecto de la contaminación del aire, la actividad antrópica supone la emisión de diversos contaminantes —dióxido de azufre (SO₂), óxidos de nitrógeno (NO_x), monóxido de carbono (CO), ozono (O₃), partículas en suspensión y plomo—, que día a día deterioran la calidad del aire. En ciertos espacios geográficos la concentración de estos contaminantes es mayor, lo cual implica mayor riesgo para la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que cada año alrededor de 7 millones de personas mueren como consecuencia de la exposición a la contaminación atmosférica. En 2016 se estimó que la contaminación del aire, de manera específica la generada por la exposición a partículas pequeñas de 2.5 micras o menos de diámetro (PM_{2.5}), fue la causa de 4.2 millones de muertes prematuras en todo el mundo por año [OMS, 2018b]. La OMS ha señalado que al reducir los niveles de contaminación del aire sería posible disminuir la morbilidad por accidente cerebrovascular, enfermedades cardíacas, cáncer pulmonar y enfermedades respiratorias crónicas y agudas [OMS, 2018b]. En el más reciente estudio de la Carga Global de las Enfermedades (*Global Burden of Diseases, GDB 2019*), se estima que la exposición a PM_{2.5} es la causa de 4.2 millones de muertes en el mundo. De acuerdo con una investigación realizada por la Universidad de Harvard, en colaboración con la Universidad de Birmingham, la Universidad de

Leicester y el University College London, se encuentra que en 2012 el número de muertes asociadas con la exposición de $PM_{2.5}$ por la quema de combustibles fósiles fue de 10.2 millones [Vohra *et al.*, 2021: 6].¹ Hoy día, se cuenta con más estudios e investigaciones que confirman la estrecha relación entre la exposición a los contaminantes atmosféricos y la incidencia de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, lo cual ha logrado colocar el problema en la agenda pública en la mayoría de las ciudades del mundo.

Para cuantificar los efectos de la contaminación del aire, no solo basta con incluir los datos de mortalidad, también es necesario considerar el número de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (*disability adjusted life year* -DALY). Esta medida combina los años potenciales de vida perdidos debido a la mortalidad prematura y los años que se vive con un estado de salud no óptimo debido a una discapacidad [OMS, 2021a]. En 2015 se estimó un total de 103.1 millones de años de vida ajustados por discapacidad ocasionados por la contaminación atmosférica [Vohra *et al.*, 2021: 2]. Las mejoras en la calidad del aire podrían reducir el número de AVAD, lo cual, a su vez, repercutiría en una mejor calidad de vida de las personas.

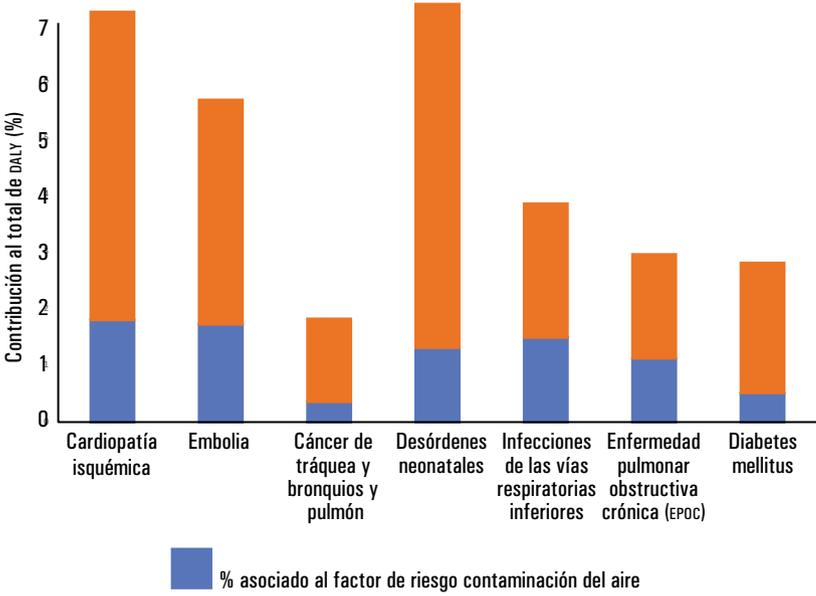
El estudio *Global Burden of Diseases 2019* muestra que la contaminación del aire es un factor de riesgo que incide en enfermedades como cardiopatía isquémica, embolia, cáncer traqueal, bronquial y pulmonar, enfermedades neonatales, infecciones de las vías respiratorias inferiores, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes mellitus.² Es así como la mala calidad del aire actúa como un enemigo silencioso que contribuye al incremento de muertes prematuras,

¹ Esta estimación es mayor a lo estimado en el estudio del *Global Burden of Diseases*. Las diferencias se explican debido a la función de concentración-respuesta elegida y el riesgo relativo considerado.

² Respecto de la diabetes mellitus son recientes los estudios que investigan su relación con la contaminación del aire.

hospitalizaciones y consultas médicas. Sin duda, estos datos deberían ser lo suficientemente alarmantes para que los gobiernos de inieran estrategias más ambiciosas para mejorar la calidad del aire, sobre todo en las ciudades (gráfica 1).

Gráfica 1. Contribución al total de DALY por tipo de enfermedad, porcentaje asociado con el factor de riesgo “contaminación del aire”, 2019



Fuente: elaboración propia con datos del GDB, 2019.

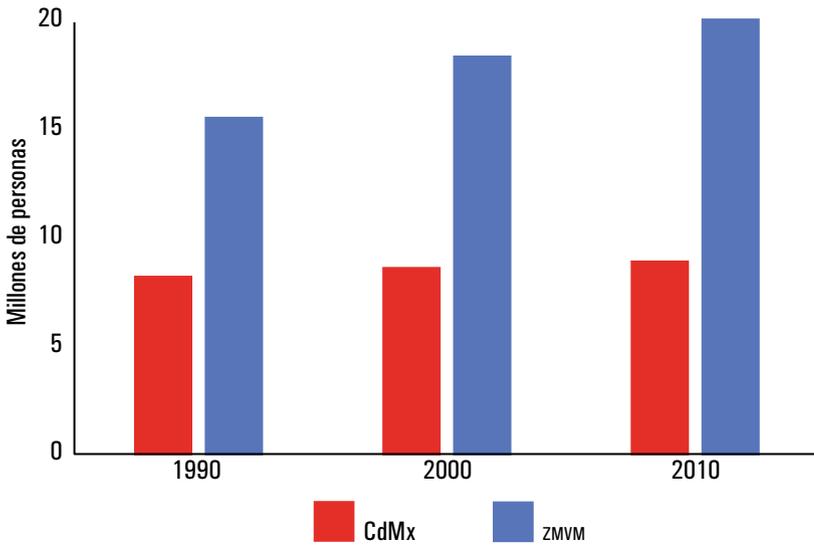
EL CASO DEL VALLE DE MÉXICO

El crecimiento de la Ciudad de México se ha dado sin una planeación urbana efectiva, lo que ha resultado en una ciudad con baja conectividad y alta dispersión. Este patrón de urbanización tiende a presentar problemas de movilidad, deficiencia en la provisión de servicios públicos básicos, dificultades

para la provisión de agua, altos niveles de contaminación atmosférica, inseguridad, etcétera. A partir de la segunda mitad del siglo xx, la Ciudad de México tuvo un ritmo de crecimiento poblacional acelerado que generó fuertes presiones sobre el acceso a vivienda, servicios públicos, educación, salud, seguridad, transporte, entre otros. En los años setenta, la metrópoli rebasó los límites de la ciudad, alcanzando el Estado de México. Esta expansión de la mancha urbana no se ha detenido. Hoy día, la Ciudad de México (CdMx) junto con 59 municipios del Estado de México y un municipio de Hidalgo conforman la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), ubicándose como la segunda ciudad más grande en América Latina, luego de Sao Paulo en Brasil. A nivel de población, en 2020, la Ciudad de México contaba con 9.2 millones de habitantes, en tanto que la ZMVM sumaba 20 millones de habitantes. En la CdMx, el ritmo de crecimiento de la población se ha desacelerado, no así en las zonas de la periferia. En la ZMVM, la tasa promedio anual de crecimiento de la mancha urbana 2010-2018 en localidades urbanas fue de 0.13 %, en tanto que en localidades rurales fue de 4.68 % [Zubicaray *et al.*, 2021: 60]. La ZMVM, al igual que otras ciudades en México, tiende a ser más extensa y menos densa [Zubicaray *et al.*, 2021: 12], lo que operativamente se traduce en que las distancias, los tiempos y los costos para lograr la conectividad espacial sean mayores. Este patrón territorial expansivo ha favorecido el acceso desigual a servicios públicos, generando asentamientos humanos con muchas carencias, en especial en las periferias (gráfica 2).

La falta de conectividad espacial entre el centro y las periferias ha aumentado el costo de movilidad de las personas tanto en tiempo como en dinero. Un problema que se agrava si se considera que no se cuenta con un transporte público de calidad. Ante las deficiencias del sistema de transporte público existente, gran parte de los habitantes de la ZMVM prefieren el automóvil privado *versus* el transporte público. En

Gráfica 2. Población total de la Ciudad de México y la ZMVM, 1990, 2000 y 2010



Fuente: Inegi [2021a], Censos de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.

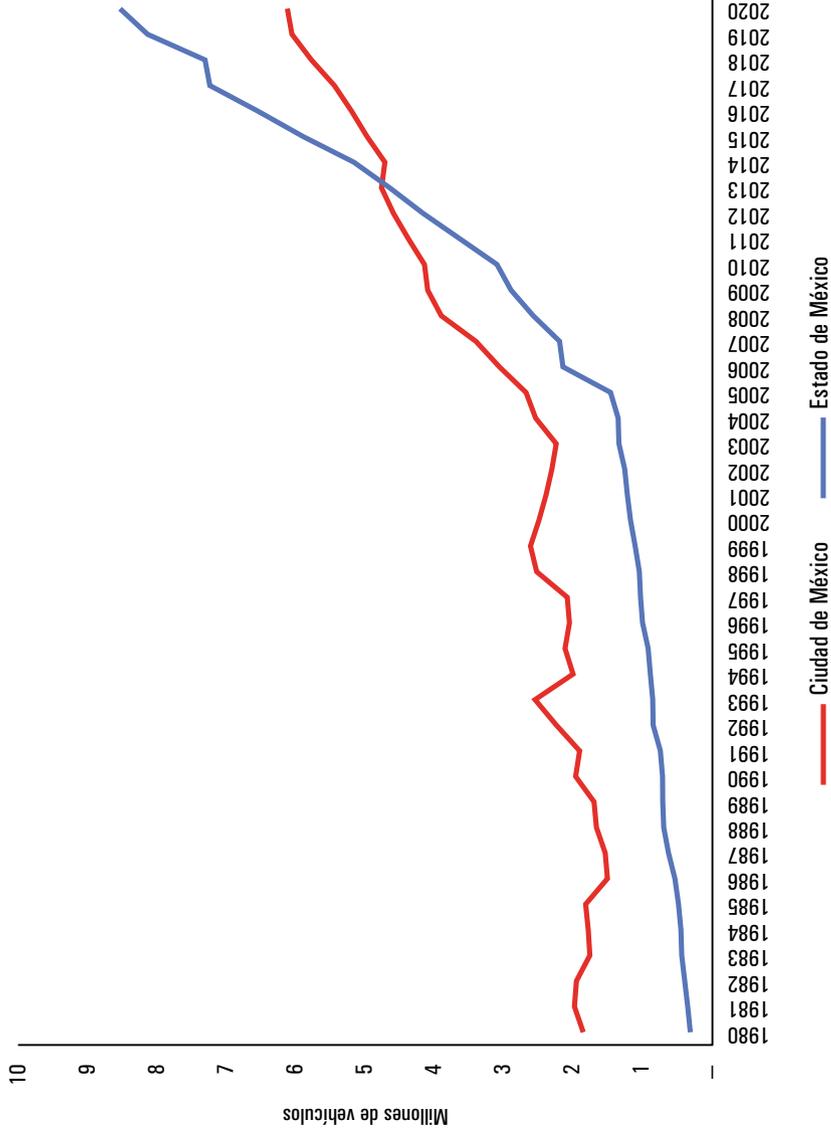
el año 2000, en el Estado de México se tenían registrados 1 184 000 vehículos, en tanto que, en 2020, se han alcanzado los 8 571 000. En la Ciudad de México también se observa una situación crítica: en estos 20 años casi se ha triplicado el número de automóviles registrados. Esta situación ha repercutido de forma negativa en la movilidad de las personas y en la calidad del aire de la ZMVM (gráfica 3). Si bien se han realizado avances tecnológicos en el diseño de los automóviles para reducir las emisiones de contaminantes, estos han sido insuficientes para compensar aquellas emisiones que se generan debido al incremento del parque vehicular. Ante esta problemática se hace indispensable avanzar en una mayor coordinación institucional entre las autoridades de la CdMx, el Estado de México e Hidalgo que están a cargo de la agenda ambiental y de movilidad. Se trata de buscar estrategias para mejorar la conectividad y reducir las emisiones de contaminantes.

Por ejemplo, integrar los sistemas de transporte existentes, ampliar la oferta de transporte público en áreas consideradas críticas, priorizar el transporte público sobre el transporte privado, promover la renovación del parque vehicular, incentivar la adquisición de unidades más eficientes en su consumo energético, etcétera.

Otro factor que ha afectado la calidad del aire del Valle de México es la Central Termoeléctrica Francisco Pérez Ríos localizada en Tula, Hidalgo. En 2005 esta termoeléctrica se ubicó en el tercer lugar en el *ranking* de las 10 plantas con las mayores emisiones de dióxido de azufre (SO_2) en México [Comisión para la Cooperación Ambiental de América del Norte, 2011]. A partir de 2005 se realizaron estudios para determinar en qué medida las emisiones de esta termoeléctrica tenían incidencia en la calidad del aire de la ZMVM y encontraron que, efectivamente, los gases que se emitían en la región de Tula tenían efectos en los niveles de calidad del aire de la ZMVM [INE y MCE2, 2009], y que la magnitud de sus efectos dependía de los patrones de vientos predominantes.

A pesar de tener identificada esta fuente de contaminación, no hubo una intervención gubernamental orientada a atender este problema. En 2019 la Comisión Ambiental de la Megalópolis (CAME) solicitó a la Comisión Federal de Electricidad (CFE) una reducción de 30 % en el uso de combustible de esta termoeléctrica; sin embargo, esta solicitud no tuvo repercusiones, la planta siguió operando. En 2021, en la ZMVM se registraron varios días con niveles de SO_2 que superaron lo establecido en la normatividad ambiental—cuyo límite es de 75 partes por millón de SO_2 por hora—; este hecho volvió a poner la atención en la termoeléctrica Francisco Pérez Ríos. Es en este contexto que, en abril de 2021, la CFE anunció que esta termoeléctrica reduciría su operación al 40 % de su capacidad, generando una contracción en el uso de combustible de 80 %. Con esta medida, se espera una mejoría en los niveles de SO_2 en el Valle de México.

Gráfica 3. Número de vehículos de motor registrados en circulación en la Ciudad de México y en el Estado de México, 1980-2020



Fuente: Inegi [2021b], Estadísticas de vehículos de motor registrados en circulación.

En los años ochenta la CdMx fue considerada la ciudad más contaminada en el mundo, lo que marcó un punto de inflexión en la intervención del gobierno para atender el problema de contaminación atmosférica. En 1990 se puso en marcha como instrumento de gestión ambiental el Programa Integral Contra la Contaminación Atmosférica (PICCA) en el Valle de México. Este programa tenía como objetivo reducir las emisiones de contaminantes mediante la mejora en la calidad de los combustibles, optimizaciones tecnológicas en vehículos, un mayor control en industrias y servicios, y la restauración ecológica de las zonas boscosas aledañas al Valle de México [Comisión Ambiental Metropolitana, 2002: 1-3]. Los resultados de este Programa se reflejaron, especialmente, en los niveles de plomo y bióxido de azufre [Comisión Ambiental Metropolitana, 2002: 4]. En 1996, para dar continuidad a la gestión de la calidad del aire, se crea el Programa para mejorar la calidad del aire en el Valle de México 1995-2000 (Proaire I), un instrumento más ambicioso que el PICCA, con metas cuantitativas a cumplirse en un periodo determinado. Con este programa se registraron reducciones en los niveles de plomo, bióxido de azufre, monóxido de carbono y ozono en la ZMVM a pesar del crecimiento de la población y del incremento del parque vehicular. Dados los resultados obtenidos, en 2002 se propone el Programa para mejorar la calidad del aire en el Valle de México 2002-2010 (Proaire II) para un periodo más amplio. En el Proaire II se emplea una metodología participativa; esto dio más solidez a las propuestas. Si bien el eje central del programa siguió siendo la reducción de emisiones —generadas por el transporte y la actividad económica—, esta vez se incluyeron acciones encaminadas a integrar las políticas de desarrollo urbano, transporte y calidad del aire, y a reforzar el marco normativo y su cumplimiento. Las acciones del Proaire II tuvieron efectos positivos en disminuir la polución del aire. Se estima que con

su implementación se lograron reducciones anuales de 5 078 toneladas de partículas PM_{10} , 506 toneladas de SO_2 , 817 132 toneladas de CO, 64 779 toneladas de NO_x y 85 706 toneladas de los compuestos orgánicos volátiles (COV) [Comisión Ambiental Metropolitana, 2011:129]. En 2011 se propuso el Programa para mejorar la calidad del aire en la Zona Metropolitana del Valle de México 2011-2020 (Proaire III). En esta actualización se consideró el diagnóstico de la situación de la calidad del aire en el Valle de México, la experiencia nacional acumulada en los últimos 20 años y la experiencia internacional. Un aspecto por destacar es que en este programa se da una nueva atención al problema de contaminación atmosférica, al establecer como punto central la protección de la salud, con reconocimiento de que se trata de un asunto prioritario. Este cambio marca un punto de inflexión en la gestión gubernamental de la calidad del aire. El Proaire III contempló 8 estrategias, 81 medidas y 116 acciones. La primera estrategia estuvo dirigida a la protección a la salud, donde uno de los aspectos más relevantes fue la revisión de las normas oficiales mexicanas que regulan los niveles de emisiones de contaminantes. Es importante mencionar que el acento dado a la protección a la salud también responde a lo establecido en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual señala que “Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar”.

El balance de la implementación del Proaire III fue positivo; destaca entre sus resultados el fortalecimiento del Sistema de Monitoreo Atmosférico (Simat), la reducción de emisiones del sector transporte e industria y un mayor uso de la movilidad en bicicleta por medio de diferentes acciones y programas —como Ecobici, la ampliación de ciclovías y la construcción de biciestacionamientos—. También destaca como un logro la actualización de los umbrales del Programa para Contingencias Ambientales Atmosféricas (PCAA). En el corto plazo, con un control más estricto, hubo un aumento en el

número de contingencias, lo cual hizo necesario tomar un conjunto de medidas orientadas a reducir las emisiones de contaminantes y tener una mejor calidad del aire.³ Otro de los logros del Proaire fue brindar más información a la población sobre la calidad del aire, dando mayor visibilidad al tema y alertando sobre los impactos en la salud.⁴ El 29 de diciembre de 2021 la Secretaría de Medio Ambiente (Sedema) de la Ciudad de México, en coordinación con las secretarías del Medio Ambiente de los gobiernos del Estado de México e Hidalgo, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (Semarnat), así como la Comisión Ambiental de la Megalópolis (CAME) presentaron el Programa de gestión ambiental de la calidad del aire de la Zona Metropolitana del Valle de México (ProAire ZMVM) 2021-2030. Este programa tiene el enorme reto de superar los resultados obtenidos y atender los temas que han quedado pendientes (figura 1).

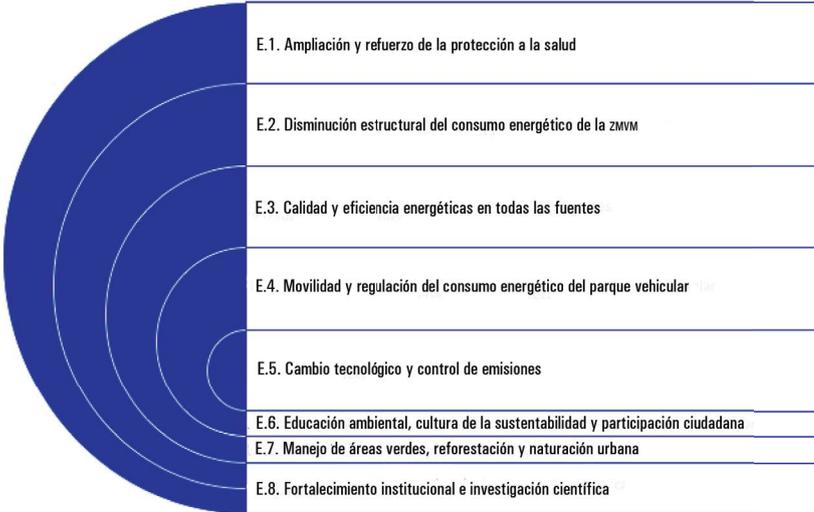
De forma complementaria a los Proaire, también se ha avanzado en la coordinación intergubernamental. En 1996, se creó la Comisión Ambiental Metropolitana (CAM), un órgano encargado de fomentar la coordinación entre los gobiernos estatales de la ZMVM, Distrito Federal y el Estado de México, así como la coordinación con el gobierno federal vía la Semarnat. La CAM fue encargada de coordinar y dar seguimiento al Programa de Contingencias Ambientales y el Programa “Hoy No Circula”. En 2013 la CAM se transformó en la CAME, Comisión Ambiental de la Megalópolis donde, a diferencia de su predecesora, incorpora a los gobiernos de Hidalgo, Morelos,

³ De acuerdo con la información de la Sedema, en 2016 se registraron 10 contingencias ambientales atmosféricas por ozono.

⁴ Un ejemplo de ello es el índice de riesgo para personas susceptibles (IRPS). Este índice tiene el objetivo de mantener informada a la población sobre los riesgos en materia de salud asociados con los niveles de contaminación del aire, en especial en el caso de población susceptible—niños, adultos mayores, mujeres embarazadas y las personas con enfermedades respiratorias y cardiovasculares—. Este índice, que se reporta diariamente, se mide en una escala de bajo, moderado, alto y muy alto.

Puebla y Tlaxcala.⁵ Estas modificaciones hacen posible que la gestión de la calidad del aire pueda darse a escala regional. En 2017 se hace una modificación al convenio suscrito en 2013, a partir de la cual se integra el gobierno de Querétaro. Además, se integraron las secretarías de Comunicaciones y Transportes (SCT), Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (Sedatu) y de Salud (SSa). El objetivo era, por una parte, abordar los problemas que incluían un territorio más amplio, dado el número de interacciones que suceden en la megalópolis, y por otra parte, considerar a otras secretarías de gobierno que deberían involucrarse en la gestión ambiental.

Figura 1. Estrategias del Programa para Mejorar la Calidad del Aire en la Zona Metropolitana del Valle de México, 2011-2020



Fuente: elaboración propia de acuerdo con información del Programa para Mejorar la Calidad del Aire en la Zona Metropolitana del Valle de México 2011-2020.

⁵ El 13 de octubre de 2013, en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF), se publicó el Convenio de Coordinación por el que se crea la Comisión Ambiental de la Megalópolis, que celebran la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, el Gobierno del Distrito Federal y los estados de Hidalgo, México, Morelos, Puebla y Tlaxcala.

Situación de los contaminantes criterio en la ZMMM

Para entender cuál es la situación actual del problema de contaminación atmosférica en la Zona Metropolitana del Valle de México, en este apartado se revisa brevemente el comportamiento de los siguientes contaminantes criterio: monóxido de carbono (CO), dióxido de nitrógeno (NO₂), dióxido de azufre, ozono (O₃), partículas PM₁₀ y partículas PM_{2.5}. En cuanto al monóxido de carbono, se cumple con la normatividad nacional y también con los valores máximos establecidos en la guía de la OMS y los estándares de la Agencia de Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos. Respecto del dióxido de nitrógeno y dióxido de azufre se cumple con la normatividad nacional, pero se superan los valores límite establecidos por la OMS. En el ozono y la masa de partículas PM₁₀ y PM_{2.5} es donde se observa el mayor reto.

Sobre la evolución del contaminante ozono se observa que mientras de 1990-2000 prevalecía una calidad del aire asociada con el ozono “extremadamente mala” y “muy mala”, de 2000-2021 se aprecian mejorías. Básicamente se han limitado los días con una calidad del aire asociada con el ozono “extremadamente mala” y se ha transitado a una calidad del aire asociada con el ozono “mala” y “regular”.⁶ Este avance es positivo, pero insuficiente, aún hay mucho trabajo por hacer, en especial porque en la temporada de ozono es frecuente que la concentración de este gas rebase lo establecido en la normatividad ambiental.⁷ De 2017-2018, en la CdMx hubo una reducción de 25 días con calidad del aire “mala” vinculada con

⁶ En los gráficos que muestra la Sedema sobre la calidad del aire, es posible verificar cómo se ha ido modificando el mosaico del índice aire y salud de ozono 1 h en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México en el periodo 1990-2021. Para su consulta se sugiere seguir el siguiente vínculo: <<https://cutt.ly/2SuuCET>>.

⁷ En la temporada de ozono se registran altas temperaturas, alta radiación solar, poca nubosidad, vientos débiles y sistemas de alta presión. En el Valle de México, esta temporada inicia en febrero y concluye en junio.

el ozono; en tanto que en el Estado de México hubo un incremento de nueve días con calidad del aire “mala” asociada con dicho gas. El ozono tiene una repercusión importante en la salud de las personas; se estima que alrededor de 5 % a 20 % de las muertes relacionadas con la mala calidad del aire están estrechamente ligadas con este contaminante [Silva *et al.*, 2019].

En lo que respecta a las partículas PM_{10} y $PM_{2.5}$, de 2017-2018 se registró una reducción en el número de días con calidad del aire “mala” asociada con este material particulado en la CdMx y el Estado de México [Sedema, 2020a: 77]. Sin embargo, a pesar de los avances que se han dado, aún se requieren medidas más estrictas para que se pueda cumplir con la normatividad ambiental nacional y con los niveles recomendados por la OMS. En el caso de las partículas $PM_{2.5}$, es grave la situación, ya que se trata de los contaminantes con mayor impacto en la salud debido a su capacidad para ingresar al sistema respiratorio profundo. El material particulado ($PM_{2.5}$ y PM_{10}) que se respira en las ciudades es una mezcla de compuestos orgánicos, nitratos, sulfatos y carbono negro, entre otros. Es relevante tener una estimación de su composición, ya que de esto depende su toxicidad. En la normatividad actual de la CdMx solo se regula la masa de partículas, pero no su composición.

De la revisión de la situación de estos seis contaminantes criterio se puede concluir que si bien los cambios realizados apuntan hacia una mejor calidad del aire, esto sigue siendo insuficiente para garantizar el acceso a un aire limpio en el Valle de México. En el Informe Anual 2018 de la Calidad del Aire en la Ciudad de México, se reportó que en 271 días del año la calidad del aire fue mala, mientras que en 89 días fue buena y regular. Es decir, que en 74 % del año la ciudad tuvo una calidad del aire mala.

Para tener mejores resultados sería necesario implementar medidas más drásticas. En 2020, un año atípico a nivel

mundial, fue posible evaluar los resultados de un experimento global, derivado de la pandemia de covid-19, donde de manera forzada se redujeron las emisiones de contaminantes. En la mayoría de los países se estableció como medida sanitaria el confinamiento, lo cual limitó la movilidad de las personas y contrajo la actividad económica. En 2020, en 65 % de las ciudades globales se reportaron mejoras en la calidad del aire respecto de 2019 [IQAir, 2020: 4]. La ZMVM no fue la excepción, también se registraron cambios en la movilidad urbana que permitieron una mejoría temporal en la calidad del aire. De abril a junio de 2020 la movilidad se redujo 68 %, mientras que, para el periodo de julio a agosto, se contrajo a 32 % [Ortega y Navarrete, 2021]. Sin embargo, el impacto de esta reducción no fue determinante para la calidad del aire. En las megaciudades el confinamiento no tuvo efectos sustanciales, toda vez que se mantuvieron diferentes fuentes de emisión, en especial aquellas relacionadas con el uso de combustibles fósiles [WEF, 2021], que generan contaminantes que incluyen el material particulado PM2.5 y sus precursores en forma gaseosa, lo que incide en la salud [Vohra *et al.*, 2021: 6]. De aquí la relevancia de impulsar la transición hacia una matriz energética más limpia, reduciendo la dependencia de combustibles fósiles en la generación de energía, la producción y el transporte.

CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA Y DESIGUALDAD ECONÓMICA

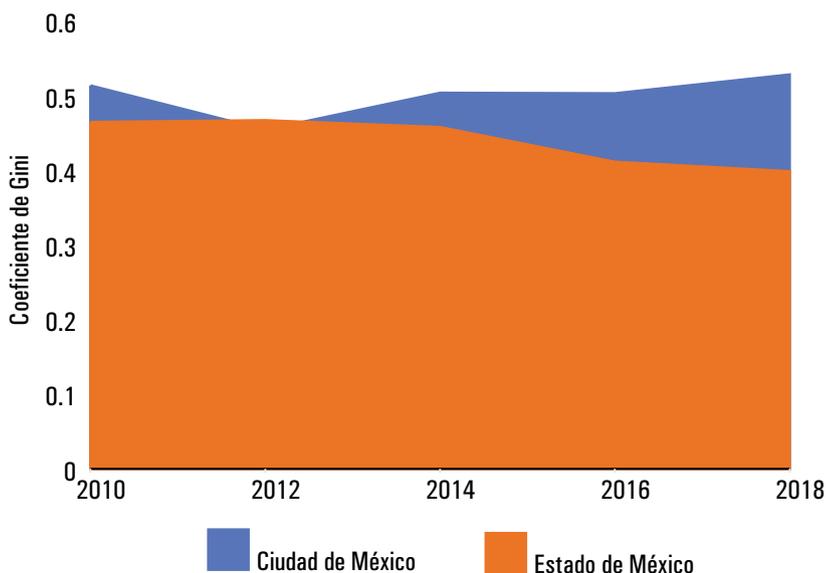
Se podría asumir que la mala calidad del aire afecta a todos por igual, sin embargo, esto no necesariamente es cierto. Según sea la situación socioeconómica, las personas pueden: a) estar más expuestas a los contaminantes del aire; y b) tener mayor o menor capacidad para afrontar los gastos médicos que les permitan compensar las afectaciones en su

salud derivados de la mala calidad del aire. En ese sentido, es posible considerar que la contaminación atmosférica no es un problema solamente ambiental, toda vez que incide en la salud y el bienestar de las personas.

En el más reciente estudio GBD se verifica que la salud no solo depende de contar con sistemas sanitarios [GBD, 2021b], sino también del nivel socioeconómico de las personas para tener acceso a los mismos. Este estudio confirma una fuerte correlación entre la salud y el índice sociodemográfico —que incluye ingreso promedio per cápita, nivel educativo y tasas de fecundidad—. En ciudades altamente desiguales, la contaminación atmosférica tendrá efectos diferenciados, con mayor afectación a quienes menos tienen. En estos casos, los gobiernos deberían tener más incentivos para poner en marcha estrategias integrales para mejorar la calidad del aire, ya que al hacerlo no solamente atienden el problema ambiental, sino que también estarían contribuyendo a reducir las desigualdades.

La ZMVM se ha consolidado como un polo de alto crecimiento económico que tiene una contribución importante en la economía nacional. En 2019 la CdMx aportó 17.73 % al PIB nacional, en tanto que el Estado de México proporcionó el 8.93 % [Inegi, 2021c]. Sin embargo, este dinamismo en el ámbito económico no ha propiciado condiciones que favorezcan a todos; los beneficios se han concentrado en ciertos estratos de la población, lo cual amplió la brecha entre ricos y pobres. En 2018, la Ciudad de México tuvo un coeficiente de Gini de 0.532, el valor más alto a nivel nacional, seguido por Oaxaca (0.4962), Chiapas (0.4873) y Guerrero (0.4823). En el periodo 2016-2018 se observó un aumento en la concentración del ingreso en la CdMx, en tanto que en el Estado de México hubo una disminución leve en la concentración del ingreso (gráfica 4).

Gráfica 4. Coeficiente de Gini en la CdMx y el Estado de México, 2010-2018



Fuente: los datos son estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (Coneval).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, en 2018, 30 % de la población de la CdMx se encontraba en situación de pobreza, mientras que, en 2020 aumentó a 32.6 %. En el Estado de México también hubo un incremento de la desigualdad; en 2018, 41.8 % de la población se encontraba en pobreza, y para 2020 aumentó a 48.9 % [Coneval, 2021]. Esta situación también se reflejó en el acceso a los servicios de salud, ya que para 2018 las personas sin acceso fueron 20.1 % en la CdMx y 19.8 % en el Estado de México y, en 2020, esta carencia aumentó a 26.7 % y 34.2 %, respectivamente [Coneval, 2021]. Es decir, que en 2020, en plena pandemia de covid-19, fueron más las personas que padecieron la falta de acceso a los servicios de salud.

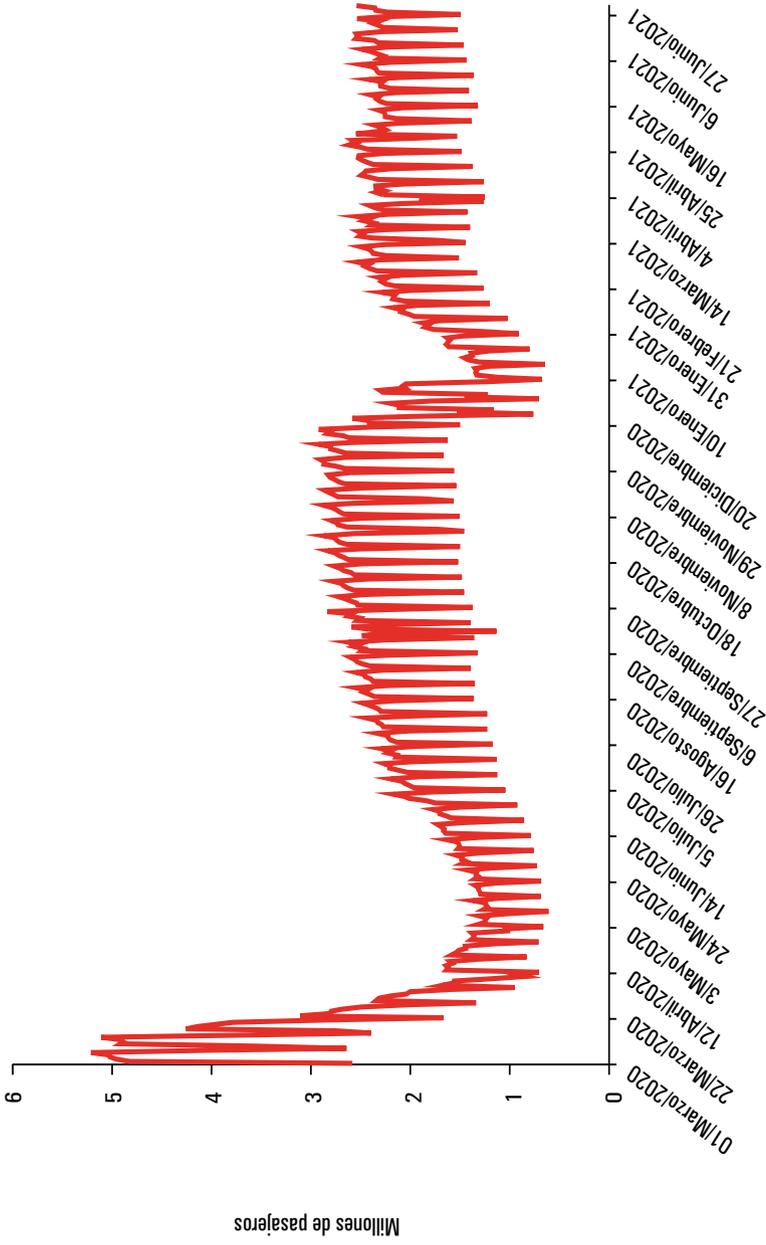
La situación de pobreza está muy vinculada con las dificultades de las personas para insertarse en el sector formal de la economía. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) correspondiente al primer trimestre de 2020, la tasa de informalidad laboral en la Ciudad de México fue de 44.14 %, en tanto que en el Estado de México fue de 53.93 % [Inegi, 2021d]. Se trata de un amplio sector de la población que no cuenta con seguridad social ni tiene acceso a prestaciones.

La pandemia de la covid-19 ha hecho aún más visibles los problemas asociados con la desigualdad. En la ZMVM dicha situación ha provocado gran número de contagios, hospitalizaciones y muertes. En estudios realizados, en los cuales se efectúa una desagregación de los datos a nivel espacial, se ha encontrado que la pandemia ha tenido consecuencias más graves en las colonias de los estratos sociales más bajos. El patrón geográfico que ha seguido la pandemia está muy relacionado con la desigualdad, dado que las colonias con menores ingresos son las más afectadas. En el estudio “Impacto del covid-19 en la pobreza y en la población en riesgo en la Ciudad de México” del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México (Evalúa), se calcula, con datos de 2018, el índice de vulnerabilidad en la estabilidad de los ingresos de los hogares (Ivey). Este índice permite estimar el número de hogares con riesgo de ver afectado su ingreso por la pandemia al incorporar los siguientes aspectos: a) el riesgo asociado con la estabilidad del ingreso, que se mide de acuerdo con la fuente de ingreso, ya sea salarios, pensiones, transferencias, rentas, u otra; b) el riesgo vinculado con el tipo de ocupación, es decir, si se trata de actividades esenciales o no esenciales; y, por último, c) el riesgo asociado con la tasa de dependencia en el hogar, que se define por el tamaño del hogar y el número de personas que perciben un ingreso [Damián, 2020]. De los

hogares que se encuentran en pobreza, 62 % tuvo un índice de vulnerabilidad alto; 33 %, medio; y 5 %, bajo. En contraste, de los hogares que no están en situación de pobreza, 22 % presentó un índice de vulnerabilidad alto; 43 %, medio; y 35 %, bajo. Esta mayor vulnerabilidad de los hogares en situación de pobreza obligó a las personas a seguir saliendo para obtener un ingreso. En las gráficas 5 y 6, se observa el comportamiento de la afluencia diaria al Sistema de Transporte Colectivo Metro y la línea 1 del Metrobús, en el periodo del 1 de marzo de 2020 al 1 de julio de 2021, donde se aprecia que si bien en ciertos momentos hubo una reducción en la afluencia diaria en el transporte público, esta no se mantuvo, lo cual significa que, pese a las restricciones, las personas tuvieron que salir para conservar o buscar una nueva fuente de remuneración.

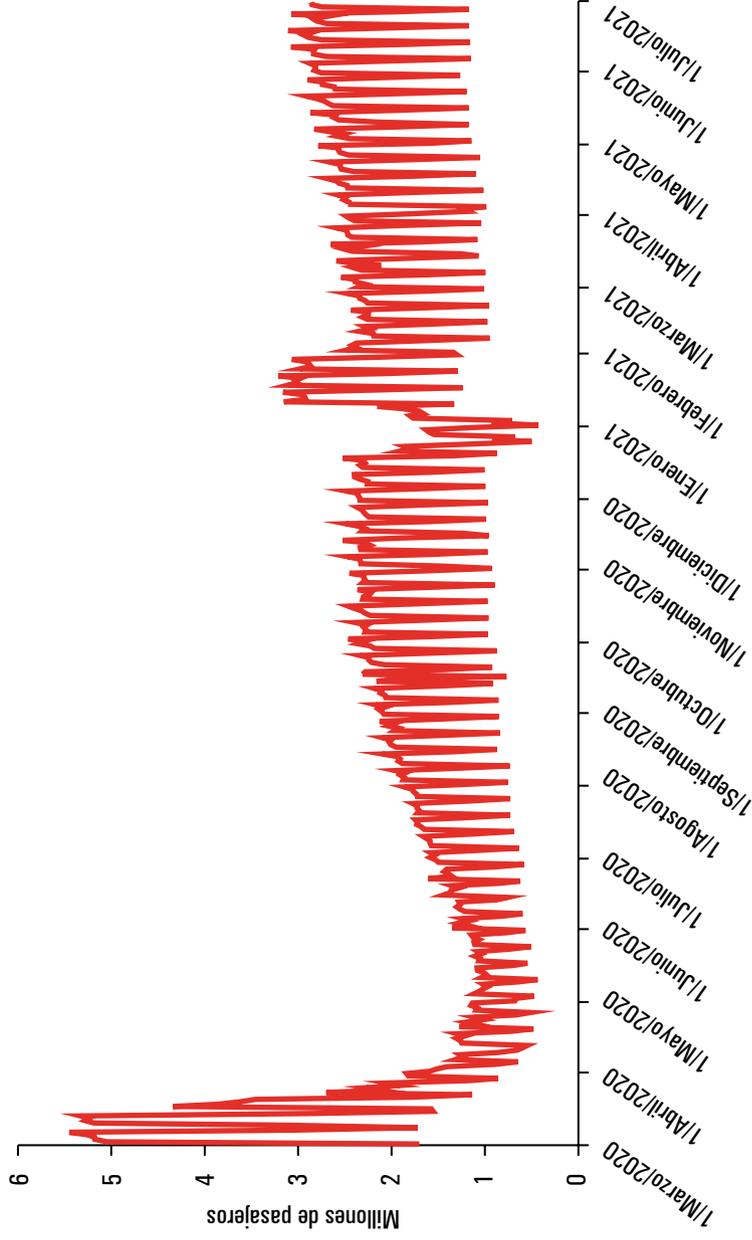
Estos resultados ayudan a explicar por qué los efectos de la pandemia se han visto potenciados por la desigualdad económica. Si al contexto socioeconómico se agrega la variable calidad del aire, el escenario se torna desolador. Lo anterior, al considerar que: a) en las ciudades más contaminadas, existe mayor riesgo de que la covid-19 se agrave; b) en los estratos sociales de menores ingresos, hubo una mayor mortalidad por la covid-19; y c) la precariedad laboral fue un factor que incidió en una mayor probabilidad de contagio, ya que la población de bajos ingresos se vio forzada a salir de casa para no perder su trabajo y seguir percibiendo un salario.

Gráfica 5. Afluencia preliminar en el Sistema de Transporte Colectivo Metro de la CdMx. Reporte diario 01/03/2020 al 01/07/2021



Fuente: Semovi, Afluencia preliminar en transporte público, <<https://cutt.ly/FGvEUB>>.

Gráfica 6. Afluencia preliminar en la Línea 1 del Metrobús de la CdMx. Reporte diario 01/03/2020 al 01/07/2021



Fuente: Semovi, Afluencia preliminar en transporte público, <<https://cutt.ly/FGvEBUB>>.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que la contaminación atmosférica afecta a todos, pero no de la misma forma. Por ello, se requiere un cambio de enfoque en la gestión de la calidad del aire. Así como en la definición del Programa para mejorar la calidad del aire en la Zona Metropolitana del Valle de México 2011-2020 se decidió poner en el centro la salud de las personas, ahora es necesario ir más allá, para reconocer que los efectos de la contaminación del aire en la salud de las personas no son iguales para todos y que pueden potenciarse por la desigualdad económica.

Para reducir las disparidades de ingreso es posible actuar a nivel de la política social, pero también por la vía de la política ambiental. Mediante una mejor gestión de la calidad del aire será posible aminorar el efecto de la contaminación atmosférica en la salud de los estratos más vulnerables, reducir el riesgo de muerte prematura y mejorar la calidad de vida.

La gestión de la calidad del aire de la ZMVM debe seguir avanzando hacia una política cada vez más integral. No basta con medidas orientadas a disminuir las emisiones de contaminantes, también se requieren acciones para mantener y ampliar los espacios verdes, fortalecer el cumplimiento de las normas ambientales, invertir en educación ambiental, promover el ordenamiento territorial, así como impulsar cambios en los patrones de consumo.

REFERENCIAS

- Blanco Becerra, L. C. *et al.* [2014], “Effect of socioeconomic status on the association between air pollution and mortality in Bogota, Colombia”, *Salud Pública México*, <<https://cutt.ly/FSuiQTX>>.
- Comisión Ambiental Metropolitana [2011], Programa para mejorar la calidad del aire de la Zona Metropolitana del Valle de México 2011-2020, Ciudad de México, México.
- Comisión Ambiental Metropolitana [2002], Programa para mejorar la calidad del aire de la Zona Metropolitana del Valle de México 2002-2010, Ciudad de México, México.
- Comisión para la Cooperación Ambiental de América del Norte [2011], *Emisiones atmosféricas de las centrales eléctricas en América del Norte*, <<https://cutt.ly/vSuiObU>>.
- Coneval [2021], *Informes de pobreza y evaluación de las entidades federativas 2020*, <<https://cutt.ly/iSuiAYc>>.
- Damián, A. [2020], *Impacto del covid-19 en la pobreza y en la población en riesgo en la Ciudad de México*, Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México (Evalúa), <<https://cutt.ly/BSuiDFx>>.
- GBD [2021a], *Global Burden of Disease Study 2019. Particulate matter risk curves*, Seattle, EUA, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- GBD [2021b], *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study*, Seattle, EUA, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), <<https://cutt.ly/0SuiJH9>>.
- Inegi [2021a], Censos de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010, <<https://www.inegi.org.mx>>.
- Inegi [2021b], Estadísticas de vehículos de motor registrados en circulación, <<https://cutt.ly/dSui0L9>>.
- Inegi [2021c], *Producto interno bruto por entidad federativa. Año base 2013*, <<https://cutt.ly/BSui4yl>>.

- Inegi [2021d], “Indicadores de ocupación y empleo. Cifras durante julio de 2021”, *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, <<https://cutt.ly/GSuoq0Z>>.
- INE y MCE2 [2009], *Análisis y síntesis de los resultados de las Campañas MCMA-2003 y Milagro-2006 para su uso en la formulación de estrategias en materia de cambio climático y contaminación local en la ZMVM*, Instituto Nacional de Ecología y Molina Center for Energy and the Environment, <<https://cutt.ly/zSuotuB>>.
- Iniciativa Climática de México [2021], *Estudio sobre la influencia de la Central Termoeléctrica de Tula, Hidalgo, en la calidad del aire regional*, <<https://cutt.ly/nSuouAS>>.
- IQAir [2020] *World air quality report 2020*, <<https://cutt.ly/iSuosIg>>.
- IRP [2017], “Assessing global resource use: A systems approach to resource efficiency and pollution reduction”, S. Bringezu y cols., *A Report of the International Resource Panel*, United Nations Environment Programme, Nairobi, Kenia, <<https://cutt.ly/xSuokIk>>.
- Landrigan, P. J. *et al.* [2018], “The Lancet Commission on pollution and health”, *Lancet* 391: 462-512.
- Naciones Unidas [2021], *Desafíos globales. Población*, <<https://cutt.ly/MSuovyJ>>, 1 de agosto de 2021.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) [2021a], *Disability-adjusted life years (DALYs)*, <<https://cutt.ly/1Suomm6>>, 19 de julio de 2021.
- OMS [2018b], *Ambient (outdoor) air quality and health*, <<https://cutt.ly/9SuoEy1>>, 19 de julio de 2021.
- Ortega, A. y Navarrete, S. [2021], “El Valle de México tuvo solo 97 días de aire limpio pese a la baja movilidad”, *Revista Expansión*, 18 de enero de 2021, <<https://cutt.ly/9SuoTN7>>, 19 de julio de 2021.
- Sedema [2020a], *Calidad del aire en la Ciudad de México*,

- Informe 2018*, Dirección General de Calidad del Aire y Dirección de Monitoreo de Calidad del Aire.
- Sedema [2018b], *Informe final. Taller para la evaluación del Proaire 2011-2020*, <<https://cutt.ly/hSuoOZS>>.
- Silva, R; A. L. Rivera, P. Ordóñez, C. Gay y A. Frank [2019], Atmospheric blockages as trigger of environmental contingencies in Mexico City, *Heliyon*, 5 (7), e02099.
- Vohra, K. *et al.* [2021], “Global mortality from outdoor fine particle pollution generated by fossil fuel combustion: Results from Geos-Chem”, *Environmental Research*, vol. 195.
- WEF [2021], *Air pollution kills thousands in megacities despite covid lockdowns*, World Economic Forum, <<https://cutt.ly/zSuoGsP>>.
- Zubicaray, G.; M. Brito, L. Ramírez Reyes, N. García y J. Macías [2021], “Las ciudades mexicanas: tendencias de expansión y sus impactos”, *Coalition for Urban transitions*, Londres, Reino Unido, y Washington, D.C., <<https://cutt.ly/4SuoKT0>>.

SEMBLANZAS

BERENICE P. RAMÍREZ LÓPEZ

Investigadora Titular del Instituto de Investigaciones Económicas (IIEC) en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesora y Tutora de los Programas de Posgrados en Estudios Latinoamericanos y en Economía de la UNAM. Cooordinadora del Grupo de Trabajo del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso), Seguridad Social y Sistemas de Pensiones.

Licenciada en Sociología, maestra en Estudios Latinoamericanos, con doctorado en Ciencias Sociales por la UNAM y posgrado en Desarrollo Económico, Planificación y Políticas Públicas en América Latina (Ilpes-Chile).

ABRAHAM GRANADOS MARTÍNEZ

Economista por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), con maestría en Estudios Urbanos por El Colegio de México y doctor en Economía por la UNAM. Actualmente es Investigador en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM.

Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Imparte docencia en el Posgrado de Economía de la UNAM. Además, ha realizado presentaciones académicas en congresos, seminarios, conferencias y reuniones nacionales e internacionales. Cuenta con publicaciones de un libro, artículos y

capítulos. Sus líneas de investigación son: género y políticas públicas; vulnerabilidad social y salud; y desarrollo sustentable.

ANA RUTH ESCOTO CASTILLO

Profesora de Tiempo Completo en el Centro de Estudios Teóricos y Multidisciplinarios en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales en la UNAM.

Doctora en Estudios de Población por El Colegio de México y parte del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Trabajó como investigadora posdoctoral en el Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México. Su experiencia investigativa ha vinculado el uso de los métodos cuantitativos con los fenómenos sociales, de manera específica en términos del bienestar de la población relacionados con los mercados de trabajo, el cambio climático y la distribución de ingresos.

IVÁN ALCÁNTARA SANTOYO

Pasante de la Licenciatura en Sociología en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Ha colaborado en la Comisión de Derechos Humanos del Congreso de la Ciudad de México y con actores de la sociedad civil.

NATALIA FLORES GARRIDO

Economista, maestra en Ciencias Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) México y

candidata a doctora en Sociología por la Universidad Nelson Mandela en Sudáfrica. Ha sido docente en la Facultad de Economía, la Escuela Nacional de Trabajo Social, y la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM.

Fue coordinadora académica de la especialidad “El género en la economía” de la UNAM y la Secretaría de Equidad de Género del Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM. Ha participado en espacios de formación, como en la Escuela de Economía Feminista del Institute for Economic Justice, Johannesburgo, y el seminario “Why Marx today?”, en la New School for Social Research. Actualmente realiza una estancia de investigación en el Programa Universitario de Estudios de Asia y África.

ESTEFANY LICONA SANTILLÁN

Licenciada en Economía con mención honorífica por la UNAM. Hoy día forma parte del equipo del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) como jefa del Departamento de Investigación, Análisis Estadístico y Metodología, en la Dirección de Investigación y Análisis de Políticas Sociales de la Secretaría Ejecutiva.

JOSÉ NABOR CRUZ MARCELO

Doctor, maestro y licenciado en Economía por la UNAM. Realizó una estancia posdoctoral en el IIEC-UNAM. Desde 2014 es Investigador Titular A del IIEC-UNAM. Asimismo, es profesor en el Programa de Posgrado de Economía de la UNAM. Actualmente es Secretario Ejecutivo del Consejo Nacional

de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) desde julio de 2019.

En 2012 recibió el Premio Anual de Investigación Económica Maestro Jesús Silva Herzog otorgado por el IIEC-UNAM. De 2017 a julio de 2019, fungió como Coordinador del Programa del Posgrado en Economía, sede IIEC-UNAM, y es parte del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1.

UBERTO SALGADO NIETO

Investigador en el IIEC-UNAM. Es maestro en Economía por el posgrado de Economía de la UNAM y candidato a doctor en Economía por la sede del IIEC-UNAM. Ha sido profesor a nivel licenciatura en la Facultad de Ciencias para la carrera de Actuaría, en la especialidad de Econometría Aplicada, en el Programa Único de Especializaciones en Economía del Posgrado de Economía de la UNAM, y a nivel de maestría en el IIEC y del Posgrado de Economía de la UNAM.

Ha coordinado dos diplomados sobre temas econométricos. Sus líneas de investigación se vinculan con temas de desarrollo económico, mercados laborales, migración, estudios rurales y de sustentabilidad.

JOSÉ MANUEL OROZCO PLASCENCIA

Doctor en Relaciones Transpacíficas por la Universidad de Colima, maestro en Estudios Urbanos por El Colegio de México y licenciado en Economía por la Universidad de Colima.

Hoy día es director, profesor-investigador de tiempo completo y coordinador del Doctorado Interinstitucional de

Economía Social y Solidaria de la Facultad de Economía de la Universidad de Colima. Perteneció al Cuerpo Académico #89 “Comercio exterior y aduanas” con el estado de Consolidado. Cuenta con el Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores y Perfil Prodep, además de haber publicado libros, capítulos de libro y artículos.

ISALIA NAVA BOLAÑOS

Es Investigadora Titular de tiempo completo en el IIEC-UNAM. Es licenciada en Economía por la UNAM, maestra en Demografía y doctora en Estudios de Población, ambos por El Colegio de México. En 2012 obtuvo el primer lugar del Premio Gustavo Cabrera Acevedo de El Colegio de México, en la modalidad de investigación en población. Obtuvo el Reconocimiento Distinción Universidad Nacional para Jóvenes Académicos 2017, en el área de Investigación en Ciencias Económico-Administrativas. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel 1.

Sus líneas de investigación y publicaciones son demografía y economía; impacto económico del cambio poblacional; economía y envejecimiento de la población; género, economía y trabajo.

MIROSLAVA BARRAGÁN ROBLES

Tiene un doctorado en Economía por la UNAM, una maestría en Gobierno y Asuntos Públicos por la Flacso y la licenciatura en Economía por la Facultad de Economía de la UNAM. Actualmente es profesora de tiempo completo en la Escuela

Nacional en Ciencias de la Tierra (ENCIT) en la UNAM. Ha sido consultora en diferentes organismos, como FAO, Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático, Semarnat y en el sector privado. Sus áreas de interés son políticas públicas, economía ambiental, sistemas complejos y economía del comportamiento.