

Desafíos de género y territoriales en la inequidad en salud

Propuestas
de políticas
transformadoras



Abraham Granados Martínez
(Coordinador)



DESAFÍOS DE GÉNERO
Y TERRITORIALES EN
LA INEQUIDAD EN SALUD
PROPUESTAS DE POLÍTICAS TRANSFORMADORAS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas

Rector

Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda

Secretaria General

Mtro. Tomás Humberto Rubio Pérez

Secretario Administrativo

Dr. Miguel Armando López Leyva

Coordinador de Humanidades



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS

Dr. Armando Sánchez Vargas

Director

Dr. José Manuel Márquez Estrada

Secretario Académico

Dra. Nayeli Pérez Juárez

Secretaria Técnica

Mtra. Graciela Reynoso Rivas

Jefa del Departamento de Ediciones

**DESAFÍOS DE GÉNERO
Y TERRITORIALES EN
LA INEQUIDAD EN SALUD**
PROPUESTAS DE POLÍTICAS TRANSFORMADORAS

ABRAHAM GRANADOS MARTÍNEZ
(coordinador)



UNAM
Nuestra gran
Universidad



dgapa

Primera edición digital en pdf, febrero 2025
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.

ISBN: 978-607-587-126-4
Diseño de portada: Laura Elena Mier Hughes.
Cuidado de la edición: Marisol Simón.

Esta investigación fue realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT IA301922, "Discriminación y vulnerabilidad en salud en la era poscovid-19. Políticas públicas de igualdad de género y equidad territorial".

Esta obra fue arbitrada por pares académicos en un proceso doble ciego, a cargo del Comité Editorial de Publicaciones No Periódicas del IIEC-UNAM. Las opiniones expresadas en cada uno de los trabajos son de exclusiva responsabilidad de los autores.

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

Hecho en México.

Para Ileana



Índice

- Introducción 11
1. Políticas públicas, género y salud, 2008-2024 17
Abraham Granados Martínez
2. Salud mental durante la pandemia en México entre poblaciones.
Un análisis interseccional usando la ENBIARE 39
Ana Escoto Castillo e Iván Alcántara Santoyo
3. Vulnerabilidad y discriminación en el acceso a la salud entre
las mujeres mexicanas 79
Uberto Salgado Nieto, Ulises Sánchez Guerrero
y Lilia Enríquez Valencia
4. Gasto en cuidados de la salud en México. Un análisis según
la clase de hogar donde residen 113
Sebastián Antonio Jiménez Solís e Isalia Nava Bolaños
5. Las políticas públicas contra la obesidad y las enfermedades
crónicas degenerativas en México: condicionantes estructurales
e implicaciones para la salud pública 135
Agustín Rojas Martínez

6. Vulnerabilidad en salud y su relación con las condiciones laborales en México. Un análisis por región, 2021	165
Yuliana Gabriela Román Sánchez y Rosa Elvira Cedillo Villar	
7. Colima: retos y oportunidades en materia de política pública y vulnerabilidad en salud de hombres y mujeres	189
José Manuel Orozco Plascencia	
8. Condiciones actuales de salud: mujeres de 50 años y más en la ZMVM	215
Cielo Yolátl Domínguez Aparicio y Rubén Regalado Rosas	
Semblanzas	237



Introducción

La pandemia de la covid-19 incrementó las desigualdades sociales y económicas, a su vez, evidenció diversos retos, como la deficiencia de los sistemas de salud y la limitación para el pleno cumplimiento de los derechos sociales para toda la población. Así, las condiciones de vulnerabilidad y discriminación en salud son de amplio alcance, ya que no solamente se limitan al sector salud, involucran los determinantes sociales de la salud y, consecuentemente, problemas sociales y económicos complejos de revertir en el corto y mediano plazos.

Algunos de los determinantes sociales de la salud más relevantes son la educación, la vivienda, los ingresos, la exclusión social, el mercado de trabajo, la alimentación y el transporte, de manera adicional se reconocen más recientemente otros determinantes como el género, la seguridad social, las normas sociales, el racismo, el colonialismo y la marginación (Islam, 2019).

Son diversos los temas que inciden en la equidad en salud y suelen ser atendidos de forma aislada. Las políticas gubernamentales se caracterizan por realizarse de forma sectorial, no coordinadas con un objetivo común entre instituciones y con una perspectiva impulsada por la equidad. Sin embargo, para

asegurar logros factibles y sustantivos en favor de la equidad se requieren modificaciones en las estructuras, con visión holística para realmente erradicar las condiciones desiguales en lo social, en lo político y en lo económico (Cairney *et al.*, 2022).

Las inequidades en salud, como en otras condiciones, implican que la respuesta de cada entidad gubernamental sea diferenciada y coordinada para entender problemas de acciones públicas específicas. A su vez, es fundamental identificar soluciones técnicas y políticamente viables, es decir, medir con cierta precisión el alcance del éxito de las políticas por implementar, con ello, se contribuye a que desde la generación de la agenda pública se consideren políticas para definir los retos de las inequidades que se pretenden atender y, consecuentemente, delimitar las responsabilidades para obtener mejores resultados; esta consideración se enfatiza porque se suele valorar a las inequidades como un tema de baja prioridad para la agenda pública y aun cuando cuenta con la relevancia necesaria, regularmente se entiende el problema con enfoques o definiciones incorrectas y que no deriva en soluciones integrales y estructurales (Cairney *et al.*, 2021). Por ello, se busca con este libro evidenciar y aportar desde la academia a la agenda pública sobre la inequidad en salud la pertinencia de diagnósticos y de propuestas con alcances factibles en favor de la equidad en salud para mujeres y hombres.

Se considera que la salud pública no es responsabilidad de la ciudadanía, ni de forma individual, centrada solamente en la concepción salud-enfermedad en lugar del bienestar colectivo, donde se pretenda atender los determinantes sociales de la salud, es decir, considerar las desigualdades socioeconómicas como prioridad y evitar, exclusivamente, estrategias destinadas al asesoramiento y la motivación para la población con limitaciones sociales; contrario a ello, se considera que la salud es una responsabilidad pública para todos los niveles y

sectores políticos y organizativos (Kvåle *et al.*, 2020), lo cual, implica una coordinación efectiva para favorecer la equidad en salud por género y en el nivel territorial.

Así, con este libro se contribuye a generar conocimiento sobre las inequidades en salud, en favor de los derechos de las mujeres y los hombres, mediante estrategias de políticas en favor de la igualdad de género y equidad territorial.

El libro tiene ocho capítulos: en el primero, Abraham Granados Martínez destaca la relación entre las políticas públicas y la equidad en salud por género. Muestra que los programas en favor de la salud que integran el anexo para la igualdad entre mujeres y hombres del Presupuesto de Egresos de la Federación de 2008 a 2024 resultan limitados y con poca articulación para revertir las inequidades. Sugiere una coordinación institucional que se fundamente en los determinantes sociales de salud, revertir las condiciones de inequidad en salud que padecen para mujeres y hombres en México.

El segundo capítulo de Ana Escoto Castillo e Iván Alcántara Santoyo, se fundamenta como marco de análisis en la interseccionalidad, para estimar las inequidades en salud, con base en las características de la población como género, etnoracialidad y estrato socioeconómico. Con su investigación demuestran que la pandemia de la covid-19, el confinamiento y la crisis económica acentuaron los efectos de las inequidades, lo cual repercutió en los factores sociales asociados con el peor estado de salud mental, especialmente en poblaciones excluidas. A su vez, destacan los efectos diferenciales entre las biografías, elementos sociodemográficos, como el género en el estado de salud de la población mexicana.

En el capítulo de Uberto Salgado Nieto, Ulises Sánchez Guerrero y Lilia Enríquez Valencia, se analizan las condiciones de vulnerabilidad y discriminación en el acceso a salud para las mujeres en México. Los autores identifican que las

mujeres enfrentan mayores brechas de acceso a la atención sanitaria, además, se agudizan sus limitaciones en zonas rurales y para la población indígena. Entre sus conclusiones, destaca la propuesta de incrementar políticas públicas con cobertura universal, para los cuidados en salud y con perspectiva de género.

En el capítulo cuatro de Isalia Nava Bolaños y Sebastián Antonio Jiménez Solís, se analiza el efecto de la transición demográfica en la demanda de servicios sanitarios por parte de la población envejecida en México, mediante el gasto de bolsillo en salud y con base en las características sociodemográficas y económicas de la población estudiada. Los autores encuentran que en hogares con personas de 65 años y más de edad se gasta más en salud, es decir, el sistema de salud no solventa las necesidades de la población envejecida.

Por su parte, Agustín Rojas Martínez revisa los problemas de la salud pública que se generan por el sobrepeso, la obesidad y la diabetes, las cuales están estrechamente relacionadas con el consumo de alimentos y bebidas altamente industrializados, consecuencia de la reestructuración en la industria de alimentos y de bebidas en México, así como por la extensión e integración que tiene este sector con las empresas dedicadas al abasto y la distribución, con efectos adversos en las conductas alimentarias y en el estado de salud de la población mexicana.

En tanto, Yuliana Gabriela Román Sánchez y Rosa Elvira Cedillo Villar investigan el vínculo entre la participación en el mercado de trabajo y el estado de salud de la población, con la finalidad de identificar los efectos que tiene dicha actividad laboral y el tipo de trabajo en las condiciones de salud de la población, en relación con nueve regiones de México.

En el penúltimo capítulo, de José Manuel Orozco Plascencia, se analizan los retos y oportunidades en política pública y

vulnerabilidad sobre la salud de las mujeres y los hombres en el estado de Colima, donde se destaca que esa entidad es una región vulnerable por problemas de obesidad, diferentes tipos de cáncer (cervicouterino y de mama), de enfermedades crónicas degenerativas, por covid-19 y debido a riesgos asociados con el entorno y el clima (dengue). El documento destaca la importancia de instrumentar propuestas de políticas públicas para hacer frente a diversos riesgos de salud que enfrenta la sociedad colimense en las primeras dos décadas del siglo XXI.

Finalmente, Cielo Yolátl Domínguez Aparicio y Rubén Regalado Rosas, en su investigación, destacan la importancia de considerar la organización del espacio como un determinante del estado de salud de la población. Los autores hacen un recorrido de las políticas de salud llevadas a cabo en los últimos 20 años en México y revisan la relación entre la dotación de servicios de salud (hospitales) y el número de fallecimientos por enfermedades crónico-degenerativas.

Esta investigación fue realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT IA301922, "Discriminación y vulnerabilidad en salud en la era posCOVID-19. Políticas públicas de igualdad de género y equidad territorial."

BIBLIOGRAFÍA

- Cairney, P.; E. S. Denny; S. Kippin y E. S. Denny (2021), *Policy learning to reduce inequalities : the search for a coherent Scottish gender mainstreaming policy in a multilevel UK*. <https://doi.org/10.1080/21622671.2020.1837661>
- Cairney, P.; S. Kippin y H. Mitchell (2022), Lessons from policy theories for the pursuit of equity in health, education and gender policy, *Policy & Politics*, 50(3): 362-383. <https://doi.org/10.1332/030557321X16487239616498>

- Islam, M. M. (2019), Social determinants of health and related inequalities: Confusion and implications, *Frontiers in Public Health*, 7: 1-4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00011>
- Kvåle, G.; C. Kiland, y D. O. Torjesen (2020), "Public health policy to tackle social health inequalities: A balancing act between competing institutional logics", en *Organizational behaviour in healthcare*, Palgrave Macmillan, pp. 149-165. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26684-4_7

Políticas públicas, género y salud, 2008-2024

Abraham Granados Martínez

INTRODUCCIÓN

La atención en la salud se ha concentrado, desde hace décadas, en ofrecer servicios sanitarios curativos, a partir de un modelo dominante de atención a las enfermedades. Sin embargo, en los últimos años esta estrategia se cuestionó y se avanzó en desarrollar e implementar una visión donde se prioricen los problemas sanitarios como resultado de factores múltiples y complejos, con interés en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades (Kvåle *et al.*, 2020). No obstante, todavía está pendiente que se concreten en los hechos estas tendencias en el sector salud de muchos países, como en el caso de México. Se reconoce un avance en el marco normativo en salud en el país, pero lejos está de ser puntual en la atención para toda la población.

La salud integral para mujeres y hombres representa un gran reto al sistema sanitario para el Estado mexicano, ya que implica considerar los determinantes sociales en la política nacional de salud y fomentar la igualdad de género, no sola-

mente en el marco normativo sino en acciones de atención primaria para toda la población.¹

Las necesidades del sector salud, así como las políticas públicas, en México son de amplio alcance y se deben considerar de largo plazo, ya que las acciones en favor de la salud se suelen formular de forma sectorial, desarticuladas y con enfoques parciales de igualdad, condiciones que no permiten concretar transformaciones estructurales y holísticas necesarias para terminar con las inequidades sociales, políticas y económicas (Cairney y Kippin *et al.*, 2022) y de salud que prevalecen y que se agudizaron como consecuencia de la pandemia que inició en 2020.

Articular políticas públicas en salud adecuadas resulta fundamental para toda la población, ya que el estado de salud no es una responsabilidad ciudadana individual, en cambio debe ser responsabilidad pública, para todos los niveles y sectores; por ello, la importancia de proteger la estructura de la salud pública e impulsar la conciencia, la articulación y la acción colectiva, para trascender los límites de las fronteras políticas, sociales, institucionales y económicas (Kvåle *et al.*, 2020) para contribuir a la equidad en salud para todas las personas.

Las acciones de política pública deben partir del reconocimiento de la presencia de múltiples inequidades que se entrelazan, con el fin de comprender las complejidades que implican las disparidades sanitarias para grupos de población históricamente discriminados. A su vez, se requiere reconocer

1. La atención primaria de salud tiene el objeto de concretar mejores niveles de salud y de bienestar posible, con repartición equitativa, con base en necesidades de mujeres y hombres de la forma más inmediata posible, mediante un proceso fundamentado en el prevenir y promover la salud, así como adecuados tratamientos, condiciones de rehabilitación y atención de cuidados (WHO y UNICEF, 2018).

cómo los sistemas de privilegio y opresión generan múltiples desigualdades sociales que se entrecruzan a nivel macroestructural para mantener disparidades sanitarias (Bowleg, 2012).

El capítulo se divide en cuatro secciones, más esta introducción. En la primera, se presenta un marco teórico de las inequidades en salud, para mujeres y hombres de forma diferenciada; en la segunda sección, se destaca la relación de las inequidades en salud con las políticas públicas; después, se revisan algunas acciones de políticas públicas en salud para la equidad e igualdad entre mujeres y hombres en México a partir de 2008, cuando se incluyó un anexo con gastos específicos para contribuir a la igualdad de género en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF); en la cuarta sección, se analiza la estrategia de “salud en todas las políticas” para solventar retos de inequidades en salud; finalmente, se cierra el capítulo con las consideraciones finales.

INEQUIDAD EN SALUD ENTRE MUJERES Y HOMBRES

Para el análisis de esta investigación se utiliza el concepto de equidad y no desigualdad en salud, porque este último término, se utiliza para establecer diferencias y discrepancias entre los logros sanitarios de individuos y grupos de población (Kawachi y Subramanian, 2002). En tanto, las inequidades en salud se consideran diferentes resultados en salud que son innecesarios, que pueden ser evitables y son injustos (Whitehead, 1992), es decir, el concepto de inequidad en salud conlleva la presencia de diferencias en salud como resultado de condiciones injustas, en el entendido que no todas las desigualdades en salud son resultado de ausencia de justicia social (Wilson, 2011).

Por ejemplo, la mortalidad significativamente más elevada que se registra para las estrellas del pop europeas y esta-

dounidenses, de acuerdo con el estudio de Bellis *et al.* (2007), respecto de un grupo de la población con la misma edad, es consecuencia de comportamientos de riesgo y no por resultado de injusticias sociales.

Asimismo, se considera que las inequidades son acumulativas y derivan en peores condiciones de salud, en especial para algunos sectores de la población quienes padecen mayor exclusión social y enfrentan condiciones de discriminación, ya sea por género, etnia o edad, entre otros factores.

El reto está en implementar acciones desde la interseccionalidad, las cuales atiendan de forma holística las inequidades en salud, con una perspectiva de derechos, además, resulta imperante asegurar que el sector salud considere la protección social de forma universal y la atención a las diferencias y necesidades de la población, con base en los determinantes sociales de la salud (Abramo *et al.*, 2020).

También, es relevante considerar, de acuerdo con Dawson (2011) la presión que ejerce la inequidad en salud en las condiciones socioeconómicas de la población, aunque se reconocen como factores correlacionados, con regularidad la literatura especializada en inequidad en salud suele atribuirle mayor relevancia a la repercusión que generan las peores condiciones en estrato social en inadecuados estados de salud para la población, pero no se suelen enfatizar las repercusiones a la inversa, es decir, cómo los problemas de salud inciden en las desigualdad socioeconómicas, por ejemplo, en el caso de que las personas se limiten a participar en el trabajo remunerado debido a enfermedades crónicas o por limitaciones de salud, sus ingresos son afectados y repercute en su nivel socioeconómico. Lo cual, implica priorizar el estado de salud adecuado para mujeres y hombres, con el objetivo de que toda la población pueda acceder a niveles socioeconómicos suficientes y adecuados.

INEQUIDAD EN SALUD Y POLÍTICAS PÚBLICAS

En relación con la política pública en salud, Green (2005) argumenta que no basta con mejorar la salud promedio de una sociedad, ya que este avance no asegura que todas las personas ejerzan el derecho a la salud, no obstante, indica que no se deben tener en cuenta las necesidades de salud de la población de manera colectiva, en el entendido de que todas y todos tiene derecho a la atención de la salud. Desde esta perspectiva, se exige al sistema de salud público que la atención sanitaria no sea como un agregado, es decir, sin priorizar las necesidades específicas de cada persona y grupo etario.

Así, Green (2005) sostiene que para evaluar la política pública en salud no solamente se requiere revisar los avances generales del sector, en cambio, se debe considerar la atención médica que recibe cada persona que cuenta con el servicio, de forma individual, para verificar que realmente se ejerzan sus derechos a la salud de acuerdo con lo establecido en la normatividad. En México, se establece la salud como un derecho en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual mandata que: “ Toda persona tiene derecho a la protección de la salud ” (Secretaría de Gobernación, 2023: 10).

Así, la salud entendida como parte de los derechos, contribuye a asegurar la equidad en salud para todas las personas, como indica Green (2005), quien destaca que se requiere utilizar un estándar especial para evaluar la política de salud pública. Además, de asegurar que se cumpla la atención sanitaria necesaria sin discriminación.

En este sentido, los indicadores de salud se suelen realizar para grupos sociales, por ejemplo, para grupos de población indígena o adultos mayores, sin embargo, representan medidas resumidas de subgrupos de población y pueden ocultar condiciones de desigualdad que existen al interior de

estos grupos sociales, ya que en gran medida muchas investigaciones sobre inequidades en salud se consideran sinónimo de diferencias entre grupos sociales (Murray *et al.*, 1999), pero todavía se puede indagar más de forma intragrupo, es decir, qué inequidades se presentan para grupos de mujeres y hombres en condiciones distintas.

ESTRATEGIAS DE POLÍTICA EN SALUD PARA CONCRETAR LA EQUIDAD

Pocas investigaciones analizan las percepciones de la población sobre las respuestas de políticas a las inequidades en salud, fundamentadas en los determinantes sociales de salud para atender la ausencia de igualdad (Smith *et al.*, 2021), es decir, no hay un consenso ni una percepción absoluta sobre qué acción de política se debe realizar para revertir las inequidades prevalentes.

Al respecto, en la investigación de Bambra *et al.* (2010), se revisan de forma sistemática los efectos en el estado de salud humana en relación con alguna intervención relacionada con los determinantes sociales de la salud, tales como suministro de agua y saneamiento; agricultura y alimentación; acceso a servicios de salud y asistencia social; desempleo y bienestar; condiciones laborales, de la vivienda y del entorno vital; educación y transporte. Los autores, identifican que algunas categorías de intervención pueden generar efectos positivos en reducir las desigualdades o en mejorar la salud de sectores de la población desfavorecidos, en particular con intervenciones en la vivienda y en el entorno laboral.

Por su parte Mchugh *et al.* (2019), con el uso de la “metodología Q”, la cual combina técnicas cualitativas y cuantitativas para estudiar de forma subjetiva el estado de salud en las comunidades con bajos ingresos en Reino Unido, mediante la identificación de las causas y soluciones para dos grupos de

población, de profesionales en salud y personas de la comunidad. En sus resultados identifican tres alternativas para revertir las inequidades en salud:

1. Empoderar a las comunidades, donde las comunidades puedan decidir qué hacer en su beneficio y no solamente con campañas de salud, sino al asumir la responsabilidad de tomar decisiones se contribuye al empoderamiento y a la cohesión social, promover vínculos entre la comunidad, reducir el aislamiento y la soledad, así como mejorar la confianza en sí mismo y la autoestima.
2. Paternalismo, se refiere a establecer apoyos para las comunidades con bajos ingresos que les permita tomar mejores decisiones en relación con su salud, como mayores oportunidades en el mercado de trabajo, educar mejor sobre hábitos alimentarios, reducir precios de alimentos saludables; así como aumentar la disponibilidad de profesionistas en salud y servicios para la salud mental.
3. Redistribución, lo cual implica realizar cambios estructurales en las distribuciones de los ingresos, de la riqueza y del poder, donde no trasladen responsabilidades a la comunidad sin ofrecer recursos necesarios para mejorar la salud. Se reconoce como el principal mecanismo el sistema fiscal, el cual debe ser progresivo para financiar servicios públicos adecuados, como guarderías, viviendas sociales y transporte público económico.

Así, la salud se puede considerar un bien común, es decir, se debe atender de forma equitativa y en caso de no ser así, hacer un bloque con los problemas de salud y las desigualdades sociales pero tener como resultado las estructuras de la sociedad y los determinantes sociales de la salud que representan el núcleo de noción colectiva para la salud pública, desde la

consideración de atender y reducir las inequidades como una responsabilidad política; desde esta perspectiva se considera a la salud pública de forma intersectorial, no solamente con un enfoque prevención y promoción del bienestar en salud, sino también con una diversidad de servicios adicionales, donde la coordinación jerárquica tradicional se sustituye por una cooperación entre organizaciones, basada en relaciones inter-organizativas y gobernanza de procesos de múltiples con agentes interdependientes que contribuyen a la prestación de servicios públicos (Kvåle *et al.*, 2020).

Una estrategia de política pública es la que mantiene el gobierno de Suecia desde 2003, a partir de un enfoque de determinantes sociales de la salud, mediante un enfoque holístico de la salud pública, con acciones como: salud en la vida laboral; servicios para atender y promover la salud; protección contra enfermedades transmisibles; atención a la sexualidad y la salud reproductiva; actividad física; hábitos alimenticios; a su vez, realizan una importante inversión pública en distintos sectores que promueven la salud, tales como licencias familiares por enfermedad remuneradas, centros de trabajo favorables a la salud, atención médica subsidiada, vacunación, escuelas subvencionadas, comidas escolares y educación gratuitas en todos los niveles, hasta la universidad (Makenzius y Wamala, 2015).

En México, se tienen avances en políticas públicas en favor de la salud y, en particular, con perspectiva de género, aunque todavía falta mucho por concretar, a continuación se hace un recuento de estas acciones a nivel federal.

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD QUE CONSIDERAN LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

En el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2008 se agregó un anexo específico para los recursos públicos destina-

dos a la igualdad de género (anexo 9. Erogaciones de programas que incorporan la perspectiva de género), el cual, agrupó las políticas que ya se realizaban en años anteriores y consideró acciones para dar cumplimiento a la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Con este anexo, se permite identificar las intenciones, en recursos públicos, que el gobierno federal destina en favor de la igualdad entre mujeres y hombres. Cabe destacar que no todos los recursos de este anexo, desde 2008 a la actualidad, realmente contribuyen de forma sustantiva a la igualdad de género, ya que se conforma de recursos que explícitamente se dirigen a mujeres y también a ciertas acciones para contribuir a la igualdad de género. En relación con el tema de la salud, en general, el gasto público se destina a necesidades prácticas, es decir, a la atención básica como atender cáncer de mama, pero no exactamente a revertir las condiciones de inequidad en salud que prevalecen en la sociedad mexicana.

En 2008 el anexo 9A. Presupuesto para Mujeres y la Igualdad de Género tenía asignado 7 024.8 millones de pesos (corrientes), lo cual, representaba menos de 0.3% del gasto neto total previsto para el PEF 2008 (2 569 450.2 millones de pesos corrientes). Es decir, resultan recursos muy limitados para revertir las condiciones de desigualdad de género y, además, diversos programas en poco o en nada contribuyen a la igualdad sustantiva pero forman parte del anexo.

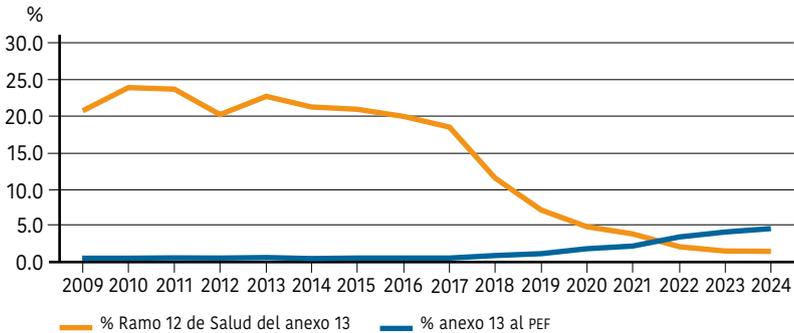
Es importante reconocer la importancia de etiquetar recursos para la igualdad de género, pero es conveniente insistir en que ha sido muy limitado para la dimensión de las desigualdades prevalecientes entre mujeres y hombres en México, de 2008 a 2010 solamente este anexo representó 0.03% del gasto neto del PEF (gráfica 1). Sin embargo, presenta una tendencia creciente como proporción del gasto neto en particular en el

actual sexenio presidencial, en los años 2018 y 2019 el anexo 13. Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres llegó a ser prácticamente 1.0% del gasto neto del PEF y para 2023 este anexo representó 4.2% del presupuesto (348 362.4 millones de pesos corrientes de 2023), es decir, tiene un avance proporcional muy importante en los recursos asignados en el anexo para la igualdad entre mujeres y hombres en el actual sexenio presidencial.

Sin embargo, el mayor presupuesto para el anexo 13 a partir de 2018 no implica que se realicen adecuadas acciones para lograr la igualdad de género, ya que el incremento de recursos para este anexo se explica, porque en el actual sexenio presidencial, se incluyen programas con recursos públicos que no estaban considerados en años anteriores, pero no es claro como contribuyen a la igualdad de género, tal es el caso de la “Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores” que cuenta con 193 424.6 millones de pesos de 2023 y que concentra más de la mitad de todo el anexo 13 para este año. En el mismo sentido, el “Programa de Becas de Educación Básica para el Bienestar Benito Juárez” cuenta con 27 817.9 millones de pesos, corrientes de 2023, y agrupa 8.0% del total del anexo 13.

Cabe aclarar que en este capítulo no se pretende revisar el anexo 13 de forma exhaustiva, ya que no es el objetivo de la investigación, pero resulta relevante destacar que más recursos agregados de poco sirven para la igualdad, en caso de que no se destinen en acciones sustantivas a favor de derechos y para solventar desigualdades entre mujeres y hombres. Desde que surgió este anexo, en 2008, se identificó que pocos recursos realmente se destinaban para la igualdad sustantiva de género, pero es entendible el interés en evidenciar los recursos de este anexo aun sin generar cambios sustantivos en las condiciones de las mujeres, ya que se incluyen programas públicos que se ejercen sin perspectiva de género y sin un en-

Gráfica 1
Porcentaje de recursos del ramo 12 respecto del anexo 13
y de este con respecto al PEF



Fuente: anexo 13 del Presupuesto de Egresos Federal 2018, 2019, 2021, 2022 y 2023 y anexo 13 del Proyecto de Presupuesto de Egresos Federal 2024.

foque estratégico para revertir desigualdades que prevalecen en la sociedad mexicana.

Al revisar el ramo salud del anexo 13 resulta evidente la desarticulación de una estrategia para su equidad, contrario a lo que se propone desde la perspectiva de la “salud en todas las políticas”, ya que se cuenta con un conjunto de acciones que en su mayoría atienden las necesidades básicas de las mujeres y no contrarrestan las inequidades de género en el sector salud.

Asimismo, el ramo de salud del anexo 13 en este sexenio presidencial perdió relevancia relativa respecto del total del gasto para la igualdad (anexo 13 del PEF). Prueba de ello, es que en 2023 se destinaron 5 370.2 millones de pesos al ramo de salud, lo cual representó 1.6% del todo el anexo 13 del 2023, a su vez, en 2018 los recursos del ramo 12 salud concentraban más de 10% del total del anexo (cuadro 1). Este cambio en la importancia relativa del ramo salud en el anexo 13 se debe al incremento relevante de gasto que tiene este desde 2020, como resultado de incluir algunos programas que no formaban

parte del anexo, en particular por la concentración del gasto en el ramo 20 bienestar.

Además, al revisar los programas del ramo 12 salud incluidos en el anexo Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, se identifica que la mayor proporción del gasto se concentra para el Programa Presupuestario (PP) “Salud materna, sexual y reproductiva”,² para 2023 cuenta con 2 115.9 millones de pesos, lo que representa prácticamente 40.0% del total del ramo 12 salud. Le sigue en recursos para 2023 el PP “Atención a Salud”, ya que concentra 24.1% de recursos de este ramo, y en menor proporción para el “Programa de vacunación” representa 15.5% del total del ramo 12, y para 2024 mantiene esta tendencia (cuadro 1).

Al revisar las acciones que realizan los programas con mayores recursos públicos del ramo 12 salud en el anexo 13 en el actual sexenio, se evidencia la limitada contribución a la equidad en salud y para la igualdad entre mujeres y hombres de estas políticas públicas. En el caso del PP “Salud materna, sexual y reproductiva” del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, con datos para el primer trimestre de 2023, se identifica que parte de sus recursos los destinan para atender el cáncer de mama (SHCP, 2023), sin duda es una enfermedad grave para las mujeres en México, sin embargo, representa una acción de salud básica y fundamental pero que seguramente se realizaría aun sin la existencia de este anexo para la igualdad de género.

2. Un programa presupuestario se define como una “categoría programática que permite organizar, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos de los programas federales y de aquellos que se transfieren a las entidades federativas y, por conducto de éstas, a los municipios, a cargo de los ejecutores del gasto público federal para el cumplimiento de sus objetivos y metas, así como del gasto no programable” (SHCP, 2022: 15).

Cuadro 1
Anexo XIII. Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
del PEF y ramo de salud, 2018-2024
(millones de pesos corrientes)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total del anexo 13	47 918.4	63 209.8	103 517.8	128 353.6	233 732.3	346 077.0	409 107.9
Ramo salud (del anexo 13)	5 510.2	4 602.1	5 129.0	5 026.6	5 226.0	5 370.2	5 451.1
% ramo salud del (anexo 13)	11.5%	7.3%	5.0%	3.9%	2.2%	1.6%	1.3%
Programa Presupuestario							
Salud materna, sexual y reproductiva	2 321.3	2 258.0	2 448.1	2 026.8	2 103.5	2 115.9	2 141.5
Atención a la Salud	1 479.2	1 141.9	1 236.4	1 500.1	1 283.3	1 295.6	1 312.0
Programa de vacunación	413.5	447.9	447.9	449.3	754.8	834.0	834.0
Prevención y atención del VIH/sida y otras ITS	396.5	405.2	402.9	404.2	419.4	432.4	454.9
Prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes	395.4	--	389.2	400.5	415.6	429.5	433.1
Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras	237.4	148.5	--	--	--	--	--
Investigación y desarrollo tecnológico en salud	125.4	125.0	129.5	167.9	173.8	183.3	193.4
Prevención y atención contra las adicciones	56.9	50.3	50.3	51.8	53.8	56.8	58.6
Apoyos a la protección de las personas en estado de necesidad	52.1	--	--	--	--	--	--
Formación y capacitación de recursos humanos para la salud	23.5	17.0	20.4	21.0	21.8	22.6	23 626.0
Prevención y control de enfermedades	4.9	4.3	4.3	4.8	--	--	--
Actividades de apoyo administrativo	2.0	1.8	--	--	--	--	--
Rectoría en Salud	1.7	1.8	--	--	--	--	--
Actividades de apoyo a la función pública y buen gobierno	0.3	0.4	--	--	--	--	--

Fuente: anexo 13. Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del PEF 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024.

Por su parte, el PP “Atención a Salud”, para el primer trimestre de 2023, se realizó atención gratuita en servicios de salud, para medicamentos e insumos para la población que no cuenta con seguridad social, en particular para atención hospitalaria (SHCP, 2023). Similar al caso del PP anterior, ya que son servicios necesarios y prioritarios para las personas, pero no atienden los determinantes sociales de la salud, es decir, poco contribuye a una atención integral en salud y con perspectiva de género.

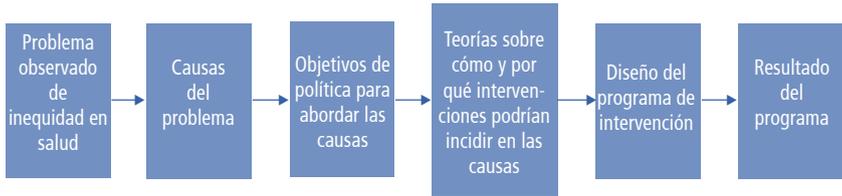
En el mismo sentido, el PP “Programa de vacunación” presupuestario reporta como acciones vacunar a mujeres embarazadas con la dosis de la influenza estacional, lo cual representa una necesidad fundamental para este grupo de población, ya que debe ser prioritario para las mujeres embarazadas, pero poco contribuye a cerrar las inequidades en salud.

Así, desde el propio diseño y concepción del anexo con erogaciones para la igualdad fue limitado para reducir y cerrar brechas de desigualdad de género, y con muy restringido alcance para contribuir a una estrategia eficiente para lograr la equidad en salud. Es decir, las políticas públicas agrupadas en el anexo para la igualdad del PEF no atienden de forma efectiva las inequidades en salud y tampoco las desigualdades entre mujeres y hombres.

Una estrategia para el logro de una adecuada política pública en favor de la equidad en salud, la desarrolla Whitehead (2007), donde se parte de tener claridad (un diagnóstico adecuado) del problema de inequidad en salud que se busca atender, identificar sus causas, determinar los objetivos de la política que se implementará, sustentar con teorías reconocidas en la materia la estrategia a realizar, para diseñar la intervención con sustento científico, y finalmente evaluar el resultado del programa (esquema 1).

Es relevante destacar que para realizar acciones públicas contra las inequidades en salud es crucial definir con certeza

Esquema 1 Proceso de intervenciones en las desigualdades en salud



Fuente: Whitehead (2007).

cuáles son las teorías sobre cómo y por qué podrían funcionar las intervenciones propuestas, así como estimar la efectividad esperada, es decir, es fundamental partir de estrategias sustentadas en teorías y con cierta medición de los logros que se podrían alcanzar (Whitehead, 2007), ya que realizar intervenciones de política pública sin sustentos teóricos y sin estrategias de resultados es avanzar de forma muy limitada hacia la equidad en salud.

Además, es pertinente considerar que atender las desigualdades de género de forma aislada, respecto de otras desigualdades sociales deriva en resultados restringidos para alcanzar la igualdad sustantiva, ya que las desigualdades de género se entrelazan con otras, así que será prácticamente imposible alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres si se mantienen otras desigualdades sociales (Cairney *et al.*, 2022). Por lo tanto, el reto para lograr la igualdad de género y la equidad en salud no pueden considerarse como temas independientes, ya que mantienen correlaciones activas y permanentes.

Una estrategia potencialmente efectiva es establecer el principio de salud en todas las políticas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). La cual, a continuación se desarrolla.

EL RETO DE CONCRETAR LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Se reconoce que las causas de las inequidades en salud son múltiples y están interrelacionadas, consecuentemente las acciones para atender sus causas también lo están, así la efectividad en el logro de los objetivos para revertirlas pueden ser obstaculizados debido a que realicen esfuerzos aislados de distintas políticas públicas que estén desarticuladas (Whitehead, 2007).

Por ello, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el enfoque de políticas públicas intersectoriales considera de forma sistemática las implicaciones sanitarias en la toma de decisiones,³ busca sinergias y evita efectos perjudiciales con el fin de favorecer la salud de la población y contribuir a la equidad sanitaria, desde el entendido de que las inequidades en salud tienen orígenes en factores sociales, medioambientales y económicos que rebasan la influencia directa del sector sanitario y de propias políticas de salud (WHO, 2014).

El enfoque de salud en todas las políticas tiene sus antecedentes en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978, realizada en Alma Ata, Kazajistán, y en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986, donde se destacan la importancia de la equidad en salud y que derivan en la Conferencia de Adelaida de 1988, donde se enfatizaron la importancia de promover prácticas de política pública saludables; a su vez, el enfoque de salud en todas las políticas se reforzó con la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, en 2011 y en la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles (WHO, 2014).

A pesar de que el enfoque de salud en todas las políticas no es precisamente novedoso, todavía está lejos de concretarse

3. En este contexto, las políticas intersectoriales refieren a las acciones entre dos o más sectores al interior del gobierno (WHO, 2014).

y ser una realidad para la política en la mayoría de los países, como en el caso de México. La estrategia es compleja, ya que involucra la articulación de diversos sectores gubernamentales para un fin, es decir, representa una coordinación activa y sustantiva al interior del gobierno y en favor de la salud para todas y todos.

La acción estratégica de salud en todas las políticas fomenta la integración y la coordinación vertical entre autoridades a niveles nacional, regional y local, así como atención sanitaria especializada y primaria (Kvåle *et al.*, 2020). Se sustenta en los determinantes sociales de la salud y considera que la mayoría de las acciones políticas de equidad en salud no son competencia del sector sanitario, ya que reconoce que hay elementos clave para incidir en la condición de salud de la población, tales como la redistribución del ingreso, la mejora de los servicios públicos (educación, vivienda y transporte), la reducción de la discriminación y la violencia, así como mejorar el entorno social, económico y físico (Cairney, *et al.*, 2022).

Con ello, se evidencian retos de amplio alcance para incidir en mejorar la salud de la ciudadanía, no obstante, representa la oportunidad de revertir las limitaciones históricas de distintos grupos de población y asegurar el ejercicio pleno de derechos.

CONSIDERACIONES FINALES

Se reconoce que la mejora de la salud es un esfuerzo complejo y de largo plazo, así, resulta limitado atribuir efectos sobre la salud de una intervención específica, por ello, es vital la colaboración estratégica entre y dentro de entidades gubernamentales, conjuntamente con organizaciones de la sociedad civil (Makenzius y Wamala, 2015), es decir, una acción de política pública aislada puede tener efectos restringidos en el largo

plazo para cambiar las condiciones de precariedad del sistema de salud y para contribuir al bienestar. El reto de la salud es de amplias dimensiones, no se puede atender solamente con políticas públicas desarticuladas o con acciones que vean nada más necesidades prácticas para la población, en particular para grupos socialmente discriminados.

Asimismo, para mejorar el estado de salud de la población se requiere mitigar sus riesgos, como son la hipertensión y la diabetes, o los inadecuados hábitos alimenticios, fumar, beber en exceso y limitada actividad física, pero, además, es prioritario un sistema sanitario adecuado, lo cual implica acciones de largo plazo, ya que se requieren de elementos más allá de la asistencia sanitaria. Además, se necesita desarrollo sostenible y considerar un sistema humano-ecológico, enfocado a reducir desigualdades sanitarias gestadas en las estructuras sociales, las cuales causan riesgos de enfermedades, lesiones y muertes prematuras (Stigendal y Östergren, 2013).

Así, resulta primordial promover una reforma real y transformadora en el sistema de salud, desde una perspectiva de servicios que busquen solventar las inequidades, lo cual implica la participación efectiva y coherente en todos los niveles y sectores políticos y organizativos, con la premisa de que la salud es una responsabilidad pública y no de la ciudadanía de forma individual (Kvåle *et al.*, 2020). Es decir, conlleva que las políticas públicas se extiendan en todos los sectores y en los distintos niveles de gobierno para impactar de forma significativa en la salud de la población (WHO, 2014).

Un gran reto ante la inequidad en salud, como en otros temas son resultado de problemas estructurales y que representan interés nacional (como la seguridad o reducir la condición de pobreza), es concretar los avances retóricos y normativos en hechos tangibles para mujeres y hombres con perspectiva de género, es decir, trascender discursos, escritos, leyes, normas en favor

de la equidad en salud para concretar hechos palpables que mejoren las condiciones de vida de la población, con atención en los determinantes sociales de la salud, y con perspectiva de igualdad de género. Como argumentan Cairney *et al.* (2022), existe una amplia brecha entre los estudiosos de equidad que pretenden transformaciones de las políticas respecto de los procesos políticos, los cuales suelen estar alejados de los resultados reales.

Se reconoce que para atender las complejidades de la política pública en salud se requieren más que voluntad política y una coordinación de largo plazo,⁴ pero es innegable que los acuerdos políticos en favor de la equidad en salud son urgentes en México, así como la relevancia de considerar la complejidad que representa atender los determinantes sociales de la salud con la finalidad de concretar cambios sustantivos en favor de la equidad en salud.

Los avances en México en favor de la salud de la población y de la igualdad de género son reconocibles, pero prevalecen restricciones en el sistema de salud. Asimismo, la pandemia de covid-19 mostró las carencias del sistema de salud y lo inequitativo que todavía resulta para la población en México, es urgente no esperar nuevas pandemias o riesgos potenciales para la humanidad, como el cambio climático, para hacer factibles la equidad en salud para mujeres y hombres.

BIBLIOGRAFÍA

Abramo, L.; S. Cecchini, y H. Ullmann (2020), "Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social", *Ciencia & Saúde Coletiva*, 25(5): 1587-1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>

4. Como argumentan Cairney *et al.* (2022), para concretar la equidad en salud se requiere de un compromiso político sólido y duradero.

- Bambra, C; M. Gibson; A. Sowden; K. Wright; M. Whitehead, y M. Petticrew (2010), *Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews*, pp. 284-291. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.082743>
- Bellis, M. A.; T. Hennell; C. Lushey; K. Hughes; K. Tocque, y J. R. Ashton (2007), *Elvis to Eminem: quantifying the price of fame through early mortality of European and North American rock and pop stars*, pp. 896-901. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.059915>
- Bowleg, L. (2012). "The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality- an Important Theoretical Framework for Public Health", *American Journal of Public Health*, 102(7): 1267-1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Cairney, P.; M. Keating; S. Kippin, y E. St Denny (2022), *Public Policy to Reduce Inequalities across Europe*, Oxford University Press.
- Cairney, P.; S. Kippin, y H. Mitchell (2022), "Lessons from policy theories for the pursuit of equity in health, education and gender policy", *Policy & Politics*, 50(3): 362-383. <https://doi.org/10.1332/030557321X16487239616498>
- Dawson, A. (2011), "Public Health Ethics. Key concepts and issues in policy and practice", en A. Dawson (ed.), *Public Health Ethics: Key Concepts and Issues in Policy and Practice*, Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511862670>
- Green, M. J. (2005), Global Justice and Health: Is Health Care a Basic Right?, en M. Boylan (ed.), *Public health policy and ethics* Springer Dordrecht, pp. 203-221.
- Kawachi, I., y S. V. Subramanian (2002), *A glossary for health inequalities*, pp. 647-652.
- Kvåle, G.; C. Kiland, y D. O. Torjesen (2020), "Public Health Policy to Tackle Social Health Inequalities: A Balancing Act Between Competing Institutional Logics". *Organizational Behaviour in Healthcare*, Palgrave Macmillan, pp. 149-165. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26684-4_7

- Makenzius, M., y S. Wamala (2015), "Swedish public health policy: Impact on regional and local public health practice and priorities", *Journal of Public Health Policy*, 36(3): 335-349. <https://doi.org/10.1057/jphp.2015.3>
- Mchugh, N.; R. Baker; O. Biosca; F. Ibrahim, y C. Donaldson (2019), *Who knows best? A Q methodology study to explore perspectives of professional stakeholders and community participants on health in low-income communities*, 9: 1-13.
- Murray, C. J. L.; E. E. Gakidou, y J. Frenk (1999), *Critical Reflection Health inequalities and social group differences: what should we measure?* pp. 537-544.
- Secretaría de Gobernación (2023), Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *Diario Oficial de la Federación*.
- SHCP (Secretaría de Hacienda y Crédito Público) (2022), *Manual de programación y presupuesto para el ejercicio fiscal 2023*.
- (2023), *Informes sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública. Anexo 2 del Avance de los Programas Presupuestarios con Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (primer trimestre de 2023)*.
- Smith, K. E.; A. K. Macintyre; S. Weakley; S. E. Hill; O. Escobar, y G. Fergie (2021), "Public understandings of potential policy responses to health inequalities: Evidence from a UK national survey and citizens' juries in three UK cities", *Social Science and Medicine*, 291(junio), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114458>
- Stigendal, M., y P.-O. Östergren (2013), *Malmos path towards a sustainable future. Health, welfare and justice*.
- Whitehead, M. (1992), "The Concepts and Principles of Equity and Health", *International Journal of Health Services*, 22(3): 429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- Whitehead, M. (2007), "A typology of actions to tackle social inequalities in health". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6): 473-478. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.037242>

- WHO (World Health Organization) (2014), "Health in all policies (HiAP) framework for country action", *Health Promotion International*, 29(1): i19-i28. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau035>
- WHO y UNICEF (United Nations Children's Fund) (2018), *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. http://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf?sfvrsn=c3119034_2
- Wilson, J. (2011), "Health inequities", en W. Rogers y D. Brock (eds.), *Public health ethics. Key Concepts and Issues in Policy and Practice*, University Press, Cambridge. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2004.00411.x> (pp. 211–230). University Press, Cambridge, pp. 211-230. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2004.00411.x>

Salud mental durante la pandemia en México entre poblaciones. Un análisis interseccional usando la ENBIARE

Ana Escoto Castillo
Iván Alcántara Santoyo

INTRODUCCIÓN

La interseccionalidad es un marco de análisis que permite considerar las desigualdades en salud, como género, etnorracialidad y condiciones de trabajo. “Durante la pandemia, el confinamiento y la crisis económica acentuaron los efectos de las desigualdades”, incrementando los factores sociales asociados con peor salud mental, especialmente en poblaciones excluidas.

En México, la Encuesta de Bienestar Autorreportado (ENBIARE 2021), que se levantó entre junio y julio de 2021, permite estudiar el diagnóstico de depresión severa y la sintomatología, en general, de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 7 reactivos) durante aun los procesos de la pandemia por covid. Además, esta fuente permite estudiar eventos de la vida (positivos y negativos), características étnico-raciales (hablar lengua indígena), experiencia de discriminación y factores como educación, género, características del hogar, ocupación y cuidado dentro de los hogares. Esto permite que analicemos múltiples relaciones entre grupos poblacionales y las desigualdades que hay entre ellos.

Para ello, el capítulo se ha estructurado como sigue, en el primer apartado revisamos algunos elementos teóricos y contextuales sobre la salud mental y su estudio en un contexto social marcado por las desigualdades y la pandemia. En el segundo, describimos los datos y los métodos de análisis utilizados. El tercero, presenta los resultados descriptivos y multivariados. Finalmente, en el último apartado, discutimos los hallazgos reflexionando sobre las limitantes encontradas.

ELEMENTOS TEÓRICOS Y CONTEXTUALES PARA UNA PERSPECTIVA MULTIDIMENSIONAL DE LA SALUD MENTAL

La salud es un proceso multidimensional que se puede definir a partir del enfoque de la disciplina que la estudie; no obstante, la acepción generalizada en los estudios más recientes sobre la salud apunta a que se trata del resultado multifactorial que se mide en términos de bienestar físico, mental y social (Leiva-Peña *et al.*, 2021). A grandes rasgos, se trata de un estado del cuerpo, complejo y sensible a los cambios del entorno, a las prácticas cotidianas y a sus efectos acumulados a lo largo de la trayectoria de vida de los individuos.

Distinción entre salud física y salud mental

Con dicha premisa, la salud se integra por tres aspectos centrales que conjugan el bienestar físico, mental y su prevención o promoción (Escoto y Alcántara, 2022); dichos aspectos están limitados al espectro de padecimientos que inciden en la aparición de sintomatologías. Por ejemplo, en el caso de la salud física, esta se ciñe a la prevalencia y concurrencia de enfermedades con efectos en el rendimiento físico como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades respiratorias crónicas u otras del espectro físico-orgánico. Aunque los padecimientos descritos tienen efectos a nivel mental, sea por el grado de discapa-

cidad que puedan generar o por el simbolismo psicosocial que conlleva vivir con una enfermedad (Gómez, 2007), los determinantes del entorno no operan en el mismo sentido sobre la salud mental a diferencia de los modelos sobre la salud física.

El modelo de análisis propuesto por la OMS para reconocer los determinantes sociales de la salud establece tres niveles interrelacionados: el contexto socioeconómico o político, la posición socioeconómica, ambos categorizados como determinantes estructurales, y los determinantes intermedios, que incorporan las circunstancias materiales, los factores conductuales y los psicosociales (De La Guardia *et al.*, 2020). No obstante, en el caso de los determinantes sociales de la salud mental, se han propuesto modelos que aluden a los efectos jerárquicos por niveles de las distintas dimensiones sociales en sentido vertical hacia la salud mental (Compton y Shim, 2015). Otros modelos para estos determinantes señalan que esta se relaciona con las desigualdades sociales que se manifiestan a lo largo de la vida, principalmente a través de la acumulación de los efectos de los eventos estresores, negativos o positivos, y que se interrelacionan bidireccionalmente entre las dimensiones macrosociales y del curso de vida (Allen *et al.*, 2014).

Estos modelos sobre los determinantes de la salud mental se respaldan a través de la evidencia empírica que examina la relación mediada de los determinantes estructurales, como el nivel socioeconómico, con baja salud mental por medio de estresores como el abuso de sustancias o el bajo nivel educativo, especialmente en adultos mayores (Compton y Shim, 2015). Además, se ha observado cómo otros factores como la inseguridad alimentaria, el género o baja autopercepción de la salud física se relacionan con la presencia de estresores psicológicos, especialmente en estudiantes universitarios (Becerra y Becerra, 2020).

Al respecto, en investigaciones previas hemos encontrado efectos de variables como el estrato socioeconómico o el

cuidado doméstico sobre la salud física, mientras que en términos de salud mental, se observa que operan otras variables como la inseguridad alimentaria, el trabajo de extrajornada en mujeres o los eventos negativos de la vida (Escoto y Alcántara, 2022). A partir de estos hallazgos, señalamos la necesidad de escindir el análisis de la salud mental de los determinantes sociales de la salud e incluir variables que operen a nivel del curso de vida utilizando las escalas diagnósticas de depresión como *proxy* de la salud mental. En ese sentido, la distinción entre salud física y salud mental permite reconocer las dinámicas entre los determinantes sociales y los trastornos que componen cada dimensión de la salud.

Construcciones sociales de la salud mental

Si bien las propuestas metodológicas para el estudio de los determinantes sociales de la salud mental se basan en generalizaciones de la vida social, cabe señalar que lo que se entiende de manera analítica como salud mental debe hacerse explícito ante la variabilidad sociocultural que yace detrás de la operacionalización. Es decir, lo que se concibe como trastorno o padecimiento del orden mental está relacionado con lo que culturalmente se nombra como enfermedad o desorden (Botto *et al.*, 2014); por lo tanto, lo que se concibe como un evento estresor de la psique puede variar entre las comunidades que lo nombran y cuyas consecuencias interrumpen el desenvolvimiento pleno del individuo (Allen *et al.*, 2014; Mirowsky y Ross, 1992).

En el caso de las sociedades occidentales y occidentalizadas, la salud mental está fuertemente asociada con trastornos orgánicos cuyo tratamiento se basa principalmente en la medicalización, perspectiva en gran medida influenciada por la asociación por los binomios salud/enfermedad y medicamento/padecimiento (Botto *et al.*, 2014; Illich, 1975). Al mismo tiem-

po, existe un vínculo simbólico entre el cuidado del cuerpo, es decir, el acercamiento con el campo de la medicina o de otros tipos de cuidados, y quienes lo ejercen como sujetos feminizados (Bacigalupe *et al.*, 2020). Esta relación podría explicar las diferencias estadísticas entre mujeres y hombres en los estudios que utilizan el autorreporte de depresión, así como las probabilidades incrementadas de suicidio en varones, ya documentadas ampliamente en toda la literatura.

Así, señalamos que, en sociedades como la mexicana, existen diferencias en el cuidado de la salud mental que están mediadas por el género, por la exposición a distintos eventos negativos de la vida e incluso por características socioeconómicas y étnicas; es decir, la salud mental está compuesta por múltiples factores que se expresan en sus resultados no solo en el momento de la aparición de síntomas, sino que pueden persistir a lo largo de la vida.

Consideraciones biológicas

Aun así, es necesario señalar que en este trabajo nos referimos a ciertos padecimientos de la salud mental que están dentro de los catalogados como no congénitos; es decir, solamente aquellos cuya etiología está vinculada a elementos multifactoriales como las características psicosociales, conductuales y ambientales de los individuos, más que a únicamente una predisposición biológica.

Además, nuestro propósito es identificar la correlación entre dichos elementos del entorno, incluyendo aquellos endógenos a la persona, con la ocurrencia de los padecimientos; no buscamos señalar relaciones causales ni mucho menos de-estimar los efectos de otros factores de la salud mental.

Etnicidad y salud mental; acceso y prevalencia de trastornos

En las poblaciones latinoamericanas, algunos estudios señalan

que la dimensión étnica puede desempeñar un papel significativo en la comprensión de la salud mental. Diversos estudios han demostrado que la identidad étnica y la autoadscripción pueden tener un impacto positivo en la salud mental, específicamente en la reducción de tasas de depresión (Tereucán *et al.*, 2017). Esto podría deberse a una mayor cohesión comunitaria, redes de apoyo social y un fuerte sentido de identidad que actúa como un amortiguador contra el estrés y otros factores de riesgo para la depresión.

De hecho, el estrés que resulta en los casos de aculturación,¹ se ha identificado como un factor contribuyente a la sintomatología depresiva e ideación suicida (Tereucán *et al.*, 2017). Este tipo de estrés puede surgir de tensiones entre las normas culturales originales y las de la dominante, y puede llevar a un conflicto interno que puede desencadenar o exacerbar trastornos mentales como la depresión y la ansiedad.

Además, la disparidad de género en la prevalencia de la depresión también se extiende a las comunidades indígenas. Las mujeres indígenas tienden a experimentar mayores tasas de depresión en comparación con los varones, similar a lo observado en la población general (Franco-Díaz *et al.*, 2018). Este fenómeno podría estar vinculado a múltiples factores socioeconómicos como la alfabetización y el tipo de localidad, que también pueden actuar como determinantes en la salud mental. En su investigación, al ser cuantificadas por el CES-D7, una escala común para la detección de la depresión, la sintomatología depresiva ha mostrado tener una sensibilidad menor cuando se aplica en poblaciones indígenas. Por ello, Franco-Díaz *et al.*, proponen el uso del índice de depresión en toda su escala para una evaluación más precisa de la salud mental en estas comunidades.

1. El proceso mediante el cual individuos de una cultura interactúan y adoptan elementos de otra cultura.

Edad y salud mental

Como ya se ha apuntado anteriormente, la relación entre la edad y la salud mental está ampliamente documentada debido a las implicancias que tienen diferentes etapas de la vida en la prevalencia y el tratamiento de los trastornos mentales. Específicamente, las etapas de la juventud y del envejecimiento se presentan como periodos vitales con particularidades distintas en cuanto a la susceptibilidad y respuesta a los factores determinantes de la salud mental.

La sensibilidad a eventos de estrés tiende a variar significativamente a lo largo del curso de la vida. Varios estudios han demostrado que en etapas avanzadas de la vida, aspectos como el nivel socioeconómico pueden inducir mayores niveles de estrés en comparación con poblaciones más jóvenes (Mirowsky y Ross, 1992). La acumulación de eventos estresantes o traumáticos a lo largo de la vida no solo tiene un efecto inmediato en la salud mental, sino que también los puede tener duraderos en el curso de su vida.

Además, es relevante señalar que los resultados del tratamiento de la depresión también se ven influenciados por la acumulación de estos efectos (Connor-Smith y Compas, 2002). Esto se traduce en peores resultados de salud mental en personas que han experimentado una mayor cantidad de eventos negativos en su vida o que han tenido trayectorias de tratamiento más complejas, lo que agrega una capa de complejidad adicional en la gestión y tratamiento de trastornos mentales en diferentes etapas de la vida.

Covid-19. Efectos directos e indirectos de la pandemia; eventos estresores y agravantes de factores sociales

Uno de los aspectos más relevantes desde la emergencia global ha sido la identificación de los efectos inmediatos de las medidas sanitarias para prevenir la enfermedad por covid-19. Tales

circunstancias fueron generadoras de factores directos e indirectos que tuvieron una influencia en el bienestar subjetivo y la salud mental de las personas vulnerables. Por un lado, las medidas de aislamiento social generaron múltiples dinámicas en distintas esferas de la vida como la escuela, la familia y el trabajo; por ejemplo, en trabajadores de la salud la prolongada exposición al virus incrementó las probabilidades de experimentar eventos negativos relacionados con la covid-19, lo que conllevó a incrementos en prevalencia de depresión, estrés postraumático, ansiedad y pánico agudo, así como exceso de cargas de trabajo (Mejía-Zambrano *et al.*, 2022). Además, el aislamiento social en infantes y adolescentes derivó en incrementos de la prevalencia de depresión y ansiedad debido al cierre temporal de escuelas y al confinamiento (Parra, 2022).

Por otro lado, las medidas sanitarias tuvieron un efecto indirecto sobre circunstancias sociales ya existentes como las desventajas de género y socioeconómicas. El nivel de exposición al virus se relacionó con una mayor vulnerabilidad socioeconómica durante las cuarentenas, lo que diferenció la capacidad de afrontar la disminución de las interacciones sociales y la disposición de recursos por clase social (Angulo *et al.*, 2021). En consecuencia, la resiliencia de hogares a los efectos económicos se vio entredicha por la falta de seguridad social y económica; las dinámicas de cuidados durante la pandemia forzaron a algunas personas, especialmente mujeres, a abandonar sus lugares de trabajo para avocarse al cuidado doméstico de infantes, adultos mayores, personas con discapacidad y personas enfermas de la covid-19, principalmente como consecuencia de un desbordamiento de los servicios públicos de salud y la ausencia de espacios de cuidado (Calquín *et al.*, 2022), lo que a su vez generó una presión extra sobre las dinámicas del hogar y expuso a mayores riesgos de vivenciar eventos como la violencia doméstica o el abuso psicológico.

Interseccionalidades; miradas de la confluencia de efectos

Tal como hemos señalado anteriormente, la pandemia de covid-19, tuvo un efecto múltiple a nivel individual, hogar y comunitario, afectando el desarrollo económico y social y teniendo consecuencias en el bienestar y la salud mental de las poblaciones vulnerables. En ese sentido, consideramos prudente el uso de los enfoques interseccionales para identificar qué circunstancias tuvieron un mayor efecto en los resultados de salud mental en las distintas poblaciones.

Cabe resaltar que la interseccionalidad como enfoque ofrece un marco de análisis suficiente para superar las dificultades al considerar la multiplicidad de las desigualdades en salud. Esencialmente permite observar los efectos agregados de factores como el género, la etnoracialidad, la pobreza y otras dinámicas sociales que excluyen a las personas y generan mayores inequidades en el acceso a la salud (Granados-Martínez, 2022).

De acuerdo con la literatura, dichos efectos se acentuaron durante los confinamientos por la pandemia; el cuidado doméstico realizado por mujeres implicó jornadas educativas para los infantes en el hogar, así como incrementos en los casos de violencia doméstica por parte de varones, o el incremento en el desempleo (Rodríguez y León, 2021).

En términos generales, la pandemia de covid-19 implicó un incremento de los factores sociales asociados con peor salud mental. De acuerdo con la CEPAL (2020), en la emergencia sanitaria se agravaron las condiciones de desventaja ya persistentes de las poblaciones indígenas de América Latina, especialmente en términos del acceso a servicios médicos, la disposición de programas de apoyo económico, la discriminación laboral y por motivos étnicorraciales, el aislamiento de las comunidades durante las contingencias y el incremento en la presión de cuidado doméstico en los hogares por cierres de escuelas.

Tal como ya hemos podido identificar en estudios previos (Escoto y Alcántara, 2022), dichos elementos son cruciales en el desarrollo de peores condiciones de salud mental como la aparición de sintomatología depresiva, especialmente en mujeres que realizan extrajornadas. Por tanto, señalamos que es fundamental instrumentalizar métodos interseccionales para identificar los resultados en salud mental, no solo en la población general, sino en aquellas históricamente desatendidas y vulnerables como la población indígena.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el análisis, se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) en su edición 2021. Se trata de una encuesta representativa a nivel nacional con una muestra de 34 203 viviendas, compuesta de una sección sobre las características del hogar y el cuestionario de Bienestar Autorreportado (BIARE), proyecto impulsado por la OCDE en el marco de la iniciativa Para una Vida Mejor (INEGI, 2021).

La estrategia metodológica incluye una revisión descriptiva, seguida de su corroboración multivariada. Para esto último, ajustamos modelos *logit* para el diagnóstico de depresión severa ($y=0$, no depresión severa, $y=1$, depresión severa) y modelos de regresión lineal para la escala CES-D (de 0 a 21 puntos). La investigación se concentra en las desigualdades por género y por condición de habla indígena o no, pero en el esquema 1, señalamos otros grupos de variables que corresponden a los elementos revisados en el apartado anterior que pueden explicar la depresión. Al tomar en cuenta toda la información válida de la variable dependiente y las covariables, se trabajó con una muestra de 31 073 individuos.

Desde la perspectiva de la interseccionalidad, los efectos pueden ser conjuntos y acumulables, por lo cual los modelos

Esquema 1

Otras variables explicativas en análisis

Sociodemográficos	Contexto geográfico	Eventos de vida o biográficos*
Escolaridad acumulada (años aprobados). Edad (grupos decenales). Situación conyugal. Parentesco con jefe(a) hogar.	Región geográfica. Residencia rural o urbana.	Dificultades en la infancia y adolescencia. Eventos negativos últimos 12 meses. Eventos positivos últimos 12 meses. Discriminación últimos 12 meses.
Trabajo en sentido amplio No trabajo.	Estilo de vida	
Solo trabajo remunerado. Solo trabajo de cuidado. Trabajo remunerado y de cuidado.	Ejercicio la última semana.	

Fuente: elaboración propia con las variables de la ENBIARE 2021 seleccionadas.

* Véase la definición operativa en anexos.

estadísticos, *logit* y regresión lineal, también se ajustaron tomando en cuenta las siguientes interacciones tal como sigue:

- Modelo 0: sin interacciones.
- Modelo 1: sexo*indígena.
- Modelo 2: sexo*indígena*eventos negativos.
- Modelo 3: sexo*indígena*discriminación.
- Modelo 4: sexo*trabajo.

De esta manera nos permite explorar la interseccionalidad entre el género y la condición étnicorracial, esta misma en términos de los eventos negativos de corto plazo y de discriminación. Mientras que la última interacción, nos permite ahondar en los elementos de género y la división sexual del trabajo más allá de solo la condición de hombre y mujer.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

La población mexicana mayor de 18 años que habla español entrevista en la ENBIARE 2021 en análisis reporta una prevalencia de 15.4% de depresión severa. Estos resultados son consistentes con lo estimado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2022 (Vázquez-Salas *et al.*, 2023). El cuadro 1 muestra además de este dato en general según las variables descritas en el esquema 1, y además los promedios de la escala CES-D7 que arroja un promedio 4.21 puntos.

Cuadro 1
Prevalencia de depresión severa (en porcentaje) y promedio de la escala CES-D7, según variables explicativas 2021

	Depresión severa (%)	Escala CES-D7
Sexo		
Hombre	10.7	3.55
Mujer	19.5	4.79
Total	15.4	4.21
Lengua indígena		
Habla lengua indígena	17.3	4.47
No habla lengua indígena	15.3	4.19
Total	15.4	4.21
Edad		
18-29	15.20	4.40
30-39	14.70	4.06
40-49	15.30	4.12
50-59	16.20	4.18
60+	15.80	4.17
Total	15.40	4.21
Situación conyugal		
No unido(a)	15.40	4.37
Unido(a)	13.90	3.96
Alguna vez unido(a)	21.60	4.99
Total	15.40	4.21

Continúa cuadro 1

	Depresión severa (%)	Escala CES-D7
Ejercicio última semana		
No	16.80	4.44
Sí	12.80	3.79
Total	15.40	4.21
Dificultades serias infancia-adolescencia		
No tuvo	11.60	3.63
Tuvo	22.90	5.37
Total	15.40	4.21
Parentesco		
Jefe(a)	14.20	3.97
Cónyugue	16.60	4.35
Hijo(a)	16.00	4.41
Otro(a)	15.70	4.33
Total	15.40	4.21
Trabajo		
Solo trabajo remunerado	11.40	3.68
Solo trabajo de cuidado	18.70	4.71
Trabajo remunerado y cuidado	14.10	4.02
No trabajó	22.50	4.97
Total	15.40	4.21
Región geográfica		
Norte	13.90	4.01
Norte-Occidente	17.30	4.42
Centro-Norte	17.10	4.44
Centro	14.2	4.00
Sur	17.00	4.553
Total	15.40	4.21
Residencia		
Urbano	14.80	4.12
Rural	17.40	4.51
Total	15.40	4.21
Discriminación alguna vez en la vida		
No ha sido discriminade	12.30	3.70
Ha sido discriminade	24.00	5.65
Total	15.40	4.21
Discriminación últimos 12 meses		
No ha sido discriminado	12.80	3.80
Ha sido discrimiado	27.10	6.07
Total	15.40	4.21

Continúa cuadro 1

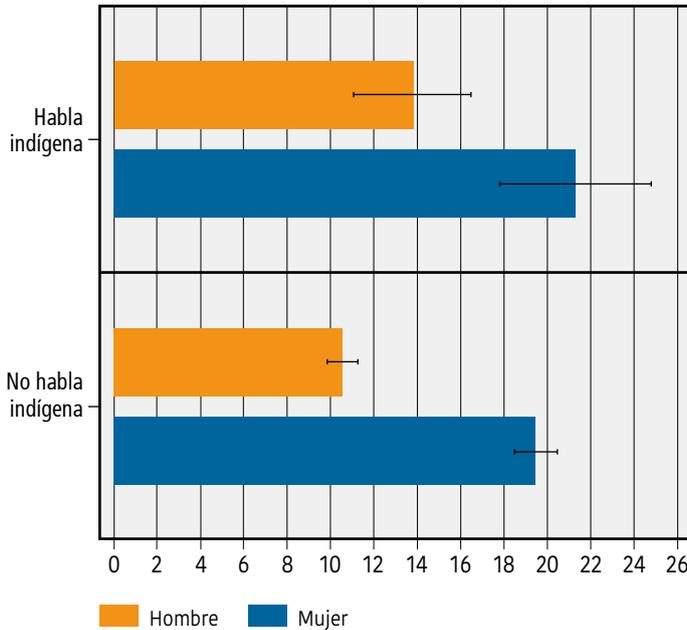
	Depresión severa (%)	Escala CES-D7
Evento negativo últimos 12 meses	9.40	3.23
Sin evento negativo últimos 12 meses	19.10	4.81
Total	15.40	4.21
Evento positivo últimos 12 meses	14.40	4.00
Sin evento positivo últimos 12 meses	16.40	4.43
Total	15.40	4.21

Fuente: elaboración propia con datos de la ENBIARE 2021.

El cuadro 1 muestra como la prevalencia y la escala de sintomatología varía entre los grupos poblacionales, las mujeres tienen mayores prevalencias y promedios en la escala CES-D7. También, las personas que hablan una lengua indígena. Del mismo modo los niveles y prevalencias son mayores para el grupo de 18-29 años, para los más envejecidos, para quienes están divorciados o separados, para los que no hacen ejercicio. Del mismo modo, la residencia rural y la región que no es el centro o norte tienen mayores presencias de depresión y mayores puntajes en la escala. Del mismo modo, se presenta que los eventos biográficos tienen un efecto fundamental: el haber tenido dificultades en la infancia, incluso discriminado o discriminada y sufrir algún evento negativo tienen amplias ganancias en la escala y en la prevalencia. No obstante, los eventos positivos tiene una menor brecha en su reducción de prevalencia y puntajes contra su ausencia.

Para iniciar la exploración de las interseccionalidades entre la población indígena y la condición de hombre o mujer, las gráficas 1 y 2 muestran cómo las mujeres tiene mayores

Gráfica 1
Prevalencias de depresión severa según sexo y habla indígena, 2021.
Intervalos de confianza a 95 por ciento

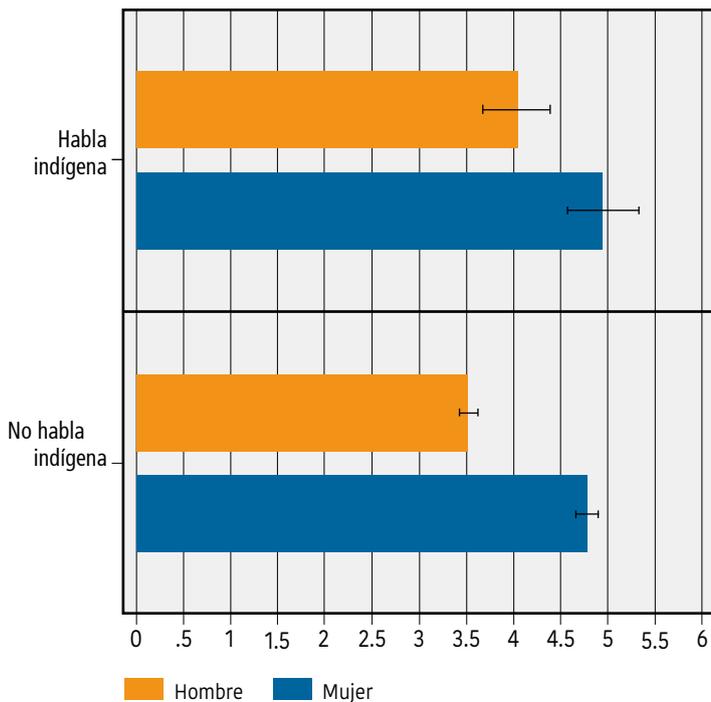


Fuente: elaboración propia con datos de la ENBIARE 2021.

prevalencias que sus pares varones, pero no hay diferencias significativas entre las mujeres indígenas y las que no lo son. En el caso de los varones, la diferencia a nivel de la prevalencia tampoco es significativa según el habla o no indígena, pero sí lo es la escala. Los hombres indígenas tienen mayores promedios en la escala que los hombres no indígenas.

Este primer acercamiento descriptivo muestra cómo debemos incluir no solo el nivel de depresión con un corte fijo, si no también es importante describir el comportamiento a lo largo de la escala para observar las diferencias poblacionales.

Gráfica 2
 Promedios de la escala CES-D7 según sexo y habla indígena,
 2021. Intervalos de confianza a 95 por ciento



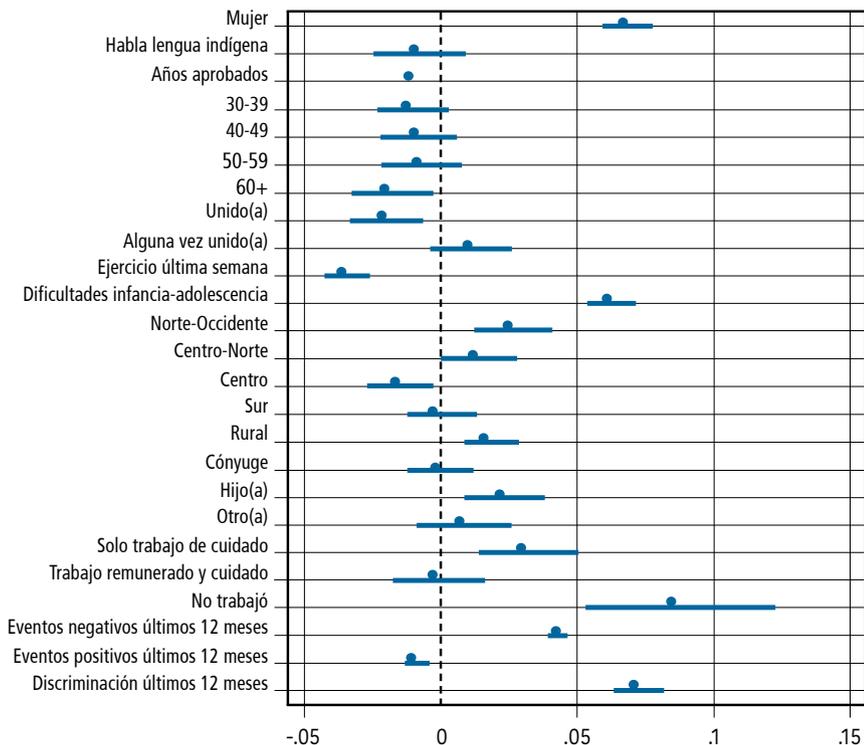
Fuente: elaboración propia con datos de la ENBIARE 2021.

Análisis multivariado

En este apartado discutimos los resultados de los modelos base, es decir, sin interacciones de la población. La gráfica 3 presenta para su lectura más comparable los efectos marginales promedio sobre la probabilidad del diagnóstico de depresión severa, mientras que la gráfica 4 presenta también estos resultados, pero sobre el promedio de la escala. Básicamente los efectos marginales aquí presentados hacen referencia al cambio de una unidad o con respecto de la categoría de refe-

Gráfica 3

Efectos marginales promedio sobre la probabilidad de depresión severa, 2021

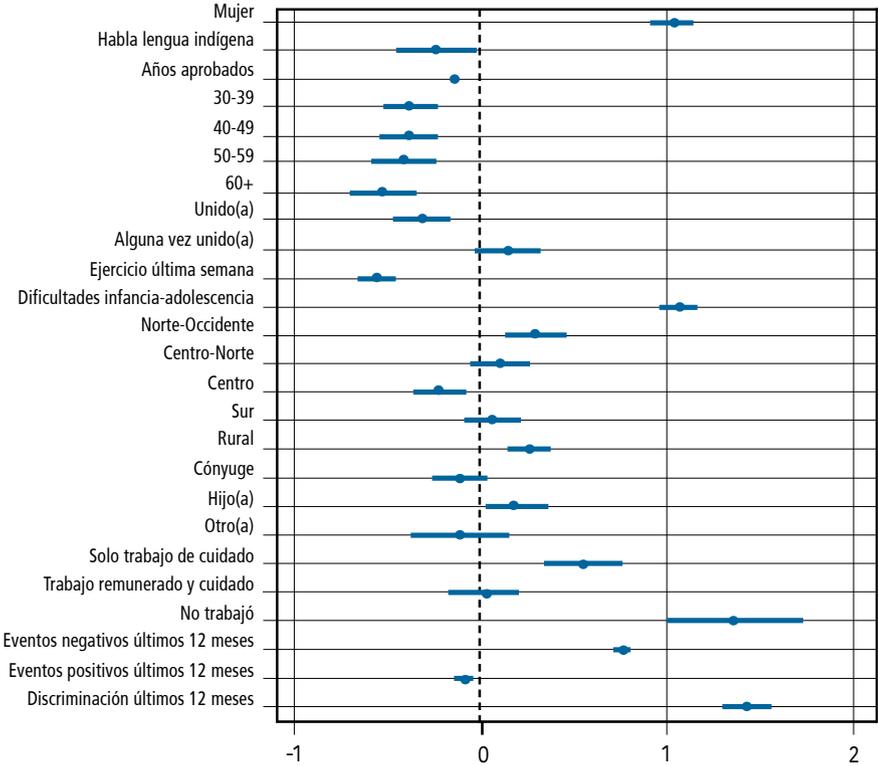


Fuente: elaboración propia con el modelo 0 en tabla 3.

rencia, dejando el resto de las variables constantes, es decir *ceteris paribus*.

Los resultados muestran que, aun controlando por las condiciones sociodemográficas, elementos de estilos de vida, contextos geográficos, y eventos biográficos como algunos negativos, discriminación y dificultades en la infancia y la condición de trabajo en sentido amplio, el ser mujer tiene una capacidad explicativa positiva, tanto de la depresión severa,

Gráfica 4
Efectos marginales promedio sobre el promedio de la escala
CES-D7. México, 2021



Fuente: elaboración propia con el modelo 0 en tabla 4.

con un aumento de 5% y de un punto en la escala CES-D7 con respecto a los pares varones.

Con respecto al efecto de hablar o no una lengua indígena, podemos observar que, para el caso de la depresión severa, su efecto desaparece; lo que podría explicar que las diferencias vistas en los análisis descriptivos son producto de las diferencias entre este grupo y las variables explicativas. Incluso, en el

caso de la escala CES-D7, el efecto es ligeramente negativo, de poca magnitud, pero significativo.

Ante estos efectos marcados por las otras covariables, es importante revisar las interacciones entre el sexo, la condición indígena y otras interacciones con variables que explican la depresión como la discriminación y los eventos negativos.

Interacciones entre variables

Las interacciones entre el sexo y la condición indígena, no son estadísticamente significativas, ni para la depresión severa ni para la escala CES-D7. No obstante, al tomar la escala y hacer interacciones con los eventos negativos y la discriminación, las interacciones se vuelven significativas con respecto al modelo base, pero muestran resultados donde las mujeres indígenas presentan puntajes más bajos que las que no hablan lengua indígena.

Estos resultados contraintuitivos pueden observarse en términos de cómo se reporta haber vivido la discriminación y los eventos negativos en el caso de las mujeres que no hablan lengua indígena, quienes tienen prevalencias más altas y, por tanto, al modelarlos en conjunto, nos muestra un comportamiento diferenciado. Lo cual podría explicarse, además, por el contexto de pandemia, donde los efectos económicos más fuertes se dieron en espacios urbanos con mayores cargas para las mujeres y que por tanto, las mujeres no indígenas estén reportando mayores impactos en su salud mental.

CONSIDERACIONES FINALES

Este capítulo abona a la discusión de la salud mental incluyendo diferentes grupos poblacionales y además de algunos determinantes sociales de la salud. Los hallazgos muestran efectos diferenciales entre las biografías, elementos sociodemográficos como el género y muestran la necesidad de modelar más

Cuadro 2
Probabilidades de depresión severa predichas, promedios predichos de la escala CES-D7 y su intervalo de confianza según lengua indígena y sexo, 2021

Lengua indígena	Depresión severa		CES-D7	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	Modelo 1: sexo*indígena LR test p-value 0.05		Modelo 1: sexo*indígena F-test p-value 0.0891	
Habla	0.126 [0.106,0.146]	0.182 [0.158,0.207]	3.621 [3.337,3.904]	4.596 [4.304,4.887]
No habla	0.116 [0.111,0.121]	0.205 [0.199,0.211]	3.664 [3.593,3.735]	4.994 [4.929,5.059]
	Modelo 2: sexo*indígena * eventos negativos LR test p-value 0.3955		Modelo 2: sexo*indígena * eventos negativos F-test p-value 0.000	
Habla	0.126 [0.105,0.146]	0.182 [0.158,0.207]	3.614 [3.330,3.898]	4.604 [4.311,4.897]
No habla	0.116 [0.111,0.121]	0.205 [0.199,0.211]	3.664 [3.593,3.735]	4.604 [4.929,5.058]
	Modelo 3: sexo*indígena * discriminación LR test p-value 1.0000		Modelo 3 sexo*indígena * discriminación F-test p-value 0.000	
Habla	0.126 [0.107,0.146]	0.182 [0.158,0.207]	3.621 [3.337,3.905]	4.556 [4.264,4.848]
No habla	0.116 [0.111,0.121]	0.205 [0.199,0.211]	3.664 [3.592,3.735]	4.996 [4.931,5.061]
	Modelo 4: sexo*trabajo LR test p-value 1.0000		Modelo 4: sexo*trabajo F-test p-value 0.000	
Habla	0.113 [0.0997,0.126]	0.182 [0.158,0.207]	3.468 [3.254,3.681]	4.779 [4.564,4.993]
No habla	0.117 [0.112,0.122]	0.205 [0.199,0.211]	3.674 [3.603,3.744]	4.985 [4.920,5.049]

Nota: intervalos de confianza en corchetes.
Fuente: elaboración propia con el modelo 1 a 4 en tabla 3 y tabla 4.

allá de la depresión severa para evidenciar interseccionalidad entre género y etnia en la sintomatología depresiva.

Es importante señalar, que la salud mental también puede ser estudiado como un *continuum*, más que un punto de corte hacia su severidad. Sobre todo, cuando se estudia en momentos álgidos como la pandemia, donde es probable que más bien hayamos visto cambios en la vulnerabilidad donde su salud mental ya no está en condiciones óptimas.

En términos generales, los niveles de depresión y su prevalencia en condición severa son más altos para las mujeres, inclusive controlando por factores como la discriminación e incluyendo el trabajo en sentido amplio y su interacción. No obstante, en el caso de la población indígena, los análisis descriptivos mostraban una prevalencia y niveles mayores, pero estos efectos se desvanecen al controlar por las variables explicativas, lo que quiere decir que existe una distribución desigual del comportamiento de estas covariables que explica los niveles más altos de esta población.

Sin embargo, queremos resaltar algunas limitantes del presente estudio. Por un lado, se tomó la adscripción indígena por lengua hablada, en este sentido no hay indígenas que no hablen español en la muestra, lo que muestra que puede haber una barrera en el lenguaje en la participación de todos los grupos indígenas.

Por otro lado, nos concentramos en la diferencia sexogénica y la etnicorracional, pero no son las únicas poblaciones que dan cuentas de diferencias en sus resultados de salud y de salud mental. En la fuente de información no hay elementos para identificar otras poblaciones pero sí la discriminación por su pertenencia, sin embargo aunque estos elementos se intentaron incluir en la prevalencia de discriminación, no hay manera de deslindar algunos de sus efectos por los tamaños muestrales. Del mismo modo, la ausencia de mayor información sobre los estratos socioeconómicos y la dinámica de

más miembros del hogar (por ejemplo, solo hay una persona seleccionada para preguntas sobre el bienestar subjetivo) nos deja una historia incompleta, sobre todo para reconstruir las dinámicas laborales, educativas y de organización familiar que cambiaron durante la pandemia.

La ENBIARE se presenta como un instrumento muy interesante porque permite el registro de eventos negativos y positivos que pueden afectar el bienestar tanto físico, económico y mental de las personas. Sin embargo, en la operacionalización se tomó en cuenta que se registran más eventos negativos que positivos, lo cual puede sesgar un poco cómo se contabilizan los positivos y ello podría explicar su menor efecto. Del mismo modo, permite establecer elementos biográficos que sucedieron en la niñez. Si bien no hay claridad de lo que implica en la encuesta el preguntar por las dificultades, es importante señalar que es una variable que explica la depresión actual. Lo cual contribuye a la literatura sobre acumulación de efectos.

Sin duda alguna, se abren muchas preguntas sobre la interacción entre desigualdades sociales y elementos biográficos que pueden estudiarse con esta fuente de información. Por ejemplo, hay algunas preguntas que dan cuenta sobre algunos elementos de estratificación y movilidad social que permiten comparar también las historias económicas pasadas. Sin embargo, en este estudio donde la muestra de población indígena era muy sensible a los filtros, esto podría ser solo estudiado con poblaciones que pudiesen comparar algunas salidas de escuela y finalización de estudios.

Anexo

Definición operativa de dificultades en la infancia o adolescencia.

Si contesta que sí en al menos uno de los siguientes reactivos

H1. ¿Ha experimentado usted serias dificultades siendo niño (0 a 11 años)?

H1. ¿Ha experimentado usted serias dificultades siendo adolescente (12 a 17 años)?

Definición operativa de evento negativo.

Si contesta que sí en al menos uno de los siguientes reactivos

F4. En los últimos 12 meses, ¿usted se quedó sin una parte importante de sus ingresos?

F4. En los últimos 12 meses, ¿usted fue diagnosticado con COVID-19?

F4. En los últimos 12 meses, ¿usted se accidentó, fue hospitalizado o padeció alguna enfermedad grave?

F4. En los últimos 12 meses, ¿usted sufrió directamente alguna amenaza o extorsión?

F4. En los últimos 12 meses, ¿usted sufrió directamente algún otro delito?

F4. En los últimos 12 meses, ¿usted perdió posesiones materiales importantes?

F4. En los últimos 12 meses, ¿usted terminó con su pareja, se separó o se divorció?

F4. En los últimos 12 meses, ¿usted tuvo que enfrentar alguna demanda (judicial, civil, mercantil o penal)?

F4. En los últimos 12 meses, ¿usted tuvo que enfrentar otra situación personal que le ocasionó frustración, dolor o enojo?

Definición operativa de evento positivo.

Si contesta que sí en al menos uno de los siguientes reactivos

F6. En los últimos 12 meses, ¿usted logró recuperarse de una enfermedad grave, operación o accidente?

F6. En los últimos 12 meses, ¿usted se casó, consiguió pareja o se reconcilió con la que tenía?

F6. En los últimos 12 meses, ¿usted adquirió una propiedad?

F6. En los últimos 12 meses, ¿usted adquirió un vehículo?

F6. En los últimos 12 meses, ¿usted adquirió un mueble, una televisión, computadora, celular o electrodoméstico?

F6. En los últimos 12 meses, ¿usted se le hizo justicia a una demanda o petición suya?

F6. En los últimos 12 meses, ¿usted se resolvió algún tipo de problema, conflicto o situación legal que le tenía preocupado?

F6. En los últimos 12 meses, ¿usted hubo algún otro acontecimiento que fuera un gran motivo de gusto o satisfacción para usted?

Definición operativa de discriminación.

Si contesta que sí en al menos uno de los siguientes reactivos

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por su tono de piel?

F8. La discriminación por su tono de piel, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por su manera de hablar?

F8. La discriminación por su manera de hablar, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por su peso o estatura?

F8. La discriminación por su peso o estatura, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por su forma de vestir o arreglo personal (tatuajes)?

F8. La discriminación por su forma de vestir o arreglo personal (tatuajes), ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por su clase social?

F8. La discriminación por su clase social, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por el lugar donde vive?

F8. La discriminación por el lugar donde vive, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por sus creencias religiosas?

F8. La discriminación por sus creencias religiosas, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por ser (mujer/hombre)?

F8. La discriminación por ser (mujer/hombre), ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por su edad?

F8. La discriminación por su edad, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por su preferencia sexual?

F8. La discriminación por su preferencia sexual, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por su origen étnico (indígena, afro-mexicano)?

F8. La discriminación por su origen étnico (indígena, afromexicano), ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por tener alguna dificultad física, mental o emocional (discapacidad)?

F8. La discriminación por tener alguna dificultad física, mental o emocional (discapacidad), ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por tener alguna enfermedad?

F8. La discriminación por tener alguna enfermedad, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por sus opiniones políticas?

F8. La discriminación por sus opiniones políticas, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por ser extranjero?

F8. La discriminación por ser extranjero, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

F7. ¿Alguna vez se le discriminó o menospreció por otro motivo?

F8. La discriminación por otro motivo, ¿la sufrió en los últimos 12 meses?

Cuadro 3
Modelos *logit* sobre la probabilidad de depresión severa,
2021. Coeficientes exponenciados

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Hombre	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Mujer	1.7508*** (0.071)	1.7773*** (0.073)	1.8012*** (0.102)	1.8429*** (0.092)	1.8342*** (0.305)
Habla lengua indígena	0.9534 (0.068)	1.1082 (0.115)	1.1685 (0.174)	1.0064 (0.133)	0.9552 (0.068)
Años aprobados	0.9259*** (0.004)	0.9258*** (0.004)	0.9259*** (0.004)	0.9255*** (0.004)	0.9268*** (0.004)
18-29	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
30-39	0.9232 (0.048)	0.9236 (0.048)	0.9239 (0.048)	0.9187 (0.047)	0.9035** (0.046)
40-49	0.9390 (0.052)	0.9387 (0.052)	0.9391 (0.052)	0.9375 (0.051)	0.9146 (0.050)
50-59	0.9461 (0.056)	0.9450 (0.056)	0.9452 (0.056)	0.9398 (0.056)	0.9098 (0.054)

Continúa cuadro 3

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
60+	0.8681** (0.054)	0.8660** (0.054)	0.8664** (0.054)	0.8528** (0.053)	0.8193** (0.051)
No unido(a)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Unido(a)	0.8551** (0.047)	0.8523** (0.047)	0.8522** (0.047)	0.8483** (0.046)	0.8361** (0.046)
Alguna vez unido(a)	1.0863 (0.062)	1.0866 (0.062)	1.0863 (0.062)	1.0889 (0.062)	1.0636 (0.060)
Sin ejercicio	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Con ejercicio	0.7553*** (0.028)	0.7544*** (0.028)	0.7547*** (0.028)	0.7502*** (0.028)	0.7654*** (0.028)
Sin dificultades infancia	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Con dificultades Infancia	1.6217*** (0.054)	1.6214*** (0.054)	1.6217*** (0.054)	1.6006*** (0.054)	1.7600*** (0.058)
Norte	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Norte-Occidente	1.2250*** (0.068)	1.2247*** (0.068)	1.2246*** (0.068)	1.2228*** (0.068)	1.2399*** (0.069)
Centro-Norte	1.1183** (0.063)	1.1174** (0.063)	1.1174** (0.063)	1.1359** (0.063)	1.1576** (0.064)
Centro	0.8812** (0.046)	0.8807** (0.046)	0.8806** (0.046)	0.8913** (0.046)	0.9003** (0.046)
Sur	1.0039 (0.052)	1.0042 (0.052)	1.0038 (0.052)	1.0140 (0.05)	1.0204 (0.053)
Urbano	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Rural	1.1562*** (0.045)	1.1560*** (0.045)	1.1564*** (0.045)	1.1596*** (0.045)	1.1585*** (0.045)
Jefe(a)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Cónyuge	0.9971 (0.050)	1.0016 (0.051)	1.0013 (0.051)	1.0017 (0.051)	0.9919 (0.050)
Otro(a)	1.0675 (0.075)	1.0707 (0.075)	1.0706 (0.075)	1.0681 (0.075)	1.0697 (0.074)

Continúa cuadro 3

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Solo trabajo remunerado	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)
Solo trabajo de cuidado	1.2895*** (0.099)	1.2897*** (0.099)	1.2888*** (0.099)	1.2731** (0.098)	1.4653*** (0.148)
Trabajo remunerado y cuidado	0.9959 (0.072)	0.9952 (0.072)	0.9948 (0.072)	0.9897 (0.071)	0.9791 (0.080)
No trabajó	1.8711*** (0.220)	1.8645*** (0.219)	1.8633*** (0.219)	1.8532*** (0.218)	1.9048*** (0.303)
Eventos negativos últimos 12 meses	1.4093*** (0.020)	1.4093*** (0.020)	1.4177*** (0.031)	1.4151*** (0.020)	1.4613*** (0.020)
Eventos positivos últimos 12 meses	0.9331*** (0.017)	0.9333*** (0.017)	0.9331*** (0.017)	0.9306*** (0.017)	0.9551** (0.017)
d_discrimina2	1.7964*** (0.070)	1.7953*** (0.070)	1.7950*** (0.070)		
Hombre # Habla lengua indígena		1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	
Hombre # No habla lengua indígena		1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	
Mujer # Habla lengua indígena		0.7686* (0.105)	0.7080* (0.139)	0.7387* (0.130)	
Mujer # No habla lengua indígena		1.0000 (.)	1.0000 (.)	1.0000 (.)	
Hombre # Eventos negativos últimos 12 meses			1.0000 (.)		
Mujer # Eventos negativos últimos 12 meses			0.9908 (0.026)		
Habla lengua indígena # Eventos negativos últimos 12 meses			0.9590 (0.083)		

Continúa cuadro 3

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
No habla lengua indígena # Eventos negativos últimos 12 meses			1.0000 (.)		
Hombre # Habla lengua indígena # Eventos negativos últimos 12 meses			1.0000 (.)		
Hombre # No habla lengua indígena # Eventos negativos últimos 12 meses			1.0000 (.)		
Mujer # Habla lengua indígena # Eventos negativos últimos 12 meses			1.0685 (0.123)		
Mujer # No habla lengua indígena # Eventos negativos últimos 12 meses			1.0000 (.)		
No ha sido discriminado				1.0000 (.)	
Ha sido discriminado				1.7416*** (0.105)	
Hombre # No ha sido discriminado				1.0000 (.)	
Hombre # Ha sido discriminado				1.0000 (.)	
Mujer # No ha sido discriminado				1.0000 (.)	
Mujer # Ha sido discriminado				0.9093 (0.066)	
Habla lengua indígena # No ha sido discriminado				1.0000 (.)	

Continúa cuadro 3

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Habla lengua indígena # Ha sido discriminade				1.2967 (0.274)	
No habla lengua indígena # No ha sido discriminade				1.0000 (.)	
No habla lengua indígena # Ha sido discriminade				1.0000 (.)	
Hombre # Habla lengua indígena # No ha sido discriminade				1.0000 (.)	
Hombre # Habla lengua indígena # Ha sido discriminade				1.0000 (.)	
Hombre # No habla lengua indígena # No ha sido discriminade				1.0000 (.)	
Hombre # No habla lengua indígena # Ha sido discriminade				1.0000 (.)	
Mujer # Habla lengua indígena # No ha sido discriminade				1.0000 (.)	
Mujer # Habla lengua indígena # Ha sido discriminade				1.0495 (0.296)	
Mujer # No habla lengua indígena # No ha sido discriminade				1.0000 (.)	
Mujer # No habla lengua indígena # Ha sido discriminade				1.0000 (.)	

Continúa cuadro 3

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Hombre # Solo trabajo remunerado					1.0000 (.)
Hombre # Solo trabajo de cuidado					1.0000 (.)
Hombre # Trabajo remunerado y cuidado					1.0000 (.)
Hombre # No trabajó					1.0000 (.)
Mujer # Solo trabajo remunerado					1.0000 (.)
Mujer # Solo trabajo de cuidado					0.8458 (0.153)
Mujer # Trabajo remunerado y cuidado					1.0320 (0.176)
Mujer # No trabajó					0.9821 (0.245)
Observaciones	31073	31073	31073	31073	31073
R2 MacFadden	0.0941	0.0943	0.0943	0.0938	0.0865
R2 MacFadden	0.0915	0.0914	0.0908	0.0897	0.0834
% Predichos	0.838	0.838	0.838	0.837	0.837
Devianza	25139.6	25135.9	25135.5	25147.8	25351.8
Log-Verosimilitud	-12569.8	-12568.0	-12567.8	-12573.9	-12675.9
BIC	25408.6	25415.2	25445.9	25458.1	25641.5
AIC	25191.6	25189.9	25195.5	25207.8	25407.8

Nota: errores estándar en paréntesis.

* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.001

Fuente: elaboración propia con datos de la ENBIARE 2021.

Cuadro 4
Modelos regresión lineal sobre el promedio de la escala CES-D7,
2021. Coeficientes exponenciados

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Hombre	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)
Mujer	1.0286*** (0.059)	1.0458*** (0.060)	0.7588*** (0.076)	0.9901*** (0.068)	1.3718*** (0.249)
Habla lengua indígena	-0.2167** (0.109)	-0.0430 (0.149)	-0.0552 (0.205)	-0.1048 (0.172)	-0.2061* (0.110)
Años aprobados	-0.1247*** (0.006)	-0.1247** (0.006)	-0.1247** (0.006)	-0.1260*** (0.006)	-0.1232*** (0.006)
18-29	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)
30-39	-0.3767*** (0.075)	-0.3761*** (0.075)	-0.3757*** (0.075)	-0.3883*** (0.075)	-0.4201*** (0.076)
50-59	-0.4122*** (0.087)	-0.4138*** (0.087)	-0.4127*** (0.087)	-0.4233*** (0.087)	-0.4863*** (0.088)
60+	-0.5226*** (0.091)	-0.5257*** (0.091)	-0.5265*** (0.091)	-0.5573*** (0.091)	-0.6277*** (0.092)
No unido(a)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)
Unido(a)	-0.3133*** (0.079)	-0.3166*** (0.079)	-0.3193*** (0.079)	-0.3257*** (0.079)	-0.3664*** (0.079)
No	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)
Sí	-0.5555*** (0.052)	-0.5569*** (0.052)	-0.5582*** (0.052)	-0.5685*** (0.052)	-0.5403*** (0.052)
No tuvo	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)
Tuvo	1.0627*** (0.052)	1.0625*** (0.052)	1.0627*** (0.052)	1.0331*** (0.052)	1.2511*** (0.051)

Continúa cuadro 4

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Norte	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)
Norte-Occidente	0.2983*** (0.082)	0.2977*** (0.082)	0.3014*** (0.082)	0.2925*** (0.082)	0.3251*** (0.083)
Centro	-0.2190** (0.073)	-0.2195** (0.073)	-0.2149** (0.073)	-0.2016** (0.074)	-0.1866** (0.074)
Sur	0.0661 (0.076)	0.0661 (0.076)	0.0670 (0.076)	0.0807 (0.076)	0.0954 (0.076)
Urbano	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)
Rural	0.2628*** (0.060)	0.2627*** (0.060)	0.2651*** (0.060)	0.2708*** (0.060)	0.2687*** (0.060)
Cónyugue	-0.1176 (0.074)	-0.1125 (0.074)	-0.0976 (0.074)	-0.1021 (0.074)	-0.1317* (0.075)
Hijo(a)	0.1952** (0.084)	0.1955** (0.084)	0.1970** (0.084)	0.1844** (0.084)	0.1878 (0.084)
Otro(a)	-0.0055 (0.105)	-0.0023 (0.105)	0.0119 (0.105)	-0.0026 (0.105)	-0.0029 (0.105)
Solo trabajo remunerado	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)
Solo trabajo de cuidado	0.5506*** (0.106)	0.5515*** (0.106)	0.5861*** (0.106)	0.5458*** (0.106)	0.6830*** (0.139)
Trabajo remunerado y cuidado	0.0200 (0.096)	0.0193 (0.096)	0.0338 (0.096)	0.0198 (0.096)	0.0708 (0.106)
No trabajó	1.3631*** (0.187)	1.3594*** (0.187)	1.3818*** (0.187)	1.3590*** (0.187)	1.4318*** (0.247)
Eventos negativos últimos 12 meses	0.7602*** (0.023)	0.7601*** (0.023)	0.6235*** (0.032)	0.7722*** (0.023)	0.8503*** (0.022)
Eventos positivos últimos 12 meses	-0.0901*** (0.027)	-0.0899*** (0.027)	-0.0852** (0.027)	-0.0948*** (0.027)	-0.0412 (0.027)
d_discrimina2	1.4295*** (0.065)	1.4284*** (0.065)	1.4222*** (0.065)		

Continúa cuadro 4

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Hombre # Habla lengua indígena		0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	
Hombre # No habla lengua indígena		0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	
Mujer # Habla lengua indígena		-0.3554* (0.209)	-0.2907 (0.284)	-0.4598* (0.246)	
Mujer # No habla lengua indígena		0.0000 (.)	0.0000 (.)	0.0000 (.)	
Hombre # Eventos negativos últimos 12 meses			0.0000 (.)		
Mujer # Eventos negativos últimos 12 meses			0.2547*** (0.042)		
Habla lengua indígena # Eventos negativos últimos 12 meses			0.0045 (0.140)		
No habla lengua indígena # Eventos negativos últimos 12 meses			0.0000 (.)		
Hombre # No habla lengua indígena # Eventos negativos últimos 12 meses			0.0000 (.)		
Mujer # Habla lengua indígena # Eventos negativos últimos 12 meses			-0.0442 (0.194)		
Mujer # No habla lengua indígena # Eventos negativos últimos 12 meses			0.0000 (.)		

Continúa cuadro 4

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
No ha sido discriminado				0.0000 (.)	
Ha sido discriminado				1.0360*** (0.087)	
Hombre # No ha sido discriminado				0.0000 (.)	
Mujer # No ha sido discriminado				0.0000 (.)	
Mujer # Ha sido discriminado				0.2012* (0.112)	
Habla lengua indígena # No ha sido discriminado				0.0000 (.)	
Habla lengua indígena # Ha sido discriminado				0.2543 (0.336)	
No habla lengua indígena # No ha sido discriminado				0.0000 (.)	
No habla lengua indígena # Ha sido discriminado				0.0000 (.)	
Hombre # Habla lengua indígena # No ha sido discriminado			0.0000 (.)		
Hombre # Habla lengua indígena # Ha sido discriminado				0.0000 (.)	
Hombre # No habla lengua indígena # No ha sido discriminado			0.0000 (.)		

Continúa cuadro 4

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Hombre # No habla lengua indígena # Ha sido discriminado				0.0000 (.)	
Mujer # Habla lengua indígena # No ha sido discriminado				0.0000 (.)	
Mujer # Habla lengua indígena # Ha sido discriminado				0.1725 (0.469)	
Mujer # No habla lengua indígena # No ha sido discriminado				0.0000 (.)	
Mujer # No habla lengua indígena # Ha sido discriminado				0.0000 (.)	
Hombre # Solo trabajo remunerado					0.0000 (.)
Hombre # Solo trabajo de cuidado					0.0000 (.)
Hombre # Trabajo remunerado y cuidado					0.0000 (.)
Hombre # No trabajó					0.0000 (.)
Mujer # Solo trabajo remunerado					0.0000 (.)
Mujer # Solo trabajo de cuidado					0.3777 (0.272)
Mujer # Trabajo remunerado y cuidado					0.2550 (0.255)
Mujer # No trabajó					0.2611 (0.408)

Continúa cuadro 4

	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Constant	4.1036*** (0.154)	4.0969*** (0.154)	4.2209*** (0.155)	4.0935*** (0.155)	4.1098*** (0.159)
Observaciones	31073	31073	31073	31073	31073
R2 ajustado	0.135	0.135	0.136	0.133	0.122
dev	177126.5	177123.6	177085.7	177176.6	177598.2
ll	-88563.3	-88561.8	-88542.8	-88588.3	-88799.1
BIC	177395.5	177402.9	177396.0	177486.9	177887.8
AIC	177178.5	177177.6	177145.7	177236.6	177654.2

Nota: errores estándar en paréntesis.

* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.001

Fuente: elaboración propia con datos de la ENBIARE 2021.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, J.; R. Balfour; R. Bell, y M. Marmot (2014), "Social determinants of mental health", *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Angulo, Y.; M. J. Santos; J. M. Siqueiros; Y. Angulo; M. J. Santos, y J. M. Siqueiros (2021), "Covid-19 y vulnerabilidad socioeconómica: un estudio convergente", *Revista Mexicana de Sociología*, 83(SPE), 11-30. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2021.0.60067>
- Bacigalupe, A.; A. Cabezas; M. B. Bueno, y U. Martín (2020), "El género como determinante de la salud mental y su medicalización". Informe SESPAS 2020, *Gaceta Sanitaria*, 34, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Becerra, M. B., y B. J. Becerra (2020), "Psychological Distress among College Students: Role of Food Insecurity and Other Social Determinants of Mental Health", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), artículo 11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114118>

- Botto, A.; J. Acuña, y J. P. Jiménez (2014), "La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas", *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Calquín, C.; K. V. Cazorla; A. Barra, y A. Vergara (2022), "Ustedes no vuelven hasta el próximo año ¡porque la mamá dijo!" Ethopolítica del cuidado, mujeres y gobierno del riesgo en pandemia covid 19, *Rumbos TS*, Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales, 28. <https://doi.org/10.51188/rrts.num28.660>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, ONU-Mujeres, Organización Internacional del Trabajo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Panamericana de la Salud, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, y Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe. (2020), "El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala. Entre la invisibilización y la resistencia colectiva. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)".
- Compton, M. T., y R. S. Shim (2015), "The Social Determinants of Mental Health", *FOCUS*, 13(4), 419-425. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20150017>
- Connor-Smith, J. K., y B. E. Compas (2002), "Vulnerability to Social Stress: Coping as a Mediator or Moderator of Sociotropy and Symptoms of Anxiety and Depression", *Cognitive Therapy and Research*, 26(1), 39-55. <https://doi.org/10.1023/A:10138895040101>
- De la Guardia Gutiérrez, M. A.; J. C. Ruvalcaba Ledezma; M. A. De La Guardia Gutiérrez, y J. C. Ruvalcaba Ledezma (2020), "La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria", *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Escoto Castillo, A. R., y I. Alcántara (2022), "Diferencias en salud por género en México: Una visión desde las condiciones de los ho-

- gares y la inserción laboral”, en A. Granados Martínez y B. P. Ramírez López (eds.), *Inequidades sociales e interseccionalidad en salud: Retos y alternativas* (1a ed.), UNAM.
- Franco-Díaz, K. L.; J. A. Fernández-Niño; C. I. Astudillo-García; K. L. Franco-Díaz; J. A. Fernández-Niño, y C. I. Astudillo-García (2018), “Prevalencia de síntomas depresivos e invarianza factorial de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población indígena mexicana”, *Biomédica*, 38, 127-140. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3681>
- Gómez Ayala, A. E. (2007), “Salud física y salud mental. Un binomio indisoluble”, *Farmacia Profesional*, 21(7), 53-56.
- Granados-Martínez, A. (2022), “Interseccionalidad en salud, pobreza y vulnerabilidad”, *Papeles de población*, 28(111), 137-161. <https://doi.org/10.22185/24487147.2022.111.06>
- Illich, I. (1975), “The Medicalization of Life. Journal of Medical Ethics”, 1(2), 73-77. JSTOR.
- INEGI (2021), Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado 2021 Enbiare. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463903529.pdf
- Leiva-Peña, V.; P. Rubí-González, y B. Vicente-Parada (2021), “Determinantes sociales de la salud mental: Políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
- Mejía-Zambrano, H.; L. Ramos-Calsín; H. Mejía-Zambrano, y L. Ramos-Calsín (2022), “Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19”, *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 72-82. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4157>
- Mirowsky, J., y C. E. Ross (1992), “Age and Depression”. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(3), 187-205. <https://doi.org/10.2307/2137349>
- Parra, M. D. R. (2022), “Efectos de la pandemia COVID-19 en la salud mental infante juvenil: Revisión bibliográfica: Effects of the CO-

- VID-19 pandemic on the mental health of children and adolescents: a bibliographic review", *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 47(3). <https://doi.org/10.11565/arsmed.v47i3.1913>
- Rodríguez González, A. L., y D. F. León López (2021), "Impactos de la pandemia en las familias: Un enfoque desde género", en N. H. Fuentes León, L. Tereso Ramírez, y J. D. Amador Anguiano (eds.), *Género, Familia y Vejez Abordajes disciplinares en las investigaciones de trabajo social*, primera edición, pp. 71-101, Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social. <https://www.acanits.org/assets/img/libros/Genero%20familia%20y%20vejez2.pdf>
- Tereucán Angulo, J.; C. Briceño Olivera; J. L. Gálvez-Nieto; S. Hauri Opazo; J. Tereucán Angulo; C. Briceño Olivera; J. L. Gálvez-Nieto, y S. Hauri Opazo (2017), "Identidad étnica e ideación suicida en adolescentes indígenas", *Salud Pública de México*, 59(1), 7-8. <https://doi.org/10.21149/7980>
- Vázquez-Salas, A.; C. Hubert; A. Portillo-Romero; R. Valdez-Santiago; T. Barrientos-Gutiérrez, y A. Villalobos (2023), "Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut 2022", *Salud Pública de México*, 65, s117-s125. <https://doi.org/10.21149/14827>

Vulnerabilidad y discriminación en el acceso a la salud entre las mujeres mexicanas

Uberto Salgado Nieto
Ulises Sánchez Guerrero
Lilia Enríquez Valencia

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el derecho a la salud garantiza que los servicios de atención médica deben ser accesibles, aceptables y asequibles para toda persona; y no solo esto, pues también considera como factores determinantes de la salud el acceso al agua potable, a condiciones sanitarias favorables y a una educación e información sobre cuidados de la salud (OMS, 2003). Por tanto, es una definición amplia que abarca aspectos como el acceso o disponibilidad suficiente de instalaciones, productos y servicios de salud públicos; la calidad de estos servicios y la posibilidad de acceder a ellos de manera equitativa y sin discriminación.

Lo anterior es un derecho que no se garantiza para buena parte de la población, pues de acuerdo con cifras de la OMS, cerca de 40% de la población mundial no cuenta con acceso a los servicios de salud, y como consecuencia de esto, casi 505 millones de personas realizaron un gasto catastrófico en salud que los obligó a vivir en condiciones de pobreza extrema. Por tanto, la inversión en el acceso a la salud universal para toda la población, es una política central que no solo mejora la calidad

de vida entre la población, pues además permite erradicar la pobreza y generar crecimiento económico (OMS, 2021).

Si bien la población que vive en condición de pobreza es vulnerable al acceso a los servicios de salud, pues los recursos limitados con los que cuentan les obliga a vivir en entornos donde se ven privados de elementos como el acceso a agua potable, vivienda digna, alimentación para tener buena nutrición y un entorno ambiental seguro; con estas condiciones tenderán a presentar malas condiciones de salud y es donde se requiere de una política pública que les garantice el acceso a este derecho humano fundamental (Mata, 2002). A causa de esto, el concepto de vulnerabilidad al acceso a la salud debe involucrar aspectos como la disponibilidad y ubicación de los centros de salud, ya que el actual sistema de salud mexicano se encuentra centralizado y las poblaciones rurales (generalmente las que padecen en mayor medida la pobreza) se ven más afectadas porque las grandes distancias que deben recorrer encarecen su acceso a la salud (Salgado, 2022).

Otros aspectos a considerar, son la calidad y efectividad de sus servicios, así como aspectos relacionados con un trato amable, informado y libre de discriminación; en este sentido, es necesario enfatizar que las mujeres han sido uno de los grupos más vulnerables en el acceso a la salud debido a la discriminación, situación que se explica por las relaciones desiguales de poder basadas en el género que impiden una atención médica con sentido de género, particularmente respecto a su salud sexual y reproductiva, y especialmente el caso de las mujeres indígenas que sufren en mayor medida los estragos de estos abusos, pues incluso algunos gobiernos han violentado su derecho a una salud reproductiva al promover la esterilización como método para modificar rápidamente el comportamiento reproductivo de la población pobre, rural y de zonas indígenas (Parra, 2008).

Es posible asumir que algunas de las vulnerabilidades al acceso a la salud que padecen las mujeres solo se pueden resolver por medio de la inversión en infraestructura y personal de salud para garantizar una atención médica universal eficiente y de calidad; sin embargo, en contextos donde los recursos monetarios de los gobiernos no son suficientes para tal fin, es necesario diseñar políticas públicas que por lo menos garanticen un buen trato y libre de discriminación en la atención médica. Elementos que son relevantes para cualquier economía, pues la proporción de servicios médicos a toda la población permite fortalecer su capital humano y en consecuencia podrán desplegar todo su potencial productivo para la economía (OMS, 2003).

Si bien en la presente investigación no es posible profundizar sobre todos los amplios aspectos que implica la vulnerabilidad por el acceso a la salud, se realiza un abordaje del fenómeno a partir de evaluar su accesibilidad, disponibilidad, la calidad en el servicio, así como las dificultades a las que se enfrentan las mujeres rurales con relación al acceso y la discriminación a la que se enfrentan al recibir dichos servicios médicos. Por tal motivo, en la primera sección, se aborda brevemente la definición del concepto del derecho al acceso a la salud, así como la revisión de diversos indicadores sobre este fenómeno en México; en la segunda, se realiza un estudio sobre las brechas de acceso en el entorno rural y urbano; en la tercera, se presenta un análisis sobre las particularidades a las que se enfrentan las mujeres rurales en el acceso a la salud y finalmente, se tienen las conclusiones.

1. EL ACCESO A LA SALUD EN MÉXICO

La salud tiene una importancia vital para los seres humanos, por ello, en 1948 fue establecido por la Organización de las

Naciones Unidas (ONU) como “derecho humano fundamental”. Este reconoce que cada individuo debe disfrutar “del más alto nivel posible de salud física y mental”. Esto debe garantizarse mediante la disponibilidad de los factores que repercuten en la salud y por medio de un sistema de atención médica al cual todas las personas puedan acceder. El derecho a la salud, por su parte, este es integral y asegura que los servicios de atención médica deben estar al alcance, ser aceptables y asequibles para todas las personas. Además, abarca un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida saludable, como el acceso al agua potable, un saneamiento adecuado, alimentación segura, condiciones laborales saludables e información sobre cuidados de la salud (OMS, 2003; ACNUDH, 2023).

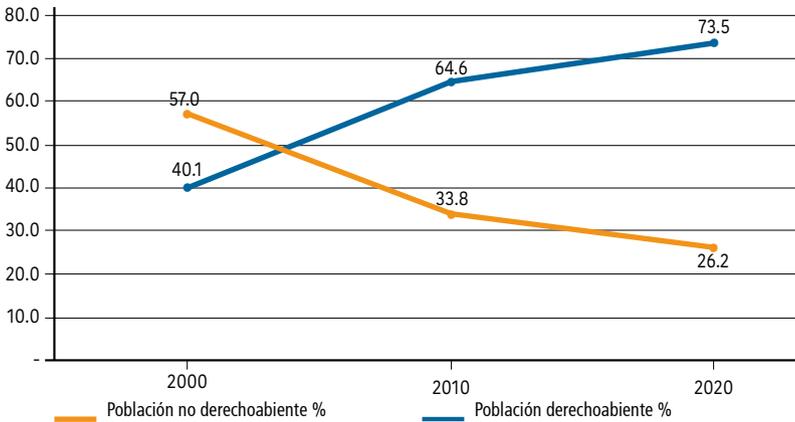
Para México, el derecho a la salud está establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin embargo, no se establece con claridad y con calidad de universal y obligatorio. En este artículo se encuentra incorporada la igualdad ante la ley de hombres y mujeres; la libertad de elección sobre el número de hijos, el derecho a un ambiente sano, entre otros. Es en la Ley General de Salud donde se explican a detalle las modalidades del acceso a la protección que tienen los individuos (Mayer-Serra, 2007; Ley General de Salud, 2023; CPEUM, 2023).

En este contexto, el Sistema Nacional de Salud mexicano está constituido por las entidades públicas tanto federales como locales, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población que reside en el territorio nacional (Ley General de Salud, 2023). Por su parte, el sector público, cuenta con diferentes afiliaciones para poder ejercer el derecho a la salud. En cuanto al sector formal, es decir, para aquella población que dispone de un empleo formal, se tiene al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Defensa o Marina Nacional; mientras que, la población que pertenece al sector informal cuenta con la afiliación al nuevo Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) que incluye a los incorporados del extinto Seguro Popular.

Considerando estas modalidades de afiliación, 73.5% de los mexicanos se encuentra incorporado a los servicios de salud, es decir, cuenta con acceso a servicios médicos, sin embargo, solo 46.6% de estos es respaldado por un empleo formal (Larios, 2021). Mientras que los afiliados al Insabi representan cerca de 26% (32.8 millones de personas) del total de afiliados a servicios públicos de salud en México en el año 2020 (gráfica 1).

Gráfica 1
Población afiliada y no afiliada a servicios de salud en México (2000-2020) (porcentajes)



Fuente: elaboración propia con datos de Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

Para abordar mejor el concepto del acceso a la salud, se cuenta con al menos tres dimensiones de análisis, las cuales permiten cuantificar a las personas que necesitan atención médica; las que ingresan al sistema y las que no ingresan

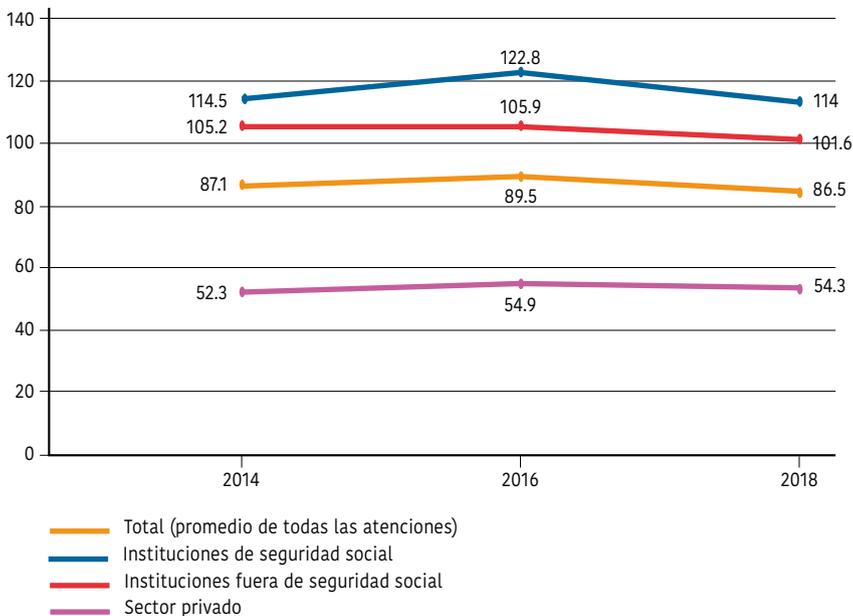
(Fajardo-Dolci *et al.*, 2015). Dichas dimensiones son: 1) accesibilidad: esta relacionada a la eliminación de barreras u obstáculos que puedan dificultar el acceso a los servicios de salud, ya sean de índole física, económica o informativa sobre la ubicación de los establecimientos de salud y los problemas que pueden abordar; 2) disponibilidad: se relaciona con los recursos mínimos esenciales para proporcionar los bienes y servicios que el sistema de salud debe obligatoriamente ofrecer a la población, así como los vinculados a servicios básicos que afectan el entorno en el que las personas se desenvuelven, contribuyendo ya sea a la preservación de la salud o a su deterioro, y 3) calidad: implica realizar las tareas de manera eficaz con el uso adecuado de los recursos, respetando la dignidad y autonomía de las personas, buscando satisfacer aspectos vinculados con sus necesidades subjetivas. Ser justo y equitativo en la asignación de recursos en salud y aumentar la confiabilidad del sistema al cumplir la promesa de que el derecho a la salud es posible, real y tangible (Coneval, 2019).

a] Accesibilidad

En temas de accesibilidad, a nivel nacional, entre 2018 y 2020, se observó un aumento de la población con carencia por acceso a los servicios de salud al pasar de 16.2 a 28.2%, representando un aumento de 20.1 a 35.7 millones de personas en este periodo. En el año 2018, aproximadamente 30% de las localidades carecían de acceso físico a servicios de salud, y la media de tiempo de desplazamiento desde sus hogares hasta los centros de salud era de aproximadamente 1 hora y 44 minutos (Coneval, 2018; 2021) (gráfica 2).

Al analizar las estadísticas a nivel estatal (gráfica 3), se destaca que las entidades con las mayores carencias en acceso a servicios de salud son Oaxaca, Guerrero y Chiapas, registrando incrementos del 20.6%, 19.7% y 19.5%, respectivamente

Gráfica 2
 Tiempo de traslado y atención de problemas de salud
 en instituciones públicas y privadas en México (2014-2018)
 (minutos)



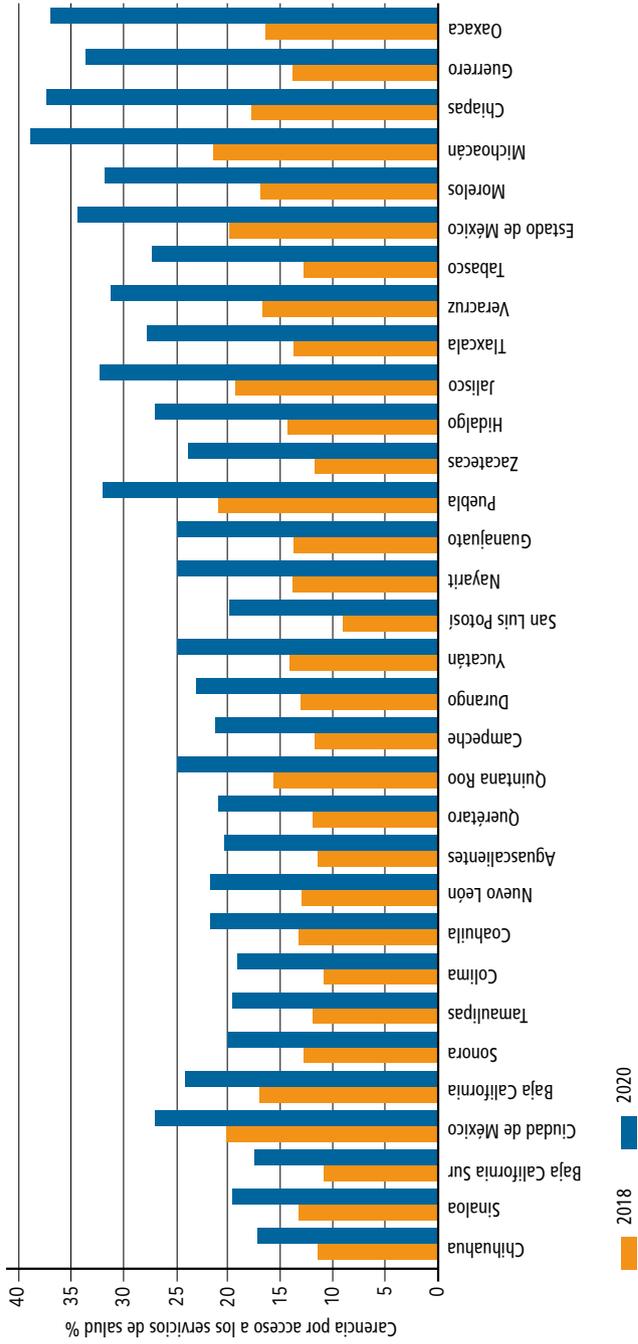
Fuente: elaboración propia con datos de Valencia y Jaramillo (2023).

(Coneval, 2020). Cabe señalar que estas entidades concentran la mayor proporción de población indígena, por lo que se afecta particularmente a este grupo vulnerable.

En términos de gastos, para 2020, de los hogares 3.9% incurrieron en gastos catastróficos o gastos de bolsillo en salud, es decir, destinaron más de 30% de su capacidad de pago o ingreso disponible para gastos en salud, porcentaje que incrementó en 1.8% respecto de 2018 (Coneval, 2022).

La carga económica derivada de los gastos excesivos en atención médica tiene un efecto desigual en los hogares, afectando de manera más significativa a aquellos que experimen-

Gráfica 3
 Porcentaje de carencia por acceso a los servicios de salud a nivel estatal (2018-2020)



Fuente: Coneval (2022).

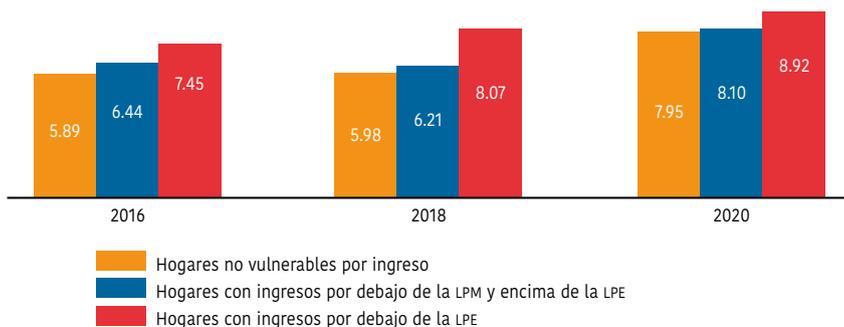
tan una mayor situación de pobreza por ingresos y, por lo tanto, los hogares más vulnerables (gráfica 4). Para el año 2020, la población que pertenece al primer y segundo decil, registraron un aumento respecto al 2018 de 22.6 y 22.9%, respectivamente (Coneval, 2021).

b) Disponibilidad

Respecto de la disponibilidad, el principal componente es el gasto público en salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han establecido un umbral de 6% de gasto respecto al PIB para garantizar el acceso y la cobertura universal a la salud, ante este escenario, México está por debajo del gasto establecido por estos organismos y del promedio de los países de la OCDE, para 2019 destino 2.7% del PIB, mientras que el promedio de los países miembros fue de 6.6% (Coneval, 2022).

Un componente fundamental para brindar mejores servicios de salud y capacidad de respuesta ante necesidades sani-

Gráfica 4
Porcentaje del ingreso de los hogares utilizado en gasto de bolsillo, por nivel de vulnerabilidad económica (México, 2016-2020)



Fuente: Coneval (2022).

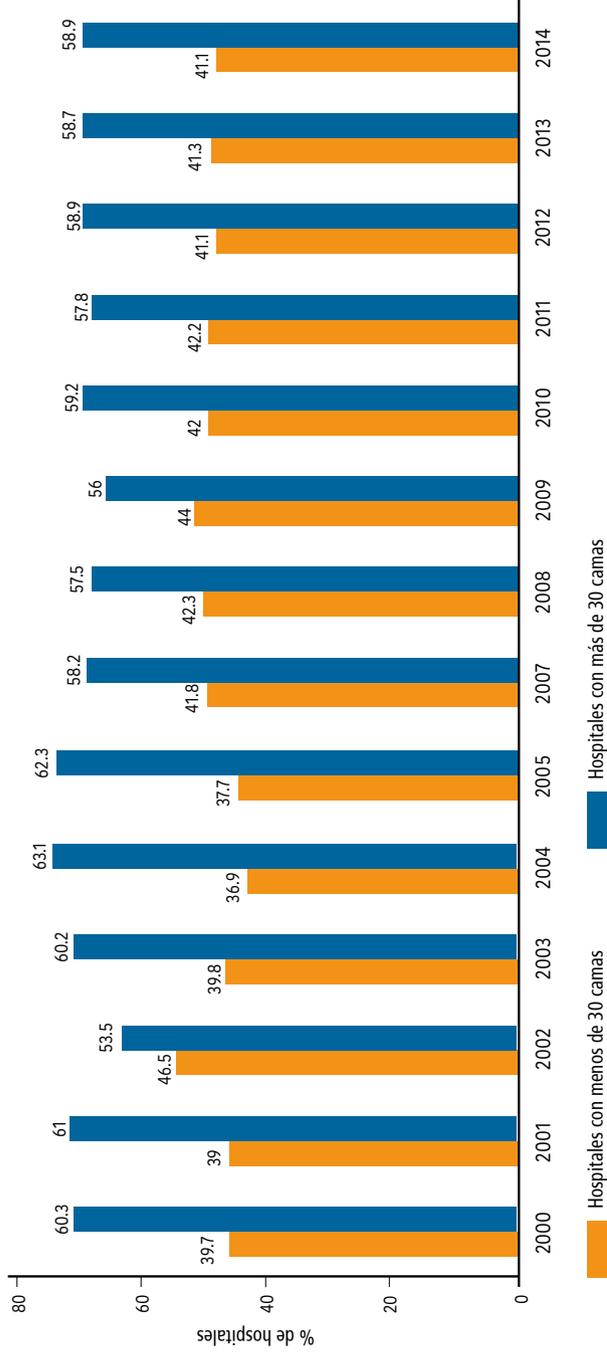
tarias, son los componentes humanos (personal capacitado). De acuerdo al Banco Mundial, México en 2019 contaba con 2.4 médicos por cada mil habitantes, cifra que se ha mantenido por una década, en 2010 se tenían dos médicos por cada mil habitantes, cifra que se encuentra por debajo del promedio de los países miembros de la OCDE que es de 2.8 médicos por cada mil habitantes. En cuanto a personal de enfermería para 2015, México contaba con 2.8 de este personal por cada mil habitantes, cifra inferior al promedio de la mencionada organización que era de nueve (Coneval, 2018).

En cuanto a las camas censables, estas indican la capacidad instalada de las unidades de salud. En el periodo comprendido entre 2000 y 2013, se observó que el porcentaje de hospitales del sector público con menos de 30 camas aumentó de 39.7 a 41.3%, mientras que la proporción de hospitales con 30 o más camas en el sector público disminuyó de 60.3 a 58.7%, como se muestra en la gráfica 5. Para el año 2015, México se posicionó como el segundo país con el menor número de camas dentro de la OCDE, contando con 1.5 camas por cada mil habitantes, en comparación con el promedio de siete camas en la organización, con una concentración particular en las zonas urbanas excluyendo a las zonas rurales (Coneval, 2018). Situación que provoca una limitación en el acceso a estos servicios a las zonas rurales.

cj Calidad

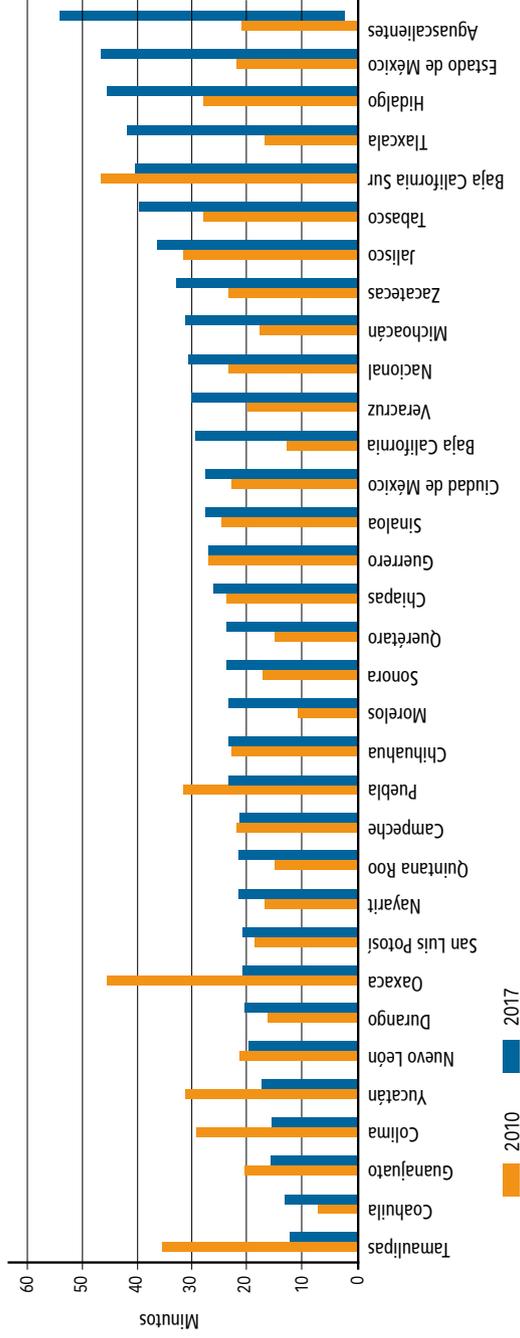
En términos de calidad, un factor a considerar es el periodo de espera en la sala de urgencias, ya que cualquier demora en la atención podría comprometer la salud e incluso la vida. Este tiempo de espera en las entidades del sector público, mostró un incremento de 2010 a 2017, pasando de un promedio de 23.4 minutos a 30.2 minutos (gráfica 6), siendo el IMSS la institución que registró el mayor tiempo de espera, 51 minutos para 2017. En cambio, las entidades privadas en el mismo pe-

Gráfica 5
Porcentaje de hospitales de acuerdo a la cantidad de camas censables
(2000-2014)



Fuente: elaboración propia con datos de Coneval (2019).

Gráfica 6
Tiempo promedio de espera en la sala de urgencias, por entidad federativa
(2010-2017)



Fuente: Coneval (2018).

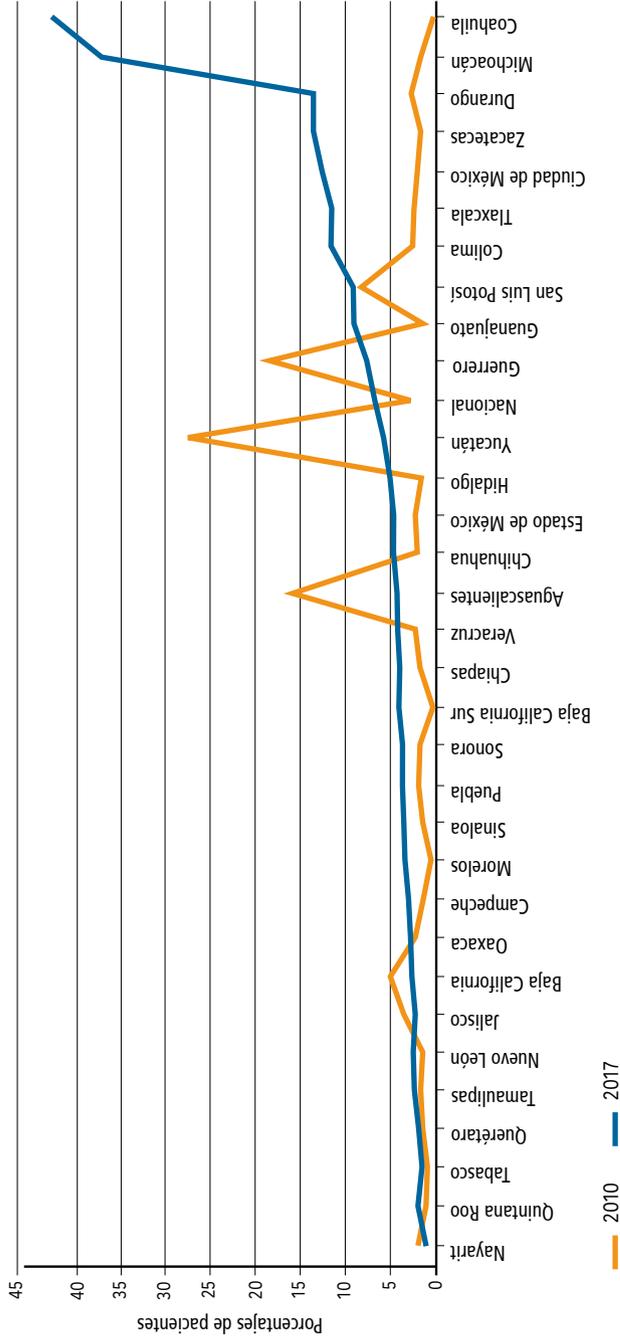
riodo registraron una disminución en el tiempo de espera de sus pacientes, pasaron de 29.1 minutos en 2010 a 12.7 minutos en 2017 (Coneval, 2018).

Otro indicador vinculado con la calidad en los servicios de salud se relaciona con la seguridad sanitaria, el indicador analizado es la tasa de infecciones nosocomiales o asociadas a la atención médica (IAAS), la cual se refiere a evitar infecciones adquiridas en un entorno de atención médica, dicha tasa fue de 16% de los egresados hospitalarios en 2017. Aguascalientes, Guerrero y Yucatán fueron las entidades que registraron un mayor incremento en la tasa de personas que desarrollaron una infección nosocomial (gráfica 7).

En cuanto al acceso efectivo a la salud, de 2014 a 2018 se registra una disminución de alrededor de 10 puntos porcentuales en las instituciones públicas, mientras que el acceso efectivo de instituciones privadas registró un aumento en el mismo periodo (gráfica 8). Un elemento que puede explicar esta situación ésta relacionado con la afiliación a los servicios de salud, ya que no necesariamente garantizan un acceso y la población opta por utilizar los consultorios adyacentes a las farmacias para atenderse, es decir, estos consultorios están sustituyendo a la oferta pública en el primer nivel de atención (Colchero *et al.*, 2020).

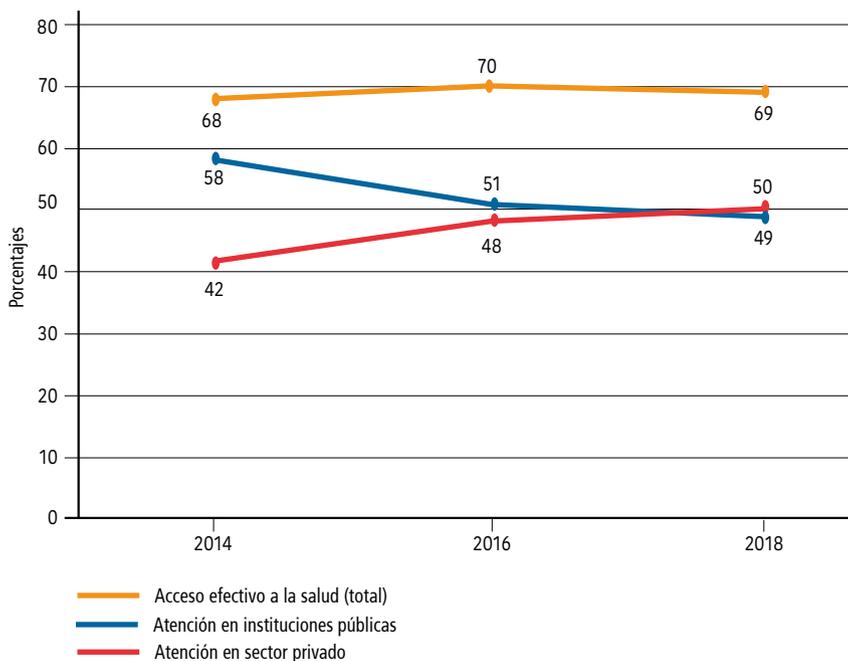
Es importante destacar que en México predomina un enfoque de salud orientado más hacia la corrección que hacia la prevención. Un indicador de este modelo se refleja en el número promedio de consultas de medicina especializada, particularmente debido a la elevada demanda generada por enfermedades crónicas no transmisibles, así como las comorbilidades y complicaciones asociadas a estas condiciones. Durante el año 2014, el promedio de estas consultas se situó en 433.6 por cada mil habitantes, como se ilustra en la gráfica 10. Un dato significativo es que los estados de Chiapas y Oaxaca

Gráfica 7
 Porcentaje de personas que fueron dados de alta del hospital y adquirieron una infección nosocomial (2010-2017)



Fuente: Coneval, 2018.

Gráfica 8
Acceso efectivo a la salud en instituciones públicas y privadas
en México (2014-2018) (porcentajes)



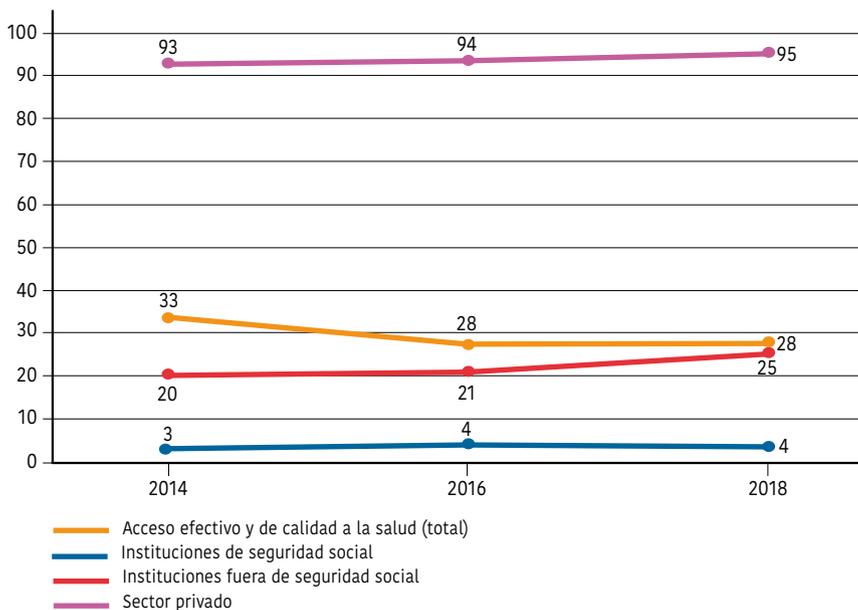
Fuente: elaboración propia con base en datos de Valencia y Jaramillo (2023).

presentan la menor cantidad de médicos especializados en el país (Coneval, 2018).

2. LAS BRECHAS EN EL ACCESO A LA SALUD: ÁMBITOS URBANO Y RURAL

El acceso y cobertura universal a la salud implica que todas las personas y comunidades tengan acceso equitativo, sin discriminación, a servicios de salud apropiados, oportunos y de alta calidad, determinados a nivel nacional según las necesi-

Gráfica 9
Tiempo de traslado y atención de problemas de salud
en instituciones públicas y privadas en México (2014-2018)
(minutos)

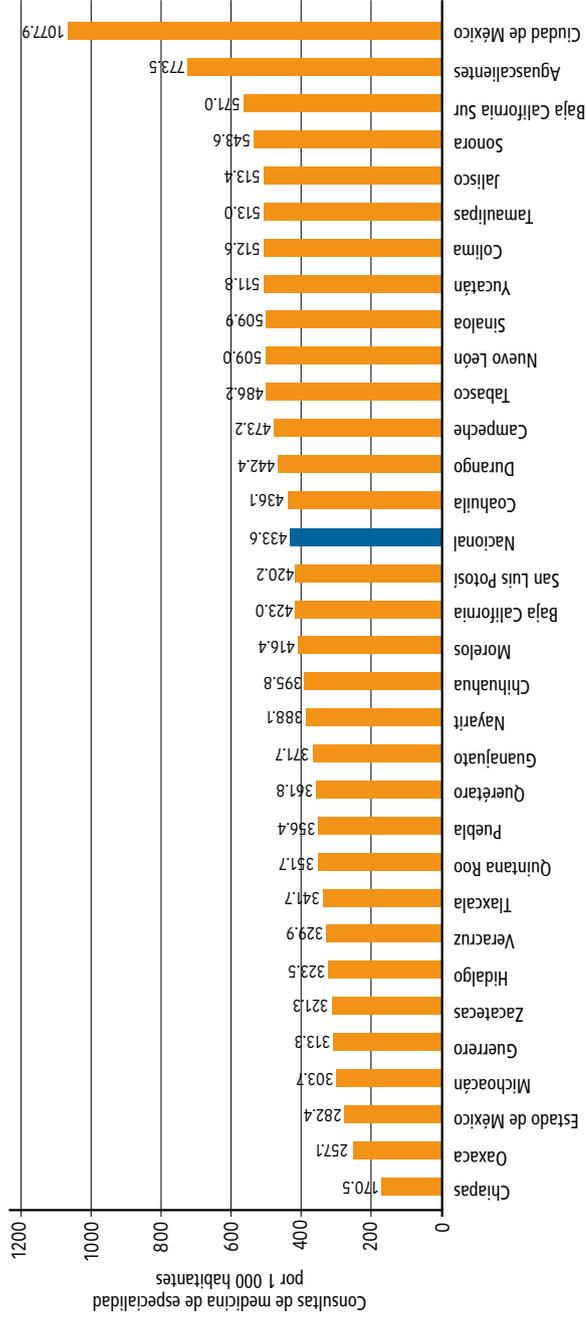


Fuente: elaboración propia con base en datos de Valencia y Jaramillo (2023).

dades. Además, se garantiza el acceso a medicamentos seguros, eficaces y asequibles, al tiempo que se previene cualquier dificultad financiera derivada del uso de estos servicios, especialmente para los grupos en situación de vulnerabilidad (OPS, 2023). Sin embargo, México enfrenta diferentes desafíos en torno a la desigualdad en el acceso a servicios de salud entre zonas urbanas y rurales.

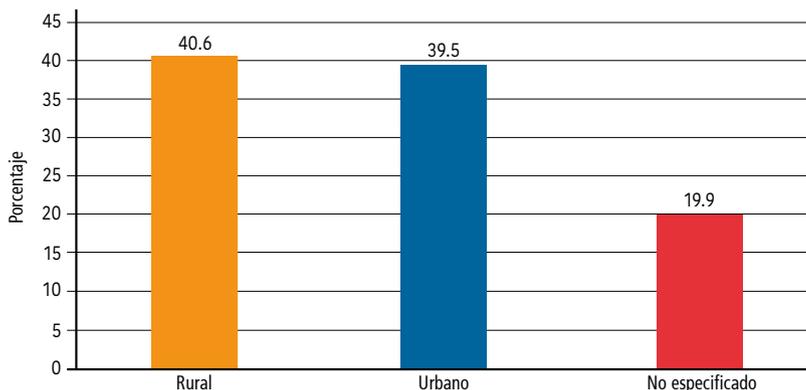
Observando las unidades médicas de consulta externa, las cuales reflejan la disponibilidad de infraestructura física e incluyen los consultorios que son el primer punto de contacto entre la población y el sistema de salud, para el año 2018 se

Gráfica 10
 Total de consultas de medicina especializada por cada mil personas
 por entidad federativa (2014)



Fuente: Coneval (2018).

Gráfica 11
Unidades de consulta externa por tipo de localidad
(rural y urbano) (2018)



Fuente: Coneval 2018.

contaban con 27 689 unidades de consulta externa del sector público en el país, de la cuales 39.5% se ubicaban en zonas urbanas, 40.6% en zonas rurales y 20% no especifica el tipo de localidad donde se encuentran (gráfica 9) (Coneval, 2018). Si bien, no se muestra una desigualdad mayúscula, las zonas rurales son quienes cuentan ligeramente con más unidades médicas.

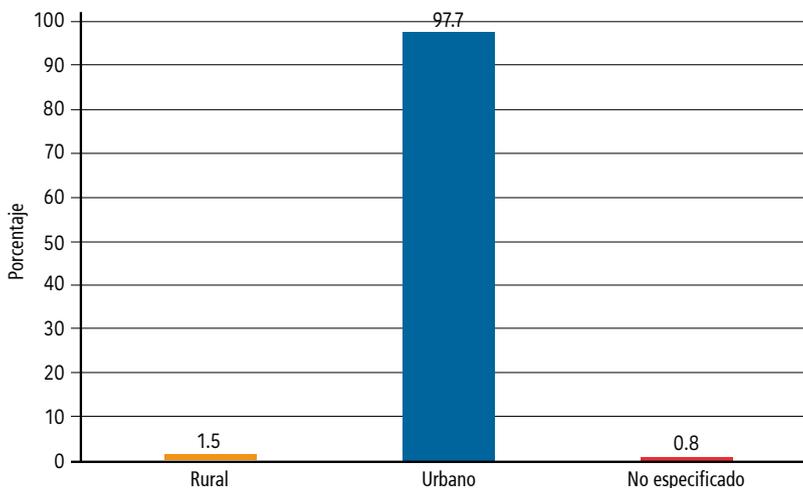
No obstante, al analizar la disponibilidad de unidades de hospitalización, para tener conocimiento sobre la provisión de servicios a pacientes que necesitan ser atendidos con una atención médica más especializada, en 2018 ascendían a un total de 4 571 unidades en el sector público, menos de cuatro por cada 100 000 habitantes. De estas unidades 97.7% se concentraban en zonas urbanas y solo 1.5% en zonas rurales (gráfica 12) (Coneval, 2018). Esta situación refleja que la estrategia de primer contacto es más equitativa, entre las localidades urbanas y rurales, mientras que, cuando se requiere de servicios

más especializados, las localidades rurales se enfrentan a una limitante de infraestructura para poder acceder a este tipo de servicios.

Una razón detrás de esta situación se atribuye a la insuficiente información sobre la probable demanda de servicios ambulatorios y hospitalarios. Asimismo, la ausencia de una meta nacional para la planificación estratégica de la infraestructura de salud contribuye a no satisfacer adecuadamente las necesidades de la población (Coneval, 2018).

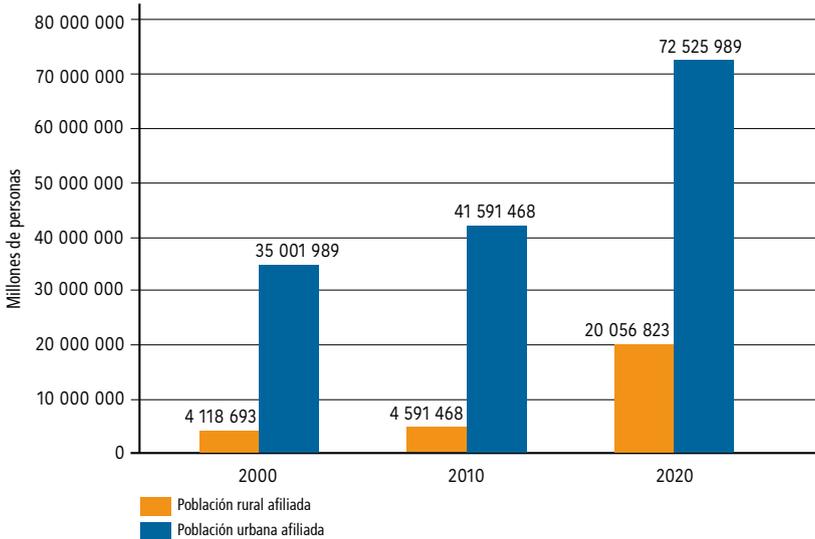
Al considerar la afiliación a los servicios de salud, se puede deducir que hay una desigualdad entre lo rural y lo urbano (gráfica 13), siendo un obstáculo para garantizar la cobertura universal establecida por ley. Asimismo, un problema paralelo, es el incremento del gasto que las familias destinan a servicios privados de salud, a pesar de estar afiliadas (Coneval, 2022; Valencia y Jaramillo, 2023).

Gráfica 12
Unidades de consulta externa por tipo de localidad
(rural y urbano) (2018)



Fuente: Coneval (2018).

Gráfica 13
Población afiliada rural y urbana a servicios de salud en México
(2000, 2010 y 2020)



Fuente: elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2020.

Un sector de la población que es relevante analizar por su vulnerabilidad, es la comunidad indígena. Ya que 23.1% no tiene afiliación a servicios de salud, de los cuales, 47.5 son mujeres y 52.5% hombres. De la población que sí cuenta con una afiliación, 83.7% están a una institución del sector público, concentrándose en el Seguro Popular y el IMSS (cuadro 1) (Inmujeres, 2023).

Esta información muestra un sistema de salud segmentado y permite identificar un reto al que se enfrenta México para garantizar la cobertura universal y el acceso efectivo, el de la diferencia entre las zonas urbanas y rurales, donde estas últimas, son las más afectadas, además de ser las más vulnerables dados sus problemas estructurales. Si bien hay un avance en cuanto a la población afiliada o unidades médicas de primer

Cuadro 1
Población hablante de lengua indígena en México afiliada a servicios de salud según institución de afiliación (2020)

<i>Institución de afiliación</i>	<i>Número afiliados</i>	<i>%</i>
Total	5 662 076	100.0
Seguro popular	4 289 228	75.8
IMSS	835 013	14.7
IMSS-Prospera/IMSS-Bienestar	218 652	3.9
ISSSTE	207 217	3.7
Pemex-Def-Mar	38 879	0.7
Otra institución	28 896	0.5
Seguro privado	25 652	0.5
ISSSTE-estatal	18 539	0.3

Fuente: elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2020.

contacto, no ha sido suficiente para cumplir con la meta de tener un sistema de salud que ofrezca atención eficiente, accesible y asequible a todos los niveles.

3. DISCRIMINACIÓN Y VULNERABILIDAD EN EL ACCESO A LA SALUD ENTRE LAS MUJERES MEXICANAS

Como se ha evidenciado, las diferencias en el acceso a la atención médica afectan más a las áreas rurales que a las urbanas. Sin embargo, dentro de estas zonas rurales, un grupo demográfico que experimenta una mayor desventaja y vulnerabilidad es el de las mujeres. Se ha demostrado que las que se encuentran en zonas de alta marginación socioeconómica, tanto urbanas, como rurales, poseen las peores condiciones de salud, no obstante, esta situación se intensifica cuando pertenecen a una localidad rural y a un grupo indígena (Estudillo *et al.*, 2005).

El artículo 12 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, establece que:

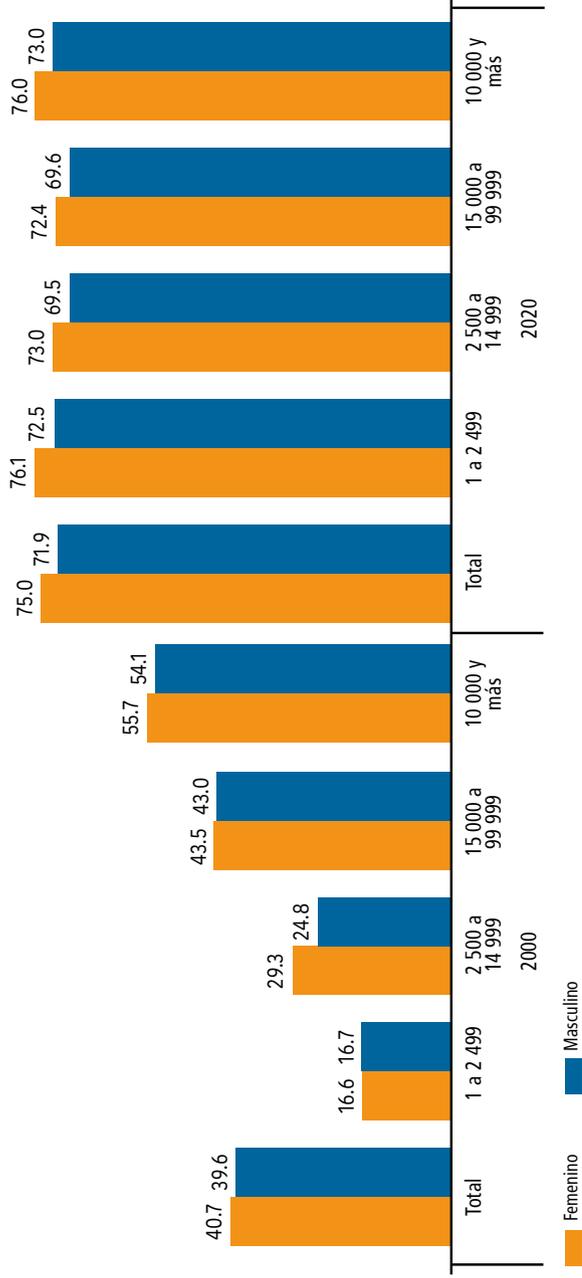
Los Estados parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación familiar (Parra, 2005: 158).

Complemento de lo anterior, para la mujer, la salud implica más que simplemente la ausencia de enfermedades; exige un estado de bienestar que equilibre lo físico, lo mental, lo emocional y lo espiritual (La Colectiva de Salud de las Mujeres de Boston, 2000). En otras palabras, es necesario brindar atención de salud sensible al género, considerando factores, biológicos, socioeconómicos y psicosociales, brindando mayor información sobre su salud sexual y reproductiva.

Al contrastar los niveles de afiliación de hombres y mujeres a los servicios de salud, se puede determinar que las mujeres cuentan con un acceso ligeramente superior a los servicios médicos (gráfica 14); no obstante, durante la pandemia de covid-19, 29% de las mujeres que buscaron atención médica no recibieron el servicio, mientras que solo 8% de los hombres enfrentaron la misma situación (Coneval, 2022). Si a esta situación se le agregan indicadores como el nivel socioeconómico, la marginación y la etnicidad, las desigualdades se profundizan (Estudillo *et al.*, 2005).

El hecho de que exista una mayor afiliación por parte de las mujeres, no se traduce en un mejor acceso y calidad del servicio; al revisar la tasa de mortalidad materna, que se refiere a las defunciones debidas a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto y que tiene lugar durante el perio-

Gráfica 14
 Afiliación a servicios de salud según tamaño de localidad y sexo (2000 y 2020) (porcentajes)



Fuente: INEGI-Inmujeres (2020).

do de gestación o en las seis semanas posteriores al final del embarazo (OMS, 2023). De 2019 a 2020, este indicador registró un incremento de 37.8% de 2019 a 2020, para este último año se estimaron 46.6 defunciones por cada 100 000 nacimientos (Coneval, 2022). Este problema se suma al contexto de desigualdad en el acceso a servicios de salud, intensificándose en entidades con mayor rezago social y mayor población indígena (Alarcón y Guzmán, 2022).

Para ilustrar la desigualdad entre mujeres que habitan en localidades urbanas y rurales, es necesario señalar que en México hay 64.5 millones de mujeres, de las cuales 21.1% habitan en localidades rurales. En términos educativos, el promedio de años cursados para mujeres rurales es de 7.3, mientras que para las mujeres urbanas es de 10.2. En cuanto a la participación laboral, a medida que aumenta el grado de urbanización aumenta la tasa de participación; 31% de las mujeres rurales mayor a 15 años de edad se inserta en alguna actividad económica, en cambio, 45.2% de las mujeres urbanas logra hacerlo. Un punto a considerar es que el porcentaje de mujeres que no reciben prestaciones es más alto en las localidades rurales, alcanzando 49.6%, en comparación con 20.6% de las que viven en localidades urbanas (Inmujeres, 2021).

Sumado a lo anterior, al examinar estadísticas, solo de mujeres que habitan en localidades rurales, 17.7% de ellas son hablantes de lengua indígena, quienes, por el simple hecho de ser mujeres e indígenas, históricamente han sido las más excluidas y discriminadas, registrando los niveles más altos de pobreza, así como violencia, falta de oportunidades, injusticias y dificultad para acceder a los derechos más elementales, como lo es la salud (Secretaría del Bienestar, 2019; Imujeres, 2021).

Se ha demostrado que la discriminación constituye el principal obstáculo que enfrentan las mujeres indígenas para acceder a los servicios de salud y atención médica, dicha discri-

minación se encuentra vinculada a la falta de reconocimiento de la sociedad, a la apariencia, a la falta de recursos económicos y al lenguaje, ya que no existen traductores en los servicios de salud, además de darse durante el embarazo y el parto (Universidad de Guadalajara, 2021; Serván-Mor *et al.*, 2023).

En efecto, el ser mujer o indígena, el residir en una localidad rural o urbana conlleva diferencias que pueden influir en las condiciones de vida y bienestar, por ello, y considerando que la discriminación se presenta en mayor medida entre los grupos vulnerables y, que independientemente del presupuesto público ejercido en materia de salud, su presencia representa un obstáculo para que las mujeres accedan a los servicios médicos. Por tal motivo, el objetivo de este estudio es el de examinar la probabilidad de que una mujer sea discriminada al buscar atención médica, considerando un conjunto de características relacionadas con factores socioeconómicos y demográficos, esto con la finalidad de identificar perfiles de grupos vulnerables de mujeres que se enfrentan a las condiciones más adversas para poder recibir atención médica.

A partir de los datos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (Enadis) 2017, se elaboró una base de datos que permitió desarrollar el análisis planteado; esta encuesta contiene información sobre diversas situaciones relacionadas a la discriminación que padecen diversos grupos vulnerables; esta base cuenta con información socioeconómica y demográfica sobre un conjunto de mujeres encuestadas respecto a si en alguna institución les han negado atención médica sin justificación aparente.

Con estos datos se desarrolló un modelo *logístico complementario* o *cloglog*, la justificación para el uso de esta técnica se debe principalmente a que en los casos donde la variable dependiente presenta un valor extremo en las observaciones, es

mejor utilizar una metodología que permita corregir el sesgo del parámetro derivado de la cantidad de valores cero o uno en nuestra variable dependiente (Cameron y Trivedi, 2005); en el caso del presente modelo, esta variable toma el valor uno cuando la mujer señala que se le ha negado atención médica sin justificación alguna y toma el valor cero en caso contrario (*discr_sal*), la proporción de valores cero y uno es de 90.78 y 9.22%, respectivamente. En cuanto a las variables explicativas, estas consideran si la mujer es la jefa del hogar (*Jefadeh*), una serie de variables asociadas al nombre de la institución pública donde reciben atención médica, tal como Seguro Popular (*segur_pop*), Instituto Mexicano de Seguridad Social (*IMSS*), si se atiende en una clínica privada (*priv*), o en un consultorio de farmacia (*Farmac*), si pertenece a una comunidad indígena (*Indig*), nivel educativo medio (*media*), medio superior (*media_superior*), superior (*superior*), estrato económico bajo (*bajo*) y alto (*alto*). Para el caso de la edad se han considerado dos variables, la primera es la edad en años cumplidos (*edad*) y su variable cuadrática (*edad2*).

Por lo tanto, se propuso la siguiente especificación del modelo econométrico

$$\Pr(\text{discr}_{\text{sal}}) =$$

$$F(\beta_0 + \beta_1 \text{rural}_i + \beta_2 \text{edad}_i + \beta_3 \text{edad2}_i + \beta_4 \text{jefadeh}_i + \beta_5 \text{segur}_{\text{pop}_i} + \beta_6 \text{IMSS}_i + \beta_7 \text{priv}_i + \beta_8 \text{farmac}_i + \beta_9 \text{indig}_i + \beta_{10} \text{media}_i + \beta_{11} \text{media}_{\text{superior}_i} + \beta_{12} \text{superior}_i + \beta_{13} \text{bajo}_i + \beta_{14} \text{alto}_i + \epsilon)$$

$$\text{Donde, } Fz = \frac{\exp^2}{1 + \exp^2} \text{ y el subíndice } i = 1, \dots, 47\ 346$$

Los resultados se muestran en el cuadro 2, los regresores relacionados con los niveles educativos muestran que las mujeres jóvenes tienden a sufrir mayor discriminación en el acceso a la salud (signo positivo en *edad*) en comparación con las mujeres de edad mayor (signo negativo en *edad2*), este resultado es acorde con lo que se ha observado en otros estudios como el de Long *et al.* (2023), donde a partir de una encuesta aplicadas a mujeres estadounidenses, se encontró que las más jóvenes se enfrentaban a mayores experiencias negativas durante la consulta médica; y esto puede explicarse debido a que la falta de experiencia frente a los sistemas de salud y el desconocimiento de los mecanismos que le permiten garantizar el ejercicio pleno de sus derechos en materia de salud, las hace más vulnerables a la discriminación.

Respecto a las instituciones donde se atienden estas mujeres, es posible observar que para el caso del IMSS y las clínicas privadas, no se observaron coeficientes que fueran estadísticamente significativos; por otro lado, las mujeres que se atienden en el Seguro Popular y en las farmacias sí reciben un trato discriminatorio cuando acceden a los servicios de salud (signos positivos y estadísticamente significativos).

Por otro lado, una mujer que ocupa el papel de jefa de hogar se enfrenta a un mayor nivel de discriminación en la atención médica, su coeficiente muestra un signo positivo y estadísticamente significativo; esto se debe principalmente a que cuando las mujeres asumen la jefatura del hogar, se ven presionadas por encontrar un trabajo que sea flexible en sus horarios para poder atender las necesidades del hogar y esto provoca que lleven a cabo una inserción en el mercado laboral bajo condiciones desventajosas, son empleos que no les brindan acceso a una seguridad social formal (Poy y Montoya-García, 2023); en consecuencia, estas mujeres tienden a laborar en empleos poco productivos con bajos ingresos y esto limita

su acceso a la atención médica en clínicas privadas (que de acuerdo con nuestro modelo no se presentan problemas de discriminación), y que en realidad busquen servicios médicos bajo el Seguro Popular o incluso en farmacias donde sí es más común que se presenten actos de discriminación contra ellas.

Respecto a las mujeres que pertenecen a una etnicidad indígena, es posible observar que ellas sufren de discriminación al momento de buscar los servicios médicos, pues el coeficiente de su signo es positivo y estadísticamente significativo; este fenómeno se ilustra a través de las narraciones proporcionadas en diversos contextos y se respalda con hallazgos de otros

Cuadro 2
Resultados de la estimación *logit* sobre
los determinantes de la discriminación de la mujer
en servicios médicos

Variable	Coeficiente	P>z
Observaciones	47 346	
LR chi2(14)	453	
Prob > chi2	0.000	
edad	0.0472603	0.000
edad2	-0.0005289	0.000
Jefadeh	0.1669571	0.000
segur_pop	0.5217599	0.001
IMSS	0.1129977	0.466
Priv	0.1736618	0.276
Farmac	0.3186881	0.047
Indig	0.2942926	0.000
Media	0.114841	0.004
media_superior	0.1182582	0.018
superior	-0.0671253	0.212
bajo	-0.021437	0.670
Alto	-0.3291404	0.000
_cons	-3.606753	0.000

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Enadis (2017).

estudios que concluyen que las mujeres indígenas enfrentan una mayor discriminación y la negación de servicios médicos debido a su género y origen étnico (Estudillo *et al.*, 2005; SRE, 2006; Chávez, 2021; Universidad de Guadalajara, 2021).

Con relación a los niveles educativos, es posible observar que cuando una mujer tiene estudios de nivel superior, esto no incide sobre los eventos de discriminación que se presenten en contra de ella; sin embargo, la discriminación sí se presenta para las mujeres con niveles educativos inferiores, tal como la educación media superior y media. Adicionalmente, es posible observar que las mujeres de los estratos económicos altos tienen una menor probabilidad de ser discriminadas cuando reciben atención médica, situación que se puede explicar porque ellas pueden financiar servicios de salud en clínicas privadas donde la probabilidad de que les nieguen el servicio sin una justificación clara se reduce.

CONCLUSIONES

La salud pública desempeña un papel fundamental en el desarrollo de una nación, y el gobierno mexicano ha mostrado un fuerte compromiso para aumentar la cobertura en salud, sin embargo, la calidad de los servicios no ha mejorado y persiste una baja sensibilidad a las diferencias de género, pues en indicadores como el de la mortalidad materna no se han conseguido importantes avances y se ha quedado estancado el indicador, incluso durante el periodo de la pandemia (2019-2020) este se incrementó como resultado de la infraestructura insuficiente para atender la demanda sanitaria que se presentó en esos años.

La discriminación en la atención médica por motivos de género, económicos y étnicos es un problema real, especialmente para las mujeres en situación de extrema vulnerabili-

dad, por ello, es crucial que el sistema de salud en México persista en sus esfuerzos por elevar la calidad de los servicios y avanzar hacia la cobertura universal. Sin embargo, es igualmente vital que se implementen programas destinados a proteger y asistir a las mujeres en general y, particularmente, a las más vulnerables para eliminar los tratos desiguales al momento de solicitar atención médica. De tal manera que puedan ejercer su derecho de acceso a la salud y, de esta manera, superar la pobreza.

El ejercicio econométrico nos permite conocer el perfil de las mujeres encuestadas por la Enadis 2017 que padecen en mayor medida los estragos de la discriminación; es decir, aquellas que son jóvenes, jefas de hogar, que se atienden en el Seguro Popular o farmacias, con bajos niveles educativos y que no pertenecen a un estrato socioeconómico alto. En consecuencia es necesario impulsar un conjunto de políticas públicas encaminadas a buscar la cobertura universal de los cuidados de la salud pero considerando un enfoque de género, brindándoles a las mujeres jóvenes toda la información necesaria para ejercer su derecho a la salud, particularmente en temas de salud sexual y reproductiva; incrementar la participación y los niveles educativos de las mujeres mexicanas; nos parece particularmente relevante que en el caso de las jefas del hogar es necesario impulsar un programa de guarderías que se ajuste a las necesidades de desarrollo profesional de las jefas del hogar, de tal manera que les sea posible ingresar al mercado laboral en mejores condiciones.

BIBLIOGRAFÍA

ACNUDH (2023), El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>

- Alarcon I. y Guzmán K. (2022), “La muerte materna en México y la importancia de las estimaciones confiables”, *Nexos*.
- Cameron, A. C., y Trivedi, P. K. (2005). *Microeconometrics: methods and applications*. Cambridge University Press.
- Chávez L. (2021), Mujeres indígenas: la discriminación impide su derecho esencial a la salud. *Aristegui Noticias*. Disponible en: <https://aristeguinoicias.com/2311/mexico/mujeres-indigenas-la-discriminacion-impide-su-derecho-esencial-a-la-salud/>
- Colchero, M. A.; R. Gómez; J. L. Figueroa; A. Rodríguez-Atristain, y S. Bautista-Arredondo (2020), “Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018”, *Salud Pública de México*, 62(6), 851-858.
- Coneval (2022), El Coneval presenta El Primer Informe de la Evaluación Estratégica de Salud. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2022/NOTA_INFORMATIVA_EVALUACION ESTRATEGICA_DE_SALUD.pdf
- (2021), Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf
- (2019), Principales retos en el ejercicio del derecho a la salud. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Dosieres_Derechos_Sociales/Retos_Derecho_Salud.pdf
- (2018), Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018. <https://www.coneval.org.mx/quienessomos/InvestigadoresAcademicos/Paginas/Investigadores-Academicos-2014-2015.aspx>
- Estudillo Becerra, María Luisa; Sánchez Pérez Héctor Javier; Héctor, Ochoa Díaz-López; Graciela Freyermuth Enciso; Jorge Alejandro Flores Hernández, y Miguel Martín-Mateo (2005), “La salud y el uso de los servicios de salud por las mujeres de las áreas urbana

- y rural en las zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de la región fronteriza de Chiapas". *Estudios Demográficos y Urbanos*, 20(2), 309-339, Epub 20 de enero de 2020. <https://doi.org/10.24201/edu.v20i2.1220>
- Fajardo-Dolci, G.; J. P. Gutiérrez, y S. García-Saisó (2015), "Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud", *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186.
- Inegi-Inmujeres (2020), *Mujeres y hombres en México 2020*, primera ed. www.inegi.org.mx.
- Inmujeres (2021), *Desigualdad en cifras. Las mujeres rurales en México*. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BA7N11.pdf
- Long, M.; B. Frederiksen; U. Ranji; K. Diep, y Salganicoff (2023), *Women's Experiences with Provider Communication and Interactions in Health Care Settings: Findings from the 2022 KFF Women's Health Survey | KFF. Women's Health Policy*. <https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/womens-experiences-with-provider-communication-interactions-health-care-settings-findings-from-2022-kff-womens-health-survey/>
- La Colectiva de Salud de las Mujeres de Boston (2000), *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Estados Unidos (La guía definitiva para la salud de las mujeres).
- Mayer-Serra, C. E. (2007), "El derecho a la protección de la salud", *Salud Pública de México*, 49, 144-155.
- OMS (2023), *Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: organismos de las Naciones Unidas*. <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies#:~:text=La%20RMM%20mundial%20en%202020,y%20las%20339%20de%202000>.
- OPS (2023), *Salud universal*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- Parra Vera, O. (2008), "El derecho a la salud desde la perspectiva de género y de los derechos de las mujeres", en C. Zelada (ed.), *In-*

interpretación de los principios de igualdad y no discriminación para los derechos humanos de las mujeres en los instrumentos del Sistema Interamericano, IIDH, pp. 145-169.

Poy, S., y M. V. J. Montoya-García (2023), "Heterogeneidad ocupacional y reproducción de la fuerza de trabajo: los casos de Argentina y México", *Sociedad y Economía*, 48, e10811952. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i48.11952>.

Secretaría del Bienestar (2019), *Mujeres indígenas en busca de la equidad*. Disponible en: <https://www.gob.mx/bienestar/articulos/mujeres-indigenas-en-busca-de-la-equidad?idiom=es>

Serván-Mori, E. *et al.* (2023), "Ethnic Disparities in Effective Coverage of Maternal Healthcare in Mexico, 2006-2018: a Decomposition Analysis", *Sex Res Soc Policy* 20, 561-574. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00685-5>

SRE (2006), *Las mujeres rurales en México: estrategias para su desarrollo*, Unifem-PNUD. Disponible en: <https://biblioteca.semarnat.gob.mx/janium/recursos/224844/Contenido/L%20anexos/54%20Mujeres%20Rurales%20Mex.pdf>

Universidad de Guadalajara (2021), *Discriminación y obstáculos para mujeres indígenas en acceso a servicios de salud en el AMG*. Disponible en: <http://www.gaceta.udg.mx/discriminacion-y-obstaculos-para-mujeres-indigenas-en-acceso-a-servicios-de-salud-en-amg/>

Valencia Lomelí, E., y M. Jaramillo Molina (2023), *Brechas de acceso a la salud en México en el marco de la nueva ruralidad*. www.issuu.com/publicacionescepal/stacks

Gasto en cuidados de la salud en México. Un análisis según la clase de hogar donde residen

Sebastián Antonio Jiménez Solís
Isalia Nava Bolaños

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un resultado intrínseco del proceso de transición demográfica. Miró (2013) identifica este fenómeno como el paso de niveles elevados de mortalidad y fecundidad a niveles bajos y controlados. A ello se agrega el efecto de la migración internacional. Estos cambios conducen a una modificación de la estructura poblacional, mientras que la participación de los(as) menores se reduce, la población mayor aumenta de manera permanente, lo que denota un envejecimiento de la población. Se espera que en el transcurso de los siguientes años a nivel mundial la proporción de personas de 65 años y más de edad (P65+) pase de 10% de la población total en 2023 a 16.5 en 2050 y 24.0% en 2100. En México se espera que esta proporción aumente de 8.6 a 18.9 y 34.9%, respectivamente, es decir, se espera que el proceso de envejecimiento sea aún más rápido (ONU, 2023).

Ham (2003), identifica que la dimensión del envejecimiento que traerá el mayor efecto social y económico será el de la salud. En un contexto de envejecimiento demográfico las causas de enfermedades transmisibles se desplazan hacia con-

diciones crónicas en las edades avanzadas. Ello implica que la atención debe centrarse en la morbilidad y las consecuencias no letales de las enfermedades, un caso particular es el de los gastos en los cuidados de la salud.

Entre las investigaciones que analizan el gasto en salud, Parker y Wong (1997) sugieren que su pago monetario para los hogares mexicanos es sensible a los cambios en los niveles de ingreso del hogar, y la elasticidad del gasto monetario en salud con respecto al ingreso es mayor en los grupos de bajos ingresos sin seguro. Además, en tiempos de crisis económicas estos hogares reducen los gastos en atención de salud proporcionalmente más que los hogares asegurados y de mayores ingresos. Entre sus hallazgos destacan la importancia de las prestaciones de salud del hogar a la hora de determinar los gastos en efectivo en atención médica, que a su vez está determinado por la participación en el mercado laboral en el sector formal o informal del empleo.

A partir de estos antecedentes el objetivo de este capítulo es analizar el gasto en cuidados de la salud de los(as) integrantes del hogar, diferenciando la presencia o no de personas mayores, la clase de hogar, y diversas características sociodemográficas y económicas.

Además de la introducción y las conclusiones, el capítulo se divide en tres apartados. En el primero, se presentan algunos antecedentes sobre los gastos en salud, en el segundo apartado, se describe la metodología y, en el tercero, se exponen los resultados del análisis estadístico y el análisis de correspondencias.

PANORAMA GENERAL SOBRE EL GASTO EN SALUD

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) resalta como una preocupación central el efecto de los pagos directos de bolsillo en salud, especialmente al vincularlo con el nivel de po-

breza de los hogares, sugiere estrategias como la ampliación de la cobertura de riesgos a través de sistemas de seguridad social y la implementación de sistemas de prepago (OPS, 2021). Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza la importancia de garantizar la protección económica, esto es que los pagos directos por servicios de salud no generen dificultades económicas ni amenazen el nivel de vida de las personas (OMS, 2021).

Perticara (2008) señala que los hogares que no tienen gastos de bolsillo en salud es porque se encuentra asegurados en alguna institución de salud o porque perciben niveles de ingreso de subsistencia y no pueden afrontar ningún tipo de gasto, o porque no experimentaron eventos de enfermedad significativa.

Van Der y Preker (1998) destacan que las diversas necesidades de salud en distintas etapas de la vida generan considerables disparidades en los costos de la atención médica. Por lo tanto, el envejecimiento demográfico modificará la estructura de los gastos destinados a la atención sanitaria. Además, señalan que si bien las proyecciones demográficas a largo plazo pueden ser bastante fiables y estables, las discrepancias en los gastos de salud específicos por edad varían significativamente con el tiempo y dependen de la forma en que se organiza y evoluciona el sistema de atención médica.

Lee *et al.* (2019), mencionan que las personas con menores niveles de educación e ingresos tienden a utilizar menos los servicios de atención preventiva. También identifican que a medida que las personas envejecen, aumenta su preocupación por el estado de su salud, lo que los lleva a recurrir más en estos servicios. Además, destacan que la utilización de estos servicios puede mejorar la salud, reducir los gastos sanitarios y disminuir la necesidad de servicios hospitalarios, especialmente entre aquellos que no tienen acceso a la atención médica gratuita.

A medida que la población envejece, los gastos sanitarios relacionados con enfermedades crónicas continúan aumentando. Se estima un aumento significativo en la incidencia de diabetes en los últimos años, lo que resultará en un drástico incremento en los costos de la atención de la diabetes si no se implementan intervenciones efectivas.

Yazbeck (2009) resalta la relevancia del sistema de salud pública como un agente nivelador entre hogares de distintos niveles económicos. Los hogares más desfavorecidos se encuentran en una posición desventajosa al carecer de acceso a una atención médica adecuada debido a sus recursos económicos limitados, bajos niveles de educación en temas de salud y una menor capacidad para acceder a cuidados preventivos.

Lee *et al.* (2018), encuentran que la educación en general estaba asociada con el acceso a la atención preventiva. Las personas con educación superior tenían más altas posibilidades de utilizar la atención médica preventiva y así evitar mayores padecimientos durante la vejez e impactaría en menores costos en la atención médica en caso de que un sistema de salud no brinde la cobertura universal.

Para el caso particular de México, Sáenz-Vela y Guzmán-Giraldo (2021) encuentran que la fragmentación del sistema de salud genera disparidades en la cobertura y el nivel de gasto de bolsillo en toda la población; que el funcionamiento del Seguro Popular limita su capacidad para proporcionar una atención adecuada a sus beneficiarios; que el gasto de bolsillo varía entre los diferentes sistemas de salud, siendo el Seguro Popular el que ofrece una protección menor y está altamente influenciado por las características socioeconómicas y regionales de las personas.

METODOLOGÍA

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)

El análisis de los datos se realiza con base en los microdatos de la ENIGH de 2022 que levanta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Esta tiene como objetivo proporcionar un panorama estadístico sobre el comportamiento de los ingresos y gastos de los hogares en relación con su monto, fuentes y distribución; las características sociodemográficas y ocupacionales de los integrantes del hogar; las condiciones de infraestructura de la vivienda; y el equipamiento del hogar. Es representativa a nivel nacional y por entidad federativa, tanto para localidades urbanas como rurales. Es de corte transversal y tiene una periodicidad bienal. El esquema de muestreo es de tipo probabilístico, estratificado, bietápico y por conglomerados, donde la unidad de selección es la vivienda y la unidad de observación es el hogar.

La encuesta incluye una minuciosa desagregación de variables, entre las que se destacan las relacionadas con el gasto en cuidados de la salud, que incorpora más de 70 conceptos. La construcción de la variable “cuidados de la salud” considera el gasto de los hogares destinado a:

- Atención primaria o ambulatoria: consulta externa (no hospitalaria, ni embarazo), servicios médicos, medicamentos recetados, control de peso y atención hospitalaria (no incluye parto).
- Atención hospitalaria: servicios médicos durante el parto, servicios médicos y medicamentos durante el embarazo, y seguro médico.
- Medicamentos sin receta: medicamentos no recetados y material de curación, medicina alternativa, y aparatos ortopédicos y terapéuticos.

La encuesta también permite agrupar por la clase de hogar.¹ Se identifica a los hogares sin P65+ y con P65+, y para esos últimos las clases:

- Unipersonal: constituido por una sola persona (que es el jefe(a) de 65+).
- Pareja sola: formado por un jefe(a) y su cónyuge, sin hijos(as).²
- Nuclear con hijos(as): integrado por un jefe(a), su cónyuge y sus hijos(as); o un jefe(a) y sus hijos(as).
- Otro:³ corresponde a los hogares ampliados, compuestos y corresidentes.⁴

Una vez que se ha identificado a los hogares según condición de gasto en salud y clase de hogar, se revisan las siguientes variables para los(as) integrantes de los hogares de 12 y más años de edad: sexo, grupo de edad (12-19, 20-39, 40-64, 65-69, 70-79 y 80+),⁵ escolaridad (primaria incompleta o me-

1. Clasificación de los hogares según el tipo de relación, ya sea consanguínea, legal, de afinidad o de costumbre, entre el jefe(a) y los demás integrantes del hogar. Se excluye a la población trabajadora doméstica, sus familiares y a los huéspedes (INEGI, 2022a).

2. Se consideran los casos en que ambas personas tienen 65+, o el/la jefe(a) tiene 65+ y su cónyuge <65, o viceversa.

3. Incluye a los hogares ampliados, compuestos y corresidentes, ya que la suma de los porcentajes de los dos últimos resultó muy baja (menos de 1.5%).

4. Los hogares ampliados se integran por el jefe(a) con su núcleo familiar más otros parientes o no parientes. Los hogares compuestos se forman por un hogar nuclear o ampliado con personas sin parentesco con el jefe(a). Los hogares corresidentes se componen de personas que no tienen parentesco con el jefe(a) (INEGI, 2022a).

5. El análisis estadístico se consideró a los(as) integrantes del hogar de 12 años o más, con el propósito de no perder información al incluir preguntas de la ENIGH dirigidas a partir de esas edades.

nos, primaria completa, secundaria completa y media superior o más), condición de habla de lengua indígena, condición de discapacidad, situación conyugal (viudez, sin pareja y en unión), localidad (rural y urbana), condición de percepción de ingresos derivados de pensión contributiva,⁶ transferencias gubernamentales⁷ y trabajo (independiente y subordinado).

Análisis de correspondencias múltiple (ACM)

El ACM es una técnica estadística que permite agrupar individuos con características similares. Convierte variables categóricas en espacios bidimensionales, mostrando cómo ciertas modalidades se relacionan entre sí en los datos. Además, identifica subgrupos cohesivos en la población, donde los individuos comparten características comunes. El ACM facilita la creación de grupos de individuos con propiedades compartidas, representándolos de forma gráfica en un plano cartesiano. Para ello, se generan dos planos: uno para los individuos, donde se visualizan los grupos con propiedades similares, y otro para las propiedades. La proximidad de las propiedades en el plano indica la probabilidad de que los individuos que poseen una propiedad también compartan las demás. Esta simetría significa que dos individuos cercanos en el plano comparten

6. Se refiere a ingresos por jubilaciones y/o pensiones originadas dentro del país, y/o las que provienen de otro(s) país(es).

7. Incluye los siguientes rubros: 1) becas provenientes del gobierno, 2) beneficio de los programas: Procampo; ProAgro productivo; Producción para el bienestar, 3) beneficio de otros programas para adultos mayores, 4) beneficios de otros programas sociales, 5) Beca Bienestar para las Familias de Educación Básica (Prospera); 6) Beca Benito Juárez para Jóvenes de Educación Media Superior; 7) Beca Jóvenes Escribiendo el Futuro de Educación Superior; 8) Programa para el bienestar de las personas adultas mayores; 9) Pensión para el bienestar de personas con discapacidad; 10) apoyo para el bienestar de los hijos de madres trabajadoras; 11) Seguro de vida para jefas de familia; 12) Programa Jóvenes Construyendo el Futuro.

numerosas propiedades (Brissaud, 2023). El análisis que se presenta se basa en el supuesto de homogeneidad⁸ entre las variables seleccionadas y categorizadas (Greenacre, 2008) y busca identificar asociaciones que den cuenta de la relación entre el gasto en cuidados de la salud en hogares con P65+ y las distintas características sociodemográficas y económicas de los(as) integrantes.

GASTO EN SALUD DE INTEGRANTES DEL HOGAR CON PERSONAS MAYORES

¿Quién es la población que reside en hogares con personas mayores?

A partir de la ENIGH 2022 se identifica que la población total en ese año alcanzó los 128.9 millones de personas en el país. Además, según se observa en el cuadro 1, se distingue un número más elevado entre la población de 12 años o más que reside en hogares sin la presencia de P65+, con 74.2%; en contraste con 25.8% que habita en hogares con P65+. En adelante el análisis se centra en este grupo poblacional, de 12 y más.

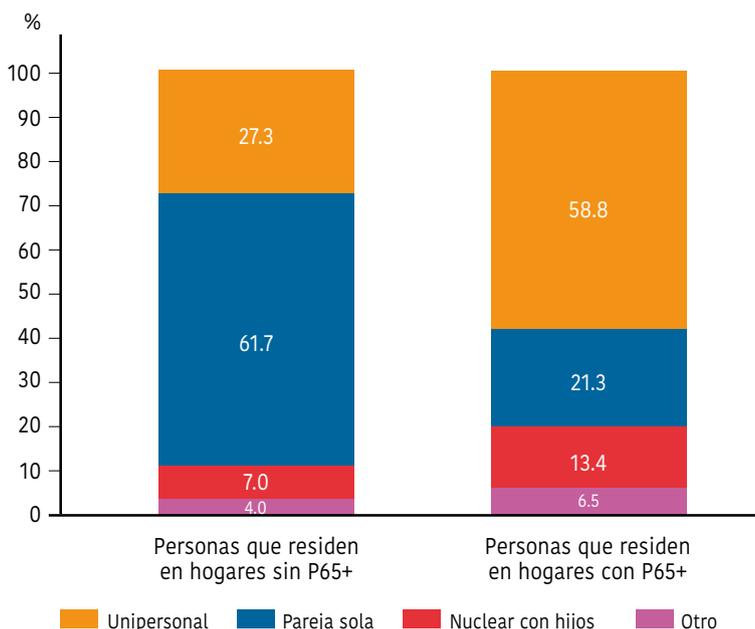
Al desagregar según clase de hogar, las cifras muestran que la población en hogares con P65+ presenta una mayor concentración porcentual en la categoría de otros hogares, es decir, población que reside en hogares ampliados, compuestos o corresidentes (58.8%), seguido de los hogares nucleares con hijos(as) con 21.3% y pareja sola con 13.4% y finalmente se encuentran los hogares unipersonales con 6.5%. Al contrastar con el porcentaje de personas que residen en hogares sin P65+ predominan los hogares nucleares con presencia de hijos(as) con 61.7%. También llama la atención que el porcentaje de hogares unipersonales aumenta cuando hay presencia de

8. El análisis de homogeneidad se conoce también por el acrónimo-Homals (Homogeneity Analysis by Means of Alternating Least Squares) (Pérez, 2004).

p65+ en el hogar. De acuerdo con Montes de Oca y Hebre-ro (2008, 2006) los hogares mexicanos presentan etapas más avanzadas y nuevos arreglos familiares en donde la presencia generacional aumenta y el reto de vivir la vejez con calidad genera una nueva distribución de tareas.

Al analizar las características de la población en hogares con P65+ se encuentra que 55.1% son mujeres y 44.9% hom-bres, la participación femenina es mayor en contraste con la

Gráfica 1
Distribución de la clase de hogar de los(as) integrantes* de los hogares según presencia de P65+ (México, 2022)



*Se refiere a la población de 12 y más años de edad.

Nota: Se realizó una evaluación muestral de los datos tomando como referencia el coeficiente de variación CV (%), por lo que se obtuvo un nivel de precisión alta, es decir los CV (%) se encontraban en el rango (de 0 a 15).

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2022 (INEGI, 2022b).

Cuadro 1

Características sociodemográficas y económicas de los(as) integrantes de los hogares* según presencia de P65+ (México, 2022)

Variables	Categorías	Personas de 12+, que residen en hogares sin P65+		Personas de 12+, que residen en hogares con P65+		Unipersonal		Pareja sola		Nuclear con hijos		Otro	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Hombres	37 593 094	48.1	12 187 300	44.9	666 532	37.6	1 823 087	50.1	2 883 441	49.8	6 814 240	42.7
	Mujeres	40 554 532	51.9	14 977 725	55.1	1 107 439	62.4	1 815 186	49.9	2 904 105	50.2	9 150 995	57.3
Grupo de edad	De 12 a 19 años	15 501 646	19.8	2 2388 227	8.8					166 321	2.9	2 221 906	13.9
	De 20 a 39 años	32 163 093	41.2	5 550 964	20.4			2 455	0.1	1 285 396	22.2	4 263 113	26.7
	De 40 a 64 años	30 482 887	39.0	6 637 535	24.4			615 333	16.9	1 766 205	30.5	4 255 997	26.7
	De 65 a 69 años			4 550 092	16.8			1 204 701	33.1	1 018 247	17.6	1 821 129	11.4
	De 70 a 79 años			5 362 825	19.7			1 359 895	37.4	1 040 025	18.0	2 162 549	13.6
	80 años o más			2 675 382	9.9			455 889	12.5	511 352	8.8	1 240 541	7.8
Escolaridad	Primaria incompleta	6 286 315	8.0	7 369 859	27.1	857 181	48.3	1 445 706	39.7	1 482 814	25.6	3 584 158	22.5
	Primaria completa	15 484 158	19.8	5 958 239	20.8	405 090	22.8	804 601	22.1	1 085 129	18.8	3 363 419	21.1
	Secundaria completa	26 148 960	33.5	5 936 874	21.5	203 038	11.5	552 60	15.2	1 097 235	19.0	3 984 001	25.0
	Media superior o más	30 228 193	38.7	8 300 053	30.6	308 662	17.4	835 366	23.0	2 122 368	36.7	5 033 657	31.5
Lengua indígena	No habla	73 433 395	94.0	25 244 126	92.9	1 624 447	91.6	3 361 986	92.4	5 437 282	94.0	14 820 411	92.8
	Habla	4 714 231	6.0	1 920 899	7.1	149 524	8.4	276 287	7.6	350 264	6.1	1 144 824	7.2
Discapacidad	Sin discapacidad	74 566 154	95.5	22 322 091	82.4	1 208 362	68.3	2 749 027	75.8	4 728 124	82.0	13 636 578	85.7
	Con discapacidad	3 512 297	4.5	4 753 396	17.6	560 686	31.7	879 882	24.3	1 040 419	18.0	2 272 409	14.3

Variables	Personas de 12+, que residen en hogares con PG5+						Personas de 12+, que residen en hogares con PG5+						Personas de 12+, que residen en hogares con PG5+					
	Categorías			Personas de 12+, que residen en hogares sin PG5+			Unipersonal			Pareja sola			Nuclear con hijos			Otro		
	N	%		N	%		N	%		N	%		N	%		N	%	
Situación conyugal	Vivez	1 948 923	2.5	4 334 001	16.0		1 116 848	63.0		306	0.0		823 096	14.2		2 393 751	15.0	
	Sin pareja	34 430 963	44.1	10 862 854	40.0		608 090	34.3		3 320	0.1		2 869 543	49.6		7 381 901	46.2	
	En unión	41 767 740	53.5	11 968 170	44.1		49 033	2.8		3 634 647	99.9		2 094 907	36.2		6 189 583	38.8	
Localidad	Urbano	59 775 765	76.5	20 885 498	76.9		1 340 062	75.5		2 644 352	72.7		4 552 776	78.7		12 348 308	77.3	
	Rural	18 371 861	23.5	6 279 527	23.1		433 909	24.5		993 921	27.3		1 234 770	21.3		3 616 927	22.7	
Pensión contributiva	Sin pensión	75 771 678	97.0	22 597 864	83.2		1 126 514	63.5		2 548 251	70.0		4 820 769	83.3		14 102 330	88.3	
	Con pensión	2 375 948	3.0	4 567 161	16.8		647 457	36.5		1 090 022	30.0		966 777	16.7		1 862 905	11.7	
Transferencias del gobierno	No recibe	71 728 760	91.8	16 408 418	60.4		349 716	19.7		1 287 183	35.4		3 786 883	65.4		10 984 636	68.8	
	Recibe	6 418 866	8.2	10 756 607	39.6		1 424 255	80.3		2 351 090	64.6		2 000 663	34.6		4 980 599	31.2	
Ingresos por trabajo	No recibe	28 581 570	36.6	14 871 419	54.7		1 214 071	68.4		2 428 155	66.7		2 922 126	50.5		8 307 067	52.0	
	Recibe	49 566 056	63.4	12 293 606	45.3		559 900	31.6		1 210 118	33.3		2 865 420	49.5		7 658 168	48.0	

*Se refiere a la población de 12 y más años de edad

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2022.

población femenina en hogares sin P65+ (51.9%), resultado de la mayor sobrevivencia de las mujeres y la feminización de la vejez.

Aunque la mayoría de las personas se concentra en edades intermedias (20 a 64 años), independientemente de si residen en hogares con P65+, es evidente cómo se concentra un porcentaje de población en el rango de 70-79 entre quienes habitan en hogares con P65+, lo que da cuenta del proceso de envejecimiento demográfico. Se espera que en los próximos años a medida que aumente la participación de la población mayor, también sea notoria la gran presencia en los rangos de edades más avanzadas.

La escolaridad es una de las variables donde se visibilizan las mayores diferencias entre las personas de 12+ que residen en hogares con y sin presencia de P65+. Resalta la mayor participación de población con primaria incompleta o menos entre quienes habitan en hogares con P65+, en contraste con quienes residen en hogares sin P65+. Por el contrario, la mayor concentración en los niveles de escolaridad más altos se presenta entre las personas en hogares sin P65+.

La mayoría de los(as) integrantes de los hogares no hablan lengua indígena o dialecto, entre quienes sí lo hablan los porcentajes son mayores en los hogares con P65+ (7.1%). Algo similar ocurre con la condición de discapacidad, es entre la población en hogares con personas mayores donde los porcentajes de población con discapacidad son significativamente más altos (17.6%).

La variable de situación conyugal también presenta marcadas diferencias, entre la población en hogares con P65+ son notorios los mayores porcentajes en viudez (16.0%) que en hogares sin P65+. Por el contrario, en la localidad no se aprecian desigualdades, la población de ambos grupos se concentra en las áreas urbanas.

En relación con las variables de ingresos, las pensiones adquieren relevancia en los hogares con P65 + , 16.8% de los(as) integrantes reciben ingreso por pensión contributiva y 39.6% por apoyos económicos de los distintos programas sociales del gobierno. Los ingresos por trabajo son reportados por 45.3% de las personas. Cabe mencionar que para la población en hogares sin P65 + los ingresos por trabajo adquieren relevancia y son reportados por un mayor porcentaje de población (63.4%), en contraste con los hogares con P65 + .

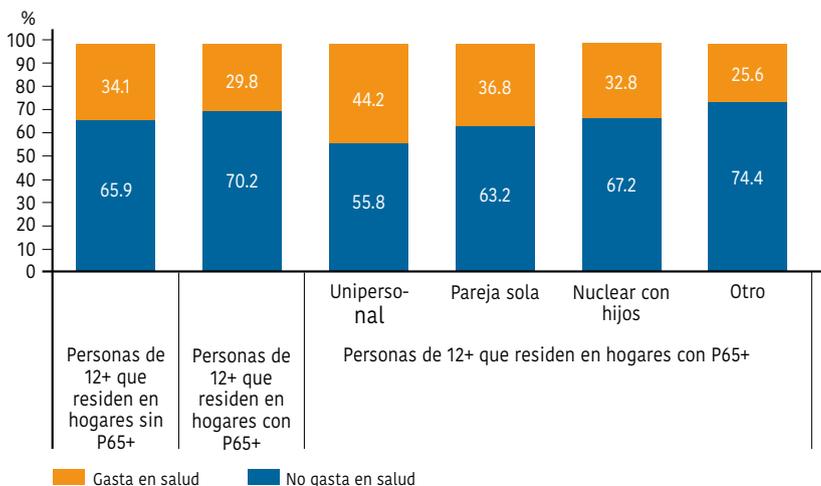
¿Cómo gastan en cuidados de la salud las personas que viven en hogares con personas mayores?

Como ya se ha señalado el gasto en cuidados de la salud se vuelve cada vez más relevante para la población mayor y el hogar donde reside, debido a la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, las lesiones y sus secuelas como incapacidades, y la necesidad de medicamentos. Entre la población en hogares con P65 + , 70.2% reporta haber gastado en cuidados de la salud, mientras que entre quienes residen en hogares sin P65 + esta cifra es 65.9% (gráfica 2). Las diferencias son más notorias cuando se revisa el monto medio mensual per cápita destinado a la salud, ya que entre los(as) integrantes de 12 + con personas mayores en el hogar es 297.5 y 174.9 pesos en los hogares sin mayores (cuadro 2).

Al revisar las características de gasto según clase de hogar de la población que reside con P65 + resalta que en la categoría de otros hogares se distingue un mayor porcentaje que gasta en cuidados de la salud (74.4%), en contraste con los unipersonales (55.8%). Sin embargo, en términos del monto erogado, es en los unipersonales donde se destina un mayor monto medio mensual per cápita (724.1 pesos) y en otros es 193.1 pesos (cuadro 2).

Al contrastar la composición del gasto según presencia de personas mayores en los hogares, se aprecia que entre las personas

Gráfica 2
Distribución del gasto en cuidados de la salud de los(as)
integrantes* de los hogares según presencia de P65+
y tipología de hogar (México, 2022)



en hogares con p65 + , es mayor el gasto medio per cápita destinado a atención primaria o ambulatoria y a medicamentos sin receta. Sin embargo, el gasto en atención hospitalaria es significativamente más alto entre quienes residen en hogares sin p65 + (cuadro 2).

Además, para el caso particular de las personas en hogares con P65 + se distingue que en todas las clases de hogares el mayor monto corresponde al gasto destinado a la atención primaria o ambulatoria, particularmente las personas en hogares unipersonales gastan más en este rubro (510.00 pesos), seguido de las personas en hogares donde residen únicamente parejas sin hijos(as) (419.1 pesos). Enseguida, aparece el gasto destinado a medicamentos sin receta, resalta las mayores cifras que erogan la población mayor en hogares unipersonales (201 pesos) en contraste con el resto de clases (cuadro 2).

Cuadro 2
Gasto per cápita mensual en cuidados de la salud de los(as)
integrantes de los hogares según composición del gasto,
presencia de P65+ y tipología de hogar (México, 2022)
(pesos mexicanos)

<i>Gasto per cápita mensual en salud de los hogares</i>	<i>Personas que residen en hogares sin P65+</i>	<i>Personas que residen en hogares con P65+</i>	<i>Personas de 12 + que residen en hogares con P65+</i>			
			<i>Uniper-sonal</i>	<i>Pareja sola</i>	<i>Nuclear con hijos</i>	<i>Otro</i>
Salud	174.9	297.5	724.1	579.4	340.9	193.1
Atención primaria o ambulatoria	118.4	215.9	510.0	419.1	244.2	142.7
Atención hospitalaria	28.4	22.9	13.1	61.8	43.1	9.5
Medicamento sin receta	28.1	58.7	201.0	98.5	53.5	40.9

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2022 (INEGI, 2022b).

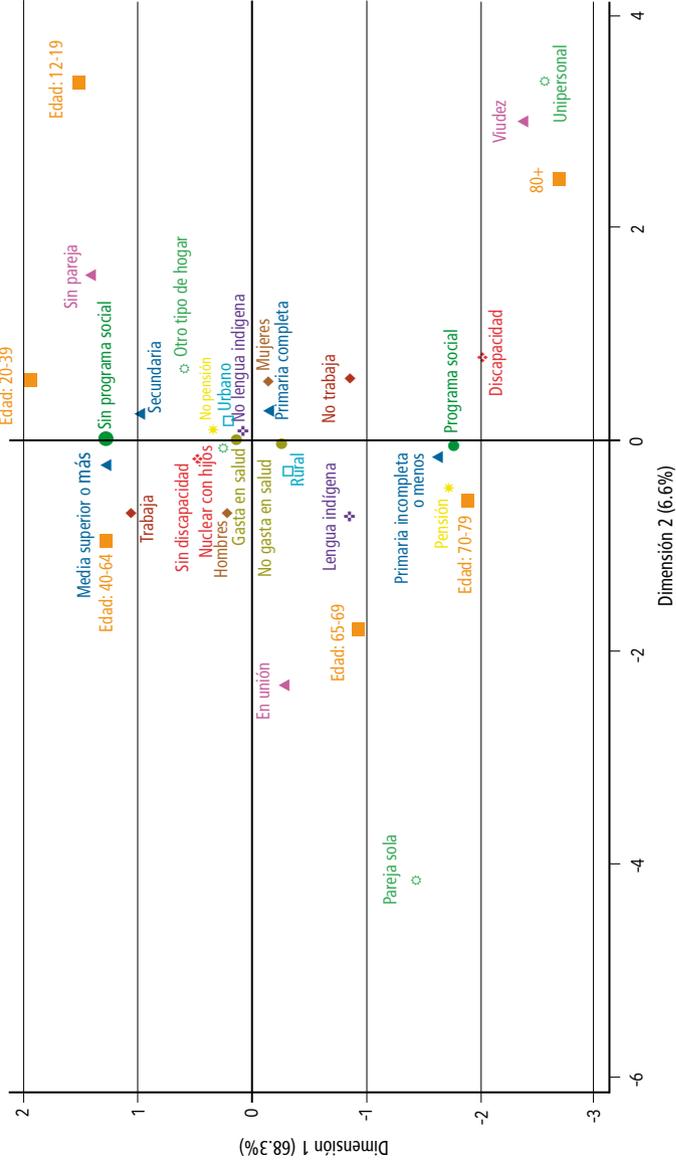
Descifrando patrones de similitud en el gasto en cuidados de la salud

Con la finalidad de identificar asociaciones entre las personas en hogares con P65+ que gastan o no en cuidados de la salud se llevó a cabo un análisis de correspondencias múltiple que combina las características sociodemográficas y económicas de los individuos de estudio.

Al sumar la inercia total entre la dimensión 1 y 2 ambas suman 75% (anexo A1) que mide el grado de dependencia entre las variables.⁹ En la figura 1 se puede observar que las variables que mayor contribuyen a explicar la inercia de la dimensión 1 son las ayudas económicas del gobierno, el nivel

9. La gráfica de sedimentación muestra el número del componente principal *vs* su valor propio correspondiente y permite ordenar los valores propios desde el más grande hasta el más pequeño y muestra la ruptura entre la pronunciada inclinación de los factores más importantes y el descenso gradual de los restantes (los sedimentos), a partir de este criterio se seleccionaron las dos primeras dimensiones (anexo A2).

Figura 1
Análisis de correspondencias múltiples de los(as) integrantes de los hogares con presencia de P65
(México, 2022)



Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2022 (INEGI, 2022b).

de escolaridad y el grupo de edad, mientras en la dimensión 2 las variables que mayor contribuyeron fueron la situación conyugal y la clase de hogar.

En cuanto a la asociación de la categoría “gasto en salud”, si bien no hubo una fuerte asociación dado que se encuentra próxima al origen, se puede notar que las categorías que tuvieron mayor cercanía con esta fueron no ser hablante de lengua indígena, no presentar discapacidad, la localidad urbana, no contar con pensión contributiva y ser hombre.

En cuanto a la cercanía con las localidades urbanas estudios anteriores han identificado una asociación entre el gasto de salud y la residencia en áreas urbanas. Granados y Nava (2019) señalan que las localidades urbanas tienen menor riesgo de incurrir en gastos catastróficos de salud. Sesma *et al.* (2005) y Knaul *et al.* (2007) encuentran algo similar para las zonas metropolitanas. No obstante, el efecto de la pandemia por covid-19, tuvo efectos diferenciados entre las zonas, precisamente porque en las localidades urbanas los cuidados de salud adquirieron mayor relevancia debido a la mayor concentración de personas y por ende mayor probabilidad de contagiarse por covid-19 o mayor control de salud, por lo que hubo mayor probabilidad de recurrir a gasto en salud.

Por otra parte, la cercanía entre los puntos de gastos de salud y no disponer de una pensión contributiva podría indicar que las personas quienes no cuentan con estos recursos generalmente son quienes gastan en salud. Como señalan Wong y Espinoza (2003), la salud se encuentra asociada con un mayor nivel de ingreso de la población, en donde las pensiones contributivas adquieren gran relevancia, ya que además de representar un recurso que puede erogarse, garantiza el acceso a servicios de salud y en consecuencia las personas recurren a menor gasto en este rubro. En contraparte, las personas que residen en hogares con p65+ y que no gastan en salud se

relacionan más con perfiles como la residencia en localidades rurales, el ser hablante de lengua indígena y la escolaridad de primaria completa.

CONCLUSIONES

El análisis del gasto destinado a la salud muestra las diferencias en términos de composición demográfica y características socioeconómicas. Las distintas estadísticas e indicadores muestran que la presencia de personas mayores en los hogares está asociada con una mayor propensión a gastar en salud, así como un mayor monto promedio, lo que sugiere una mayor demanda de servicios de atención médica y medicamentos como consecuencia del deterioro de las condiciones de salud en el último tramo de la vida. Los resultados también muestran que la distribución del gasto en cuidados de la salud varía según la clase de hogar, destacando un mayor gasto en hogares ampliados y unipersonales. En estos hogares, la atención primaria y los medicamentos sin receta son las principales categorías de gasto.

El análisis de correspondencias múltiples revela asociaciones entre las características sociodemográficas y económicas de los individuos y su propensión a gastar en salud. Por ejemplo, la falta de acceso a pensiones contributivas se asocia con un mayor gasto en salud, mientras que la residencia en áreas rurales y el ser hablante de lengua indígena se relacionan con una menor propensión a gastar en este rubro. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar factores contextuales y sociodemográficos al analizar los patrones de gasto en salud de la población en hogares con personas mayores.

Entre las recomendaciones en materia de política pública se requiere garantizar el pleno acceso a la atención médica, particularmente entre las personas mayores quienes son más

propensas a padecer problemas de salud o discapacidad y, por ende, una mayor probabilidad de recurrir a gastos de salud específicamente para quienes no cuentan con seguridad económica.

En futuras investigaciones, sería relevante profundizar en el análisis de los determinantes del gasto en salud en hogares con personas mayores, así como evaluar el efecto de las políticas públicas orientadas a mejorar el acceso a servicios de atención médica y la calidad de vida de esta población. Además, sería interesante explorar cómo los cambios demográficos y socioeconómicos afectarán los patrones de gasto en salud en el futuro y qué estrategias pueden implementarse para abordar los retos y desafíos que plantea el proceso de envejecimiento demográfico.

ANEXOS

Anexo A1:

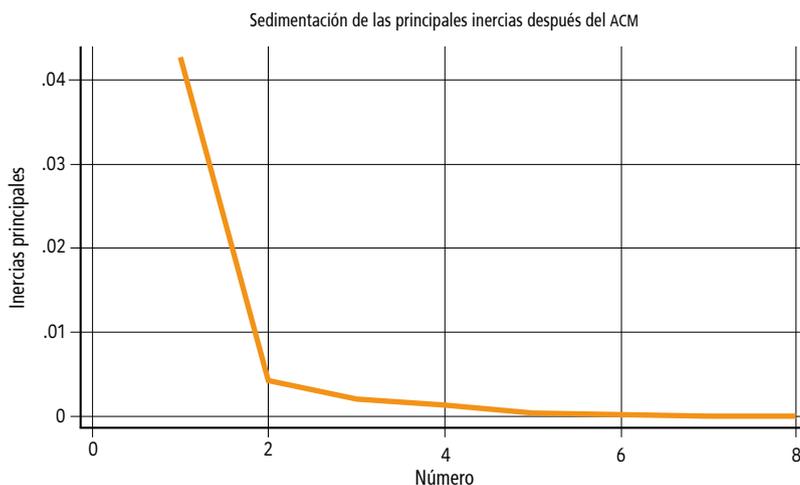
Inercia por dimensión del análisis de correspondencias múltiple (ACM)

<i>Dimensión</i>		<i>Inercia principal</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
dim	1	0.043	68.3	68.3
dim	2	0.004	6.6	74.9
dim	3	0.002	3.3	78.2
dim	4	0.001	2.1	80.3
dim	5	0.000	0.6	80.9
dim	6	0.000	0.1	81.0
dim	7	0.000	0.0	81.1
dim	8	0.000	0.0	81.1
Total		0.019	0.062	100.0

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2022 (INEGI, 2022b).

Anexo A2:

Sedimentación de las inercias del ACM



Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2022 (INEGI, 2022b).

BIBLIOGRAFÍA

- Brissaud, C. (2023), "Multiple Correspondence Analysis", en F. Badache, L. R. Kimber y L. Maertens (Eds.), *International Organizations and Research Methods: An Introduction*, University of Michigan Press pp. 238-245.
- Granados, A., e I. Nava (2019), "Gastos catastróficos por motivos de salud y hogares con personas mayores en México", *Papeles de Población*, 25(99): 113-141. <https://doi.org/10.22185/24487147.2019.99.05>
- Greenacre, M. (2008), *La práctica del análisis de correspondencias*, España; Fundación BBVA. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2008_practica_analisis_correspondencias.pdf
- Ham, R. (2003), *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, El Colegio de la Frontera Norte, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2022a), *Descripción de la base de datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2022*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/>

- contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463910626.pdf
- (2022b), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2022. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2022/>
- Knaul, Felicia; Héctor Arreola-Ornelas; Oscar Méndez; Chloe Bryson-Cahn; Jeremy Barofsky; Rachel Maguire; Martha Miranda, y Sergio Sesma (2007), “Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México”, *Salud Pública*, 49, suplemento 1: 70-87.
- Lee, Y. H.; T. Chang y C. T. Liu (2019), “Preventative care utilization and associated health-related measurements among older adults following the 2009 health reform in China”, *The International Journal of Health Planning and Management*. doi:10.1002/hpm.2749
- Lee Y. H.; T. Chiang y C. T. Liu (2018), “Residents' educational attainment and preventive care utilization in China”, *Int J Health Care Qual Assur*, 31(1):41-51.
- Miró G., y A. Carmen (2003), “Transición demográfica y envejecimiento demográfico”, *Papeles de Población*, 9(35), 9-28. Recuperado el 16 de octubre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252003000100002&lng=es&tlng=es
- Montes de Oca, V., y M. Hebrero (2008), “Family dynamics, aging, and functional impairment in Mexico”, *Revista Kairos: Gerontología*, 11(1), 143-166.
- Montes de Oca, V., y M. Hebrero (2006), “Eventos cruciales en ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares en México”, *Papeles de Población*. 50. Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Población/ UAEM; pp. 97-116.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2023), *Revision of World Population Prospects 2022*. <https://population.un.org/wpp/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021), Gastos directos de bolsillo en Salud. La necesidad de un análisis de género. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54668/9789275323540_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- OMS Organización Mundial de la Salud (2021), "Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure". Disponible en: https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocketpayments/en/
- Parker, S.W., y R. Wong (1997), "Household income and health care expenditures in Mexico", *Health Policy*, 40(3):237-55. doi: 10.1016/s0168-8510(97)00011-0. PMID: 10168755.
- Pérez, C. (2004), *Técnicas de análisis multivariante de datos. Aplicaciones con SPSS*, España; Pearson-Prentice Hall.
- Perticara, M. (2008), "Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos", *Serie Políticas sociales* núm. 141, CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/966259d9-8000-450a-8ab8-9753af8f1a28/content>
- Sáenz-Vela, H., y Guzmán-Giraldo, Á. (2021), "Determinantes del gasto de los hogares en salud en México", *Revista Problemas del desarrollo*, 52(205), 3-25. Epub 23 de agosto de 2021. <https://doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2021.205.69644>
- Sesma, Sergio; Raymundo Pérez-Rico; Carlos Lino, y Octavio Gómez (2005), Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes, *Salud Pública de México*, 47, (1): 37-46.
- Van Der y Preker (1998), "Health Care for aging populations: issues and options", en Nicholas Prescott, *Choices in financing health care and old age security Proceedings of a conference sponsored by the Institute of Policy Studies, Singapore, and the World Bank*, 8 de noviembre, 1997, pp. 7-18.
- Wong, R., y M. Espinoza (2003), "Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México", *Papeles de Población*, 9(37), 129-166. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v9n37/v9n37a6.pdf>
- Yazbeck, Abdo, S. (2009), *Attacking inequality in the health sector. A synthesis of evidence and tools*, Washington, D C., The World Bank. Disponible en: <https://documents.worldbank.org/curated/en/930101468331027851/pdf/471090PUB0Atta101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf.j167>

Las Políticas públicas contra la obesidad y las enfermedades crónicas degenerativas en México: condicionantes estructurales e implicaciones para la salud pública

Agustín Rojas Martínez

INTRODUCCIÓN

Desde principios del presente siglo, México enfrenta serios problemas de salud pública asociados con el consumo de alimentos y bebidas altamente industrializados, que influyen en los actuales cambios del patrón alimentario. Como respuesta, desde el año 2014, el gobierno federal, con base en el enfoque de la demanda del consumidor, implementó una política fiscal orientada a disminuir la ingesta de bienes que etiquetó como alimentos no básicos de alta densidad energética (ANBADE). El propósito era incidir en las elecciones de los individuos a través del incremento de precios con el objetivo de reorientar el consumo de esos alimentos y revertir los crecientes niveles de sobrepeso, obesidad y diabetes, así como de enfermedades crónicas no transmisibles.

A casi una década de la aplicación del impuesto a los ANBADE, el consumo de estos alimentos con alta densidad energética ha seguido creciendo a la par del número de personas con alguna de esas enfermedades. Una explicación al límite de efectividad de dicho impuesto radica en que, en su instrumentación, no se consideró el efecto que tiene el rápido crecimiento

de alimentos altamente industrializados, así como su mayor y mejor proximidad al consumidor, en las decisiones de consumo de los individuos.

Hasta hoy en día, no se han analizado la reestructuración económico-productiva y la integración producción-circulación de la industria de alimentos y bebidas, la rápida expansión de la oferta de productos ultraprocesados y comida rápida, el crecimiento de los establecimientos corporativos de abasto y distribución, así como sus efectos en el consumo a partir de la transformación del patrón alimentario.

Este trabajo contribuye al debate actual en la medida que propone un marco teórico-analítico alternativo e integral para analizar los actuales cambios del patrón alimentario y sus consecuencias en la salud, así como los límites estructurales de los impuestos a los ANBADE, a partir de la relación producción-consumo, que es mediada por la circulación (abasto/distribución).

La hipótesis de investigación sustenta lo siguiente: la actual oferta de alimentos y bebidas altamente industrializados, que se caracteriza por ser barata, práctica y apetecible, se ha expandido mediante el control de los canales de abasto y circuitos de distribución, así como por su integración con empresas dedicadas al suministro de alimentos. Esto ha desembocado en una mayor proximidad al consumidor que influye en sus decisiones de consumo. Con ello, la variación en el gasto, frecuencia y cantidades consumidas de productos ultraprocesados y de comida rápida en los hogares se explicarían principalmente por la integración producción-circulación en la industria de alimentos y bebidas, así como por una mayor densidad de establecimientos que facilitan su consumo. Esto representa límites estructurales para la efectividad del impuesto a los alimentos no básicos de alta diversidad energética.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es explicar los cambios en la estructura alimentaria y los límites estructurales del

impuesto a los ANBADE con base en el concepto de reproducción social, que integra e interconecta la producción, circulación y el consumo, y no solo desde la dimensión consuntiva (consumo-consumo), tal y como lo hace el enfoque de la demanda.

IMPUESTOS A ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ALTA DENSIDAD ENERGÉTICA: ¿UNA FALSA RESPUESTA A LA EMERGENCIA SANITARIA EN MÉXICO?

La teoría ortodoxa de la demanda del consumidor establece que las personas maximizan su utilidad con base en su restricción presupuestaria. De acuerdo con este planteamiento, los consumidores, de manera libre, establecen jerárquicamente sus preferencias a partir de su nivel de ingreso, los precios de los bienes y la oferta disponible en el mercado (Jehle y Reny, 2011).

Desde una perspectiva más amplia, la versión heterodoxa de la teoría de la demanda del consumidor, además de considerar la restricción presupuestaria (ingreso-precio), expresa que existen otros factores que influyen en las decisiones de consumo de los individuos. Entre estos últimos sobresalen la segmentación del mercado de trabajo, el tipo de oferta de bienes y servicios, la información asimétrica, el tiempo disponible y la edad de los consumidores, la regulación impositiva a través de los impuestos o la restricción a la importación, el acceso al comercio digital, la publicidad, la percepción del producto o la cultura (Boonme *et al.*, 2014; Dijk *et al.*, 2021; Nystrand y Olsen, 2020; Pérez-Villarreal *et al.*, 2020).

De esta manera, en el marco teórico-analítico de la demanda del consumidor, tanto en su versión ortodoxa como heterodoxa, las elecciones de consumo son responsabilidad y resultado de los gustos y las preferencias de los individuos que enfrentan un sistema de restricciones, tanto monetarias, como no (Machado *et al.*, 2017; Maehle *et al.*, 2015).

En el caso de México, los estudios que han analizado las modificaciones del patrón alimentario y sus consecuencias en la salud (Gálvez, 2018; Marrón-Ponce *et al.*, 2019; Santos, 2014; Shamah-Levy *et al.*, 2014), también se basan en el enfoque de la demanda. Dichos trabajos ubican como determinantes del consumo de alimentos y bebidas a la restricción presupuestaria y a un conjunto de factores no monetarios, donde destacan el grado de urbanización, la falta de tiempo para comprar, preparar y cocinar alimentos, la duración de la jornada de trabajo, o la información sobre el contenido de los alimentos, las regulaciones del Estado, entre otros.

Dichas investigaciones coinciden en señalar que las alteraciones en el consumo de alimentos y bebidas son responsabilidad y dependen únicamente de la voluntad de los individuos. Por tanto, desde su perspectiva, la actual transformación del patrón alimentario en México y la emergencia sanitaria, serían responsabilidad de los consumidores por el tipo de alimentos consumidos y las cantidades ingeridas.

Como respuesta al problema alimentario y de salud pública, con base en la perspectiva de la demanda del consumidor, desde 2014, el gobierno federal ha aplicado un impuesto específico de un peso por litro a bebidas no alcohólicas con azúcar añadida y un impuesto *ad valorem* de 8% a los alimentos no básicos de alta densidad energética (ANBADE). El objetivo es incidir en las decisiones individuales mediante precios más altos con el objetivo de reorientar el consumo de esos alimentos y revertir los crecientes niveles de sobrepeso, obesidad y diabetes, así como de enfermedades crónicas no transmisibles.

De acuerdo con el gobierno federal (Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2014), los impuestos a los ANBADE, se instrumentaron porque las enfermedades no transmisibles son las causas más importantes de muertes e incapacidad en el mundo, sobre todo laboral, teniendo una carga

mayor en países como México. Además, si bien las dietas no saludables y la obesidad son los factores más importantes para el desarrollo de enfermedades no transmisibles y muertes prematuras, pueden ser modificables mediante el diseño e implementación de políticas y estrategias efectivas.

López-Torres y López-Alcaraz (2022), sostienen que en distintos países se han implementado estrategias tanto a nivel individual como de políticas indirectas, cuyo impacto depende de la modificación de entornos a nivel colectivo. Como evidencia, señalan las autoras, las estrategias de cambio de comportamiento a nivel individual, que incluyen información pública, educación o asistencia psicológica, han mostrado un éxito limitado a mediano y largo plazos, y menos aún en un entorno desfavorable.

Además de lo dicho en el párrafo anterior, Colchero *et al.* (2017a) sugieren que los mensajes muy directos tienen poco efecto porque, si bien las personas los escuchan, no los integran en sus vidas ni cambian su comportamiento. Por el contrario, los autores señalan que las estrategias indirectas y las políticas estructurales que cambian el entorno pueden motivar a las personas a cambiar comportamientos que no se basan en decisiones individuales, sino en circunstancias familiares, sociales o nacionales. Los ejemplos incluyen impuestos a alimentos no saludables, el etiquetado frontal nutrimental, la regulación de las comidas escolares y la publicidad dirigida a los niños.

Barrientos-Gutiérrez *et al.* (2018), Colchero *et al.* (2017b) y López-Torres y López-Alcaraz (2022) expresan que la mejor respuesta a la actual problemática sanitaria en el país son los impuestos pigouvianos, orientados a corregir las externalidades negativas. Los autores coinciden en que dichos impuestos, al gravar bienes que crean externalidades negativas, corrigen paulatinamente el problema. Para la Organización Mundial de

la Salud (OMS) los “impuestos saludables” se justifican porque solucionan los problemas de salud asociados a la alimentación (OMS, 2019).

Respecto a la evidencia sobre la efectividad del impuesto a los ANBADE en México, Colchero *et al.* (2017a) indicaron que, en los dos primeros años de la introducción del impuesto, el consumo de bebidas dulces disminuyó un 7.6%. De manera similar, el consumo de bebidas azucaradas disminuyó en los hogares de todos los grupos de ingresos, aunque la mayoría se encontraba entre los deciles de ingresos más bajos. El estudio argumenta que el efecto podría ser mayor si se aumentara el impuesto mínimo a dos pesos por litro; además, según las estimaciones propuestas, un impuesto de 20% al menos duplicaría los beneficios de la tasa impositiva actual. Esto reduciría la obesidad en 6.8% para 2024 y evitaría entre 170 y 265 000 nuevos casos de diabetes para 2030.

En contraste con los resultados expuestos, los trabajos de Ares *et al.* (2016), Ascencio y Ferrer (2021), Garza-Montoya y Ramos-Tovar (2017), Kroker-Lobos *et al.* (2014), Pérez-Villareal *et al.* (2019) y Popkin *et al.* (2012) muestran que, desde principios del presente siglo, el consumo de alimentos y bebidas altamente industrializados ha aumentado de forma constante. Sin embargo, el nivel de consumo de estos productos se disparó desde el inicio de la pandemia por covid-19 ante el confinamiento de la población y las pocas posibilidades de acceder a una oferta alimentaria saludable.

Las restricciones provocadas por la pandemia por covid-19 demostraron que las malas condiciones alimentarias y los daños a la salud pública no son responsabilidad exclusiva de los consumidores. Es imposible pensar que los individuos tienen una demanda excesiva de alimentos y bebidas que son inherentemente perjudiciales para su salud; además, no es lógico que sean los únicos responsables de padecer enfermeda-

des crónicas no transmisibles cuando la oferta de alimentos en el mercado es esencialmente homogénea, estandarizada y altamente procesada (Ares *et al.*, 2016; Gálvez, 2018; Kroker-Lobos *et al.*, 2014).

Si bien las investigaciones referidas sobre la actual transformación del patrón alimentario en México, del mismo modo que las políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de salud pública, consideran el tipo de bienes en el mercado como uno de los determinantes de las preferencias y demanda de los consumidores, no consideran la fuerte influencia que tiene el rápido crecimiento de la oferta de productos ultraprocesados y comida rápida, así como su mayor proximidad al consumidor, en los cambios en el consumo y sus consecuencias en la salud.

Los trabajos referidos basados en la perspectiva de la demanda del consumidor explican los cambios en el consumo de alimentos y bebidas únicamente desde la esfera consumtiva (consumo-consumo) sin considerar otros determinantes asociados a las esferas de la producción y circulación (abasto/distribución). Se analizan los cambios del patrón alimentario sin dimensionar la influencia que tienen las modificaciones en la estructura productiva y de abasto y distribución.

Actualmente no hay ninguna investigación en economía que explique la actual transformación del patrón alimentario y sus consecuencias en la salud a partir de un enfoque teórico-analítico integral que vincule la producción con el consumo. Menos aún, que muestren los límites estructurales de los impuestos a los ANBADE como mecanismo corrector de las externalidades negativas generadas por el alto consumo de alimentos y bebidas con alta densidad energética.

LA ACTUAL TRANSFORMACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTARIO Y LOS LÍMITES ESTRUCTURALES DE LOS IMPUESTOS A LOS ANBADE: UNA PROPUESTA DE ANÁLISIS DESDE LA RELACIÓN PRODUCCIÓN-CONSUMO

La propuesta teórico-analítica que se propone desde la relación producción-consumo para explicar la actual transformación del patrón alimentario, sus efectos en la salud, así como el límite estructural del impuesto a los ANBADE, se sustenta en el concepto de “reproducción social” (Echeverría, 2012; Marx, 2007). Este último describe un tránsito cuyo punto de partida es la producción y de llegada el consumo, sin embargo, entre ellos median la distribución y el cambio como momentos que configuran la circulación.

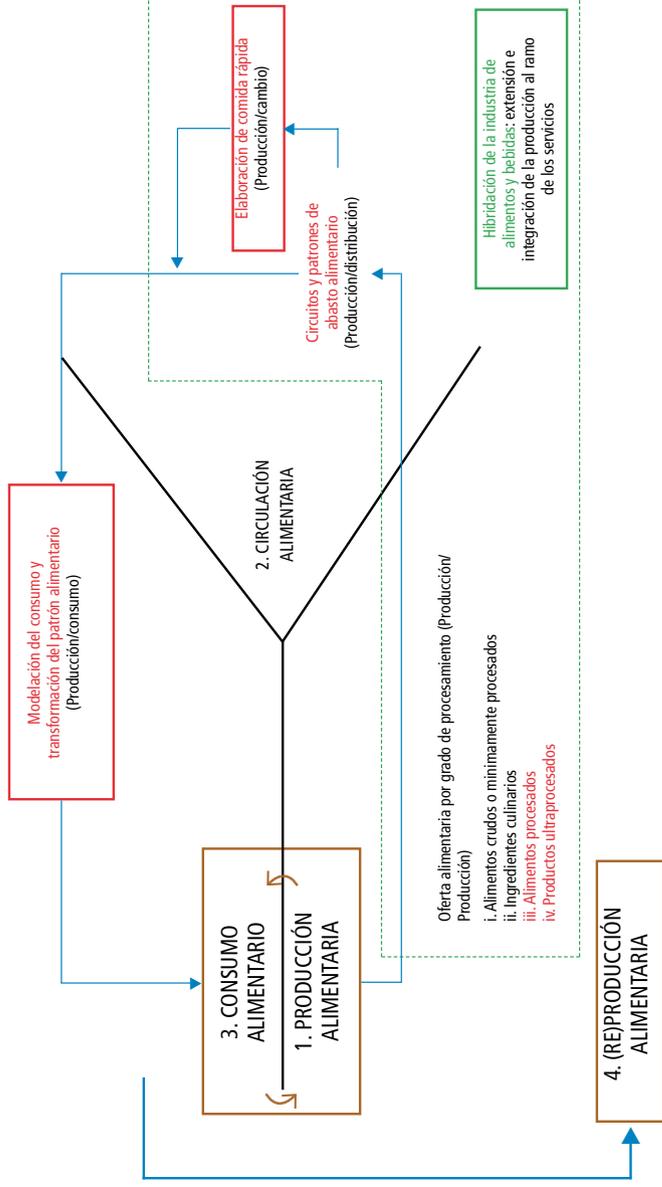
La relación producción-consumo (Echeverría, 2012; Marx, 2007) permite explicar la actual transformación del patrón alimentario, así como los límites estructurales de los impuestos a los alimentos y bebidas con alta densidad energética, por la reestructuración económica y la integración producción-circulación de la industria de alimentos y bebidas. De igual manera, los efectos que tiene la actual estructura alimentaria en las condiciones de salud pública (figura 1).

Como resultado de la competencia en el mercado, las empresas constantemente innovan sus procesos productivos con el objetivo de alcanzar mayores grados de productividad. Con la reducción de costos y el abaratamiento de los precios, amplían su dominio en el mercado y obtienen una ganancia extraordinaria a través de la renta tecnológica (Echeverría, 2017; Marx, 2014; Otero, 2018).

Para aumentar la productividad, alteran su composición orgánica del capital, es decir, la relación proporcional entre el número de trabajadores y maquinas (Marx, 2014). Como resultado del proceso de automatización manufacturera, se crea menos riqueza en cada ciclo de producción; sin embargo, com-

Figura 1

Propuesta teórico-analítica de la relación producción-consumo para explicar la actual transformación del patrón alimentario y el límite estructural del impuesto a los ANBADE



Fuente: elaboración propia.

pensan esta aparente pérdida en el mercado mediante la transferencia del valor que les ceden otras empresas dentro de la circulación mercantil, las cuales son incapaces de reducir sus costos y precios (Echeverría, 2017; Marx, 2014, 2015 y 2016).

Actualmente, en el ramo agroalimentario, las grandes empresas no se limitan a conservar, atrasar o frenar los procesos naturales de degradación de los bienes. Además de lo anterior, incorporan otras técnicas de ultra procesamiento que, además de ampliar el tiempo de vida de los alimentos, minimizar costos y reducir las pérdidas económicas, les permiten establecer y controlar la oferta a partir de criterios de mercado, diversificar los productos e influir en las preferencias de las demandas alimentarias de los consumidores principalmente ubicados en grandes ciudades (Amaro y Natera, 2020; Knorr *et al.*, 2020).

El mayor grado de procesamiento de alimentos y bebidas, sin embargo, conlleva procesos de desvalorización de su contenido y de las condiciones de reproducción de los trabajadores. Se reduce el valor nutrimental del objeto de consumo y, este mismo proceso, desvaloriza los bienes salario, es decir, el valor y costo de reproducción de los individuos (Celikkol y Stefanou, 1999).

El proceso de globalización ha resultado en una oferta de bienes que responden a la lógica de lucro y rentabilidad más que a la satisfacción de las necesidades sociales; con ello, los alimentos y bebidas se han degradado a tal punto de ser inadecuados para el ciclo de reproducción social e incluso ser nocivos para la salud. Este es el caso de los productos hipercalóricos con nulo o bajo aporte nutrimental (Monteiro *et al.*, 2013; Monteiro *et al.*, 2019).

Por las razones antes mencionadas, la industria de alimentos y bebidas mantiene actualmente una expansión heterogénea en sus sectores, subsectores y categorías operativas, cuyo tamaño depende del dinamismo y liderazgo tecnológico

de la empresa en particular. Aquellas empresas que en sus procesos productivos incorporan mayor componente tecnológico, se avocan a la elaboración de productos con mayor grado de procesamiento respecto del resto, pero con menor contenido y valor nutrimental.

Monteiro y Cannon (2012) y la Pan American Health Organization (PAHO) (2015) desarrollaron el “Sistema NOVA” para clasificar alimentos y bebidas según su naturaleza, finalidad y grado de procesamiento: grupo 1. Crudos o mínimamente procesados; grupo 2. Ingredientes culinarios; grupo 3. Alimentos procesados; Grupo 4. Productos ultraprocesados.

El grupo 1. Alimentos crudos o mínimamente procesados, considera aquellos naturales o muy poco transformados. El grupo 2. Ingredientes culinarios, incluye especias, grasas, sal, azúcar o especias, que se usan en combinación con los del grupo 1. El grupo 3. Alimentos procesados, contempla productos industrializados elaborados a partir de la incorporación de grasas, aceites, azúcares, sal y otros ingredientes culinarios a los alimentos mínimamente procesados mediante métodos de conservación (Monteiro y Cannon, 2012; PAHO, 2015).

En el grupo 4. Productos ultraprocesados, se encuentran los alimentos fabricados a partir de procedimientos industriales complejos. Estos son productos alimenticios elaborados con la combinación de componentes de todo tipo, con muchos aditivos, edulcorantes, saborizantes y texturizantes (Monteiro y Cannon, 2012; PAHO, 2015). No obstante, la alta densidad energética de los productos ultraprocesados, que es resultado del exceso de harina, azúcar refinada y sal, además de los cambios sensoriales para mejorar su sabor, forma y estructura física, los hacen adictivos, nutricionalmente desequilibrados y dañinos para la salud.

Los alimentos procesados y productos ultraprocesados han hecho posible el proceso de *hibridación de la industria de*

alimentos y bebidas a través de la extensión del área productiva hacia el ramo del comercio y los servicios, así como su integración con empresas dedicadas netamente al suministro. El resultado ha sido el control corporativo de los canales de abasto/distribución de alimentos y bebidas y de elaboración de comida rápida, que se comercian mediante empresas distribuidoras como las tiendas de conveniencia, supermercados, restaurantes, franquicias o redes electrónicas, dedicados a la venta directa y el reparto a domicilio (figura 1).

Pero además de *la distribución*, la industria de alimentos y bebidas ha experimentado transformaciones en sus operaciones logísticas, en su capacidad de abasto y en el contenido de los productos, hasta el punto de trazar una estructura de entrega inmediata de productos terminados listos para su uso. Por tanto, *el cambio* es un momento intermedio entre la producción y el consumo, pero implica o completa la producción. Este es el caso de la extensión e integración de esta industria al sector de servicios a través de la preparación y venta de servicios de comida rápida.

Los productos ultraprocesados y la comida rápida han tenido éxito porque son baratos, fáciles de preparar y comer, además de que se digieren rápidamente. Esto obedece a las exigencias de la actual dinámica económica y social global, donde la población es mayormente urbana, las jornadas laborales se extienden e intensifican, y, además, ante las recurrentes crisis económicas, la mujer se ha tenido que incorporar al mercado de trabajo y ha dejado sin cobertura algunas actividades tradicionales que antes realizaba como era la adquisición de alimentos o cocinar en el hogar, entre otros (Zhong y DeVoe, 2009).

Además de lo expuesto en el párrafo anterior, la preferencia por estos productos se explica por su practicidad: están fácilmente disponibles para los consumidores y pueden

congelarse, conservarse, estar listos para cocinar, calentarse o consumirse directamente. De igual manera, se pueden llevar y consumir en casi cualquier lugar: en casa, en la oficina, en un restaurante, en el coche o en la calle. Incluso el consumo de productos altamente procesados y comida rápida puede realizarse de manera itinerante o estacionaria, no requiere de cubiertos y, en algunos casos, mesas o platos, porque los utensilios para su uso son pocos y desechables, como el papel, el cartón o el plástico (Flores, 2017).

De esta manera, la actual transformación del patrón alimentario, sus consecuencias en la salud, así como el límite estructural para la efectividad del impuesto a los ANBADE, se explican por la excesiva oferta de productos ultraprocesados y comida rápida, así como su mayor y mejor proximidad al consumidor, que influyen en las preferencias y decisiones de los consumidores. Actualmente, el consumidor puede decidir qué comer, pero dentro de un marco de acciones que ya están condicionadas por la industria de alimentos y bebidas.

METODOLOGÍA

La metodología desarrollada es de tipo cuantitativo y sirve para medir el aumento de la oferta de productos altamente industrializados, el incremento del número de establecimientos de abasto y distribución, así como el crecimiento en el gasto, frecuencia y cantidades consumidas de estos productos en el periodo 2000-2020.

La información secundaria empleada en este trabajo proviene principalmente del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Esta institución ofrece los datos sobre el Sistema de Cuentas Nacionales de México, los Censos Económicos, la Encuesta Industrial Mensual (EIM), la Encuesta Mensual de la Industria Manufacturera (EMIM), el Directorio

Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) y la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH).

Se retoma la Clasificación de alimentos por grado de procesamiento “NOVA” (Monteiro y Cannon, 2012; PAHO, 2015). Esta se utiliza para reagrupar y armonizar la información concerniente a la producción total de alimentos y bebidas, al número de establecimientos orientados al abasto y distribución, así como a la elaboración de comida rápida (producción-cambio), que se encuentra ordenada con base en el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN) versión 2018 (INEGI, 2018). De igual manera, para agrupar la información referente al consumo que ofrecen los microdatos de la ENIGH para los cortes transversales 2000 y 2020 (INEGI, 2001; 2021).

Para el análisis de la reestructuración económico-productiva de la industria de alimentos y bebidas, así como de la transformación de la oferta alimentaria, se emplea la escala de entidad federativa y la información del valor de la producción que ofrecen los Censos Económicos de México. Se calcula el coeficiente de reestructuración para medir el cambio estructural en el periodo 1999-2019. Este coeficiente compara la estructura regional (en términos de su composición sectorial) en los momentos inicial y final de un periodo “0” a “t” (Lira y Quiroga, 2003).

El rango de la variación del coeficiente de reestructuración fluctúa entre 0 y 1. Si el coeficiente es igual o cercano a 0, se asume que no se han presenciado cambios en la estructura económica de la región; por el contrario, si es igual o cercano a 1, se considera que ha ocurrido una reestructuración regional profunda en el periodo. La fórmula para obtener el coeficiente de reestructuración se presenta a continuación (Lira y Quiroga, 2003):

$$CRr = (1/2) * \sum i \{ABS [(VABij(t) / \sum i VABij(t)) - (VABij(0) / \sum i VABij(0))]\}$$

Donde:

CRr: coeficiente de reestructuración

ABS: valor absoluto

VABij(0): valor agregado bruto del sector i en la entidad federativa "j" en el momento inicial

VABij(t): valor agregado bruto del sector i en la entidad federativa "j" en el momento final

$\sum i$ VABij(0): valor agregado bruto total de la entidad federativa en el momento inicial "j"

$\sum i$ VABij(t): valor agregado bruto total de la entidad federativa en el momento final "j"

En el caso del crecimiento de la oferta de productos ultra-procesados y de comida rápida, por la falta de información a nivel de entidad federativa en el país, se emplea la escala nacional. Con base en la clasificación "NOVA", se agrupa la información proveniente de la EIM y de la EMIM referente al volumen de producción total de alimentos y bebidas en México. Se analiza la contribución porcentual de cada uno de los cuatro grupos que integran dicho sistema en el total nacional a partir de la fórmula de participación porcentual (PP) (Lira y Quiroga, 2003):

$$PP = [PG / PTAYB] * 100$$

donde,

PP = participación por grupo de alimento

PTAYB = volumen de producción total de alimentos y bebidas

Para el examen de los patrones espaciales de abasto y la distribución se emplean los datos del DENUE, que permiten co-

nocer la ubicación específica del total de establecimientos dedicados al comercio al menudeo y mayoreo de alimentos y bebidas en las entidades federativas del país. Con la información del DENUE, también agrupados a partir de la clasificación “NOVA”, se analiza el crecimiento del número de establecimientos clasificados en los esquemas tradicional y corporativo. Además, se calcula la proximidad al consumidor de cada establecimiento mediante la función de densidad de Kernel (DK), cuya formulación matemática se presenta a continuación (Lira y Quiroga, 2003):

$$DK = (X, VA, AB, k)$$

donde,

X = Datos de entrada (unidimensional o bidimensional para las celdas)

VA = Valor objetivo que calcula la función básica acumulativa de la distribución de datos

AB = Ancho de banda del estimador de densidad de Kernel

k = Seleccionador de la función Kernel a partir del valor obtenido

Para el análisis del gasto, las frecuencias y las cantidades consumidas, se empleó el módulo de gastos en alimentos y bebidas dentro y fuera del hogar, tomados de la ENIGH 2000 y 2020 (INEGI, 2001; 2021). Se estableció frecuencia del gasto como la cantidad de veces que los hogares reportaron gastar en cada producto o rubro del sistema “NOVA”. La proporción de frecuencia del gasto alimentario es la proporción de frecuencia de cada alimento entre las frecuencias totales del gasto en alimentos y bebidas. Asimismo, se precisó la proporción del gasto como el monetario en determinado producto o rubro del sistema “NOVA”.

LÍMITES ESTRUCTURALES DE LOS IMPUESTOS A ALIMENTOS Y BEBIDAS DE DENSIDAD ENERGÉTICA ALTA E IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

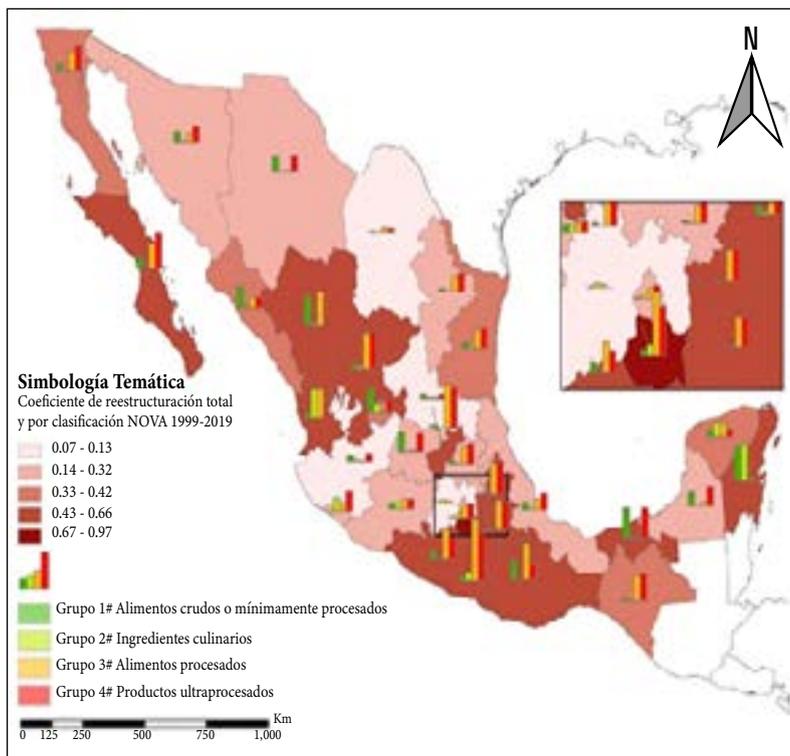
Los resultados obtenidos muestran nítidamente la transformación de la oferta alimentaria, la reconfiguración territorial de los patrones espaciales de abasto y distribución, así como las transformaciones en el consumo y sus efectos en las condiciones de salud de los mexicanos. En el periodo 1999-2019, el coeficiente de reestructuración es mayor para los grupos de alimentos y bebidas altamente industrializados, es decir, es cercano a una unidad, respecto a los grupos con bajo grado de procesamiento. Prácticamente, en todo el territorio nacional, el grupo de productos ultraprocesados domina dentro de la estructura de la industria de alimentos y bebidas (mapa 1).

En cuanto al volumen de producción de alimentos y bebidas, en el periodo 2000-2020 se presentó una caída de la participación del grupo 1 del orden de 5.2% dentro de la producción total, al cambiar de 32.1 a 26.9%. En el caso del grupo 2, estos presentaron una reducción en el periodo al pasar de 13.1 a 11.8%. El grupo 3 registró una variación mínima negativa de 0.5% al descender de 15.3a 14.7% (cuadro 1).

En el mismo periodo, la menor producción de los grupos de alimentos con bajo grado de procesamiento se compensó con el incremento de la producción del grupo 4. Los productos ultraprocesados aumentaron su participación en la producción total 7.1% al pasar de 39.5 a 46.6%; pero, además, en 2020 representaron casi la mitad de la producción total de alimentos y bebidas en México (cuadro 1).

De forma paralela con el cambio estructural en la producción de alimentos y bebidas, en México se experimentó una profunda transformación de los sistemas de abasto y distribución. Se transitó de un patrón espacial de tipo tradicional,

Mapa 1
 México: transformaciones territoriales de la oferta alimentaria
 clasificada a partir del Sistema "NOVA", 1999-2019



Fuente: elaboración propia con base en INEGI, Censos Económicos de México 1999-2019 y PAHO (2015).

caracterizado por la configuración de diversas etapas de intermediación entre regiones de producción y espacios de consumo, con múltiples canales minoristas, a otro patrón simple y modernizado, comandado por grandes empresas nacionales y transnacionales dedicadas netamente al suministro.

Desde principios del presente siglo, se registró un rápido crecimiento de tiendas de conveniencia y supermercados, propias del sistema corporativo, y una reducción del número

Cuadro 1
México: estructura de la producción total de alimentos y bebidas
a partir del Sistema "NOVA", 2000-2020 (porcentaje)

Grupo de alimentos/año	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
Grupo 1 (alimentos crudos o mínimamente procesados)	32.1	31.8	31.3	31.1	30.5	30.3	29.7	28.1	27.6	27.4	26.9
Grupo 2 (ingredientes culinarios)	13.1	13.0	12.9	12.7	13.3	12.4	12.8	13.7	13.0	12.8	11.8
Grupo 3 (alimentos procesados)	15.3	14.7	14.7	14.9	15.4	14.5	14.7	15.7	15.2	14.9	14.7
Grupo 4 (productos ultraprocesados)	39.5	40.5	41.1	41.3	40.9	42.7	42.8	42.5	44.3	44.9	46.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

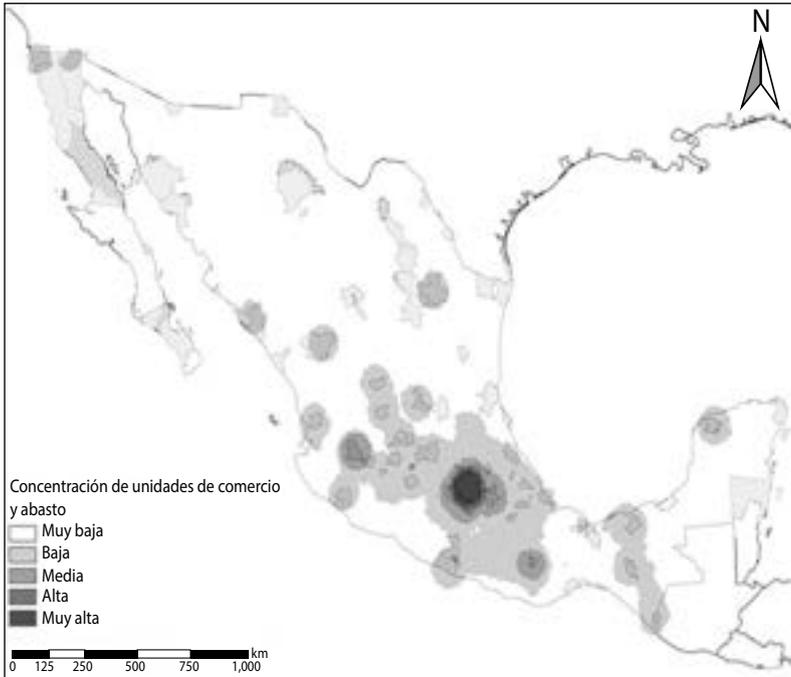
Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta Industrial Mensual (CMAP), Encuesta Mensual de la Industria Manufacturera (EMIM) y PAHO (2015).

de tiendas de abarrotes, ultramarinos, misceláneas, tianguis y mercados públicos, a lo largo del territorio nacional. El consumidor tiene ahora un mayor acceso y una mejor proximidad a los canales del moderno sistema de abasto y distribución (mapas 2 y 3).

Como resultado de todo lo anteriormente expuesto, desde principios del presente siglo se registran alteraciones en la estructura del patrón alimentario. Estas últimas se reflejan en los rubros del gasto en alimentos y bebidas, en los tipos y en las frecuencias de las cantidades consumidas.

En el lapso 2000-2020, de acuerdo con la información obtenida de los microdatos de la ENIGH (INEGI, 2001; 2021), en México ocurre una reducción del gasto destinado a la adquisición de alimentos con bajo grado de procesamiento, como es el caso de frutas (-0.3%), tubérculos (-0.2%), aceites y grasas

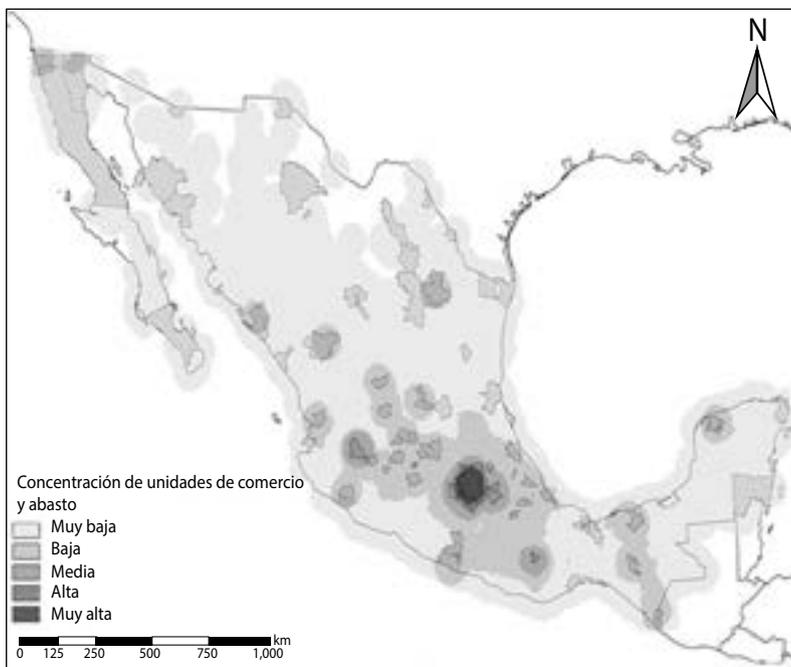
Mapa 2
México: concentración de canales tradicionales (tianguis, mercados públicos y centrales de abasto) para el abasto y distribución de alimentos y bebidas, 2020



Fuente: elaboración propia con base en el DENUE.

(-0.9%), leche y sus derivados (-4.2%), pescados y mariscos (-0.1%), carnes (-2.2%) y cereales (-0.7%). El grupo que incluye las legumbres, leguminosa, semillas y verduras no presentó variación (0.2%). En contraste, el gasto ejercido en el grupo de "Otros alimentos diversos", que incluye alimentos y bebidas catalogados como alimentos procesados, productos ultraprocesados y comida rápida, aumentó 3.4%. En el mismo sentido, el gasto en alimentos y bebidas consumidos fuera del hogar, caracterizado por incluir alimentos sumamente proce-

Mapa 3
México: concentración de canales tradicionales (tianguis, mercados públicos y centrales de abasto) para el abasto y distribución de alimentos y bebidas, 2020



Fuente: elaboración propia con base en el DENUE.

sados, aumentó 6% como proporción del gasto total al cambiar de 15.9 a 21.9 por ciento.

En cuanto a la participación por producto en el total del gasto en alimentos y bebidas, aquellos con ultra procesamiento son los de mayor peso. El grupo de “Otros alimentos diversos”, en el año 2020, presentó una participación de 9.8% y registró los mayores cambios en el periodo con 360.1%. Sobresale también la comida fuera del hogar (desayuno, comida, cena), que concentró la mayor parte del gasto total en el mismo año

(21.6%) y registró una variación promedio de 95% en el periodo de estudio (desayuno 103, comida 91.7 y cena 90.3%). En 2020, los rubros de “Otros alimentos diversos” y “Comidas” implicaron prácticamente un tercio del gasto en alimentos y bebidas de los hogares del país (31.4%).

Este comportamiento es el mismo para las frecuencias de gasto en alimentos. La variación porcentual de las proporciones de frecuencias de gasto muestra que los alimentos y bebidas del grupo de “Otros alimentos preparados” son los de mayor influencia en la alteración del patrón alimentario. En el lapso 2000-2020, la población mexicana reportó una mayor proporción de frecuencia de gasto en sopas, atoles, barbacoa, birria, pizza y tacos, entre otros. El segundo grupo de mayor dinamismo correspondió a los alimentos consumidos fuera del hogar al registrar una variación de 34.2 por ciento.

Como resultado de todo lo anteriormente expuesto, el Estado mexicano registró una mayor recaudación fiscal por el impuesto a los ANBADE. En el periodo 2014-2021, se presencié un crecimiento de 87.25% en los ingresos por dicho concepto, aunque tan solo en el primer año de la pandemia, de 2020 a 2021, la recaudación creció 21.57% (gráfica 1).

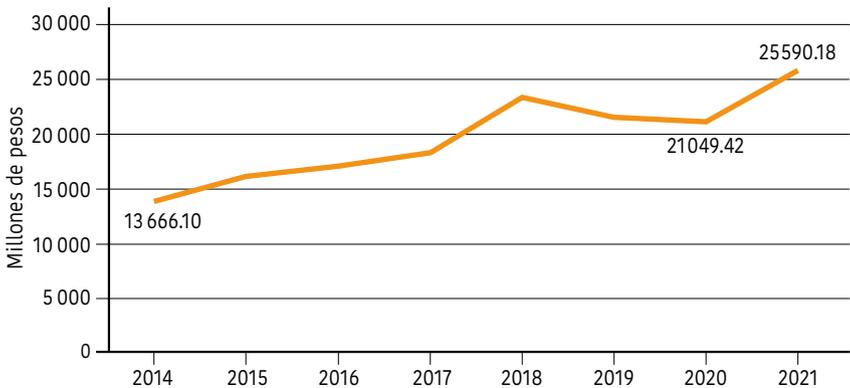
Recientemente, ante la magnitud del problema, y de manera complementaria a la política fiscal, el actual gobierno federal impulsó la “Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010 (NOM-051)” sobre el etiquetado frontal de alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados, la cual entró en vigor el 1 de octubre de 2020. Esta política tiene como objetivo proporcionar al consumidor información clara y precisa sobre los ingredientes y el contenido nutrimental de los productos envasados, es decir, si son altos en azúcares, sodio o grasas saturadas, ya que su consumo excesivo representa riesgos para su salud.

Si bien dichas políticas se han instrumentado de manera conjunta, debido a que ambas mantienen la idea de la sobera-

nía del consumidor, sus alcances serán limitados y no podrán revertir la tendencia creciente del consumo de alimentos y bebidas altamente industrializados. Dicho límite estructural de ambas propuestas tendrá implicaciones para la salud pública en México.

Prueba de lo anteriormente expuesto es que la World Obesity Federation, en conjunto con el Research Triangle Institute, en un estudio preliminar, estima que para el año 2050 la prevalencia seguirá en aumento y 88% de la población mexicana tendrá algún grado de sobrepeso u obesidad (*El Financiero*, 4 de noviembre de 2021). De acuerdo con el mismo estudio, en 2019 el sobrepeso y la obesidad le costaron a México 26 000 millones de dólares, que equivale a 2.1% del PIB, 204 dólares per cápita. Con ello, se proyecta que en 2060 los costos aumentaran a más de 159 000 millones de dólares, lo que representaría 4.67% del PIB nacional.

Gráfica 1
México: evolución de los ingresos presupuestarios del gobierno federal por concepto de impuesto a ANBADE, 2014-2021
(millones de pesos)



Fuente: <http://presto.hacienda.gob.mx/EstoporLayout/estadisticas.jsp>.

CONSIDERACIONES FINALES

Como respuesta a la emergencia sanitaria en el país por las epidemias de sobrepeso, obesidad y diabetes, desde el año 2014, el Estado mexicano, implementó un impuesto a los ANBADE para revertir su creciente consumo y sus efectos adversos en la salud. Sin embargo, como lo muestra la evidencia empírica, en el país, la oferta y el consumo de esos productos sigue en aumento, lo que se ve reflejado en la mayor recaudación fiscal por concepto de dicho impuesto.

Entre los resultados obtenidos se encontró que actualmente los productos ultraprocesados representan casi la mitad de la producción total de alimentos y bebidas en México. La rápida expansión de este tipo de alimentos ha sido posible por la configuración de un esquema híbrido de la relación producción-circulación-consumo, el cual se ha visto influenciado por el rápido crecimiento de los establecimientos corporativos de abasto y distribución, como son los minisúper, las cadenas de conveniencia, los supermercados, o los establecimientos de venta de comida rápida, ya sean micronegocios o grandes cadenas.

En el mismo sentido, se demostró el mayor crecimiento en el gasto, cantidades y frecuencias de consumo de productos ultraprocesados por encima de los alimentos con bajo grado de procesamiento. En el caso de los hogares, al analizar el gasto en alimentos y bebidas con base en el Sistema “NOVA”, los resultados obtenidos muestran que, en lo general, actualmente los alimentos procesados y productos ultraprocesados representan más de 40% del gasto total. Este indicador refrenda el importante peso que tienen en la estructura del gasto los alimentos con alto grado de procesamiento, pero también en términos de las cantidades y frecuencias de consumo.

Los resultados obtenidos muestran que, independientemente de las crisis económicas y la pérdida del poder adquisitivo, el nivel de ingreso no se convierte en un factor restrictivo

para el acceso de este tipo de alimentos de alta densidad calórica, pese a la incorporación del impuesto, ya que las frecuencias y cantidades consumidas siguen creciendo. Es por ello que la política del impuesto a los ANBADE no ha podido revertir la tendencia creciente de la obesidad, la diabetes y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Debido a que la política de impuesto a los ANBADE mantiene la premisa de la soberanía del consumidor, al centrarse en las elecciones de los individuos, sus alcances serán limitados y no tendrá efecto en la reducción del consumo de alimentos con alta densidad energética. El tipo de oferta altamente industrializada, su mayor cantidad y mejor proximidad al consumidor, representa el límite estructural para dicha política pública. Por tanto, los esfuerzos en materia legislativa de alimentación y salud deben ir encaminados a regular las cantidades de azúcar, grasa y sal, y no influir únicamente en el comportamiento de los consumidores.

BIBLIOGRAFÍA

- Amaro, M., y J. Natera (2020), "Technological capabilities accumulation and internationalization strategies of Mexican biotech firms: a multi case study from agro-food & pharma industries", *Economics of Innovation and New Technology*, 29(7), 720-739. <https://doi.org/10.1080/10438599.2020.1719634>
- Ares, G.; L.Vidal; G. Allegue; A. Giménez; E. Bandeira; X. Moratorio; V.Molina, y R. Curutchet (2016), "Consumers' conceptualization of ultra-processed foods", *Appetite*, 105. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.06.028>
- Ascencio, C., y E. Ferrer (2021), "El entorno alimentario: un factor de riesgo social en la pandemia de Covid-19", *Acta Sociológica* (84). <http://dx.doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2021.84.81501>

- Boonme, K.; B. Hanus; V. Prybutok; D. Peak, y C. Ryan (2014), "Visual information influences consumer fast-food choices", *Nutrition & Food Science*, 44(4), 279-293. 10.1108/NFS-03-2013-0036
- Celikkol, P., y P. Stefanou (1999), "Measuring the Impact of Price-Induced Innovation on Technological Progress: Application to the U.S. Food Processing and Distribution Sector", *Journal of Productivity Analysis*, 12(2), 135-151.
- Colchero, A.; J. Rivera-Dommarco; B. Popkin, y Shu Ng (2017a), "In Mexico, Evidence Of Sustained Consumer Response Two Years After Implementing A Sugar-Sweetened Beverage Tax", *Health Affairs (Project Hope)*, 36(3): 564-571. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1231>
- Colchero, A.; A. Zavala; C. Batis; T. Shamah, y J. Rivera-Dommarco (2017b), "Cambios en los precios de bebidas y alimentos con impuesto en áreas rurales y semirurales de México", *Salud Pública de México*, 59(2): 137-146. <https://doi.org/10.21149/7994>
- Dijk, M.; T. Morley; M. Rau, y Y. Saghai (2021), "A meta-analysis of projected global food demand and population at risk of hunger for the period 2010-2050", *Nature Food*, 2: 494-501. <https://doi.org/10.1038/s43016-021-00322-9>
- Echeverría, B. (2012), *Valor de uso y utopía*, Siglo XXI Editores.
- (2017), *El discurso crítico de Marx*, FCE-Ítaca.
- Flores, G. (2007), "Fast food", en J. Veraza (coord.), *Los peligros de comer en el capitalismo*, Ítaca, pp. 119-130.
- Gálvez, A. (2018), *Eating NAFTA. Trade, Food Policies, and the Destruction of Mexico*, University of California Press.
- Garza-Montoya, B., y M. Ramos-Tovar (2017), "Cambios en los patrones de gasto en alimentos y bebidas de hogares mexicanos (1984-2014)", *Salud Pública de México*, 59(6); 612-620. <https://doi.org/10.21149/8220>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2001), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2000*. INEGI.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018), *Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte*, México SCIAN 2018, INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2020*, INEGI.
- Jehle, G., y P. Reny (2011), *Advanced Microeconomic Theory*, Prentice Hall.
- Knorr, D., y M. Augustin (2021), Uncertainty, insightful ignorance, and curiosity: Improving future food science research. *Trends in Food Science & Technology*, 118: 559-568. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2021.10.011>
- Kroker-Lobos, M.; A. Pedroza-Tobías; L. Pedraza, y J. Rivera (2014), "The double burden of undernutrition and excess body weight in Mexico". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(6): 1652-1658. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.083832>
- Lira, L., y B. Quiroga (2003), *Técnicas de análisis regional*. Instituto Latinoamericano del Caribe de Planificación Económica y Social-CEPAL.
- López-Torres, L., y F. López-Alcaraz (2022), "Los productos ultra-procesados: implicancias sobre su consumo, avances y retos en América Latina para la salud pública en adultos", *Revista Chilena de Nutrición*, 49(5): 637-643. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182022000600637>
- Machado, P.; R. Moreira; D. Silva; F. Mori, y R. Bertazzi (2017), "Price and convenience: The influence of supermarkets on consumption of ultra-processed foods and beverages in Brazil", *Appetite*, 116: 381-388. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.027>
- Maehle, N.; N. Iversen; L. Hem, y C. Otnes (2015), "Exploring consumer preferences for hedonic and utilitarian food attributes", *British Food Journal*, 117(12): 3039-3063. <https://doi.org/10.1108/BFJ-04-2015-0148>
- Marrón-Ponce, J.; M. Flores, G. Cediél; C. Monteiro, y C. Batis (2019), "Associations between Consumption of Ultra-Processed Foods and

- Intake of Nutrients Related to Chronic Non-Communicable Diseases in Mexico", *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(11): 1852-1865. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.04.020>
- Marx, K. (2007), *Elementos Fundamentales para la Crítica de la Economía Política (Grundrisse) 1857-1858*, Siglo XXI Editores.
- (2014), *El Capital. Crítica de la Economía Política*. Tomo II. FCE.
- (2015), *El Capital. Crítica de la Economía Política*. Tomo I. FCE.
- (2016), *El Capital. Crítica de la Economía Política*. Tomo III. FCE.
- Monteiro, C., y G. Cannon (2012), *El gran tema en nutrición y salud pública es el ultra-procesamiento de alimentos*, Centro de Estudios Epidemiológicos en Salud y Nutrición de la Universidad de São Paulo.
- Monteiro, C.; G. Cannon; R. Levy; J. Moubarac; M. Louzada; F. Rauber, N Khandpur; G. Cediel; D. Neri; E. Martínez-Steele; L. Baraldi, y P. Jaime (2019), "Ultra-processed foods: what they are and how to identify them", *Public Health Nutrition*, 22(5): 936-941. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>
- Monteiro, C.; J. Cannon; S. Ng y B. Popkin (2013), "Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system", *Obesity Reviews*, 14(2): 21-28. <https://doi.org/10.1111/obr.12107>
- Nystrand, B., y S. Olsen (2020), "Consumers' attitudes and intentions toward consuming functional foods in Norway", *Food Quality Preference*, 80: 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2019.103827>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Impuestos saludables: guía breve*, OPS.
- Otero, G. (2018), *The neoliberal diet: healthy profits, unhealthy people*, University of Texas Press.
- Pan American Health Organization (PAHO) (2015), *Ultra-processed food and drink products in Latin America*, PAHO.
- (PAHO) (2019), *Ultra-processed food and drink products in Latin America: Sales, sources, nutrient profiles, and policy implications*, PAHO.
- Pérez-Villarreal, H.; M. Martínez-Ruiz, y A. Izquierdo-Yusta (2019), "Testing Model of Purchase Intention for Fast Food in Mexico: How do Consumers React to Food Values, Positive Anticipated

Emotions, Attitude toward the Brand, and Attitude toward Eating Hamburgers?". *Foods*, 8(9), 369: 2-17. <https://doi.org/10.3390/foods8090369>

- Pérez-Villarreal, H.; M. Martínez-Ruíz; A. Izquierdo-Yusta, y C. Gómez-Cantó (2020), "Food Values, Benefits and Their Influence on Attitudes and Purchase Intention: Evidence Obtained at Fast-Food Hamburger Restaurants", *Sustainability* 2020, 12(8): 1-15. <https://doi.org/10.3390/su12187749>
- Popkin, B.; L. Adair, y S. Wen (2012), "Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries", *Nutrition Reviews*, 70(1): 3-21. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x>
- Santos, A. (2014), *El patrón alimentario del libre comercio*, IIEc-UNAM / CEPAL.
- Shamah-Levy; T., L. Cuevas; E. Mayorga, y D. Valenzuela (2014), "Consumo de alimentos en América Latina y el Caribe", *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27(1): 40-46.
- Zhong, C., y S. deVoe (2009), "You are how you eat: fast food and impatience", *Psychological Science*, 21(5); 619-622. <https://doi.org/10.1177/0956797610366090>

Vulnerabilidad en salud y su relación con las condiciones laborales en México. Un análisis por región, 2021

Yuliana Gabriela Román Sánchez
Rosa Elvira Cedillo Villar

INTRODUCCIÓN

El trabajo y las condiciones laborales contribuyen de manera esencial a la desigualdad social en salud dentro y entre generaciones. Además de la diferencia del ingreso y el estatus que conlleva el trabajo, este determina la exposición de los individuos a una amplia gama de factores físicos, ambientales y psicosociales que pueden influir en la salud. A nivel demográfico, la disponibilidad, las disposiciones del trabajo y las ocupaciones determinan las oportunidades de medios de vida y la exposición al riesgo en todas las sociedades; dichos aspectos contribuyen a las disparidades de salud dentro de las sociedades y entre ellas (Burgard y Lin, 2013).

La relación entre la vulnerabilidad en la salud y el tipo de trabajo de las personas puede ser muy estrecha en algunos casos. Ciertos trabajos pueden tener mayores riesgos para la salud debido a factores como la exposición a sustancias tóxicas o peligros físicos, la inhalación de polvo y la propensión a sufrir accidentes o lesiones. Un ejemplo pueden ser las personas que trabajan en la construcción o fábricas; donde los empleados están más expuestos a tener efectos negativos en su salud y

padecer enfermedades somáticas o psicopatologías (Villarreal *et al.*, 2017; Burgard y Lin, 2013).

Asimismo, aquellos trabajadores en ocupaciones que implican mucho estrés o largas horas de trabajo pueden ser más vulnerables a problemas de salud mental como el agotamiento o la ansiedad, y esto afecta la salud mental y deteriora la salud física de las personas. En ese mismo sentido, las personas que tienen trabajos con una exigencia alta pueden sentirse sobrecargadas y agotadas, lo que puede aumentar su riesgo de enfermedades o lesiones. Adicionalmente, se ha encontrado evidencia que las personas que trabajan en sectores bien remunerados suelen tener un mejor acceso a servicios de atención médica, debido a que ellos pueden gozar de un mejor bienestar financiero, aunque esto no necesariamente implique mejores condiciones de salud (Villarreal *et al.*, 2017).

El presente estudio plantea que el trabajo está relacionado con la salud de los trabajadores. El objetivo del capítulo consiste en analizar la relación entre las condiciones de trabajo y la salud de la población ocupada en México. Para ello; se estimaron tres modelos de regresión logística binaria con los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2021) en México. A partir de lo anterior, se estiman los efectos que la ocupación y el tipo de trabajo tienen en la salud de los trabajadores en nueve regiones del país.

El documento se compone de cuatro apartados: el primero, presenta una revisión sobre estudios anteriores sobre la relación entre salud y trabajo; el segundo, muestra el marco teórico conceptual del enfoque de vulnerabilidad en la salud, el tercero, plantea la estrategia metodológica y, los fundamentos estadísticos de la regresión logística binaria; el cuarto expone y discute los resultados obtenidos.

ANTECEDENTES

Existen varias investigaciones que abordan la relación entre salud y trabajo. En Canadá, Clark y Preto (2018) analizaron para los contextos de atención médica de varios grupos que fueron clasificados como vulnerables en función de los resultados de salud y la experiencia de los determinantes sociales adversos. Las autoras identificaron a los indígenas, las personas con bajos ingresos y educación, aquellos de comunidades rurales y a los inmigrantes como vulnerables a las inequidades en salud.

Al respecto, otras investigaciones han planteado que la población que no trabaja por un salario o están desempleados tiene condiciones de salud inferiores a aquellos que forman parte de la mano de obra remunerada. Lo anterior fue enunciado a partir de estudiar los riesgos de mortalidad, el autoreporte de salud física y mental (Krueger y Burgard, 2011; Rogers, Hummer y Nam, 2000; Ross y Mirowsky, 1995). Por ello, se afirma que el empleo puede mejorar la salud de los trabajadores a través de una serie de mecanismos, el primero relacionado con el nivel educativo y el segundo por los ingresos obtenidos (Burgard y Lin, 2013).

Otros estudios sostienen que los ingresos representan la principal fuente de recursos económicos necesarios para adquirir bienes y servicios que mejoren la salud de los trabajadores y sus familias. Por lo tanto, la carencia monetaria, materializada por el desempleo genera tensiones económicas que pueden afectar la salud mental y desencadenar otros factores estresantes secundarios (Price, Choi y Vinokur, 2002; Price, Friedland, Choi y Caplan, 1998). Asimismo, en Inglaterra y Estados Unidos se encontró que las ocupaciones de mayor estatus conducían a mejor salud en los ocupados, al registrar menor riesgo de mortalidad, menor probabilidad de presentar hipertensión y ataques cardíacos (una vez estandarizados los niveles de educación e ingreso). Consecuentemente, las

personas registraban mayor acceso a la atención médica y mejores condiciones, más involucramiento con el trabajo creativo, y alto nivel educativo presentaron mejores condiciones de trabajo (Burgard y Lin, 2013).

También es relevante referir que otros investigadores han encontrado que el estatus ocupacional captura solo características laborales físicas y psicosociales no medidas. Por lo que los empleos con más estrés laboral pueden estar relacionados con un mayor uso de tabaco, niveles más bajos de actividad física, disminución del consumo de alimentos saludables. Adicionalmente, el empleo inseguro, precario o temporal es un componente importante del riesgo a la salud. Al respecto, se ha encontrado evidencia que los trabajadores que creen que pueden perder su trabajo —en un futuro próximo— tienen peor salud física y mental (Sverke, Hellgren y Näswall, 2002), así como aquellos que pasan por reestructuraciones empresariales o despidos registran aspectos biomédicos más pobres, como aumentos en la presión arterial y una peor salud general (Burgard y Lin, 2013).

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

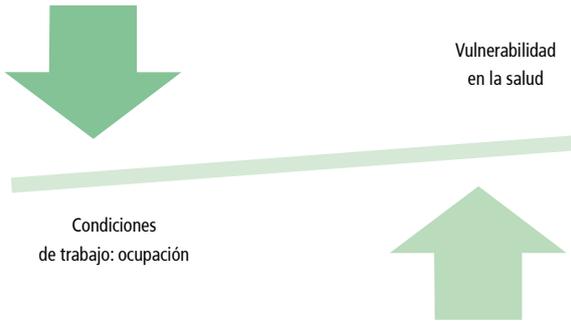
El presente capítulo tiene como marco teórico el enfoque de vulnerabilidad en su aplicación sobre la relación entre salud y trabajo (esquema 1). El concepto de salud se compone de cuatro dimensiones: física, mental, social y espiritual. La física hace referencia al desarrollo normal del individuo, el funcionamiento correcto del cuerpo y su equilibrio entre los componentes orgánicos. La salud mental implica orientación en el tiempo y el espacio, en síntesis refiere la capacidad de equilibrarse en las diferentes situaciones de la vida. La salud social es el ajuste del individuo en la sociedad. Mientras que la dimensión espiritual se revela en la forma de afrontar la vida (Villarreal *et al.*, 2017).

La vulnerabilidad es un concepto multidimensional que puede ser definido de diferentes formas; en su versión más amplia hace referencia a la posibilidad de ser lesionado, sufrir cualquier daño o condición grave que afecte a la vida física o emocional. Aunque, se utiliza como sinónimo de riesgo, susceptibilidad y fragilidad que conduce a condiciones negativas. La vulnerabilidad debe ser reconocida como un rasgo imborrable de la condición humana, que puede o no presentarse. Cuando se presenta se pasa a una situación de vulnerado (Villarreal *et al.*, 2017; Feitosa *et al.*, 2017; Clark y Preto, 2018). Lo opuesto es la resiliencia, definida como un proceso dinámico en el que los individuos muestran una adaptación positiva a pesar de las experiencias de adversidad o traumas significativos (Goldberg y Williams, 1988).

La presencia de vulnerabilidad está arraigada a la existencia de seres humanos y se encuentra relacionada a ciertos riesgos; en este sentido la vulnerabilidad puede ser entendida como un indicador de inequidad y desigualdad social. Por consiguiente, la vulnerabilidad es anterior al riesgo y, ésta detona diferentes posibilidades para afrontar solventar y gestionar la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas (Feitosa-Cestari *et al.*, 2017). De igual forma, la susceptibilidad al daño es otra noción que se encuentra relacionada con la vulnerabilidad; en términos de la incapacidad de proteger los propios intereses superiores y los determinantes sociales de la salud y (Clark y Preto, 2018). Todo esto es relevante para comprender las mediaciones presentes en el proceso salud-enfermedad (Feitosa *et al.*, 2017).

La explicación a la vulnerabilidad en la salud, Clark y Preto (2018) la encuentran en la falta de principio de equidad y solidaridad de la atención a la salud, no como un bien público, universal y necesario, sino en la capacidad de pago. Referente a eso, las autoras afirman que en las relaciones humanas hay

Esquema 1
Enfoque de vulnerabilidad en la salud a partir de las condiciones de trabajo



Fuente: elaboración propia.

desigualdades de poder, conocimiento o medios materiales, por lo que la obligación recae en el más fuerte para respetar y proteger la vulnerabilidad del otro, y no explotar a los menos favorecidos. De ahí que ellas proponen que médicos y formuladores de políticas públicas tienen obligaciones éticas; en términos de velar por la salvaguarda de los derechos humanos, tanto para proteger del daño, como para responder a las necesidades de aquellos que son vulnerables.

De acuerdo con Feitosa *et al.* (2017), la vulnerabilidad involucra tres campos interdependientes: individual, social e institucional. El vínculo de estos muestra relaciones más reales y complejas con los riesgos a los que suele enfrentarse el ser humano. En el contexto de la salud, la vulnerabilidad se describe como situaciones de amenaza a la autonomía humana, el riesgo para el desarrollo de enfermedades, daños o accidentes resultantes de la interrelación entre el conjunto de aspectos individuales, sociales, contextuales y hasta institucionales.

La conjunción de los elementos anteriores va más allá del enfoque tradicional de las estrategias de reducción de riesgos. Por ello, Feitosa *et al.* (2017), proponen que la vulnerabilidad

sea un concepto de redirección de estas acciones a un ámbito más contextual y social (Feitosa *et al.*, 2017). En tanto que, Clark y Preto (2018) marcan la diferencia entre “vulnerable”, “marginado” y “desatendido”: el primero, identifica a aquella persona con un estado de salud bajo; el segundo, refiere a aquel individuo que está fuera de la atención médica, y el término “desatendido” al conjunto de población con necesidades insatisfechas.

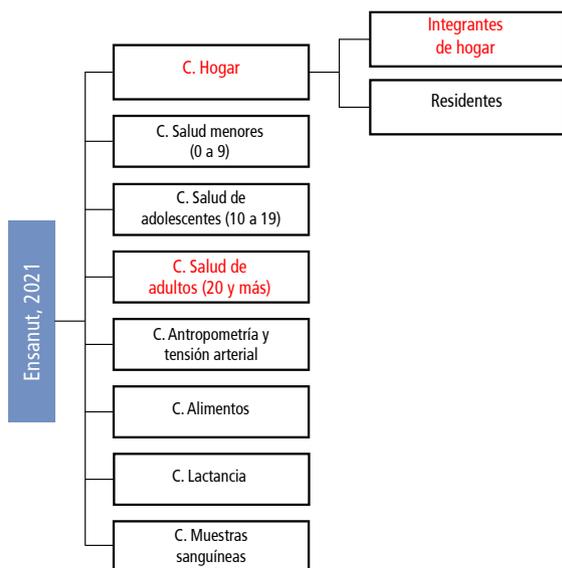
ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Este capítulo tuvo como fuente de datos a la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (Ensanut, 2021); esta es la segunda de cinco encuestas continuas que aporta información sobre salud, bienestar y nutrición de la población en México, y recopila información de la pandemia por covid-19 (estimación de anticuerpos, población expuesta al virus, vacunada, etc.). La muestra de la Ensanut se compone de los registros de 15 000 viviendas distribuidas en nueve regiones del país: Pacífico-Norte, Frontera, Pacífico-Centro, Centro-Norte, Centro, Ciudad de México, Estado de México, Pacífico-Sur, Península (Ensanut, 2021). El diseño de muestra permite analizar ocho grandes dimensiones, tal como se muestra en el esquema 2. En el presente estudio se usaron dos bases de datos: la base de hogar, para conocer las características de los integrantes y los residentes habituales, y la base de datos sobre la salud de adultos de 20 años y más.

Para esta investigación es importante aclarar que, aunque las bases de datos de la Ensanut 2022 se encuentran disponibles, las variables relacionadas con el tipo de trabajo y las condiciones laborales no fueron consideradas en la versión de 2022; por ello, se decidió tomar la Ensanut 2021. La muestra final fue de 13 402 casos de adultos de 20 años y más, mismos que representan 81.8 millones de personas. Dado el objetivo

Esquema 2

Estructura de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021

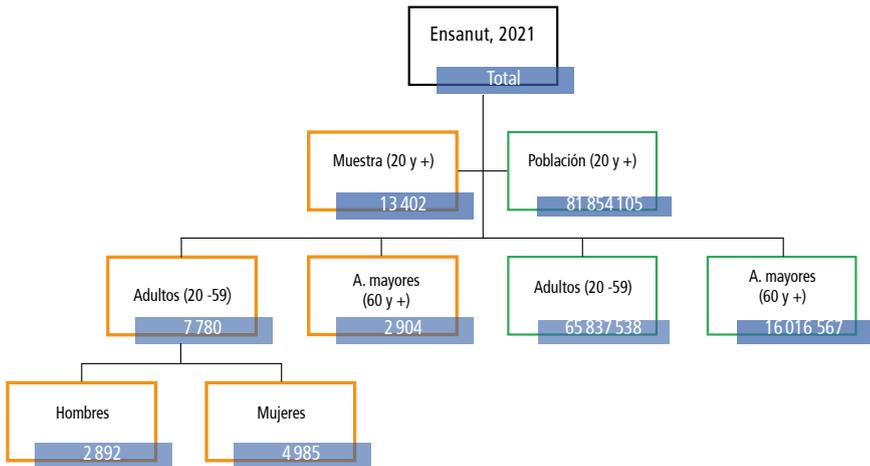


Fuente: elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2022).

planteado en esta investigación, la muestra se dividió en dos: 1) adultos de 20 a 59 años con 7 780 casos y 2) adultos mayores de 60 años y más con 2 904 observaciones. Estos subconjuntos representan 65.8 y 16.0 millones de personas, respectivamente (esquema 3).

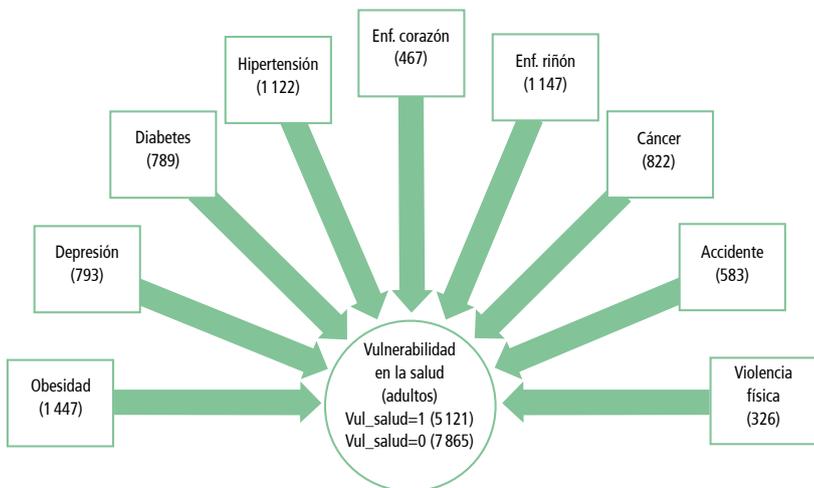
A partir de lo anterior, se estableció como variable dicotómica dependiente de interés la *vulnerabilidad a la salud*; la cual fue construida partir de nueve condiciones a la salud, es decir, se consideró que una persona era vulnerable a la salud: si un médico le confirmó que tenía al menos una de estas enfermedades: obesidad, depresión, diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, enfermedades del riñón, cáncer, sufrió violencia física o tuvo un accidente grave (esquema 4). En total fueron 5 121 casos de la muestra quienes se identificaron como

Esquema 3 Tamaño de muestra de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021



Fuente: elaboración propia con base en INSP (2022).

Esquema 4 Vulnerabilidad en la salud a partir de la Ensanut, 2021



Fuente: elaboración propia con base en INSP (2022).

población vulnerable según su condición de salud y 7 865 como no vulnerables; cabe mencionar que la obesidad, las enfermedades del riñón, la hipertensión, la depresión y la diabetes son condiciones que vulneran primordialmente el estado de salud de las mujeres mexicanas.

Las variables relacionadas a aspectos sociodemográficos fueron: edad, sexo, nivel educativo, situación conyugal y lengua indígena; la condición de trabajo se captó a través de la variable tipo de empleo; donde las categorías fueron: no trabaja, trabajo remunerado y cuidados, y solo trabajo remunerado. Además, se agregó la variable de región (cuadro 1).

Para identificar la relación entre la vulnerabilidad y algunas variables explicativas se utilizó como técnica estadística el modelo de Regresión logística binaria, esta permite estimar la probabilidad entre una variable cualitativa dependiente dicotómica [$Y=0$ y $Y=1$], en función de ciertas variables explicativas independientes –cualitativas o cuantitativas– [$X_1, X_2, X_3, \dots, X_k$], está dada a través de la siguiente expresión (Sagaro del Campo y Zamora, 2019; Ortega, Ochoa y Molina, 2022):

$$p = P[Y = 1 | X_1, X_2, \dots, X_K] = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_K X_K}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_K X_K}}$$

Donde p representa la probabilidad de ocurrencia del evento dicotómico estudiado [$Y=0$ cuando no sucede el evento y $Y=1$ al ocurrir el evento], $X_1, X_2, X_3, \dots, X_k$ son las covariables, $\beta_1, \beta_2, \beta_3, \dots, \beta_k$ son los coeficientes de regresión asociados a cada covariable. Si la probabilidad (p) se divide por su complementario ($1-P$), se obtiene el *odd ratio* (momio de probabilidad), el cual cuantifica cuánto más probable es que se presente el evento que no tenerlo, y viene dado por la expresión (Sagaro del Campo y Zamora, 2019; Ortega, Ochoa y Molina, 2022):

Cuadro 1
Variables consideradas en la vulnerabilidad a la salud

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>Tipo</i>
Vulnerable a la salud	0=no 1=si	Dicotómica
Edad	20, 21, 22, ...,97	Continua
Sexo	0=mujer 1=hombre	
Nivel de escolaridad	0=básica 1=medio superior	Politómicas
Situación conyugal	0=nunca unido 1=unido 2=alguna vez unido	Politómicas
Habla lengua indígena	0=no 1=si	Dicotómica
Tipo de trabajo	0=no trabaja 1=trabajo remunerado y cuidados 2= trabajo remunerado	Politómicas
Región	0=frontera 1=Pacífico_centro 2=centro_norte 3=centro 4=Cd. México 5=Edo. México 6=Pacífico sur 7=Península	Politómicas

Fuente: elaboración propia.

$$odds = \frac{p}{1 - p} = e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_K X_K}$$

Empleando la transformación *logit* se obtiene un modelo lineal que permite un mejor manejo de los datos e interpretación de los resultados (Sagaro del Campo y Zamora, 2019; Ortega, Ochoa y Molina, 2022), quedando la expresión siguiente:

$$\text{logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_K X_K$$

La estimación de los parámetros (coeficientes de regresión) se realiza por un proceso de máxima verosimilitud. El modelo obtenido debe cumplir con cinco aspectos: 1) relación lineal entre el *logaritmo* de los *odds* y las variables independientes; 2) independencia de las observaciones; 3) ausencia de la colinealidad entre variables independientes; 4) el principio de parsimonia que establece que la menor cantidad de variables que expliquen los datos será el mejor modelo, y 5) el número de variables está en relación con el tamaño de muestra; algunos autores sugieren al menos 10 casos por variable, otros 15 observaciones, se incrementa a 100 para algunos y, para otros, se necesitan hasta 400 unidades por cada variable independiente; para lograr estimaciones adecuadas y con ello evitar errores en la estimación de coeficientes (Sagaro del Campo y Zamora, 2019; Ortega, Ochoa y Molina, 2022). Empero el tamaño de muestra de la Ensanut 2021 es suficientemente grande y los tabulados de las variables refieren que es posible estimar el modelo de regresión especificado.

Una vez estimado el modelo de regresión logística binaria, se procedió a evaluar la bondad de ajuste y esto se realizó a través de varias pruebas: razón de verosimilitud, prueba de Wald, prueba de Hosmer y Lemeshow, el coeficiente R^2 , pseudo- R^2 , la de Cox y Snell, la de Nagelkerke y la de McFadden, entre las más importantes (Sagaro del Campo y Zamora, 2019; Ortega, Ochoa y Molina, 2022).

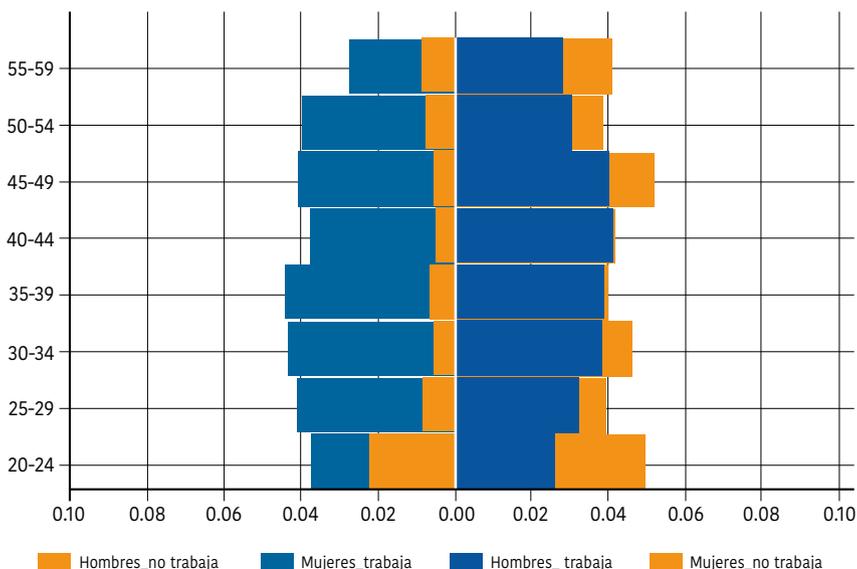
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (2021) permitieron identificar que 31.1% de los hombres adultos de

20 a 59 años se encuentran ocupados, para el caso de las mujeres la participación laboral se reduce a 27%, por edad los hombres registran mayor presencia en el mercado de trabajo de 35 a 39 años, mientras que las mujeres tienen mayor participación en el grupo de 40 a 44 años. En este sentido, destaca la mayor presencia de los hombres en el mercado laboral. Lo opuesto sucede en una situación de inactividad, 35% de las mujeres contestó no trabajar, respecto a 7% de los hombres en la misma situación (gráfica 1).

Respecto a los ocupados de 20 años y más, los datos de la Ensanut (2021) permiten visualizar desigualdad y precariedad laboral, los resultados muestran que cuatro de cada 10 tiene seguridad social, reciben aguinaldo y tienen vacaciones paga-

Gráfica 1
Distribución de la población que trabaja y no trabaja
según edad y sexo, 2021



Fuente: elaboración propia con base en INSP (2022).

das; tres de cada 10 reciben por su trabajo utilidades, fondo para el retiro y crédito a la vivienda. Mientras que dos de cada 10 reciben el servicio de guardería, seguro de vida y préstamos por su trabajo; sólo 13% recibe un seguro privado. También se encontró que cuatro de cada 10 tiene alguna prestación laboral, mientras que solo uno de cada 10 goza de todas ellas. Al tener como referencia a la población que no trabaja, la información estadística muestra que 66% de dicho grupo realiza quehaceres del hogar, 10% está pensionado o jubilado, 6% es estudiante y 5% está buscando empleo. En este sentido es posible afirmar que la inactividad está relacionada sobre todo con el trabajo no remunerado (esquema 5).

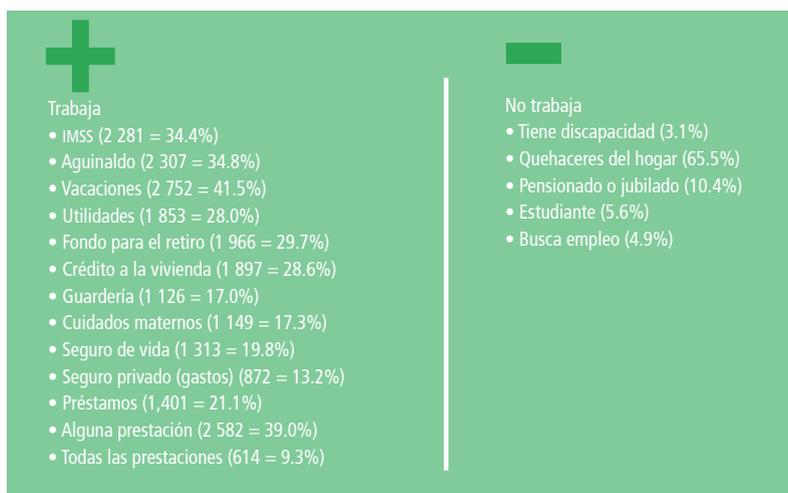
De igual forma, el análisis de los datos de los adultos de 20 a 59 años de la Ensanut (2021) permiten registrar que las mujeres son más vulnerables con respecto a la salud que los hombres, independientemente de registrar mayor participación en niveles de escolaridad más altos, en cualquier situación conyugal: aunque es más común cuando están unidas o hablan alguna lengua indígena: en estos casos las diferencias entre hombres y mujeres son importantes.

Sin embargo, cuando se trata de la población ocupada, los datos por sexo muestran que la diferencia entre hombres y mujeres se reduce significativamente para ser vulnerables a la salud, aunque las mujeres continúan reportando mayores riesgos a enfermarse. Una prueba de hipótesis con un nivel de significancia de 5% mostró que: la proporción de mujeres vulnerables a la salud es mayor a la proporción de los hombres a enfermarse. También se encontró, con el mismo nivel de significancia, que la proporción de adultos que trabaja y es vulnerable a la salud es menor a la proporción de adultos que no trabajan y tiene riesgo a enfermarse.

Respecto a la técnica estadística utilizada, cabe destacar que se estimaron tres modelos de regresión logística binaria: el

Esquema 5

Características de las condiciones de trabajo de la población ocupada de 20 y más y de inactividad en México, 2021



Fuente: elaboración propia con base en INSP (2021).

primero para los adultos de 20 a 59 años; el segundo, se centra en los adultos mayores de 60 años y más; y, el tercero, incluye tanto adultos como senescentes, es decir, considera a toda la población de 20 años y más (cuadro 2).

En el primer modelo de regresión logística para adultos de 20 a 59 años, las variables de edad, nivel de escolaridad, estado conyugal y lengua indígena tienen un efecto positivo en la vulnerabilidad a la salud; mientras que la variable sexo registró un efecto negativo. Para este grupo etario el tipo de trabajo no fue estadísticamente significativo. Los datos permitieron identificar que los hombres mostraron 38% menor propensión a ser vulnerables en salud (respecto a las mujeres), y la propensión a enfermarse se acentúa 2% por cada año de vida; lo que implica que a medida que se avanza en el proceso de envejecimiento incrementa la probabilidad de muerte, es

Cuadro 2

Modelos de regresión logística binaria para los adultos (20-59) y adultos mayores (60 y más)
y adultos (20 y más), 2021

Variable	Adultos (20 - 59)		Adultos (20 - 59)		Adultos (20 - 59)	
	Efecto	Probabilidad	P > z	Efecto	Probabilidad	P > z
Vulnerabilidad a la salud						
(0: No, 1: Sí)						
Edad	Positivo	1.024332	0.0000	Positivo	1.02394	0.0000
(Mujeres)						
Hombres	Negativo	0.6236841	0.000	Negativo	0.80946	0.470
(Básica)						
Medio superior	Positivo	1.13460	0.028	Negativo	0.84803	0.2390
Sup y/o posgrado	Positivo	1.28334	0.000	Positivo	1.03761	0.8010
(Nunca unido)						
Unido	Positivo	1.20013	0.001	Positivo	1.24030	0.1382
Alguna vez unido	Positivo	1.15130	0.065	Positivo	1.17457	0.2720
(Si habla indígena)						
No habla indígena	Positivo	1.50120	0.000	Positivo	1.07062	0.7480
(No trabaja)						
Trabajo remunerado y cuidados	Negativo	0.8832953	0.188	Negativo	0.81222	0.0870
Trabajo remunerado	Negativo	0.87462	0.105	Negativo	0.77678	0.0270
				Positivo	1.44224	0.0000
				Negativo	0.82474	0.0060
				Negativo	0.82147	0.0010

Variable	Adultos (20 - 59)		Adultos (20 - 59)		Adultos (20 - 59)	
	Efecto	Probabilidad	P > z	Efecto	Probabilidad	P > z
(Región: frontera)						
Pacífico_centro	0.0981492	0.9220	0.6390	1.094853	1.020099	0.821
Centro_norte	0.0915538	0.0220	0.0460	1.358834	1.22826	0.003
Centro	0.1368112	0.0000	0.9300	0.9823982	1.326415	0.001
CD. México	0.1294379	0.0000	0.5220	1.111372	1.310309	0.001
Edo. México	0.1024119	0.3440	0.0430	1.435438	1.171775	0.055
Pacífico Sur	0.1132904	0.0170	0.1590	1.299552	1.262699	0.004
Península	0.1083722	0.0120	0.1230	1.333023	1.262226	0.003
Número de observaciones	9,875			2,353		2,228
LR chi2(8)	351.74			42.68		592.16
Prob > chi2	0.0000			0.0005		0.0000
Pseudo R2	0.0273			0.0131		0.0362
Count R2:	0.591			0.649		0.595
Aji Count R2	0.165			0.04		0.17

Fuente: elaboración propia con base en INSP (2022).

decir, el desgaste vital y biológico del organismo humano merma el estado de salud.

En cuanto al nivel de escolaridad, alcanzar algún grado de educación superior o posgrado incrementa 28% la propensión a mostrar una condición de salud vulnerable, respecto aquellos con nivel educativo básico. Asimismo, estar unido aumenta la propensión de ser vulnerable en la salud 20% respecto a los nunca unidos. No obstante, no hablar alguna lengua indígena aumenta 50% la propensión de tener una condición de salud vulnerable, respecto a aquellos que sólo hablan. En síntesis, en el grupo de edad 20 a 59 años son las mujeres, aquellos con un nivel de escolaridad más alto, los unidos, no hablantes de lengua indígena y que residen en las regiones Centro-Norte, Centro, Ciudad de México, Pacífico Sur y la Península los que muestran características sociodemográficas que los hacen más vulnerables en su estado de salud, respecto aquellos que habitan la región fronteriza.

A semejanza del grupo de edad 20 a 59 años, en el grupo de adultos mayores (60 años y más) las variables estadísticamente significativas fueron: edad, sexo y tipo de trabajo. Lo que implica que para los adultos mayores también la propensión a ser vulnerable en salud incrementa 2% por cada año adicional vivido, lo cual resulta coherente con el proceso degenerativo y biológico natural del ser humano a lo largo de la vida. Los hombres adultos mayores son 20% menos propensos a ser vulnerables en salud, respecto a las mujeres. No obstante, cabe resaltar que este resultado proviene del autoreporte de salud y los hombres declaran consistentemente un estado de salud saludable, aunque su esperanza de vida sea ocho años menor a la esperanza de vida de las mujeres (Conapo, 2023). Dicho de otra forma, las mujeres son más propensas a enfermarse que los hombres, aunque son ellos quienes registran mayor nivel de mortalidad, resultado evidenciado por otros estudios (Krueger y Burgard, 2011; Burgard y Lin, 2013; Villarreal *et. al.*, 2017).

El hallazgo más relevante en este grupo de edad (60 años y más) es que el trabajo remunerado y cuidados disminuye 19% la propensión a observar una condición de salud vulnerable; respecto aquellos que no trabajan y la población que solo trabaja de forma remunerada muestra 23% menor razón de propensión a experimentar una condición de salud vulnerable, respecto a la población que no trabaja. La población adulta mayor que reside habitualmente en las regiones Centro Norte y Estado de México presentan mayor propensión a presentar un estado de salud vulnerable en 35 y 43%, respectivamente, en relación a la región fronteriza. En este sentido, es importante destacar que ambas regiones —en términos demográficos—, se encuentran en un proceso de envejecimiento acelerado, puesto que hay una migración reciente de personas provenientes de la Ciudad de México a la periferia del Estado de México y a la región Centro-Norte.

El tercer modelo de regresión logística contempla a toda la población de 20 años y más que capta la Ensanut (2021), casi todas las variables explicativas fueron estadísticamente significativas; esto porque la muestra es más grande, por un lado; y por otro debido a que en los dos modelos anteriores fue posible diferenciar cuáles variables afectan a cada grupo de edad por separado. En este último modelo, las variables: sexo y tipo de trabajo tienen un efecto negativo; mientras que edad, nivel de escolaridad, la situación conyugal y región tienen un efecto positivo.

La población no hablante de lengua indígena tuvo 44% mayor propensión a tener un estado de salud vulnerable *versus* la población de lengua indígena. Este resultado, aparentemente refiere que las personas indígenas desarrollan menos enfermedades crónico degenerativas que vulneren su estado de salud. Sin embargo, también es posible que dicho resultado sea afectado por la dieta, lugar de residencia y el hecho de que la Ensanut capta el estado de salud por autoreporte, es decir,

depende de lo que el entrevistado informó y el conocimiento o no que tenga sobre su estado de salud y de cómo lo evalúe.

Estar unido afecta el estado de salud, puesto que incrementa 23% la propensión a experimentar una condición de salud vulnerable; esto puede ser porque al entrar en unión se incrementa la posibilidad de llevar un estilo de vida sedentario; además, los papeles de género para hombres y mujeres socialmente asignados propician que las mujeres dediquen gran parte de su tiempo al trabajo no remunerado, de forma exclusiva, mientras que los hombres al trabajo remunerado; lo cual deja poco espacio para el ocio, recreación y activación física.

Para la población adulta de 20 años y más, pareciera que a medida que incrementa su nivel educativo aumenta también la propensión a tener un estado de salud vulnerable: la población con educación superior o posgrado presenta 23% mayor propensión a tener un estado de salud vulnerable, respecto a la población con educación básica. Lo cual indicaría que es la población con un mayor logro educativo la que puede llegar a presentar enfermedades crónico-degenerativas asociadas a un estilo de vida sedentario y con jornadas de trabajo que dejan poco tiempo para el cuidado de la salud.

El último modelo también indica que fueron las mujeres quienes presentaron una mayor propensión a vivir con un estado de salud vulnerable; dicho de otra forma, los hombres registraron 34% menor propensión a reportar deteriorada su salud, respecto a las mujeres. Además, al incorporar la variable tipo de trabajo (e identificar a la población que no trabaja, la que realiza trabajo remunerado y aquella que realiza tantotrabajo de cuidados y trabajo remunerado) es posible referir que la población que realiza algún tipo de trabajo remunerado disminuye su propensión a manifestar un estado de salud vulnerable en 18%, respecto a los que no trabajan. Lo que implicaría que el acceso a la seguridad social se encuentra ligado (en México)

a la participación laboral remunerada y a un trabajo estable: esta característica es lo que permite que las personas puedan alcanzar en la vida adulta un estado de salud mejor que la población que no tiene acceso al mercado de trabajo remunerado.

A nivel regional, las personas que residen de forma habitual en las regiones centro y Ciudad de México son las que tienen mayor propensión: 32 y 31%, respectivamente a manifestar un estado de salud vulnerable, respecto aquellos que residen en la región fronteriza. En estas zonas habita más población adulta mayor urbana con una alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y un estilo de vida sedentario. También las personas que habitan en las regiones Pacífico Sur y Península observan 26% mayor propensión a un estado de salud vulnerable con referencia a aquellos que viven en la frontera. Ambas regiones son altamente turísticas y en ellas se han asentado poblaciones inmigrantes adultas mayores y constituyen zonas de atracción de migrantes interestatales que laboran en el sector servicios y comercio. Lo anterior, refleja un acelerado proceso de envejecimiento poblacional en México, acentúa la vulnerabilidad en salud en estas regiones..

CONSIDERACIONES FINALES

Se puede concluir que la vulnerabilidad a la salud que experimentan las mujeres es mayor a la reportada por los hombres; que a su vez depende de otros factores como la situación conyugal, el nivel de escolaridad, hablar alguna lengua indígena o la región donde residen. En este sentido, el capítulo agrega evidencia sobre la multidimensionalidad de la vulnerabilidad: por un lado, los aspectos individuales y sociales; y, por otro lado, las características contextuales como el lugar de residencia.

A partir de los resultados obtenidos se concluye que las personas ocupadas que desarrollan un trabajo remunerado con o

sin cuidados son menos propensas a ser vulnerables a la salud, respecto a los que no trabajan; en este sentido, trabajar y desarrollar actividades los coloca en mejor situación que aquellos que no tienen un trabajo remunerado con acceso a seguridad social; lo anterior coincide con otros estudios, debido a que los que no trabajan tienen poca actividad física, aislamiento social y falta de ingresos para acceder a atención médica (Krueger y Burgard, 2011; Feldman *et al.*, 2008; Rogers, Hummer y Nam, 2000; Ross y Mirowsky, 1995). No obstante, se sugiere indagar para profundizar en esta situación, debido a que la relación salud-trabajo es más compleja que lo que permiten conocer los datos de la Ensanut 2021, por lo que se recomienda seguir investigando el efecto que tiene la jerarquía en la posición del trabajo, la jornada laboral y las prestaciones con la salud de los trabajadores, así como agregar los aspectos institucionales y modelar el efecto que estos pueden tener sobre el riesgo en la salud de los trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA

- Burgard, S. A., y K. Y. Lin (2013), "Bad jobs, bad health? How work and working conditions contribute to health disparities", *The American Behavioral Scientist*, 57(8): 1105-1127. <https://doi.org/10.1177/0002764213487347>
- Clark, B., y N. Preto (2018), "Exploring the concept of vulnerability in health care", *Canadian Medical Association Journal*, 190(11): E308-E309. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180242>
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (2023), *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2020-2070*, México, Conapo. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/bases-de-datos-de-la-conciliacion-demografica-1950-a-2019-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-2020-a-2070?idiom=es>
- Feitosa, V. R.; T. M. Magalhães-Moreira; R. Mendes de Paula-Pessoa; R. Sampaio-Florêncio; M. Rocineide-Ferreira da Silva y R. A. Mar-

- tins-Torres (2017), "The essence of care in health vulnerability: a Heideggerian construction", *Revista Brasileira de Enfermagem RE-BEn*, 70(5): 1112-1116. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0570>
- Feldman, L.; E. Vivas; Z. Lugli; J. Zaragoza, y O. V. Gómez (2008), "Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras", *Salud Pública de México*, 50 (6): 482-489.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2022). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 (ENSANUT, 2021). Disponible <https://ensanut.insp.mx/>
- Krueger P. M., y S. A. Burgard (2011), "Work, Occupation, Income, and Mortality", *International Handbook of Adult Mortality. International Handbooks of Population*, vol 2. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9996-9_13
- Price R. H.; J. N. Choi, y A. D. Vinokur (2002), "Links in the chain of adversity following job loss: How financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health", *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(4): 302-312. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.7.4.30>
- Price R. H.; D. S. Friedland; J. N. Choi, y R. D. Caplan (1998), "Job loss and work transitions in a time of global economic change", *Addressing community problems: Psychological research and interventions*, Washington; Sage Publications, pp. 195-222.
- Ortega, E.; C. Ochoa, y M. Molina (2022), "Regresión logística binaria simple", *Fundamentos de Medicina Basada en la Evidencia*, pp. 11-18. <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/7943/regresion-logistica-binaria-simple>.
- Rogers R. G.; R. A. Hummer, y C. Nam (2000), *Living and Dying in the USA: Behavioral, Health, and Social Differentials of Adult Mortality*, Nueva York; Academic Press. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-593130-4.X5000-1>

- Ross C. E.; y J. Mirowsky (1995), "Does Employment Affect Health?" *Journal of Health and Social Behavior*, 36(3): 230-243. <https://doi.org/10.2307/2137340>
- Sagaro del Campo, N. M., y L. Zamora (2019), Análisis estadístico implicativo *versus* Regresión logística binaria para el estudio de la causalidad en salud. *Multimed (online)*, 23(6): 1416-1440. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601416&lng=es&tlng=es
- Sverke M.; J. Hellgren, y K. Näswall (2002), "No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences", *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(3): 242-264. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.7.3.242>
- Villarreal, J. A.; M. Puebla-Rodríguez; R. Fonseca-González, y E. A. Álvarez Rivero (2017), "La tríada salud-trabajo-ambiente y su impacto en los trabajadores", *Salud de los Trabajadores*, 25 (2): 147-155. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375855579005>

Colima: retos y oportunidades en materia de política pública y vulnerabilidad en salud de hombres y mujeres

José Manuel Orozco Plascencia

INTRODUCCIÓN

Colima es un estado con una situación de alto nivel de vulnerabilidad en temas de sismos, inseguridad, medio ambiente y de salud pública, debido a su contexto territorial-socioeconómico, por su cercanía al mar, a los estados de Jalisco y Michoacán, y por las características climatológicas propias de la región.

De acuerdo con el Programa Sectorial de Salud 2021-2027 del estado de Colima, la entidad presenta situaciones de salud que impiden garantizar a sus habitantes servicios de salud adecuados y de calidad, por lo que es fundamental que el sector de la salud establezca políticas apropiadas para reducir las brechas y los problemas relacionados con la salud garantizando un acceso universal, efectivo y gratuito a los servicios de salud. En el ámbito de la atención médica, según el Modelo de Atención Integral en Salud de Colima, es necesario que el sector trabaje en conjunto con otros actores para asegurar que las políticas públicas se alineen para maximizar su contribución y beneficio al desarrollo humano.

Como punto de partida, se observa que los principales problemas de vulnerabilidad para Colima están centrados en

el desabasto de medicamentos, que es generalizado para el país, alta incidencia de diabetes, hipertensión y falta de acceso a servicios médicos. En 2021, se descubrió que la covid-19, enfermedades cardíacas y diabetes fueron las principales causas de fallecimiento en mujeres de 15 y más años. En el nivel municipal, se encontró que los municipios con menor población, como Ixtlahuacan, Armería y Comala, tenían el mayor porcentaje de población sin seguridad social. Por otro lado, las principales causas de urgencia médica en 2021 fueron el traumatismo y picadura de alacrán, las supervisiones normales de embarazo y las causas directas de parto.

Con base en la información previa, se establece como pregunta guía: ¿qué políticas públicas se han implementado para reducir la vulnerabilidad en salud de los colimenses? y como objetivo general el analizar las principales causas de vulnerabilidad en salud que se registran en Colima, así como las políticas públicas que se han determinado para hacer frente a las mismas.

Como hipótesis, se instituye que las vulnerabilidades en salud en el estado de Colima siguen un patrón similar a las principales incidencias y prevalencias en el país, destacando que van en aumento, aquellas asociadas con el entorno de inseguridad y del propio clima.

El capítulo se divide en dos partes: desarrollo; análisis teórico y de resultados; y las conclusiones.

VULNERABILIDAD Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN COLIMA

El presente apartado se divide en tres componentes, primero se describirán aspectos teórico-conceptuales sobre vulnerabilidad, políticas públicas y políticas públicas en salud; algunos datos del contexto nacional en dicha materia; así como políti-

cas públicas para reducir la vulnerabilidad en Colima, tomando en consideración lo que establece el Programa Sectorial de Salud de Colima (2021-2027).

Aspectos teórico-conceptuales sobre la vulnerabilidad y las políticas públicas

La capacidad de un sistema para resistir los efectos negativos del cambio climático, como su variabilidad y los fenómenos extremos, se conoce como vulnerabilidad (OMS, 2003: 33).

En un término amplio y polisémico, la vulnerabilidad social se aplica al estudio y la dinámica de las personas, las familias y otros grupos sociales. Una faceta de la vulnerabilidad social es la demográfica. El enfoque de vulnerabilidad se puede utilizar para examinar las relaciones entre población y desarrollo. El análisis de la salud de las poblaciones debe centrarse en esta. El tema del peligro para la salud de las personas es esencial para las evaluaciones de salud (Araujo, 2015).

De acuerdo con Naciones Unidas, los grupos vulnerables incluyen niños y adolescentes, mujeres y niñas, personas con discapacidades, migrantes, refugiados y solicitantes de asilo, personas LGBTI, personas mayores y miembros de la sociedad civil.

Según Araujo (2015): “Las personas vulnerables son aquellas que se encuentran en riesgo porque no tienen desarrollada la capacidad de prevenir, resistir y sobreponerse a un impacto”. En este mismo sentido Villa (2001) define a la vulnerabilidad “como la posibilidad o el riesgo de que una persona, un hogar o una comunidad pueda sufrir daño o lesiones como resultado de cambios en las condiciones del entorno en el que se encuentra o debido a sus propias limitaciones”.

Políticas públicas en salud

Una herramienta que el gobierno utiliza para cambiar algunos aspectos problemáticos de la realidad social de un estado en

particular se conoce como política pública. Por último, pero no menos importante, el Estado es responsable de tomar las decisiones y tiene la capacidad de cambiar la situación (Guzmán y Angarita, 2015: 14).

Como características de las políticas públicas destacan:

- La predicción: no se puede tomar una decisión sin un futuro como referencia y una planificación futura.
- Decisión: la política pública debe contar con múltiples soluciones, ya que si solo hay una, no es un problema de política pública.
- Acción: las políticas públicas no se quedan en la discusión; se llevan a cabo, se concretan y se materializan (Guzmán y Angarita, 2015: 14).

Para Lasswell las políticas públicas son

disciplinas que explican los procesos de creación y ejecución de políticas; son un modelo adaptable de asistencia a la toma de decisiones políticas que surge de un diagnóstico adecuado y de la participación de la ciudadanía en su ciclo de vida. En otras palabras, las personas pueden participar en la solución de los problemas públicos y en el mantenimiento o transformación de su Estado de Bienestar (López, 2023: 34).

Luis F. Aguilar Villanueva define las políticas públicas como “el conjunto de acciones que se llevan a cabo para alcanzar metas que la sociedad considera prioritarias y para resolver problemas cuya solución se considera de interés o beneficio público”. En consecuencia, las sociedades dependen de una variedad de componentes que colaboran en la resolución de problemas sociales. Uno de ellos es la participación ciudadana,

que es fundamental para lograr políticas públicas exitosas que involucren a la ciudadanía en general.

Por otro lado, Julio Franco Corzo las define como “medidas gubernamentales con objetivos de interés público que surgen de decisiones tomadas después de un diagnóstico y análisis de factibilidad”. Como la sociedad es diversa y cambiante, los problemas y los factores que la componen también lo son. Por lo tanto, las soluciones deben ser innovadoras y adaptables, fomentando la participación ciudadana para lograr cambios y fortalecer el Estado de Bienestar (López, 2023: 34)

Políticas públicas en salud

Deberían incluirse en las políticas sociales porque afectan todos los aspectos de la vida cotidiana de las personas, como sus acciones, comportamientos y decisiones. Por ejemplo, al prohibir, alentar o proporcionar diferentes servicios a diversos grupos poblacionales, pueden afectar sus acciones, comportamientos y decisiones (Universidad de la Sierra Sur, 2023).

En línea con los principios establecidos en la Declaración política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud, la Carta de Ottawa, el Informe final de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud y Alma Ata, Salud en todas las políticas es un enfoque colaborativo que busca mejorar la salud mediante el enfoque en todas las áreas y sectores de la toma de decisiones políticas. Además, desarrolla la capacidad de los profesionales de la política de salud para reconocer los objetivos de desarrollo en otros sectores, reconociendo la naturaleza interdependiente del desarrollo social, económico y ambiental.

Las políticas de salud pública deben "adaptarse" a las circunstancias financieras y culturales, teniendo en cuenta los desafíos actuales, no solo por la presencia del nuevo coronavirus, sino también por el perfil epidemiológico específico de

cada nación y los factores ambientales que afectan el estilo de vida. En la actualidad, los profesionales de la salud, como enfermeras y médicos, deben ser conscientes de que, al proponer políticas públicas de salud, deben contar con el apoyo del Congreso, ya que, de lo contrario, la propuesta no sería viable, aunque sea viable con base en evidencia.

Algunos estudios sobre vulnerabilidad en salud en Colima

Mendoza Cano *et al.* (2017) realizan un estudio titulado: “Riesgos potenciales de salud por consumo de agua con arsénico en Colima, México” según el informe, el agua de pozo contaminada con metales podría ser la causa de la mayoría de los problemas de salud relacionados con el arsénico en Colima. Sin embargo, para estimar la frecuencia de enfermedades o daños relacionados con la ingesta de arsénico proveniente de aguas subterráneas, se requieren mediciones más precisas, así como un sistema de registro de síntomas en los centros de salud del estado y estudios epidemiológicos a nivel local.

Para distribuir fondos para implementar políticas públicas y de infraestructura para salvaguardar la salud de las comunidades afectadas, se podría medir el problema. El estudio encontró que el consumo prolongado de arsénico aumentó el riesgo de 446 personas de desarrollar algún tipo de cáncer, pero esto no garantiza que lo desarrollen. Algunas personas enfermas pueden no tener ningún factor de riesgo identificable.

Por su parte, Tamayo, Chávez y Henao (2010) elaboran la investigación titulada: “Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008”, entre 2005 y 2006, se buscó describir e interpretar las percepciones de las mujeres sobre el autocuidado, el cáncer de cuello uterino, los factores de riesgo y la prevención en municipios con altas y bajas tasas de

mortalidad causadas por este tipo de cáncer en el Departamento de Antioquia, Colombia y el estado de Colima, México. Al explicar el bajo efecto de los programas de promoción de la salud sexual y de prevención del cáncer de cuello uterino, la investigación ayuda a desarrollar estrategias más adaptadas a las necesidades y contextos culturales.

En los tres municipios de Antioquia y Colima, se notaron más similitudes que diferencias en las descripciones e interpretaciones que hacen las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino, los factores de riesgo, la prestación de servicios de salud y el autocuidado. En consecuencia, los resultados se muestran en términos generales para todos los municipios y grupos de edad, con las diferencias correspondientes. Los textos significativos se identifican utilizando los números del grupo y la inicial del municipio.

Trujillo Hernández *et al.* (2010) publican el artículo titulado "Frecuencia y factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en universitarios de Colima, México", es indudable que la obesidad afecta a 35% de los adultos y 26% de los niños en nuestro país, lo que la convierte en la enfermedad crónica más común. En este estudio, descubrimos que entre 9 y 31% de los estudiantes universitarios eran obesos. No es tan común como antes que más de 60% de los adultos sean obesos o tengan sobrepeso. La diferencia en la frecuencia de sobrepeso y obesidad encontrada en el estudio podría deberse a que los participantes eran más jóvenes.

Según este estudio, la proporción de hombres y mujeres con sobrepeso era de 1:2, mientras que la proporción de hombres y mujeres con obesidad era de aproximadamente 1:3. Estos resultados contradicen los resultados de la mayoría de los estudios previos, que han encontrado que las mujeres tienen más probabilidades de desarrollar obesidad.

Anguiano *et al.* (2017) escribe sobre el segundo año de la estrategia estatal de combate al dengue en Colima. El gobierno del estado de Colima se vio obligado a implementar medidas como parte de su política pública e invertir en investigación y prevención debido a la alta tasa de casos registrada en 2009. Algunas de las medidas que se han documentado con mayor éxito en la entidad incluyen estrategias de saneamiento básico, participación comunitaria y control larvario y químico (rociado ambiental y domiciliario), respaldadas por vigilancia epidemiológica, entomológica y de laboratorio.

Gómez *et al.* (2013) examina la hipoacusia y los factores de riesgo relacionados con los recién nacidos en el estado de Colima, México. Entre noviembre de 2007 y noviembre de 2008, se llevaron a cabo 1 223 estudios sobre emisiones otoacústicas en bebés recién nacidos, tanto con factores de riesgo como sin ellos. Nacidos entre el día 5 y el 28 de la vida extrauterina y provenientes de varios hospitales de adscripción, demostraron una función adecuada del oído medio y no presentaban malformaciones del oído externo. De los 1 223 recién nacidos que se evaluaron, 648 (53%) eran mujeres.

Entre noviembre de 2007 y noviembre de 2008, se llevaron a cabo 1 223 investigaciones sobre emisiones otoacústicas en bebés recién nacidos, tanto con factores de riesgo, como sin ellos. Nacidos entre los días 5 y 28 de la vida extrauterina y provenientes de varios hospitales de adscripción, demostraron una función adecuada del oído medio y no presentaban malformaciones del oído externo.

Algunos datos del contexto nacional en materia de salud

Según datos de la Confederación Patronal de la República Mexicana (Coparmex, 2023), los indicadores de salud muestran lo siguiente:

- *Acceso y calidad de los servicios de salud:* según los datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), en 2020 carecía de servicios públicos de salud 28% de la población. Ha habido una disminución en el índice desde 2016, cuando alcanzó 15%, lo que equivale a 18 millones de personas en México que no tenían acceso a los servicios de salud. De esta manera, se puede observar que la cantidad de habitantes de México que han sido excluidos se ha duplicado.
- *Calidad de los servicios recibidos:* porque no solo se trata de tener acceso a los servicios de salud, sino también de que esos servicios funcionen correctamente. Como resultado, los tiempos de espera y la percepción de la calidad del servicio se pueden medir. De esta manera, la cobertura efectiva por tiempo de espera en México es de 17.3% y la percepción de calidad es de 18.9%, según el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). Esto indica que menos de 1 de cada 5 pacientes recibe una atención satisfactoria y oportuna.
- *Desabasto de medicamentos:* entre 2020 y 2022, las instituciones encargadas de licitar y comprar insumos médicos y medicamentos experimentaron cuatro cambios. En los últimos años, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha liderado el desmantelado sistema de compras y distribución especializada. Esto ha llevado a un desabastecimiento prolongado, lo que ha afectado la atención de enfermedades como el VIH, la diabetes y el cáncer, entre otras.
- *Presupuesto insuficiente:* el presupuesto del sector salud para el año 2023 mostró un aumento global de 4.2% en comparación con lo aprobado para 2022, pero no es suficiente.

En un estudio llamado "Radiografía del desabastecimiento", algunos colectivos afirman que de 2019 a 2021, alrededor de 49 millones de recetas no se entregaron de manera efectiva en las principales instituciones de seguridad social. Esto es un aumento significativo en comparación con los años 2017 y 2018, cuando no se entregaron 3.5 millones y 2.9 millones de recetas. Esto equivale a un promedio de 16.3 millones de recetas en un lapso de tres años. Lo anterior implica que el porcentaje de recetas no entregadas de forma efectiva aumentará a 9.7% para 2021, en comparación con 1.2% de 2017. Se informaron más de 11 millones de recetas no entregadas solo en el IMSS en 2022; es preocupante que las condiciones empeoren en 2023 y 2024.

EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y VULNERABILIDAD EN COLIMA

Según la Secretaría de Salud del Gobierno del estado de Colima, en 2022 habrá alrededor de 6 000 personas con alguna enfermedad crónica acogidas en unidades de atención, de las cuales 67.6% son mujeres y 32.4% son hombres.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) de 2018 reveló que 23.7% de las mujeres tenían diabetes, mientras que los hombres 15.3%. La prevalencia de diabetes es de 11.4% en mujeres y de 9.1% en hombres. La hipertensión es de 28.4% en mujeres y 12.9% en hombres. Para 2025, se espera que la esperanza de vida de las mujeres sea de 78 años y la de los hombres de 73. También se calcula una tasa de mortalidad de 6 por ciento.

Población de Colima con dificultad de acceso a servicios de salud

Al analizar los datos de Coneval (2016-2022) por tipo de privación, se encontró que la entidad mejoró su desempeño en siete de ocho indicadores de privación, lo que indica que la tendencia más negativa fue la falta de acceso a servicios de salud. Es

Cuadro 1
Datos porcentuales por tipos de carencia para el estado
de Colima 2016-2022 (%)

<i>Tipo de carencia</i>	<i>2016</i>	<i>2022</i>
Rezago educativo	17.0	15.6
Servicios de salud	11.9	21.9
De acceso a seguridad social	44.8	35.9
Por calidad y espacio de la vivienda	11.4	4.7
Vivienda: servicios básicos	8.6	4.8
Alimentación de calidad	22.2	14.0
Población con ingresos inferiores a línea de pobreza extrema por ingreso	6.2	4.4
Población con ingresos inferiores a línea de pobreza por ingreso	39.3	27.7

Fuente: Coneval, 2022.

importante mencionar que la población del estado de Colima aumentó de 699 400 habitantes en 2016 a 771 000 en 2022, esto es 11.9% más de la población sin acceso o derechohabencia a servicios de salud (cuadro 1), al no estar afiliados a un programa o institución de atención médica como el Seguro Popular, Insabi, IMSS, ISSSTE o Pemex. Sin embargo, de acuerdo con el Coneval (2022), Colima ocupó el cuarto lugar en este indicador, por debajo de Baja California Sur, Coahuila y Chihuahua.

El dato anterior es constatado al identificar que, en el estado de Colima en 2021, 44% de la población no contaba con seguridad social, es decir, 346 147 personas, destacando que los hombres representaban 22.8% y las mujeres 21.3% (cuadro 2 y gráfica 1). Si se compara con otros estados, se identificó que Colima está por encima de más de 25 entidades federativas en dicho rubro en 2022, al registrar una población de 35.9%, destacando los porcentajes de BCS, Coahuila y Nuevo León, quienes registran un dato por debajo de 30% (Coneval, 2021).

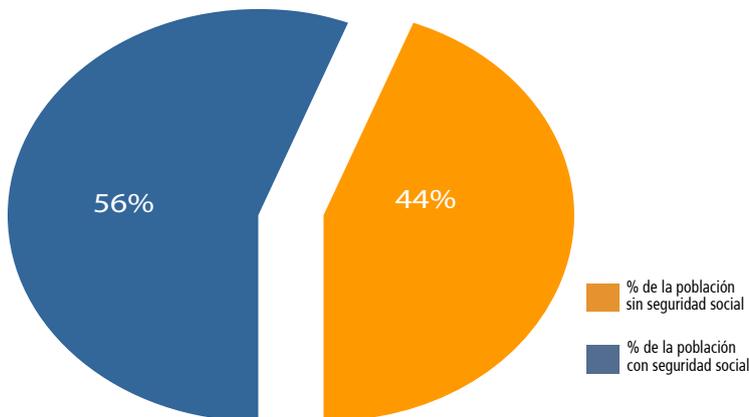
Se registraron 2 789 defunciones de mujeres en 2021, según los datos proporcionados por la Secretaría de Salud del

Cuadro 2
Población en Colima sin seguridad social al año 2021

<i>Población total estatal</i>	<i>Población sin seguridad social (SS)</i>	<i>% de la población estatal sin SS</i>	<i>% por sexo sin SS</i>
Mujeres	400 184	170 047	21.3
Hombres	397 061	176 100	22.8
Total	797 245	346 147	44

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Colima, 2021. Consultado en: <https://saludcolima.gob.mx/anuarios/>

Gráfica 1
Población en Colima sin seguridad social, año 2021

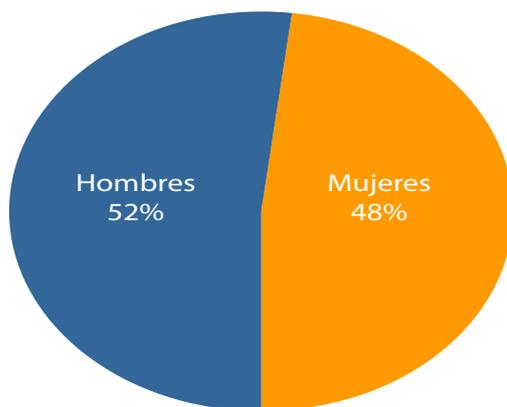


Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud del estado de Colima, 2021. Consultado en: <https://saludcolima.gob.mx/anuarios/>

estado de Colima. La covid-19, enfermedades cardíacas, diabetes y tumores malignos fueron las principales causas de muerte, con tasas de 20.87, 17.43, 13.48 y 11.22%, respectivamente (cuadro 3, gráfica 3).

Ixtlahuacán es el municipio con la mayor proporción de personas sin seguridad social, con 81.63% de la población. Armería y Comala son los siguientes municipios con la mayor cantidad de personas sin seguridad social, con 70.85 y 70.68%,

Gráfica 2
Población por sexo sin seguridad social, Colima 2021



Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud del estado de Colima, 2021. Consultado en: <https://saludcolima.gob.mx/anuarios/>

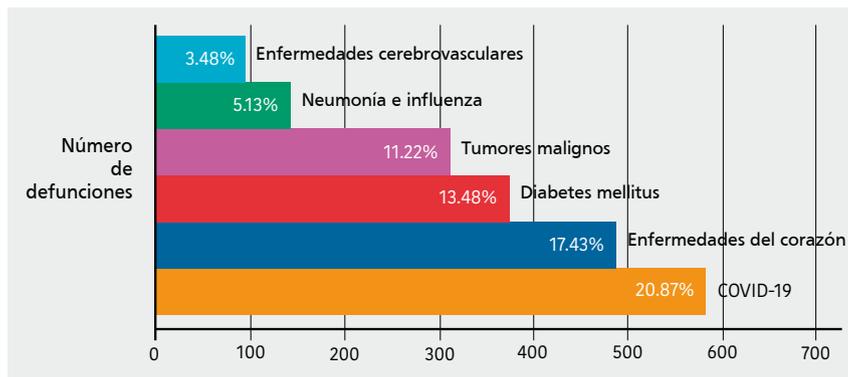
respectivamente (cuadro 4), ambos municipios tienen la menor cantidad de habitantes en la región. Las localidades de Colima, Cuauhtémoc, Manzanillo y Villa de Álvarez continúan con una proporción inferior a 36% en la población sin derechohabencia en instituciones de salud, siendo Cuauhtémoc la

Cuadro 3
Principales causas de defunción en mujeres de 15 años en adelante, Colima 2021

Causa de defunción	Número de defunciones	%
Covid-19	582	20.87
Enfermedades del corazón	486	17.43
Diabetes mellitus	376	13.48
Tumores malignos	313	11.22
Neumonía e influenza	143	5.13
Enfermedades cerebrovasculares	97	3.48

Fuente: diseño propio con datos de la Secretaría de Salud del estado de Colima, 2021. Consultado en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>

Gráfica 3
Principales causas de defunción en mujeres de 15 años
en adelante, Colima 2021



Fuente: cifras de la Secretaría de Salud del estado de Colima, 2021. Consultado en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>.

Cuadro 4
Población por municipio según seguridad social y servicios
de salud 2021

Municipio	Población total	Población sin ss	Población con ss	% de población sin ss
Armería	34 822	24 670	10 152	70.85
Colima	175 504	63 517	11 087	35.97
Comala	24 329	17 195	7 134	70.68
Coquimatlán	23 297	12 812	10 485	54.99
Cuauhtémoc	31 259	11 203	20 056	35.84
Ixtlahuacán	6 304	5 146	1 158	81.63
Manzanillo	200 708	73 808	126 900	36.77
Minatitlán	9 652	5 308	4 344	54.99
Tecomán	137 779	76 387	61 392	55.44
Villa de Álvarez	152 491	56 001	96 490	36.72
Total	797 245	346 047	451 198	43.41

Fuente: Centro Regulador de Urgencias Médicas de Colima, 2021.

Cuadro 5
Principales causas de urgencia médica en el estado de Colima

<i>Grupo</i>	<i>Urgencias</i>	<i>Porcentaje</i>
1 Traumatismos y envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	8 664	33.1
2 Supervisión de embarazo normal	4 45	17.0
3 Causas obstétricas directas	3 893	14.9
4 Supervisión de embarazo de alto riesgo	1 287	4.9
5 Infecciones respiratorias agudas	1 176	4.3
6 Enfermedades del corazón	1 131	4.3
7 Diabetes mellitus	1 054	4.0
8 Gastritis y duodenitis	753	2.9
9 Colelitiasis y colecistitis	699	2.7
10 Trastornos neuróticos, estrés y somatomorfos	545	2.1
11 Enfermedades infecciosas intestinales	426	1.6
12 Síndrome del colon irritable y trastornos funcionales del intestino	392	1.5
13 Infecciones de la piel y tejido subcutáneo	390	1.5
14 Aborto	388	1.5
15 Bronquitis crónica, enfisema y asma	316	1.2
16 Trastornos de los tejidos blandos	304	1.2
17 Hernia de la cavidad abdominal	270	1.1
Total	26 139	100

Fuente: Programa Sectorial de Salud del estado de Colima (2021-2027).

que cuenta con la menor cantidad de personas sin derechohabencia en alguna institución de salud.

Con relación a las cifras por principales causas de urgencia médica en el estado de Colima, se detectó que, en 2021, los traumatismos y envenenamientos ocupan el primer sitio con 33.1%, lo que equivale a 8 664 personas, en segundo y tercer lugar están las supervisiones por embarazo normal y las causas obstétricas directas, cuyos datos fueron de 17.0 y 14.9%, respectivamente. Sobresalen también en dichas listas las morbididades por infecciones respiratorias, padecimientos del cora-

zón, diabetes, gastritis, enfermedades infecciosas intestinales, abortos, bronquitis y hernias (cuadro 5).

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA REDUCIR LA VULNERABILIDAD EN SALUD EN COLIMA

Según el Plan Estatal de Desarrollo Colima 2021-2027, específicamente en el eje "Bienestar para Todas y Todos", el Programa Sectorial de Salud busca mejorar la infraestructura social, educativa y sanitaria mediante políticas transversales, así como la vivienda y la inclusión de aquellos que han estado al margen del desarrollo. El Programa tiene como objetivo proteger los derechos de los ciudadanos, utilizándolos de manera eficiente. Los siguientes son algunos de los programas que se han creado para lograr este objetivo:

PROGRAMAS DE SALUD PARA LA MUJER EN COLIMA

- **Programa Atención a la Violencia de Género:** El objetivo de este programa es asegurar que los grupos vulnerables (niñas, niños, adolescentes, mujeres y adultos/as mayores) tengan acceso rápido y efectivo a servicios de protección, atención médica, atención psicológica especializada y orientación legal en caso de violencia familiar o de género. Además, busca que los servicios de salud brinden atención y prevención de la violencia de género y familia de manera más rápida.

• SERVICIOS PREVENTIVOS:

- Cáncer.
- Adicciones.
- Orientación nutricional.

- VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Diabetes e hipertensión.
- Salud materna y perinatal.
- Planificación familiar y anticoncepción.
- Aborto seguro.
- Activación física.

PROGRAMAS DE ACCIÓN ESPECÍFICOS NACIONALES EN MATERIA DE SALUD 2020-2024 (APLICACIÓN A NIVEL LOCAL)

- Programa de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024
- Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia 2020-2024.
- Programa de Atención a la Salud de la Infancia 2020-2024.
- Programa de Vacunación Universal 2020-2024.
- Programa de Salud Mental y Adicciones.
- Programa de Emergencias en Salud.
- Programa de Vigilancia en Salud Pública Por Laboratorio.
- Programa de VIH y otras ITS.
- Programa de Virus de Hepatitis C.
- Programa de Acceso Universal a Sangre, Hemocomponentes y Células Troncales Hematopoyéticas Seguros
- Programa de Atención al Envejecimiento.
- Programa de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas Agudas.
- Programa de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19).
- Programa de Prevención Y Control de Infecciones Respiratorias Crónicas.
- Programa de Enfermedades Cardiometabólicas.
- Programa de Prevención y Control del Cáncer.

- Programa de Prevención y Control de las Enfermedades Bucales.
- Programa de Acción Específico del Programa de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos.
- Programa de Promoción de la Salud.
- Programa de Prevención y Control de Tuberculosis y Lepra.
- Programa de Prevención de Accidentes, Lesiones y Seguridad Vial.

PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD: 2021-2027

Objetivo específico: fortalecer la salud mediante un enfoque integral que priorice los principales problemas de salud pública y los aborde desde la perspectiva de la prevención, la sensibilización, el tratamiento y el control oportuno de las enfermedades, generando sinergia interinstitucional, intersectorial y corresponsabilidad ciudadana. Se buscan cumplir las siguientes metas:

1. Realizar al 2027, 1 500 vasectomías sin bisturí.
2. Alcanzar para el 2027 una cobertura de anticoncepción posevento obstétrico (APEO) de 86 por ciento.
3. Incrementar en 100% la Red de Servicios Amigables para Adolescentes en el Estado.
4. Disminuir en 1.5% anual los nacimientos en mujeres de 10 a 19 años.
5. Mantener en 0 las transmisiones verticales de VIH-Sífilis en recién nacidos.
6. Conservar la proporción de partos atendidos en unidades médicas en 70 por ciento.
7. Disminuir 1% anual la incidencia de partos por cesárea.

8. Mantener en menos de 30 la razón de mortalidad materna.
9. Mantener el porcentaje de realización de tamiz metabólico neonatal en 85 por ciento.
10. Incrementar 1% anual el porcentaje de realización de tamiz auditivo neonatal.
11. Garantizar 80% de los hospitales públicas de segundo nivel de atención para la interrupción legal del embarazo.
12. Salvaguardar la tasa de mortalidad por cáncer de mama en 24.06 por cada 100 000 mujeres.
13. Realizar en promedio 5 000 estudios de mastografía anualmente.
14. Incrementar la detección de diabetes mellitus en tres puntos porcentuales cada año en la población de 20 años y más sin seguridad social.
15. Incrementar tres puntos porcentuales la detección de hipertensión arterial a 33% de personas de 20 años y más sin seguridad social.
16. Incrementar anualmente tres puntos porcentuales la localización de obesidad a 33% de la población de 20 años y más sin seguridad social.
17. Incrementar el control de las personas que viven con diabetes en tratamiento en las unidades de primer nivel de atención en dos puntos porcentuales al año.
18. Incrementar el control de las personas que viven con hipertensión arterial en tratamiento en las unidades de primer nivel de atención en 0.5% anual.
19. Incrementar el control de las personas que viven con obesidad que reciben tratamiento en las unidades de primer nivel de atención en un punto porcentual anual.
20. Incrementar anualmente dos puntos porcentuales la detección de incontinencia urinaria a 20% de la población de 60 años y más sin seguridad social.

21. Incrementar anualmente dos puntos porcentuales la detección de riesgo para caídas a la población de 60 años y más sin seguridad social.
22. Incrementar anualmente dos puntos porcentuales la detección de depresión a población de 60 años y más sin seguridad social.
23. Incrementar la detección de riesgo de fractura por osteoporosis en la población de 60 años y más sin seguridad social en dos puntos porcentuales al año.
24. Incrementar anualmente dos puntos porcentuales la detección de alteraciones de memoria a población de 60 años y más sin seguridad social.
25. Certificar o recertificar a 70% de las localidades del estado de Colima con una población de 500 a 2500 habitantes como Comunidades Promotoras de la Salud.

Suministros de medicamentos e insumos médicos

(Programa Sectorial de Salud)

Acercar y fortalecer las unidades médicas de salud, mediante el adecuado abasto de medicamentos e insumos médicos y la accesibilidad de servicios que permitan brindar de forma efectiva la atención médica en el estado: las principales metas que se asumen en dicha política pública son:

1. Mantener anualmente la relación de 1.96 médicos generales y especialistas por cada 1 000 habitantes.
2. Mantener anualmente la relación de camas censales por cada 1 000 habitantes en 78 camas.
3. Mantener anualmente la ocupación hospitalaria en 67.75 por ciento.
4. Mantener anualmente el tiempo promedio de espera en consulta externa en 16.58 minutos.

5. Mantener anualmente el tiempo promedio de espera en urgencias de consulta externa en 11 minutos.
6. Reducir los tiempos de respuesta de emergencias médicas primarias en 1% anual.
7. Al 2027, poner en operación el Sistema Estatal de Urgencias Médicas en el estado de Colima (Samu).
8. Atender anualmente a 100% de la población objetivo del FAM (Fortalecimiento a la Atención Médica).
9. Lograr que 80% de los centros de salud operen bajo los estándares mínimos de calidad para la prestación de servicios de salud para el año 2027.
10. Lograr al 2027, que 100% de los establecimientos en salud cuenten con un manual de organización y procedimientos en materia de salud.
11. Aumentar 2% el surtimiento de recetas de primera vez.
12. Alcanzar en el 2027 un abasto de insumos médicos por encima de 80% en unidades de salud.
13. Alcanzar en el 2027 un abasto de medicamentos por encima de 80% en unidades de salud.

IMSS BIENESTAR COLIMA

En 2019, se aprobó la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) mediante la eliminación del Seguro Popular y la modificación de la Ley General de Salud. Se implementaron nuevas estrategias para la adquisición de insumos médicos entre 2020 y 2021. En respuesta a las dificultades que enfrentó el Insabi, en 2022 se implementó un nuevo modelo de servicios de salud llamado "IMSS-Bienestar" (Coparmex, 2023).

De acuerdo con Zoe Robledo, director General del IMSS "Colima junto a los estados de Nayarit y Tlaxcala forman parte del IMSS Bienestar están a la vanguardia en el histórico proceso de la federalización de los servicios de salud", aumentando en:

- 306% las consultas de especialidad.
- 40% los partos atendidos.
- 79% las cirugías realizadas.
- 78% la cantidad de consultas de medicina familiar.
- Abasto de medicamentos y materiales de curación pasó de 45 a 47 por ciento.
- Contratar a 170 médicos especialistas.
- Contratación de 158 médicos generales y 206 enfermeras.
- Se han basificado a 511 trabajadores.
- IP: + de 80 mdp en conservación y mejora de 63 centros de salud.
- 123 mdp para atender necesidades urgentes en cinco hospitales.

INSTALACIÓN DEL COMITÉ ESTATAL DE ATENCIÓN MÉDICA DE COLIMA (MARZO DE 2023)

El objetivo es mejorar la coordinación entre la autoridad sanitaria estatal y las entidades federales, municipales, privadas y sociales, lo que lo convierte en el primero en su tipo en el país.

CONSIDERACIONES FINALES

No obstante, a que el concepto de vulnerabilidad mantiene diversas acepciones, se encontró que la de mayor presencia está centrada en el grado de susceptibilidad para enfrentar efectos adversos o bien en la capacidad de las personas al prevenir, resistir y sobreponerse a ciertos efectos, en nuestro caso para el tema de salud. Al cruzarse dicha definición con la de políticas públicas fue posible materializar e identificar un enfoque colaborativo, mediante la toma de decisiones públicas, el cual debe ser adaptado según la OPS a la realidad financiera, cultural y al perfil epidemiológico de cada país o región.

En ese contexto, en el presente escrito fue posible documentar algunas investigaciones asociadas a temas de vulnerabilidad en salud en Colima, resaltando la posible existencia de arsénico en agua, la prevalencia del cáncer cervicouterino, el sobrepeso y la obesidad en universitarios, brotes exponenciales de dengue e incidencia de hipoacusia de recién nacidos, entre otros estudios relevantes, que dan muestra, primero de la coexistencia de problemas de salud en el entorno y segundo de la generación de especialistas e investigadores que se han dedicado al análisis e interpretación de los mismos.

Con respecto al análisis de los resultados, lo que fue posible observar fue la asociación o vínculo de problemas nacionales de salud, con los del ámbito local y a la prevalencia de los mismos, en términos de carencia de seguridad social, tiempo de espera en hospitales, desabasto de medicamentos y falta de surtimiento de recetas, así como la subsistencia de presupuestos insuficientes. Se detectó que se atendieron por enfermedades crónicas, diabetes e hipertensión a una cantidad mayor de mujeres que de hombres en todos los casos, resaltando que las principales causas por defunción en 2021 en mujeres de 15 años y más fueron por covid-19, enfermedades del corazón, diabetes y tumores.

Según los datos de Coneval, el porcentaje de personas sin acceso a servicios de salud aumentó entre 2016 y 2022, una tendencia similar para la mayoría de las entidades del país. Esto representa una debilidad significativa para los sistemas de salud estatales y federales. Al analizar los municipios, se encontró que los menos poblados, como Ixtlahuacán, Armería y Comala, tienen menor seguridad y acceso a servicios médicos.

En lo que respecta a la implementación de políticas públicas en salud, es fundamental que Colima se convierta en un estado que reciba y disfrute de los beneficios de los programas nacionales de atención médica (mujer, contra la vio-

lencia de género, sexual, adolescencia, infancia y vacunación universal), siendo los de mayor importancia los implementados a nivel local como el programa sectorial de salud, en el que se destaca el suministro de medicamentos, la presencia de 1.96 médicos por cada 1 000 habitantes, camas censales, ocupación hospitalaria y el incremento en el surtimiento de recetas; el programa IMSS-Bienestar, cuyos objetivos se enfocan en la federalización de los servicios de salud y las consultas especializadas. Finalmente, el Comité Estatal de Atención Médica se estableció para mejorar la colaboración entre las autoridades médicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Villanueva, Luis Fernando (2004), *Recepción y desarrollo de la disciplina de Política Pública en México. Un estudio introductorio*, México, Universidad Autónoma Metropolitana
- Anguiano Moreno, Mario *et al.* (2013), "Segundo año de la estrategia estatal de Combate al dengue en Colima", *Medicina Interna de México*, volumen 29, (3), mayo-junio.
- Araujo González, Rafael (2015), "Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes?", *La Habana. Revista Novedades en Población*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000100007
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), *Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento*, México. <https://ciep.mx/sistema-universal-de-salud-retos-de-cobertura-y-financiamiento/>
- Centro Regulador de Urgencias Médicas (2021), Reporte anual, <https://saludcolima.gob.mx/noticia.php?id=6652>
- Confederación Patronal de la República Mexicana (Coparmex) (2023), Consultado en línea: <https://coparmex.org.mx/urge-replantear-el-sistema-de-salud-para-que-todos-los-mexicanos-tengan-acceso-y>

- Secretaría de Salud del Gobierno de México (2022), consultado en línea: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>
- OMS (2003), Cambio climático y salud humana-riesgos y respuestas: resumen. Ginebra, OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2023), Salud en todas las políticas. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=salud-todas-politicas-9814&Itemid=270&lang=es#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud del estado de Colima (2023), *Plan Sectorial de Salud*. México. <https://saludcolima.gob.mx/noticia.php?id=6910>
- ____ (2021), consultado en línea: <https://saludcolima.gob.mx/anuarios/>
- ____ (2021), consultado en línea: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>
- Tamayo, Lucía Stella; M. Chávez Guadalupe, y Liliana María Henao (2010), “Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México)”, *Revista Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, época II. vol. XVI, núm. 32, Colima, 2010, pp. 41-61.
- Trujillo-Hernández Benjamín *et al.* (2010), “Frecuencia y factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en universitarios de Colima, México”, *Rev. Salud Pública*, 12 (2): 197-207.
- Universidad de Guadalajara (2022), Radiografía del desabasto: Informe de Transparencia en Salud 2017-2021. <https://www.rendiciondecuentas.org.mx/radiografia-del-desabasto-informe-de-transparencia-en-salud-2017-2021/>
- Universidad de la Sierra Sur (2023), *Gestión y políticas en salud*, México, UNSIS. Instituto de Investigación sobre la Salud Pública, Centro de información. <https://www.unsis.edu.mx/ciiissp/gestion%20y%20politicas%20en%20salud.html>
- Villa, M. (2001), *Vulnerabilidad social: notas preliminares*, Seminario Internacional: “Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile.

Condiciones actuales de salud: mujeres de 50 años y más en la ZMVM

Cielo Yolátl Domínguez Aparicio
Rubén Regalado Rosas

INTRODUCCIÓN

Desde la segunda mitad del siglo XX se experimenta una transformación en la estructura por edad de la población a nivel mundial. Luego de la disminución en las tasas de fecundidad y el incremento en la esperanza de vida se observa un proceso generalizado de envejecimiento en todo el mundo (Chesnais, 1990; Lee, 2003). Este, se caracteriza por ser un fenómeno multifacético y complejo que involucra cambios biológicos, psicológicos y sociales a lo largo del tiempo en los individuos (Christensen *et al.*, 2009).

En el biológico, este es un proceso caracterizado por cambios progresivos en el metabolismo, así como en la regeneración de tejidos y órganos (Dziechcia y Filip, 2014; Steves *et al.*, 2012) dando lugar a una disminución gradual de la capacidad del organismo (Jones, 2016). En el psicológico, se reconocen dificultades para adaptarse a una nueva situación, pues, se producen cambios en la esfera cognitiva e intelectual, las cuales involucran modificaciones en el proceso de percepción de sensaciones e información. En el social, este representa un desafío económico, así como la reconfiguración de las instituciones y servicios

públicos. Además, implica la modificación de hábitos, papeles y formas de interacción con las personas y consigo mismo.

A escala mundial el envejecimiento poblacional es un tema de gran relevancia en la salud pública ya que, se observa una disminución en la vida saludable de las personas (Lee, 2003) al aumentar la pérdida en la funcionalidad, la discapacidad y la dependencia. De esta manera, las modificaciones en la estructura por edad de la población implican adecuar no solo los servicios de atención, sino las herramientas analíticas que identifiquen el problema de manera oportuna y las condiciones de vida de la población en proceso de envejecimiento.

De acuerdo con las proyecciones realizadas por el Consejo Nacional de Población (Conapo) para el año 2050, 21.5% de la población se encontrará en el grupo de edad de 60 años y más (Conapo, 2023). Por lo que resulta oportuno reconocer las oportunidades y los retos futuros para el país.

En este trabajo, se decidió ampliar la discusión y hablar sobre las personas en proceso de envejecimiento—personas de 50 años y más—, ya que para los años siguientes serán quienes representen las necesidades de la población envejecida.

También, se identifica el carácter desigual y diferenciado del proceso de envejecimiento por entidad federativa y por sexo. Puesto que, de acuerdo con las características de la dinámica poblacional (número de nacimientos, muertes y procesos migratorios) hay entidades como la Ciudad de México en donde el ritmo y la magnitud del proceso de envejecimiento se observa a un ritmo acelerado.¹

Paralelo a lo anterior, hay una prolongada expansión de las metrópolis, así como del crecimiento poblacional de las ciudades. Para el caso mexicano desde 2015, más de 62% de la población se concentraba dentro de alguna de las 74 zonas

1. Se estima que para el año 2030 la población de 60 años y más de la Ciudad de México se encontrará entre 20.45% (González, 2015).

metropolitanas del país, motivo por el cual las metrópolis se han constituido como el elemento guía para la organización territorial y el desarrollo urbano (Sedatu, Conapo, INEGI, 2018).

Por ello, además de presentar los cambios en la estructura por edad de la población, se reconoce la necesidad de diferenciar las condiciones de salud entre hombres y mujeres. En este capítulo únicamente se analizan las condiciones de salud de las mujeres de 50 años y más, en relación con desafíos de la distribución actual de los servicios de salud en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM).

DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO: LAS MUJERES DE 50 AÑOS Y MÁS EN LA ZMVM

Es un hecho notorio que en la actualidad las actividades de la población se concentran en las ciudades. De acuerdo con la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (Sedatu) y el Consejo Nacional de Población (Conapo), para el año 2018 la ZMVM era la cuarta aglomeración urbana más grande a nivel mundial y la primera de Latinoamérica y México (21.7 millones de personas) (Sedatu/Conapo, 2018: 18).

Por otra parte, en escala nacional se estima que la población en México es de 126.7 millones de personas con una proporción de 49% hombres y 51% mujeres. A su vez, en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM) habitan 17% de la población del país (21 717 324 personas), de las cuales 48% son hombres y 52% mujeres. Esta situación la coloca como uno de los centros económicos y de dinámica poblacional más importantes y complejos, tanto a nivel nacional, como internacional (Naciones Unidas, 2018; Granados-Martínez, 2019).

De forma específica, la población de 50 años y más corresponde a 22% de la población total. De la cual en la ZMVM 26% de su población tiene más de 50 años.

EL TERRITORIO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE 50 AÑOS Y MÁS EN LA ZMVM

En los últimos años los determinantes sociales de la salud (DSS) han sido un marco analítico que permite aproximarse a las condiciones de salud de la población. Este planteamiento reconoce la presencia de elementos como la distribución del ingreso, el nivel educativo, las relaciones de poder y los recursos de subsistencia a nivel mundial, nacional y local que influyen en la salud de la población a lo largo de la trayectoria de vida (OMS, 2013).

El reconocimiento de los DSS destaca la incidencia de las condiciones económicas, políticas y de organización social que configuran escenarios saludables o de inequidad para la salud (Peñaranda, 2013). De acuerdo con Margaret Whitehead (1992), las inequidades en salud son injustas cuando no son resultado de la libre elección de los individuos, sino producto de situaciones que están fuera de su control. Por ello, la equidad en salud se refiere a la creación de las mismas oportunidades, al igual que la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible.

De esta manera, el territorio aparece como una variable que no solo afecta a la organización de la actividad económica, sino, al conjunto de relaciones y mecanismos sociales que lo han configurado como una unidad política a partir del entramado de intereses por medio del cual se elaboran estrategias de gestión pública (Cortés-Tello *et al.*, 2021; Chiaria, 2016).

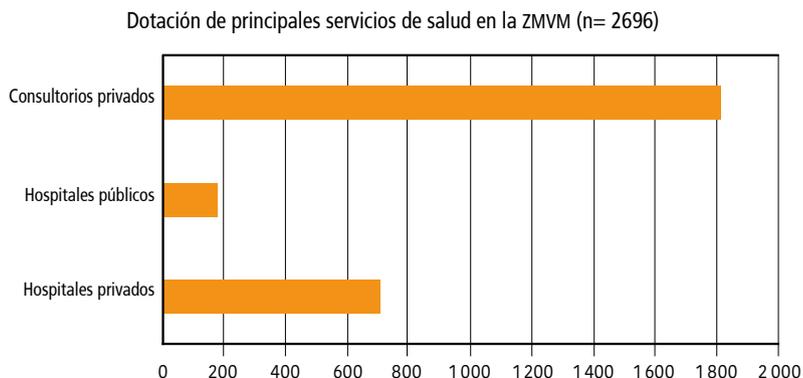
Además, resulta interesante considerar que la dinámica de la población no se comprende sin su territorio. Puesto que, este, va más allá de ser un polígono vacío en donde se colocan datos, por el contrario, es un área que necesita ser representada por la carga de sus contenidos (Cortés-Tello *et al.*, 2021). Puesto que, las divisiones administrativas no son homogéneas

(Fuenzalida *et al.*, 2013) ni están libres de conflicto, se debe considerar entonces que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen dentro de una unidad territorial compleja cargada de historia y acuerdos políticos mismos que pueden condicionar los escenarios de salud, de enfermedad y de muerte (Borde y Torre, 2017).

Para dar cuenta de lo anterior con base en información proveniente del Catálogo de las Claves Únicas de Establecimientos de Salud (Secretaría de Salud, 2020), se caracterizó la dotación hospitalaria de segundo y tercer nivel en la ZMVM. Esta descripción del espacio se vuelve fundamental porque identifica la inequidad no solo en el acceso, sino también en la disponibilidad de servicios de salud, en especial aquellos que son provistos por el Estado.

De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2020), en la ZMVM hay un total de 2 696 registros de establecimientos médicos, de los cuales 26% son hospitales privados, 67.17% son consultorios médicos, ya sea anexos a far-

Gráfica 1
Dotación de consultorios, hospitales públicos y privados de segundo y tercer nivel de la ZMVM, 2022



Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Secretaría de Salud (2020).

macias o particulares, y tan solo 6% corresponde a hospitales públicos de segundo o tercer nivel.

Del total mencionado anteriormente, la Ciudad de México concentra 73.25% de la oferta en estos servicios de salud, es decir, se pretende que sean tan solo 27% de los establecimientos restantes (721 hospitales y consultorios), los que solventen las necesidades de salud de los 60 municipios restantes de la ZMVM.

Algunos autores (Villarreal González *et al.*, 2016) mediante el análisis exploratorio de datos espaciales, han dado cuenta de los patrones de aglomeración de las industrias en Monterrey. En este trabajo se adoptó un enfoque similar con el fin de evidenciar cómo se concentran los servicios de salud en el área de estudio.

De este modo, se calculó el índice del vecino más cercano para conocer qué tan aglomeradas están en el espacio las actividades —en este caso la ocurrencia de un hospital o de algún consultorio médico. Esta medida se expresa como la razón de otras dos medias resumen y se denota de la siguiente forma:

$$IVMC = \frac{\bar{D}_o}{\bar{D}_a}$$

El índice expresa la razón entre la distancia observada (\bar{D}_o) y la distancia aleatoria (\bar{D}_a)

Por su parte, cada una de estas medidas resumen se expresan de la siguiente forma:

$$\bar{D}_o = \frac{\sum_{i=1}^n d_i}{n}$$

Y la distancia media aleatoria, representa la distancia que esperaríamos encontrar entre cada par de observaciones, suponiendo que su distribución fuese aleatoria, esta última se denota de la siguiente forma:

$$\bar{D}a = 0.5 \left(\frac{A}{N} \right)$$

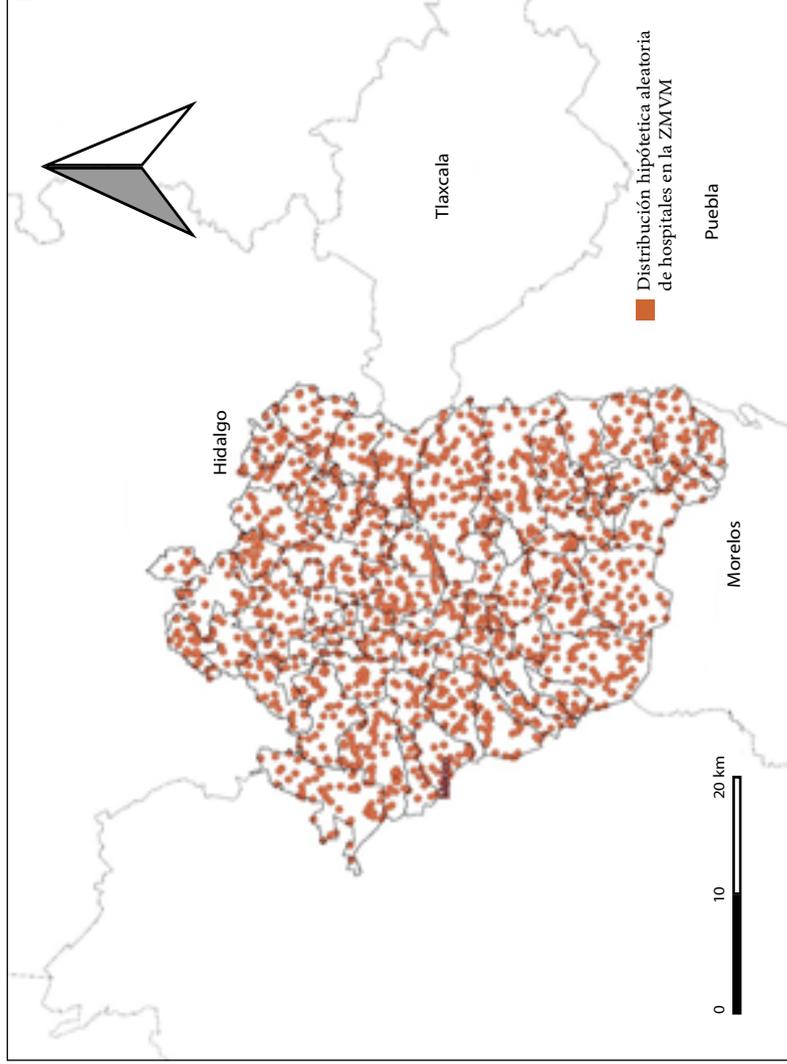
Para la interpretación del índice se considera que el rango válido de valores va de 0 a 1, y, mientras más se acerque a 1 hay una mayor distribución de puntos aleatorios, es decir, no hay aglomeraciones significativas. Por el contrario, si el valor se acerca a 0, entonces los puntos se aglomeran y la distribución no es aleatoria. Por ejemplo, si la distribución de los hospitales en la ZMVM fuera de forma aleatoria, se tendría la representación del mapa 1. Sin embargo, en la ZMVM la ocurrencia de estos eventos a lo largo del territorio dista mucho de esta forma y observamos más bien el escenario representado en el mapa 2.

Con base en el cuadro 1, se hacen patentes las siguientes condiciones del espacio: en primer lugar, se observa que el nivel de aglomeración en los tres casos es alto. Sin embargo, consultorios y hospitales privados poseen un mayor nivel de aglomeración. A primera vista pareciera que los hospitales públicos poseen una mejor distribución, no obstante y como veremos más adelante, esto se debe entre otras razones a su poca disponibilidad.

En cuanto a distancia, se muestra que los hospitales públicos están en promedio a 1 725.24 metros el uno del otro —suponiendo una distancia lineal, pues aún no tomamos en cuenta la traza urbana— con estos supuestos, la distancia media entre hospitales públicos es 1 089.14 metros más distante que la proximidad entre hospitales privados.

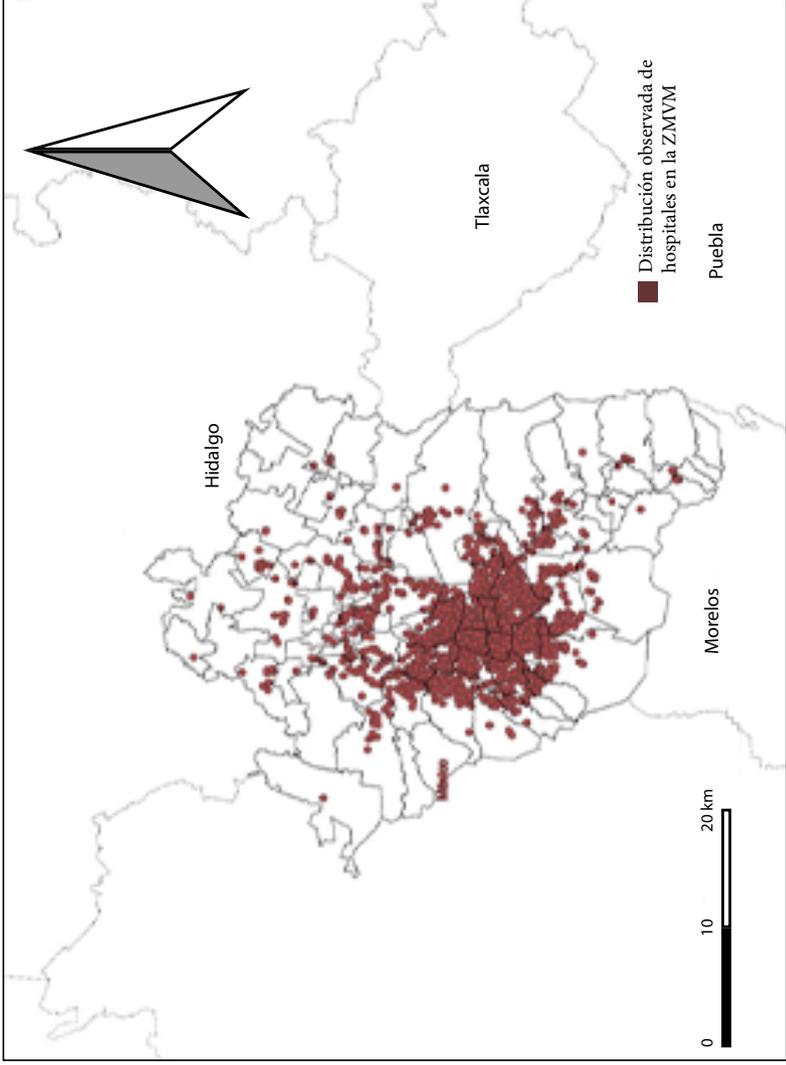
Es de interés conocer si la distribución de los establecimientos de salud tiene algún tipo de autocorrelación espacial, en otras palabras, si existen municipios con valores altos de dotación hospitalaria, por lo que se vuelve más probable que sus vecinos posean igualmente niveles altos de dichos equipamientos.

Mapa 1. Distribución hipotética aleatoria de hospitales en la ZMVM



Fuente: elaboración propia con información del marco geostatístico (INEGI, 2020).

Mapa 2. Distribución observada de hospitales en la ZMVM



Fuente: elaboración propia con información del marco geostatístico (INEGI, 2020).

Cuadro 1
Índice de vecino más próximo para la distribución
del equipamiento en salud en la ZMVM

<i>Tipo</i>	<i>Índice del vecino más próximo</i>	<i>Distancia media observada (m)</i>	<i>Distancia media esperada (m)</i>	<i>n</i>
Hospitales privados	0.448	636.10	1 417.95	703
Hospitales públicos	0.542	1 725.242	3 179.710	182
Consultorios dotación	0.459	440.933	958.642	1 811
Total	0.385	333.025	864.488	2 696

Fuente: elaboración propia con base en datos del catálogo Clues (Secretaría de Salud, 2023).

Para conocer estas relaciones exploramos la autocorrelación espacial que existe entre los datos de la distribución de hospitales en la ZMVM, usamos el índice de Moran (Ward y Gleditsch, 2007: 19) el cual queda denotado de la siguiente forma:

$$I = \frac{N}{W} \frac{\sum_i \sum_j w_{ij} (x_i - \bar{x})(x_j - \bar{x})}{\sum_i (x_i - \bar{x})^2}$$

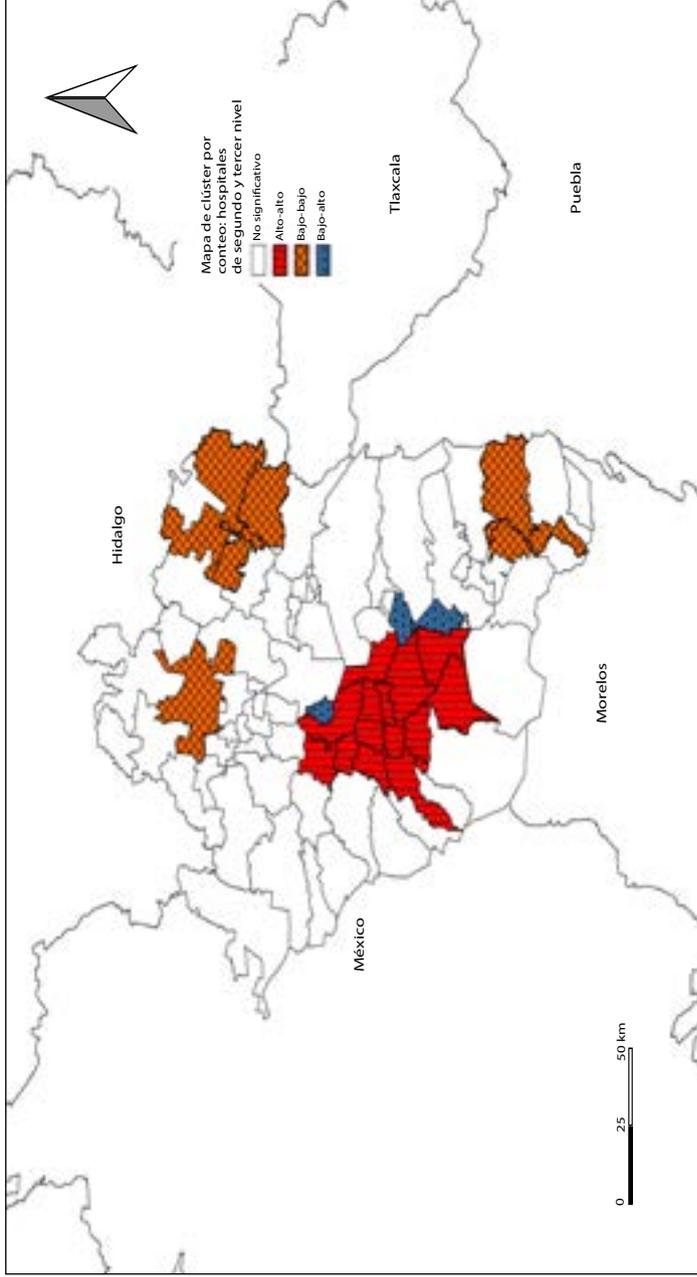
Donde N es el universo de análisis, y W es la matriz de pesos espaciales, de esta manera el análisis toma en cuenta las vecindades entre las unidades espaciales.

$$W = \sum_i \sum_j w_{ij}$$

El índice de Moran permite ver si hay una asociación entre unidades espaciales, esto se logra a partir de tomar en cuenta los valores de una variable en ubicaciones cercanas en el espacio y la relación de estas.

En este sentido, es evidente que en la ZMVM existe una concentración de hospitales en la zona central y una subdotación en las zonas periféricas, la pendiente de la regresión espacial

Mapa 3
Clúster de hospitales en ZMVM



Fuente: elaboración propia con información del marco geoestadístico (INEGI, 2020).

resultante es positiva, lo cual implica que hay una fuerte tendencia a la concentración en el segundo cuadrante espacial de valores de esta variable.

El índice de Moran para la distribución de los hospitales es de 0.510, denotando una autocorrelación positiva, lo que implica entonces que es más probable encontrar una unidad geográfica con altos niveles de dotación hospitalaria y que existan altos niveles de esta en sus vecinos, de igual forma y en sentido inverso, si existe una baja dotación hospitalaria es más probable que en los municipios vecinos también se tenga una baja dotación.

A la luz de estos datos, la dotación absoluta de los hospitales parece responder a las necesidades de la población, pues, en apariencia hay una relación positiva entre el número de hospitales y el número absoluto de muertes. De acuerdo con el cuadro 2, se observa que en el año 2022 los municipios del centro de la ZMVM tales como Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Ecatepec de Morelos, Nezahualcóyotl y Naucalpan de Juárez

Cuadro 2
Valores máximos de muertes de mujeres
de 50 años y más a causa de enfermedades
crónico-degenerativas durante el año
2022, por municipio

<i>Municipio</i>	<i>Muertes por enfermedades crónico-degenerativas</i>
Iztapalapa	11 596
Gustavo A. Madero	10 256
Ecatepec de Morelos	9 472
Nezahualcóyotl	7 608
Naucalpan de Juárez	5 280

Fuente: elaboración propia con base en Estadísticas vitales (INEGI: 2022).

*Se entiende por enfermedades crónico-degenerativas a las personas que murieron por diabetes, hipertensión y cáncer.

concentraron el mayor número de muertes por enfermedades crónico-degenerativas. No obstante, al comparar las proporciones entre las muertes por causa de dichas enfermedades entre las mujeres envejecidas, se observa que las afectaciones más grandes se dan en los lugares periféricos.

Esto es más notorio en el caso del municipio de Atlautla, en este lugar la proporción de muertes por enfermedades crónico-degenerativas es de 8.5 personas por cada 100 y no se registra ningún hospital público de tercer nivel en la zona. Por otra parte, en la alcaldía Tlalpan, en la CDMX la proporción de muertes a causa de enfermedades crónico-degenerativas por cada 100 personas es de 4.5 y en esta zona se ubican 18 hospitales, de los cuales 11 son de tercer nivel y los otros siete de segundo nivel.

Cuadro 3
Tasas brutas de muertes en mujeres de 50 años y más
por enfermedades crónico-degenerativas, ZMVM

<i>Municipio</i>	<i>Total mujeres 50+</i>	<i>Muertes</i>	<i>Tasas neta</i>
Atlautla	3 563	304	8.5
Hueyoxtla	4 386	336	7.7
Chiconcuac	2 833	216	7.6
Tepetlixpa	2 454	176	7.2
Coyotepec	3 914	276	7.1

Fuente: elaboración propia con base en Estadísticas vitales (INEGI: 2022).

A lo largo de la ZMVM la proporción promedio de muertes por cada 100 personas es de 5.2, sin embargo, aquellos municipios y alcaldías que superan este valor son Atlautla (8.5), Hueyoxtla (7.7), Chiconcuac (7.6), Tepetlixpa (7.2), Coyotepec (7.1), Nopaltepec (7.0), Tizayuca (6.8), Otumba (6.4), Teoloyucan (6.3), Milpa Alta (6.2), Villa del Carbón (6.1), Gustavo A. Madero (6.0), Jilotzingo (6.0), Ozumba (5.9), Temascal-

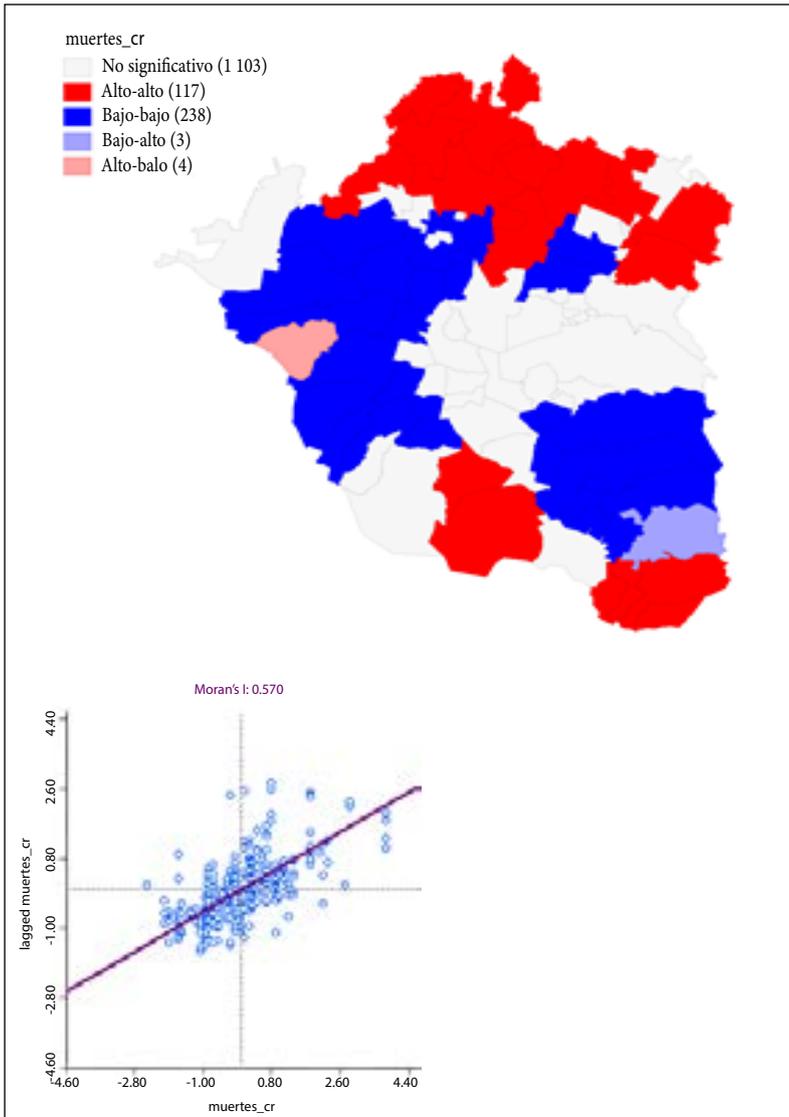
pa (5.8), Tequixquiac (5.8), Texcoco (5.8), Huehuetoca (5.8), Xochimilco (5.7), Venustiano Carranza (5.7), Axapusco (5.6), Iztacalco (5.5), Azcapotzalco (5.5), Apaxco (5.5), Melchor Ocampo (5.5), Iztapalapa (5.4), Tláhuac (5.4), Tecámac (5.4), Tezoyuca (5.4), Cuauhtémoc (5.3), Zumpango (5.3), Chimalhuacán (5.3), Ecatepec (5.3).

Adicionalmente, el mapa 4 muestra una representación del índice local de autocorrelación espacial para la variable de la tasa bruta de muertes, lo cual deja ver que los valores similares tienden a concentrarse en el espacio, de estos podemos ver que aquellos valores altos de las tasas se concentran en los municipios periféricos mencionados anteriormente. Esta relación entre las muertes y su concentración espacial podría contrastarse con los hallazgos del trabajo de Granados (2019), respecto a la cantidad de personas que se encontraban afiliadas en el 2015 en relación con los servicios de salud y la participación en el mercado laboral. Los municipios de valores bajos coinciden con los descritos en dicho trabajo respecto a la concentración de la población que tiene acceso a los servicios de salud (Granados, 2019: 54).

SITUACIÓN HIPOTÉTICA DEL TIEMPO DE TRASLADO ENTRE EL HOGAR Y EL HOSPITAL MÁS CERCANO

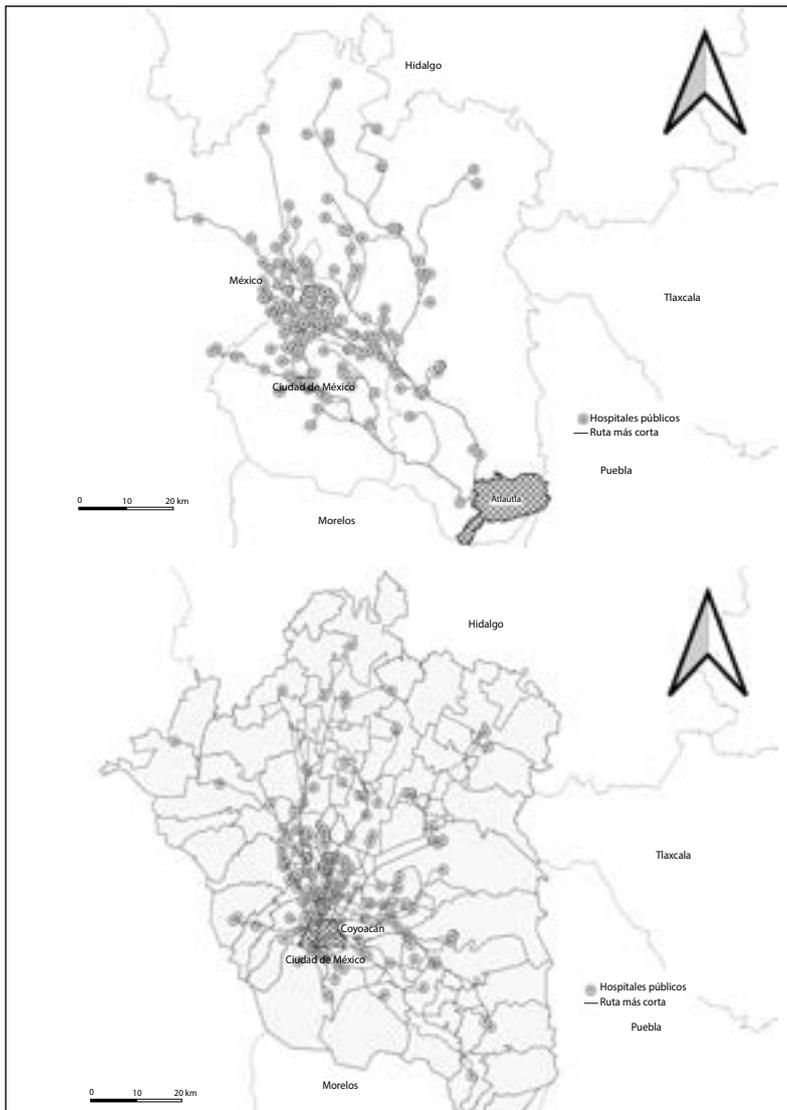
Con la intención de aproximarse a escenarios posibles y cotidianos de las mujeres de 50 años y más, se construyeron dos casos en donde a partir de colocar dos puntos aleatorios en espacios disímiles, se midieron las diferencias en tiempo para el acceso a hospitales entre estos dos sitios. Para esto se seleccionó a Coyoacán y Atlautla, en el primero de los casos, para el año 2022 tuvo una proporción de 4.3 muertes por cada 100 personas debido a enfermedades crónico-degenerativas, en Atlautla se registraron 8.5 personas por cada 100.

Mapa 4 Clúster de muertes por enfermedades crónico-degenerativas



Fuente: elaboración propia con información del marco geoestadístico (INEGI, 2020).

Mapa 5
Red entre los puntos aleatorios y los hospitales para Coyoacán
y Atlautla



Fuente: elaboración propia con información del marco geoestadístico (INEGI, 2020).

Cuadro 4
Estadísticas descriptivas del tiempo (minutos) requerido
para llegar a hospitales para dos puntos aleatorios

	<i>Media</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Desv. estándar</i>
Coyoacán	27.63	4.13	90.71	19.58
Atlautla	81.9	5.42	154.38	21.8

Fuente: elaboración propia con información de Clues (2022) e INEGI (2020).

Para representar el hogar de la persona, se colocó un punto al azar en cada una de estas demarcaciones. Posteriormente, se cuestionó lo siguiente: ¿cuánto tiempo tardarían estas personas en llegar a dichos hospitales? Suponiendo que:

- a] pueden circular a una velocidad constante de 60 km/hr
- b] en el mejor de los casos cuentan con un automóvil particular.

Para resolver lo anterior, se hizo un análisis de redes mediante el sistema de información geográfica QGIS y se consideró la red nacional de caminos del INEGI (2022). Los resultados de este ejercicio muestran la alta densidad de la red del caso de Coyoacán, en donde se ocuparían en promedio 27.6 minutos para desplazarse a los hospitales. De forma contraria, a la persona que parte de Atlautla le llevaría en promedio 81.9 minutos llegar a un hospital (mapa 5).

Por lo anterior, se hace evidente la desigualdad en la distribución de los equipamientos médicos. Además, recordemos que nuestros supuestos para estos tiempos dependen de una serie de situaciones que rara vez ocurren al mismo tiempo, una situación demasiado optimista (recordemos que suponemos que pueden circular a 60 km/h constantes y además cuentan con vehículo personal).

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de este trabajo se resalta la necesidad de considerar el espacio y el territorio como determinantes fundamentales para la comprensión, el análisis y la puesta en marcha de políticas públicas que articulen la interrelación entre salud y territorio. El estudio de la dimensión social de la salud pasa por el análisis de los equipamientos circundantes y de la cantidad de fallecimientos a consecuencia de las enfermedades crónico-degenerativas.

No ha sido foco de este trabajo hacer una revisión exhaustiva de las representaciones sociales del espacio, aunque hay investigaciones que exploran la relación que existe entre la salud de las personas y los estigmas territoriales (Freidin *et al.*, 2019). Esta es una arista importante para considerar en trabajos futuros puesto que el proceso de estructuración del sistema de salud en las distintas entidades que conforman la ZMVM ha resaltado las desventajas acumuladas y de las formas desiguales que existen para acceder a los servicios de salud.

Autores como Andrews y Phillips (2005) resaltan la necesidad de considerar la compleja relación entre espacio, lugar y calidad de vida como dimensiones fundamentales para lograr un envejecimiento saludable, esta también es una vertiente que deberá ser retomada en investigaciones posteriores y que además se requiere para el correcto diseño de las políticas públicas.

Ángela Giglia y Emilio Duhau (2008) describen la diferencia entre residir en el espacio y habitarlo. Las posibilidades o imposibilidades que tienen las personas para habitar y domesticar un espacio les hacen experimentar la ciudad de forma diferenciada, su experiencia metropolitana dependerá en gran medida de los capitales que pueden movilizar y la agencia con la que puedan expresar su actuar y el lugar en donde viven.

El espacio es un producto social y al mismo tiempo tiene una influencia en las relaciones sociales, como decían estos autores,

Si la estructura del espacio está vinculada a la estructura de las relaciones sociales esto es cierto en un doble sentido: por un lado, hay que entender a las relaciones sociales para leer el espacio, es decir que hay que ver a este último como un resultado de ciertas relaciones sociales; y por otro lado hay que mirar al espacio para entender las relaciones sociales urbanas (Giglia y Duhau 2008: 27).

En otras palabras, los perfiles en salud de la población se encuentran altamente relacionados con el espacio físico y social dentro de los cuales los diferentes grupos poblacionales interactúan. Y, es importante mencionar que los habitantes reconocen su lugar dentro de la metrópoli a partir del nivel de involucramiento en los espacios de toma de decisión, por ejemplo, en las distintas redes de apoyo barrial.

Vale la pena aclarar que un espacio se vuelve más transitable, más habitable, no solo por la cantidad de hospitales que existen en su cercanía, sino también por la calidad de dichos servicios, pero la articulación de infraestructura posibilita el ejercicio de los derechos, de manera contraria, aún al observarse redes solidarias y de apoyo a nivel familiar la falta de servicios públicos poco favorece al cuidado y autocuidado en salud de la población en su conjunto.

BIBLIOGRAFÍA

Andrews, G. J., y D. R. Phillips (2005), *Ageing and place: Perspectives, policy, practice*, Routledge.

- Borde, E., y M. Torres-Tovar (2017), "El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública", *Saúde em Debate*, 41(spe2): 264-275.
- Chesnais, J.-C. (1990), "Demographic Transition Patterns and Their Impact on the Age Structure", *Population and Development Review*, 16(2), 327.
- Chiara, M. (2016), "Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación", *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30).
- Christensen, K.; G. Doblhammer; R. Rau, y J. W. Vaupel (2009), "Ageing populations: The challenges ahead". *The Lancet*, 374(9696): 1196-1208.
- Cortés-Tello, F. A.; D. Silva-Jiménez; D. A. Arancibia-Morales, y L. D. Muñoz-Marín (2021), *El Territorio como Determinante Social de la Salud: Algunas Estrategias para su Abordaje*, 8(23): 37-51.
- CONAPO (2023), Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-205, Conapo, Segob, México.
- Duhau, E., y Á. Giglia (2008), *Las reglas del desorden: Habitar la metrópoli*, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Azcapotzalco, Siglo XXI Editores.
- Dziechcia, M., y R. Filip (2014), "Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging", *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4): 835-838.
- Fuenzalida, M., Cobs, V., y R. Guerrero (2013), "El territorio como unidad de análisis en estudios sobre las determinantes sociales de la salud", *Argos*, (30):086-106.
- Freidin, B.; M. S. Ballesteros, M. Krause, y A. Wilner (2019), Estigmatización territorial y salud: experiencias de desigualdad social en la periferia de Buenos Aires, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 35(1):153-183.
- González, Karla (2015), "Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas", Conapo, *La situación demográfica de México 2015*, Conapo, México.

- Granados Martínez, A. (2019), Inequidad espacial en acceso a salud: el caso de la Zona Metropolitana del Valle de México, *Revista de Economía*, vol. 36(93):35-61.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). (2020), Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI, México.
- (INEGI). (2020)), Red Nacional de Caminos, INEGI, México.
- Jones, Francis (2016), *Ageing in the Caribbean and the human rights of older persons: Twin imperatives for action*. United Nations, ONU. Santiago, Chile.
- Lee, R. (2003), "The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change". *The Journal of Economic Perspectives*, 17(4), 167-190.
- Organización Mundial de la Salud (2013), Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal, Santiago, Organización Mundial de la Salud.
- Peñaranda, F. (201), "Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes-determinación social de la salud", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1): 91-102.
- Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano / Consejo Nacional de Población (2018), Sistema Urbano Nacional 2018 (1a. ed). Secretaría de Gobernación: México.
- Secretaría de Salud (2023), Clave única de establecimientos de salud, Dirección General de Información en Salud, Catálogos CLUES. (2023). Secretaría de Salud, México.
- Steves, C. J.; T. D. Spector, y S. H. D. Jackson (2012), "Ageing, genes, environment and epigenetics: What twin studies tell us now, and in the future". *Age and Ageing*, 41(5): 581-586.
- United Nations (2018), "2018 Revision of World Urbanization Prospects", Population Division-United Nations.
- Whitehead, Margaret (1992), "The concepts Principles of Equity and Health", *International Journal of Health Services*, 22 (3): 429-445



Semblanzas

Abraham Granados Martínez

Economista por la Universidad Autónoma Metropolitana, con maestría en Estudios Urbanos por El Colegio de México y doctor en Economía por la UNAM.

Actualmente es investigador del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM y forma parte del SNI. Imparte docencia en el Posgrado de Economía de la UNAM. Además, ha realizado presentaciones académicas en diversos congresos, seminarios, conferencias y reuniones nacionales e internacionales, y cuenta con publicaciones de dos libros, artículos y capítulos de libros en temas de inequidad y salud y desigualdad de género.

Correo: abraham.granados@iiec.unam.mx

Ana Escoto Castillo

Licenciatura en Economía por la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (El Salvador). Maestría en Población y Desarrollo de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), sede México. Doctorado en Estudios de Población por El Colegio de México.

Es profesora de tiempo completo adscrita al Centro de Estudios Teóricos y Multidisciplinarios en Ciencias Sociales. En la carrera de Sociología ha impartido clases de Estadística y Economía, también

de Estadística en El Colegio de México y ha colaborado en comités de tesis en esa institución y en FLACSO, sede México.

Correo ana.escoto@politicas.unam.mx

Iván Alcántara Santoyo

Es pasante de la licenciatura en Sociología, 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 organizaciones de la sociedad civil. Además, participa como ayudante de investigación.

Correo: ivan.alcantara@politicas.unam.mx.

Uberto Salgado Nieto

Cuenta con el grado de doctor en Economía por el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, en ese mismo Instituto se desempeña como investigador y como coordinador del Centro de Educación Continua y Proyectos de Vinculación. Sus líneas de investigación se vinculan con temas relacionados al desarrollo económico, los mercados laborales, la migración, los estudios rurales, la sustentabilidad y el cambio climático. Actualmente desarrolla un proyecto de investigación individual sobre los medios de vida y la pobreza rural en el campo mexicano.

Correo: ubertosalgado@comunidad.unam.mx

Ulises Sánchez Guerrero

Licenciado en economía por la Facultad de Economía de la UNAM con especialidad en microfinanzas realizada en la Unidad de Posgrado de la misma institución. Reconocimiento Medalla Gustavo Baz Prada por compromiso social en 2016. Ha sido analista de datos y colaborador en diferentes proyectos y artículos de investigación en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM en temas de migración, mercados de trabajo y economía ambiental. Ha sido consultor independiente para el proyecto TEEB AgriFood Café México realizando

talleres estatales, así como gestión y análisis de datos; para WWF en la creación de un sistema de monitoreo de los medios de vida y resiliencia de hogares en el estado de Oaxaca y para Biofin México en el análisis de subsidios agrícolas con efectos en la biodiversidad.

Correo: jesuis.sulisesg@gmail.com

Lilia Enríquez Valencia

Licenciada en Economía por la Facultad de Economía de la UNAM y maestra en Geografía por el Posgrado en Geografía de la misma universidad. Ha investigado la agroindustria florícola, la contaminación del sistema hídrico nacional y ha colaborado en proyectos de investigación y publicaciones sobre la problemática socioambiental en diversas regiones de México, en particular las situadas en el Eje Neovolcánico, donde se emplazan las principales agroindustrias, complejos industriales y las ciudades más habitadas del país, generadores de procesos contaminantes que degradan el aire, agua y suelo, así como la calidad de vida y la salud de las poblaciones circunvecinas a ellos.

Correo: liliav@unam.mx

Isalia Nava Bolaños

Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Licenciada en Economía. Egresada de la maestría en Demografía y el doctorado en Estudios de Población de El Colegio de México. En 2012 obtuvo el primer lugar del Premio Gustavo Cabrera Acevedo otorgado por 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 económicas-administrativas. Es miembro del SNI. Sus líneas de investigación y publicaciones son sobre demografía y economía; impacto económico del cambio poblacional; economía y envejecimiento de la población; género y economía.

Correo: isalia@unam.mx.

Sebastián Antonio Jiménez Solís

Licenciado en Economía por la UNAM y maestro en Población y Desarrollo por la Flacso-México. Además, cuenta con dos especialidades: microfinanzas, y El género en la economía. Es técnico académico en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Obtuvo la medalla Gabino Barreda al mérito universitario por mejor aprovechamiento de la licenciatura.

Correo: jimiseb@gmail.com

Agustín Rojas Martínez

Doctor en Economía por la UNAM. Es investigador en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Ha impartido clases en la licenciatura en urbanismo de la Facultad de Arquitectura de la UNAM. Es ganador del Premio Anual de Investigación en Economía Agrícola “Dr. Ernest Feder” en las ediciones 2017 y 2020 y del Premio Maestro Jesús Silva Herzog 2019 (versión interna). Sus líneas de investigación son: industria de alimentos y bebidas, producción, abasto/distribución y consumo agroalimentario; seguridad alimentaria; alimentación y salud; economía urbana y regional.

Correo: agustin.rm@comunidad.unam.mx

Yuliana Gabriela Román Sánchez

Profesora-investigadora de tiempo completo en el Centro de Investigación Aplicada para el Desarrollo Social, doctora en Ciencias Económico-Administrativas por la UAEMex, maestra en Demografía por El Colegio de México y licenciada en Actuaría Financiera por la UAEM. Es profesora de las asignaturas en Demografía matemática e inferencia estadística en la Facultad de Economía de la UAEMex. Es miembro del SNI. Sus líneas de investigación son: desigualdad y vulnerabilidad demográfica, mercados de trabajo de la población joven, grupos vulnerables, mortalidad, precariedad laboral y envejecimiento demográfico.

Correo: madon.dl26@gmail.com

Rosa Elvira Cedillo Villar

Tesista del doctorado en Estudios de Población y maestra en Demografía ambos por El Colegio de México y licenciada en Sociología y en Derecho por la UNAM. Ha laborado en el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación en la UNAM y El Colegio de México como asistente de investigación, profesora de asignatura en sociología en la FES-Aragón UNAM y docente de las asignaturas de Demografía y Estadística Avanzada en la Universidad Anáhuac.

Correo: ecedillo@colmex.mx

José Manuel Orozco Plascencia

Es doctor en Relaciones Transpacíficas por la Universidad de Colima (UCol), maestro en Estudios Urbanos por El Colegio de México y licenciado en Economía por la UCol. Su línea de investigación es sobre competitividad y desarrollo regional desde la perspectiva económica en México y Asia Pacífico. Actualmente, es profesor-investigador de tiempo completo de la Facultad de Economía de la UCol; coordinador del doctorado interinstitucional de Economía Social Solidaria (DIESS), pertenece al Cuerpo Académico #89 "Comercio exterior y aduanas" con el estatus de consolidado; pertenece al SNI además de haber publicado libros, capítulos de libro y artículos vinculados al estudio comparativo México-China; y coordinado proyectos financiados por API-Manzanillo, CFE-Jalisco, Banobras, Instituto Nacional de las Mujeres y Gobierno del estado de Colima. Actualmente, es miembro de la Asociación Latinoamericana de Estudios de Asia y África (ALADAA-México).

Correo: manuel_orozco@ucol.mx

Cielo Yolátl Domínguez Aparicio

Maestrante en Demografía por El Colegio de México. Es licenciada en Sociología por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM; Especialista en el género en la Economía por la Facultad de Economía por el Posgrado de la Facultad de Economía de la UNAM. Sus líneas de

investigación son: salud; envejecimiento; políticas públicas con perspectiva de género; y teoría sociológica contemporánea.

Correo: apariciocielo16@gmail.com

Rubén Regalado Rosas

Licenciado en Antropología Social por la Universidad Autónoma Metropolitana. Es maestro en Estudios Urbanos. Doctorando en Estudios Urbanos y Ambientales por El Colegio de México y sus líneas de investigación son: el espacio público; comercio urbano popular y las desigualdades en salud urbana.

Correo; rubenregaladorosas@gmail.com