

El bienestar y la salud: su comprensión y sus hallazgos

Yedith Betzabé Guillén-Fernández
(Coordinadora)



**EL BIENESTAR Y LA SALUD:
SU COMPRENSIÓN Y SUS HALLAZGOS**





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

EL BIENESTAR Y LA SALUD: SU COMPRENSIÓN Y SUS HALLAZGOS



YEDITH BETZABÉ GUILLÉN-FERNÁNDEZ
(Coordinadora)



UNAM
*Nuestra gran
Universidad*



Primera edición digital en pdf,
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:

Diseño de portada: Laura Elena Mier Hughes.
Cuidado de la edición: Marisol Simón.

Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la UNAM. Clave IA302322, "Bienestar en salud con enfoque de derechos humanos".

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

Las opiniones expresadas en cada uno de los trabajos son de exclusiva responsabilidad de las autoras y de los autores.

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

Hecho en México.



A mis padres, quienes me han enseñado
a estar interesada en los problemas sociales
y en contribuir a su solución, por medio
de la ciencia





ÍNDICE

PRESENTACIÓN

YEDITH BETZABÉ GUILLÉN-FERNÁNDEZ 11

INTRODUCCIÓN

YEDITH BETZABÉ GUILLÉN-FERNÁNDEZ 15

I. APROXIMACIONES TEÓRICAS DEL BIENESTAR Y LA SALUD

1. LA COMPLEJA RELACIÓN ENTRE SALUD, BIENESTAR Y DESARROLLO

DELFINO VARGAS CHANES 27

2. MODELO UNIFICADOR DE LOS CAMPOS DEL BIENESTAR: UNA PROPUESTA TEÓRICA E INTEGRADA Y SU APLICACIÓN A TEMAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

YEDITH BETZABÉ GUILLÉN-FERNÁNDEZ 49

II. HALLAZGOS EN SALUD BAJO LOS ENFOQUES DEL BIENESTAR OBJETIVO Y DERECHOS HUMANOS

3. PROTECCIÓN SOCIAL, INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD, Y SALUD INFANTIL: ALGUNAS EXPLORACIONES EMPÍRICAS

ENRIQUE DELAMONICA 75

4. SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVA ENTRE LAS PERSONAS MAYORES

SEBASTIÁN ANTONIO JIMÉNEZ SOLÍS E ISALIA NAVA BOLAÑOS 95

5. CARENCIA POR ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO: UN DESAFÍO PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD

SERVANDO VALDÉS CRUZ 115

6. ATLAS DE ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE EN LA CIUDAD DE MÉXICO

KARINA GARDUÑO MAYA 139

7. BIENESTAR Y SALUD EN UN ASENTAMIENTO PERIURBANO DE LEÓN,
GUANAJUATO, MÉXICO. LOS EFECTOS DE LA CIUDAD NEOLIBERAL
AQUILES OMAR ÁVILA QUIJAS Y CLAUDIA TERESA GASCA MORENO 169

III. HALLAZGOS EN SALUD BAJO EL ENFOQUE DEL BIENESTAR SUBJETIVO

8. *WALEQLLA, ¿QANRI?* SALUD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SOCIAL ENTRE LAS
Y LOS JÓVENES DEL MUNICIPIO DE TIRAQUE (BOLIVIA)
NELSON ANTEQUERA DURÁN 191
9. VIOLENCIA ECONÓMICA Y BIENESTAR. ESTUDIO DE CASO
ELIZABETH ORTIZ 213
10. LAS CARENCIAS ALIMENTARIA Y DE SALUD EN ESPACIOS RURALES-INDÍGENAS:
EL CASO DE HUEHUETLA, PUEBLA
MARIANA BETZAIDET CORTÉS SÁNCHEZ, JOSÉ PEDRO JUÁREZ SÁNCHEZ Y BENITO RAMÍREZ VALVERDE 233
11. SALUD SUBJETIVA Y CONDICIONES MATERIALES: IMPLICACIONES PARA LAS ACTITUDES
AMBIENTALES EN MÉXICO DESDE UN ENFOQUE DE MASLOW
SEBASTIAN IRIGOYEN IBARRA 251

CONCLUSIONES GENERALES

- YEDITH BETZABÉ GUILLÉN-FERNÁNDEZ 267

SEMBLANZAS 273



PRESENTACIÓN

YEDITH BETZABÉ GUILLÉN-FERNÁNDEZ

Esta obra nos invita a reflexionar sobre el significado del bienestar, se puede decir que es un estado donde se tienen condiciones de vida dignas para las personas en una sociedad y es el eje principal (o núcleo) a partir del cual distintos ángulos actúan e interactúan, como es el caso de la salud. Un estado de bienestar comprensivo o total implica entonces, y de manera general, que las distintas aristas del bienestar se desprendan de forma positiva para el goce y la realización plenas. Sin embargo, el bienestar depende de otras condiciones para un país o una sociedad, depende de su desarrollo y progreso social, de su inversión pública, de la inclusión social, de las políticas públicas orientadas a la instauración de un estado del bienestar para la población, incluidas las personas más vulnerables a carencias y pobreza, etcétera.

El análisis de este libro comprende de manera prioritaria a la salud como arista principal del bienestar; ya sea que se analice esta como el acceso, protección y cobertura respecto de los servicios de salud pública o bien, como las condiciones de salud de las personas. Esta investigación conjunta proviene de investigadores mexicanos y dos colegas internacionales quienes abordan aspectos del bienestar para México, Bolivia y para un grupo de países en desarrollo, con respecto a la relación con la salud física y mental de las personas; el acceso y cobertura a la salud, y seguridad social; las carencias en salud; los servicios de salud para la población pobre y vulnerable; el saneamiento y asistencia en salud; los cuidados; la salud y su asociación con exclusión, violencia económica, alimentación y medio ambiente.

La temática de este libro se sustenta en los enfoques teóricos como el bienestar objetivo (BO), el bienestar subjetivo (BS) y el enfoque basado en derechos humanos (EBDH), los cuales son trascendentales para abordar la temática de la salud de la

población en varios ámbitos del análisis. Los espacios en los que se analizan estos estudios son el estándar de vida de las personas, bajo la perspectiva del BO; el acceso a los servicios de salud y protección en salud, bajo el EBDH; y las expectativas, y percepciones que tienen las personas sobre sus condiciones del bienestar y la salud (BS) y, en general, de los elementos (o aristas) que intervienen en salud. Esta investigación conjunta muestra que cada uno de estos enfoques proveen hallazgos relevantes en materia del bienestar y la salud, tanto a nivel agregado, como para los estudios de caso abordados en este libro. Es importante señalar que los hallazgos que se muestran se fundamentan en técnicas cuantitativas y de corte cualitativo.

El presente libro es un producto que verá la luz gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la UNAM. Clave IA302322, y que lleva por título “Bienestar en Salud con Enfoque de Derechos Humanos”, llevado a cabo en el Instituto de Investigaciones Económicas (IIEc) de la UNAM.

El principal objetivo de este es el de reunir a un grupo de académicos, tanto del IIEc como colegas de otras instituciones académicas de México e internacionales, con el fin de reflexionar y analizar sobre la temática del bienestar y la salud para plasmar las reflexiones teóricas y los hallazgos en un libro.

Además, a partir de este proyecto, se creó una red de investigación con la temática de bienestar y salud, denominada como Red BYS, con el propósito de exponer argumentos, perspectivas, evidencias basadas en esta problemática de estudio y con base en fundamentos teóricos y empíricos. Otro de los objetivos que se consideran, como parte de esta red y del proyecto PAPIIT, es la difusión de la investigación mediante seminarios, para dar a conocer los trabajos científicos, y en su momento, presentar el libro.

Asimismo, se pretende continuar con esta red de investigación para indagar aún más sobre esta temática, no solo en México sino en otros países, ya que el ámbito de análisis es sumamente extenso y se pretende complementar este libro en direcciones de investigación futuras. Esta vez, la red BYS se concentró en plasmar los hallazgos, no solo para el análisis de la población en México, sino también a nivel agregado, por ejemplo, para un grupo de países en desarrollo sobre protección social en salud infantil, y para estudios de caso, y poblaciones específicas: pobres y vulnerables, tanto para el caso de México, como de Bolivia. Estas situaciones en acceso a servicios y protección en salud, y las condiciones de bienestar se han agravado a partir de la pandemia por la covid-19, de la pospandemia o de lo que también se le ha denominado

como sindemia, dado que se involucran factores socioeconómicos, de carencia social y pobreza.

Las investigaciones plasmadas en este libro, se espera que contribuyan al conocimiento en la problemática de “el bienestar y la salud”. Asimismo, confiamos que el público se interese en las diferentes perspectivas teóricas que se muestran aquí y que se reconozca la importancia de abordar estos enfoques para una mejor comprensión en esta temática y para su aplicación empírica.

Se agradece al Departamento de Ediciones del Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM por su apoyo y sugerencias a lo largo de todo el proceso para concretar este libro.

Asimismo, agradecemos los valiosos comentarios y pertinentes sugerencias de los dos dictaminadores anónimos que revisaron el texto y contribuyeron a mejorar sustancialmente la versión final de este trabajo.



INTRODUCCIÓN

YEDITH BETZABÉ GUILLÉN-FERNÁNDEZ

El estudio del bienestar y la salud (Bys) es relevante desde el planteamiento de la Organización de Naciones Unidas (ONU) con referencia a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) El ODS número 3 establece lo siguiente: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, aunado a esto la ONU ha establecido como el primero de los ODS que la pobreza debe erradicarse en todas sus formas hacia el 2030 (ONU y CEPAL, 2016).

Los planteamientos anteriores nos permiten reconocer que la pobreza es un problema social, es una antítesis del bienestar, además de un determinante socioeconómico de la salud de la población y de su acceso. Dorling *et al.* (2009) muestran que la pobreza puede detonar daños en salud, irreparables para la persona, particularmente en la infancia; como lo es la condición de malnutrición en las niñas, niños y adolescentes. Además, la mala salud o enfermedad genera un círculo vicioso, que también puede desencadenar en algún tipo de privación o alguna característica de pobreza para la población más vulnerable, sobre todo el grupo de adultos mayores (Welti, 2012).

El estudio de Bys se vislumbra necesario debido a que el cumplimiento y realización del bienestar, así como el acceso y protección a la salud de las personas se han visto impedidos bajo condiciones de pobreza, desigualdad y exclusión en nuestras sociedades actuales. Además, las problemáticas en la salud y bienestar de las personas se han profundizado a partir de la pandemia por la covid-19, sobre todo en países en desarrollo y países pobres. Este libro muestra evidencias de lo antes señalado para los casos de México y Bolivia, así como también, se suma la evidencia de un estudio con datos agregados en materia de inversión y protección a la salud de 30 países en desarrollo.

El antecedente de esta obra se basa en el reconocimiento de que dos principales problemáticas en materia del sistema de bienestar y de sus políticas sociales, de carácter estructural, se han conformado en México y en algunos países latinoamericanos; por lo que habrá que tomarlas en consideración para la comprensión de los hallazgos plasmados en este libro, aunado a una tercera situación, correspondiente a los efectos de salud y socioeconómicos que nos ha dejado la pandemia por la covid-19.

La primera de ellas corresponde al sistema de bienestar instaurado en México a partir de los años ochenta, con el denominado Modelo de Ajuste Estructural, que se ha caracterizado con limitado acceso a los servicios de salud pública y a los servicios públicos que tienen su fundamento en los derechos humanos establecidos en la Constitución Mexicana. El Estado mexicano pasó de ser benefactor garante de los derechos sociales de los ciudadanos a uno en favor de políticas de ajuste, caracterizadas por la liberalización y desregularización de los mercados y la privatización de los bienes y servicios públicos (Banegas-González, 2008). Los sistemas de bienestar en estos países latinoamericanos, como México, se han caracterizado por ser de tipo excluyente (Filgueira, 2007). Y los programas de transferencias condicionadas o de asistencia social orientados a la salud o la educación no han reducido la pobreza, y no se han centrado en el desarrollo de capacidades (Cordera, 2018) para alcanzar niveles de bienestar deseables.

El segundo antecedente importante que habrá que considerar es que el sistema de salud y seguridad social en México se basa en sistemas contributivos para acceder a los servicios médicos que provee el Estado. Esta es una problemática estructural por carencia en seguridad social y salud que ha implicado segmentación y exclusión social, es decir, solo unos cuantos grupos de población han podido acceder a la seguridad social, y son particularmente aquellas personas que cuentan con empleo formal, así como quienes pueden pagar cuotas para acceder a servicios médicos privados (Gómez-Dantés *et al.*, 2011; Laurell, 2013), el resto queda excluido; alrededor de 52% de la población presentan carencia en seguridad social en México para 2020 (Coneval, 2020).

La tercera cuestión se refiere a los rezagos de la covid-19, no solo en materia de salud, sino también del bienestar. Los rezagos de la pandemia han implicado agravamiento en lo que respecta a la escasez de servicios para la atención médica, a carencias y desigualdades en salud, y continúan incluso ahora en que la covid-19 ya se caracteriza por estacional; aunque, las condiciones de la enfermedad y su severi-

dad no solo se han vinculado con las condiciones de la salud de las personas, como son las comorbilidades, sino además con las problemáticas sociales, de carencia, desigualdad, hacinamiento, pobreza, empleo informal, entre otros determinantes, que por eso algunos expertos han definido a la covid-19 como una sindemia (Singer *et al.*, 2020).¹

La pandemia ha puesto en evidencia que la inversión en salud en México es baja, -7.2 como porcentaje del producto interno bruto (PIB) en 2018 (OCDE, 2021), en comparación con el promedio de la OCDE (19.8% del PIB) (CEPAL 2020) y la distribución de servicios médicos no contribuye a reducir las disparidades en los indicadores de salud (Lomelí, 2020). La marcada inequidad es consecuencia de la vinculación al sistema contributivo de seguridad social (Lustig, 2007).

Los aspectos antes señalados dan el contexto a la siguiente obra, si bien cabe resaltar que estas problemáticas no son propiamente el objetivo y contenido del libro; sin embargo, sí fundamentan la comprensión teórica y las evidencias empíricas que se vislumbran en las investigaciones presentadas a lo largo del libro.

El objetivo de la obra es analizar el bienestar como eje fundamental para el disfrute de la salud, de manera que la salud es entonces una arista primordial para la realización del bienestar de las personas. Por consiguiente, el estudio en conjunto busca fundamentar el bienestar y la salud con enfoques teóricos que nos permitan entender las circunstancias específicas en esta materia y su relación con otras aristas del bienestar. En este sentido, se reconocen las nociones teóricas, tanto del bienestar objetivo (BO), como del subjetivo (BS), así como también del enfoque basado en derechos humanos (EBDH). Esto nos llevará a sentar las bases para informar a la política pública en bienestar y salud, acerca de los distintos hallazgos que muestre el libro.

La pregunta de investigación general nos lleva a lo siguiente: ¿cuáles son los enfoques teóricos del bienestar que nos pueden brindar una explicación más comprensiva de las problemáticas en salud de la población y qué hallazgos se vislumbran?

Las preguntas de investigación específicas que guiaron la obra son las siguientes: ¿es el bienestar el eje para alcanzar niveles adecuados de salud en una población, cómo el bienestar se relaciona con la salud poblacional, en lo referente a su condición de acceso, cobertura y protección respecto de servicios y atención en salud pública, y en el estado de la salud de las personas, cuáles son las problemáticas que

1. Singer (2009:301) explica que el término sindemia se enfoca a la interacción de múltiples enfermedades y factores sociales, y ambientales que contribuyen a la carga de enfermedad en una población determinada.

agravan el bienestar de las personas y que inciden en la salud de las mismas, y en su acceso, cuáles son algunos de los grupos poblacionales vulnerables en el ejercicio del bienestar y de la salud, cómo se vincula la salud con otras aristas del bienestar?

Los hallazgos de este libro se basan, tanto en métodos de investigación cuantitativo, como cualitativo y revelan la necesidad de las sociedades para una impostergable instauración de sistemas o políticas de bienestar y salud comprensivos en países pobres y en desarrollo, como lo son México y Bolivia.

Esta obra está organizada en tres secciones:

Primera. Aproximaciones teóricas del bienestar y la salud.

Segunda. Hallazgos en salud bajo los enfoques del bienestar objetivo y derechos humanos.

Tercera. Hallazgos en salud bajo el enfoque del bienestar subjetivo.

La primera sección del libro aborda las aproximaciones teóricas del bienestar, considerando distintos aspectos como el progreso social, el desarrollo, la equidad, que son trascendentales en el goce y acceso a la salud. Asimismo, se abordan los enfoques de bienestar BO, BS y EBDH, no solo para incluir las condiciones de vida dignas en una población, sino además para considerar los derechos humanos en el acceso a servicios de salud de la población, y también, para tener en cuenta las expectativas de vida que tiene la población y las percepciones sobre sus condiciones de vida.

Dentro de esta sección tenemos el capítulo uno que se titula “La compleja relación entre salud, bienestar y desarrollo“, escrito por Delfino Vargas Chanes. Su investigación considera que la relación entre la salud y el bienestar debe abordarse desde una perspectiva amplia y compleja. Destaca que estas problemáticas de estudio afectan a todos los niveles de la sociedad y no pueden ser abordados de manera aislada. Se deben considerar múltiples factores que interactúan entre sí, incluyendo lo económico, lo social y lo subjetivo. Destaca la importancia del capital social en el bienestar subjetivo y se plantea la necesidad de políticas que promuevan la calidad de vida mediante la salud de las personas, el bienestar y el desarrollo, proponiendo así un enfoque sindémico. Destaca la importancia de fortalecer la atención primaria para garantizar la universalidad en el acceso a la salud y sugiere una política pública comprensiva.

El capítulo dos se titula: “Modelo unificador de los campos del bienestar: una propuesta teórica e integrada y su aplicación a temas de economía de la salud” por

Yedith Betzabé Guillén-Fernández. Aquí se propone un modelo teórico para una visión más comprensiva del problema de estudio e incluye los enfoques de bienestar objetivo, subjetivo y de derechos humanos; los cuales son vistos como campos del bienestar. Así, la dinámica de esta problemática se concibe a partir de tres espacios analíticos referentes a las condiciones de vida materiales o estándar de vida de las personas, al acceso a los derechos humanos y a las percepciones que tienen los individuos sobre su propio bienestar. Su enfoque plantea la unificación entre estos campos y expone una aplicación teórica a la salud con base en su modelo propuesto sobre el bienestar.

La segunda sección aborda la problemática en bienestar y salud a partir del BO y del EBDH para explicar las carencias, la pobreza, la desprotección y la yuxtaposición con otras facetas del bienestar y la salud, agravando las condiciones de la población, y estas problemáticas se vislumbran tanto a nivel agregado como en poblaciones específicas.

El capítulo tres: “Protección social, inversión pública en salud, y salud infantil: algunas exploraciones empíricas” de Enrique Delamónica, analiza el derecho a la protección social para la infancia, por medio de correlacionar indicadores relacionados con la inversión pública en salud y con la cobertura del seguro de salud para 30 países en desarrollo. El estudio reconoce la importancia de una política orientada a la suficiencia y a la equidad en la distribución de la inversión pública en salud como elementos trascendentales en el bienestar de la infancia.

El capítulo cuatro se titula: “Servicios de salud preventiva entre las personas mayores” de Sebastián Antonio Jiménez Solís e Isalia Nava Bolaños. Esta investigación analiza el reporte de atención preventiva en salud reportado por la población de 65 años y más en México. El análisis se realiza con base en un modelo de regresión logística, considerando variables sociodemográficas, económicas y de carencia social. Los resultados revelan condiciones de vulnerabilidad, según características específicas de este grupo poblacional, en sus probabilidades del cuidado preventivo en salud, como lo son la carencia en el acceso a servicios de salud, el ser hablante de lengua indígena, la situación conyugal sin pareja y haber contado con niveles bajos de ingresos por trabajo.

El artículo cinco de Servando Valdés Cruz, se titula: “Carencia por acceso a servicios de salud en México: un desafío para garantizar el derecho a la salud”, analiza la situación del acceso a servicios de salud en México en relación con factores geográficos y económicos. El estudio observa un aumento en la falta de acceso a pesar de que la Constitución garantiza este derecho fundamental a todos los mexicanos y muestra

que las regiones más afectadas son el sur y el oriente del país. Aunque se han instrumentado programas para mejorar la cobertura, no se ha atendido adecuadamente la calidad y las necesidades de la mayoría de la población y la crisis provocada por la pandemia de la covid-19 y los cambios en el sistema de salud han contribuido a este incremento de la carencia en el acceso a la salud. Aquí se pone de manifiesto que continúan las desigualdades en la prestación de servicios de salud, así como algunas dificultades para garantizar el acceso equitativo en México.

El capítulo seis: “Atlas de accesibilidad a servicios de salud para personas en situación de calle en la Ciudad de México”, de Karina Garduño Maya, expone la necesidad de asistencia en salud a las personas en situación de calle explicando que la falta de conexión entre este grupo poblacional y la provisión de los servicios públicos se debe al desconocimiento y a la falta de planes, y estrategias institucionales. Además contribuye en la creación de un atlas de accesibilidad a los servicios de salud por alcaldías de la CDMX, mediante la utilización de los sistemas de información geográfica (SIG), con el fin de visualizar los sitios en los que las personas en situación de calle pueden ser atendidas y aporta con una clasificación de las alcaldías por servicios de salud y asistencia social en cuatro tipos de concentración: muy alta, alta, media y baja. El capítulo concluye con la importancia de generar estrategias institucionales por parte del Estado para atender a este grupo de población.

Aquíles Omar Ávila Quijas y Claudia Teresa Gasca Moreno presentan el trabajo “Bienestar y salud en un asentamiento periurbano de León, Guanajuato, México. Los efectos de la ciudad neoliberal” donde se analiza la relación entre el bienestar y la salud desde la experiencia de los habitantes de un asentamiento periurbano donde las condiciones de acceso a servicios básicos y de salud reflejan desventajas que actúan en detrimento de su bienestar. Se enfatiza la relación entre las condiciones del entorno de una ciudad industrial con una importante actividad económica en la que los derechos sociales, y satisfactores urbanos se reservan para algunos grupos de la urbe consolidada mientras que la población de los márgenes experimenta múltiples desigualdades que los alejan de los beneficios del desarrollo económico. Se trata de un abordaje cualitativo que prioriza las experiencias de los habitantes de un asentamiento informal, el de San Juan de Abajo, en León, Guanajuato, México.

La tercera sección del libro aborda los hallazgos en salud basados en el enfoque del bienestar subjetivo, se basa en general en técnicas de análisis cualitativo y se muestran las percepciones de la población carente de bienestar y salud que reportan los estudios de caso.

Solamente el último capítulo de esta sección aborda la problemática con una metodología cuantitativa bajo la perspectiva del BS.

La sección está compuesta por los siguientes capítulos:

El capítulo ocho titulado “*Waleqlla, ¿qanri?* salud y bienestar psicológico y social entre las y los jóvenes del Municipio de Tiraque (Bolivia)”, es de Nelson Antequera Durán. El estudio aborda la relación entre el BS (psicológico y social) y la salud física, mediante el indicador de autopercepción. Este es un estudio de caso para la población joven del ámbito campesino y andino, de Tiraque, Bolivia. El estudio se basa en una encuesta levantada para esta población rural de habla predominantemente quechua. La discusión aquí gira en torno a la necesidad de un enfoque en la atención en salud física y emocional que trascienda la visión biologicista y aborde asimismo los factores de bienestar subjetivo y social.

La autora Elizabeth Ortiz, del capítulo nueve: “Violencia económica y bienestar. Estudio de caso” tienen como objetivo conocer los principales factores de la violencia económica (VE) contra las mujeres, así como su incidencia en el bienestar social, incluida la salud para el análisis de este grupo poblacional de la ciudad de Morelia, Michoacán en México. El estudio de caso se basa en una encuesta aplicada a una muestra de 254 mujeres, para el cual se les preguntó sobre sus percepciones respecto a diferentes ámbitos de su vida. Los resultados indican que la VE afecta el bienestar social y a la salud, y el estudio encontró que las mujeres solteras con empleo son las que sufren de mayor VE, la cual se encuentra correlacionada con niveles bajos de ingreso.

El capítulo 10 titulado: “Las carencias alimentaria y de salud en espacios rurales-indígenas: el caso de Huehuetla, Puebla” de los autores Mariana Betzaidet Cortés Sánchez, José Pedro Juárez Sánchez y Benito Ramírez Valverde, analiza diferentes indicadores de carencia alimentaria relacionándolos con indicadores de falta en salud para hogares rurales e indígenas de esta localidad. El estudio de caso se fundamenta en cuestionarios aplicados a 92 mujeres seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple; se encontró que persisten condiciones de carencia alimentaria importantes con una dieta poco diversa que afecta sus requerimientos nutricionales y de salud, asimismo, se correlacionó la percepción de considerarse pobre o no con relación a estos indicadores.

El capítulo 11 titulado “Salud subjetiva y condiciones materiales: implicaciones para las actitudes ambientales en México desde un enfoque de Maslow”, de Sebastian Irigoyen Ibarra, refleja la relación entre la salud subjetiva y las actitudes ambientales

en México, aplicando la teoría de jerarquía de necesidades de Maslow para explorar cómo influyen las necesidades básicas en la participación en acciones ambientales. El estudio basado en una metodología cuantitativa utiliza datos de la Ola 7 de la Encuesta Mundial de Valores (2018), destacando una relación importante entre un buen estado de salud y mayores ingresos, así como una mejor percepción subjetiva de la salud en zonas urbanas. Los mexicanos muestran una disposición a participar en actividades comunitarias desde el activismo ecológico y se concluye con la necesidad de políticas públicas integrales que aborden desigualdades y desafíos ambientales, mejorando el acceso a la salud para fomentar la aceptación de medidas ambientales y promover una sociedad más equitativa y sostenible.

Finalmente, con las conclusiones generales se cierran las investigaciones de este libro exponiendo las problemáticas en BYS encontradas bajo las perspectivas de BO y EBDH, así como del BS, tanto a nivel agregado como de poblaciones específicas. Los hallazgos nos llevan a comprender que para la existencia del BYS se requiere que los estados, los países y las sociedades implementen políticas públicas tendientes a la satisfacción de las necesidades sociales que demanda la población. Asimismo, es necesario un estado del bienestar que implemente mecanismos legales y sociales para cumplir los derechos humanos, además de instrumentar políticas orientadas a la equidad social, considerando no únicamente la salud, sino también otras aristas del bienestar, como lo son la seguridad social, la alimentación, el medio ambiente, entre otros aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

- Banegas-González, I. (2008), "El cambio en la administración de los riesgos sociales: política social y transformación del Estado", *Estudios Sociológicos*, 26(77): 287-319.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020). *Aprender de la historia, atender la emergencia, repensar el futuro. México, Centroamérica y el Caribe frente a la pandemia: diagnóstico y perspectivas*. (LC/MEX/TS.2020/17/Rev.2), Naciones Unidas, Ciudad de México.
- Coneval (2020), *Medición multidimensional de la Pobreza 2016-2020*, Anexo estadístico. Recuperado de <http://www.coneval.org.mx>, 20 de noviembre de 2023.
- Cordera, R. (2018), "La política social moderna: del desarrollo a la compensación", México, Facultad de Economía-UNAM, http://www.pued.unam.mx/cordera/1-Pol_Soc/pol_soc/politica-social.pdf

- Gómez-Dantés, O.; S. Sesma; V. Becerril; F. Knaul; H. Arreola; J. Frenk (2011), “Sistema de Salud de México”. *Salud Pública de México*. 53(2), S220-S232.
- Dorling, D.; R. Mitchell; S. Orford; M. Shaw, y H. Tunstall (2009), *Health Inequalities*, Elsevier Ltd. All rights reserved, pp. 46-50. Recuperado 01.12.14, http://www.dannydorling.org/wp-content/files/dannydorling_publication_id2457.pdf
- Filgueira, F. (2007), “Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina”, serie *Políticas Sociales*, 135, 1-66.
- Laurell, A.C. (2013), *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO-CROP, Buenos Aires y Bergen.
- Lomelí Vanegas, L. (2020), “La economía de la salud en México”, *Revista de la CEPAL*, (132), 195-208.
- Lustig, N. (2007). “Salud y desarrollo económico: el caso de México”, *El Trimestre Económico*, 74(296), 793-822.
- ONU y CEPAL (2016), *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile; Naciones Unidas.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2021), *OECD.Stat, Social Expenditure*, OECD, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=33817>. Recuperado el 20 de Noviembre de 2023.
- Singer, M. (2009), *Introduction to syndemics*, John Wiley & Sons, Inc.
- Singer, M., N. Bulled, y B. Ostrach. (2020), “Whether syndemics?: Trends in syndemics research, a review 2015–2019”, *Global Public Health*, 15(7), 943-955, <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1724317>
- Welti, C. (2012), “La transición demográfica en México”, en Rolando Cordera y Ciro Murayama (coords.), *Los determinantes sociales de la salud*, Ciudad de México. Fondo de Cultura Económica y el Programa Universitario de Estudios del Desarrollo.

**APROXIMACIONES
TEÓRICAS DEL BIENESTAR
Y LA SALUD**

LA COMPLEJA RELACIÓN ENTRE SALUD, BIENESTAR Y DESARROLLO

DELFINO VARGAS CHANES

INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a mostrar cuáles son los factores sociales que están relacionados con la salud y su efecto en el bienestar. Partimos de la idea de que hay una simbiosis entre salud y bienestar, y para ello se propone una perspectiva holística al incorporar múltiples dimensiones.

La salud es fundamentalmente una expresión de la estabilidad física, mental, emocional y social, no es posible entender este fenómeno desde una perspectiva aislada, se deben incorporar en su análisis diferentes factores, tales como el sentimiento de seguridad, protección y soporte dentro de un escenario social balanceado.

Asimismo, este capítulo estudia la salud y el bienestar y cómo se correlacionan con aspectos económicos, sociales, culturales, que conforman el desarrollo; así como su relación con la pobreza y la desigualdad contemporáneas.

El bienestar no puede alcanzarse sin un entorno saludable, una buena educación, un respeto por los derechos humanos, el derecho al desarrollo, la igualdad de oportunidades y la equidad. Por ello, en la presente entrega hemos incorporado varios temas tales como el derecho al desarrollo para entender el marco legal y jurídico necesario. Igualmente se discuten cómo la medicina ancestral y la medicina tradicional deben ser incorporadas en las propuestas de políticas públicas, dada la relevancia de mejorar el sistema de salud en los sectores más vulnerables.

Planteamos que, la estructura actual del sistema de salud en México requiere de una “cirugía mayor” y de una mejora sustancial en la rectoría del Estado para dar un acceso efectivo en salud y de amplia cobertura a la población en general. Para entender mejor esta propuesta es necesario plantear un “cambio de paradigma”, que consiste en mejorar la calidad de vida desde la perspectiva de la dignidad humana. El desarrollo analizado desde el punto de vista macroeconómico pierde esta perspectiva. Se hace énfasis en la importancia del capital social en el bienestar subjetivo y se plantea la necesidad de políticas que lo promuevan para mejorar la calidad de vida y la salud de las personas.

Por otro lado, el tema de la salud mental merece una especial atención. Su importancia es mayor a raíz de la pandemia de la covid-19 y por mucho merece un cuidado especial por el deterioro en la población en general, así como en los trabajadores del sector salud, propiamente dicho.

Finalmente, se destaca la relevancia de incorporar la elaboración de políticas públicas desde un enfoque sindémico que permita dar el contexto social y económico necesario, en lugar de centrarse en enfermedades particulares. Esta es la propuesta de esta investigación.

EL DERECHO AL DESARROLLO

En diciembre de 1986, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución que contenía la Declaración universal sobre el derecho al desarrollo. Esta declaración establecía que los estados tienen la obligación de crear políticas adecuadas de desarrollo internacional para asegurar que la plena realización de este derecho sea posible. Además, se hace una llamada a la acción sostenida para promover el crecimiento acelerado de los países menos desarrollados y se exige una cooperación internacional eficiente para proporcionar los recursos y la ayuda necesaria para fomentar el desarrollo mundial de esos países.

La idea del derecho al desarrollo es un tanto compleja, ya que depende de las necesidades de los individuos y las colectividades humanas (estados, pueblos, naciones, etc.) (Bermejo-García y Dougan-Beaca, 2018). Es decir, los países con menos desarrollo enfrentan una realidad mayormente cuantitativa, mientras que los desarrollados, en general, tienen necesidades cualitativas. En otras palabras, el derecho al desarrollo evoluciona dependiendo de las necesidades particulares de cada país, individuo o colectividad y del nivel y tipo de desarrollo elegido. Las particularidades

regionales cobran sentido para atender todos los sectores de la sociedad. Es necesario crear acciones diferenciales según el territorio.¹

El derecho al desarrollo está ligado con el desarrollo económico y requiere de un marco legal y judicial sólido para impulsar el progreso y el bienestar a través de las regulaciones que ejerza el Estado. Este concepto no es nuevo, ya ha sido promovido en los ochenta con los planteamientos de la nueva economía institucional (NEI) para construir un “estado de derecho como condición para el desarrollo” (Burgos, 2002: 175 [Rowat *et al.* 1995]). Dentro de las propuestas del NEI se incluye que el derecho al desarrollo va implícito el incremento del bienestar subjetivo y con ello va implícito la adopción de políticas enfocada a mejorar la salud de los ciudadanos.

La salud forma parte del conjunto de derechos humanos que hay que proteger para garantizar el bienestar de las personas. En esta misma línea, no hay que perder de vista las cosmovisiones indígenas que entienden el concepto de salud como un equilibrio en los ámbitos físico, espiritual, social y del entorno natural que acentúan la importancia de la medicina ancestral para lograr dicha armonía. El marco jurídico también debe incorporar la responsabilidad estatal de garantizar este derecho y preservar estas visiones culturales (Chamorro-Valencia *et al.* 2021).

LA MEDICINA ANCESTRAL Y CONVENCIONAL

Un aspecto relevante con relación al derecho a la salud es subrayar el reconocimiento del derecho a la medicina ancestral, porque contribuye a garantizar el derecho a la salud de los miembros de comunidades, pueblos y nacionalidades que recurren a este tipo de prácticas. De acuerdo con Chamorro-Valencia *et al.* (2021) su valoración conlleva el respeto a la cultura de dichos grupos humanos.

Este derecho es susceptible de ser integrado con la medicina convencional, de tal forma que es posible optimizar la calidad de los servicios médicos. Este enfoque de la medicina ancestral debe considerarse en la elaboración de políticas de la salud en las comunidades indígenas. Para garantizar el acceso a la

1. Por ejemplo, no es lo mismo atender a una población urbana que a una rural. Lo mismo se aplica para atender a personas en situación de calle que atender a otros sectores igualmente vulnerables, e igualmente es necesario considerar el tema regional. Las políticas de salud no se pueden generalizar, hay una necesidad urgente de focalizar las acciones en término de las necesidades particulares de cada territorio o sector social.

medicina ancestral en sistemas de salud modernos es necesario que exista un diálogo de saberes entre la medicina tradicional y la medicina convencional, lo que implica un aprendizaje recíproco y un adecuado nivel de respeto y tolerancia. La medicina ancestral es una práctica que forma parte de la cultura y cosmovisión de estos grupos humanos, por lo que su reconocimiento también implica respetar y valorar su identidad cultural. La medicina ancestral puede ser complementaria a la medicina convencional y su integración puede mejorar la calidad de la atención médica en las zonas rurales (Chamorro, *et al.* 2021: 580-581).

De ahí la necesidad de sectorizar las políticas de salud pública a cada región y grupos de población minoritarios, ya sea en zonas rurales o población indígena, entre otros.

DESAFÍOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Uno de los principales desafíos que enfrenta el sistema de salud en México incluye la debilidad en la rectoría del Estado sobre el acceso a la salud, además de que su segmentación y fragmentación están presentes. Existe una urgente necesidad de fortalecer la atención primaria a la salud como eje de un modelo de atención que asegure acceso universal, actualmente el país experimenta la insuficiente e inequitativa distribución de recursos humanos y de tecnologías sanitarias, entre otros.

Se requiere intensificar la atención primaria de salud en México modificando la prestación de servicios mediante una estrategia enfocada en redes integradas para asegurar soluciones en el primer nivel de atención (Artaza-Barríos, 2018: 716-717). Esta estrategia debe culminar en la disponibilidad de recursos humanos, medicamentos y tecnologías sanitarias en todas las áreas geográficas, especialmente en aquellas ubicadas en condiciones vulnerables con los antecedentes arriba expuestos, de coordinación con la medicina ancestral.

En el marco de la estrategia para la salud universal, es necesario ampliar el gasto público contra el gasto en bolsillo, así como la mejora de la eficiencia y calidad del presupuesto para suavizar el dispendio y evitar los actos de corrupción (Perticará, 2008). Por ejemplo, la cobertura del seguro médico puede ayudar a reducir la carga financiera de los gastos de bolsillo en salud, pero la calidad y la accesibilidad de la atención médica también son importantes.

Finalmente, urge expandir la cultura de la calidad entre los servicios asistenciales, desarrollar la gobernanza y la rectoría del sistema, y emprender acciones multisectoriales eficaces sobre las determinantes sociales de la salud (Artaza-Barrios, 2018: 737).

Otros países también han enfrentado desafíos similares en lo referente al entorno en la implementación del derecho a la salud como el caso de Colombia, que durante el periodo 2010-2018² enfrentó desafíos tales como la corrupción del sector salud, falta de coordinación entre los diferentes actores, y la falta de participación ciudadana en la toma de decisiones en salud (Grueso y García-Zapata, 2020).

Por otro lado, en un estudio hecho por la CEPAL en siete países de Latinoamérica concluyen que el gasto de bolsillo en salud es una carga financiera significativa para muchos hogares en la región, especialmente para aquellos con ingresos más bajos. Los sistemas de salud que dependen en gran medida de los gastos de bolsillo para financiar la atención médica pueden ser menos efectivos para reducir la carga financiera de los hogares (Perticará, 2008: 35).

CAMBIO DE PARADIGMA

Ahora replanteamos el derecho al desarrollo, pero haciendo un cambio de paradigma al integrar el bienestar subjetivo, el cual busca restaurar la dignidad humana y los fines colectivos de bienestar a través de una visión holística e interdisciplinaria. Para este fin, usamos el concepto de libertad enfatizado por Amartya Sen que constituye la premisa del desarrollo (Sen, 2004). Este enfoque consiste en la mejora de la calidad de vida y el reforzamiento de la dignidad humana (Calderón, 2014: 252).

Esta redefinición demanda que el desarrollo esté vinculado a la habilitación de las capacidades de las personas para la creación de una sociedad aceptable donde sea posible vivir en plenitud. Además de los conceptos de desarrollo humano, deben “ser considerados el empoderamiento de las habilidades individuales y colectivas para lograr una sociedad aceptable” (Calderón, 2014: 253). Esto implica la creación de un entorno donde los individuos puedan disfrutar de una vida digna. De esta ma-

2. El presidente Juan Manuel Santos asumió la presidencia de Colombia 2010 y gobernó hasta el 2018. Durante su mandato se implementaron políticas de salud y bienestar en beneficio de la población colombiana. Estableció la Ley Estatutaria de Salud en el 2015 que obliga al Estado a brindar los servicios de salud a todos los ciudadanos, acceso a medicamentos y tratamientos, especialmente para los sectores más vulnerables.

nera, se integra el concepto de dignidad humana a este cambio de paradigma con la finalidad de mejorar la calidad de los ciudadanos y de sus sociedades.

Alrededor de la idea de la dignidad humana, el desarrollo de las subjetividades de las personas y sus sociedades es uno de los conceptos más importantes. La libertad cultural, basada en la diversidad, ofrece un espectro más amplio de opciones y posibilidades para vivir con más autenticidad. Por su parte, “es la libertad de los diferentes actores la que brinda la libertad de transformar a su entorno, convirtiéndose esta sociedad en una que ha sido transformada” (Calderón 2014: 255). Según el Informe sobre Desarrollo Humano (PNUD, 2004), esto es lo que permite el verdadero desarrollo, la idea del desarrollo consiste en que los diferentes actores tengan la capacidad de transformar a la sociedad y de esta manera la sociedad misma se transforma.

Desde el punto de vista actual acerca del desarrollo humano, la dignidad involucra tanto el derecho de los actuales seres humanos, como el de las generaciones venideras a vivir una vida próspera en un ambiente sostenible. El concepto de dignidad se refleja en principios como la libertad, la justicia y la vida, de los cuales depende el desarrollo. Por otra parte, la subjetividad se contrapone a la globalización y conduce a una descentralización del poder (Castells y Himanen, 2014).

En las dos últimas décadas, el desarrollo humano ha experimentado un notable avance en muchos ámbitos. Algunos de estos, como aumento de la esperanza de vida, acceso a la educación y mejoría en los servicios de salud, han mejorado a nivel nacional, aunque lentamente. En el caso específico de México, puede afirmarse que el acceso a la salud y la educación han mejorado de una manera general. De todos modos, la desigual distribución de los beneficios aún priva a muchas comunidades, en especial las provenientes de las regiones de mayor rezago social, de alcanzar una vida digna que satisfaga sus aspiraciones.

En suma, Sen (2003) plantea una interesante perspectiva, argumentando que el desarrollo y los derechos humanos están estrechamente vinculados y se complementan mutuamente. Según el autor, es crucial comprender que el desarrollo humano (que incluyen la salud y el bienestar) se encuentra intrínsecamente relacionado con la perspectiva de los derechos humanos, ya que ambos enfatizan la importancia de la interacción y la cooperación social. Asimismo, Sen sostiene que esta conexión implica una rendición de cuentas ante los demás, así como asumir la responsabilidad en nuestras acciones.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y BIENESTAR SUBJETIVO

Las propuestas centrales del PNUD (2012) apuntan a incluir el bienestar subjetivo como un objetivo de las políticas públicas. La forma de actuar sobre el bienestar subjetivo integral es a través de las capacidades, es decir, las libertades reales de las personas para llevar adelante sus proyectos de vida. Algunas de estas capacidades (por ejemplo, salud y vivienda) están siendo tratadas por las políticas públicas; otras, como vínculos con los demás y ser respetado en dignidad y derechos, aparecen solo a veces, ya sea en forma de externalidades o como una refinación del concepto de calidad de las políticas públicas.

El PNUD (2012) coincide de forma natural con un enfoque que reconoce la existencia de múltiples objetivos que, en general, no pueden ser decididos por tecnócratas sino con un proceso de deliberación política que se enfoque más hacia la mejora del bienestar subjetivo de la población. En esta línea, el desarrollo humano, se entiende como un proceso de ampliación de las opciones y oportunidades de las personas para que puedan llevar una vida digna y satisfactoria, de acuerdo con sus propias necesidades y preferencias (Sen, 2004; Nussbaum, 2003; Habermas, 1995; Scanlon, 2003). Esto implica no solo el crecimiento económico, sino también la expansión de la educación, la salud, la igualdad de género, la participación ciudadana y otros aspectos que influyen en la calidad de vida de las personas.

En su informe sobre Desarrollo Humano el PNUD (1990) comenzó con una premisa simple que ha orientado todo su quehacer posterior: “La verdadera riqueza de una nación está en su gente”. Al corroborar esta afirmación con un cúmulo de datos empíricos y una nueva forma de concebir y medir el desarrollo, el informe ha tenido una profunda repercusión en las políticas de desarrollo en todo el mundo.

El PNUD (1990) apunta que

El objetivo primordial del proceso de desarrollo es ampliar las oportunidades y posibilidades disponibles para las personas. Estas oportunidades pueden ser diversas y variar a lo largo del tiempo. En muchas ocasiones, las personas valoran logros que no se reflejan en cifras de crecimiento o ingresos, sino que tienen un impacto más profundo y duradero en sus vidas, en su bienestar intangible. Estos pueden incluir un mayor acceso al conocimiento, mejores servicios de nutrición y salud, medios de vida más seguros, protección contra el crimen y

la violencia física, un equilibrio adecuado de tiempo libre, libertades políticas y culturales, así como un sentido de pertenencia y participación en actividades comunitarias (PNUD 1990:31)

En definitiva, de acuerdo con el documento del PNUD, el objetivo del desarrollo es crear un entorno propicio que permita a las personas disfrutar de una vida larga, saludable y llena de creatividad.

Justamente este es el enfoque que deseamos incorporar en este apartado, el enfatizar que el desarrollo del bienestar subjetivo y la salud están íntimamente ligados. Es visible que, en las últimas dos décadas, los avances en el desarrollo humano han sido notables y han repercutido positivamente en múltiples áreas. De manera general, las personas ahora tienen una vida más longeva, saludable y con acceso a una diversa gama de bienes y servicios. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2021, la esperanza de vida en América Latina era de 75 años en promedio (OMS, 2021; Banco Mundial, 2020).³

Incluso en países con situaciones económicas desfavorables, en el informe de la OMS se han observado mejoras significativas en los indicadores de salud y educación. No obstante, es necesario implementar políticas públicas innovadoras para enfrentar las nuevas vulnerabilidades y combatir la desigualdad y los riesgos.

El concepto de desarrollo, según la perspectiva de Amartya Sen (1999: 51-57), se basa en la ampliación de las libertades sustantivas de las personas. En otras palabras, el desarrollo implica expandir las oportunidades y capacidades reales que las personas tienen para vivir una vida plena. Estas libertades pueden considerarse, tanto como un fin en sí mismas, como un medio para alcanzar un desarrollo integral. Algunos ejemplos de estas libertades instrumentales son las políticas, facilidades económicas, oportunidades sociales, garantías de transparencia y protección de seguridad. Una de las relaciones más importantes en el desarrollo humano es la existente entre la esperanza de vida y el PIB per cápita. Aunque se ha comprobado que generalmente existe una correlación positiva entre ambos indicadores, esta relación se explica principalmente por medio de la repercusión del PIB en los ingresos, especialmente en los sectores más vulnerables, y en el gasto público en salud. Es decir, no es automático que un mayor PIB per cápita se traduzca en una mayor

3. Sin embargo, esta cifra puede variar dependiendo del país específico dentro de la región. Por ejemplo, en países como Chile y Costa Rica la esperanza de vida supera los 80 años, mientras que en países como Haití y Bolivia es inferior a 70 años.

esperanza de vida, sino que depende de cómo se utilicen los recursos económicos para mejorar la salud y nutrición de la población (Sen 1999; Castells, 2000; Stiglitz, Sen, Fitoussi, 2008).

En este sentido, Sen subraya la importancia del papel del Estado y la sociedad en la promoción y protección de las capacidades humanas. El Estado debe desempeñar un papel activo en el fortalecimiento de las libertades de las personas, incluyendo el acceso a cuidados de salud y nutrición adecuados. Solo con este enfoque, centrado en las libertades podrán alcanzarse verdaderos avances en el desarrollo humano (Sen, 2000; Sen, 1999).

La perspectiva disruptiva que propone Sen cuestiona la primacía de la utilidad en la evaluación del bienestar, representada por métricas como la renta o el gasto. En lugar de ello, resalta la relevancia de las capacidades individuales para alcanzar funcionamientos de alto valor, tales como mantener una buena salud, tener educación y cultivar una red social robusta. De este modo, su perspectiva se opone a otros enfoques económicos del bienestar que se centran únicamente en la medición de la renta o utilidad (Kuklys, 2005: 28).

Como lo hemos afirmado, Sen se concentra principalmente en medir las capacidades, está más centrado en el desarrollo humano que en el desarrollo económico. El énfasis consiste en considerar la diversidad de factores involucrados en la evaluación multidimensional del bienestar humano. Sin embargo, muchos rechazan este enfoque debido a la complejidad que conlleva su implementación y la dificultad para obtener datos precisos de las diversas dimensiones de las capacidades.

Amartya Sen ha realizado una aportación significativa al reciente debate político al introducir el enfoque de “*capabilities*” en la discusión académica y política. Sin embargo, este no incorpora una metodología explícita de medición, en contraste con la propuesta de Martha Nussbaum. “*Capabilities*” abarca aspectos relevantes como la calidad de vida, justicia social, igualdad y la dignidad humana. De acuerdo con su definición, estas se refieren a: “Las libertades sustanciales, las alternativas para lograr funcionamientos valiosos [...] que no solo se limitan a las habilidades personales, sino también a las oportunidades creadas por la combinación de dichas habilidades y el entorno político, social y económico” (Nussbaum, 2011: 240).

Por otro lado, es necesario revisar los enfoques de economía del bienestar y análisis costo-beneficio para incorporar la salud y el bienestar como elementos fundamentales. Además, según Kwang (2008) las políticas públicas deben incorporar factores cruciales para el bienestar, tales como el empleo, la calidad del medio am-

biente, la igualdad, la salud y la seguridad, en lugar de enfocarse en la producción y el consumo económico.

Por ello, es necesario enfatizar que la salud es un factor determinante del bienestar, la atención médica y la seguridad son consideraciones fundamentales al evaluar el bienestar. Además, se debe priorizar la salud y la seguridad en las políticas públicas para promover la felicidad (Ng, 2008: 260).

LA PARADOJA DE EASTERLING

Charles Kenny (2005) afirma que el crecimiento económico no necesariamente está ligado con el bienestar subjetivo, el autor analiza la relación entre el crecimiento económico y el bienestar subjetivo en países desarrollados. Aunque se argumenta que en algunos casos el crecimiento económico puede mejorar el bienestar subjetivo, existen numerosas variables que también influyen en este, como la salud, la educación y la libertad política. Kenny plantea que

el crecimiento económico por sí solo no es suficiente para garantizar el bienestar subjetivo, y que se requieren políticas más integrales para mejorar la calidad de vida en los países en desarrollo. El crecimiento económico, por sí solo, no es una garantía para asegurar un bienestar subjetivo satisfactorio, es necesario implementar políticas más eficientes para mejorar la calidad de vida de las personas (Kenny 2005: 2).

Una de las mayores paradojas en la bibliografía económica es la relación contradictoria pero significativa y débil encontrada entre ingresos y bienestar (Rojas 2007 [Mullis, 1990; Veenhoven, 1992; Diener y Biswas-Diener, 2002; Easterlin, 1974, 2012]). A pesar de que la literatura económica tiende a asumir una relación fuerte entre ingresos y bienestar, los coeficientes estadísticos son relativamente bajos y revelan lo contrario. A esto se le ha llamado la paradoja de Easterlin.

Esta se refiere al debate sobre si el crecimiento económico realmente conduce a un mayor bienestar a largo plazo. Según los hallazgos de este estudio, el capital social está más estrechamente ligado al bienestar subjetivo que al crecimiento económico, lo que sugiere que se necesitan nuevas políticas para fomentar el capital social y lograr mejoras duraderas en la calidad de vida y en consecuencia con la salud. Bartolini y Sarracino (2015) hacen referencia a investigaciones previas que han

confirmado la paradoja de Easterlin y han explicado que a corto plazo sí existe una relación positiva entre el crecimiento económico y el bienestar, pero a largo plazo esta relación desaparece.

Al respecto, los autores hacen referencia al caso de China. Según el estudio, el aumento de las comparaciones sociales es un factor esencial en la reducción del bienestar en China. La difusión del materialismo y altos contrastes sociales, junto con la disminución del capital social, contribuyeron al empobrecimiento de los sectores más vulnerables en China. El aumento del materialismo junto con el declive del capital social también repercutió en los sectores medios, que experimentó una mayor insatisfacción económica, lo que se reflejó en un declive en el bienestar. Solo los sectores más favorecidos, fueron los verdaderos ganadores en la carrera económica, que reportaron un aumento en su satisfacción financiera. Sin embargo, el papel de las comparaciones sociales en el bienestar aumentó en todos los sectores sociales, lo que predijo una disminución limitada en la satisfacción vital incluso entre los sectores más favorecidos (Bartolini y Sarracino, 2015: 333).

Se confirma una vez más que el crecimiento económico no es suficiente para garantizar un incremento en el bienestar y en consecuencia en la salud. Según Easterlin (2012: 1), basándose en datos disponibles y en su propia investigación, afirma que las políticas de crecimiento económico por sí solas no son suficientes para aumentar el bienestar de las personas.

A pesar de que los economistas asumían que el crecimiento de los ingresos mejoraría el bienestar, la inclusión de medidas de bienestar subjetivo en la disciplina permitió poner a prueba esta afirmación. Los resultados fueron sorprendentes: mientras que los datos transversales mostraban una correlación positiva entre la felicidad y los ingresos, en la medición longitudinal la felicidad no aumentaba a pesar de un gran crecimiento económico (Easterlin, 2012: 1).

Además, señala que las respuestas para explicar por qué el crecimiento de los ingresos no logra aumentar la felicidad a largo plazo involucran mecanismos psicológicos como comparación social, adaptación hedónica y aversión a las pérdidas (*idem*: p.8).

Easterlin, reconocido experto en bienestar económico afirma que los países menos desarrollados tienen una capacidad menor de implementar políticas para mejorar su bienestar subjetivo (2012: 8). A través de datos estadísticos, se demuestra que la mayoría de estos países han mostrado un crecimiento económico sostenido

en comparación con Alemania en la década de 1880, cuando esta última fue pionera en programas de seguridad social. Además, se añaden diversas fuentes que sugieren que las políticas de empleo y redes de seguridad son viables en la mayoría de las naciones a nivel global. Sin embargo, debido a un cambio de paradigma en la comprensión del bienestar a través de estudios de bienestar subjetivo, se hace hincapié en la importancia de incluir otras variables además de las económicas, para una evaluación más precisa del bienestar (Easterlin 2012: 5).

En este sentido, el mismo autor en otro estudio afirma que, a pesar del crecimiento económico, el bienestar subjetivo no necesariamente aumenta. Esta perspectiva se apoya en un amplio análisis de evidencia de países de todo el mundo, que demuestra un enfoque en políticas públicas que promueven áreas clave para el bienestar, tales como empleabilidad, medio ambiente, salud, seguridad y equidad, en lugar de solo enfocarse en la producción y consumo de recursos económicos (Easterlin 1974; 2013: 10).

En suma, la visión macro del desarrollo no siempre va de la mano con la mejora en los sistemas de salud y el mejoramiento del bienestar de sus ciudadanos. Esta relación es muy heterogénea, quizás se aplique este razonamiento a los países desarrollados, pero no así a las economías en desarrollo como las latinoamericanas.

DESIGUALDAD, POBREZA, SALUD Y BIENESTAR

Ahora cabe estudiar la interrelación entre pobreza, salud y bienestar. Porque según lo hemos establecido en otros apartados estos factores no son independientes, sino que interactúan. Si es el caso de que esta relación existe, entonces las políticas para promover la salud y el bienestar no pueden ser aisladas.

En un estudio realizado por Mariano Rojas (2008) plantea una interesante distinción entre la pobreza de ingresos y la pobreza experimentada. Según el autor, aunque ambas están relacionadas, no son dos caras de la misma moneda. Mientras que la pobreza de ingresos se refiere a la falta de recursos financieros, la pobreza experimentada se define por la insatisfacción con la vida. Aunque los ingresos son un factor determinante en la pobreza experimentada, no son el único factor. En este sentido, Rojas destaca la importancia de considerar ambas dimensiones al abordar este complejo fenómeno.

Rojas (2008: 1079-1080) introduce el enfoque de los ámbitos de la vida como un método para medir la pobreza que se enfoca en múltiples aspectos del bienestar

de una persona. El enfoque reconoce que la pobreza es un fenómeno complejo que afecta diversas áreas de la vida, como la salud, la educación, las relaciones sociales y las condiciones de vida. Al evaluar la pobreza en cada uno de estos ámbitos, se puede obtener una comprensión más amplia del bienestar de una persona y determinar áreas donde se requiere mayor apoyo. Este enfoque es utilizado en el contexto del bienestar subjetivo para distinguir entre la pobreza experimentada y la pobreza económica experimentada.

El concepto de la primera ha sido estudiado también en Reino Unido desde otra perspectiva, la llamada pobreza relativa. Este planteamiento se refiere a la falta de recursos necesarios para participar en la vida social y económica de la sociedad en la que se vive. Según Peter Townsend (1979), la pobreza no se puede medir simplemente por la falta de ingresos, sino que también debe tenerse en cuenta la capacidad de las personas para participar en la vida social y económica de la sociedad. En su libro, *Poverty in the United Kingdom*, Townsend utiliza una amplia gama de indicadores de privación para medir la pobreza, incluyendo la falta de acceso a bienes y servicios básicos, la falta de oportunidades educativas y laborales, y la exclusión social (Townsend, 1979: 32).

Este discute cómo la falta de acceso a la atención médica puede tener un impacto negativo en la salud y el bienestar de las personas que viven en la pobreza.

La pobreza y el ingreso están estrechamente relacionados, ya que el ingreso es uno de los principales factores que contribuyen a la pobreza. Sin embargo, la relación entre la pobreza y el ingreso no es lineal, ya que hay muchos otros factores que pueden influir en la experiencia de la pobreza, como la educación, la salud, el acceso a servicios básicos y la exclusión social. La implicación de esta relación es que para reducir la pobreza es necesario abordar las desigualdades en el ingreso y garantizar que todas las personas tengan acceso a oportunidades educativas y laborales, así como a servicios básicos como atención a la salud y vivienda. Además, es importante tener en cuenta que la pobreza no solo se trata de la falta de ingresos, sino que también se relaciona con la falta de acceso a bienes y servicios básicos, la exclusión social y a la privación en múltiples áreas de la vida. Por lo tanto, para abordar la pobreza de manera efectiva, es necesario adoptar un enfoque integral que aborde todas estas formas de privación (Townsend, 1979:43)

Desde cualquier perspectiva, la desigualdad económica es perjudicial para la sociedad y una mayor igualdad es beneficiosa para todos. Richard Wilkinson y Kate Pickett (2009) presentan una amplia gama de evidencia empírica que muestra que la desigualdad tiene un impacto negativo en la salud, la educación, la delincuencia, la movilidad social, la confianza y la cohesión social, en general en el bienestar. Además, argumentan que los beneficios de una mayor igualdad se extienden ampliamente, en lugar de estar confinados a los pobres. En última instancia, los autores argumentan que construir una sociedad más igualitaria requiere de una visión inspiradora y alcanzable, así como de la voluntad política para hacerla realidad.

Wilkinson y Pickett muestran una fuerte tendencia de que la mala salud y los problemas sociales ocurren con menos frecuencia en los países más igualitarios y se acentúa en los países con mayor desigualdad (2009: 34). Además, se mencionan varios estudios que aportan pruebas consistentes de que los beneficios de una mayor igualdad se extienden ampliamente en lugar de limitarse a los pobres (2009: 182). En resumen, los autores proporcionan una amplia evidencia empírica para respaldar la afirmación de que la desigualdad daña a las sociedades.

LA SALUD MENTAL Y LA COVID-19

Otro aspecto relevante, que es necesario incluir en esta discusión, es el tema de la salud mental como parte del desarrollo de las naciones. Hoy cobra mayor relevancia debido a los efectos en la salud mental a partir de la pandemia de la covid-19 que ha afectado a muchas naciones y en particular a México (Camacho *et al.*, 2022). Como es sabido, la pandemia generada por la covid-19 dio pie a diversas alteraciones económicas y estructurales, dadas las medidas de prevención implementadas para frenar el contagio. Las repercusiones de esta enfermedad se han registrado en diferentes ámbitos en la población⁴ y todavía hasta hoy se tiene evidencia de que los efectos de la covid-19 siguen siendo vigentes. Hernández-Rodríguez (2020) realiza una búsqueda bibliográfica sobre el tema y encuentra 25 estudios que documentan los efectos de la covid-19 en la salud mental. Los hallazgos muestran que tiene un impacto en la salud

4. Por ejemplo, en el mercado de trabajo provocó que la población mexicana enfrentara cambios en su participación laboral a través de renunciadas, despidos, reducciones de salarios y disminuciones en términos de calidad del empleo, que se vieron agudizadas por la brecha existente del acceso al trabajo antes de la declaración de la pandemia. Igualmente, en el ámbito de la salud mental, ha habido alteraciones en la población afectada a causa de la presión económica y el confinamiento, entre otros factores.

mental de la población mexicana y está particularmente asociada con la ansiedad, la depresión, el estrés y la angustia. Mitigar sus efectos negativos en la salud mental debería ser una prioridad de salud pública en México y no se ha reportado tal disposición.

En este mismo sentido Cabrales-Arreola *et al.* (2022), confirman que los trastornos mentales que han aumentado desde el comienzo de la pandemia incluyen trastornos de estrés agudo y postraumático, angustia, depresión, ansiedad e insomnio. Los autores mencionan que la pandemia afectó no solo la salud física y mental, sino también la economía y las interacciones sociales. El impacto negativo en la economía global, ha llevado a la pérdida de empleos y a la disminución de la actividad económica en muchos países. Además, la mala salud mental de los trabajadores puede afectar su productividad y capacidad para trabajar, lo que a su vez puede afectar la economía.

Reportes similares se han documentado en diversos estudios. Por ejemplo, en el realizado por Vargas *et al.* (2019) quienes analizan los efectos del síndrome posviral SARS-CoV-2 en el estado de Guerrero. Los autores, usaron un enfoque psicosocial y económico, los hallazgos del estudio indican que la ansiedad es el estado mental predominante en la población estudiada y que existe una correlación entre la severidad de la enfermedad y la sintomatología de la triada (ansiedad-estrés-depresión) reflejada en el DASS-21 (el instrumento utilizado). Además, el estudio citado discute los efectos encontrados en la población de médicos y enfermeras que atendieron en primera línea a los pacientes infectados.

Los hallazgos más relevantes de dicho estudio son los siguientes: a) la ansiedad es el estado mental predominante en la población estudiada; b) existe una correlación entre la severidad de la enfermedad y la sintomatología de la triada reflejada en el DASS-21; c) el factor económico es relevante en la percepción de los estados mentales; d) la covid-19 no solo ataca a los organismos, sino que también repercute en el orden social; e) los efectos del síndrome posviral SARS-CoV-2 en la población mexicana deben ser abordados desde una perspectiva sindémica que tome en cuenta las dimensiones psicosociales y económicas derivadas de la enfermedad (2019: 34).

Por otro lado, los efectos sociales también han sido estudiados. La rápida propagación de la covid-19 en sectores marginales y pobres de México ha puesto de manifiesto una vez más cómo ciertas enfermedades tienen un efecto desproporcionado en las comunidades más vulnerables. Al adoptar un enfoque bio-social, se ha descubierto que la estructura socioeconómica desempeña un papel crucial en la magnitud de los contagios en los diferentes municipios del país (Cortés *et al.*, 2020).

Tal como señala el estudio realizado por los autores citados, existe una clara correlación entre factores contextuales como la pobreza, la desigualdad, el nivel de ingresos y la densidad de población, y la aparición de casos de la covid-19. Esto subraya la necesidad de abordar el tema desde una perspectiva sindémica, reconociendo que las enfermedades son resultado de la interacción entre contextos biológico-sociales y biológicos-biológicos.

En suma, la salud mental debe ser considerada como un problema prioritario para la mejora del bienestar de la población.

POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE UN ENFOQUE SINDÉMICO

El concepto de sindemia puede ser utilizado para informar y guiar la política pública en salud al resaltar la importancia de abordar las causas subyacentes de las enfermedades y las desigualdades en salud. Con el enfoque sindémico en lugar de centrarse en intervenciones específicas para enfermedades particulares, esta perspectiva sugiere que las intervenciones deben abordar las interacciones complejas entre factores biológicos, sociales y ambientales que contribuyen a la carga de enfermedad en poblaciones vulnerables (Singer, 2020: 944). Esto puede incluir la implementación de políticas que aborden las desigualdades sociales y económicas, la mejora del acceso a la atención médica y la promoción de estilos de vida saludables en comunidades marginadas.

Para entender mejor esta propuesta definamos primero en qué consiste el enfoque sindémico. Su definición original se refiere a epidemias complejas que involucran dos tipos de interacción adversa: el agrupamiento e interacción de dos o más enfermedades o condiciones de salud (la interfaz biológica-biológica) y factores ambientales sociales (la interfaz biológica-social) (Singer, 2020: 944). La definición ha evolucionado con el tiempo y se ha ampliado para incluir factores biológicos, sociales y psicológicos que interactúan para aumentar la carga de enfermedad en poblaciones vulnerables (2020: 945).

El enfoque de la sindemia es un marco teórico para el análisis y prevención de las interacciones de enfermedades que aborda las causas sociales y ambientales subyacentes. Este enfoque reconoce que las enfermedades no existen de manera aislada, sino que interactúan con otras enfermedades y factores sociales y ambientales para crear una carga de enfermedad más compleja.

La sindemia se enfoca en la interacción de múltiples enfermedades y factores sociales y ambientales que contribuyen a la carga de enfermedad en una población determinada. Este enfoque complementa las estrategias de prevención de problemas individuales y puede ayudar a abordar las causas subyacentes de la carga de enfermedad en una población (Singer, 2009: 301).

Por lo tanto, este enfoque puede ayudar a informar y guiar la formulación de políticas públicas de salud que aborden las causas subyacentes de la carga de enfermedad y promuevan la salud de la población de manera más efectiva.

Un ejemplo de cómo aplicar el enfoque sindémico para abordar problemas de salud durante una epidemia es el Programa Dreams (Determined, Resilient, Empowered, AIDS-Free, Mentored, and Safe) del Plan de Emergencia para el Alivio del Sida. Se diseñó para abordar la sindemia de la violencia de pareja íntima (VPI) y el VIH entre adolescentes y mujeres jóvenes en África subsahariana y utilizó un enfoque integral y multifacético que aborda los factores biológicos, sociales y estructurales que contribuyen a la VPI y al VIH. El programa incluye la promoción de la educación sexual y reproductiva, la prevención de la violencia de pareja íntima, el acceso a servicios de atención médica y el empoderamiento económico de las mujeres. Al abordar múltiples factores de riesgo y las interacciones entre ellos, el enfoque sindémico puede ayudar a abordar de manera más efectiva los problemas de salud durante una epidemia.

El enfoque sindémico establece una conexión directa entre enfermedades biológicas y factores biológicos (bio-bio), es decir, se enfoca en identificar comorbilidades asociadas a la infección por covid-19. Sin embargo, existen otras propuestas que buscan establecer relaciones entre la manifestación de la enfermedad y factores sociales (bio-social). Un ejemplo claro es la epidemiología social, que examina el impacto de los determinantes sociales de la salud en la aparición de ciertas enfermedades (Berkman *et al.*, 2014). Este enfoque resalta la importancia del entorno contextual para explicar la influencia de las estrategias de salud pública destinadas a reducir las desigualdades sociales y mejorar la salud de la población.

Desde esta perspectiva, las políticas de salud no se pueden estudiar de manera aislada y el enfoque sindémico contribuye a entender que la elaboración de políticas orientadas a mejorar la salud no debe atenderse manera aislada, sino que existe una interacción social que no se puede ignorar.

La epidemiología social, busca comprender cómo las condiciones sociales, económicas y políticas influyen en la salud de las poblaciones (Berkman y Kawachi,

2014). Este enfoque se centra en el estudio de los determinantes sociales de la salud, que incluyen factores como la pobreza, la educación, la vivienda, el trabajo y el medio ambiente. Los autores citados argumentan que la epidemiología social se desarrolló en respuesta a las limitaciones de la epidemiología tradicional, que se centraba en la identificación de factores de riesgo individuales para enfermedades específicas. La epidemiología social reconoce que la salud de las poblaciones está influenciada por factores sociales más amplios, y busca comprender cómo estos factores interactúan para influir en la salud. En resumen, la epidemiología social es un enfoque que busca comprender cómo las condiciones sociales, económicas y políticas influyen en la salud de las poblaciones, y reconoce que la salud de las poblaciones está influenciada por factores sociales más amplios que los factores de riesgo individuales para enfermedades específicas (2014: 1-17).

En suma, tanto el enfoque sindémico como el de la epidemiología social nos dan un sustento para elaborar propuestas de políticas públicas hacia la salud y el bienestar. Estas deben incorporar los contextos sociales que rodean a las enfermedades y no hacerlo de manera aislada.

Finalmente, se ha evidenciado que, al enfocarse en el individuo al analizar la salud, se les responsabiliza por adoptar un estilo de vida que puede afectar su salud sin tener en cuenta el contexto social y económico en el que se encuentran. Un enfoque sindémico consideraría otros factores contextuales en el diseño de políticas públicas de una manera más comprensiva, tomando en cuenta los aspectos psicosociales que rodean a las enfermedades y no solo a las enfermedades en sí mismas aisladas del contexto.

CONCLUSIONES

En la presente contribución hemos abordado el tema de la salud y el bienestar. Las evidencias apuntan a que estos problemas afectan a los individuos, las familias, las comunidades y el país en general. El problema no puede ser enfrentado de manera aislada, es necesario tomar en cuenta múltiples factores que interactúan entre sí. Las dimensiones del bienestar y de salud están relacionadas con aspectos subjetivos, sociales, económicos.

En esta entrega, nos hemos dado cuenta de que tener buenos indicadores macroeconómicos en un país no necesariamente se traduce en un nivel aceptable de salud y bienestar para sus ciudadanos, ya que depende de cómo se distribuye la riqueza. El enfoque del desarrollo no debe limitarse a los indicadores macroeconómi-

cos en los que la economía suele centrarse, sino que también debe considerar el desarrollo del bienestar subjetivo. Por lo tanto, se plantea un cambio de paradigma en el que el desarrollo se centre en las personas y se le dé importancia a la subjetividad.

Dentro de las subjetividades de las que hemos hablado se encuentra el capital social que está más estrechamente relacionado con el bienestar subjetivo que con el crecimiento económico. Por ello, se plantea la necesidad de nuevas políticas que promuevan el capital social, que están más relacionadas con el bienestar subjetivo, para lograr mejoras sostenibles en la calidad de vida y, por ende, en la salud.

También se ha planteado que uno de los desafíos más destacados que confronta el sistema de salud mexicano es su ineficacia en el control del acceso a los servicios de salud, la fragmentación y segmentación que se presenta en dicho sistema. Se hace imperativo el fortalecimiento de la atención primaria en salud como columna vertebral de un modelo que garantice la universalidad en el acceso. También, se debe atender a la distribución escasa y desigual de recursos humanos y tecnologías sanitarias, entre otros aspectos.

Los servicios de salud en México están actualmente altamente fragmentados, lo que dificulta la prestación efectiva de dichos servicios a toda la población y resulta aún peor en las comunidades más vulnerables.

Otro aspecto que se ha resaltado es el tema de la desigualdad, la pobreza y su relación con la salud y el bienestar. Hemos establecido que la pobreza y el ingreso están estrechamente ligados, pero su relación no es lineal, ya que hay otros factores que pueden influir en la experiencia de la pobreza, como la educación, la salud, el acceso a servicios básicos y la exclusión social. Para reducir la pobreza, es necesario abordar las desigualdades en el ingreso y asegurar que todos tengan acceso a oportunidades educativas y laborales, así como a servicios básicos como atención médica y vivienda. Además, la pobreza no solo se trata de ingresos bajos, sino que también se relaciona con la falta de acceso a bienes y servicios, la exclusión social y la privación en diversas áreas de la vida. Por lo tanto, es necesario un enfoque integral para abordar la pobreza de manera efectiva. Esta idea de Peter Townsend refuerza el argumento de que el diseño de una política pública en salud bien dirigida debe abarcar múltiples aspectos del bienestar y no solo focalizar en una sola dimensión. Que es la tesis que se ha mantenido en todo el capítulo.

En suma, para elaborar una política de salud y bienestar, debe considerarse el contexto social y económico. Un enfoque sindémico toma en cuenta otros factores contextuales en el diseño de políticas públicas de manera más amplia, teniendo en

cuenta los aspectos psicosociales que rodean a las enfermedades en lugar de solo enfocarse en las propias enfermedades aisladas del contexto.

BIBLIOGRAFÍA

- Artaza-Barrios, O. (2018), México y el derecho a la salud: hora de expectativas y decisiones, *Salud Pública de México*, 60(6): 736-737.
- Banco Mundial (2020), *Esperanza de vida al nacer*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=ZJ>
- Bartolini, S., y F. Sarracino (2015), "The Dark Side of Chinese Growth: Declining Social Capital and Well-Being in Times of Economic Boom". *World Development*, 74, 333-351.
- Berkman, L.F., y I. Kawachi (2014), A Historical Framework for Social Epidemiology: Social Determinants of Population Health, en *Social Epidemiology* L.F. Berkman, I. Kawachi, y M.M. Glymor (eds.), segunda ed. pp. 1-17. Oxford University Press.
- Berkman, L.F.; I. Kawachi, y M.M. Glymor (2014), *Social Epidemiology*, segunda ed. Oxford, Reino Unido.
- Bermejo-García, R., y J.D. Dougan-Beaca (2018), "El derecho al desarrollo: un derecho complejo con contenido variable", *Anuario Español de Derecho Internacional*, 8, 211-249. <https://doi.org/10.15581/010.8.28610>
- Burgos Silva, G. (2002), "Derecho y desarrollo económico: de la teoría de la modernización a la Nueva Economía Institucional", *Revista de Economía Institucional*, 4(7), 174-199.
- Cabrales-Arreola, J.; E. Morales-Carmona, y C. Hernández-Girón (2022), "Impacto de la epidemia de Covid-19 en la salud mental: panorama internacional y nacional", *Instituto de Investigaciones Psicológicas*, ed. especial, 1-10. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2797>
- Calderón, F. (2014), Rethinking Human Development, en *Reconceptualizing Development in the Global Information Age*, M. Castells y P. Himanen (eds.), pp. 247-286, Oxford University Press.
- Camacho, E.; M. Hernández; L.J. Martínez-Martínez; I. Alcalá, y A. Sanz (2022), Afectación de hábitos, relaciones, adaptación, somatización y salud mental durante la pandemia de Covid-19 en México, *Psicología y Salud*, número especial, 55-67. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2792>
- Castells, M. (2000), Information Technology and Global Capitalism, en *On the Edge: Living in the Global Capitalism*, W. Hutton y A. Giddens (eds.), pp. 52-74, New York Press.
- Castells, M., y P. Himanen (2014), "Models of Development in the Global Information Age: Constructing an Analytical Framework", en *Reconceptualizing Development in the Global Information Age*, M. Castells y P. Himanen (eds.), pp. 7-25, Oxford University Press.

- Chamorro-Valencia, D.X.; W.J. Salgado-Siza, y M.S. Flores-Cadena (2021), "El derecho fundamental a la salud y la medicina ancestral", *Iustitia Socialis. Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas*, vi (Edición especial), pp. 577-583. <https://doi.org/10.35381/racji.v6i1.1491>
- Cortés, F.; H. Nájera, D. Vargas-Chanes, y S. Valdés-Cruz (2020), "Las relaciones sociales y difusión del contagio municipal der el SARS-Cov-2 en México", *Revista Economía UNAM*, 17(51), pp. 418-436. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/fe.24488143e.2020.51>
- Diener, E., y R. Biswas-Diener (2002), "Will money increase subjective well-being?", *Social Indicators Research*, 57, pp. 119-169. <https://doi.org/10.1023/A:1014411319119>
- Easterlin, R.A. (1974), "Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence", en *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honour of Moses Abramowitz*, P.A. David y M.W. Reder (eds.), Academic Press.
- (2012), "Happiness, growth and public policy", *Economic Inquiry*, 51(1), pp. 1-15. <https://doi.org/10.1111/j.1465-7295.2012.00505.x>
- (2013), "Happiness, Growth, and Public Policy", *Economic Inquiry*, 51(1), pp. 1-15. <https://doi.org/10.1111/j.1465-7295.2012.00505.x>
- Grueso, D.I., y L.M. García-Zapata (2020), "El derecho a la salud": dificultades, logros y desafíos", *Revista de Salud Pública*, 22(5), pp. 552-555. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n5.80161>
- Habermas, J. (1995). *Between Facts and Norms: Contributions to a Discourse Theory of Law and Democracy*, Polity Press.
- Hernández-Rodríguez, J. (2020), Impacto de la covid-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicent Electrón*, 24(3), pp. 578-594.
- Kenny, C. (2005), "Does Development Make You Happy? Subjective Wellbeing and Economic Growth in Developing Countries", *Social Indicators Research*, 73(2), pp. 199-219. <http://www.jstor.org/stable/27522221>
- Kuklys, W. (2005), *Amartya Sen's capability approach*, Springer.
- Mullis, R.J. (1990), "Measures of economic well-being as predictors of psychological well-being", *Social Indicators Research*, 26, pp. 119-135. <https://www.jstor.org/stable/27520915>
- Ng, Y.-K. (2008), "Happiness Studies: Ways to Improve Comparability and Some Public Policy Implications", *The Economic Record*, 84(265), pp. 253-266.
- Nussbaum, M. (2003), "Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice", *Feminist Economics*, 9(2-3), pp. 33-59.
- Nussbaum, M.C. (2011), *Creating capabilities: the human development approach*, Belknap Press, Harvard University Press.
- Organización Mundial de la Salud (2021), *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2021*. <https://www.who.int/es/data/gho/publications/world-health-statistics#:~:text=El%20repor->

- te%20anual%20de%20Las%20Estad%C3%ADsticas%20Sanitarias%20Mundiales,formato%20Adobe%20PDF%20o%20Microsoft%20Excel%2C%20seg%C3%BAn%20proceda.
- Perticará, M. (2008). *Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos*, CEPAL Division de Desarrollo Social, Santiago de Chile.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1990), *The Human Development Report*.
- (2004), *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. Compendio estadístico*. Organización de las Naciones Unidas.
- (2012), *Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo. Informe sobre el desarrollo humano en Chile*. Santiago de Chile.
- Rojas, M. (2008), “Experienced Poverty and Income Poverty in Mexico: A Subjective Well-Being Approach”, *World Development*, 36(6), pp. 1078-1093. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2007.10.005>
- Rowat, M.; W. Malik, y M. Dakolias (1995), “*Judicial Reform in Latin America and the Caribbean. Proceedings of the World Bank Conference*”, *Documento Técnico del Banco Mundial 280*.
- Scanlon, T.M. (2003), *Lo que nos debemos unos a otros*, Paidós.
- Sen, A. (1999), *Development as freedom*. Anchor Books.
- (2000), *Social Exclusion: Concept, Application and Scrutiny*.
- (2003), Development as capability expansion. en *Readings in Human Development*, S. Fukuda-Parr y A.K. Shiva Kumar (eds.), Oxford University Press.
- (2004). “Capabilities, Lists, and Public Reason: Continuing the Conversation”, *Feminist Economics*, 10(3), pp. 77-80.
- Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics*, John Wiley y Sons, Inc.
- N. Bulled, y B. Ostrach. (2020), “Whither syndemics?: Trends in syndemics research, a review 2015–2019”, *Global Public Health*, 15(7), pp. 943-955. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1724317>
- Stiglitz, J.E., A. Sen, y J.P. Fitoussi (2008), *Report of the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/8131721/8131772/Stiglitz-Sen-Fitoussi-Commission-report.pdf>
- Townsend (1979), *Poverty in the United Kingdom: A survey of household resources and standards of living*, Penguin Books Ltd.
- Vargas, D., L. Czarnecki, y L. Gomez-Maqueo (2019), *Efectos de síndrome post viral SARS-Cov-2 en México, desde un enfoque sindémico*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. <https://www.clacso.org/en/efectos-del-sindrome-post-covid-en-la-salud-mental/>
- Veenhoven, R. (1992), *Happiness in Nations*, Erasmus University.
- Wilkinson, R., y K. Pickett (2009), *The Spirit Level*, Bloomsbury Press.

MODELO UNIFICADOR DE LOS CAMPOS DEL BIENESTAR: UNA PROPUESTA TEÓRICA E INTEGRADA Y SU APLICACIÓN A TEMAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD*

YEDITH BETZABÉ GUILLÉN-FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN

El presente estudio parte de la conceptualización que tiene Sen (1979; 1987; 2000) sobre el bienestar y lo define como un estado en el cual las personas realizan un conjunto de funcionamientos (*functionings*) interrelacionados y además, este bienestar alcanzado depende de la capacidad de las personas para desarrollarse o desempeñarse en la vida cotidiana.. Las capacidades (*capabilities*) constituyen la libertad de la persona o su oportunidad real para obtener bienestar (Sen, 1992; Nausbaum y Sen, 1993), por ejemplo, la capacidad de desempeñarse en una profesión para la cual una persona estudió y se especializó y que le permite a la persona cumplir otro conjunto de funcionamientos (logros o realizaciones). Nausbaum y Sen (1993) explican que el bienestar depende de lo que las personas pueden llegar a realizar con los bienes que disponen; es decir, las personas maximizan su bienestar cuando pueden leer, comer o votar. En este sentido, las personas votan no para incrementar su utilidad, sino para valorar un determinado sistema político, a través de esta acción colocan el bienestar humano como un aspecto importante en la esfera pública. Sen, además, considera importante el abordaje de las cuestiones de globalización, cambio tecno-

* Investigación realizada gracias al, Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (UNAM-PAPIIT) de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico, DGAPA. Clave IA302322, “Bienestar en Salud con Enfoque de Derechos Humanos”.

Se agradece el apoyo de Anadeli Naranjo Carbajal por proporcionar información referente a derechos humanos.

lógico y su efecto en los ciudadanos, el problema del desempleo, las pensiones, la seguridad social, etc. para alcanzar el goce del bienestar en una sociedad (Wayne, 2006).

Stiglitz, Sen y Fitoussi (2009) fueron encomendados por el presidente de Francia Nicolas Sarkozy en 2008, para profundizar en el conocimiento del bienestar. Los científicos como parte integrante de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social (CMPEPS), se encargaron de determinar indicadores más viables para medir el progreso social y la calidad de vida de las personas, comenzando por evaluar las restricciones que tiene el producto interno bruto (PIB) en el análisis del bienestar.

La visión de estos autores es comprensible y plantean que el bienestar es pluridimensional porque debe evaluarse con base en distintas medidas, que tienen que ver no solo con las condiciones de vida materiales (o niveles de vida), sino en donde también se consideren la diversidad de las experiencias personales y su relación con otras dimensiones de vida de las personas (Stiglitz *et al.*, 2009).

La perspectiva de estos autores es incluir distintas dimensiones principales para el estudio del bienestar, las cuales son: las condiciones materiales; la salud; la educación; las actividades personales, incluido el empleo; la participación de las personas en la vida política y la gobernanza; las relaciones sociales; el medio ambiente y la inseguridad económica y física, las expectativas y percepciones de las personas, etc. El enfoque de estos autores es comprensivo dado que reconocen que para la valoración de las distintas dimensiones del bienestar es necesario incluir varios indicadores bajo los enfoques del bienestar objetivo (BO) y del bienestar subjetivo (BS) (Stiglitz *et al.*, 2009).

¿Por qué incluir además el enfoque basado en derechos humanos (EBDH) para explicar el bienestar general de una población y el bienestar en salud? La respuesta se fundamenta en que dado que este es normativo, entonces, ello implica obligaciones por parte del Estado para hacer valer los derechos sociales de las personas (Donald y Mottershaw, 2009) y el acceso a los derechos sociales implica el alcance del bienestar de una población. Con este fundamento, se plantea el siguiente estudio a partir de la perspectiva de derechos sociales en México, los cuales están establecidos, tanto en la Constitución Mexicana, como en los tratados internacionales de los derechos humanos que han sido ratificados por México; además de las distintas leyes, como la que ampara el derecho al goce de la salud y al acceso a los servicios de salud pública establecidos en la Ley General de la Salud de México (DOF, 2023), entre otras normativas.

La idea subyacente a la adopción y aplicación del EBDH con relación al desarrollo y la reducción de la pobreza (como se establece en la Ley General de Desarrollo Social de México, *DOF*, 2004) es que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias en esa dirección, se deben basar explícitamente en normas y principios establecidos en el derecho internacional y nacional de los derechos humanos.

El EBDH permite que el derecho internacional y la legislación nacional brinden un marco normativo explícito e imperativo para la formulación de políticas y estrategias nacionales e internacionales (Abramovich, 2006; Donal y Mottershaw, 2009). Por lo que, si existen los mecanismos para el cumplimiento de los derechos sociales y humanos en un país, las posibilidades del goce del bienestar entre las personas de una sociedad o un país se incrementan, incluido el mejoramiento a la salud y la disponibilidad y calidad de los bienes y servicios en salud, es por ello que se adiciona la valoración de este enfoque aunado a las perspectivas del BO y del BS.

El modelo teórico que se propone en este capítulo de investigación plantea una explicación más comprensiva a través de un modelo unificador de los campos del bienestar (MUCB), el cual incluye las perspectivas teóricas del BO, EBDH y BS, vistos como campos del bienestar, en la dinámica de análisis, tanto de las condiciones de vida materiales y del estándar de vida (BO), como del cumplimiento de los derechos sociales (DS), y de las perspectivas de la población con respecto a su nivel de vida (BS).

El objetivo principal es el de mostrar que no solo es imprescindible alcanzar el desarrollo económico, social, cultural, político, ambiental; sino que además, los estados-nación, los países, las sociedades deben implementar mecanismos necesarios para que las personas sean socialmente incluidas en estos ámbitos y con base en las ideas de Townsend (1979), las personas puedan ser también partícipes del progreso o desarrollo. Entonces, se deduce que, en tanto que existan inclusión social y participación en los beneficios de la sociedad, las expectativas y percepciones del bienestar subjetivo de las personas se aproximarán a la valoración que los científicos o evaluadores de la política pública hagan del bienestar objetivo y de los derechos humanos. Por el contrario, en tanto que haya decrecimiento económico, inequidad, pobreza y exclusión social, las percepciones subjetivas de las personas sobre su bienestar, tenderán a reducirse de manera general. Ello no necesariamente sería cierto, debido a preferencias adaptativas (Sen, 2000) o bien, debido a etapas iniciales de crisis económica, como se verá más adelante.

Este estudio plantea dos hipótesis generales que a continuación se mencionan:

H₁: a mejores niveles encontrados (niveles altos) en los distintos campos del bienestar (BO, DS y BS), entonces les corresponde un nivel general de bienestar (óptimo), es decir, existen coincidencias en estos campos; por el contrario, si los campos coinciden en niveles negativos o bajos, no existe bienestar.

H₂: a mayores discrepancias manifiestas en los distintos campos del bienestar, las personas experimentan niveles desequilibrados de bienestar general en la sociedad (caos); en cambio si existen coincidencias entre dos tipos de bienestar y discrepancia con otro de los campos, entonces encontraremos un nivel de bienestar intermedio o inadecuado.

El modelo teórico MUCB que se plantea en este estudio clasifica el bienestar en función de las coincidencias y discrepancias que existan en los campos del bienestar. Zapf realizó, en 1984, una tipología del bienestar considerando aspectos positivos, negativos, disonancias y adaptación para combinaciones del BO y del BS. Por lo que, las aportaciones de este estudio toman como base este conocimiento y se integra al análisis el campo de los DS. Asimismo, se muestra una ejemplificación teórica aplicada al ámbito de la Economía de la Salud con base en la tipología propuesta de niveles de bienestar, explicados bajo la perspectiva del MUCB.

La idea de unificar los campos del bienestar proviene de la “teoría del campo unificado” (TCU) (Einstein, 1925) de la física, que busca la unificación del electromagnetismo y la gravitación. En este estudio, se establece que existen coincidencias y discrepancias entre los campos del bienestar, buscando explicar cuándo surgen estas. Además, el estudio se fundamenta en la transdisciplinariedad que tiene por objeto traspasar o cruzar los linderos de diferentes áreas del conocimiento disciplinar, para la comprensión integral de una problemática de estudio (Piaget, 1970) y plantear explicaciones más comprensivas a las problemáticas actuales.

ANTECEDENTES

La valoración de la felicidad como medición en el sentido de satisfacción con la vida o de sentirse bien (en un sentido hedonista), la podemos encontrar desde el siglo XVIII y XIX con Bentham, padre del utilitarismo. Su obra se titula: *Introducción a los principios de moral y legislación*, en ella establece que los actos humanos, así como las

cuestiones legales, políticas, sociales y económicas, o bien, las decisiones, basadas en lo que determinaran las normas o instituciones deberían de ser valorados o juzgados, en función de la utilidad o el placer que les producen a las personas (Bentham, 1779). Walras (s. XIX), Jevon y Menger siguieron las ideas de Bentham y definieron a la utilidad como una medida de felicidad o satisfacción y señalan que algunos de los factores que influyen en el bienestar se relacionan con el disfrute de los bienes y servicios y, por lo tanto, los podemos cuantificar. En principio, se apoyaron en el concepto de utilidad total, el cual establece que a medida que se consumen más bienes y servicios, la utilidad total del individuo aumenta. Sin embargo, el planteamiento principal es la utilidad marginal (U_{mg}), que mide el cambio en la utilidad total como consecuencia de un cambio de una unidad en la cantidad consumida (Kauder, 1953).

El objetivo del enfoque utilitarista es medir la satisfacción vista como el placer de los individuos al consumir una unidad adicional de un bien, y el objetivo de la métrica es maximizar la suma total de la utilidad para encontrar el máximo punto de bienestar: $U_{mg_1} = U_{mg_2}$.¹ Preguntemos entonces ¿qué pasa con quienes quedan satisfechos con menos cantidades de un bien con respecto a los individuos que tienen que consumir mayores cantidades de un bien para saciarse? Rawls (1971) en este sentido, plantea su crítica desde su teoría de la justicia social e incorpora la idea de gustos onerosos vs. gustos módicos. El autor argumenta que igualar los puntos de saciedad de un individuo que posee una mejor posición económica vs. otro que posee una posición económica con carencias (privación) es moralmente incorrecto. La explicación consiste en que las personas con gustos caros encuentran su saciedad consumiendo alimentos suntuarios en su dieta, en contraste, los individuos en desventaja económica tienen que saciar sus necesidades consumiendo alimentos baratos; por lo que, al maximizar ambas utilidades surge la problemática de que se igualan las utilidades marginales, en donde un rico se sacia en un punto de abundancia y un pobre se sacia en un nivel de carencia, con lo cual es moralmente incorrecto pretender encontrar el máximo punto de bienestar en una sociedad al igualar la abundancia de unos con la carencia de otros. Sen (1992) en *Inequality reexamined* explica que bajo la perspectiva utilitarista no se aborda una perspectiva de distribución de los bienes igualitaria.

1. U_{mg_1} se refiere a la utilidad consumida del primer bien y U_{mg_2} a la utilidad consumida de un segundo bien.

EL CAMPO DE ESTUDIO DEL BIENESTAR OBJETIVO

El bienestar objetivo (BO), se concibe de forma general como un alcance positivo (o goce) en el ámbito de las condiciones de vida materiales (ingresos, bienes o servicios públicos y privados), y a los que las personas pueden acceder para disfrutar una vida digna o plena en el ámbito del estándar de vida en una sociedad o un país (Pigou, 1952; Doyal y Gough, 1991). Pigou (1952:75) argumenta que un nivel mínimo de vida objetivo se puede definir considerando la calidad y cantidad de bienes y servicios básicos como lo son, los espacios de la vivienda, cuidados médicos, educación, alimentos, saneamiento, seguridad en el trabajo, ocio, entre otros.

Wiggins (1987), diferenció entre necesidades y deseos (o preferencias) e identificó un carácter absoluto en la necesidad, porque el satisfactor de la necesidad implica evitar un daño a los seres humanos: "Necesito [absolutamente] tener X, sí y sólo sí yo necesito [instrumentalmente] tener X en la medida en que evitaré ser dañado, sí y sólo sí es necesario, siendo el estado de cosas actual, que si evito ser dañado entonces tengo X" (Wiggins, 1987:10). El autor señala como ejemplo que puede existir un daño irreparable cuando hay malnutrición en la infancia, al no verse satisfecha la necesidad de alimentación.

Asimismo, Doyal y Gough (1991) consideraron a los bienes y servicios como los satisfactores esenciales de las necesidades básicas de las personas. Señalan que la salud física es una necesidad humana indispensable; aunque consideran la autonomía crítica como elemento trascendental en el ser humano para alcanzar el progreso social. Entonces, los autores plantean su definición de autonomía con base en la relación entre la capacidad humana y los medios disponibles para desarrollarla:

[...] la salud y la autonomía corresponden con la elección del individuo respecto a las actividades en las que decide formar parte dentro de su cultura, en tanto que posee las capacidades cognitivas, emocionales y sociales para hacerlo y tiene acceso a los medios para adquirir dichas capacidades. [...] la salud y autonomía óptimas son tales que los individuos pueden formular los objetivos y creencias necesarias para cuestionar su forma de vida, para participar en procesos políticos dirigidos a tal fin [...] (Doyal y Gough, 1991: 160).

Sen (1987) formuló su teoría de *capabilities and functionings* argumentando que

el estándar de vida no es una cuestión de opulencia sino de la vida que uno lleva y no de los recursos que tiene para llevar esa vida. [...] la preocupación no es tanto con la comida como tal sino con el tipo de vida que uno logra vivir con la ayuda de la comida y de otros bienes, por ejemplo si uno puede estar bien nutrido, si uno tiene la habilidad de entretener, y así sucesivamente [...] El mercado valora las mercancías y nuestro éxito en el mundo material es, con frecuencia, juzgado por nuestra opulencia; pero a pesar de eso, las mercancías no son más que medios para otros fines. [...] En otro escrito le he llamado a las diversas condiciones de vida que podemos o no lograr, nuestras *functionings* y a nuestra habilidad para alcanzarlas, nuestras *capabilities* (Sen, 1987:16).

El enfoque de *capabilities* de Sen (2000) es la referencia para los índices de BO, y fundamenta el índice de desarrollo humano y su visión rebasó el enfoque utilitarista.

LOS INDICADORES DE BIENESTAR OBJETIVO

El paradigma de desarrollo humano conceptualiza el BO como el disfrute de una existencia sana y duradera, acceder al conocimiento, tener los recursos materiales suficientes, así como la posibilidad de participar en la vida de la comunidad (PNUD, 2018). El BO incluye no únicamente indicadores como el PIB y la esperanza de vida, sino también indicadores a nivel individual o del hogar como son: salud, servicios sanitarios, vivienda, trabajo, educación, cultura, ocio, medio ambiente, seguridad pública, estar libre de violencia, etcétera.

EL CAMPO DE ESTUDIO DE LOS DERECHOS HUMANOS

Antecedentes

Los derechos humanos tienen su antecedente en la lucha por la libertad para garantizar a la persona una vida digna y su realización, sin distinción de su sexo, religión, etnia, ideología, etc. Los derechos humanos se establecieron a raíz de la Revolución francesa en la Asamblea Nacional de 1789, de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. Asimismo, en 1948 se promulgó la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) (Escobar-Roca, 2005). En la DUDH, existe un reconocimiento universal de que todo ser humano es titular de los derechos y libertades

que han sido acordados universalmente; entre ellos el derecho a un nivel de vida adecuado para cada persona y su familia, mediante la obtención a la alimentación, al vestido, a la vivienda, a los servicios sociales necesarios, la seguridad social, la educación y la protección social para todos los niños (AGNU, 1948, arts. 25 y 26).

El enfoque basado en derechos humanos (EBDH) considera el derecho internacional como un marco conceptual, acordado por la comunidad internacional (Abramovich, 2006) y los principios de los derechos se establecieron en la Convención Mundial de los Derechos Humanos, la cual señala: “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí” (Naciones Unidas, 1993: 19).

Otro de los principios trascendentales en derechos humanos, es el de progresividad de los derechos humanos e implica el pleno cumplimiento de manera gradual, además deben tomarse las medidas a corto, mediano y largo plazos para su realización, procediendo lo más expedita y eficazmente posible (CNDH, 2016). Ello implica que las condiciones de vida normadas en una sociedad puedan converger y las personas accedan al progreso económico y social (Doyal y Gough, 1991), y las medidas que se adopten deben ser deliberadas, concretas y orientadas hacia el ejercicio de obligaciones por parte del Estado (Serrano y Vázquez, 2013).

MECANISMOS DE CUMPLIMIENTO EN DERECHOS HUMANOS

El EBDH es un marco conceptual e internacional que define mecanismos de responsabilidad, igualdad y no discriminación, participación y otorgamiento de poder a los sectores postergados y excluidos; para que se cumplan las obligaciones de los estados en materia de acceso efectivo de los derechos humanos para sus ciudadanos (Abramovich, 2004). Los principios que son transversales y posibles de ser operativos al ejercicio de cualquier derecho son: *i]* igualdad y no discriminación; *ii]* progresividad y no regresividad; *iii]* participación ciudadana en la toma de decisiones, y, *iv]* transparencia y rendición de cuentas (Abramovich, 2006).

La idea subyacente al EBDH con relación al desarrollo y la reducción de la pobreza, se basa en que el Estado y sus instituciones tienen la finalidad de impulsar estrategias basadas en derechos humanos y sociales, y por lo tanto, deben seguir las normas y principios establecidos en el derecho internacional y las normas de la legislación nacional; por lo tanto, el EBDH brinda un marco normativo explícito e imperativo para la formulación de políticas y estrategias nacionales e internacionales

para el cumplimiento de los derechos humanos (Abramovich, 2006) y la realización del bienestar.

El enfoque representa además un sistema de principios y reglas para hacer efectivos el acceso a los derechos mediante mecanismos de rendición de cuentas, que se establecen local e internacionalmente (Donald y Mottershaw, 2009). Así, en México, la reforma constitucional de 2011 permite consolidar las obligaciones del Estado al valorizar los tratados internacionales referentes a derechos humanos, dentro del orden jurídico mexicano, porque introduce las sentencias y resoluciones, de las Naciones Unidas de los órganos jurisdiccionales para la defensa de los derechos humanos (Serrano y Vázquez, 2013). Asimismo, los mecanismos de exigibilidad de los derechos podrán incidir en mejorar los sistemas de rendición de cuentas, de manera que bajo el EBDH, se orienta al diseño y formulación de políticas de reducción de pobreza (Abramovich, 2006).

LOS DERECHOS SOCIALES EN MÉXICO

Los derechos sociales se consideran un subconjunto de los derechos humanos y se basan en las prestaciones positivas fácticas del Estado, entre ellas la alimentación, la salud, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, etc. (Abramovich, 2006; Serrano y Vázquez, 2013). Asimismo, la Constitución Mexicana es pionera en el nivel internacional al establecer los derechos sociales, con lo que se denominó el “constitucionalismo social”, desde ahí se definieron los derechos sociales para garantizárcelos a las personas sin discriminación alguna. La Constitución Mexicana se adelantó a otras leyes como la alemana de Weimar de 1919 y la de la Revolución rusa de 1918, que iniciaron el constitucionalismo social (Fix-Zamudio y Valencia-Carmona, 1999).

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), el art. 1 señala que con base en estos principios y se añade el de progresividad; el Estado debe prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones los derechos humanos (DOF, 1917, reforma 2011). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales CESCR (UN, 1990), en su observación general número 3, de 1990, señala que la “progresiva efectividad” implica un reconocimiento a la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales, y además impone la obligación de proceder lo más expedita y eficazmente posible para la realización de estos derechos.

El derecho a la salud en México se encuentra estipulado en diferentes marcos normativos, como en su Constitución, en la Ley General de Salud, la Ley de Desarrollo Social, entre otros. Este derecho no solo considera la obligación que tiene el Estado de proveer los bienes y servicios médicos para su cumplimiento; además, la legislación mexicana estipula al igual que la normatividad internacional, el derecho al bienestar en salud, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador y en La Ley General de Desarrollo Social que establece en su artículo 1° el derecho a la salud, como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y no únicamente como la ausencia de afecciones o enfermedades que puedan presentar las personas (DOF, 2004).

CARENCIAS SOCIALES COMO INDICADORES DE LA NEGACIÓN DE DERECHOS SOCIALES

Las carencias sociales implican no tener acceso a la alimentación, la salud, la educación, la seguridad social, la vivienda, entre otros aspectos; porque la relación entre el acceso a los bienes y servicios públicos, es directamente proporcional a la satisfacción de las necesidades sociales (Bradshaw, 1972) o al cumplimiento de los derechos sociales, cuando las condiciones sociales para una vida digna han sido consensuadas democráticamente y establecidas en la normatividad (Guillén-Fernández, 2023). Por lo tanto, la disponibilidad y la accesibilidad o asequibilidad a los servicios públicos deberían implementarse en las políticas públicas para la erradicación de la pobreza y con ello para el tránsito progresivo a mejores niveles de bienestar para la población en su conjunto. La asequibilidad en la cobertura de los servicios públicos tiene que ver en particular, con el principio de universalidad de los derechos humanos, incluidos los sectores más vulnerables y marginados de la población (Peces-Barba, 1994; Serrano y Vázquez, 2013). Las perspectivas sobre la erradicación de la pobreza basadas en la satisfacción de las necesidades básicas y en las necesidades sociales² no

2. En referencia a las NBI (necesidades básicas insatisfechas) definidas desde Altimir (1979) e incluidas en mediciones de pobreza multidimensional a partir de los trabajos de Becaria y Minujin (1982), no se contraponen a la perspectiva de necesidades sociales, basadas en el enfoque consensual para captar necesidades socialmente percibidas, desarrollado por Mack y Lansley (1985) en la Gran Bretaña. La investigación de Guillén-Fernández (2017; 2023) plantea que para el caso de México, estas últimas pueden informar al EBDH, para la identificación de estándares de vida y requerimientos sociales actuales.

se contraponen con la visión del EBDH, en tanto que la política pública se encamine a través de la acción del Estado para garantizar el goce de los derechos humanos, y sociales (Townsend, 2009), bajo el principio de equidad para que la población acceda a mejores condiciones de vida.

La pobreza es multidimensional y su conceptualización se basa en las privaciones sociales. Estas se conciben como negaciones a los derechos sociales en el acceso a diferentes servicios públicos a los que tiene derecho la población, como lo son el acceso a servicios de salud, seguridad social, agua y saneamiento, condiciones dignas de la vivienda, además de la alimentación y la educación (Despouy; 1996; UNGA, 2006; Coneval, 2010). El conjunto de carencias sociales son indicadores que reflejan la negación de los derechos sociales e impactan negativamente en el bienestar general y más aún cuando el sistema de bienestar no es comprensivo, no tendiente al cumplimiento de los DS, incluso para poblaciones específicas, como la infantil (Guillén-Fernández, 2020; Guillén Fernández y Vargas-Chanes, 2021).

EL CAMPO DE ESTUDIO DEL BIENESTAR SUBJETIVO

Stiglitz, Sen y Fitoussi (2009) señalan que los propósitos de estudio y medición del desarrollo económico y del progreso social deben considerar no solo el análisis de la dimensión objetiva del bienestar de las personas sino además debe conocerse y medirse el bienestar subjetivo (BS), ambos se integran para dar cuenta de las condiciones de vida de una población en su conjunto; por lo que señalan lo siguiente en la recomendación 6 del “Informe de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social”:

La calidad de vida depende de las condiciones objetivas en las cuales se encuentran las personas y de sus capacidades dinámicas. Sería conveniente mejorar las medidas estadísticas de salud, de educación, de actividades personales y de condiciones ambientales. Además, un esfuerzo particular deberá otorgarse a la concepción y a la aplicación de herramientas sólidas y fiables de medida de las relaciones sociales, de la participación en la vida política y de la inseguridad, conjunto de elementos del que puede mostrarse que constituye un buen elemento para predecir la satisfacción que la gente obtiene de su vida (Stiglitz *et al.*, 2009: 13).

La importancia de medir el bienestar subjetivo radica en que es posible cuantificar el cómo las personas de una sociedad específica visualizan su satisfacción con la vida, cómo construyen este concepto de bienestar subjetivo y qué dominios incorporan en el proceso de subjetividad sobre las condiciones propias de su vida, de su entorno, así como de su participación en el progreso de la sociedad (Wayne, 2006; Unanue *et al.*, 2017).

El estudio y medición del BS de una población es de suma importancia, ya que permite visualizar en qué medida los beneficios del Estado y el progreso de una sociedad han trascendido o se han concretado en las vidas y percepciones de los individuos; de tal manera que su medición nos permite conocer si las personas de una sociedad en particular, por sí mismas, se sientan satisfechas con sus condiciones de vida. El bienestar subjetivo es trascendental para elaborar políticas públicas, ya que muestra percepciones y necesidades específicas de los individuos en una sociedad (Veenhoven, 2000, 2008).

Unanue *et al.* (2017), señalan que las mediciones objetivas, como lo son los ingresos, el consumo, el PIB, etc., no explican totalmente las condiciones de vida de los individuos. Es necesario conocer las percepciones que tienen las personas sobre su calidad de vida, la satisfacción personal con su forma de vida; así como su percepción sobre la participación e integración en los niveles de vida social de su sociedad, y cómo estos repercuten en sus vidas. Cummins (2000) plantea que existe una correlación entre las dimensiones objetivas y subjetivas del bienestar, y de la calidad de vida, debido a que el individuo toma decisiones con base en los recursos y capacidades con los que cuenta y, por ende, genera expectativas, percepciones y propósitos de su misma situación o nivel de vida.

De forma general el BS es una valoración de las personas hacia la satisfacción con la vida (Veenhoven, 2008). Las condiciones de vida de un individuo y la satisfacción que experimenta sobre estas definen la calidad de vida generando percepciones (Ahn y Mochón, 2007). Asimismo, el individuo presenta expectativas relacionadas con distintos ámbitos, tales como, la situación laboral, la familia, el nivel educativo, el estado de salud, entre otros. García (2002) define el BS como la percepción global del individuo sobre su estado de ánimo, sus logros conseguidos y expectativas cumplidas y futuras.

Sin embargo, Rojas (2005) encontró resultados dispares entre el BO y BS para un estudio realizado en cinco entidades federativas del centro y oriente de México, debido a que no hay una correlación estrecha entre las percepciones de la persona

y sus condiciones de vida. Esto puede explicarse, debido a que el BS tiene que ver con el concepto de felicidad y propósitos en la vida de las personas, y depende de otros dominios de análisis diferentes a los indicadores de BO, como el consumo o el producto interno bruto.

LOS INDICADORES DEL BS

El BS es relevante en la medición de la calidad de vida, ya que está basado en experiencias, percepciones y expectativas de las personas y por ende, muestra la satisfacción que reportan las personas sobre los aspectos materiales disponibles o del bienestar objetivo (Diener, 1994; García, 2002, Aguado *et al.*, 2002), y en la percepción de las personas sobre el nivel de vida. La satisfacción con la vida está presente en los dominios de trabajo, familia, salud, ingreso, etc. (Diener *et al.* 1999). Algunas encuestas como BIARE (Módulo de Bienestar autoreportado ampliado) del INEGI en México preguntan a los entrevistados qué tan satisfechos se encuentran con su vida o en algún aspecto de la vida de las personas, y las escalas de satisfacción suelen ser: muy insatisfecho, insatisfecho, satisfecho y muy satisfecho.

DEFINICIÓN DEL MODELO UNIFICADOR DE LOS CAMPOS DEL BIENESTAR (MUCB)

Los ciudadanos de países desarrollados y con progreso social muestran en promedio niveles adecuados de BO caracterizados por una equitativa distribución del ingreso, acceso a sistemas de salud y seguridad social, adecuada alimentación, educación, condiciones dignas de vivienda, etc. y, por lo tanto, tienen mejores expectativas y percepciones sobre sus condiciones de vida (Temkin y del Tronco, 2006). Ahn y Mochón (2007) plantean que existe una correlación entre las expectativas de los individuos y su satisfacción con respecto a sus condiciones de vida. Se esperaría entonces que se generen expectativas positivas (BS) en relación a niveles adecuados de desarrollo económico y progreso social en un país (BO), entonces la satisfacción promedio de las personas en una sociedad, con respecto a su propia vida y sus condiciones pueden ser favorables.

Zapf (1984) plantea que únicamente existe bienestar cuando las condiciones de vida son positivas, tanto para el BO, como el BS. Por el contrario, si ambas dimensiones analíticas del bienestar son negativas, entonces el autor clasifica a este estado

como privación. La categoría analítica de disonancia se presenta cuando las apreciaciones subjetivas son negativas pero el bienestar objetivo es positivo, y por otro lado, se presenta adaptación, cuando las condiciones objetivas son malas pero las apreciaciones son positivas.

El modelo teórico que aquí se presenta postula que los tipos de bienestar antes señalados, el objetivo, el subjetivo y el EBDH se pueden unificar, coexistiendo coincidencias y discrepancias en los campos. El BO y los DS tienden a mostrar un vínculo más estrecho, ya que representan la realización o cumplimiento de condiciones socioeconómicas, ambientales, culturales y políticas en el ámbito del estándar de vida de las personas; asimismo, se concibe que un nivel de vida digno se encuentra normado por la legislación correspondiente en materia de derechos humanos, para México y los países latinoamericanos.³ El EBDH se enmarca en la valoración de las condiciones de vida digna consensuadas democráticamente en una sociedad y normadas en las legislaciones, tanto nacionales, como internacionales; como estas condiciones normadas se refieren al cumplimiento o realización de los requerimientos sociales y públicos que demandan las personas y que deben ser proveídas por el Estado, entonces existe generalmente una coincidencia con los indicadores del campo de estudio del bienestar objetivo.

Por otro lado, el BS pudiera mostrar un vínculo menos estrecho, tanto con BO como con DS, dado que este se basa en las expectativas de vida y percepciones de las personas; y el estándar de vida no se refleja enteramente en la percepción de los individuos. Sin embargo, en este estudio, se ha planteado que la tendencia a la coincidencia puede surgir para un Estado donde los beneficios del progreso social se repartan de forma equitativa, entre los habitantes de un país y en un Estado donde además se cumplen los derechos humanos; en ese caso las percepciones fundamentadas en el BS de las personas sobre sus condiciones de vida, tenderían de sobre manera a coincidir con los indicadores del BO y del cumplimiento de los derechos de los humanos, incluido el ámbito de la salud.

TEOREMAS PLANTEADOS PARA EL MODELO MUCB

T1: Existe coincidencia si los niveles de bienestar son positivos o negativos en los tres campos del bienestar, tanto en BS, BO y DS.

3. Todos los países latinoamericanos han ratificado los tratados internacionales de derechos humanos.

T2: Existen discrepancias cuando los campos no coinciden en sus niveles de bienestar.

T3: Las discrepancias se manifiestan desde niveles intermedios de bienestar hasta total desequilibrio (caos).

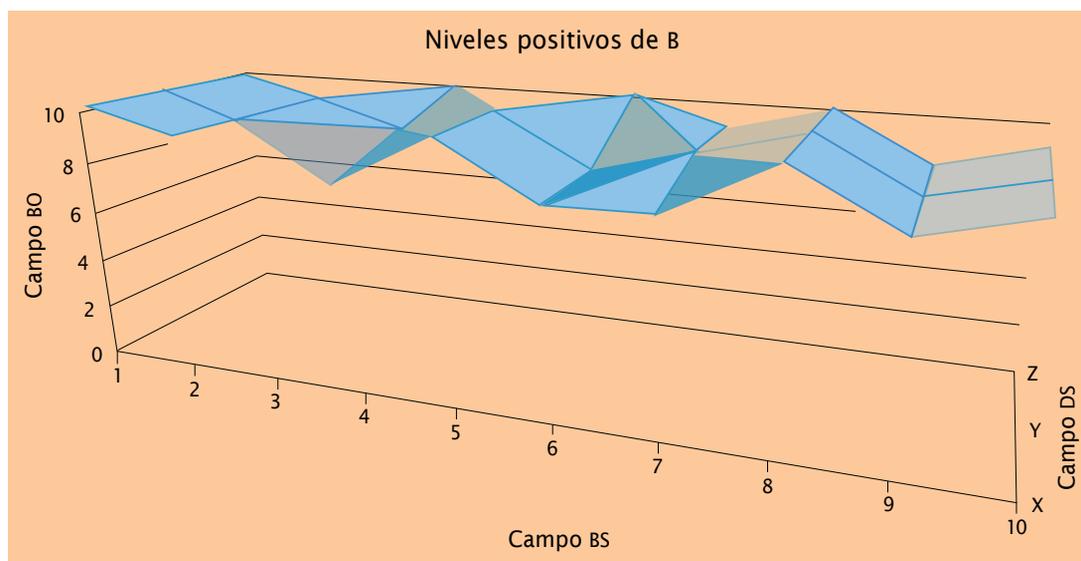
EL MUCB EN PERSPECTIVA 3D Y APLICACIÓN TEÓRICA AL ÁMBITO DE LA SALUD

El MUCB se proyecta en un plano tridimensional (3D), en donde los campos del bienestar (BS, BO y DS) se ven reflejados en los tres ejes del plano, pudiéndose representar con distintos indicadores del bienestar.

La tipología del bienestar que presenta el modelo se explica a continuación:

- A) Bienestar completo: se presenta cuando todos los campos coinciden en niveles altos de bienestar (gráfica 1).
- B) Bienestar intermedio: aparece cuando existen coincidencias en niveles positivos entre el BO y el DS con discrepancias en el BS (gráfica 2). Este caso es el

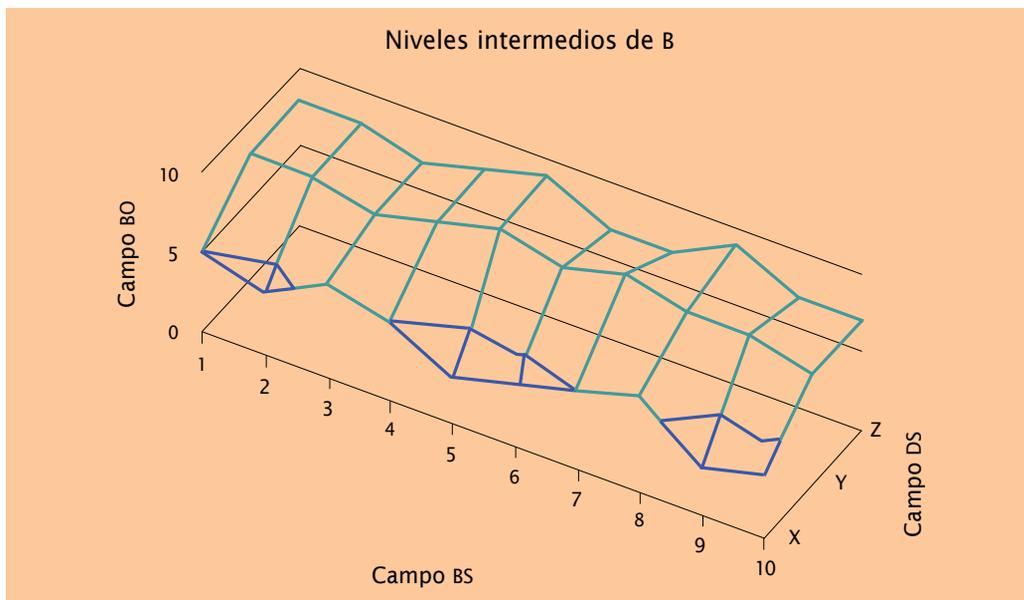
Gráfica 1
Bienestar completo (bienestar positivo, coincidencias en todos los campos de B)



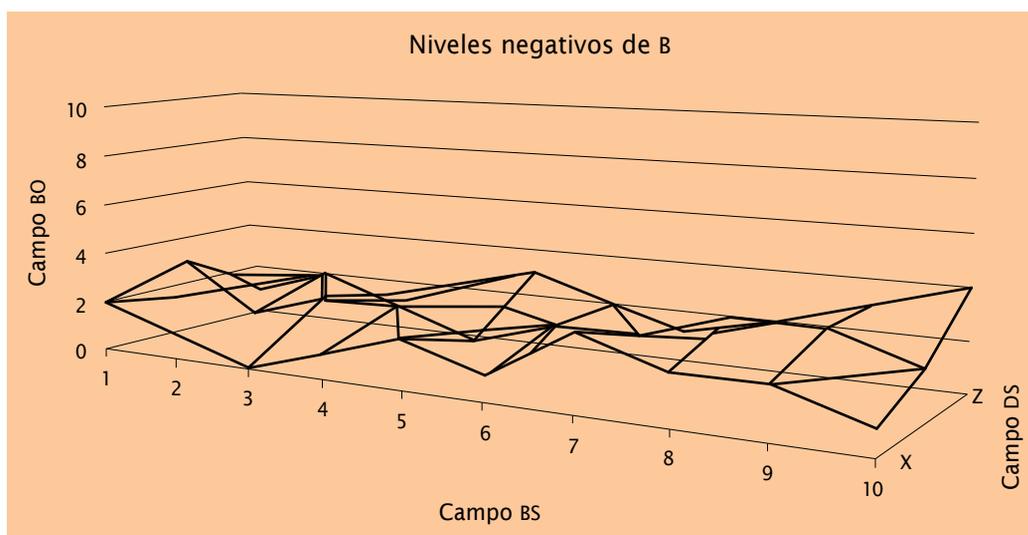
Fuente: elaboración propia con base en la TCU de la física (Einstein, 1925) y de los estudios de Zapf (1984) y Glatzer y Mohr (1987) sobre calidad de vida.

Notas: B=bienestar; BO=bienestar objetivo; BS=bienestar subjetivo; DS=derechos sociales.

Gráfica 2
Bienestar intermedio
(coincidencias positivas en BO y DS; discrepancia con BS)



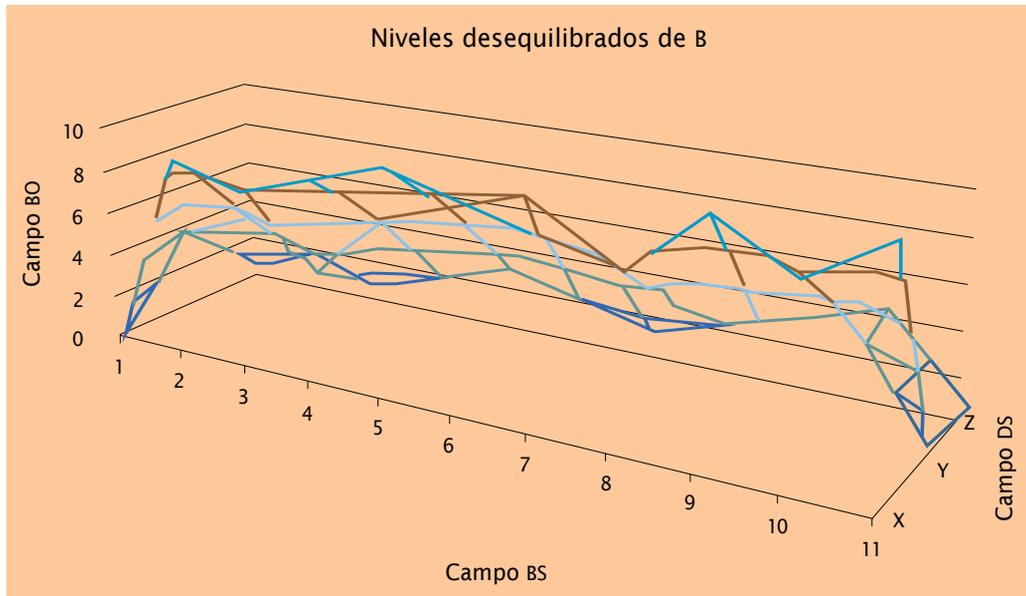
Gráfica 3
Sin bienestar
(privaciones: coincidencias en los campos con niveles bajos de B)



Fuente para ambas gráficas: elaboración propia con base en la TCU de la física (Einstein, 1925) y de los estudios de Zapf (1984) y Glatzer y Mohr (1987) sobre calidad de vida.

Notas: B=bienestar; BO=bienestar objetivo; BS=bienestar subjetivo; DS=derechos sociales.

Gráfica 4
Bienestar discrepante
(caos: disonancias entre los campos de B)



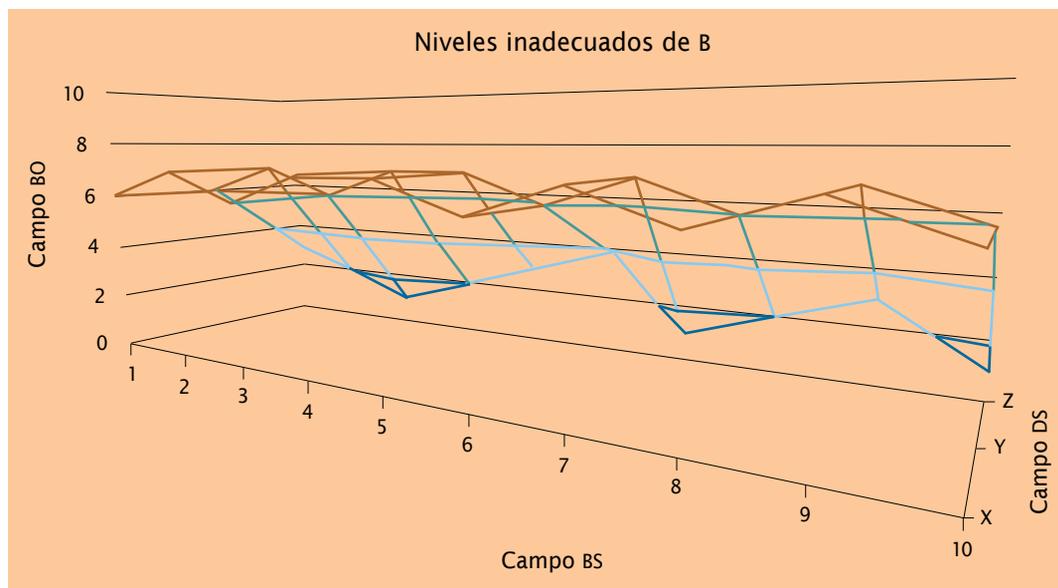
Fuente: elaboración propia con base en la TCU de la física (Einstein, 1925) y de los estudios de Zapf (1984) y Glatzer y Mohr (1987) sobre calidad de vida.

Notas: B=bienestar; BO=bienestar objetivo; BS=bienestar subjetivo; DS=derechos sociales.

que Zapf (1984) señala refiriéndose a condiciones adecuadas en el nivel del estándar de vida, sin embargo, las percepciones de las personas en promedio no lo son.

- C) Sin bienestar: se presenta si todos los campos coinciden en niveles bajos de bienestar, y también existen privaciones (gráfica 3).
- D) Bienestar discrepante: existe cuando los niveles del bienestar (bajos, negativos, intermedios o positivos) de cada uno de los campos no coinciden, por lo que existen desequilibrios en el sistema del bienestar (gráfica 4).
- E) Bienestar no viable: se presenta si existen coincidencias en los niveles de BO y BS, en este caso relativamente positivos, sin embargo, la discrepancia se encuentra con el campo de los DS, en donde se aprecia que estos no tienden a cumplirse (gráfica 5).

Gráfica 5
Bienestar no viable
(coincidencias BO y BS; discrepancia con DS)



Fuente: elaboración propia con base en la TCU de la física (Einstein, 1921) y de los estudios de Zapf (1984) y Glatzer y Mohr (1987) sobre calidad de vida.

Notas: B=bienestar; BO=bienestar objetivo; BS=bienestar subjetivo; DS=derechos sociales.

El MUCB plantea que para que pueda existir el bienestar viable es imperativo la existencia del EBDH, además de considerar a la equidad y la justicia social como elementos fundamentales que orientan a los campos hacia la integración.

La aplicación teórica del MUCB al ámbito de la salud se muestra en la gráfica 5, en donde podemos pensar en tres indicadores que corresponden a cada uno de los campos del bienestar. Supónganse los niveles de empleo y salarios, como parte del BO; el acceso a seguridad social y salud, como parte de los DS y la calificación que otorgan las personas a los médicos y servicios de salud de su comunidad (en función de su mejoramiento en salud cuando estas se enferman) como indicador del BS.

El bienestar no viable (gráfica 5) explica que existen niveles positivos en las variables de BO y de BS, sin embargo, los derechos no se ven realizados.⁴

4. La disonancia en BS se explica por las “expectativas adaptativas” (Sen, 2000). Esto significa que las personas pueden presentar un proceso de adaptación al vivir en la pobreza (ya sea de manera continua o de manera intergeneracional) y, por lo tanto, el reporte de sus percepciones puede ser sobrevalorado, aunque sus condiciones de vida no sean dignas o favorables.

A manera de ejemplo, podría surgir una crisis económica y social sin precedentes, como la de 2008 la “Gran Recesión”, originada por la crisis financiera mundial, que produjo entre otras cosas, niveles altos de desempleo que impactaron en el poder adquisitivo de las personas (Verick y Islam, 2010).

Sin embargo, algunos derechos como la educación, la seguridad social, entre otros, podrían aún estar siendo realizados; particularmente, en el caso de países desarrollados como Gran Bretaña (caracterizado con un bienestar comprensivo) y aunque los indicadores del bienestar objetivo como el empleo mostrarían tendencias en descenso al igual que decrementos del PIB de forma inmediata. Y por otro lado, las percepciones subjetivas podrían todavía estar en un nivel considerablemente positivo (dejando de lado las percepciones sobre el desempleo). Este es un tipo de bienestar no viable porque los niveles de crecimiento económico, empleo, salarios tienden a reducirse y el bienestar podría no mantenerse en el mediano plazo e impactar posteriormente en el incumplimiento de los DS, produciendo privaciones sociales y pobreza.⁵ O bien, pudiera surgir una pandemia como la covid-19 sin precedentes, en que los Estados, sobre todo de países en desarrollo se vieron rebasados en términos de provisión de servicios de salud (Guillén-Fernández, 2024).

CONCLUSIONES

Las directrices próximas del modelo teórico MUCB planteado en este capítulo de investigación, nos llevará a corroborar de manera empírica dicho modelo con datos reales para diferentes contextos, pudiéndose presentar distintos niveles y combinaciones en los diferentes campos del bienestar. Esto se llevará a cabo con información disponible de encuestas tomando en consideración tanto indicadores de la del BO, los DS y el BS. El propósito será mostrar un panorama más comprensivo del bienestar de la población para el mejoramiento de la política social y de desarrollo, todo ello basado en la encomienda que inicialmente recibieron los científicos Stiglitz, Sen y Fitoussi (2009).

5. En Gran Bretaña, entre 1983 y 2012 el porcentaje de los hogares con privación múltiple incrementó de 14 a 33%, incrementó sustancialmente después de la Gran Crisis Financiera de 2008, además, 25% de los adultos tenían ingresos de sus hogares por debajo de lo necesario para evitar la pobreza, con datos de la encuesta Poverty and Social Exclusion (PSE) (Gordon *et al.*, 2013).

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V. (2006), "Los estándares interamericanos de derechos humanos como marco para la formulación y el control de las políticas sociales", *Anuario de Derechos Humanos*. <https://doi.org/10.5354/0718-2279.2006.13370>
- Aguado, M.; D. Calvo; C. Dessal; J. Riechmann; C. Montes y J. González (2002), "La necesidad de repensar el bienestar humano en un mundo cambiante", *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 49-76.
- Ahn, N., y F. Mochón (2007), *Felicidad y expectativas*, Madrid, FEDEA.
- Altimir, O. (1979), *La Dimensión de la Pobreza en América Latina*, Cuadernos de la CEPAL, 27. Santiago de Chile: CEPAL.
- Bentham, J. (1779), *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, Londres, T. Payne and Sons.
- Beccaria, L. and A. Minujín (1987), *Métodos alternativos para medir la evolución del tamaño de la pobreza*, Documentos del Instituto Nacional de Estadística y Censos Buenos Aires: INDEC.
- Bradshaw, J. (1972), *The concept of social need*, *New Society* (496): 640-643.
- CNDH. (2016), *Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos*.
- Comisión Europea, Agencia Española de Cooperación Internacional, Ministerio de Asuntos Exteriores, Madrid, España, 250 pp.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/34-Principios- universalidad.pdf>
- Coneval (2010), *Metodología para la Medición Multidimensional de la Pobreza en México*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Cummins, R.A. (2000). *Objective and subjective quality of life: An interactive model*. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.
- Despouy, L. (1996), "Rapport final sur les droits de l'Homme et l'extreme pauvreté, Rappporteur de la sous commission de lute contre les mesures discriminatoires et de la protection des minorités du Conseil Économique et Social de l'ONU, Quarantehuitieme session", documento de la ONU, E/EC.4/Sub.2/1996/13, 28 de junio de 1996, ONU.
- Diener, E.; E. M. Suh; R. E. Lucas y H. L. Smith (1999), "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress", *Psychological Bulletin*, pp. 276-302.
- Diener E. (1994), "El bienestar subjetivo", *Intervención Psicosocial*, 3(8), 67-113.
- DOF (*Diario Oficial de la Federación*) (2023), *Ley General de Salud*, recuperado 20.11.23 de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/416013/Ley_General_de_Salud.pdf

- DOF (*Diario Oficial de la Federación*) (2004), Ley General de Desarrollo Social, (20 de enero de 2004), recuperado 09.10.23, de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=676752&fecha=20/01/2004#gsc.tab=0
- DOF (*Diario Oficial de la Federación*) (1917, reform 2011), “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, recuperado 30.09.23, de http://www.dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf
- Donald, A. y E. Mottershaw [2009], *Poverty, Inequality and Human Rights: Do Rights Make a difference?*, York, Joseph Rowntree Foundation.
- Einstein, A. (1925). *Einheitliche Feldtheorie von Gravitation und Elektrizität* Sitzungsberichte der Preussischen Akademie der Wissenschaften, 22, 414-419.
- Doyal, L., y I. Gough (1991), *A theory of human need*, The MacMillan Press Inc.
- Escobar-Roca, G. (2005), “Introducción a la Teoría Jurídica de Los Derechos Humanos”, Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo (CICODE), Universidad de Alcalá,
- Fix Zamudio, H. y Valencia Carmona, S. *Derecho Constitucional Mexicano y Comparado*. Editorial Porrúa e Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, México, 1999. 1067 pp.
- García Martín, M. Á. (2002), El bienestar subjetivo, *Escritos de Psicología*, pp. 18-39.
- Glatzer, W., y H. M. Mohr (1987), “Quality of life concepts and measurement”. *Social Indicators Research* 19 (1): 15-24.
- Gordon, D.; J. Mack; S. Lansley; G. Main; S. Nandy; D. Patsios; M. Pomati y the PSE team (2013), “The Impoverishment of the UK, Living Standards in the UK”, First summary Report ESRC, Poverty and Social Exclusion PSE, RU, pp. 1-18.
- Guillén-Fernández, Y. B. (2024), Socioeconomic Factors Determining Multidimensional Child Poverty Groups in Central America: A Measurement Proposal from the Wellbeing Approach Using a Comprehensive Set of Children’s Rights, *Child Indicators Research*. DOI 10.1007/s12187-024-10148-z
- Guillén-Fernández, Y. B. (2023), *Breaking the Poverty Code. An Integrative Approach to Measuring Multidimensional Poverty in Mexico*, Emerald Publishing, Bingley, United Kingdom, 154 pp.
- Guillén-Fernández, Y. B. y D. Vargas-Chanes (2021), “Multidimensional Child Poverty from the Child rightsbased Approach: A Latent Class Analysis to Estimating Child Poverty Groups in Mexico”, *Child Indicators Research*, 14(5): 1949-1978, <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09840-1>
- Guillén-Fernández, Y. B. (2020), “¿Es posible erradicar la pobreza infantil en México hacia el 2030? Un análisis retrospectivo y prospectivo del papel del Estado para el cumplimiento de los derechos sociales”, *La Cuestión Social en el Siglo XXI*, Siglo XXI Editores, Ciudad de México, pp. 282-321.

- Guillén-Fernández, Y. (2017), *Multidimensional Poverty Measurement from a Relative Deprivation Approach: A Comparative Study between the United Kingdom and Mexico*, tesis doctoral, University of Bristol, Faculty of Social Sciences and Law, School for Policy Studies, pp. 383.
- Kauder, E. (1953), "Genesis of the Marginal Utility Theory: From Aristotle to the End of the Eighteenth Century", *The Economic Journal* 63 (251): 638-650.
- Mack, J. and S. Lansley (1985), *Poor Britain*. London: Allen and Unwin.
- Naciones Unidas (1993), Conferencia Mundial de Derechos Humanos 14 a 25 de junio de 1993, Viena, Documento A/CONF. 157/23 12 de julio de 1993, revisado 10.11.23 en <https://www.un.org/es/conferences/human-rights/vienna1993>
- Nussbaum, M. y A. Sen (1993), *The Quality of Life*, Oxford University Press.
- Peces-Barba, G. (1994), "La universalidad de los derechos humanos", en R. Nieto (ed.), *La Corte y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, San José, Corte idh: 613-633.
- Piaget, J. (1970), *Psicología y epistemología*, Planeta Agostini, París y Barcelona.
- Pigou, A. C. (1952), *The Economics of Welfare*. London: Macmillan.
- PNUD (2018), Informe sobre Desarrollo Humano. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, México, FCE.
- Rawls, J. (1971), *A Theory of Justice*, Cambridge, MA, Harvard University Press. Revised edition, 1999.
- Rojas, M. (2005), El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos. Consideraciones para la política pública, en Garduño, Salinas y Rojas (coords.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*, Plaza y Valdés y Universidad de las Américas, Puebla.
- Sen A. (1979), "Equality of What?", S. McMurrin Tanner Lectures on Human Values, vol. 1, Cambridge University Press, Cambridge.
- Sen *et al.* (1987), *The Standard of Living*, The Tanner Lectures, Clare Hall, Cambridge, Geoffrey Hawthorn (editor), Cambridge University Press, Cambridge, Reino Unido, 1987.
- Sen, A. (2000), *Desarrollo y libertad*, Planeta, Barcelona.
- Sen, A. (1992), *Inequality Reexamined*, Russell Sage Foundation, Nueva York, Clarendon Press, Oxford.
- Serrano, S., y Vázquez, D. (2013), *Los derechos en acción: Obligaciones y principios de derechos humanos*. México: FLACSO.
- Stiglitz, J.; A. Sen, y J. P. Fitoussi (2009), "The Measurement of Economic Performance and Social Progress Revisited. Reflections and Overview", Document de Travail l'OFCE, París.
- Temkin, B., & Del Tronco, J. (2006). Desarrollo humano, bienestar subjetivo y democracia: confirmaciones, sorpresas e interrogantes. *Revista Mexicana de Sociología*, 731-760.

- Townsend, P. (2009), *Social Security in Developing Countries: a Brief Overview*. In P. Townsend (ed.), *Building Decent Societies. Rethinking the Role of Social Security in Development*. London: Palgrave Macmillan.
- UN Economic and Social Council (1990), General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant), E/1991/23, UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), 14 December 1990, recuperado 20.10.2023, de: <https://www.refworld.org/legal/general/cescr/1990/en/5613>
- Unanue, W.; D. Martínez; M. López, y L. Zamora (2017), "El rol del bienestar subjetivo para medir el progreso de las naciones y orientar las políticas públicas", *Papeles del Psicólogo*, 38(1): 26-37, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77849972004>
- UNGA (United Nations General Assembly) (2006), *Promotion and protection of the rights of children: Report of the Third Committee*. United Nations.
- Veenhoven, R. (2000), "The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life", *Journal Of Happiness Studies*, pp. 1-39.
- Veenhoven, R. (2008), "Sociological Theories of Subjective Well-Being", *The Science of Subjective Well-Being*, pp. 44-61, Nueva York, Guilford Publications.
- Verick, S. e I. Islam (2010), "The Great Recession of 2008-2009: Causes, Consequences and Policy Responses". *IZA Discussion Paper*. 4934, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1631069>
- Wayne, N. E. (2006), "From Seers to Sen: The meaning of Economic Development, Econstor", WIDER Research Paper, núm. 2006/20. ISBN 929190788X, ONU, <https://hdl.handle.net/10419/63321>
- Wiggins, D. (1987), *Claims of Need. Needs, Values, Truth* Oxford University Press, pp. 1-57.
- Zapf, W. (1984), "Welfare Production: Public versus Private", *Social Indicators Research*, 14(3): 236-274.

**HALLAZGOS EN SALUD
BAJO LOS ENFOQUES DEL
BIENESTAR OBJETIVO
Y DERECHOS HUMANOS**

PROTECCIÓN SOCIAL, INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD, Y SALUD INFANTIL: ALGUNAS EXPLORACIONES EMPÍRICAS

ENRIQUE DELAMONICA

INTRODUCCIÓN

La importancia de la salud infantil no necesita explicación. Que el derecho a la protección social y la inversión pública en salud permitan el mejoramiento de la situación de la infancia, empero, es un tema de debate académico y de política. En este contexto, es de notar la escasa evidencia empírica que ayude a dar luces sobre estos temas. Contribuir a cerrar esta brecha es el objetivo del presente capítulo.

El artículo tiene tres partes: en la primera, se describe la información más reciente sobre el acceso a la protección social y el seguro de salud de la infancia en el mundo: en la segunda parte, se describe la inversión pública en protección social y en salud pública, tanto la cantidad como la equidad del gasto son analizados; en la tercera, se explora el impacto de la cobertura del seguro de salud y de la inversión pública en salud (y su distribución) sobre la salud de la infancia. A pesar de las limitaciones de los datos, se distingue una clara recomendación de política, tanto la cantidad (suficiencia), como la distribución (equidad) de la inversión pública son importantes para mejorar la salud de la infancia. Sin embargo, como se ve en las conclusiones, aún quedan desafíos analíticos a dilucidar.

PROTECCIÓN SOCIAL Y SEGURO DE SALUD: UNA PRIMERA APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN DE LA INFANCIA EN EL MUNDO

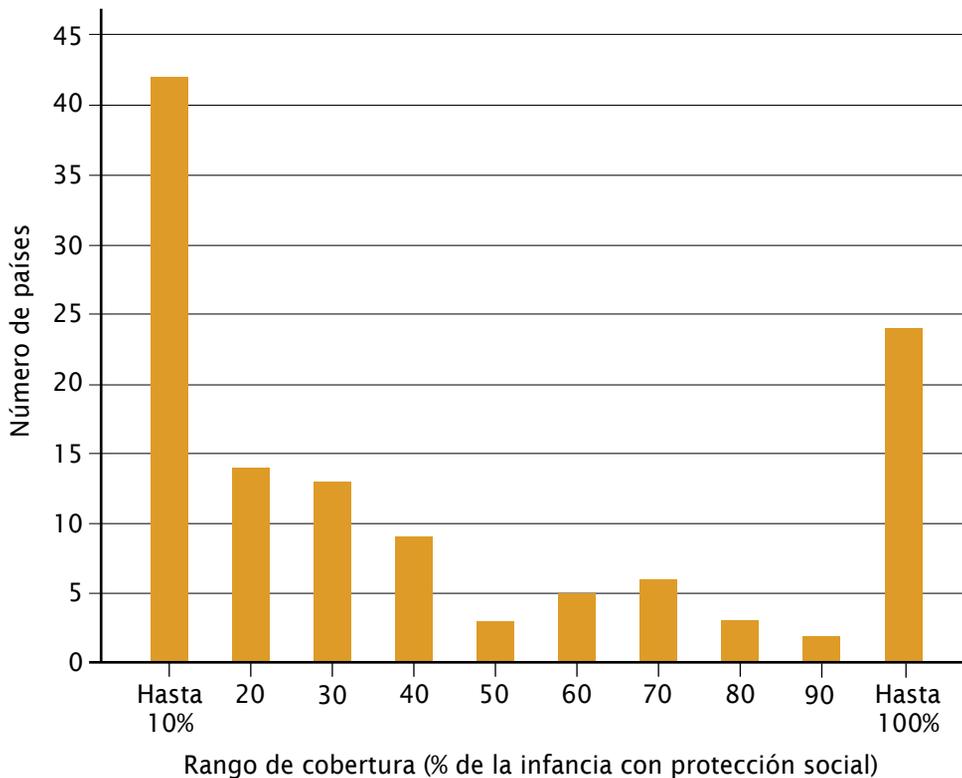
El punto de partida para analizar la relación entre la protección social, el seguro de salud, la inversión pública en salud, y la situación de la infancia es la información dis-

ponible a nivel global sobre la cobertura del derecho a la protección social y el seguro de salud. En el caso concreto de este capítulo, la cobertura corresponde a la proporción de la infancia que tiene acceso a: a] la protección social, un derecho reconocido en la Convención de los derechos del niño y b] al seguro de salud, también reconocido como derecho en la convención. La información sobre cobertura de la protección social de la infancia se obtiene de la OIT: desde hace varios años en sus reportes y en su base de datos recoge información de los países con respecto al porcentaje de niños, niñas, y adolescentes que reciben algún tipo de ayuda de la protección social. Esta información está disponible para alrededor de 120 países, en contraste, hay mucha menos información, disponible y comparable internacionalmente, con respecto a la infancia cubierta con seguro de salud. La mejor fuente de información sobre este tema es la encuesta MICS (por sus siglas en inglés, Multiple Indicator Cluster Survey) y está disponible para cerca de 30 países en desarrollo (y algunos de Europa del Este que aún no están en la Unión Europea).

Con la información disponible por la OIT, podemos aprender que respecto a los 121 países para los cual hay datos, el porcentaje promedio (no ponderado por población, es decir, lo que ocurre en “país promedio”, no la situación global de la población) un poco más de uno de cada tres niños, niñas, o adolescentes disfrutan de la protección social. Sin embargo, este promedio está afectado por la presencia de países en ambos extremos de la distribución (la mediana es casi 70%). Si bien el rango de cobertura para los distintos países va básicamente de 0 a 100%, la distribución del porcentaje de la infancia cubierta por protección social no se distribuye en forma uniforme. Por el contrario, hay muchos países, los de menor ingreso per cápita, donde la protección social es baja o prácticamente inexistente. En la gráfica 1 podemos observar esta distribución. Mientras en más de 40 países el porcentaje de la infancia cubierta por protección social es menos de 10%, son menos de 15 los países donde la cobertura llega a 20 o 30%. Son menos aun los países donde la cobertura está entre 50 y 90% de la infancia. Sin embargo, hay cerca de 25 países, los de mayores ingresos y los que se encuentran en gran proporción en Europa Occidental, con cobertura que supera 90% y en la gran mayoría de esos casos es efectivamente 100 por ciento.

La situación no es muy diferente cuando exploramos la cobertura infantil del seguro de salud. Hay una importante diferencia: la gran falta de datos, solamente hay información internacionalmente comparable y consistente para menos de 30 países. De estos países un tercio están en África. Al igual que con la protección social el

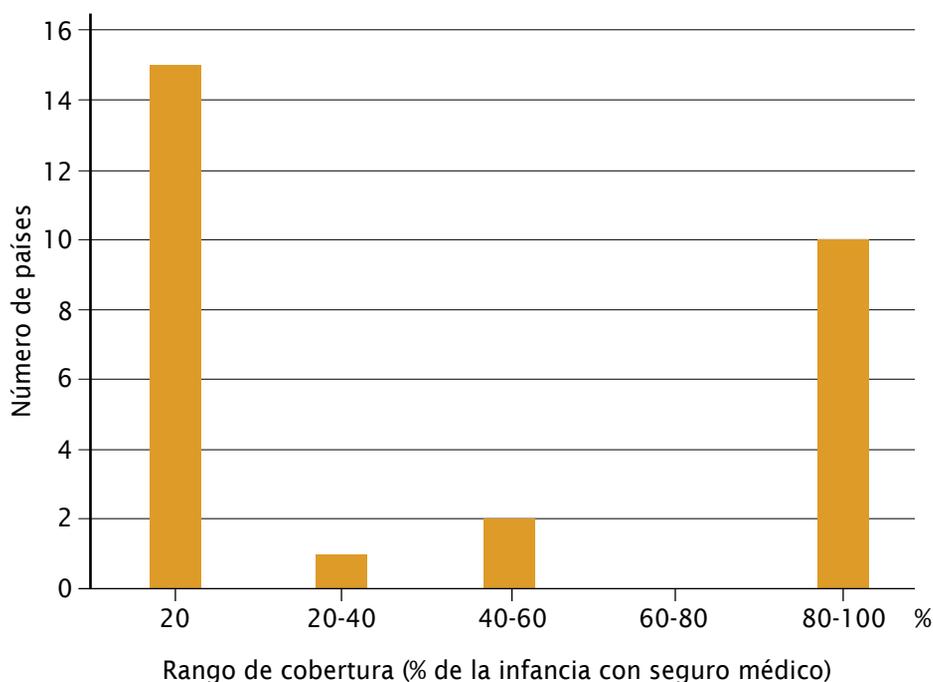
Gráfica 1
Infancia con cobertura de protección social



Fuente: elaboración propia utilizando la base de datos publica de la OIT.

rango de variabilidad también va básicamente de ningún niño o niña con cobertura hasta 100% de cobertura del seguro de salud (gráfica 2). Si bien el promedio (40%) parecería más alto que la cobertura de la protección social, la mediana es solamente 8%. Esto quiere decir que, entre los países para los cuales contamos con información, una proporción muy pequeña de la infancia tiene acceso al seguro de salud. Otro elemento en el cual notamos una similitud con la protección social es la distribución bimodal. Mientras la cobertura de la infancia con seguro médico es menos de 20% en 15 de los 28 países, supera 80% en otros 10 países, mas en el medio hay solamente un par de países. Es cierto que la cantidad de países con este tipo de información es pequeña y sería riesgoso arribar a conclusiones muy fuertes con base en esta información. De todos modos, dada la distribución de la protección social, como se vio anteriormente, la distribución parecería ser similar.

Gráfica 2
Infancia con seguro médico



Fuente: elaboración propia utilizando la base de datos pública de UNICEF y las encuestas MICS.

INVERSIÓN PÚBLICA EN PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD: MAGNITUD Y DISTRIBUCIÓN

Dado que no se puede proveer protección social ni seguro de salud sin contar con recursos deviene relevante investigar la magnitud de la inversión pública en estos temas.¹ Más allá del *quantum* de la inversión pública es de interés también indagar sobre la equidad en la distribución de este gasto por grupos de ingreso sean estos relativos (deciles o quintiles) o en términos de la pobreza absoluta (medida esta en función de una línea de pobreza monetaria nacional).

1. Queda para otro momento indagar sobre la proporción de la protección social y en el seguro de salud financiado y provisto por el sector privado. Sin embargo, además de ser derechos, la protección social y la salud pública son bienes sociales o de mérito, por lo que requieren su financiamiento y provisión por parte del Estado (Musgrave, 1959; Taylor, 1995).

MAGNITUD (SUFICIENCIA)

Para cerca de 70 países tenemos información sobre el nivel de inversión pública en protección social. La media (sin utilizar el tamaño económico de los países para realizar un promedio ponderado, sino pensando en el país típico) en estos 70 países es alrededor de 11% del gasto público total, valor similar a la mediana. El máximo valor es de 24% y en tres de cada cuatro países no superan 15% y en un cuarto de los países la inversión en protección social no supera siete por ciento.

Con respecto a la proporción del gasto público asignada al sector salud hay información para cerca de 190 países. Esta información devela que el gasto público en salud, como proporción del gasto total de los gobiernos, es considerablemente más baja que el gasto en protección social (alrededor de la tercera parte). En promedio para estos países es 3.7% y una mediana de 2.9%.

Si bien hay países con gasto en salud pública menor a 1%, el país con el gasto registrado más alto es de 15 puntos porcentuales. Tres cuartos de los países destinan menos de 4.6% del gasto público total en salud y uno de cada cuatro invierte por debajo de 1.6% del mismo.

DISTRIBUCIÓN (EQUIDAD)

Para medir la equidad (y como parte de ella, el gasto público en favor de los pobres), se requiere un análisis de beneficios o incidencia fiscal.² Es decir, hay que medir los beneficios que una persona u hogar recibe de los diferentes servicios públicos. Esta es una metodología de larga data (Aaron y McGuire, 1970; Meerman, 1979; Selowsky, 1979).³ El Instituto de Compromiso con la Equidad de la Universidad de Tulane, Commitment to Equity (CEQ, por sus siglas en inglés) ha realizado capacitación (incluido un manual sobre cómo llevar a cabo un análisis de incidencia de beneficios), recolección y análisis de datos, y preparado documentación sobre estos temas (Lustig, 2018).

2. Esta sección se basa, en parte, en Fiala y Delamónica (2022). Véanse también, Save the Children 2021a y 2021b; Cuesta *et al.* (2021). Si bien estos estudios, como muchos otros, se centran en la distribución en términos de niveles de ingresos, hay otros ejes de equidad e igualdad (Crenshaw, 1989; Holtmaat, 2004) que han sido aplicados a temas de gasto público (dentro de una amplísima literatura, véanse Budlender y Sharp, 1998; Elson, 2002 y 2016).

3. Que, a su vez, se basan en Stauffacher, 1941 y Barna, 1945.

El análisis de incidencia o beneficios atribuye valor monetario a las transferencias en especie (por ejemplo, en los servicios de educación y salud).⁴ En el caso de las transferencias monetarias y cuasimonetarias que forman parte de la protección social (por ejemplo, transferencias monetarias condicionadas e incondicionales, vales escolares, subsidios por nacimiento de hijos, seguro de desempleo, etc.), los valores monetarios se utilizan directamente.

Como ejemplo, para entender la lógica básica del análisis, supongamos que el gobierno gasta 100 unidades monetarias en hospitales.⁵ Esta información se obtiene de los registros presupuestarios. En la medida de lo posible, se deben utilizar los recursos realmente gastados *ex post* y no las asignaciones presupuestales *ex ante*.⁶

Luego, a partir de los datos de las encuestas de hogares, se puede estimar el porcentaje de niños, niñas, y adolescentes de diferentes grupos de ingresos que son atendidos en los hospitales. Como es sabido, lamentablemente, estas tasas de atención suelen ser diferentes para distintos grupos de ingreso. Continuando el ejemplo hipotético, supongamos que 5% de la infancia del cuartil de ingresos más bajo se atiende en los hospitales, 10% del segundo cuartil, 35% son niños del tercer cuartil y 50% de los hogares del cuartil de ingresos más altos. En otras palabras, niños y niñas del cuartil de ingresos más bajos solo utilizan 5% de los servicios hospitalarios, es decir, del presupuesto gubernamental asignado a los hospitales.⁷ Del mismo modo, en este ejemplo, 35% del presupuesto hospitalario corresponde a los niños de los hogares del tercer cuartil.

4. En general, se simplifica utilizando los costos promedio del gobierno a pesar de que el costo unitario de los servicios no es el mismo para todo el país, ni siquiera dentro de las provincias o ciudades (Mehrotra y Delamonica, 2007). A veces estas diferencias se deben a que las zonas marginadas reciben menos recursos (y servicios de peor calidad) y otras veces se debe a que (por ejemplo, debido a las distancias) mantener la misma calidad de servicios es más costoso en algunas zonas del país que en otras.

5. Es bastante común que la distribución de los beneficios varíe entre subsectores, como salas de primeros auxilios en los barrios y hospitales especializados, las transferencias monetarias y las pensiones de vejez, la educación preprimaria y la universidad, etc. (Mehrotra y Delamonica, 2007).

6. También es importante separar los gastos de capital de los gastos corrientes.

7. Para estimar la distribución de beneficios de todo el sector salud, se deben realizar cálculos similares para la atención preventiva, gasto en remedios, etc. Luego, ponderando por el peso relativo de las diferentes partidas en el total del presupuesto de salud, se obtiene la distribución (análisis de beneficios) del total del gasto de salud.

También es posible analizar la proporción del gasto público social que corresponde a quienes viven en pobreza monetaria (según las definiciones nacionales).⁸ En lugar de analizar la distribución de los beneficios entre percentiles, solamente se deben utilizar dos grupos (los que son monetariamente pobres y los que no lo son). En otras palabras, al medir la incidencia de los beneficios del gasto social, habría que identificar a las personas y los hogares que viven por debajo del umbral nacional de pobreza. En este caso, la pobreza basada en los umbrales nacionales debe ser utilizada porque el gasto público debe beneficiar a los ciudadanos pobres de su propio país (o sea, que las medidas “internacionales” de pobreza no serían de mayor utilidad).

En más de 100 países se tiene información sobre los gastos sociales (a partir de los presupuestos públicos) y sobre la pobreza y la utilización de los servicios (a partir de las encuestas de los hogares). Mas no toda esta información es fácilmente comparable entre países. A pesar de esto, gracias al trabajo del Instituto CEQ, hay datos comparables que cubren información sobre educación, salud y transferencias sociales para más de 30 países. La mayoría de ellos son países de ingresos medios de América Latina y el Caribe y África subsahariana, que abarcan más de la mitad de la población mundial.

El Atlas de Indicadores de Resiliencia y Equidad de Protección Social (Atlas of Social Protection Indicators of Resilience and Equity [ASPIRE]), mide los beneficios de los programas de protección social (asistencia y seguridad sociales y programas del mercado laboral) en más de 100 países. Sin embargo, esta base de datos no incluye información sobre gasto público en salud o educación,⁹ además, los datos se reportan por quintiles de ingreso/consumo. En consecuencia, se necesita más trabajo metodológico para compararlos adecuadamente con los recuentos de pobreza monetaria.¹⁰

La comparación (tomando la razón) de la incidencia del gasto y el nivel de pobreza permite comprender si el gasto público es favorable a los pobres o no. Cuando la proporción del gasto social que beneficia a quienes viven en la pobreza es mayor que la proporción de la población que vive por debajo de la línea de pobreza, en-

8. Por ejemplo, el ODS 1.b.1 que deber ser leído junto al 1.2.1 (porcentaje de la población con ingreso o consumo bajo la línea de pobreza nacional).

9. En UNICEF (2020) hay un análisis de beneficio del gasto público en educación utilizando un índice de posesión de activos físicos (una medida de riqueza relativa) pero no por quintiles de ingreso o por pobreza monetaria.

10. Más información sobre ASPIRE del Banco Mundial, <https://www.worldbank.org/en/data/datatopics/aspire>.

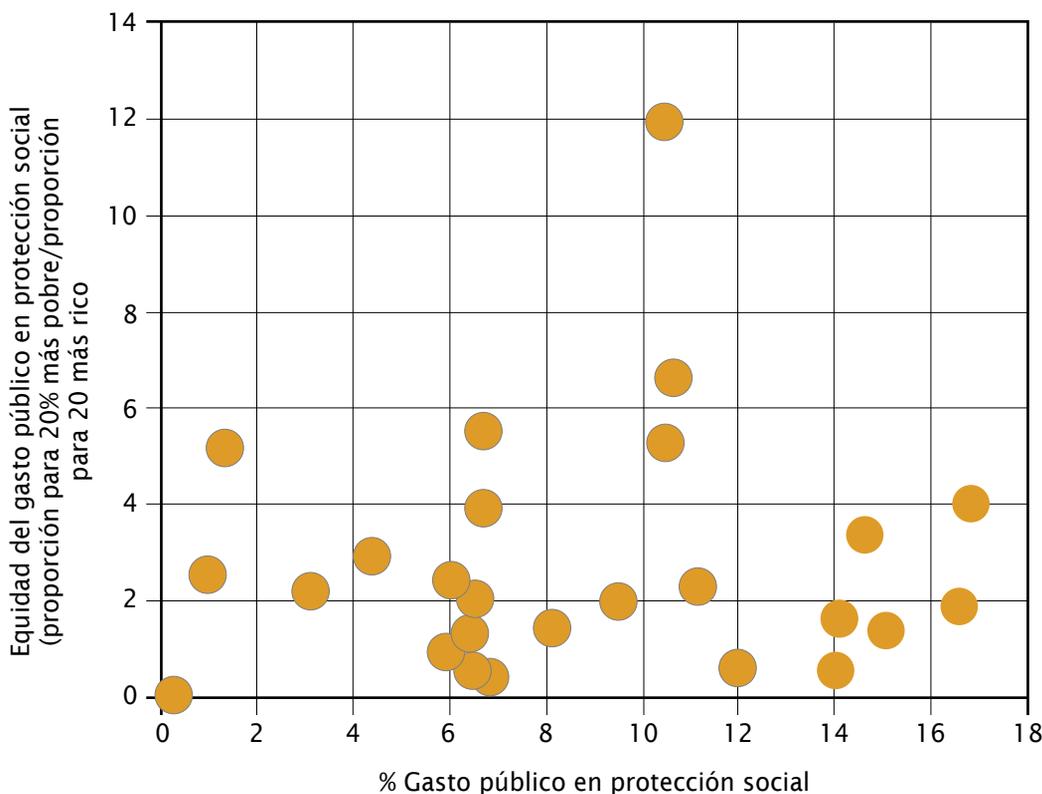
tonces consideraríamos que este gasto es favorable a los pobres (la razón es mayor a uno). Cuando el valor es inferior a uno, el gasto social se consideraría regresivo. Además, cuanto más altos los valores, el gasto social puede ser considerado como más favorable para los pobres.

Ambas medidas de equidad (basadas en la proporción del gasto público que beneficia diferentes quintiles de ingreso y que beneficia a los pobres) son útiles y proporcionan miradas complementarias sobre la equidad del gasto. En la sección siguiente, ambas son utilizadas.

EQUIDAD Y SUFICIENCIA

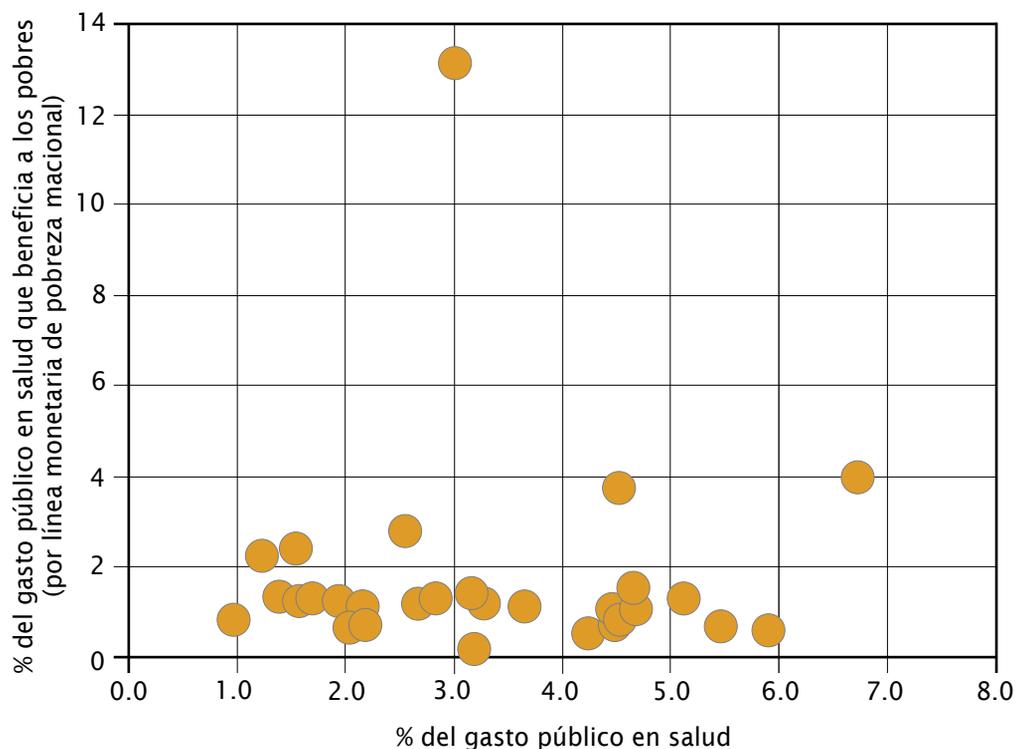
Ahora es momento de juntar la información con respecto a la cantidad del gasto con su equidad (es decir, su distribución). En la gráfica 3 podemos ver la relación entre

Gráfica 3
Inversión pública en protección social y su equidad



Fuente: elaboración propia utilizando la base de datos pública de ASPIRE.

Gráfica 4
Inversión pública en salud y su equidad



Fuente: elaboración propia utilizando la base de datos pública de la CEQ y de UNICEF.

la inversión pública en protección social y su distribución y observar que hay países invirtiendo considerablemente en la protección social (por ejemplo, más de 10% del gasto público) y países donde el gasto es la mitad o menos que este valor. Los niveles de equidad son variados, dentro de un rango que en la mayoría de los casos no pasa un nivel donde el gasto que beneficia a 20% más pobre de la población es más de dos o dos veces y medio el gasto asignado a 20% más rico de la población. También hay algunos países con niveles donde esta proporción a tres y cuatro veces (con muy pocos países superando estos valores). En unos pocos países el gasto que beneficia a 20% más pobre es menor que el que beneficia a 20% más rico. Todos estos valores son independientes del nivel del gasto.

Asimismo, en la gráfica 4, se puede observar en forma combinada el porcentaje del gasto en salud dentro del gasto público total y su equidad medida en función de la progresividad o regresividad del porcentaje que beneficia a las familias monetariamente pobres. Como se explicó anteriormente, un valor de uno representa una

inversión pública neutral. En la gráfica se puede observar que hay muchos países con un valor un poco por arriba o un poco por abajo de este umbral. De todos modos, hay varios países donde el gasto en salud pública es regresivo y otros donde es progresivo. Esta característica del gasto es independiente del nivel de gasto.

La pregunta que surge naturalmente en este punto es: ¿mejora la salud de la infancia con la cantidad o equidad de la inversión pública en salud?

SEGURO DE SALUD: COBERTURA DE LA INFANCIA E IMPACTO DE LA INVERSIÓN PÚBLICA

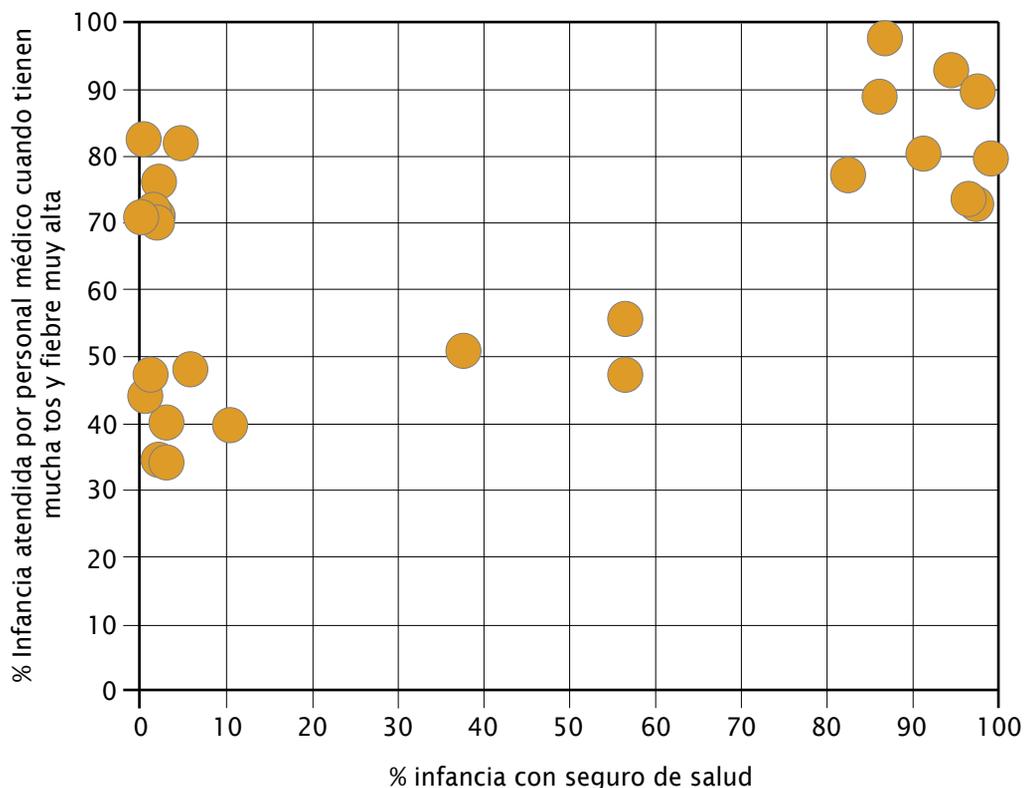
En esta sección abordaremos esta pregunta central. En particular, las hipótesis a examinar serían:

- ¿Incrementa la cobertura del seguro de salud la probabilidad que un/a menor de cinco años sea atendido/a por personal médico calificado cuando tiene fiebre alta y mucha tos?
- ¿Qué correlación hay entre la cobertura del seguro de salud y la mortalidad infantil?
- ¿Qué correlación hay entre el gasto (y su distribución) y la probabilidad que un/a menor de cinco años sea atendido/a por personal médico calificado cuando tiene fiebre alta y mucha tos?
- ¿Qué correlación hay entre el gasto (y su distribución) y la mortalidad infantil?

Cada una de estas preguntas será abordada a continuación. Empezaremos con el análisis del efecto de la cobertura del seguro de salud y seguiremos con el impacto de la inversión pública en salud.

En la gráfica 5 vemos en el eje horizontal el porcentaje de la infancia que tiene acceso al seguro de salud. En el eje vertical medimos las oportunidades de atención de la infancia por personal médico calificado. Es interesante notar que si trazáramos una regresión lineal entre las observaciones encontraríamos una pendiente positiva asociando mayor seguro de salud con mayor atención médica de la infancia. No obstante, semejante correlación no describe plenamente la situación, sería un error clásico de mala aplicación de la regresión lineal (Anscombe, 1973). Lo que en realidad observamos, a pesar de tener en cuenta la relativa carencia de datos, son básicamente dos grupos de países. Hacia la izquierda observamos un conjunto de países con muy

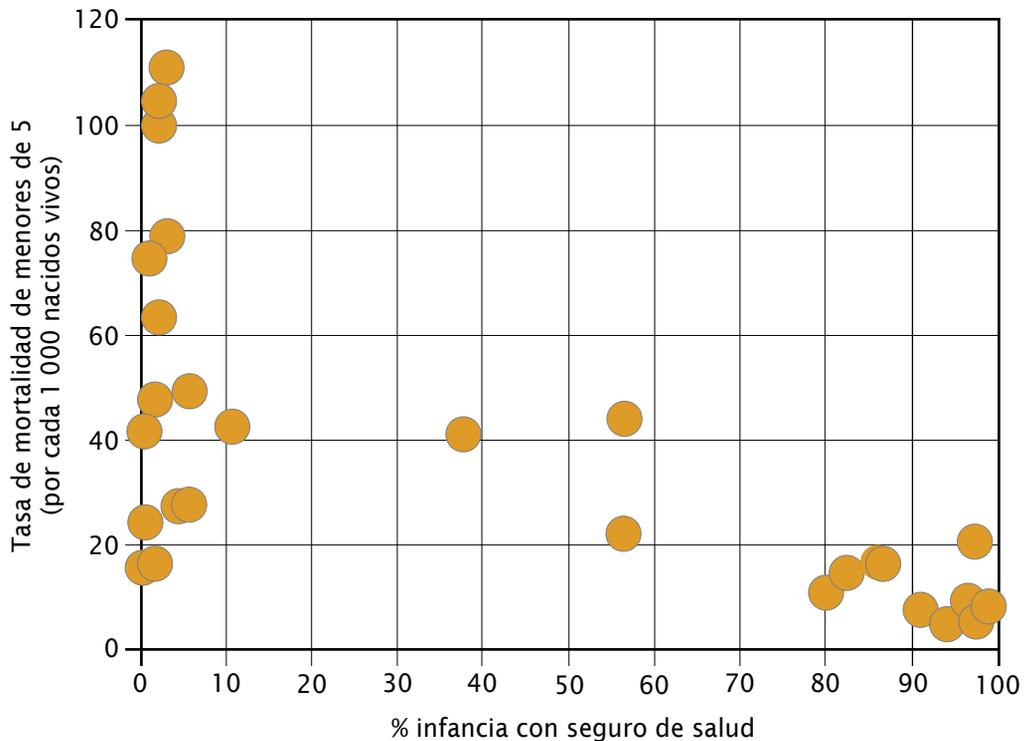
Gráfica 5
Cobertura del seguro de salud y atención por personal médico calificado



Fuente: elaboración propia utilizando la base de datos pública de UNICEF.

baja cobertura del seguro de salud y entre estos países notamos una alta variedad en términos del porcentaje de la infancia con atención médica apropiada. Es claro que esta última no depende del acceso al seguro de salud. En muchos países ocurre que hay un acceso nominal al seguro de salud, pero los servicios hospitalarios, de clínicas, o centros de primeros auxilios no alcanzan a dar la cobertura que la población necesita. Ocurre el caso contrario también, por ejemplo, un buen servicio de salud pública aun cuando altas proporciones de la población infantil no tienen acceso al seguro de salud. Hacia la derecha y en la parte superior observamos otro grupo de países, en los cuales, tanto el seguro de salud, como la atención médica de la infancia son altos (más de 80%). Pese a esto, entre estos países no hay una clara relación entre mayor acceso al seguro de salud y mejor atención médica, lo que significa que hay otros elementos a considerar (que se comentan en el próximo párrafo).

Gráfica 6
Cobertura del seguro de salud y mortalidad infantil



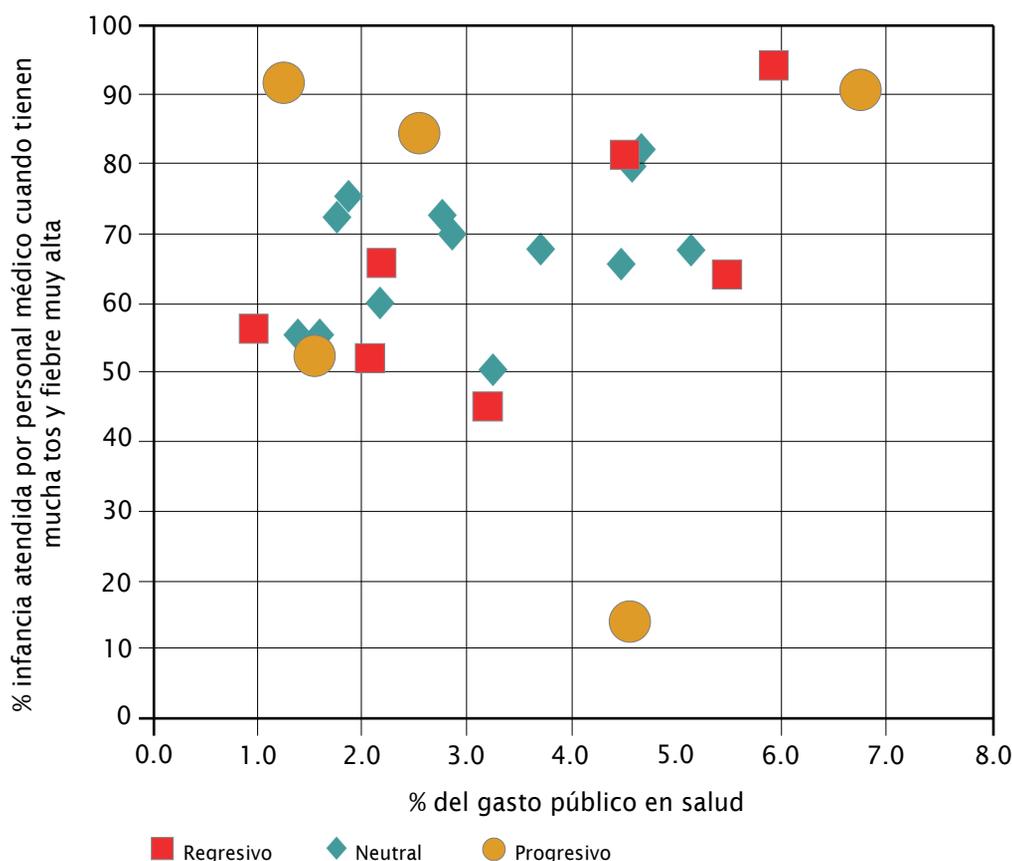
Fuente: elaboración propia utilizando la base de datos pública de UNICEF.

En la gráfica 6 observamos una situación similar, pero a la inversa, ya que en este caso el porcentaje de la infancia con seguro de salud está correlacionado con la tasa de mortalidad de los menores de cinco años (por cada 1 000 nacido vivos). Nuevamente tenemos hacia la izquierda países con baja cobertura del seguro de salud asociadas con niveles muy variados de mortalidad de menores de cinco años. Esto es un reflejo, posiblemente, de lo que observamos en la gráfica anterior con respecto a la cobertura médica. Del mismo modo, hacia la derecha, en la zona inferior, hay un conjunto de países con alta cobertura de seguro médico y baja mortalidad, la cual, sin embargo, si bien es baja, es muy variable aún a los mismos niveles de cobertura de seguro de salud. Esto puede deberse, por ejemplo, a elementos como el nivel de ingreso per cápita, la situación alimentaria, educación de los padres y las madres, o la diferente calidad en la atención médica. Este último punto significa que si bien los datos indican que la infancia tiene acceso al seguro de salud o tiene acceso a la atención médica no todos los niños, niñas, y adolescentes tienen acceso al mismo

tipo o calidad de atención médica. En la medida en que este efecto esté presente puede estar relacionado con la distribución en la inversión pública en salud. Esto lo exploramos con las próximas dos hipótesis.

En la gráfica 7 recolectamos información sobre tres variables: en el eje vertical, medimos el porcentaje de la infancia que es atendido por personal médico apropiado cuando tienen mucha tos y fiebre muy alta; en el eje horizontal, medimos el porcentaje del gasto público en salud, y la tercera variable, la equidad de la inversión pública en salud, está representada por la diferencia en los puntos que representan la combinación de estas tres variables en cada uno de los países. Así, aquellos países que muestran un gasto público en salud regresivo (medido como ha sido explicado en la sección anterior) están representados por cuadrados; los rombos representan

Gráfica 7
Gasto (y su distribución) y atención por personal médico calificado



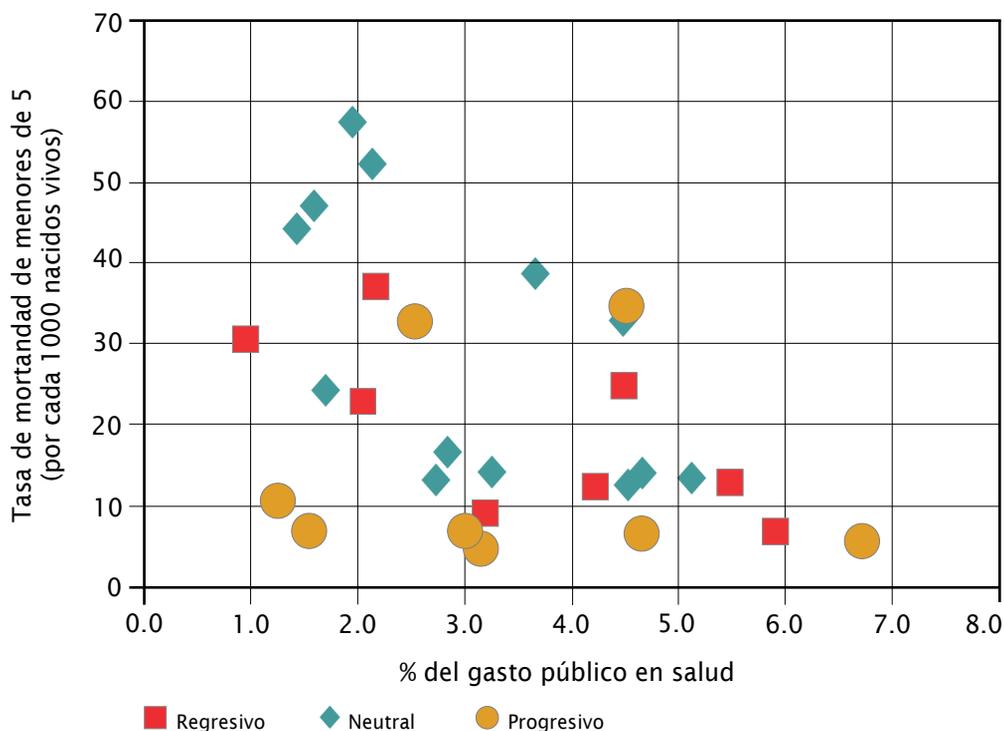
Fuente: elaboración propia utilizando la base de datos pública de la CEQ y de UNICEF.

los países cuyo gasto es neutral, es decir, el porcentaje de la inversión pública en salud es un número muy similar al porcentaje de la población pobre, y por último, los países con un gasto público en salud progresivo, es decir, la inversión en salud pública beneficia proporcionalmente más a la infancia en pobreza, está representado por círculos. Dada la poca cantidad de países, y las características de las variables (por ejemplo, el porcentaje de la infancia atendido por personal médico no puede ni ser menor que cero ni mayor que 100) una regresión lineal tradicional no es la mejor forma de analizar este caso. Por eso el ejercicio se convierte por un lado más difícil y, por otro, más fácil. Siguiendo este último camino, podemos observar que los países con un gasto neutral están más o menos en el medio de la distribución. En general, salvo un par de excepciones (aun reconociendo que estamos hablando de pocos países) para los diferentes niveles de la inversión en salud, es decir el porcentaje del gasto público en salud en proporción al gasto público total, el porcentaje de la infancia atendida por personal médico es menor en los países con gasto regresivo que en el caso de los países con un gasto neutral desde el punto de vista de la equidad. Esto significaría que para el mismo nivel de inversión pública en salud una mejor distribución de esa inversión pública resultaría en mejores situaciones para la infancia. Esto se corrobora cuando observamos los círculos que representan los países con gasto progresivo. Salvo la experiencia de un país (que es un país de ingreso per cápita muy bajo) la mayoría de los pocos países con gasto progresivo tienen mejores resultados en términos de cobertura de la atención médica a la infancia que los países con gasto público en salud regresivo o neutral. Obviamente hay un par de excepciones, pero esta parecería ser la regla general.¹¹

En la gráfica 8 representamos nuevamente tres variables. En este caso, de nuevo, el gasto público en salud en porcentaje del gasto público total está sobre el eje horizontal; en el eje vertical, en vez de medir el acceso a la cobertura médica, medimos el resultado final en términos de la mortalidad de los menores de cinco años; en este caso, nuevamente, observamos que aquellos países, representados por círculos, donde la inversión pública en salud es progresiva tienen mayoritariamente niveles de mortalidad de menores de cinco años sistemáticamente más baja que la de los otros países para cualquier nivel del gasto. Se observa también que, en general, los países con una inversión pública en salud equitativamente neutral tienen ligeramente mejo-

11. Aunque el número de países es una limitación del análisis, otros estudios han mostrado resultados similares durante décadas (Mehrotra y Delamonica, 2007; UNICEF, 2021; Van de Walle y Nead, 1995).

Gráfica 8
Gasto (y su distribución) y mortalidad infantil

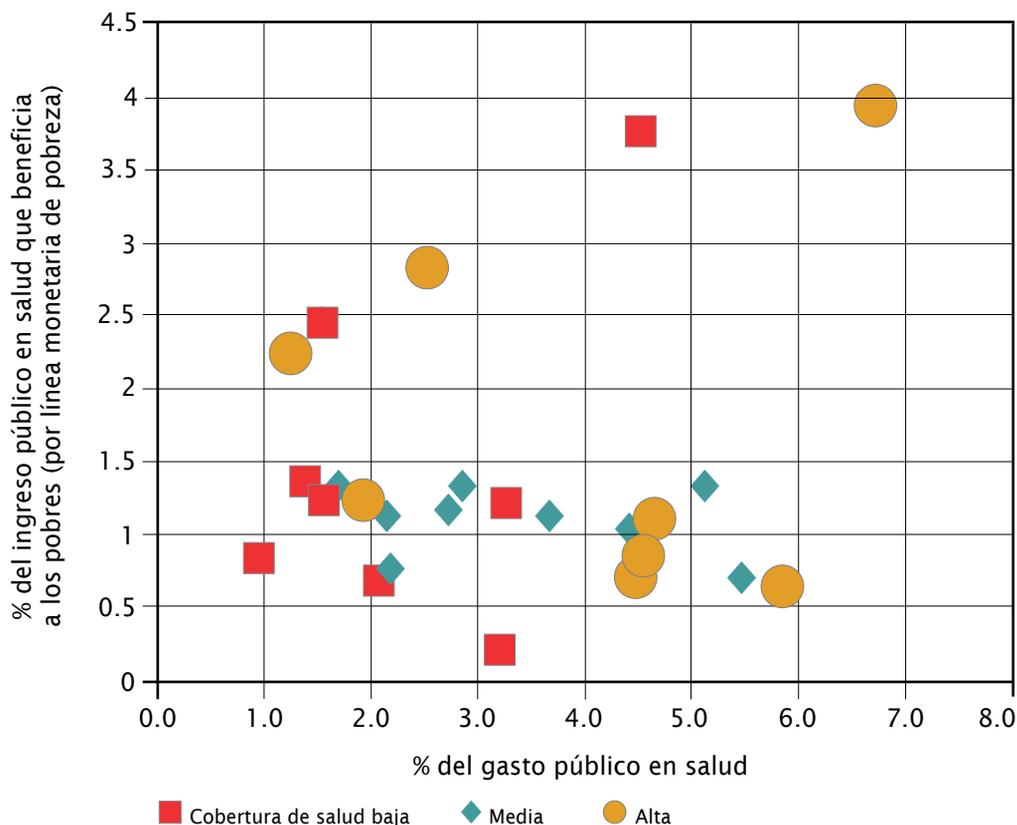


Fuente: elaboración propia utilizando la base de datos pública de la CEQ y de UNICEF.

res resultados de nuevo para los distintos niveles de gasto público en salud, que los países con un gasto regresivo. De todos modos, hay cuatro países, todos ellos con muy bajo nivel de ingreso, donde esta regla general no parece aplicarse.

Estas dos últimas gráficas pueden llevar a la conclusión que el nivel del gasto público en salud no es importante, mas este no es el caso. Esta misma información se puede presentar desde un ángulo diferente, como se hace en la gráfica 9 para el caso de la cobertura médica. Podemos ver, si trazamos una línea imaginaria vertical al nivel promedio o de la mediana de la proporción del gasto público total asignado a la salud (3 y 4% como se vio anteriormente), que casi todos los países representados con un cuadrado (los que tienen una cobertura de salud baja) están por debajo del gasto promedio o mediano en salud, por el contrario, los países que invierten por arriba de estos valores están, en la mayoría de los casos, clasificados con cobertura de salud de la infancia relativamente alta (representada por círculos). Una excepción significativa es el país identificado anteriormente que tiene un nivel de ingreso per

Gráfica 9
Gasto (y su distribución) y atención por personal médico calificado



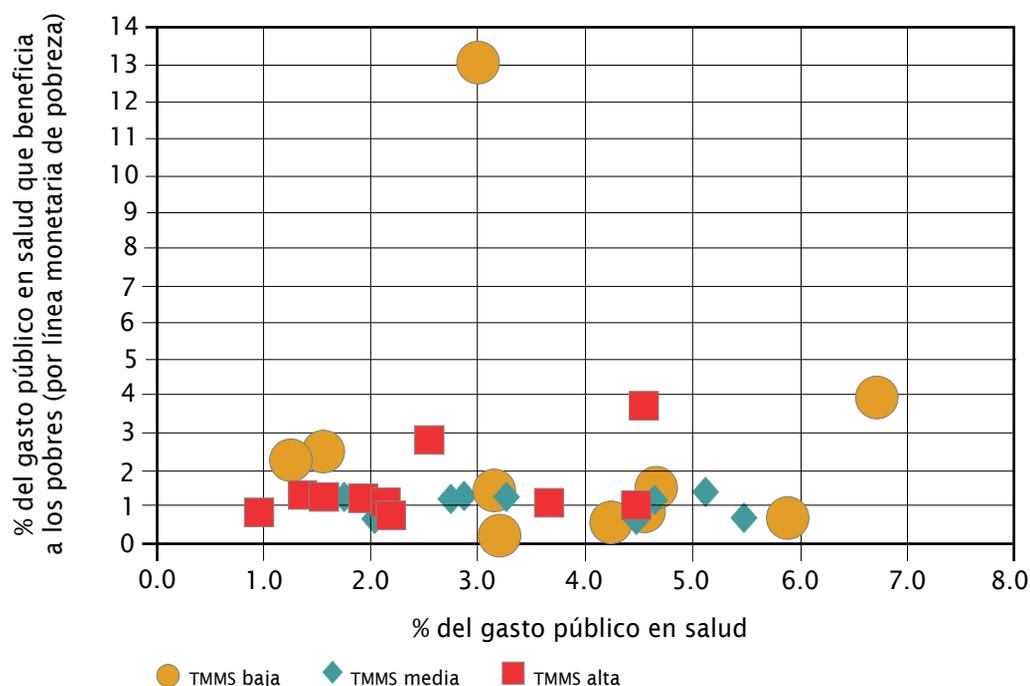
Fuente: elaboración propia utilizando la base de datos pública de la CEQ y de UNICEF.

cápita bajo y, quizás, a pesar de tener un alto nivel de gasto y otro equitativo, puede ser que debido a las políticas de salud la calidad del gasto puede ser baja¹² y esto resulte en poco interés de la población por utilizar los servicios públicos de salud. Por último, podemos observar que los países con una cobertura media de atención de salud de la infancia (representados por rombos) están distribuidos alrededor del nivel uno que representa un gasto neutral y que gastan poco más o poco menos que el promedio del resto de los países.

12. Es decir, aún si es la inversión pública alta y equitativa, puede ser que no se esté gastando en los elementos que la población necesita. Puede haber otros motivos que mermen la calidad de esos servicios (por ejemplo, falta de respeto en el trato a los pacientes, discriminación por temas de género, etc.). Esto requiere un análisis pormenorizado y cualitativo del sistema de salud pública.

La gráfica 10 es aún más elocuente, si observamos la distribución de los países por arriba o por abajo del nivel uno en el eje vertical que mide la equidad (con el uno representando una neutralidad perfecta de la asignación gasto público en salud en proporción al porcentaje de familias pobres) y en el eje horizontal imaginamos una línea entre 3 y 4% que sería el valor promedio o mediano de la asignación presupuestal al gasto en salud distinguimos ciertas particularidades. En primer lugar, la gran mayoría de los países con una tasa alta de mortalidad de menores de cinco años, representado por cuadrados, gastan poco (es decir, debajo de la del promedio del gasto) y no gastan en forma particularmente equitativa. Los países representados con cruces (que son los países con una tasa de mortalidad media entre estos países con información) gastan, en general, un poco más que los países con una tasa de mortalidad alta (observar cómo los rombos están “corridos a la derecha” respecto de los cuadrados) pero no en forma particularmente equitativa. En cambio, los países representados con círculos (que son los que tienen una tasa de mortalidad de menores de cinco años relativamente baja en esta distribución) presentan dos características

Gráfica 10
Gasto (y su distribución) y mortalidad infantil



Fuente: elaboración propia utilizando la base de datos pública de la CEQ y de UNICEF.

a] o gastan al nivel promedio o más que este o b] cuando gastan poco lo hacen en forma significativamente equitativa.

CONCLUSIONES Y PRÓXIMOS PASOS

De lo presentado en las secciones anteriores se pueden extraer cuatro conclusiones: la primera, y muy importante, desde el punto de vista de políticas públicas, es la importancia de invertir en la salud de la infancia, tanto lo suficiente (la cantidad del gasto), como en forma equitativa (prestando atención a la distribución del gasto). Así, desde el punto de vista de la cobertura efectiva de acceso a la salud de los niños, niñas y adolescentes, como desde el del resultado final, en términos de tasa de mortalidad de los menores de cinco años, aquí se observa una clara relación (aunque no sea uno a uno) entre un gasto mayor y mejor distribuido que uno menor y peor distribuido y una mejor salud infantil.

El segundo punto, también relevante desde el punto de vista de políticas públicas, tiene que ver con el aspecto cualitativo del gasto. Si bien la información cuantitativa nos permite elucidar patrones de comportamiento con claras inferencias respecto a la inversión en salud para contribuir el bienestar de la infancia, no podemos dejar de lado la calidad del gasto. Como se ha visto más arriba analizar solamente lo cuantitativo, sea por la magnitud del gasto o por su distribución, no alcanza para determinar completamente la situación de salud de la infancia.

Esto nos lleva a la tercera conclusión, un tema que por falta de espacio no ha podido ser abordado pero que claramente debe estar en la agenda para investigaciones futuras. Este es el tema del tipo de financiamiento del seguro de salud (que puede ser público, privado comprado directamente por las familias, privado otorgado o cofinanciado por los empleadores formales, u otras modalidades). Esto está ligado a introducir en el análisis el gasto de bolsillo de las familias, tanto en su contribución al seguro de salud, como para obtener acceso efectivo a esos servicios (o sea, la cobertura de servicios médicos que en estas pocas líneas ha estado representado por la atención médica adecuada cuando un niño o niña tiene fiebre alta y mucha tos).

Por último, pero no menos importante, y en relación también a trabajos futuros, queda pendiente resaltar las limitaciones mencionadas en los distintos ejercicios debido a la falta de información comparable y consistente para varios países. Como se ha notado, a pesar de los esfuerzos en recolectar datos, como, por ejemplo, las

encuestas de hogares MICS de UNICEF, en algunos casos el análisis no cuenta con más de unas pocas decenas de países. Por lo tanto, aún hay mucho camino a recorrer para comprender en forma acabada la relación entre la protección social, la inversión pública, y la salud infantil —conocimiento que es imperativo para poder diseñar y aplicar las políticas que mejoren la situación de la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

- Aaron, H. y M.C. Guire (1970), "Public Goods and Income Distribution", *Económica* 38(6): 907-920.
- Barna, T. (1945), *Redistribution of Incomes through Public Finance*, Oxford UP.
- Budlender, D. y R. Sharp (1998), *How to Do a Gender-Sensitive Budget Analysis: Contemporary Research and Practice*. Sydney: Commonwealth Secretariat/Australian Agency for International Development
- Crenshaw, K. (1989), "Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics", documentos de la University of Chicago Legal Forum, *Feminism in the Law: Theory, Practice and Criticism*, Chicago, Ill., University of Chicago Law School, pp: 139-167.
- Cuesta, J.; J. Jellema, y L. Ferrone (2021), "Fiscal policy, Multidimensional poverty, and equity in Uganda: A Child-Lens analysis", *The European Journal of Development Research*, 33(3): 427-458.
- Elson, D. (2002). "Gender responsive budget initiatives: Key dimensions and practical examples", *Gender budget initiatives: Strategies, Concepts, and Experiences*, UNIFEM.
- (2016), "Gender budgeting and macroeconomic policy", en Campbell y Gillespie (eds.), *Feminist economics and public policy*, Routledge, pp. 27-37.
- Fiala, O. y E. Delamonica (2022), "Public Spending and Investment in Children: Measuring and Assessing Social and Economic Justice" en G. Tonon (ed.), *Social Justice for Children in the South*, Springer Nature, pp. 43-59.
- Holtmaat, R. (2004), *Towards Different Law and Policy. The significance of Article 5a CEDAW for the elimination of structural gender discrimination*, Doetinchem, Países Bajos, Reed Business Information.
- Lustig, N. (2018), *Commitment to equity handbook: Estimating the impact of fiscal policy on inequality and poverty*, Brookings Institution Press.
- Meerman, J. (1979), *Public Expenditure in Malaysia: Who Benefits and Why*. Oxford University Press for the World Bank.

- Mehrotra, S. y E. Delamonica (2007), *Eliminating human poverty: macroeconomic and social policies for equitable growth*, Zed Books.
- Musgrave, R. A. (1959), *The theory of public finance; a study in public economy*, Kogakusha Co.
- Save the Children (2021a), *Fair Shares? Fiscal equity for children in Kenya*, Save the Children.
- (2021b), *GRID, Save the Children's Child Inequality Tracker*, Save the Children.
- Selowsky, M. (1979), *Who Benefits from Government Expenditures? A Case Study of Colombia*, Oxford University Press.
- Stauffer, C. (1941), The Effects of Government Expenditures and Tax Withdrawals upon Income Distribution, 1930-1939, en C. J. Friedrich y E. S. Mason (eds.), *Public Policy: A Yearbook of the Graduate School of Public Policy*, Harvard UP.
- Taylor, C. (1995), "Irreducibly social goods", *Philosophical arguments*, 336.
- UNICEF (2020), Addressing the learning crisis: An urgent need to better finance education for the poorest children.
- (2021), *Strengthening the Evidence on the Correlation between Fiscal Equity and Social Outcomes for Children*, UNICEF.
- Van de Walle, D. y K. Nead (1995), *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence*, Johns Hopkins University Press for the World Bank.

SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVA ENTRE LAS PERSONAS MAYORES

SEBASTIÁN ANTONIO JIMÉNEZ SOLÍS
ISALIA NAVA BOLAÑOS

INTRODUCCIÓN

México se encuentra en una encrucijada en esta segunda década del siglo XXI, enfrentando transformaciones políticas, económicas y sociales significativas, agravadas por la irrupción de la pandemia de la covid-19. Esta crisis sanitaria exigió una reconfiguración del sistema de salud para atender a la población contagiada y mitigar los efectos del virus, que lamentablemente cobró numerosas vidas. Se destaca que si bien la mayor tasa de contagios por la covid-19 se presentó en las edades intermedias, las tasas de mortalidad fueron más altas entre los grupos de mayor edad. Por lo tanto, es importante abordar los retos del proceso de envejecimiento demográfico que sigue su curso en el país.

El envejecimiento es una consecuencia directa del proceso de transición demográfica, la cual implica el paso de tasas de mortalidad elevadas a bajas y controladas, seguido por una reducción gradual de las tasas de fecundidad, lo que modifica la estructura por edades de la población. Además, el efecto de la migración internacional también desempeña un papel en este proceso (Miro, 2003; Max Roser, 2019). Según datos del Censo de Población y Vivienda de 2020, la población de 65 años y más (p65+) alcanzó los 10.3 millones, cifra que representó 8.2% de la población total. Sin embargo, las proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo) (2023) estiman que para 2050, la p65+ aumentará de 26.8 millones a 38.9 millones en 2070. Esto significa un incremento del porcentaje de p65+ de 18.2% a 27.5%, triplicando la proporción de 2020.

Ham (2003), señala que en el estudio del envejecimiento demográfico los desafíos relacionados con la salud son uno de los aspectos más relevantes para la población. En esta investigación destacan los servicios de salud preventiva. Se parte de considerar que, debido al mayor riesgo de enfermedades y padecimientos crónicos y degenerativos, la atención preventiva puede ayudar a detectar y tratar problemas de salud tempranamente, evitando complicaciones graves. Además, estos servicios, al promover hábitos saludables, mejoran la calidad de vida y el bienestar de las personas. También ayudan a reducir costos a largo plazo al prevenir enfermedades onerosas y hospitalizaciones, lo que hace que el sistema de atención médica sea más sostenible y centrado en la prevención.

A partir de estos antecedentes, el objetivo de esta investigación es analizar los servicios de salud preventiva entre la p65+ en México. Se busca identificar las desigualdades entre la población mayor y las personas de 12 a 64 años de edad (p12-64). Así como analizar los factores explicativos que influyen en la probabilidad de utilización de los servicios preventivos de salud, especialmente entre la p65+

El capítulo se divide en tres secciones, además de esta introducción. En la primera sección, se presentan los antecedentes generales sobre salud preventiva, abarcando conceptos fundamentales, los factores explicativos y la relevancia de la salud preventiva en el ámbito de la salud pública, en la segunda sección, se describen los aspectos metodológicos de la investigación, incluyendo la explicación de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares como fuente de información y el modelo de regresión logística utilizado, y en la tercera sección, se exponen los resultados obtenidos, se analizan las disparidades en el acceso a los servicios de salud preventiva entre la p65+ y p12-64; así como los factores explicativos del acceso a servicios de salud preventiva de la población mayor. Finalmente, se presentan las conclusiones derivadas del análisis realizado.

ASPECTOS GENERALES SOBRE LA SALUD PREVENTIVA CONCEPTO Y NIVELES DE PREVENCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) define la prevención de salud como el conjunto de medidas dirigidas no solo a prevenir la aparición de enfermedades, como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y mitigar sus consecuencias una vez que se establecen. Se identifican tres niveles de prevención que corresponden a diferentes etapas del desarrollo de la enfermedad (Vignolo *et al.*, 2011; OMS, 1998; Colimón, 1978):

- a] Prevención primaria: se refiere a las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (OMS, 1998; Colimón, 1978).
- b] Prevención secundaria: considera las medidas encaminadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición.
- c] Prevención terciaria: corresponden a las medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud. La prevención de enfermedades, entendida como intervenciones específicas, poblacionales e individuales, para la prevención primaria y secundaria (detección temprana), destinadas a minimizar la carga de enfermedades y los factores de riesgo asociados (OMS, 1998).

La prevención de enfermedades abarca intervenciones específicas a nivel poblacional e individual, principalmente en los niveles de prevención primaria y secundaria (detección temprana). Su objetivo es minimizar la carga de enfermedades y los factores de riesgo asociados.

FACTORES EXPLICATIVOS

Algunos de los estudios pioneros en el campo de la atención preventiva en salud incluyen el trabajo de Arrow (1963), quien destacó la importancia de la información de salud del consumidor en la demanda de atención médica. Kenkel (1990) examinó cómo esta información influye en las visitas al médico, encontrando que aumenta la probabilidad de utilizar servicios médicos. Por su parte, Hsieh y Lin (1997) investigaron la relación entre la información sanitaria y la demanda de atención preventiva en personas mayores, concluyendo que una mejor información aumenta esta demanda. Parente *et al.* (2005) también encontraron que el conocimiento del consumidor tiene un efecto positivo en el uso de servicios de atención preventiva.

En otro estudio, Rundall y Wheeler (1979), vieron que las características personales y la percepción de la salud contribuyen al uso de atención sanitaria preventiva. Hallaron que las mujeres y las personas con mayor educación son más propensas a utilizar estos servicios, aunque la influencia de la edad no es tan clara. Lee *et al.* (2019) identificaron que los adultos con menores niveles de educación e ingre-

Los individuos tienden a utilizar menos la atención preventiva, pero a medida que envejecen, aumenta su preocupación por la salud y, por lo tanto, su uso de estos servicios. También observaron que la atención preventiva puede mejorar la salud y reducir los gastos relacionados con la salud, especialmente entre aquellos sin acceso gratuito a la atención médica.

En cuanto al papel de la educación, Lee *et al.* (2018) encontraron que la asistencia universitaria se relaciona con un mayor uso de la atención preventiva y que la educación influye en la salud conductual. Además, notaron que las personas con menor escolaridad pueden carecer de conocimiento sobre la importancia de la atención preventiva en la salud y pueden enfrentar dificultades para costearla, ya que la educación está vinculada directamente con el capital humano.

Otros hallazgos, como los de Liu *et al.* (2016) y Huang *et al.* (2016), destacan que factores como el género, la edad, el nivel educativo y los ingresos familiares pueden influir en la utilización de servicios de atención médica preventiva, y que esta atención desempeña un papel importante en la reducción de las desigualdades en salud relacionadas con los ingresos.

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

La atención preventiva tiene un efecto positivo en la salud, lo que a su vez reduce la probabilidad de recurrir a servicios médicos en etapas avanzadas de la vida (Chen *et al.*, 2013; Tian *et al.*, 2010; Nakanishi y Tatara, 1998; Burton *et al.*, 1995). Por ejemplo, se ha encontrado que quienes reciben servicios de atención preventiva tienen menor probabilidad de utilizar servicios hospitalarios y ambulatorios, así como de ser hospitalizados posteriormente (Tian *et al.*, 2010; Nakanishi y Tatara, 1998). Esto sugiere que la atención preventiva no solo contribuye a mejorar la salud, sino también a reducir la carga sobre los sistemas de atención médica.

Rundall y Wheeler (1979) examinan las barreras financieras, culturales y del sistema que pueden afectar el acceso a la atención preventiva, especialmente entre las personas de bajos ingresos. Señalan que las restricciones financieras pueden limitar la capacidad de las personas para acceder a servicios preventivos, mientras que la cultura de la pobreza puede influir en las actitudes hacia la salud y la utilización de servicios médicos. Además, las barreras del sistema, como la falta de transporte o las largas esperas, también pueden dificultar el acceso a la atención preventiva para aquellos en situación de pobreza.

Con el proceso de envejecimiento demográfico, aumenta la importancia de la medicina preventiva para reducir los costos asociados con la atención médica geriátrica (Aguila *et al.*, 2011). Esto resalta la necesidad de una mayor inversión en medicina preventiva, así como de una cobertura adecuada a través de sistemas de seguro médico, especialmente para aquellos de bajos ingresos (Liu *et al.*, 2016). Los recursos económicos desempeñan un papel crucial en el acceso a la atención preventiva, ya que aquellos con mayores ingresos tienen más probabilidades de acceder a estos servicios (Fan *et al.*, 2015).

Así, la atención preventiva no solo es beneficiosa para la salud de las personas, sino que también es importante para reducir la carga sobre los sistemas de atención médica.

METODOLOGÍA

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

La información estadística proviene de ENIGH de 2022, cuyo levantamiento fue del 21 de agosto al 28 de noviembre de ese año. Esta encuesta brinda información estadística acerca de los ingresos y gastos de los hogares en México; sobre el monto, procedencia y distribución de los mismos; acerca de las actividades económicas y sociodemográficas de los integrantes del hogar, de las condiciones de infraestructura de la vivienda y el equipamiento de casa. Tiene representatividad nacional y por entidad federativa con cortes urbano y rural. El diseño de la submuestra para la ENIGH 2022 es de tipo probabilístico por lo que sus resultados obtenidos se generalizan a toda la población, a su vez es bietápico, estratificado y por conglomerados, en donde la unidad de selección es la vivienda y la unidad de observación es el hogar (INEGI, 2022).

EL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICO

El modelo de regresión logística, también llamado modelo logístico o *logit*, analiza la relación entre múltiples variables independientes y la variable dependiente de tipo *dummy* o categórica y estima la probabilidad de que ocurra un evento ajustando los datos a una curva logística (Park, 2013). La regresión logística binaria es utilizada cuando la variable dependiente es dicotómica y las variables independientes son continuas o categóricas (Park, 2013).

Dado que la regresión logística calcula la probabilidad de que ocurra un evento sobre la probabilidad de que no ocurra, el impacto de las variables independientes generalmente se explica en términos de probabilidades. Liu (2016) señala que la forma del modelo simple de regresión logística se puede expresar de la siguiente manera:

$$\text{logit}(\pi) = \alpha + \beta X$$

donde π es la probabilidad de que la variable dependiente sea igual a 1, $p(y=1)$; $\text{logit}(\pi)$ es la transformación logística de la probabilidad de éxito o de ocurrencia de un evento, y en el lado derecho, α es la intersección y β es el coeficiente de regresión *logit*.

Dado que $\text{logit}(\pi)$ es $\ln(\text{odds})$, lo que se expresa como, $\ln \frac{\pi}{1-\pi}$, la forma de la regresión logística simple también se puede reescribir como:

$$\ln \frac{\pi}{1-\pi} = \alpha + \beta X$$

donde \ln es el logaritmo natural. Para simplificar, se lee “ $\ln(\text{odds})$ ” o logaritmo de las posibilidades. Cuando la probabilidad π varía de 0 a 1, el logaritmo de las posibilidades o *logit* variará de infinito negativo a infinito positivo. En la regresión logística múltiple, se tiene más de una variable predictiva y se expresa de la siguiente forma:

$$\ln \left(\frac{\pi(x)}{1-\pi(x)} \right) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

donde X_1, X_2, \dots, X_p son las variables predictoras $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_p$, y son los coeficientes *logit* de estos predictores. Esta ecuación también se puede expresar como:

$$\text{logit}[\pi(x)] = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

En esta investigación, la **variable dependiente** es de tipo dicotómica y toma el valor de 1 cuando la p65+ ha recibido por lo menos algún servicio de salud preventiva en el último año y 0 en el caso contrario. Esta variable se construyó a partir de estas tres preguntas:

1. ¿En los últimos 12 meses le han tomado alguna muestra de sangre mediante punción de alguno de sus dedos para detección de diabetes?
2. ¿En los últimos 12 meses le han medido a usted su presión arterial?
3. ¿En los últimos 12 meses, algún médico o enfermera lo ha pesado y medido?

Es decir, una persona que contestara afirmativamente en al menos una, se consideró que recibió atención en salud preventiva durante el último año: 1) diabetes, 2) presión arterial o 3) control de peso y talla.¹

En el caso de las **variables explicativas** se describen en el cuadro 1, estas se agruparon en tres dimensiones: *a)* *sociodemográficas*, que reúne información sobre las características de los individuos, *b)* *económicas*, que considera las principales fuentes de ingresos como son: trabajo, pensiones contributivas y no contributivas, ingresos de otros hogares y remesas, *c)* *carencia social*, que concentra el indicador de carencia por acceso a servicios de salud.² De estas variables se espera que tengan un efecto significativo (positivo o negativo) en la probabilidad de acceder a servicios de salud preventiva (algún servicio en el último año), particularmente entre la población envejecida.

LA POBLACIÓN ENVEJECIDA VS. LA POBLACIÓN DE 12 A 64 AÑOS

Disparidades en el acceso a los servicios de salud preventiva

Para esta investigación se trabajó con dos grupos poblacionales, el primero corresponde a la p12-64 (N=92,724,352) y el segundo a la p65+ (N=12 588 299). Las cifras del cuadro 2 muestran que un mayor porcentaje de la p65+ (80.4%) señala que recibió servicios de salud preventiva en comparación con la p12-64 años (66.3%). En ambos grupos las mujeres son quienes reciben mayores servicios. Al analizar por el tipo de atención preventiva recibida, el mayor porcentaje corresponde al peso y talla, seguido de la presión arterial y la diabetes.

En relación con las condiciones de salud de la población mexicana que se describen en el cuadro 3, se puede distinguir que 63.9% de la p65+ tuvo algún problema de

1. Las preguntas sobre la diabetes y la presión arterial se realizaron a las personas de 12 años y más de edad, mientras que el peso y talla corresponde a toda la población.

2. En 2022 eran carentes por acceso a los servicios de salud las personas que no contaban con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el INSABI, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, ejército o marina) o los servicios médicos privados (Coneval, 2022).

Cuadro 1
Descripción de las variables explicativas

<i>Dimensión</i>	<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>Valor</i>	<i>Tipo de variable</i>
Sociodemográfica	Sexo	Hombres (referencia) Mujeres	0 1	Dicotómica
	Grupos de edad	De 65-74 años (referencia) De 75-84 años 85 o más años	1 2 3	Ordinal
	Escolaridad	Primaria incompleta o menos (referencia) Primaria completa Secundaria o más	1 2 3	Ordinal
	Lengua indígena	No habla (referencia) Habla	0 1	Dicotómica
	Discapacidad	Sin discapacidad (referencia) Con discapacidad	0 1	Dicotómica
	Situación conyugal	Viudez (referencia) Sin pareja En unión	1 2 3	Nominal
Económica	Pensión contributiva	Sin pensión (referencia) Con pensión	0 1	Dicotómica
	Pensión no contributiva	Sin pensión (referencia) Con pensión	0 1	Dicotómica
	Ingresos de otros hogares	No recibe (referencia) Recibe	0 1	Dicotómica
	Ingresos por trabajo	No recibe (referencia) Recibe	0 1	Dicotómica
	Ingresos por remesas	No recibe (referencia) Recibe	0 1	Dicotómica
Carencia social	Carencia por acceso a servicios de salud	No presenta (referencia) Presenta	0 1	Dicotómica

Fuente: elaboración propia.

salud en el último año, en la revisión por sexo se aprecia un mayor porcentaje entre las mujeres (68.3%), en comparación con sus congéneres varones.

Además, entre la población mayor con problemas de salud, 78.7 % buscó atención médica mientras que en el caso de la p12-64 el porcentaje fue menor con 66.7%. Las mujeres de edad avanzada son quienes mayormente buscaron atención médica. En general, la mayoría de la población que buscó ayuda recibió la atención.

En cuanto a las características sociodemográficas y económicas que se ilustran en el cuadro 4, para el caso particular de la p65+ que recibió servicios de salud preventiva en el último año, se distingue que 57.1% son mujeres y 42.9% hombres,

Cuadro 2
México: servicios de salud preventiva según grupos de edad y sexo, 2022
(porcentajes)*

<i>Servicios de salud preventiva</i>	<i>p12-64</i>			<i>p65+</i>		
	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Sí ha recibido	66.3	61.2	70.8	80.4	77.0	83.1
Prueba de diabetes	52.5	51.2	53.5	66.8	66.3	67.2
Presión arterial	81.3	80.7	81.9	84.8	86.0	84.0
Peso y talla	91.8	91.4	92.1	90.5	89.5	91.3
No ha recibido	33.8	38.8	29.2	19.6	23.0	16.9

* Se refiere al último año, es decir, a partir de agosto de 2021 (12 meses antes del periodo en el que se levantó la encuesta).

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2022.

Cuadro 3
México: condición y atención de problemas de salud según grupo de edad y sexo, 2022*

<i>Servicios de salud preventiva</i>	<i>p12-64</i>			<i>p65+</i>		
	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Sin problemas de salud	37.4	40.6	34.6	36.1	41.5	31.7
Con problemas de salud**	62.6	59.4	65.4	63.9	58.5	68.3
Buscó atención: No	33.4	36.3	30.9	21.3	24.6	19.0
Buscó atención: Si	66.7	63.7	69.1	78.7	75.5	81.0
Recibió atención: No	0.4	0.4	0.3	0.3	0.2	0.4
Recibió atención: Si	99.6	99.6	99.7	99.7	99.8	99.7

* Se refiere al último año, es decir a partir de agosto de 2021 (12 meses antes del periodo en el que se levantó la encuesta).

** Si sufrió algún dolor, malestar, enfermedad o accidente en el último año que le impidiera realizar actividades cotidianas.

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2022.

mientras que entre la población que no recibió atención es mayoritaria la participación masculina (52.5%). Algo similar ocurre con la p12-64, lo que denota que las desigualdades por sexo se mantienen a lo largo de la vida.

Al desagregar por grupos etarios, el mayor porcentaje de la población mayor se concentra en el grupo 65-74, tanto entre quienes recibieron servicios, como entre aquellos que no los recibieron. Respecto a la escolaridad entre la p65+ que recibió servicios de salud se aprecia que 32.2% contaban con secundaria o más y el porcentaje con este nivel de escolaridad es menor entre quienes no recibieron estos servicios.

Según condición de habla de lengua indígena, entre la p65+ con servicios de salud preventiva 7.7% habla lengua indígena, este porcentaje es significativamente mayor entre quienes no recibieron servicios de salud, ya que fue de 13.6%. En cuanto

Cuadro 4
México: características sociodemográficas y económicas de la población según grupo de edad y servicios de salud preventiva, 2022

Variable dependiente	Población de 12 a 64			Población de 65+			Diferencias entre grupos de edad			
	No	Sí	Total	No	Sí	Total	No	Sí	Total	
Sexo	Hombres	54.5	43.8	47.6	52.5	42.9	44.8	2.0	0.9	2.9***
	Mujeres	45.5	56.2	52.4	47.5	57.1	55.3	-2.0	-0.9	-2.9***
Grupo de edad	12-29	45.5	38.1	40.7						
	30-49	37.2	37.4	37.4						
	50-64	17.4	24.5	21.9						
	65-74				63.7	60.6	61.2			
	75-84				26.3	29.2	28.6			
85+				10.1	10.2	10.2				
Escolaridad	Primaria incompleta o menos	10.4	7.4	8.5	54.8	43.9	46.0	-44.5***	-36.5***	-37.6***
	Primaria completa	22.4	18.0	19.6	21.8	23.9	23.5	0.6***	-5.9***	-3.9***
	Secundaria o más	67.2	74.5	71.9	23.4	32.2	30.5	43.8***	42.3***	41.4***
Lengua indígena	No habla	91.8	95.3	94.1	86.4	92.3	91.2	5.4***	3.0***	2.9***
	Habla	8.2	4.7	6.0	13.6	7.7	8.9	-5.4***	-3.0***	-2.9***
Discapacidad	Sin discapacidad	96.3	94.6	95.2	72.0	68.9	69.5	24.2***	25.8***	25.7***
	Con discapacidad	3.7	5.4	4.8	28.0	31.1	30.5	-24.2***	-25.8***	-25.7***
Situación conyugal	Viudez	1.9	2.7	2.4	29.5	32.7	32.1	-27.6***	-30.0***	-29.7***
	Sin pareja	50.7	44.8	46.9	16.2	13.7	14.2	34.5***	31.1***	32.7***
	En unión	47.4	52.5	50.7	54.3	53.5	53.7	-6.9***	-1.1***	-3.0***
Tipo de hogar	Unipersonal	3.0	3.5	3.4	14.8	13.9	14.1	-11.8***	-10.4***	-10.7***
	Pareja sola	5.2	7.4	6.6	23.8	24.0	24.0	-18.7***	-16.6***	-17.4***
	Nuclear con hijos	56.4	54.9	55.4	19.9	20.5	20.4	36.5***	34.4***	35.0***

Continúa Cuadro 4

Variable dependiente	Población de 12 a 64			Población de 65+			Diferencias entre grupos de edad			
	No	Sí	Total	No	Sí	Total	No	Sí	Total	
Localidad	Ampliado o compuesto	35.5	34.2	34.6	41.5	41.5	41.5	-6.0***	-7.4***	-6.9***
	Urbano	72.9	78.7	76.7	70.5	77.5	76.1	2.4**	1.2***	0.5
	Rural	27.1	21.3	23.4	29.5	22.5	23.9	-2.4***	-1.2***	-0.5
Pensión contributiva	Sin pensión	98.4	96.1	96.9	76.2	65.2	67.4	22.1***	30.9***	29.6***
	Con pensión	1.6	3.9	3.1	23.8	34.8	32.6	-22.1***	-30.9***	-29.6***
Pensión no contributiva	Sin pensión				28.0	23.2	24.2			
	Con pensión				72.0	76.8	75.8			
Ingresos de otros hogares	No recibe	95.0	93.5	94.0	85.9	84.1	84.5	9.1**	9.3***	9.6***
	Recibe	5.0	6.5	6.0	14.1	15.9	15.5	-9.1***	-9.3***	-9.6***
Ingresos por trabajo	No recibe	36.9	37.2	37.1	63.7	74.2	72.1	-26.8***	-37.0***	-35.1***
	Recibe	63.1	62.9	62.9	36.3	25.8	27.9	26.8***	37.0***	35.1***
Ingresos por remesas	No recibe	98.5	98.3	98.4	97.2	96.6	96.7	1.3***	1.7***	1.7***
	Recibe	1.5	1.7	1.7	2.8	3.5	3.3	1.3***	-1.7***	-1.7***
Pobreza	No pobre	57.9	70.2	65.8	58.3	71.5	68.9	-0.4	-1.3*	-3.1***
	Pobre	42.1	29.8	34.2	41.7	28.5	31.1	0.4	1.3*	3.1***
Carencia por acceso a servicios básicos de la vivienda	No presenta	78.5	85.7	83.1	76.4	85.3	83.6	2.2***	0.3***	-0.5***
	Presente	21.5	14.3	16.9	23.6	14.7	14.6	-2.2***	-0.3***	0.5***
Carencia por acceso a servicios de salud	No presenta	48.8	67.5	60.8	54.5	74.5	70.6	-5.7***	-7.0***	-9.7***
	Presenta	51.2	32.5	39.2	45.5	25.5	29.4	5.7***	7.0***	9.7***
Carencia por acceso a la seguridad social	No presenta	36.3	54.2	47.8	68.9	81.7	79.2	-32.6***	-27.5***	-31.4***
	Presenta	63.7	45.8	52.2	31.1	18.3	20.8	32.6***	27.5***	31.4***

Continúa Cuadro 4

Variable dependiente	Población de 12 a 64			Población de 65+			Diferencias entre grupos de edad		
	No	Sí	Total	No	Sí	Total	No	Sí	Total
Carencia por acceso a la alimentación de calidad y nutritiva	80.2	83.0	82.0	81.4	85.9	85.0	-1.2	-2.9***	-3.0***
Presenta	19.8	17.0	18.0	18.6	14.1	15.0	1.2	2.9***	3.0***
Ingreso menor a la línea de pobreza por ingreso (LPI)	52.1	62.8	59.0	53.7	64.6	62.5	-1.6	-1.8	-3.5***
Ingreso igual o mayor a LPI	147.9	37.3	41.0	46.3	35.4	37.5	1.6	1.8	3.5***
Ingreso menor a la línea de pobreza extrema por ingresos (LPEI)	85.8	91.0	89.2	85.8	92.5	91.2	0.0	-1.5***	-2.0***
Ingreso igual o mayor a LPEI	14.2	9.0	10.9	14.3	7.5	8.8	0.0	1.5***	2.0***
Jefe(a)	30.4	32.5	31.7	667.7	64.4	64.8	-36.3***	-31.9***	-33.1***
Esposa(o)	18.1	24.2	22.0	18.9	22.2	21.6	-0.8	2.0***	0.4***
Hijos(as)	39.8	33.2	35.6	1.0	0.7	0.7	38.8***	32.6***	34.8***
Parientes	11.4	9.8	10.3	13.1	12.6	2.7	-1.7***	-2.8***	-2.3***
No parientes	0.4	0.4	0.4	0.4	0.2	0.2	0.1	0.2***	0.2***

***P<0.01, **P<0.05, *P<0.10.

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2022.

a la p65+ que ha recibido servicios de salud preventiva, la población con alguna discapacidad es 31.1%, cabe mencionar que al contrastar con la p12-64 son notorios los mayores porcentajes de población con discapacidad entre la población en edades avanzadas, independientemente de si recibió o no atención preventiva, lo que denota las condiciones de vulnerabilidad en el último tramo de la vida.

Respecto a la situación conyugal se distingue que la condición de estar unido/a es la que en general predomina. Sin embargo, es notorio que para la p65+ entre quienes no recibieron servicios de salud preventiva los porcentajes de población sin pareja son significativamente mayores (16.2%), en comparación con quienes sí lo recibieron y mencionan este estado civil (13.7%). Además, los porcentajes de población en viudez son siempre mayores en contraste con la p15-64.

La p65+ se concentra en hogares ampliados o compuestos, independientemente de si recibieron o no servicios de salud preventiva. Mientras que entre la p12-64 las mayores concentraciones se dan en los hogares de tipo nuclear. Cabe mencionar que la residencia en hogares unipersonales no es una categoría que adquiera relevancia entre la población más joven, mientras que en la población mayor es una condición más común.

Al analizar el lugar de residencia, se observa una mayor concentración de la población en las áreas urbanas (en ambos grupos de edad), al contrastar según acceso a servicios de cuidado preventivo, entre quienes no los recibieron los porcentajes en localidades rurales son mayores (sin ser la característica que predomina).

Respecto a las condiciones económicas, entre la p65+ los porcentajes de población con ingresos por pensión contributiva, no contributiva, provenientes de otros hogares y de remesas son mayores entre el grupo de personas que recibieron servicios de salud preventiva, en contraste con quienes no los recibieron. Una excepción fueron los ingresos por trabajo, ya que el porcentaje es más alto entre la población que reporta no haber recibido estos servicios, estas diferencias también se presentan en la p12-64. Además, para este grupo poblacional los ingresos por trabajo son una característica relevante, seis de cada 10 personas reciben estos estipendios.

Entre la p65+ los mayores porcentajes de población con carencias por acceso a servicios básicos de la vivienda, a servicios de salud, a la seguridad social y a la alimentación de calidad y nutritiva se presentan entre quienes no recibieron servicios de salud preventiva, en contraste con quienes sí los recibieron. Algo similar ocurre con la población con ingresos menores a la línea de pobreza por ingresos y a la línea de pobreza extrema por ingresos. Estos resultados se mantienen para la p12-64, es

decir la población con servicios de salud preventiva reporta una mayor diversificación de los ingresos que reciben y menores carencias sociales.

FACTORES EXPLICATIVOS DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVA

Los resultados de la estimación del modelo de regresión logística se muestran a partir de los efectos marginales, los cuales se calcularon a partir de los valores promedio de cada variable explicativa (cuadro 1 y gráfica 1). Las variables que mayor incrementan la probabilidad de contar con servicios de salud preventiva entre la p65+ es ser mujer. Por el contrario, el factor explicativo que más disminuye la probabilidad es la carencia por acceso a servicio de salud. Cabe mencionar que el grupo de edad 85 y más no resultó estadísticamente significativo (cuadro 5).

Así, ser mujer aumenta la probabilidad de contar con servicios de salud preventiva en 6.4% en comparación con sus congéneres varones, mantenido constantes el resto de variables. De acuerdo con Salgado-de Snyder y Wong (2007) los estilos de vida adoptados a lo largo del curso de vida marcan diferencias en la salud de hombres y mujeres en las edades avanzadas. Los hombres, debido a su papel de proveedores económicos y su participación en la actividad económica, enfrentan una mayor exposición a riesgos como alcoholismo, tabaquismo y accidentes laborales. En tanto que las mujeres, debido su función reproductivo y doméstico, experimentan una carga epidemiológica distinta. Es probable que las mujeres como consecuencia de su tarea de cuidadoras tengan una mayor sensibilización de la importancia de mantener una buena salud y busquen servicios de salud preventivos.

En relación con la escolaridad, si la persona mayor cuenta con estudios de secundaria o más, la probabilidad de acceder a los servicios de salud aumenta 5.5%, tomando como referencia a quienes cuentan con primaria incompleta o sin escolaridad. La escolaridad es uno de los principales factores diferenciadores para la población en edades avanzadas, ya que define capacidades de desarrollo en una sociedad con marcados progresos en los niveles de instrucción formal (Ham, 2003).

Contar con ingresos por pensiones contributivas aumenta la probabilidad en 2.9%, en contraste con la población que no recibe ingresos por pensión contributiva. Además, los ingresos por pensiones no contributivas, el apoyo económico de otros hogares y el ingreso por remesas también tienen un efecto positivo. Se trata de mecanismos que generan seguridad económica en la vejez, es decir, que permiten que las personas dispongan de recursos económicos regulares y suficientes para satisfacer

Cuadro 5
México: modelo de regresión logística sobre la probabilidad de contar con servicios de salud preventiva entre la p65+ (2022)

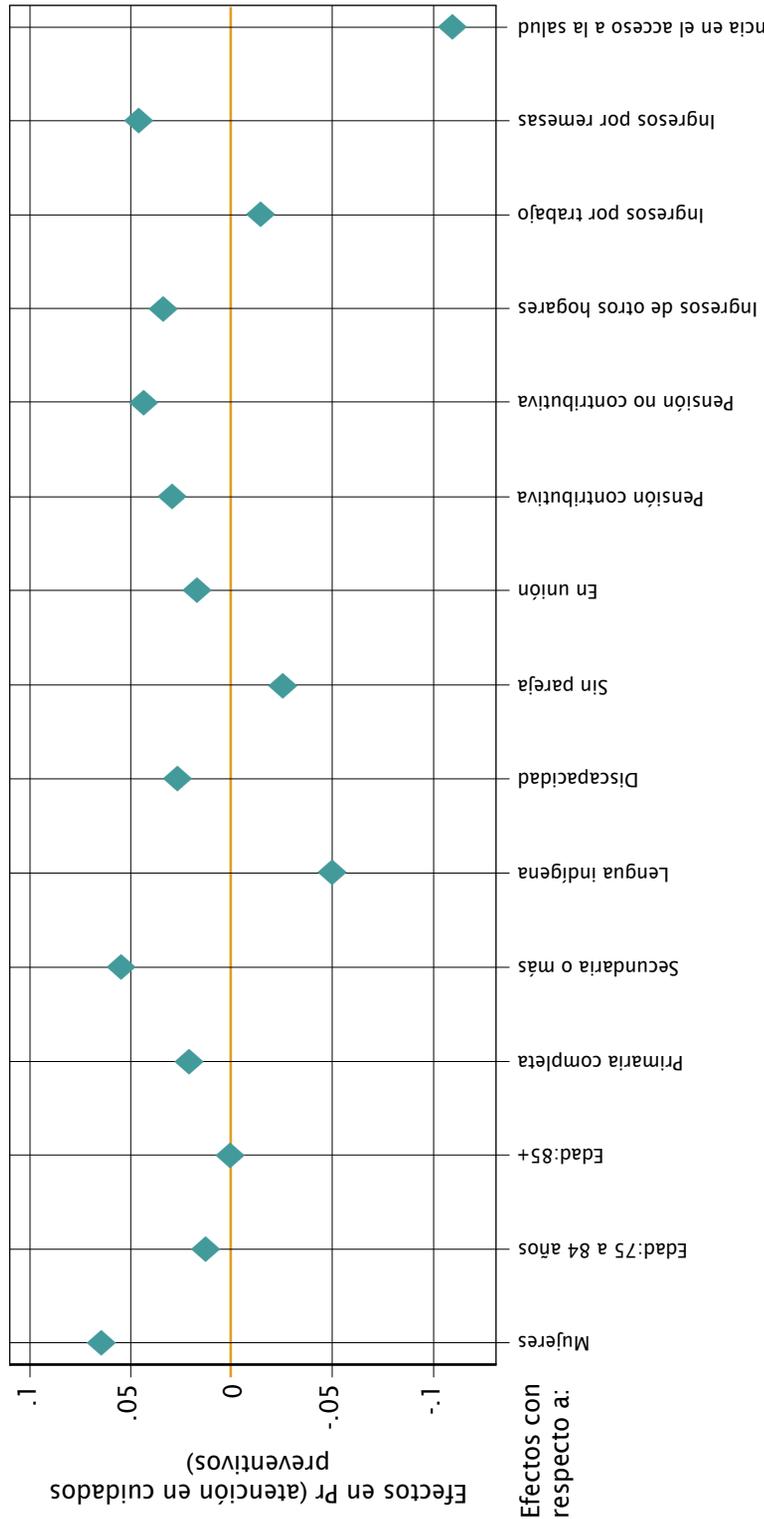
	<i>Variables explicativas</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>dy/dx</i>	<i>Errores estándar</i>	<i>[95% conf. interval]</i>
Sexo	Hombres (referencia)				
	Mujeres	0.426	0.064	0.034	0.054 0.074
Grupos de edad	65-74 (referencia)				
	75-84	0.080	0.012	0.037	0.001 0.022
	85+	-0.004	-0.001	0.056	-0.017 0.016
Escolaridad	Primaria incompleta o menos (referencia)				
	Primaria completa	0.128	0.020	0.039	0.008 0.032
	Secundaria o más	0.381	0.055	0.043	0.043 0.067
Lengua indígena	No hablante (referencia)				
	Hablante	-0.322	-0.052	0.046	-0.067 -0.036
Presencia de discapacidad	No presenta (referencia)				
	Presenta	0.179	0.026	0.035	0.016 0.036
Situación conyugal	Viudez (referencia)				
	Sin pareja	-0.164	-0.026	0.049	-0.042 -0.011
	En unión	0.113	0.017	0.038	0.006 0.028
Pensión contributiva	No pensionado (referencia)				
	Pensionado	0.201	0.029	0.041	0.018 0.041
Pensión no contributiva	No pensionado (referencia)				
	Pensionado	0.287	0.045	0.036	0.033 0.056
Apoyos económicos de otros hogares	No recibe (referencia)				
	Recibe	0.233	0.033	0.043	0.022 0.045
Ingresos por trabajo	No recibe (referencia)				
	Recibe	-0.092	-0.014	0.036	-0.025 -0.003
Ingresos por remesas	No recibe (referencia)				
	Recibe	0.331	0.045	0.077	0.026 0.064
Carencia por acceso a servicios de salud	No presenta (referencia)				
	Presenta carencia	-0.673	-0.11	0.034	-0.121 -0.098
Constante		0.934		0.063	0.810 1.058

***P<0.01; **P<0.05; *P<0.1.

Nota: en la estimación se consideró el ajuste por muestras complejas (se utilizó el comando svy de STATA)

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2022.

Gráfica 1
Efectos marginales sobre la probabilidad en la atención en cuidados preventivos de la p65+ en México (2022)



Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2022.

sus necesidades objetivas y vivir un envejecimiento con dignidad y seguridad, como ciudadanos/as con plenos derechos, incluida la posibilidad de acceder a la atención de la salud y específicamente a los servicios de salud preventiva (Huenchuan y Guzmán, 2007).

Otras variables con un efecto positivo sobre la probabilidad de contar con servicios de salud preventiva entre la p65+ son el grupo de edad 75-84, la presencia de discapacidad y la situación conyugal de unión.

En relación con los factores negativos, la carencia por acceso a servicios de salud, es decir, cuando la p65+ no tiene derecho o afiliación a una institución que presta servicios de salud disminuye la probabilidad, 11.0%, de recurrir a atención de salud preventiva.

También, ser hablante de lengua indígena, la ausencia de una pareja (por soltería, separación o divorcio) y los ingresos por trabajo tiene un efecto negativo

CONCLUSIONES

México experimenta un acelerado proceso de envejecimiento demográfico, que se considera permanente y mucho más rápido que en otros países de América Latina. Los retos de la salud es uno de los elementos de más relevancia, una manera para garantizar una salud óptima en el último tramo de la vida es incentivar el uso de servicios de salud preventiva. En esta investigación, se analizaron los servicios de salud preventiva entre dos grupos poblacionales la p12-64 y la p65+ y se encontró que un mayor porcentaje de la p65+ accedió a servicios de salud preventiva en comparación con la p12-64, siendo las mujeres quienes más atención recibieron. Además, se observó que las condiciones de salud de la población mayor, especialmente de las mujeres, reflejan mayores problemas de salud, en contraste con la población más joven. En cuanto a las características sociodemográficas y económicas, a partir del modelo de regresión logística estimado para la p65+, se encontró que ser mujer, tener un nivel educativo más alto y contar con ingresos por pensión contributiva aumentaron la probabilidad de contar con servicios preventivos, mientras que la carencia por acceso a servicios de salud y la pertenencia a grupos vulnerables, como hablantes de lengua indígena, tuvieron un efecto negativo. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar las desigualdades en el acceso a la atención preventiva, especialmente entre la población en edades avanzadas, para promover un envejecimiento saludable.

Estos hallazgos se sitúan en el contexto de agosto de 2022, durante la quinta ola de contagios por covid-19 en México, que abarcó desde julio hasta septiembre. Según Flores (2022), durante este periodo, se observó un aumento significativo en el número de casos y contagios, especialmente entre la población que carecía de acceso a servicios médicos. En investigaciones futuras será necesario analizar si estos resultados se mantienen o se modifican, especialmente considerando que los riesgos asociados con el contagio por la covid-19, particularmente para las personas mayores, pueden haber experimentado cambios. Es posible que se haya logrado mitigar dichos riesgos mediante diversas medidas y estrategias implementadas a lo largo del tiempo, como la vacunación.

Los resultados de la investigación, llevan a plantear la importancia de garantizar medidas y acciones de política pública que brinden la universalidad de la atención médica; aseguren la accesibilidad efectiva y la calidad del servicio; y reforzar las campañas del autocuidado y prevención de enfermedades. Se requiere fortalecer las estrategias de promoción de la salud que involucren cambios en el estilo de vida a lo largo del curso de vida y, particularmente, entre las personas mayores con enfermedades crónicas y con conductas poco saludables como fumar, beber o una alimentación inadecuada; así como monitorear las enfermedades a través de la revisión continua de colesterol, glucosa, presión arterial, índice de masa corporal, entre otros.

El sistema de salud debe estar en constante evolución, adaptándose a las necesidades cambiantes de una población que envejece, y promoviendo activamente el autocuidado y la prevención de enfermedades, pues los jóvenes de hoy serán las personas mayores del mañana.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguila, E.; C. Díaz; M. Manqing; Fu. Arie, y Ashley Pierson (2011), *Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud*, California: Rand Corporation. Recuperado en: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monographs/2011/RAND_MG1179.2.pdf
- Arrow, K. J. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *The American Economic Review*, 53(5): 941-97.
- Burton, L. C., *et al.* (1995), "Preventive services for the elderly: would coverage affect utilization and costs under medicare?", *Am J Public Health*, 85(3): 387-391. doi: 10.2105/ajph.85.3.387.
- Chen, C.-C.; Y.-J. Lin y Y.-T. Lin (2013), "Awareness and utilization of preventive care services among the elderly under National Health Insurance", *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(3/4): 247-260. <http://www.jstor.org/stable/24571830>

- Colimon, K. (1978), *Niveles de prevención*. Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs/nam-b7c044>.
- Conapo (Consejo Nacional de Población) (2023), Conjunto de datos “*Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2020-2070*”. Recuperado en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-2070>
- Coneval (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2023), Documento de análisis sobre la medición multidimensional de la pobreza, 2022. Recuperado en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2022/Documento_de_analisis_sobre_la_medicion_multidimensional_de_la_pobreza_2022.pdf
- Fan, L; J. Liu, y NN. Habibov (2015), “A multilevel logit estimation on the determinants of utilization of preventive health care and healthy lifestyle practice in China”, *World Medical and Health Policy*, 7(4):309-328.
- Flores, S.F. (2022), “La pandemia por covid-19. Contrastes y estrategias para atender sus efectos. El caso de las áreas urbanas de México”, en Huerta, Guzmán, y González, (eds.) *Covid-19 Enseñanzas y tareas pendientes*.
- Ham, R. (2003). El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica, El Colegio de la Frontera Norte, México.
- Hsieh, C.-R., y S.-J. Lin (1997), “Health information and the demand for preventive care among the elderly in Taiwan”, *The Journal of Human Resources*, 32(2): 308-333.
- Huang C.; C.J. Liu; XF Pan; X. Liu, y N.X. Li (2016), “Correlates of unequal access to preventive care in China: a multilevel analysis of national data from the 2011, China Health and Nutrition Survey”, *BMC Health Serv Res*, 16(1):177.
- Huenchuan, S. y J. M. Guzmán (2007), “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas”, *Notas de Población*, núm. 83: 99-125. Recuperado en: <https://repositorio.cepal.org/bitstreams/9b433515-7539-4d10-bac2-8b41fc398540/download>
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2022), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2022. ENIGH. Nueva serie. Diseño muestral*. Recuperado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2022/>
- Kenkel, D. S. (1990), “Consumer health information and the demand for medical care”, *The Review of Economics and Statistics*, 72(4): 587-595.
- Lee, Y.-H.; Y.-C., 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):41-5.
- Liu, Xing (2016), *Applied Ordinal Logistic Regression Using Stata: From Single-Level to Multilevel Modeling*, SAGE Publications, Singapur.
- Liu X.; N. Li; C. Liu; X. Ren; D. Liu; B. Gao y Y. Liu (2016), "Urban-rural disparity in utilization of preventive care services in China", *Medicine*, 95(37): e4783.
- Max, Roser (2019), "Demographic transition: Why is rapid population growth a temporary phenomenon?", Published online at OurWorldInData.org. Recuperado en: <https://ourworldindata.org/demographic-transition>
- Miró, G., A. Carmen (2003), "Transición demográfica y envejecimiento demográfico", *Papeles de población*, 9(35): 9-28. Recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252003000100002&lng=es&tlng=es
- Nakanishi, N., y K. Tataru (1998), "Relationship between preventive health services and use of inpatient and outpatient care by residents aged 40 or older in 44 municipalities in Osaka prefecture, Japan". *Journal of Epidemiology*, 8(5): 264-271.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1998), *Glosario de promoción de la salud*. Ginebra. Disponible en: <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/05/glosario.-promocion-de-la-salud.pdf>
- Parente, S. T.; D. S. Salkever, y J. DaVanzo (2005), "The role of consumer knowledge of insurance benefits in the demand for preventive health care among the elderly". *Health Economics*, 14(1): 25-38. doi: 10.1002/hec.907
- Park, H.A. (2013), "An Introduction to Logistic Regression: From Basic Concepts to Interpretation with Particular Attention to Nursing Domain", *J Korean Acad Nurs*, 43(2):154-164. Recuperado en: <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.2.154>
- Rundall, T. G., y John R. C. Wheeler (1979), "The Effect of Income on Use of Preventive Care: An Evaluation of Alternative Explanations", *Journal of Health and Social Behavior*, 20(4): 397-406. <https://doi.org/10.2307/2955414>
- Salgado-de Snyder, V. N., y R. Wong (2007). "Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez", *Salud Pública de México*, 49(Su4), pp. 515-521.
- Tian, W.-H.; C.-S. Chen, y T.-C. Liu (2010), "The demand for preventive care services and its relationship with inpatient services", *Health Policy*, 94(2): 164-174.
- Vignolo, J.; M. Vacarezza; C. Álvarez, y Alicia Sosa (2011), "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud", *Archivos de Medicina Interna*, 33(1): 7-11. Recuperado el 30 de abril de 2024, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

CARENCIA POR ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO: UN DESAFÍO PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD

SERVANDO VALDÉS CRUZ

INTRODUCCIÓN

En México, el derecho a la salud está consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, específicamente en su artículo 4º, que establece que la protección de la salud es un derecho para toda la población. Este principio se encuentra en consonancia con acuerdos de derechos humanos y regulaciones internacionales que México ha ratificado. Además, la Ley General de Salud sienta las bases para asegurar que todas las personas puedan ejercer su derecho a la salud y acceder a servicios médicos.

Este derecho a la salud se considera un derecho social según la Ley General de Desarrollo Social. Esto implica que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar este derecho mediante las políticas, los programas y las reformas legales que permitan su pleno ejercicio.

La medición multidimensional de la pobreza en México incorpora la carencia de acceso a servicios de salud como un indicador relevante. Se considera que una persona carece de acceso si no está afiliada al Seguro Popular, a instituciones públicas de seguridad social, a servicios médicos privados o al Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). Entre 2018 y 2020, la población en esta situación aumentó de 16.2 a 28.2%, lo que representa 15.6 millones de personas adicionales afectadas. Este aumento se atribuye en parte a la pandemia de la covid-19 y a la transición entre el Insabi y el Seguro Popular, factores que influyeron en estos resultados.

En 2019, se creó el Insabi con el propósito de reemplazar al Seguro Popular y mejorar la provisión de servicios de salud. A pesar de que la región de América Latina y el Caribe registra un alto gasto en salud, el gasto público en salud en países de la región, incluyendo México, es relativamente bajo, mientras que el gasto privado es elevado en comparación con regiones como Europa y la OCDE.

Aunque se ha estudiado la relación entre la salud y el bienestar en términos de su impacto en la productividad y los ingresos, se ha prestado menos atención a cómo la disponibilidad de recursos en los hogares influye en su gasto en salud.

En resumen, aunque el derecho a la salud en México está respaldado por la Constitución, la falta de acceso a servicios de salud sigue siendo un desafío significativo, exacerbado por la pandemia de la covid-19 y por cambios en el sistema de prestación de servicios de salud. Además, existen disparidades notables entre el gasto público y privado en salud en el país. Este capítulo busca comprender cómo la disponibilidad de recursos repercute en el gasto en salud de los hogares y, en particular, tiene como propósito realizar un análisis empírico y descriptivo de la carencia en el acceso a servicios de salud y sus factores relacionados a lo largo del periodo de 2016 a 2022.

PANORAMA DEL GASTO EN SALUD

El sistema de salud en México fue establecido en 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), hoy en día se conoce como la Secretaría de Salud. A lo largo de los últimos 80 años, este sistema ha experimentado diversas transformaciones y regulaciones, tanto a nivel federal, como local, que han contribuido a la construcción de una institución de largo plazo. Sin lugar a duda, hasta la fecha, sigue representando un desafío en la búsqueda de garantizar el derecho universal a la salud.

El sistema nacional de salud en México se divide en dos sectores principales (Martínez y Murayama, 2016; Gómez Dantés *et al.*, 2011). En primer lugar, el sector público se encarga de brindar servicios de seguridad social a los trabajadores del sector formal de la economía y sus familias, así como a los jubilados. Dentro de este sector, destaca el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es el sistema con mayor cobertura en el país. Además, está el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que atiende a los empleados del sector público a nivel federal y estatal. También se incluyen entidades como Petróleos Mexicanos (Pemex), que ofrece una cobertura específica a sus trabajadores, así como

la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y la Secretaría de Marina (Semar), que proporcionan servicios y atención médica a las fuerzas armadas del Estado mexicano (Gómez Dantés *et al.*, 2011: s224).

Dentro del sector público, se encuentra un subsector adicional que se dedica a atender las necesidades de un grupo específico de la población, este se dirige a trabajadores por cuenta propia, aquellos que laboran en el sector informal, desempleados y personas que no participan en el mercado laboral, así como a sus familias. Para abordar las necesidades de salud de esta población particular, se ha establecido el Sistema de Protección Social en Salud, el cual tiene como objetivo principal brindar cobertura a las personas que no son beneficiarias de los sistemas de seguridad social previamente mencionados. Dentro de las entidades que integran este sistema se encuentra la Secretaría de Salud, que también coordina con los servicios estatales de salud, el IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular.

Por su parte el sector privado ofrece servicios a derechohabientes y a población con capacidad de pago a través de planes privados de seguro pago de proveedores o de bolsillo, adicionalmente el sector privado es utilizado también por los derechohabientes de los servicios de salud público en particular cuando requieren servicios ambulatorios (Dávila y Guijarro, 2000: 47).

El derecho a la salud en México y las normativas que rigen el Sistema Nacional de Salud Mexicano están sustentados en un conjunto de leyes a nivel, tanto federal como local. El fundamento principal de este sistema se encuentra en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. Esta ley dispone que la legislación definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la colaboración entre el gobierno federal y las entidades federativas en lo que respecta a la salubridad general. A partir de este artículo constitucional, se consagra la protección de la salud como un derecho fundamental para toda la población, en línea con los compromisos internacionales de derechos humanos que el Estado mexicano ha ratificado.

Además, existen otras leyes de carácter federal que rigen el sistema de salud en México, como se describe enseguida:

1. La Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* en 1984, que tiene como objetivo regular la atención médica, la salud pública y la protección de la salud de la población mexicana. Esta ley también establece

las bases para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, regular el sistema de salud y promover la prevención de enfermedades (Ley General de Salud, 1984).

2. La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicada en 1976, establece en su artículo 39 las responsabilidades de la Secretaría de Salud, que incluyen la formulación y ejecución de la política nacional de asistencia social, servicios médicos, atención médica universal y salud en general. Además, es la encargada de crear y administrar las instalaciones de salud pública y la medicina tradicional complementaria, así como de formar recursos en el ámbito de la salud (Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 1976).

Estas leyes conforman el marco legal que sustenta el sistema de salud en México y garantiza el acceso a los servicios médicos de calidad, así como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

En el contexto del marco normativo federal, se incluyen disposiciones adicionales, como los reglamentos de las instituciones prestadoras de servicios y las reglas de operación de programas nacionales de salud. Además, es relevante mencionar los marcos legales que han sido promulgados en momentos significativos, como el caso del Seguro Popular en su creación.

A partir de 1985, cuando se inició el proceso de descentralización de los servicios de salud y se delegaron responsabilidades a las entidades federativas para la prestación de servicios de salud, se ha fortalecido la coordinación conjunta entre los niveles de gobierno, con el propósito de reforzar el sistema nacional de salud pública.

El análisis del gasto en salud en México abarca diversas dimensiones de complejidad; una de ellas se enfrenta a la problemática de ser insuficiente y desigual, lo que tiene un efecto negativo en la calidad de los servicios de salud y en el acceso a los mismos.

El gasto de bolsillo y los costos catastróficos relacionados con la atención médica persisten a lo largo de la distribución de los ingresos, lo que significa que incluso las personas afiliadas a ciertas instituciones de salud no están exentas de incurrir en gastos excesivos (Rodríguez-Abreu, 2021: 62). La utilización de servicios de salud privados es común en toda la población, aunque es más pronunciada entre aquellos que carecen de seguridad social. En este contexto, es crucial destacar que la atención primaria en salud desempeña un papel fundamental en la reducción de la desigualdad en el acceso a la atención médica y en la reducción de los gastos de

bolsillo relacionados con el uso de servicios de salud privados, particularmente entre la población que no cuenta con seguridad social (Parker y Wong, 1997).

En resumen, es evidente que se requiere una inversión sustancialmente mayor en el sector de la salud, así como una distribución más equitativa de los recursos para garantizar el derecho a la salud de la población mexicana. Es preocupante que México sea uno de los países de la OCDE que menos invierte en salud en relación con su producto interno bruto (PIB). A lo largo de los últimos siete años, México ha destinado aproximadamente 6%¹ de su PIB al gasto total en salud, lo cual se ha mantenido estancado en términos relativos en ese periodo. Esta cifra representa una inversión por debajo del promedio de los países de la OCDE. Incluso, se encuentra por debajo de países latinoamericanos como Chile (9.0% del PIB), Colombia (8.1%) y Costa Rica (7.2%) (OCDE, 2023).

Además, es importante señalar que el estancamiento del gasto en salud como proporción del PIB, junto con el crecimiento de la población, ha dado como resultado una inversión per cápita inferior. Cerca de 50% del gasto total en salud proviene del sector privado, lo cual refleja una larga tendencia en México de dependencia de los gastos de bolsillo, es decir, que los hogares sufraguen directamente los costos de la atención médica. Esta insuficiencia de recursos para la atención médica pública implica que la población tenga que financiar con sus propios recursos servicios que deberían ser garantizados por el Estado, lo que se conoce como gasto de bolsillo, y esto tiene consecuencias económicas significativas, especialmente para las personas en situación de vulnerabilidad (Fundar, 2021: 9).

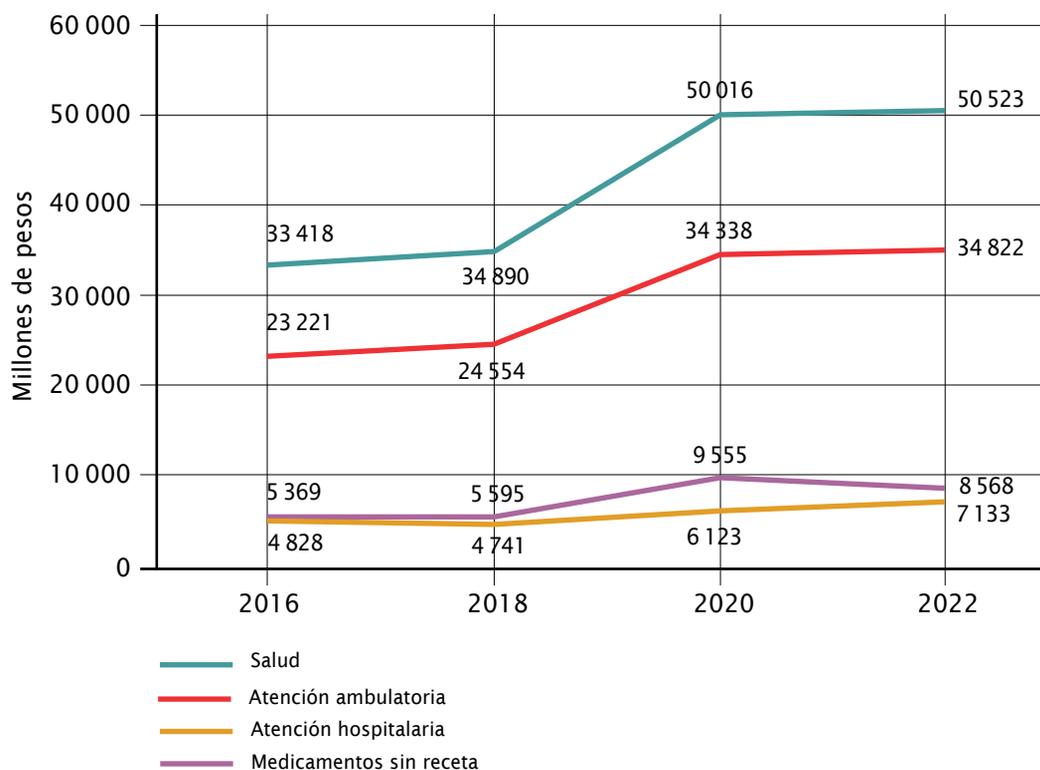
En este contexto, resulta alarmante que aproximadamente 91% del gasto privado en salud provenga directamente del bolsillo de los hogares, lo que representa una preocupación real de que el gasto público esté siendo reemplazado por las contribuciones de los hogares. Esto potencialmente agrega barreras adicionales a las ya existentes para acceder a los servicios de salud (Molina *et al.*, 2000).

Desde una perspectiva microeconómica, es relevante destacar que los problemas de salud afectan la economía de los hogares de diversas maneras, incluyendo la productividad reducida, la pérdida de días de trabajo, la disminución de los ingresos y una vida laboral más corta para los miembros económicamente activos. El alto costo de tratar enfermedades, especialmente las crónicas, lleva a cambios en la forma en que los hogares destinan sus recursos económicos (Baeza y Packard, 2006).

1. En 2016 México invirtió 5.6% del PIB, mientras que en 2022 se destinó 5.5%. El mayor registro fue en 2020 con 6.2 por ciento.

De acuerdo con Jack (1999), Phelps (2003), Bhattacharya *et al.* (2014), la utilidad del hogar se restringe a las diferentes actividades que sus integrantes pueden realizar en el día: trabajo, actividades recreativas o que mejoren la salud y tiempo de reposo por enfermedad. Asimismo, se considera el salario por horas trabajadas como única fuente de ingreso. En este sentido, por cada fracción de tiempo que los integrantes de la vivienda destinen al trabajo remunerado, el hogar obtendrá un ingreso que podrá destinar a atención médica —que contribuye a mejorar el estado de salud de los integrantes— o a bienes de consumo. A diferencia de las tres actividades ya mencionadas, el tiempo que se gasta en una situación de enfermedad, tiene un efecto negativo sobre la utilidad de los hogares. Es decir, impone un costo de oportunidad debido a que cada unidad de tiempo gastado en enfermedad termina disminuyendo menos en las otras tres actividades.

Gráfica 1
Gasto monetario en salud y sus componentes, 2016-2022
(pesos constantes del 2022)



Fuente: estimaciones propias con base en la ENIGH 2016-2022.

Cuando uno o más integrantes del hogar se enferman, crece la demanda por atención médica y el presupuesto destinado a dicho rubro. Además, ante el aumento del tiempo destinado al cuidado del enfermo y la reducción del tiempo dedicado al trabajo, el ingreso del hogar disminuye.

La gráfica 1 presenta una evolución del gasto de bolsillo en salud y sus componentes durante el periodo de 2016 a 2022. Inicialmente, se observa un incremento modesto en el gasto en salud, que pasó de 33 000 millones a 34 000 millones de pesos entre 2016 y 2018. Las tres principales categorías de gasto, que son atención ambulatoria, atención hospitalaria y medicamentos de venta libre, muestran un comportamiento similar con un aumento leve en el mismo periodo.

Sin embargo, es importante destacar que la pandemia de la covid-19 tuvo un impacto significativo en el gasto y la inversión que los estados destinaron a la atención de la salud. Este impacto se tradujo en un aumento drástico del gasto privado en salud y, en particular, en el gasto de bolsillo de los hogares. Entre 2018 y 2020, se observa un incremento notable de 43.4% en términos de gasto monetario en salud de los hogares. Este mismo aumento se observó en la atención ambulatoria, la atención hospitalaria y, en particular, en el gasto en medicamentos de venta libre, que experimentó el mayor incremento (70.8% en comparación con 2018).

Es interesante notar que, según los datos del INEGI, en 2022 se registró un incremento de 11% en el ingreso corriente trimestral de los hogares en comparación con 2020 y un aumento de 4.6% con respecto a 2018. Esto sugiere una recuperación económica después de la crisis provocada por la pandemia. Sin embargo, resulta notable que el gasto de bolsillo en salud se ha mantenido en niveles similares a los de 2020, donde estaba presente la pandemia.

Al comparar el gasto en salud de los hogares entre 2018 y 2022, se observa un incremento ligero, en contraste con el aumento más marcado registrado con respecto a 2020, periodo en el que la pandemia tuvo un impacto significativo. En particular, el gasto en atención hospitalaria aumentó en casi 50.5% en comparación con 2018, lo que contrasta notablemente con el incremento de 29.2% registrado entre 2018 y 2020, que estuvo directamente relacionado con la pandemia.

El cuadro 1 presenta el gasto en salud dividido por quintiles de ingresos per cápita, evidenciando una menor inversión por habitante en los primeros dos quintiles con una ligera disminución en el primer quintil entre los años 2016 y 2018, se observa un aumento leve en los restantes quintiles durante este mismo periodo.

Cuadro 1
Gasto en salud por deciles de ingreso per cápita 2016-2022
(pesos constantes del 2022)

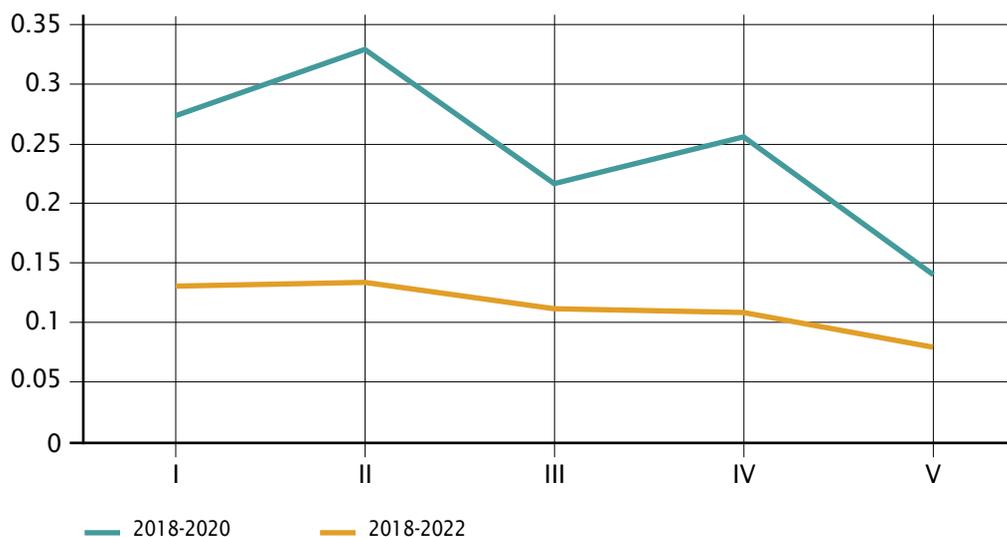
Quintiles	2016	2018	2020	2022
I	107	97	150	147
II	124	133	220	203
III	167	190	274	275
IV	256	253	381	362
V	724	736	949	972
Total	277	282	395	392

Fuente: estimaciones propias con base en la ENIGH 2016-2022.

Como se señaló previamente, el cuadro 1 refleja el incremento en el gasto per cápita en salud debido a la pandemia de la covid-19 en 2020, y mantiene niveles similares en 2022. No obstante, es relevante examinar cómo se distribuyó este aumento en el gasto per cápita entre los diferentes quintiles durante los años de estudio. ¿Cuál de los quintiles mostró un mayor gasto en salud en el contexto de la pandemia?

Para abordar esta cuestión, la gráfica 2 presenta las curvas de crecimiento del gasto per cápita en salud entre los años 2018 y 2020, así como entre 2018 y

Gráfica 2
Curvas de crecimiento para el gasto de salud per cápita por quintiles de ingreso per cápita 2018-2020 y 2018-2022



Fuente: estimaciones propias con base en la ENIGH 2016-2022.

2022. En ambos periodos de análisis, se observa un crecimiento positivo en todos los quintiles.

Notablemente, el mayor incremento se produjo durante la pandemia, donde se aprecia un crecimiento más significativo en los dos quintiles inferiores, que representan 40% de la población con menores ingresos. En estos quintiles, el gasto per cápita aumentó entre 12.5 y 35%, respectivamente.

En el periodo de 2018 a 2022, el crecimiento del gasto per cápita en salud es significativamente más moderado en comparación con el periodo anterior de análisis. No obstante, es importante destacar que se mantiene en un crecimiento positivo. Como se mencionó previamente, a pesar del aumento del ingreso corriente en los hogares, el gasto per cápita en servicios de salud sigue siendo notablemente superior al registrado en el año 2018.

Algo interesante de considerar, es que en ambos periodos de análisis (2018-2020 y 2018-2022) el menor incremento en el gasto per cápita en salud se registra en 20% de la población con mayor ingreso, con un incremento de casi 15% en pandemia y de casi 8% para el año 2022.

Resulta intrigante establecer una relación entre el gasto privado en salud, específicamente el gasto de bolsillo de los hogares, y la cobertura y acceso a los servicios de salud por parte de la población. Para explorar esta relación, es esencial analizar el acceso a los servicios de salud, como se describe enseguida.

ACCESO A SERVICIO DE SALUD EN LA MEDICIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA POBREZA

La LGDS, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* en 2004, sirve como el marco principal y eje rector que regula y confiere al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) la responsabilidad de guiar la política social del país. En 2010, este organismo emitió los lineamientos para definir, identificar y medir la pobreza, estableciendo los criterios para la primera serie de mediciones multidimensionales de la pobreza a nivel nacional y estatal durante el periodo 2008-2018.²

En 2018, debido a cambios en las dinámicas sociales, se llevaron a cabo modificaciones normativas que resultaron en la publicación de nuevos lineamientos y

2. Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza del año 2010, https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/DiarioOficial/DOF_lineamientos_pobrezaCONEVAL_16062010.pdf

criterios generales para definir, identificar y medir la pobreza en 2018,³ marcando el inicio de una nueva serie en la medición de la pobreza multidimensional en México.

De acuerdo con la LGDS de 2004, la medición multidimensional de la pobreza se compone de dos dimensiones principales. La primera, se enfoca en el bienestar económico, evaluado a través del ingreso y con un umbral representado por la línea de pobreza extrema, que se construye a partir de la canasta alimentaria, y la línea de pobreza, que se compone de la canasta alimentaria y la canasta no alimentaria. La segunda dimensión, abarca seis carencias sociales, destacando el acceso a servicios de salud, la cual será el enfoque de nuestro análisis (Ley General de Desarrollo Social, 2004).

Como se mencionó previamente, la inclusión del acceso a los servicios de salud en la medición multidimensional de la pobreza en México se fundamenta en el marco normativo de las leyes federales, que incluyen el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la normativa establecida en la LGS. Estas regulaciones establecen el componente esencial que el Estado debe garantizar a fin de que todas las personas puedan ejercer su derecho constitucional a la salud.

De manera similar, el artículo 6º de la LGDS establece que “son derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación nutritiva y de calidad, la vivienda digna y decorosa, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social, y los relativos a la no discriminación en términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. Por lo tanto, es una obligación del Estado asegurar y proteger el derecho a la salud a través de políticas gubernamentales, programas sociales y reformas legales que tengan como objetivo el pleno ejercicio de este derecho.

DEFINICIÓN DE LA CARENCIA POR ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

La LGDS permite identificar dos enfoques para analizar la naturaleza multidimensional de la pobreza. Uno de estos es el enfoque de derechos, que se relaciona con la existencia de derechos fundamentales inseparables e interdependientes. Dentro de estos se incluye el acceso a los servicios de salud, que se considera “un elemento esencial para el nivel de vida que proporciona las bases necesarias para el manteni-

3. Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza del año 2018, <https://www.coneval.org.mx/Normateca/Documents/ANEXO-Lineamientos-DOF-2018.pdf>.

miento de la existencia humana y su adecuado funcionamiento físico y mental [...]” (Lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza, 2018: 20).

Este enfoque se deriva de lo establecido en el artículo 4º de la Constitución y de lo considerado en la LGS, que establece que toda persona tiene el derecho a la protección de la salud. También se debe tener en cuenta que todos los ciudadanos mexicanos deben estar incorporados al sistema de protección social en salud. Por lo tanto, las personas que no sean beneficiarias de las instituciones de seguridad social o que no tengan acceso a otro mecanismo de atención médica deben ser inscritas en el sistema de protección social en salud (artículo 77 bis 3 de la Ley General de Salud).

A partir de las consideraciones establecidas en el marco normativo a nivel federal y estatal, se establece un criterio para determinar si una persona se encuentra en situación de carencia en cuanto al acceso a los servicios de salud. Un individuo cumplirá con este criterio: no tiene afiliación o derecho a recibir servicios médicos de ninguna institución que los brinde, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, ejército o marina), o si no cuenta con servicios médicos privados.

En este sentido, la normativa establecida en la LGDS establece el estándar mínimo que el Estado debe garantizar para que cada individuo pueda ejercer un derecho constitucional consagrado en la Carta Magna, el cual comprende la protección de la salud y, por ende, el acceso a los servicios de salud.

El derecho a la salud no solo se trata de garantizar el acceso a los servicios de salud, sino también de contar con una protección y un sistema que esté disponible, accesible, aceptable y de calidad. Por lo tanto, es importante tener en cuenta otros elementos, como la oportunidad, la efectividad y la calidad de los servicios de salud, para evaluar y garantizar el pleno ejercicio de este derecho. Este enfoque plantea un desafío conceptual y metodológico en lo que respecta al derecho a la salud.

CAMBIO DE PARADIGMA EN LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

Para realizar el análisis de la carencia por acceso a servicios de salud a partir de la derogación del seguro popular se tomó en cuenta la base de datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares (ENIGH) publicada por el INEGI y así como la metodología del Coneval para determinar la carencia por acceso a servicios de salud definida durante los años 2016, 2018, 2020 y 2022.

Gráfica 3
Porcentaje de personas con carencia por acceso a servicios de salud a nivel nacional y por ámbito de residencia
(2016-2022)



Fuente: estimaciones propias con base en la ENIGH 2016-2022.

Según los datos proporcionados por el Coneval (2016), 15.6% de la población en México experimentaba carencia en el acceso a los servicios de salud. En 2018, este porcentaje aumentó ligeramente a 16.2%. Sin embargo, en el contexto de la pandemia mundial en 2020, se observó un aumento significativo, alcanzando 28.2% de la población que enfrentaba esta carencia, lo que representa un incremento de 12 puntos porcentuales con respecto a 2018. Aún más preocupante es el aumento reportado para 2022, donde la incidencia de la carencia por acceso a los servicios de salud aumentó significativamente, llegando a 39.1% de la población, es decir, más de 50 millones de personas en ese año no tenían acceso a servicios de salud.

Ahora, al tomar en cuenta el contexto rural y urbano, se observa un crecimiento aún más pronunciado en la población que vive en áreas rurales durante el periodo de 2018-2020, pasando de 13.7 a 30.5%. Aunque se informa que hay un aumento en el ámbito urbano, este es ligeramente menor en comparación con el promedio nacional, llegando a 33.9% de personas en carencia por acceso a servicios de salud en 2022.

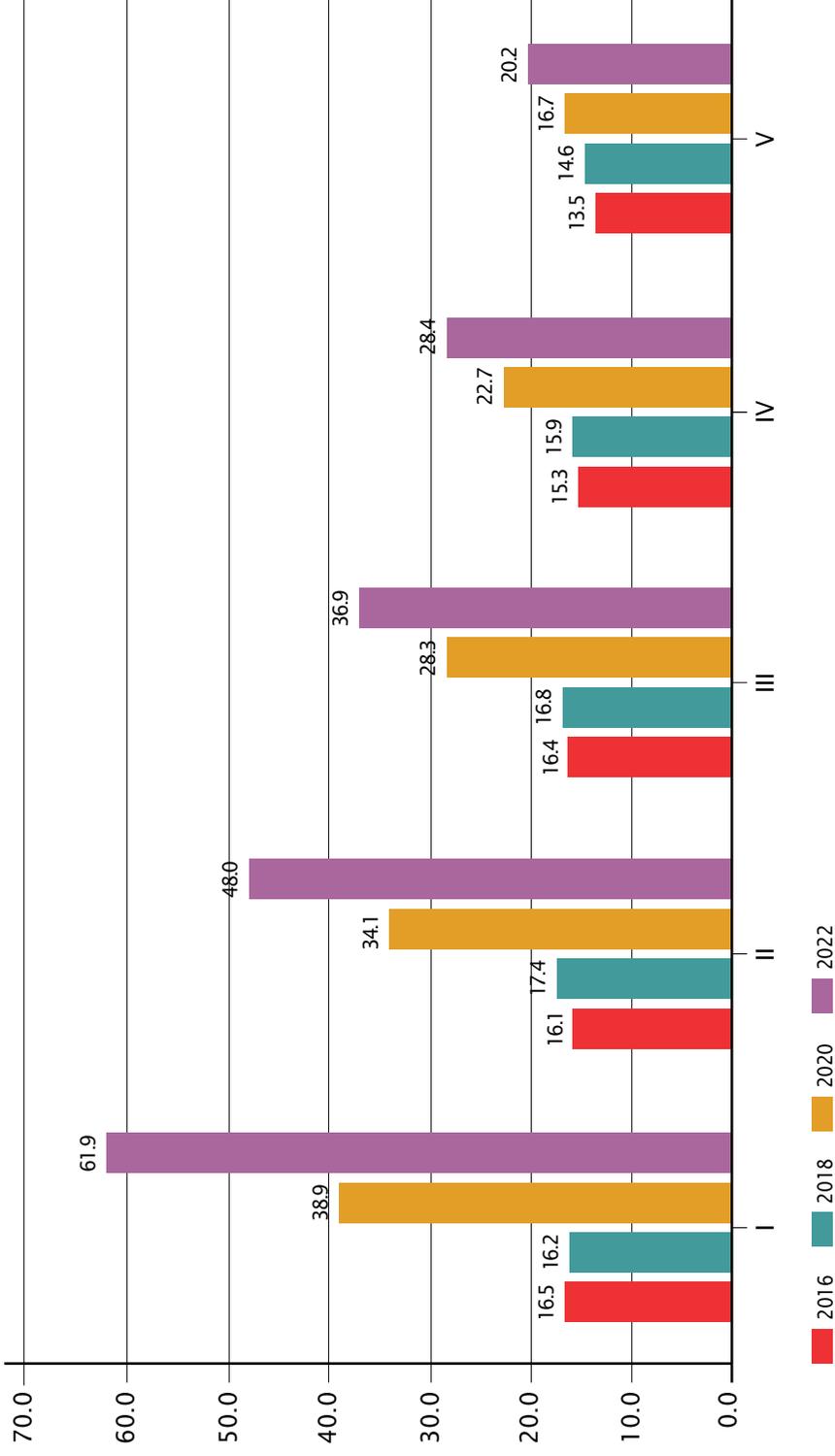
La gráfica 4 nos proporciona información sobre el porcentaje de personas con carencia por acceso a los servicios de salud en cada uno de los quintiles de ingreso, desglosados por año. En este análisis, se destaca que los dos primeros quintiles fueron los más afectados en términos porcentuales.

En particular, los quintiles uno y dos experimentaron un drástico aumento en la carencia por acceso a servicios de salud. En el año 2020, el primero registró 38.5% y el segundo 34.1% de la población enfrentaba esta carencia, y en 2022, esta cifra se elevó considerablemente 61.9 y 48% de la población, respectivamente.

Al analizar las regiones geográficas (gráfica 5), se observa un notable aumento en la carencia por acceso a servicios de salud en la Región Sur, que comprende los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas. Esta región pasó de tener 18.3% de carencia en 2018 a un alarmante 62.4% en 2022, lo cual supera significativamente los niveles registrados durante la pandemia en 2020, que fueron de 36.1% para esta región.

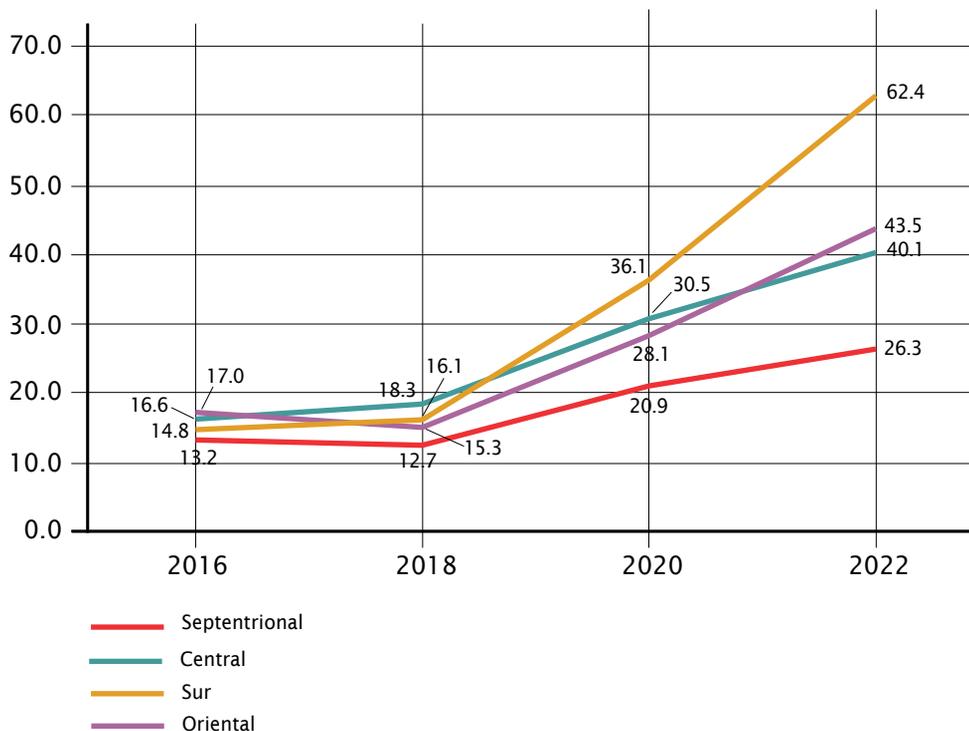
Un patrón similar de crecimiento en la carencia por acceso a servicios de salud se observa en la Región Oriental, que aumentó de 15.3 en 2018 a 43.5% en 2022. Resulta interesante y preocupante notar que tanto la Región Sur como la Región Oriental estaban en un principio muy por debajo de la Región Central en términos de carencia por acceso a servicios de salud. Sin embargo, para el año 2020, la Región Sur pasó a tener niveles de carencia por acceso a servicios de salud comparables a la Región Central, mientras que la Región Oriental aún mantenía niveles más bajos

Gráfica 4
Porcentaje de personas con carencia por acceso a servicios de salud por cada quintil de ingreso per cápita (2016-2022)



Fuente: estimaciones propias con base en la ENIGH 2016-2022.

Gráfica 5
Porcentaje de personas con carencia por acceso a servicios de salud por cada macrorregión (2016-2022)



Fuente: estimaciones propias con base en la ENIGH 2016-2022.

que la anterior. Para el año 2022, ambas regiones del sureste del país presentan niveles de carencia por acceso a servicios de salud significativamente más altos que la Región Central.

En contraste, la Región Septentrional, que comprende los estados del norte del país, experimentó un aumento en la carencia por acceso a servicios de salud que fue menos prolongado en comparación con otras regiones. Aunque hubo un aumento general, esta región mantuvo una brecha de carencia por acceso a servicios de salud que era en su mayoría similar entre 2016 y 2018.

ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS CON EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Para identificar las características más relacionadas con la carencia por acceso a servicios de salud, se llevó a cabo un análisis de regresión logística. En este análisis, la variable de respuesta fue la carencia por acceso a servicios de salud, mientras que

las variables explicativas incluyeron diversos factores, como el tipo de localidad de residencia (urbana/rural), el género, la pobreza extrema, los quintiles de ingreso per cápita, la macro región del país de pertenencia, la presencia de gasto catastrófico en salud en el hogar y si la persona es hablante de lengua indígena.

El cuadro 2 presenta las razones de momios (*odds ratio*) de las variables explicativas incluidas en el modelo de regresión para cada uno de los años analizados (2016-2022). Se observa que, en 2016, residir en un entorno rural aumentaba en 1.4 veces la probabilidad de experimentar carencia por acceso a servicios de salud, esta relación se mantuvo constante en 2018. Sin embargo, en los años posteriores, 2020 y 2022, el coeficiente disminuye y, en 2022, se invierte la interpretación, indicando que ahora hay una mayor probabilidad de carencia por acceso a servicios de salud cuando se reside en un entorno urbano.

En cuanto al género, a lo largo de los cuatro años del estudio se observa una ligera mayor probabilidad de que las mujeres experimenten carencia en comparación con los hombres. La pobreza extrema desempeña un papel significativo en la caren-

Cuadro 2
Razones de momios de las variables que explican la carencia por acceso a los servicios de salud mediante un modelo de regresión logística (2016-2022)

<i>Carencia por acceso a servicios de salud (odd ratios)</i>								
<i>Variables</i>	2016		2018		2020		2022	
Rural	1.46	***	1.41	***	1.22	***	0.65	***
Sexo	0.69	***	0.70	***	0.77	***	0.82	***
Pobreza extrema	2.94	***	2.98	***	4.08	***	3.84	***
Quintiles								
II	1.40	***	1.58	***	1.51	***	0.97	
III	1.39	***	1.48	***	1.16	***	0.66	***
IV	1.28	***	1.38	***	0.87	***	0.47	***
V	1.08		1.22	***	0.59	***	0.32	***
Región								
Central	1.29	***	1.52	***	1.50	***	1.64	***
Sur	1.04		1.22	***	1.48	***	2.50	***
Oriental	1.34	***	1.22	***	1.20	***	1.56	***
Gasto catastrófico en salud	1.35	***	1.09		1.32	***	1.47	***
Lengua indígena	0.73	***	0.72	***	0.70	***	0.98	
Constante	0.15	***	0.13	***	0.35	***	1.10	***
Clasificación correcta	0.85		0.84		0.74		0.68	
AIC	0.84		0.86		1.12		1.20	
P-value prueba F	0.00		0.13		0.00		0.05	

Fuente: estimaciones propias.

cia por acceso a servicios de salud. En 2016, ser extremadamente pobre aumentaba casi tres veces la probabilidad de carencia por acceso a servicios de salud. En los años 2020 y 2022, esta probabilidad aumenta a casi cuatro veces la posibilidad de experimentar carencia por acceso a servicios de salud si se encuentra en situación de pobreza extrema.

En cuanto a los quintiles de ingreso per cápita, a lo largo del periodo de estudio se observa una relación inquietante. En 2016 y 2018, pertenecer a los quintiles de mayores ingresos aumentaba la probabilidad de experimentar carencia por acceso a servicios de salud en comparación con 20% de la población con menores ingresos; esta relación se mantuvo constante en 2018. Sin embargo, durante la pandemia, la razón de momios se invierte, conservando esta misma tendencia hasta 2022. Los resultados indican que pertenecer al quintil de menores ingresos del país es tres veces más probable que resulte afectado por la carencia en acceso a servicios de salud que si pertenece al quintil de mayores ingresos.

En términos regionales, en 2016, pertenecer a la región septentrional o la Región Sur no alteraba la probabilidad de experimentar carencia en acceso a servicios de salud; esto era más evidente si se pertenecía a la Región Oriental o Central. A lo largo del análisis, la mayoría de estos coeficientes se mantuvieron constantes en la unidad. No obstante, para 2022, pertenecer a la Región Sur aumenta 2.5 veces más la probabilidad de experimentar carencia en acceso a servicios de salud en comparación con la Región Septentrional, que incluye a los estados fronterizos.

El gasto catastrófico en salud de los hogares también influye en la carencia en acceso a servicios de salud. En 2016, provenir de un hogar con gasto catastrófico en salud aumentaba en 1.35 veces la probabilidad de experimentar carencia en acceso a servicios de salud. Esta relación se mantuvo constante en 2020, a pesar de la pandemia de la covid-19. Resulta interesante observar que para 2022, esta relación se intensificó con respecto a 2018 y 2020, llegando a 1.4 veces más la probabilidad de experimentar carencia en acceso a servicios de salud si se proviene de un hogar con gasto catastrófico.

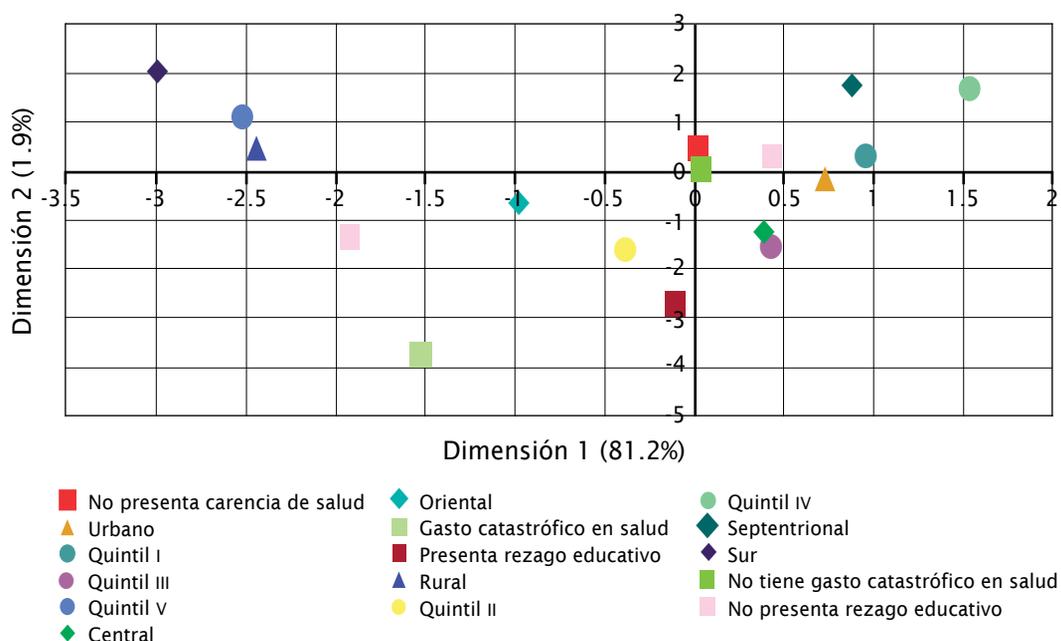
Con el propósito de observar las características vinculadas al indicador de carencia por acceso a servicios de salud, se realiza un análisis de correspondencias múltiples. Este se efectuó para los años 2018 y 2022 e incluyó seis variables, a saber: carencia por acceso a servicios de salud, ámbito de residencia (rural u urbano), quintil de ingreso corriente total per cápita, macro región de pertenencia del hogar, si el individuo proviene de un hogar con gasto catastrófico en salud y el indicador

de rezago educativo. En ambos análisis anuales, el porcentaje de varianza explicada superó 70%, lo que indica la solidez de los resultados obtenidos.

La gráfica 6 representa el análisis de correspondencias múltiples para el año 2016, y en ella se observan diversas asociaciones de interés. En la parte superior derecha (cuadrante I) de la gráfica, se aprecia una fuerte relación entre los dos quintiles superiores de ingresos y la Región Septentrional. También, se destaca una asociación entre la Región Central y el tercer quintil de ingreso, así como una relación entre el primer quintil, la Región Sur y el ámbito de residencia rural. Entre las carencias, se evidencia una conexión marcada entre aquellos que no presentan carencias en acceso a servicios de salud, carencias por rezago educativo y personas que habitan en hogares sin gasto catastrófico en salud.

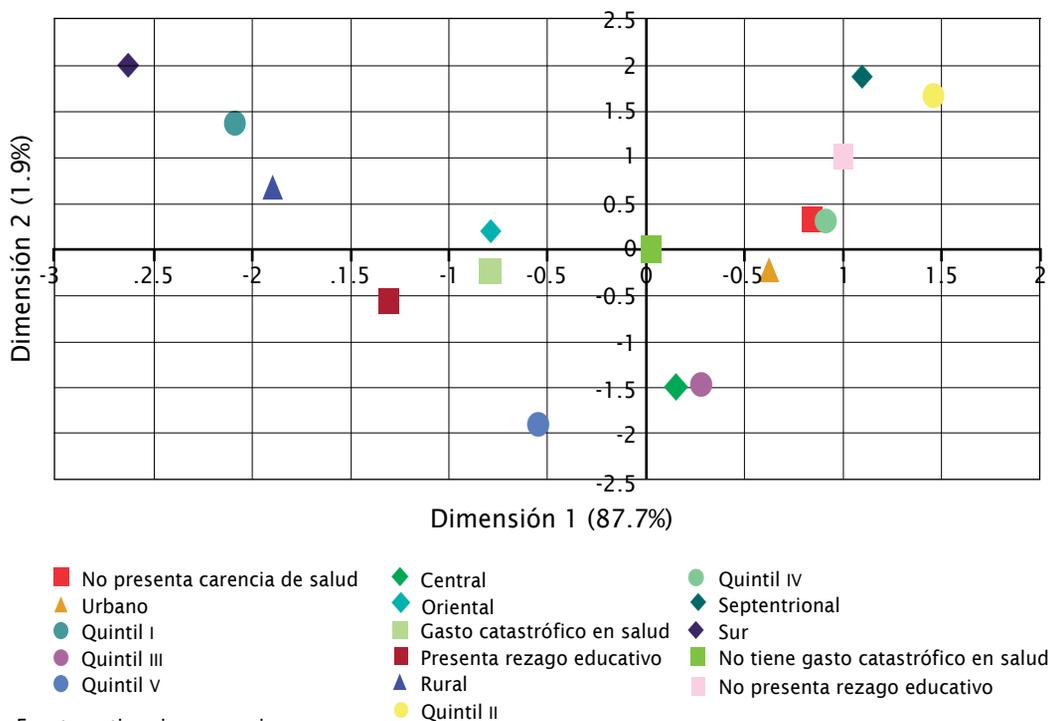
Por otro lado, se observa una asociación entre las personas que presentan gasto catastrófico en salud y aquellas con carencia de acceso a servicios de salud. Estas características también muestran una relación marcada con los quintiles de ingreso inferiores (quintil I y II), las regiones sur y oriental, y las personas que residen en áreas urbanas y experimentan carencias por rezago educativo.

Gráfica 6
Análisis de correspondencias múltiples para el año 2016



Fuente: estimaciones propias.

Gráfica 7
Análisis de correspondencias múltiples para el año 2022



Fuente: estimaciones propias.

El año 2022 (gráfica 7) presenta una configuración notablemente diferente en comparación con el año 2016. Se destaca una fuerte asociación entre el primer quintil de ingresos y el ámbito de residencia rural. Además, se observa una relación más acentuada entre la presencia de gasto catastrófico en salud y la carencia por acceso a servicios de salud, especialmente en las regiones oriental y sur, así como entre aquellos que residen principalmente en áreas rurales.

Resulta interesante notar cómo la configuración de la carencia por acceso a servicios de salud se ha acentuado en los deciles inferiores de la distribución de ingresos, es decir, entre las personas con menores ingresos, así como en las regiones del golfo, sur y sureste del país, y entre aquellos que habitan en áreas rurales.

REFLEXIONES FINALES

El propósito de este análisis ha sido explorar la configuración y la relación del acceso a servicios de salud en la población mexicana y su relación con factores geográficos

y económicos. Se destaca un cambio drástico en el aumento de personas que han experimentado carencias en el acceso a servicios de salud, a pesar de que el artículo 4º de la Constitución Política de México garantiza este derecho fundamental para todos los mexicanos. El análisis también pone de manifiesto que México es un país marcado por desigualdades, no solo en términos económicos, como se ha evidenciado a través de la segmentación de la población en quintiles, sino también en aspectos geográficos.

Dos regiones se destacan como focos de desigualdad y desafíos significativos en cuanto al acceso a servicios de salud: la Región Sur, que incluye los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, y la Región Oriental, que abarca Veracruz, Tabasco, Campeche, Quintana Roo y Yucatán. Estas regiones han mostrado las mayores carencias y los cambios más notables en el acceso a servicios de salud en los últimos seis años.

A pesar de los desafíos planteados por la pandemia de la covid-19, México ha enfrentado un crecimiento continuo de la carencia en el acceso a servicios de salud. Además de los efectos de la pandemia, se atribuye este aumento significativo a cambios normativos radicales implementados durante la presente administración, que carecieron de un plan adecuado para reestructurar el sistema nacional de salud.

El sistema de salud en México ha evolucionado de manera fragmentada y desigual. Aunque se han implementado programas para mejorar el acceso, se ha descuidado la calidad y las necesidades de la mayoría de la población que carece de seguridad social. El Seguro Popular, establecido en 2003, fue un esfuerzo inicial del gobierno mexicano para ampliar la cobertura de servicios de salud a quienes carecían de seguridad social. Aunque se lograron altos niveles de acceso en 2016, la expansión del sistema público de salud a través del seguro popular no logró satisfacer plenamente las necesidades del país. Además, la inversión pública en salud en México ha permanecido estancada durante más de una década, con niveles muy por debajo de otros países latinoamericanos y del promedio de la OCDE. Esto ha resultado en una falta de crecimiento en la infraestructura de salud pública y en un aumento en el gasto de bolsillo y el gasto privado, principalmente a cargo de los hogares.

Indudablemente, el análisis descriptivo y el modelo de regresión arrojan conclusiones fundamentales sobre la situación actual de la carencia en el acceso a servicios de salud en México. En primer lugar, se observa un aumento notablemente preocupante en la incidencia de personas que enfrentan carencias en el acceso a servicios de salud. Este incremento se atribuye principalmente a dos razones clave. En primer

lugar, el contexto de la pandemia de la covid-19 ha tenido un efecto significativo, y en segundo lugar, se ha llevado a cabo una reestructuración en el sistema nacional de salud, especialmente dirigida a quienes carecían de acceso a la seguridad social. Esto ha afectado principalmente a trabajadores en la informalidad y autónomos.

La desaparición del Seguro Popular y su falta de cobertura para aquellos que estaban afiliados a este sistema han resultado en un aumento sostenido en la carencia de acceso a servicios de salud, especialmente en el año 2022. A través del análisis de quintiles de ingreso per cápita y de las macro regiones del país, se observa una homogeneización en la cobertura de acceso a servicios de salud, principalmente debido a la adscripción generalizada al Seguro Popular en 2022. Esto contrasta con los años iniciales del estudio en 2016 y 2020, cuando se destacaba una marcada diferencia en la cobertura, favoreciendo a la población con menores ingresos, residentes en áreas rurales y en estados de las macro regiones Sur y Oriental.

Estos hallazgos se corroboran en los análisis de regresión logística y correspondencia, donde se revela una creciente disociación entre la carencia de acceso a servicios de salud y las variables o factores tradicionalmente asociados. Elementos como el ámbito de residencia, quintiles de ingreso, macro región del país y el habla de una lengua indígena han perdido relevancia en la explicación de la carencia de acceso a los servicios de salud. En contraste, la importancia del gasto catastrófico en salud en los hogares es cada vez más marcada y sigue aumentando a lo largo de los años. Esto significa que los hogares gastan más en servicios de salud de lo que el Estado puede garantizar en términos de cobertura mínima.

En resumen, los determinantes tradicionales basados en ingreso y regionales han perdido relevancia en la explicación de la carencia en el acceso a servicios de salud en 2022. Estos resultados subrayan la creciente heterogeneidad en la prestación de servicios de salud en México y las dificultades que enfrenta el sistema de salud para garantizar la igualdad de acceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Bautista-Arredondo, S.; A. Vargas-flores; L.A. Moreno-Aguilar, y M.A. Colchero, (2023), Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022, *Salud Pública de México*.
- Baeza, C., y T. Packard (2006), *Beyond survival: protecting household from health shocks in Latin America*, Stanford University Press-The World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7120>.

- Bhattacharya, J.; T. Hyde, y P. Tu (2014), *Health economics*, Palgrave Macmillan.
- Castro-Onofre M. M. y S. Charvel-Orozco Panorama del gasto en comunicación social en salud: un caso del sector salud en México, 2015-2017, *Salud Pública Mex*, 2021 3:63 (3 mayo-junio):452-458. Spanish. doi: 10.21149/11854. PMID: 34098620.
- Cordera, R. y C. Murayama (2012), *Los determinantes sociales de la salud en México*, México, FCE.
- Dávila, E., y M. Guijarro (2001), Evaluación del sistema de salud en México y propuestas de reforma, CEPAL-Serie *Financiamiento del desarrollo*, núm. 917.
- Díaz-González, E. y J. B. Ramírez-García (2017), Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México, *Papeles de Población*, 23: 65-91.
- Flamand, L. y C. Moreno (2014), *Seguro popular y federalismo en México. Un análisis de política pública*, México, CIDE.
- Frenk, J. (2006), "Sistemas de Protección Social en Salud", en P.E. González; C. Barraza, y A. Gutiérrez y Vargas (coords.) (2006), *Sistemas de protección social de salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México, SS-FCE
- FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación A.C. (2021), *Desigualdad en el acceso a la salud: panorama del gasto en México*. Recuperado de <http://www.fundar.org.mx/wp-content/uploads/2019/06/Desigualdad-en-el-acceso-a-la-salud-panorama-del-gasto-en-M%C3%A9xico.pdf>
- Gómez Dantés O., S. Sesma; V. M. Becerril; F. M. Knaul; H. Arreola, y J. Frenk (2011), Sistema de salud de México, *Salud Pública de México*, 53(supl. 2): s220-s232. Recuperado en 12 de octubre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es.
- INEGI (2023), Comunicado de prensa núm. 420/23, "Resultados de la Encuesta Nacional de Ingreso Gastos en los Hogares ENIGH 2022". Recuperado: ENIGH2022.pdf (inegi.org.mx)
- Jack, W. (1999), *Principles of Health Economics for Developing Countries*, World Bank Institute Development Studies. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/569351468765045048/pdf/multi-page.pdf>.
- Knaul, F., H. Arreola-Ornelas; R. Wong; D. Lugo-Palacios, y O. Méndez-Carniado (2018), "Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012", *Salud Pública Mex*, 60: 130-140.
- Ley General de Salud [LGS], Reformada, *Diario Oficial de la Federación* [DOF], 29 de mayo de 2023, México.
- Ley General de Desarrollo Social [LGDS], Reformada, *Diario Oficial de la Federación* [DOF], 11 de mayo de 2022, México.

- Ley Organica de la Administración Pública Federal [LOAPF], Reformada, *Diario Oficial de la Federación* [DOF], 29 de mayo de 2023, México.
- Martínez, J. y C. Murayama (2016), "El sistema de atención a la salud en México", en Ciro Murayama y Santos M. Ruesga (Coords) *Hacia un sistema nacional público de salud en México. Una propuesta integral a partir de experiencias internacionales*, Programa Universitario de Estudios del Desarrollo, PUED-UNAM, Instituto Belisario Domínguez-Cámara de Senadores, México.
- Molina, R.; M. Pinto, P. Henderson, y C. Vieira (2000), "Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8795>.
- OCDE (2023), Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2023, México.
- Parker, S. W. y R. Wong (1997), "Household income and health care expenditures in Mexico", *Health Policy*, 40(3), 237-255 (doi.org/10.1016/S0168-8510(97)00011-0).
- Phelps, C. (2003), *Health economics*, Pearson Education.
- Rodríguez-Abreu, M. (2021), "Gasto de bolsillo y gastos catastróficos en salud en hogares mexicanos", *Carta económica regional*, 34(128): 59-83.

ATLAS DE ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE EN LA CIUDAD DE MÉXICO

KARINA GARDUÑO MAYA*

INTRODUCCIÓN

Alrededor del mundo existe un grupo poblacional que ha sido marginado, discriminado y desatendido: las personas en situación de calle. A nivel económico, político y social, este conjunto poblacional se encuentra diariamente en una amplia desventaja por conseguir alimento, seguridad, refugio y acceso a servicios de salud. Para el caso de México, las calles de la Ciudad de México (CDMX) concentran la mayor cantidad de personas en esta situación, lo cual se explica por el tamaño económico y la dinámica poblacional que hay en sus demarcaciones, que si bien manifiestan un gran desarrollo en cuestiones de infraestructura y servicios, paradójicamente también propician condiciones de desigualdad.

La falta de conexión entre las personas en situación de calle y las instituciones de salud pública y asistencia social puede deberse a factores como el desconocimiento, miedo e inseguridad por parte de las personas en esta condición, pero también por la falta de planeación y estrategias que permitan identificar, orientar y brindar el apoyo necesario por parte de las instituciones. Por lo que, el principal objetivo de este capítulo es generar un atlas de accesibilidad a servicios de salud dentro de las alcaldías de la CDMX, con datos oficiales de 2022, a través de los Sistemas de In-

* La autora agradece a Zyanya Mariana Gutiérrez Rojas, prestadora de servicio social del programa “Estimación prospectiva de datos económicos, poblacionales y de medio ambiente para las ciudades mexicanas 2020-2040”, clave 2023-12/40-2923 de la UNAM, a cargo de Roberto Ramírez Hernández, por el apoyo en la búsqueda de bibliografía.

formación Geográfica (SIG), con el fin de visualizar los sitios en los que las personas en situación de calle puedan ser atendidas, y que más allá de identificar recursos de salud pública en las alcaldías, sirva de reflexión para el desarrollo de estrategias que permitan mitigar este problema.

LA IMPORTANCIA DE LOS SIG EN LA IDENTIFICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Los SIG son herramientas que integran datos de ubicación con diferentes tipos de información, permitiendo el análisis y la representación cartográfica. Son fundamentales en diversos sectores y ayudan a comprender patrones y relaciones geográficas. Sus ventajas incluyen mejorar la comunicación, la eficiencia, la gestión y la toma de decisiones (ESRI, 2023).

Con esta definición, los SIG se convierten en un instrumento esencial para abordar la problemática de las personas en situación de calle, pues permiten realizar el mapeo de los recursos como las instituciones de salud pública y de refugios, lo que permite valorar si los servicios son suficientes, comprender mejor las necesidades en determinadas áreas, e identificar las rutas de conexión entre los servicios de salud y las personas.

En la literatura hay esfuerzos importantes para la comprensión de la problemática de la población sin hogar, como es el caso de Siersbaek *et al.* (2021) que identifican cómo los sistemas de salud facilitan el acceso a los servicios de salud para esta población. Sin embargo, no todos los estudios realizan mapas al respecto.

A nivel internacional, para el caso de Estados Unidos, Burth *et al.* (2010), desarrollaron una agenda gubernamental de servicios básicos para las personas en situación de calle. Por otra parte, Ingram *et al.* (2023) realizan un estudio para Irlanda sobre la asociación entre la falta de vivienda y el acceso reducido a la atención médica en las personas sin hogar. Pero ninguno de los estudios muestra mapas al respecto.

No obstante, el gobierno de Massachusetts cuenta con un sitio *web MassGIS Data: Community Health Centers* (2019) que muestra en mapas los centros de salud sin fines de lucro que ofrecen atención médica integral a todas las personas, independientemente de su situación. Igualmente, el sitio *web Care for the homeless* (2023) muestra mapas de acceso de las personas en situación de calle a servicios de salud y asistencia social.

También Crane *et al.* (2018) realizan mapas para identificar los servicios de salud primaria para personas sin hogar en Inglaterra; Buccieri (2014) hace un mapeo

de la geografía-tiempo para personas sin hogar en Toronto. Por su parte, Ahasan *et al.* (2021) lo elaboraron sobre los casos de estudio de las personas sin hogar en EU y Canadá. Además, Chan *et al.* (2014) lo generaron con SIG apoyándose en los testimonios de personas sin hogar para determinar sus áreas frecuentes.

Para el caso de México, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2019) generó un estudio para comprender las problemáticas específicas que enfrentan las mujeres sin hogar para acceder a programas públicos que mejoren su condición; se realizaron mapeos sencillos para su ubicación en la CDMX, Guadalajara, Puebla, Tijuana y Acapulco. Por otro lado, Alemán *et al.* (2019) coordinan diversas perspectivas para el estudio de las personas en situación de calle, pero no presentan mapas que permitan ver las áreas con mayor afluencia y servicios. Mientras que Toscana (2021) aborda el impacto de la pandemia por la covid-19 para la población sin hogar en la CDMX, y aunque presenta algunas fotografías, no hay evidencia mediante mapas.

SERVICIOS DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL EN LAS ALCALDÍAS EN LA CDMX

De acuerdo con el glosario del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el término “personas en situación de calle” no existe, en su lugar está el concepto “población sin vivienda” que hace referencia a las “personas que no tienen un lugar de residencia, es decir, que pernoctan en lugares públicos” (INEGI, 2020). En términos del Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, esta población puede encontrarse en refugios, los cuales se denominan como “cueva o instalación improvisada que en el momento del levantamiento censal se utiliza para vivir. Algunos ejemplos son: palapa, techo, tubo de drenaje y casa de campaña. Las edificaciones en construcción o en ruinas se incluyen en esta categoría” (INEGI, 2020).

Sin embargo, cabe la posibilidad de que muchas de las personas en esta situación ni siquiera cuenten con algo llamado refugio, es por ello que, en esta investigación se utiliza el término “personas en situación en calle” para enfatizar que se trata de un problema latente que va más allá de no contar con un lugar fijo para vivir, sino de las dificultades que tienen para satisfacer las necesidades de alimentación e higiene, las cuales derivan en problemas de salud y, por lo tanto, en dificultades para tener acceso a los servicios de salud.

En el cuadro 1 se muestra el número de refugios totales en la CDMX y en el país. A nivel nacional, el número de refugios creció considerablemente entre el 2000 y 2020, en 118%, lo cual, lejos de parecer un dato favorable, no lo es, ya que esto puede implicar

Cuadro 1
CDMX: número de refugios en las alcaldías, 2000-2020

<i>Alcaldía</i>	<i>Número de refugios</i>			<i>Porcentaje</i>		
	<i>2000</i>	<i>2010</i>	<i>2020</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>	<i>2020</i>
Alvaro Obregón	25	92	13	8	23	3
Azcapotzalco	4	6	30	1	2	7
Benito Juárez	10	1	12	3	0	3
Coyoacán	11	18	14	3	5	3
Cuajimalpa de Morelos		2	3	0	1	1
Cuauhtémoc	133	107	62	40	27	14
Gustavo A. Madero	19	35	26	6	9	6
Iztacalco	3	8	18	1	2	4
Iztapalapa	37	72	100	11	18	23
La Magdalena Contreras	2	3	21	1	1	5
Miguel Hidalgo	28	21	21	8	5	5
Milpa Alta	2	4	11	1	1	3
Tláhuac	3	5	25	1	1	6
Tlalpan	11	4	19	3	1	4
Venustiano Carranza	30	9	48	9	2	11
Xochimilco	14	8	13	4	2	3
<i>Total CDMX</i>	<i>332</i>	<i>395</i>	<i>436</i>	<i>9</i>	<i>18</i>	<i>6</i>
<i>Total Nacional</i>	<i>3 576</i>	<i>2 201</i>	<i>7 795</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Fuente: elaboración propia con base en datos de los Censos de Población y Vivienda 2000, 2010 y 2020 del INEGI.

que el número de personas en situación de calle haya aumentado también, teniendo en cuenta que los refugios fueron censados debido a que había personas en su interior.

El aumento en el número de refugios puede deberse a factores como el crecimiento poblacional que aumenta la demanda de vivienda y ello pudo haber llevado a más personas a vivir en condiciones precarias. La rápida urbanización ha conducido a la ocupación de áreas marginales con acceso limitado o malas condiciones para la vivienda. Por otro lado, está el problema del desplazamiento forzado debido a desastres naturales, conflictos y problemas económicos que ha dejado a personas sin hogar, obligándolas a vivir en refugios temporales.¹ Además, la falta de acceso a servicios sociales, la ausencia de políticas de vivienda asequible, los problemas de salud mental y la falta de apoyo social vulneran en mayor medida a las personas, empujándolas a estar en situación de calle.

En la CDMX, el patrón es similar, ya que el número de refugios también aumentó de 332 en el 2000 a 436 en el 2020, lo que equivale a 31.3%. La mayoría de las

1. Tal como sucedió en el sismo de 2017 en México, en la CDMX se abrieron varios refugios temporales e improvisados por las mismas personas que se quedaron sin vivienda.

alcaldías experimentaron cambios en el número de refugios, por ejemplo, Álvaro Obregón, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo y Xochimilco tuvieron una disminución en el número de refugios, pero no se tiene claridad si esto se debe a que el número de personas en situación de calle disminuyó o si en realidad se trata de un desplazamiento de personas a refugios de mayor concentración. Mientras que el resto de las alcaldías tuvieron un aumento, en el que destacan los casos de Iztapalapa, Tláhuac, Azcapotzalco e Iztacalco (cuadro 1).

En los 436 refugios censados en la CDMX en 2020, se registraron 1 242 ocupantes, de los cuales 703 son hombres y 539 mujeres (INEGI, 2020). No obstante, este dato no permite conocer las alcaldías en las que se encontraron estos refugios y sus ocupantes, por lo que se asume que están distribuidos a lo largo de las 16 alcaldías. Ruiz Coronel (2019) advierte que los censos no son del todo adecuados para generar información para las personas en situación de calle, debido a la condición nómada y de informalidad en la que viven. Así, hay que considerar que las personas en situación de calle pueden encontrarse en distintos lugares y su ubicación conlleva cambios constantes, por lo que no hay manera de georreferenciar² a esta población a través de los censos.

Este dato puede parecer muy pequeño ante una población de 9 206 306 habitantes en la CDMX en 2020 (INEGI, 2020), pues representa apenas 0.013%, además de las dificultades por tema de vivienda, en cuestiones de salud es una población relativamente pequeña comparada con la cantidad de servicios públicos que hay en las alcaldías, pero ¿por qué es tan difícil atender a estas personas si se trata de población extremadamente vulnerable que debería tener acceso oportuno a servicios de salud?

Para empezar, esta población se enfrenta a un trato despectivo por su condición, algunas pueden padecer negación de los servicios de salud debido a su apariencia física, malas actitudes, burlas o falta de empatía. Pero también el aislamiento en el que se encuentran dificulta que estas personas conozcan los servicios disponibles y en los que pueden tener acceso, así como el padecimiento de violencia y abuso, lo que contribuye a aumentar su vulnerabilidad y disuadirles de buscar ayuda.

Otro obstáculo para que tengan acceso a servicios de salud es la falta de documentación, pues muchas personas carecen de documentos de identificación, lo cual

2. No obstante, sí es posible realizar mapas a través de la participación de personas en situación de calle, como en la investigación de Chan *et al.* (2014). Esto permitiría tener una aproximación a los desplazamientos al interior y entre alcaldías, lo que mostraría cuáles son los sitios con mayor población en esta condición.

es necesario para brindar servicios de salud y llevar un registro adecuado de su situación. Si bien, el desplazamiento de las personas en situación de calle es constante su movilidad es limitada, pues la falta de acceso a transporte público y la localización de los servicios de salud pueden dificultar su acceso a ellos, ya que la distancia de las instituciones de salud pública hacia los posibles refugios puede ser muy grande.

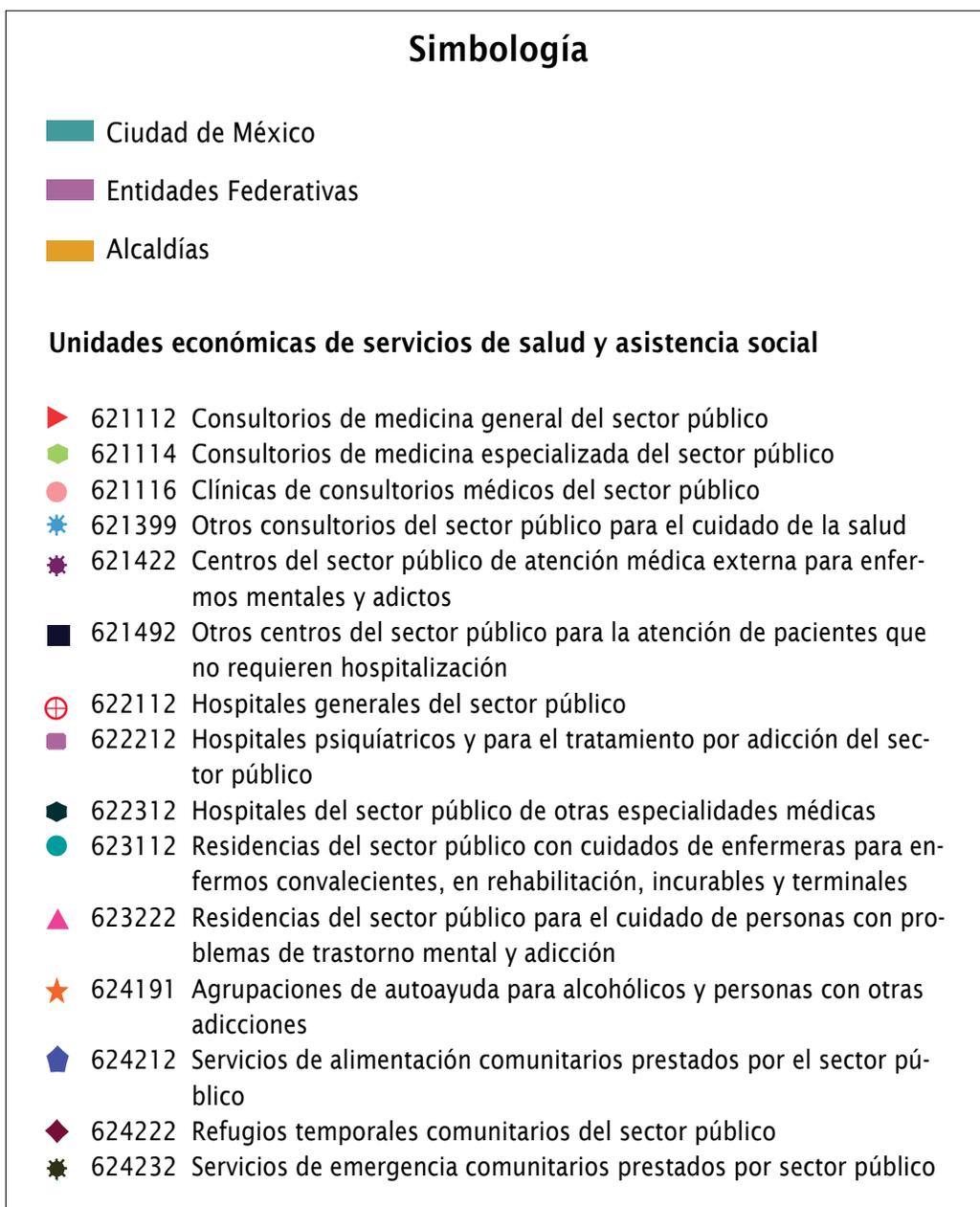
Tampoco hay que olvidar la existencia de barreras lingüísticas, que impiden que algunas personas comprendan ciertas palabras y conceptos relacionados a sus derechos y necesidades de salud; lo mismo sucede con las personas que adicional al problema de no tener hogar, cuentan con problemas de salud mental y adicciones, lo que dificulta que puedan solicitar apoyo y conducirse a instituciones adecuadas para su bienestar.

En el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN, 2023), el sector 62 *Servicios de salud y de asistencia social* contiene a las unidades económicas (UE) que desarrollan estas actividades, además de que “los servicios de salud y de asistencia social se conjuntan en un solo sector debido a que es difícil distinguir los límites entre el cuidado de la salud y la asistencia social” (SCIAN, 2023: sp). En la figura 1 se encuentran las clases de actividad (con su código SCIAN a seis dígitos) que hacen alusión a los servicios de salud y asistencia social, se trata de UE de carácter público y que están disponibles en la CDMX.³ Conocer la localización de las UE que prestan servicios de salud y asistencia social en cada alcaldía es necesario para mejorar el acceso y la calidad de la atención, y para desarrollar estrategias que permitan integrar a personas en situación de calle a estos servicios de forma efectiva; para ello, se presenta un atlas de accesibilidad a servicios de salud y asistencia social (figura 1, cuadro 2 y mapas 1-16).

Hacia el año 2022, la CDMX contaba con 2 368 UE que prestan servicios de salud y asistencia social en el ámbito público. Al respecto, las alcaldías Iztapalapa y Gustavo A. Madero concentran en conjunto alrededor de 33% de las UE, con 448 y 333 establecimientos, respectivamente. En todas las alcaldías predominan los consultorios de medicina general (621112), clínicas de consultorios médicos (621116), hospitales psiquiátricos y para el tratamiento por adicción (622112), agrupaciones de autoayuda para alcoholólicos y personas con otras adicciones (624191) y servicios de alimentación comunitarios (624212) (figura 1, cuadro 2 y mapas 1-16).

3. Se excluyeron los servicios prestados por instituciones privadas. Así como las clases de actividad con código en el SCIAN: 621212, 621311, 621332, 621342, 621392, 621412, 623312, 623992, 624112, 624122, 624199, 624312 y 624412.

Figura 1
Simbología del atlas de servicios de salud y asistencia social
en las alcaldías de la CDMX

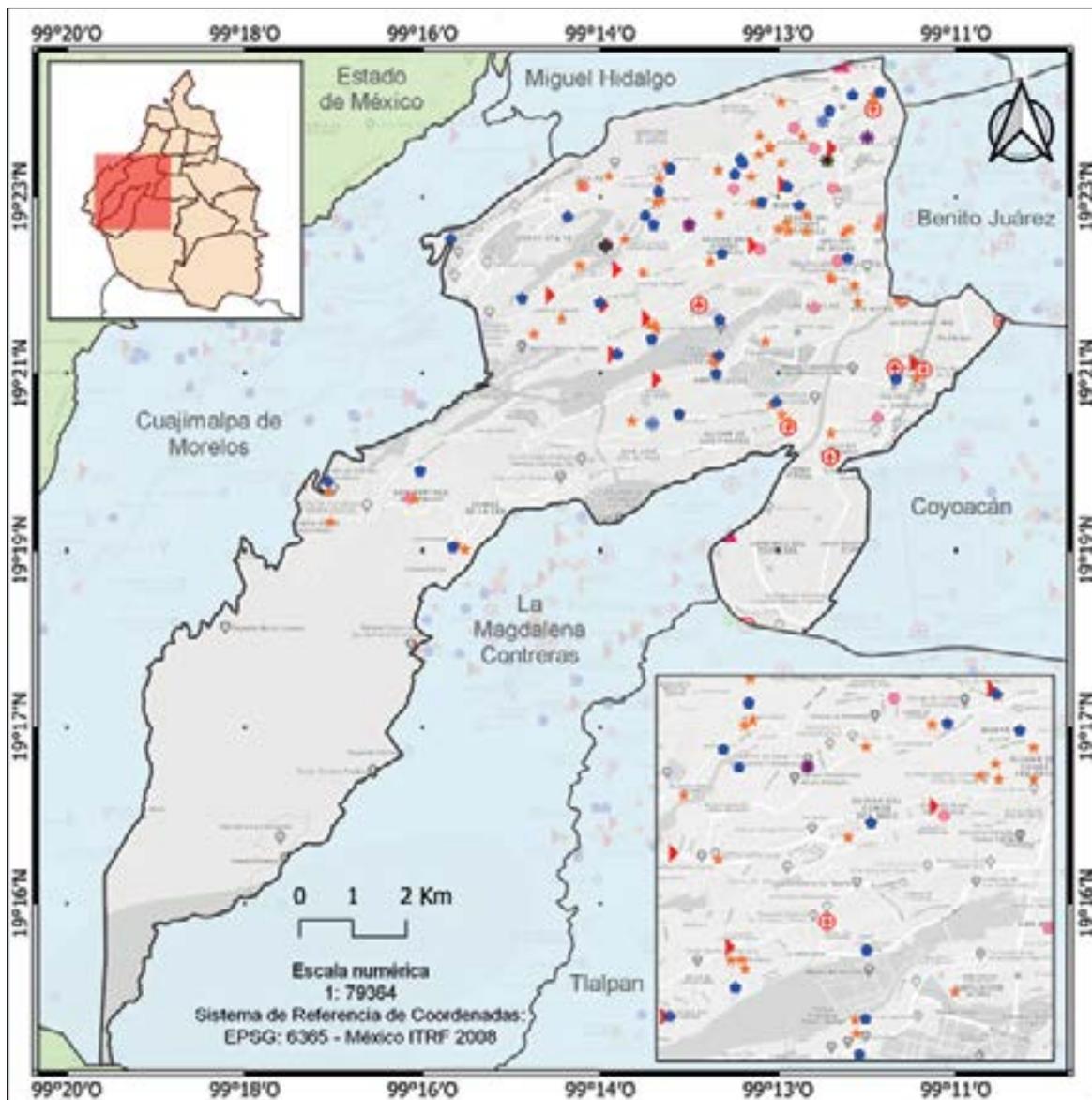


Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 de INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 de INEGI. Mapas procesados en QGIS versión 3.22.13-Białowieża.

Cuadro 2
CDMX: Unidades Económicas de servicios de salud y asistencia social en las alcaldías, 2022

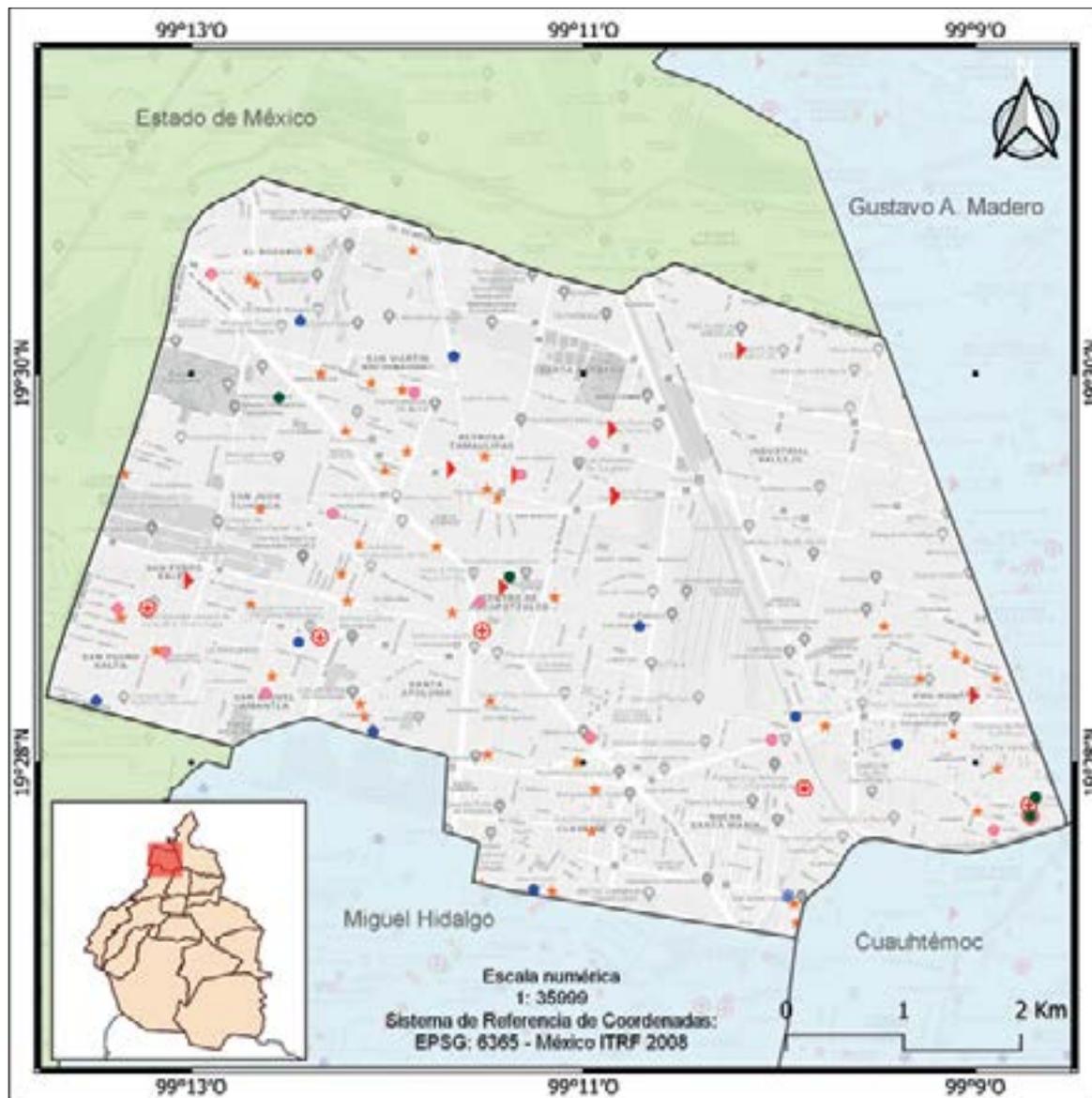
Alcaldía/clase	621112	621114	621116	621399	621422	621492	622112	622212	622312	623112	623222	624191	624212	624222	624232	Total Alcaldía
Álvaro Obregón	10		14	2	2		8					57	30	1	1	125
Azcapotzalco	9		14	1		6		4				44	9			87
Benito Juárez	4		6		2	9						43	8			74
Coyoacán	11	1	14	1		8		2				68	14	1		122
Cuajimalpa de Morelos	11		8			1		2			18	18	1			58
Cuauhtémoc	9	2	18		1	23		2	1		1	89	16	4		165
Gustavo A. Madero	22		30	5		18		4				216	36	1		333
Iztacalco	1	2	8	1	1	2				1		58	21	1	1	96
Iztapalapa	17	3	31	2	3	16		1				279	93	1	1	448
La Magdalena Contreras	13	1	6			4						50	10			86
Miguel Hidalgo	3	1	13			6		3		2		54	9			90
Milpa Alta	10	1	8		1	1				1		21	29			71
Tláhuac	7		6			1		1				97	38			150
Tlalpan	18	2	22	3		11		2				92	37	1		191
Venustiano Carranza	11		16	1	1	2		1				96	17			145
Xochimilco	6		9		1	1		1		1		77	30			127
Total CDMX	162	13	223	16	12	2	117	27	1	8	1 359	415	11	3	2 368	

Mapa 1
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Álvaro Obregón



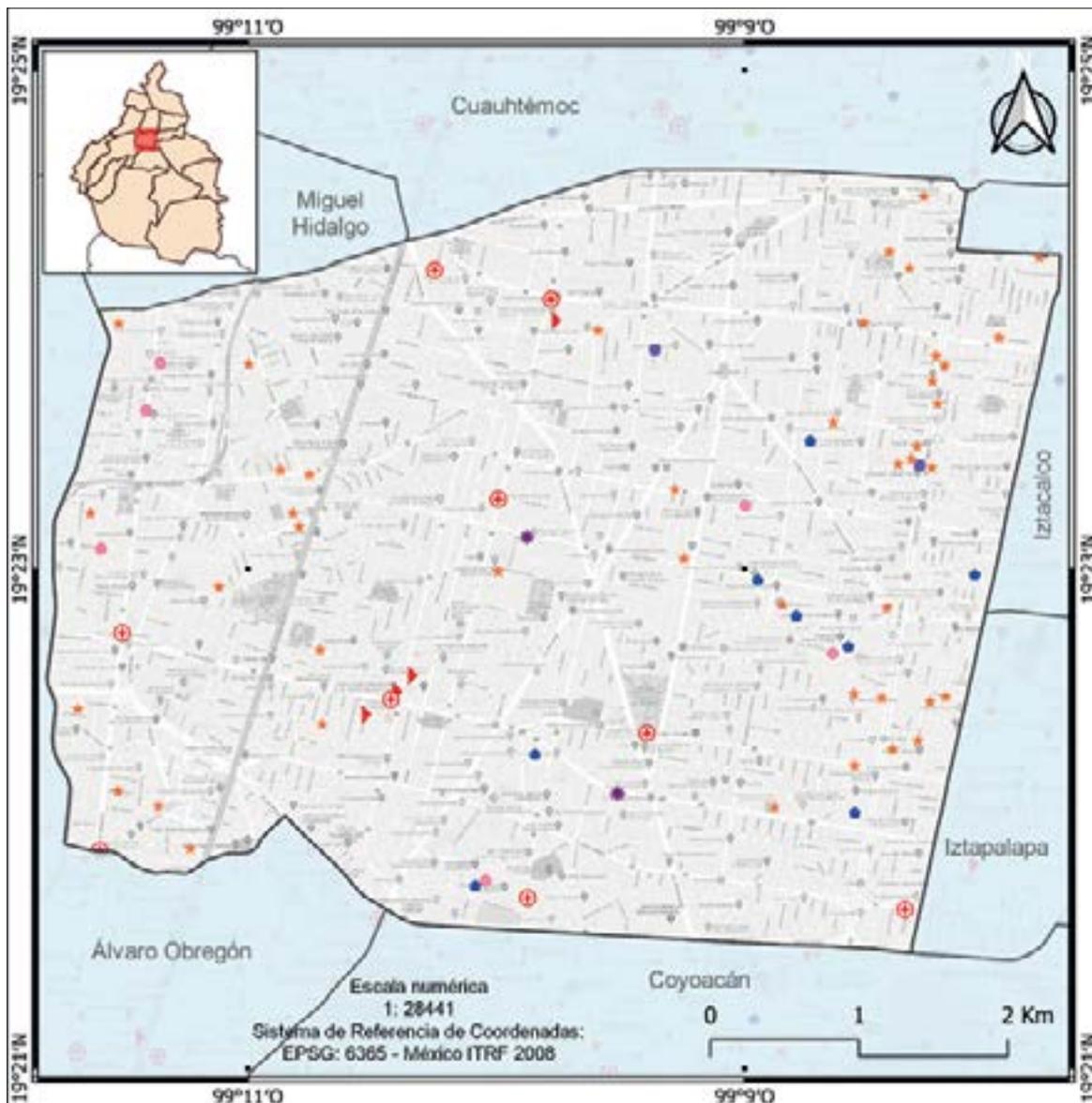
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 2
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Azcapotzalco



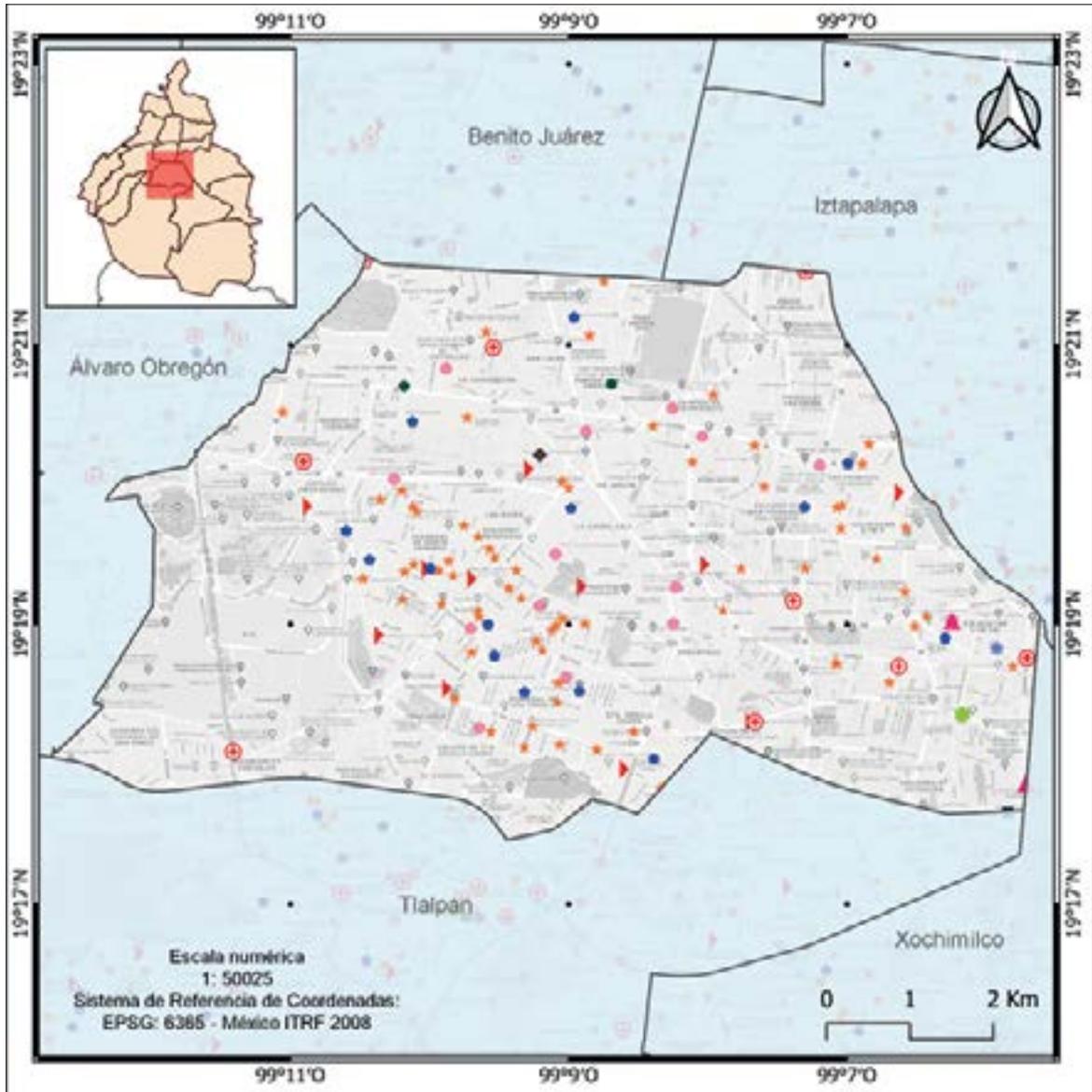
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 3
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Benito Juárez



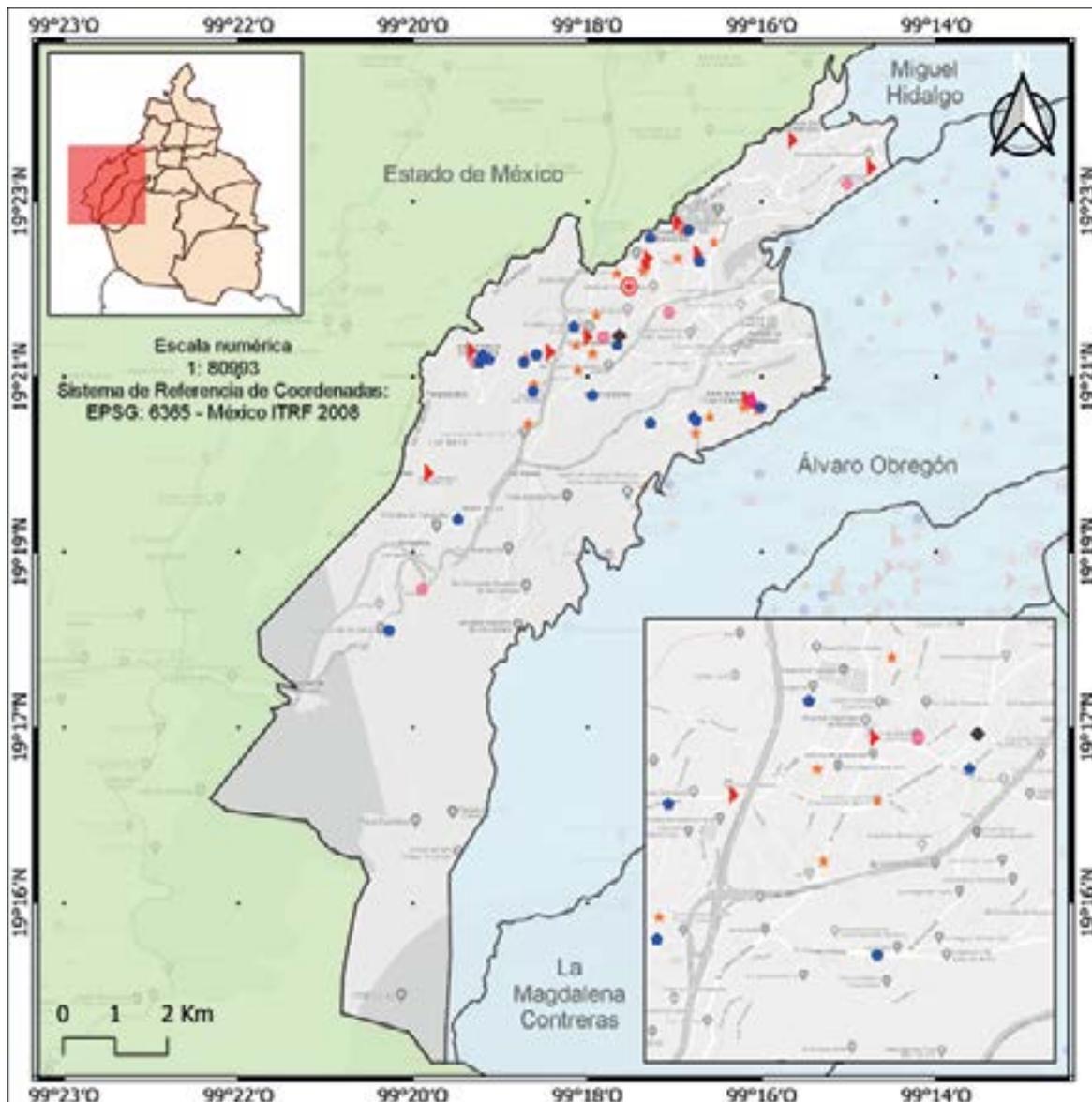
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 4
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Coyoacán



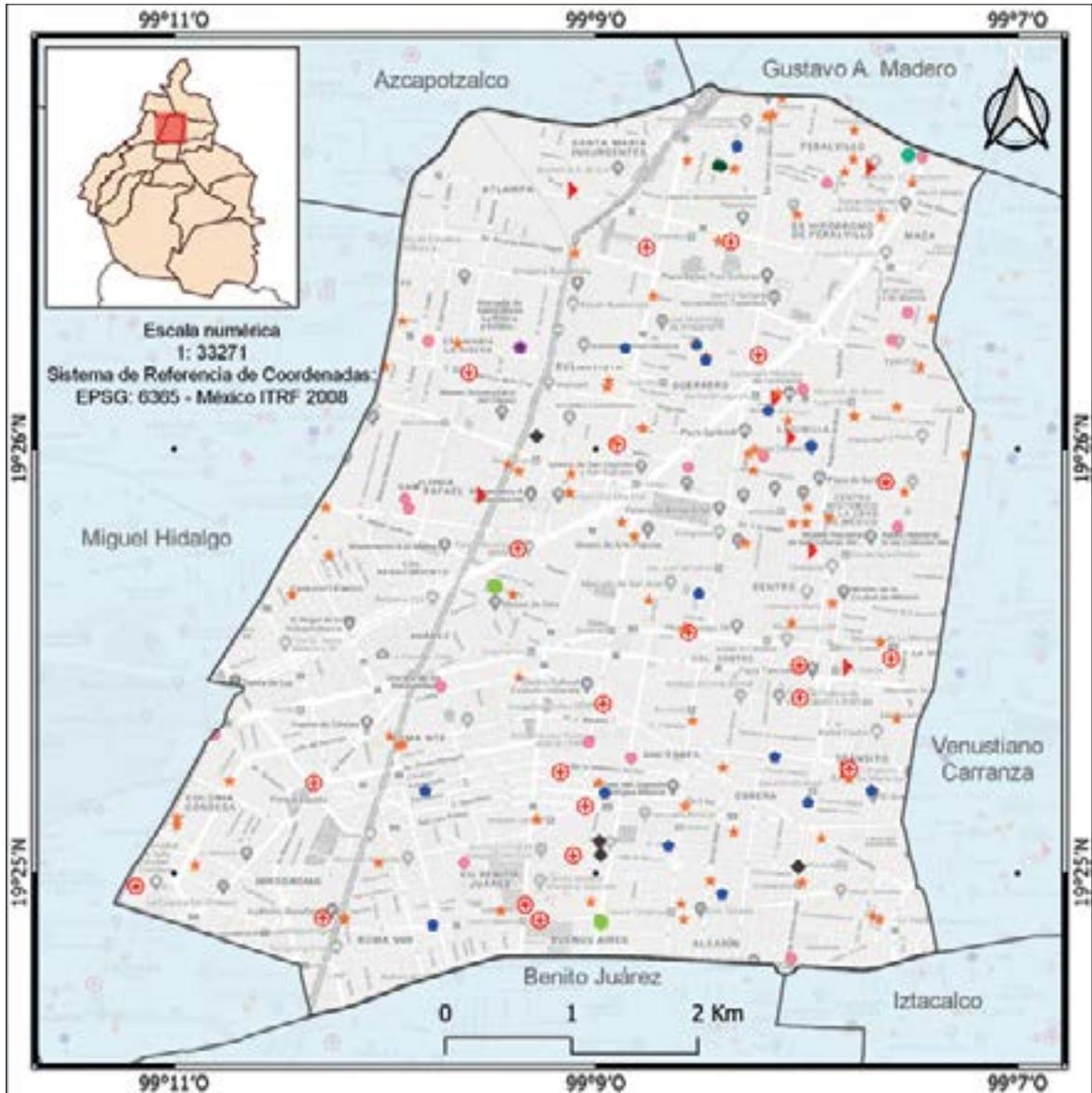
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 5
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Cuajimalpa de Morelos



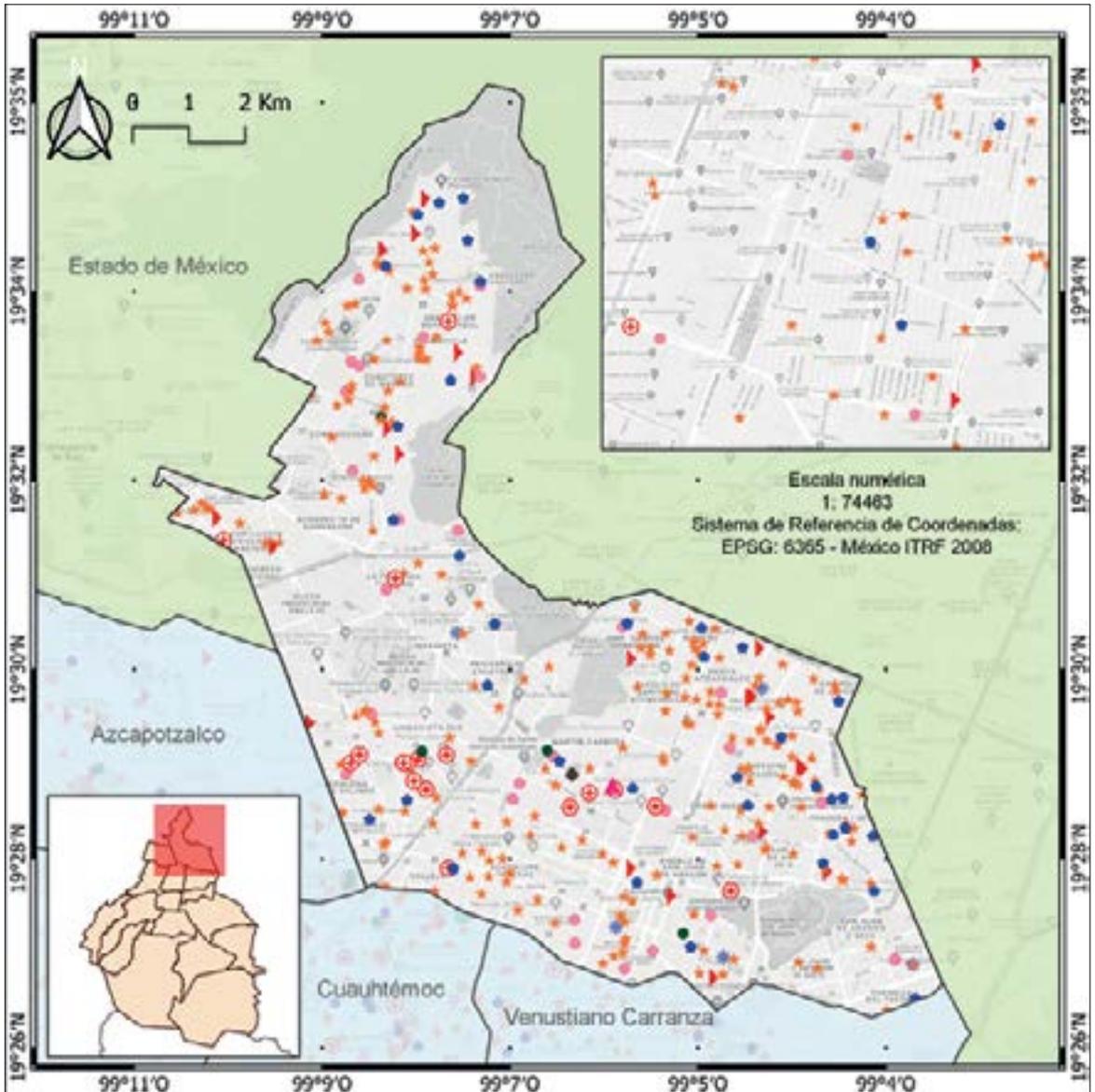
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 6
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Cauhtémoc



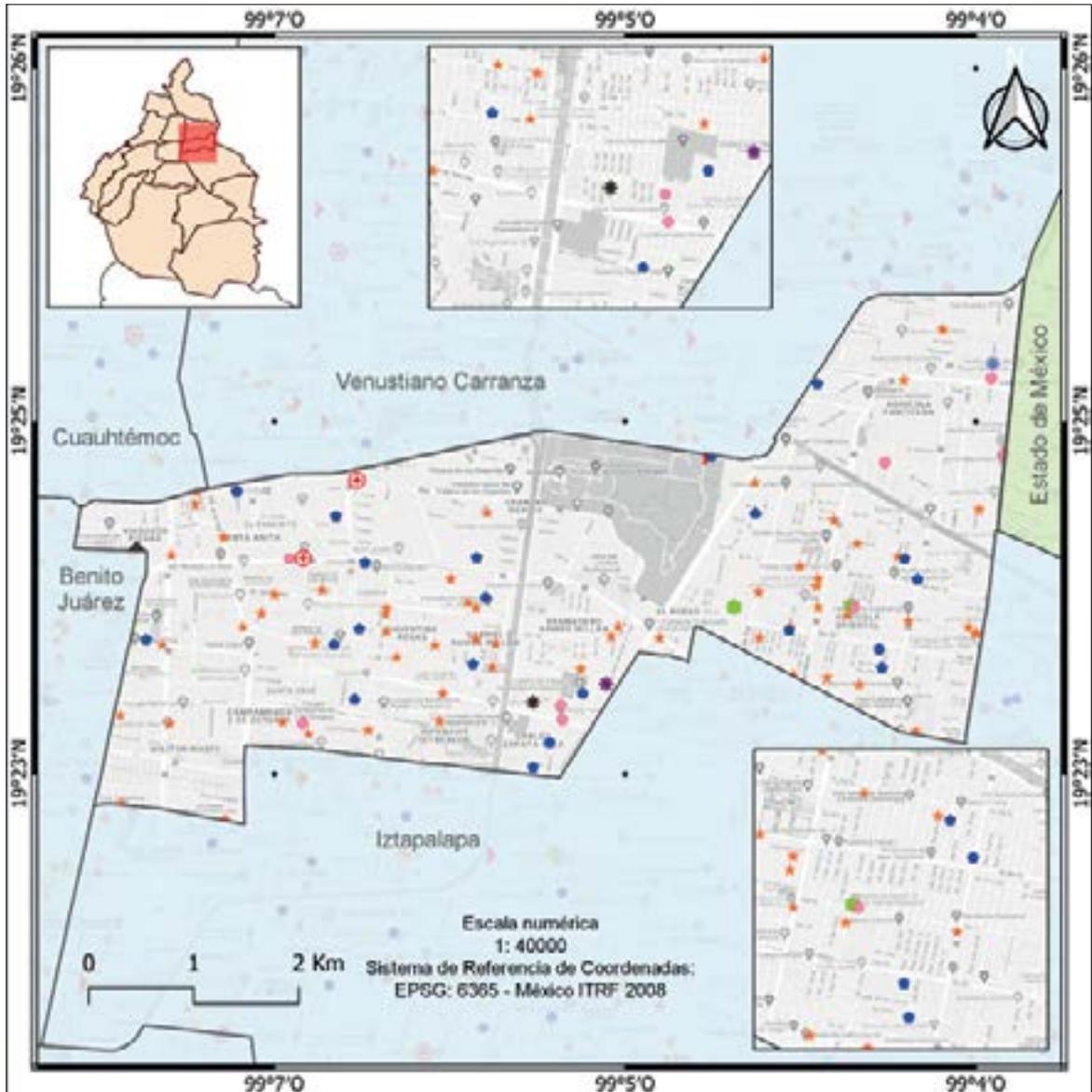
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 7
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Gustavo A. Madero



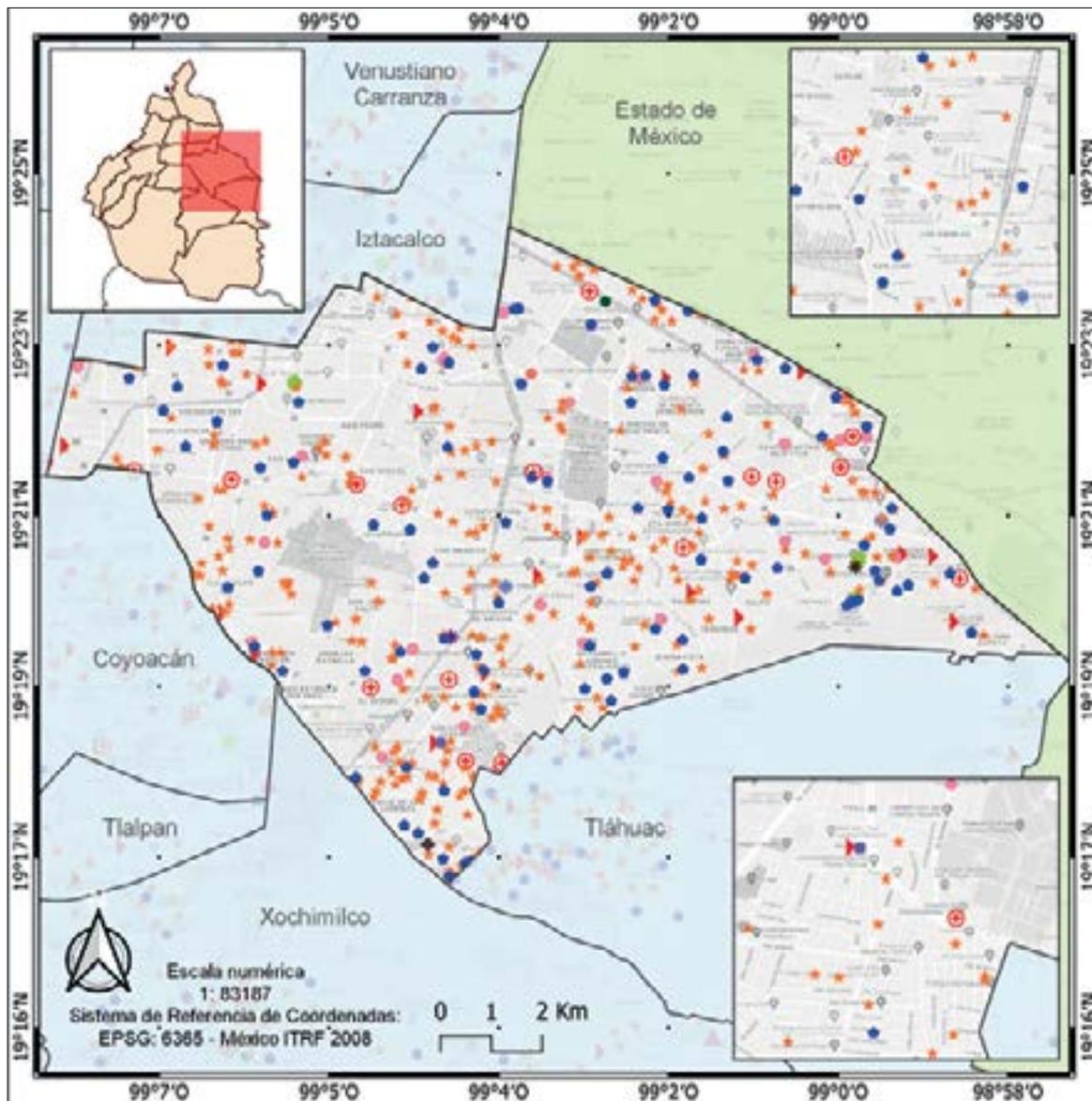
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 8 Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía Iztacalco



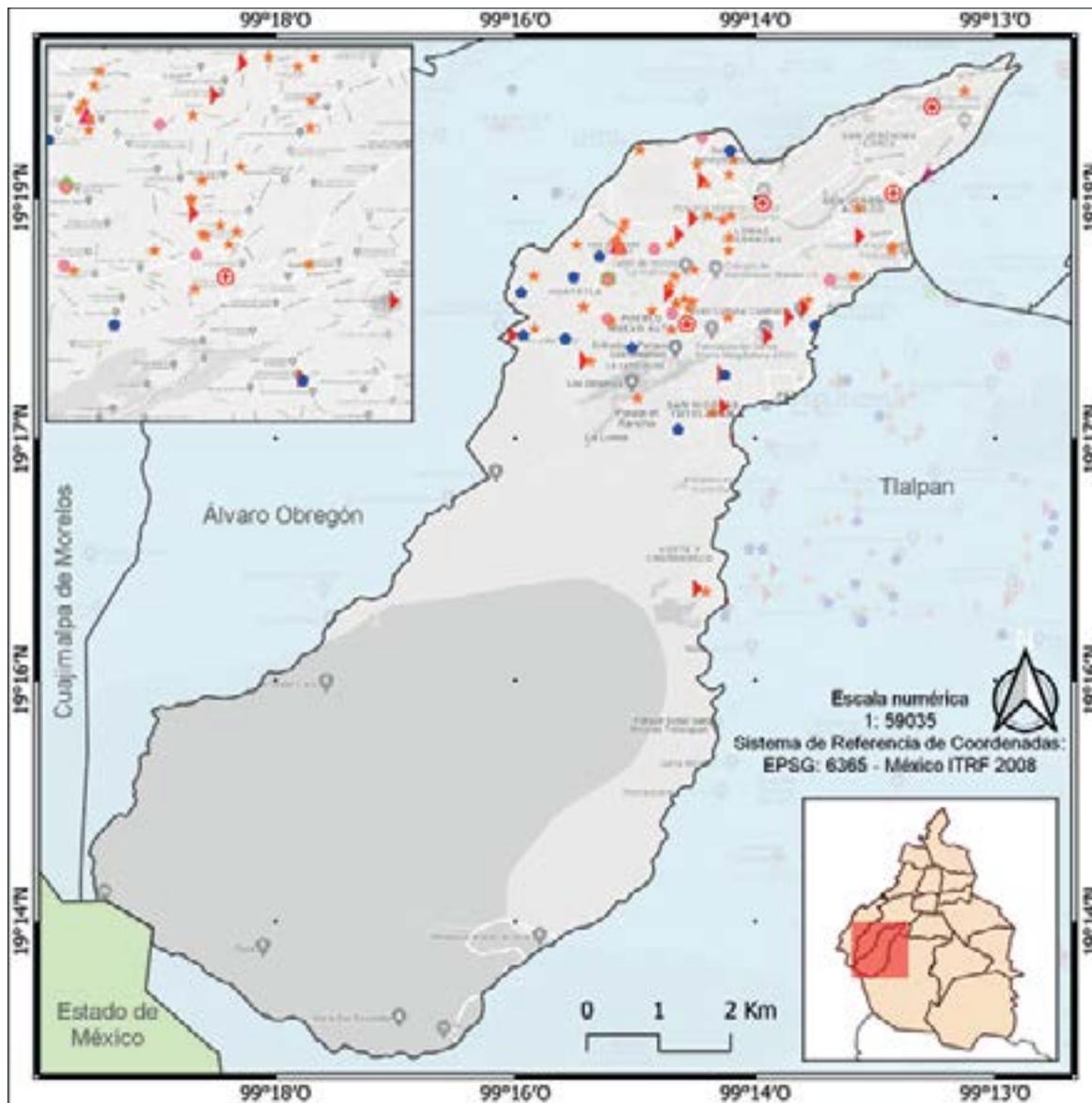
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 9
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Iztapalapa



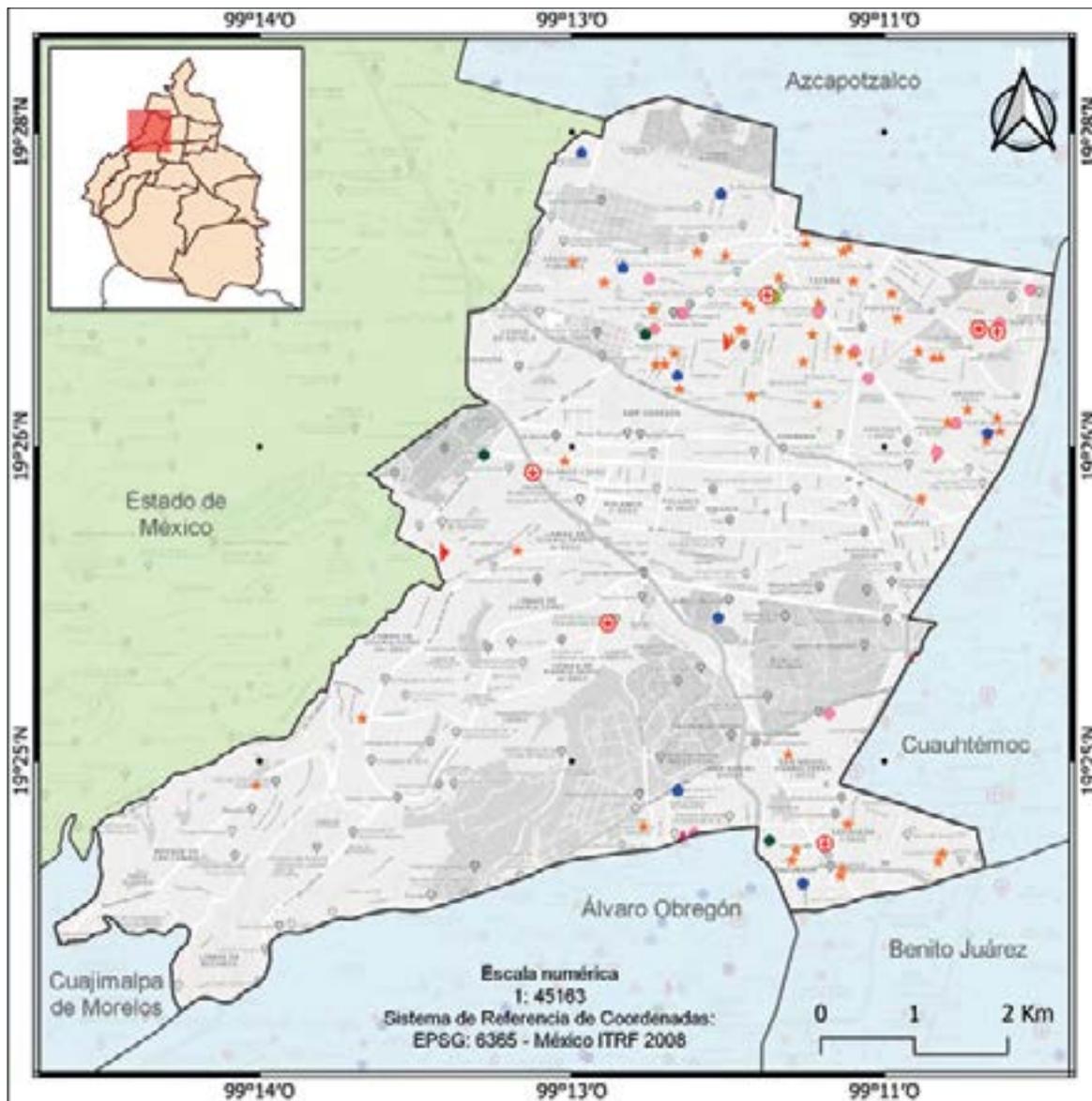
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 10
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
La Magdalena Contreras



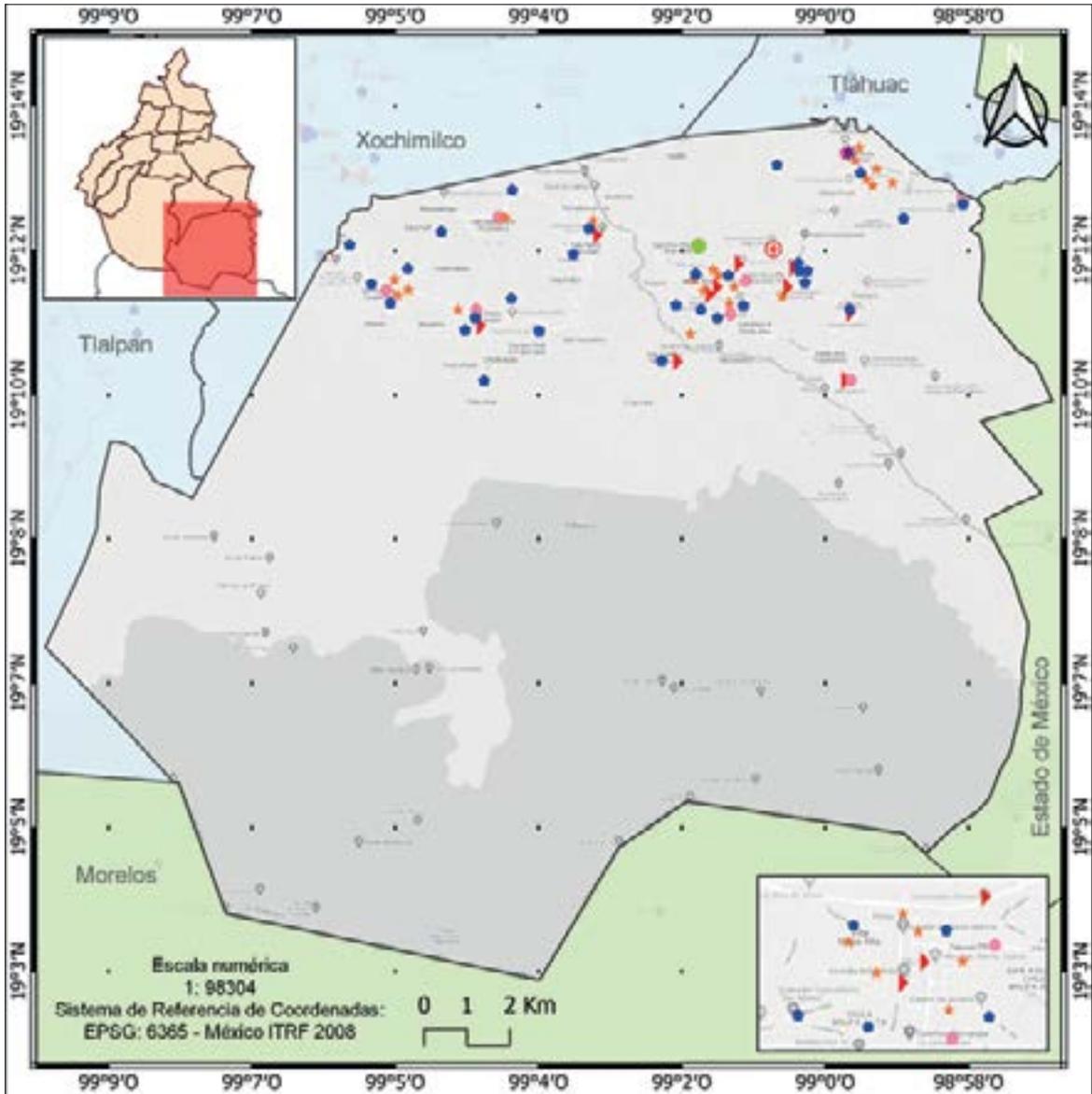
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 de INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 de INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 11
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Miguel Hidalgo



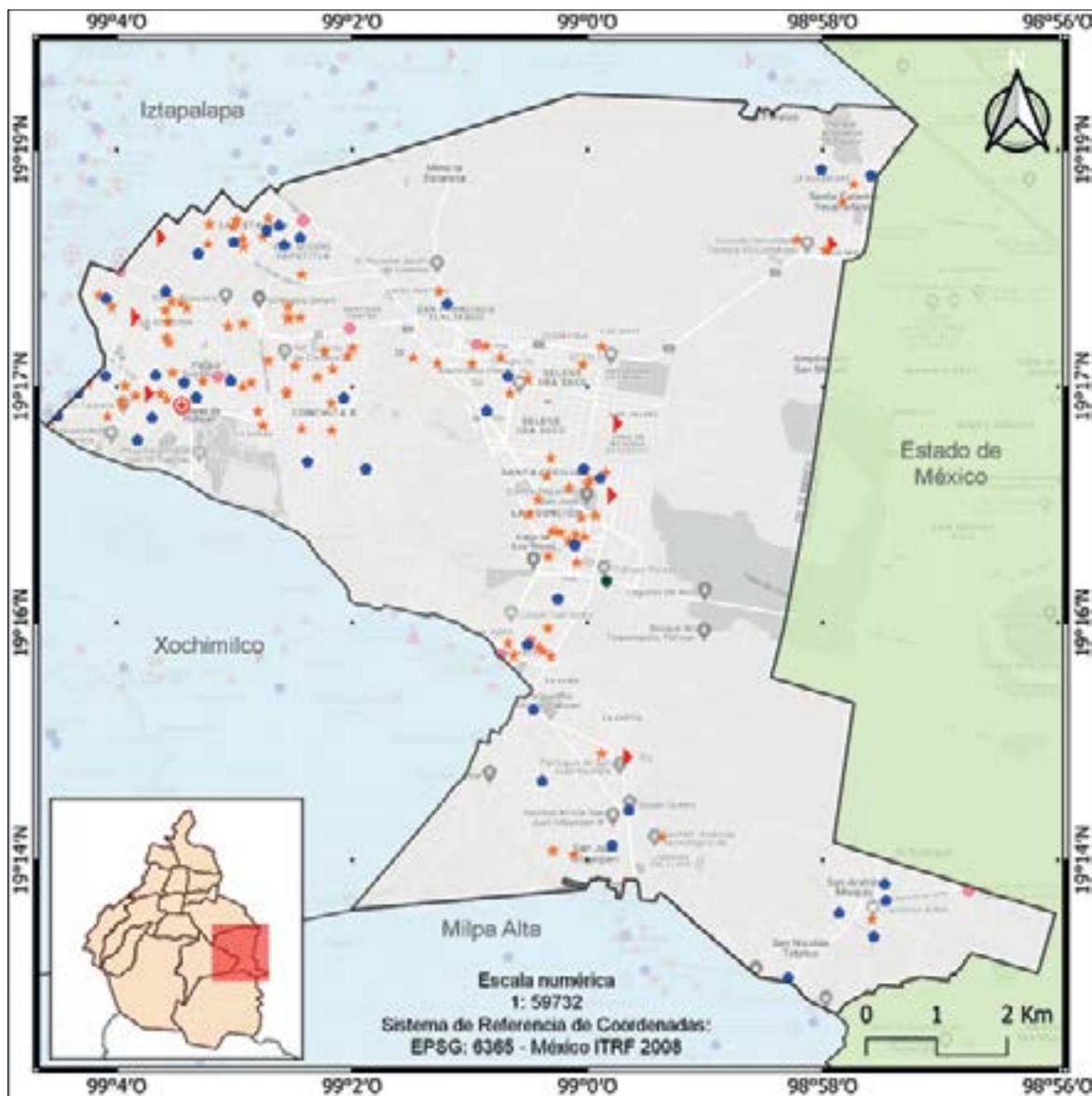
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 de INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 de INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 12
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Milpa Alta



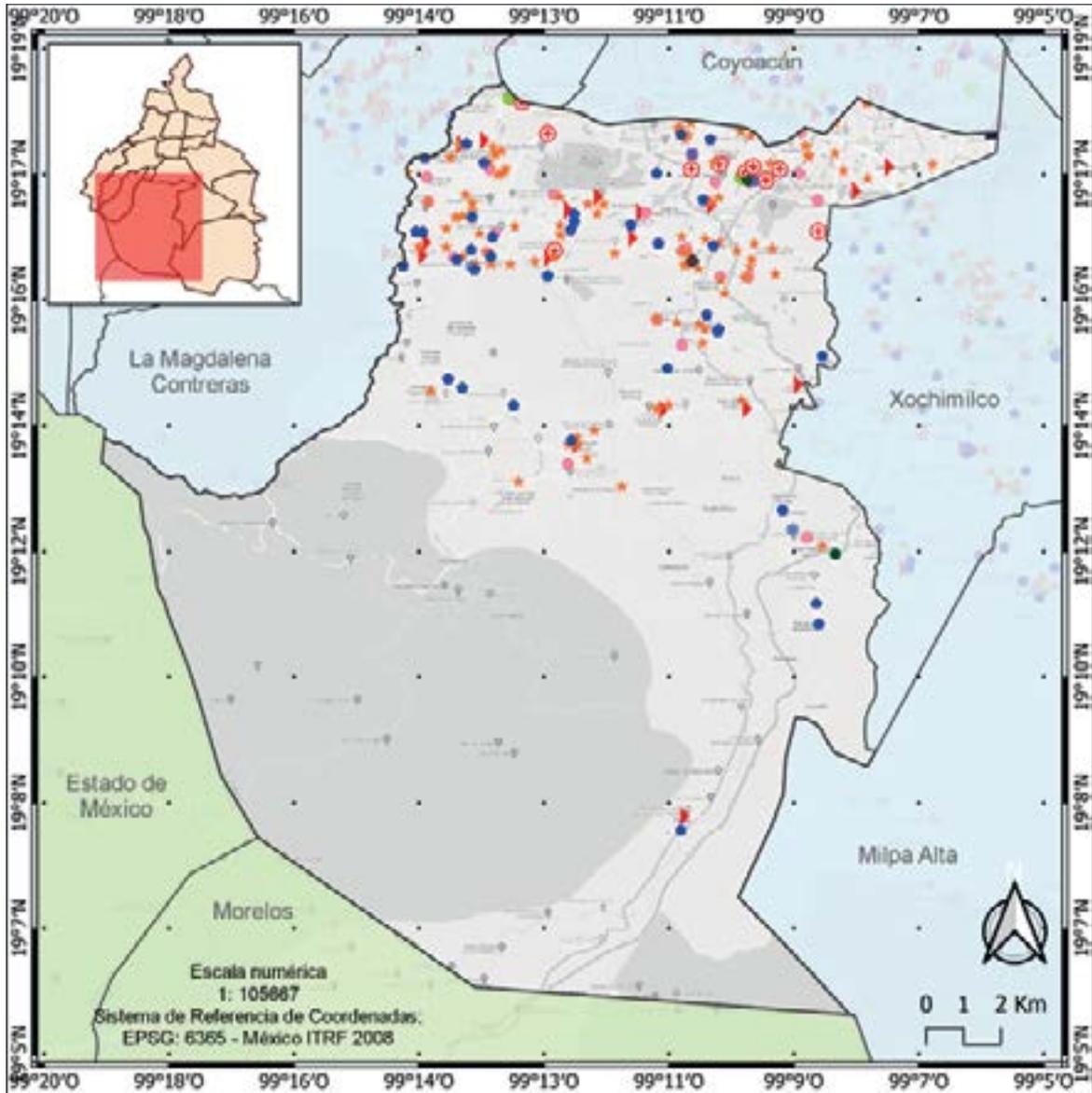
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 13
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Tlahuac



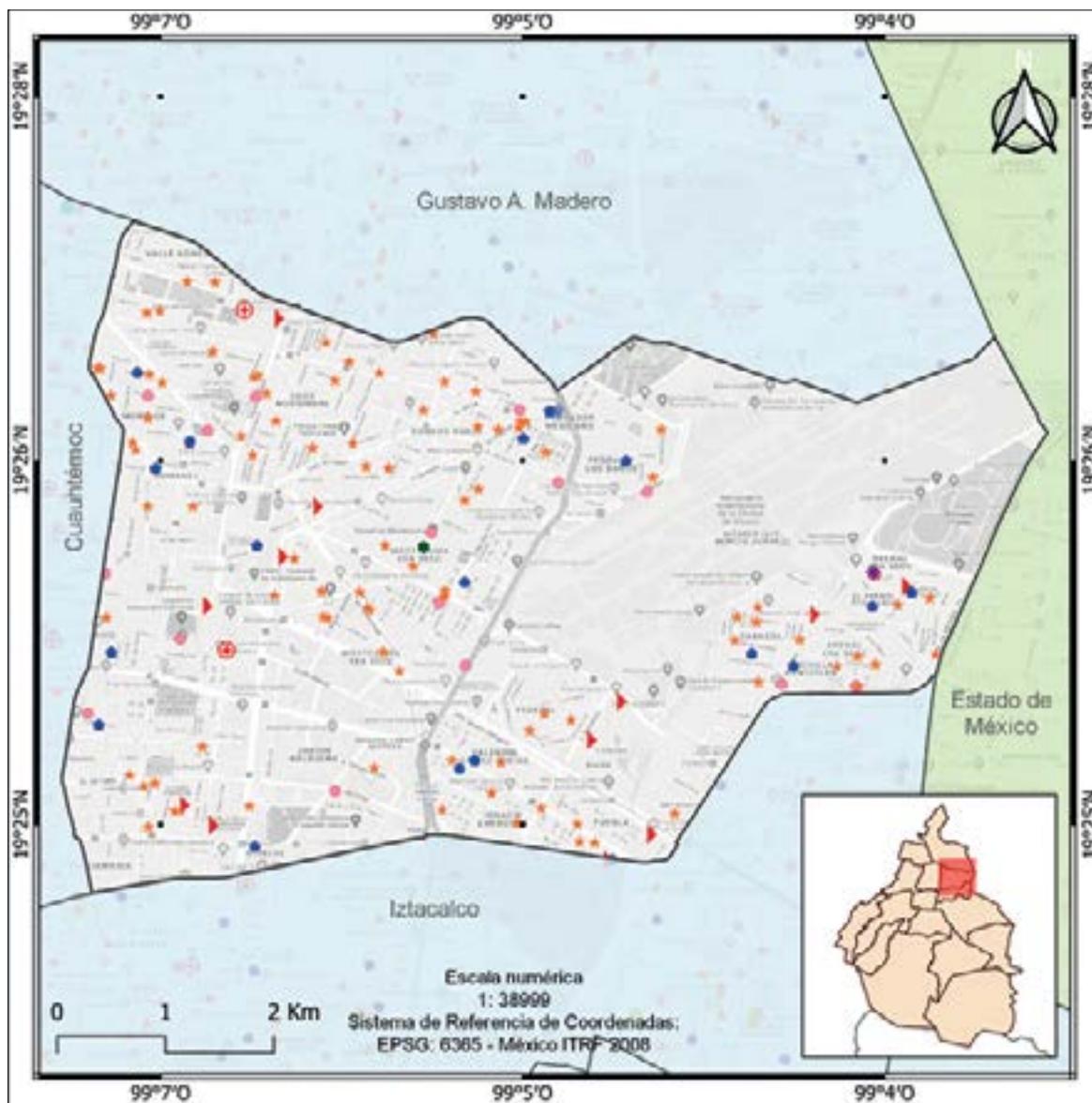
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 14
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Tlalpan



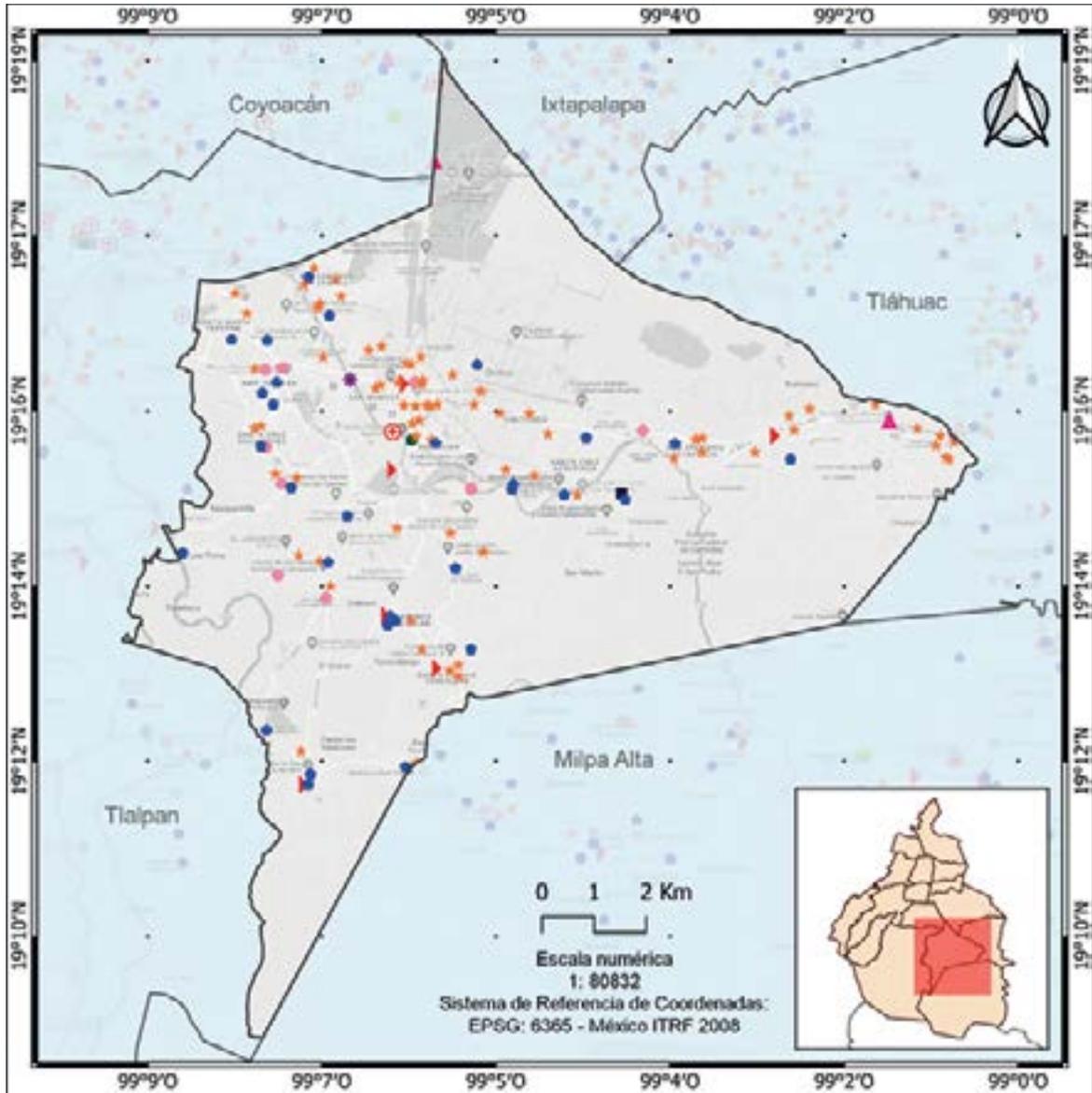
Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 15
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Venustiano Carranza



Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

Mapa 16
Servicios de salud y asistencia social en la Alcaldía
Xochimilco



Fuente: elaboración propia con base en datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022 del INEGI. Marco Geoestadístico Nacional 2020 del INEGI. Mapa procesado en QGIS versión 3.22.13-Bialowieza.

CLASIFICACIÓN DE LOS MAPAS: SERVICIOS DE SALUD Y SU POTENCIAL DE ATENCIÓN

En función del número de unidades económicas de servicios de salud y asistencia social, las alcaldías pueden clasificarse en cuatro tipos de concentración: muy alta, alta, media y baja. Las alcaldías Iztapalapa y Gustavo A. Madero son las que cuentan con concentración muy alta, esto se debe principalmente a que tienen un gran número de agrupaciones de autoayuda para alcohólicos y personas con otras adicciones (624191) y de servicios de alimentación comunitarios prestados por el sector público (624212). Las agrupaciones de autoayuda pueden representar una ventaja para estas personas, pues deberían fungir como centros donde las personas realmente puedan encontrar orientación y monitoreo sobre sus adicciones. Mientras que los servicios de alimentación deberían ser una ventaja debido a que pueden representar el primer punto de contacto con las personas sin hogar y que tomen la decisión de acercarse. Sin embargo, en ambos casos, se pueden presentar las barreras mencionadas en el apartado anterior.

Las alcaldías Tlalpan, Cuauhtémoc, Tláhuac, Venustiano Carranza, Xochimilco, Álvaro Obregón y Coyoacán, presentan concentración alta en servicios de salud y asistencia social. Esto se debe no solo a las actividades con clave 624191 y 624212 como en las alcaldías anteriores, sino también a que hay alta concentración de consultorios de medicina general del sector público (621112), clínicas de los consultorios médicos del sector público (621116) y hospitales generales del sector público. Especialmente, en el caso de Tlalpan cuenta con la zona de hospitales, es decir, hay una *clusterización* de los servicios, lo cual debería tener múltiples ventajas de colaboración, eficiencia y atención, incidir en el bienestar poblacional; no obstante la saturación, el abastecimiento de insumos médicos y medicamentos, la cantidad de personal médico, pueden representar una amplia desventaja para que las personas en situación de calle no sean atendidas, además de que al ser instituciones públicas requieren de documentos de identificación oficial, con la que muchas veces no cuentan estas personas.

La alcaldía Cuauhtémoc también cuenta con este tipo de servicios y las dificultades pueden ser las mismas, no obstante, es la alcaldía que cuenta con cuatro refugios temporales comunitarios del sector público (624222), mientras que Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Tlalpan, Coyoacán, Álvaro Obregón e Iztacalco cuentan con solo uno por alcaldía. El tener al menos un refugio es un potencial de atención, pues

puede permitir la conexión con las personas sin hogar, no solo de la alcaldía que lo alberga, sino que pueden beneficiarse las personas que transiten en otras alcaldías.

Mientras que las alcaldías Iztacalco, Miguel Hidalgo, Azcapotzalco y La Magdalena Contreras tienen una concentración media, en comparación con las alcaldías de alta y muy alta concentración de servicios. Además de los servicios antes mencionados, Iztacalco cuenta con dos consultorios de medicina especializada del sector público (621114), lo cual debería ser una ventaja por su localización en el centro de la ciudad, en comparación con la zona de hospitales que se encuentra al sur de la misma. Adicional a los servicios descritos, las alcaldías Miguel Hidalgo y Azcapotzalco cuentan con tres y cuatro hospitales del sector público de otras especialidades médicas (622312), respectivamente; mientras que La Magdalena Contreras cuenta con dos residencias del sector público para el cuidado de personas con problemas de trastorno mental y adicción (623222), lo cual puede ser una ventana de oportunidad para apoyar a estas instituciones y, con ello, canalizar a las personas con estos problemas mentales y de adicción.

Por otro lado, las alcaldías Benito Juárez, Milpa Alta y Cuajimalpa de Morelos tienen una concentración baja en comparación con el resto de las alcaldías. Los centros del sector público de atención médica externa para enfermos mentales y adictos (621422) son coincidentes con dos unidades en Benito Juárez y Milpa Alta, lo cual denota la importancia de la atención a estos problemas; mientras que Cuajimalpa también cuenta con un refugio temporal comunitario (624222).

Como es evidente, en la CDMX hay una amplia gama de servicios de salud y asistencia social, lo cual representa un potencial de atención, por varios factores: 1) la distribución de UE puede garantizar que una parte de la población sin hogar sea atendida; 2) la aglomeración de recursos de infraestructura, de médicos y trabajadores sociales, podrían permitir una organización para brindar atención inmediata, y 3) las instituciones podrían coordinarse entre sí para identificar, atender, canalizar y mejorar las condiciones de las personas en situación de calle.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La investigación revela la complejidad de las personas en situación de calle, abordando problemas de salud. Su aumento se atribuye a factores como crecimiento poblacional, urbanización, desplazamiento, problemas económicos y acceso limitado a servicios sociales y de salud. Se trata de una población vulnerable que no recibe atención médica, pues enfrentan trato despectivo, falta de documentación, movilidad

limitada, barreras lingüísticas y problemas de salud que impiden su adecuada comunicación. El atlas de servicios de salud y asistencia social ha permitido visualizar que en las alcaldías de la CDMX en realidad hay una gran cantidad de UE de servicios de salud a nivel público, sin embargo, dadas las dificultades mencionadas es complicado que las personas en situación de calle soliciten su apoyo.

No obstante, las instituciones de salud pública también tienen dificultades para la atención, como recursos limitados, saturación y falta de personal capacitado, entonces ¿qué se puede hacer para darle atención a las personas en situación de calle? Si bien, lo ideal es que las instituciones de salud pública sean las que atiendan este problema, pueden diseñarse estrategias para la operación de clínicas móviles que brinden servicios de atención médica básica, vacunaciones y servicios de higiene, desplazándose hacia los refugios o en los lugares donde las personas en esta condición se mantienen más tiempo. También se pueden establecer refugios temporales con orientación laboral, de establecimiento en vivienda y apoyo legal.

Esto implica un gran esfuerzo por parte del Estado, pues deben realizarse evaluaciones sobre cómo se llevaría a cabo el financiamiento, ya que tanto las clínicas móviles como los refugios temporales requieren de personal especializado, insumos médicos, vehículos (y con ello insumos como combustible y de mantenimiento). Pero también es necesario generar una vinculación con las instituciones de salud pública, a fin de aprovechar la infraestructura ya establecida; por ejemplo, revisar cuáles son las instituciones que tienen una menor saturación para que estas puedan atender a las personas, las clínicas móviles también pueden apoyar con el traslado de personas desde los puntos donde se concentran hacia estos servicios de salud. Lo que a su vez requiere de un programa de apoyo calendarizado, a fin de darle seguimiento a las personas atendidas y apoyarlas a salir de la situación de calle.

Por último, pero no menos importante, es necesario proporcionar a la población información sobre las dificultades de las personas en situación de calle, generar empatía, darles —a partir de las estrategias— vías de contacto como redes sociales donde puedan reportar a las personas en esta situación a fin de que la ayuda llegue de una forma oportuna a ellas.

BIBLIOGRAFÍA

Ahasan, R.; M. S. Alam; T. Chakraborty; A. S. Asger; T. Binte Alam; T. Islam, y M. Hossain, (2021), "Applications of geospatial analyses in health research among homeless people: A systema-

- tic scoping review of available evidence”, *medRxiv*. doi:<http://doi.org/10.1101/2021.10.26.21265542>
- Alemán A. A.; G. Regino Pacheco, y N. Gómez Gutiérrez (2019), *Inclusive 4 personas en situación de calle. Serie de inclusión, derechos humanos y construcción de ciudadanía*, INE-PNUD. Obtenido de <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/mx/INCLUSIVE-4-Personas-en-situacion-de-calle.pdf>
- Buccieri, K. (2014), “Agency-Bound: Mapping the Temporal-Spatial Relationship between Homeless Individuals and the Social Service Sector”, en L. McLean, L. Stafford, y M. Weeks (coords.), *Exploring Bodies in Time and Space*, Inter-Disciplinary Press. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Loyola-Mclean/publication/264417544_Introduction_Understanding_connections_between_time_space_and_body/links/543ef63c0cf2eaec07e80c7e/Introduction-Understanding-connections-between-time-space-and-body.pdf
- Bureau of Geography Information (2019), *MassGIS Data: Community Health Centers*. Obtenido de <https://www.mass.gov/info-details/massgis-data-community-health-centers#>
- Burth, M. R.; J. Carpenter; S. G. Hall; K. A. Henderson; D. J. Rog; J. A. Homik; A. V. Dentron, y G. E. Moran (2010), *Strategies for Improving Homeless People’s Access to Mainstream Benefits and Services*, Estados Unidos, Department of Housing and Urban Development-Office of Policy Development and Research. Obtenido de <https://www.huduser.gov/portal/publications/strategiesaccessbenefitsservices.pdf>
- Care for homeless* (2023), Obtenido de <https://www.careforthehomeless.org/who-we-are/leadership/>
- Chan, D. V.; C. A. Helfrich, N. C. Hursh; S. Rogers, y S. Gopal (2014), “Measuring community integration using Geographic Information Systems (GIS) and participatory mapping for people who were once homeless”, *Health & Place*, 92-101. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2023.12.011>
- CNDH (2019), *Diagnóstico sobre las condiciones de vida, el ejercicio de los derechos humanos y las políticas públicas disponibles para mujeres que constituyen la población callejera 2019*, CNDH México-El Caracol. Obtenido de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Diagnostico-DH-Mujeres-Poblacion-Callejera.pdf>
- Crane, M.; G. Cetrano; L. Joly; S. Coward; B. Daly; C. Ford; H. Gage; J. Manthorpe, y P. Williams (2018), *Mapping of specialist primary health care services in England for people who are homeless*, Inglaterra, King’s College London-The Policy Institute at King’s. Obtenido de https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/OtherOrganisation/Homelessness-mapping-report_FULL.PDF
- ESRI (2023), *¿Qué son los SIG?* Obtenido de <https://www.esri.com/es-es/what-is-gis/overview>

- INEGI (2000, 2010 y 2020), *Censos de Población y Vivienda 2000, 2010 y 2020*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv>
- (2022), *Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2022*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/default.aspx>
- (2023), *Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN) 2023*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/scian/>
- Ingram, C.; C. Buggy; D., Elabbasy, y C. Perrotta (2023), Homelessness and health-related outcomes in the Republic of Ireland: a systematic review, meta-analysis and evidence map, *Journal of Public Health*. doi:<http://doi.org/10.1007/s10389-023-01934-0>.
- Ruiz Coronel, A. (2019), “La inclusión de las personas en situación de calle como una oportunidad para el ejercicio de ciudadanía”, en Alemán, Regino y Gómez (coords.), *Inclusive 4 personas en situación de calle*, Ciudad de México, INE-PNUD, p. 112. Obtenido de <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/mx/INCLUSIVE-4-Personas-en-situacion-de-calle.pdf>
- Siersbaek , R.; J. A. Ford; S. Burke; C. Ní. Cheallaigh, y S. Thomas (2021), “Contexts and mechanisms that promote access to healthcare for populations experiencing homelessness: a realist review”, *BMJ Open*. doi:[10.1136/bmjopen-2020-043091](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043091)
- Toscana Aparicio, A. (2021), “Población en situación de calle en la Ciudad de México durante la pandemia por la covid-19”, *Denarius*, 40(1), 153-174. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/6956/695673173007/html/>

BIENESTAR Y SALUD EN UN ASENTAMIENTO PERIURBANO DE LEÓN, GUANAJUATO, MÉXICO. LOS EFECTOS DE LA CIUDAD NEOLIBERAL

AQUILES OMAR ÁVILA QUIJAS
CLAUDIA TERESA GASCA MORENO

INTRODUCCIÓN

El neoliberalismo como modelo de desarrollo promovió una reducción de las responsabilidades del Estado. El planteamiento teórico establece llevarlo hasta una expresión en la que solo regule el mercado como el gran campo donde se llevan a cabo las relaciones sociopolíticas y socioeconómicas. Todo ello en el marco de una axiología en la que el individuo es el epicentro. La literatura sobre el tema afirma que el esquema neoliberal promueve y genera un conjunto de desigualdades, por lo que a la vez el sujeto es su víctima. Como consecuencia de esto, la minimización de las obligaciones estatales invadió la esfera de los derechos sociales (Katz, 2019; Carcanholo, 2019).

El modelo neoliberal promueve dos tipos de individualidades: a) aquella que logra hacerse de una multiplicidad de competencias *ad hoc* a las necesidades del mercado y, consecuencia de ello, es favorecido por el sistema con un puesto de trabajo que le permite obtener ingresos para consumir productos que lo consolidan como un sujeto neoliberal: auto, casa, aparatos electrónicos, gastos suntuosos, por ejemplo, todo ello a partir del producto del trabajo, no como consecuencia de su existencia en una sociedad enmarcada bajo un esquema jurídico que promueve, protege y reproduce derechos básicos como la salud, educación, vivienda, movilidad y alimentación adecuada; b) aquellos que, por diferentes circunstancias, casi siempre asociados a la falta de oportunidades que promueve el neoliberalismo como un castigo a quienes son pobres, no obtienen las competencias que los posicionen en el mercado y son tratados como marginales del modelo, cuando bien va; como desechos del mismo, cuando mal va (Gershon, 2011).

En este orden de ideas, ha habido una modificación a la conceptualización de ciudadanía. El significado original en torno a la pertenencia territorial se ha transformado y reconoce al individuo en tanto su capacidad tributaria y necesidad explícita de subsidios. De tal suerte que se puede hablar de ciudadano en tanto se encuentran en el mercado formal de trabajo, es un consumidor individual de los otrora derechos sociales: salud, educación y vivienda al que se le suma su capacidad particular para movilizarse en la ciudad o fuera de ella. Y los subsidios que recibe no son explícitos: gasolina, alimentos suntuosos, actividades culturales, por poner algunos ejemplos (Cooper, 2019).

También puede hablarse de subciudadanos, aquellos que no están en el mercado formal de trabajo y que necesitan o son destinatarios explícitos de subsidios en materia de salud, alimentación, movilidad, educación y vivienda, que engloba a aquellos que, insertos en la informalidad económica, ocupan los lugares marginales de las relaciones socioeconómicas que se establecen en el mercado, las posibilidades de adquirir nuevas competencias son prácticamente inexistentes y ni siquiera son destinatarios de subsidios, o lo son de manera marginal. Víctimas de un modelo de desarrollo que los segrega, excluye e inserta en la dinámica meritocrática que paulatinamente dinamitó la consciencia comunitaria del bien colectivo (Rosanvallon, 2010; Barba Solano, 2011).

Producto de la pobreza que el neoliberalismo genera como efecto secundario del éxito del modelo, hay grupos poblacionales para quienes solo ofrece invisibilización y abandono. Los pobres son entendidos como vidas desechables, fugas del sistema que mantiene y sostiene al mercado. Sujetos para quienes no existen formas de integración a la ciudad y sociedad consolidada, sino olvido y desatención, segregación de los beneficios del desarrollo (Altamirano y Flamand, 2021). En este marco de ideas ¿cómo se entiende el bienestar y el acceso a la salud entre estas poblaciones?, ¿qué recursos echan a andar para costear sus enfermedades?, ¿cuáles son los mecanismos del Estado para garantizar sus derechos constitucionales, particularmente los relacionados con la salud? Para ello, proponemos analizar el caso de San Juan de Abajo, en León, Guanajuato, México.

OBJETIVO Y PROBLEMATIZACIÓN

Este capítulo tiene como objetivo analizar la relación entre el bienestar y la salud desde la experiencia de los habitantes de un asentamiento periurbano donde las con-

diciones de acceso a servicios básicos son el reflejo de un conjunto de desventajas que actúan en detrimento de la calidad de vida y, en consecuencia, de su bienestar. Se enfatiza la relación entre las condiciones del entorno de una ciudad industrial con una importante actividad económica en la que los derechos sociales y satisfactores urbanos se reservan para algunos grupos de la urbe consolidada mientras que la población de los márgenes experimenta múltiples desigualdades que los alejan de los beneficios del desarrollo económico. Se trata de un abordaje cualitativo que prioriza las experiencias de los habitantes de un asentamiento informal con el propósito de identificar la manera en que viven, resuelven y enfrentan problemáticas para procurarse bienestar pese a tener todo en contra para acceder a mejores condiciones de vida.

Partimos de la hipótesis de que la localización y el acceso a servicios urbanos determinan las desigualdades en la experiencia urbana (Giglia, 2012) y en consecuencia establecen las condiciones en las que la población habita las ciudades, es decir, estos dos elementos determinan su acceso al agua, drenaje, alumbrado, movilidad o servicios de salud. Nos interesa hacer especial énfasis en este último aspecto para explicar de qué manera la población de los márgenes urbanos enfrenta cotidianamente situaciones que comprometen su goce de bienestar. Esta hipótesis se nutre de ideas y reflexiones en torno a los efectos de la ciudad neoliberal (Carrión, 202; Dammert, Delgadillo y Erazo, 2019) sobre grupos vulnerables cuyos derechos sociales como la salud se vuelven una ilusión en el sistema económico actual (Fleury, 2021).

El análisis de las experiencias de los habitantes del asentamiento periurbano deriva de abordajes sobre nuevas desigualdades y calidad de vida en zonas periurbanas, estudios realizados entre 2018 y 2022. La información aquí vertida es producto de un análisis documental y trabajo de campo con metodologías cualitativas con enfoque etnográfico en la localidad de San Juan de Abajo en la ciudad de León, Guanajuato. Se realizaron recorridos que hicieron posibles encuentros informales con habitantes, observación participante y entrevistas semiestructuradas principalmente a jefas de familia, colaboradores de una organización no gubernamental (ONG) que opera en la localidad y líderes comunitarios del asentamiento. A finales del 2019 e inicios del 2020,¹ también se realizó un taller de primeros auxilios y cuidado de la salud dirigido a las habitantes del asentamiento con el propósito de tener un acerca-

1. Con el apoyo de las estudiantes del programa educativo en trabajo social Adilene Figueroa, Luz Estela Soto, Lizbeth Pérez Montañez y Citlali Macías como parte de su servicio social, fue posible este ejercicio con un grupo de mujeres entre los 17 y 63 años que se comprometieron a acudir semanalmente a las instalaciones de la Fundación León para tomar el taller.

miento a las problemáticas asociadas a emergencias y su atención.² La información de campo más reciente se compiló en 2023 mediante la aplicación de un cuestionario y pláticas informales con habitantes de San Juan de Abajo.³ Otras fuentes de consulta fueron el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE), el Sistema de Consulta de Integración Territorial, Entorno Urbano y Localidad (SCITEL). Así como información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y datos abiertos de la Secretaría de Salud del gobierno de México.

Gracias a los encuentros y entrevistas realizadas recientemente con las y los habitantes se obtuvo información relativa a la vivienda, empleo, acceso a servicios, movilidad, seguridad y salud. Si bien, no fue el objeto inicial de la investigación, su influencia en la calidad de vida, tanto en lo individual, como en lo colectivo, se tornó un tema central de las experiencias compartidas.

López Benítez del Banco Interamericano de Desarrollo (2022) reconoce que el entorno construido influye de manera determinante en muchos aspectos de la salud y el bienestar. Sin embargo, hace énfasis en que no se ha examinado suficientemente la relación entre las políticas urbanas y los programas de atención a la salud de la población (López, 2022:14). En América Latina se habitan ciudades en las que se advierten profundas desigualdades que se traducen no solo en una diferencia de ingresos sino en mayores peligros para la salud, por ejemplo, la población de los márgenes urbanos se encuentra frente a mayores riesgos como la exposición a agentes contaminantes, sufrir padecimientos derivados de la falta de agua potable, drenajes o correcto manejo de residuos que afectan el desarrollo de actividades básicas sin contar los riesgos de habitar entornos con altos índices de violencia (López, 2022; Bilal, 2022).

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OPS, 2009). Es decir, existen factores externos a los individuos que actúan en detrimento de su salud y bienestar que algunos autores han vislumbrado como efectos del modelo económico actual (Damert *et al.*, 2019; Coronado, 2021; Ávila, 2021) que afectan principalmente a las

2. Desafortunadamente estos encuentros fueron suspendidos debido a la pandemia por covid-19, las sesiones realizadas permitieron dar cuenta de una serie de dificultades que las familias enfrentan para atender emergencias médicas debido a la falta de espacios de atención a la salud en la localidad.

3. Agradecemos el apoyo del estudiante Luis Ángel Chía Calvillo en la recuperación de información de campo y trabajo de gabinete.

poblaciones más vulnerables que habitan zonas de las ciudades donde se agudizan las carencias. Partimos de la idea de que las viejas y las nuevas desigualdades que se experimentan en los márgenes de la urbe tienen efectos sobre la forma en que sus habitantes ponen en riesgo o pierden la salud, atienden sus enfermedades y dan seguimiento a sus padecimientos como lo analizamos en los siguientes párrafos.

LA EXPERIENCIA EN UN ASENTAMIENTO PERIURBANO

El municipio de León, en el estado de Guanajuato, actualmente cuenta con casi dos millones de habitantes (INEGI, 2020), en comparación con el censo de 2010 se advierte un crecimiento de 19.6%. A pesar de que en la última década el municipio ha registrado un importante incremento poblacional no se ha fortalecido el sistema de atención a la salud en términos de equipamiento y recursos humanos (Implan, 2023). Si bien ha crecido la derechohabencia aún no cubre las necesidades de grupos de población que no cuentan con acceso a los servicios de salud. En León, las tres principales causas de mortalidad son: diabetes *mellitus* tipo II, tumores malignos y enfermedades del corazón. La principal causa de morbilidad en el municipio son las infecciones respiratorias agudas y en importancia le siguen las infecciones intestinales. Otros padecimientos que afectan de forma importante la salud pública de la población son la drogadicción, violencia, suicidio, obesidad y embarazo adolescente (Síntesis del Diagnóstico Municipal, 2019).

El municipio tiene una población en condiciones de pobreza sin derechohabencia que vive en condiciones precarias, sin servicios básicos en la vivienda, con bajos niveles educativos que algunos organismos y expertos asocian como obstáculos al desarrollo de hábitos preventivos en materia de salud (Síntesis del Diagnóstico Municipal, 2019). Gran parte de esta población se concentra en los llamados Polígonos de Desarrollo, localizados en los bordes periurbanos de la ciudad donde la población de más bajos recursos encuentra una posibilidad de habitar esta ciudad que se caracteriza por su actividad industrial pero también por generar espacios de exclusión y segregación urbana como los mencionados.

San Juan de Abajo se localiza en uno de estos polígonos, se trata de un asentamiento informal, localizado al sur de la ciudad entre la autopista León-Salamanca, la carretera federal León-Aguascalientes y una vía del tren. Hasta el 2020, la localidad contaba con una población de 7 559 habitantes según el censo del INEGI. Al igual que otras comunidades de los márgenes de la ciudad carece de servicios básicos como

drenaje, agua potable, centro de salud, pavimentación y solo cuenta con una escuela primaria. San Juan de Abajo es un ejemplo de fragmentación urbana (Ziccardi, 2019) en tanto permanece aislada a partir de límites definidos y fronteras físicas que dificultan la integración de su población con el resto de la ciudad (Kosak citado en Ziccardi, 2019). Persisten altos niveles de analfabetismo, deserción escolar, violencia sexual e intrafamiliar, la presencia de grupos delictivos, embarazos a temprana edad, adicciones y precariedad laboral son algunos de los problemas sociales que enfrenta la población de este asentamiento (Gasca, 2022). El personal de la Fundación León,⁴ reporta que la población infantil se encuentra en grave riesgo social y de salud debido a que desde la primera infancia se inhalan sustancias como el agua de celaste y algunos de ellos están vinculados con grupos delictivos que operan en la zona. Además de las adicciones en niños y adultos, en la localidad persiste la desnutrición, analfabetismo, deserción escolar, violencia intrafamiliar y sexual.

Un gran número de familias de este asentamiento viven en casas a medio construir con muros de materiales de reciclaje como láminas, cartones, telas, maderas y hules con divisiones improvisadas. Algunas experimentan hacinamiento, no tienen acceso al agua para las funciones más básicas como asearse o lavar, tampoco cuentan con sistema de drenaje. En algunas viviendas se cuenta con letrinas y, en otras, se improvisan canaletas para sacar las aguas de desecho de las viviendas (foto 1). Los habitantes almacenan agua en tambos, cubetas, garrafones y botes que permanecen expuestos al polvo y otros agentes contaminantes que a la larga suelen provocar enfermedades gastrointestinales entre quienes la usan y consumen (foto 2).

Mendiola (2022) documenta que las experiencias alimentarias de los habitantes de esta localidad son limitadas, algunas familias realizan una o dos comidas al día y la ingesta de productos industrializados y de bajo contenido nutricional son lo común en la dieta de las mujeres, niñas y niños, lo que aumenta considerablemente el riesgo de padecimientos como desnutrición, obesidad, diabetes e hipertensión (Mendiola, 2022:107).

Según los datos obtenidos en campo, los ingresos de un grueso de las familias de la localidad no superan los 1 000.00 pesos semanales (51 dólares al tipo de cambio del 26 de septiembre de 2024) además de la poca circulación de alimentos de

4. Institución filantrópica que desde finales de los noventa trabaja con sectores vulnerables de la población leonesa, actualmente tiene una importante presencia en San Juan de Abajo por medio de talleres, programas y proyectos de distinta naturaleza encauzados a mejorar la calidad de vida y cohesión social de la población.



Foto 1. Desechos de drenajes improvisados en viviendas de San Juan de Abajo.
Fuente: Archivo propio. Visita de campo 2/07/2019.



Foto 2. Recipientes de almacenamiento de agua
Fuente: Archivo propio. Visita de campo 30/10/2019.

calidad, pues los principales mercados y centros de abasto se encuentran retirados del asentamiento. Los padres de familia son peones de albañil o trabajadores con salarios bajos en la industria de maquila o servicios, algunos de ellos no tienen trabajo fijo ni permanente por lo que la pepena y algunas labores emergentes son una opción que los restringe de prestaciones entre las cuales se encuentra la posibilidad de acceder a vivienda formal y servicios de salud.

Los registros de lesiones del 2018 al 2022 de la Secretaría de Salud de Gobierno de México revelan, para el caso de San Juan de Abajo, como causas más frecuentes de ingreso hospitalario entre los habitantes de esta localidad: la violencia familiar,

que afecta principalmente a mujeres y menores, picaduras de alacrán donde la población vulnerable son las niñas y niños. Y, en el caso de los hombres, se atienden principalmente cortaduras con agentes punzocortantes; en el menor de los casos, golpes o caídas. Los espacios en los que con mayor frecuencia ocurren estos accidentes son la vivienda y la vía pública. Las consecuencias resultantes de mayor importancia que los pacientes refieren además de las heridas, fracturas y laceraciones, son la depresión, trastorno de ansiedad postraumático y malestar emocional, sobre todo en los casos de violencia en el hogar.

Otro dato para destacar es que, de un registro de 94 pacientes de San Juan de Abajo atendidos entre 2018 y 2021 en calidad de urgencia en los principales hospitales públicos de la ciudad de León, Guanajuato; 62 de ellos contaban con el Seguro Popular (2018 y 2019), 26 no tenían ningún tipo de derechohabiencia, 14 de los cuales se registraron entre 2020 y 2021. Solo seis mencionaron contar con Insabi (2020-2021). La reciente caída en el acceso a servicios médicos públicos obedece a la suspensión formal de Seguro Popular ocurrida en el 2019. Si consideramos que en la localidad habitan más de 7 000 habitantes, el hecho de que solo se tengan registros de 94 pacientes en los últimos cuatro años es revelador, solo acudieron al hospital por tratarse de casos agravados como la picadura de insectos venenosos o las complicaciones por lesiones de gravedad.

En las entrevistas con amas de casa aseguraron no acudir a consultas médicas con regularidad a menos de tratarse del seguimiento a un embarazo. Entre 2021 y 2023, los hospitales General de León y el de Especialidad Materno Infantil registraron que los ingresos y egresos de mujeres de San Juan de Abajo están relacionados principalmente con atención de ginecoobstetricia, obstetricia y en un número menor, atención médica a recién nacidos por complicaciones como deshidratación (Secretaría de Salud, 2023). Mendiola de la Rosa (2022), en su trabajo de investigación sobre alimentación y desigualdades en esta localidad ya identificaba que las mujeres se sentían valoradas en su embarazo, etapa en la que el contexto familiar les procura mejor alimentación y cuidados. Solo durante la gestación, las mujeres suelen acudir de forma regular a sus citas de seguimiento en el centro de salud y hospitales públicos fuera de la localidad. Muchas veces, con la intención de asegurar el parto con algún tipo de apoyo, pero también como un momento de procuración de atención y cuidados que no vuelve a presentarse en sus experiencias de vida.

La recolección de basura es una forma de autoemplearse en San Juan de Abajo, lo cual conlleva riesgos para la salud de los habitantes que recurren a esta práctica

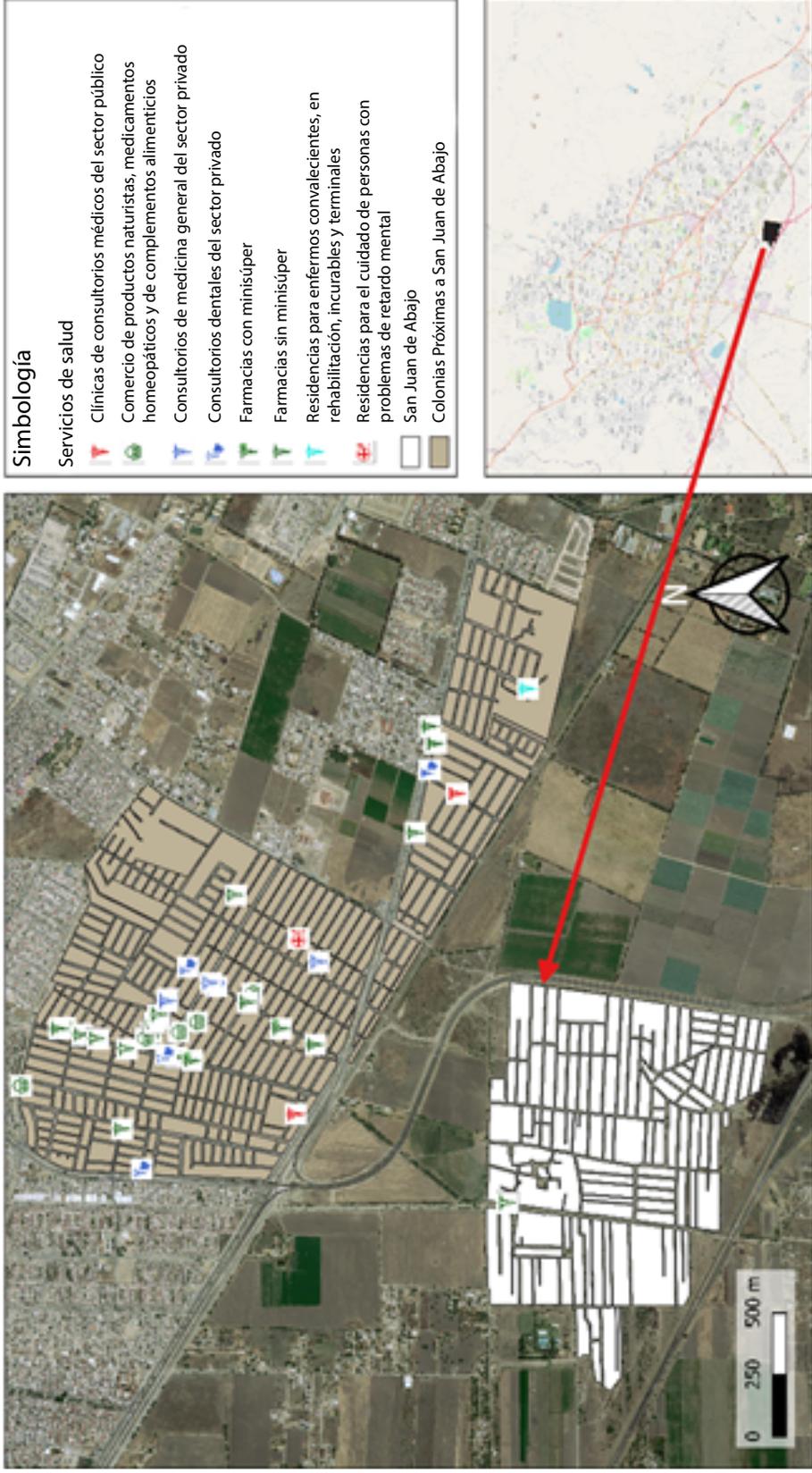
para cubrir necesidades básicas. Los encuentros con algunos recuperadores revelan que los principales riesgos derivados de la pepena —como también se le conoce a la actividad—, se encuentran las heridas punzantes y picaduras de insectos además de infecciones en la garganta. Estos padecimientos no suelen tratarse, a menos de que se compliquen. En esos casos suelen recurrir a consultorios médicos de las “Farmacias del Ahorro”, “Doctor Simi” y otros establecimientos comerciales que brindan atención a bajo costo siempre y cuando se adquieran los medicamentos en sus comercios. En México, estas farmacias se han popularizado a tal nivel que son la primera opción de atención médica para las personas sin derechohabiencia. Para los habitantes de San Juan de Abajo no es la excepción. Sin embargo, no dejan de ser consultas estrictamente necesarias, ya que no siempre se cuenta con los recursos para recibir la atención médica, como lo refirieron en las entrevistas a la pregunta de “¿qué hace cuando se enferma?” y la respuesta giró en torno a la recurrencia a “remedios” o esperan a que la enfermedad “se cure sola” como es el caso de gripes, dolores y afecciones estomacales, enfermedades de la piel, oculares y de vías respiratorias.

En la localidad solo hay una pequeña farmacia privada con productos básicos, el resto de los negocios se localizan a unos 45 minutos caminando, cruzando las vías del tren y una gran avenida que separa al asentamiento de la ciudad consolidada. En la colonia 10 de mayo, una zona contigua que aloja vivienda popular, se advierten comercios en los que los habitantes encuentran diversos servicios de salud, solo dos de estos son públicos y el resto son negocios privados (mapa 1).

Para acceder a los servicios de salud que ofrece el gobierno del estado, es necesario presentar identificación oficial y comprobantes de domicilio, documentación de la cual carecen dado que, por vivir en un asentamiento informal, no cuentan con comprobante de domicilio y, en el caso de la credencial del INE, además de no estar en posibilidades de comprobar su residencia, es para ellos muy oneroso en tiempo y recursos viajar, al menos dos veces hasta la oficina más cercana para hacer el trámite.

Entre las causas de fallecimiento de los habitantes de San Juan de Abajo (INEGI 2023) sobresalen complicaciones asociadas a la deshidratación —en el caso de menores—, diabetes *mellitus*, enfermedad renal, hipertensión, neumonías y otras afecciones pulmonares, además de homicidios, accidentes por atropello y suicidio. En nuestras visitas a la localidad era común advertir a niños y niñas desnutridos, con evidentes enfermedades en los ojos, piel, vías respiratorias, padecimientos, tal vez, no graves pero continuos, al cuestionar a sus familias sobre la posibilidad de recibir

Mapa 1
Oferta de servicios de salud para San Juan de Abajo



atención médica mencionaban que ante la falta de recursos resolvían esperar a que se les pasara y “cruzaban los dedos” para que no se complicara.

Los habitantes resuelven en el día a día la falta de servicios en su localidad, en el caso de la salud, no es algo prioritario a menos que se presente alguna complicación que les precise la búsqueda de atención médica, pero esto suele ser tardío. En las entrevistas, las mujeres dijeron ser las encargadas de evitar la enfermedad en sus núcleos familiares, en ese contexto de precariedad asumen una carga extra, la de los cuidados. Ante un padecimiento las exigencias son aún mayores, además de ser las responsables de la crianza de los hijos, el cuidado del hogar, la preparación de alimentos, el abasto del agua y los residuos, entre otras tareas (Mendiola, 2022) son las cuidadoras que gestionan y buscan los apoyos necesarios para sacar adelante a la familia ante la pérdida de la salud.

RESULTADOS

El modelo de desarrollo neoliberal ha promovido la creación de enclaves industriales adyacentes a los núcleos urbanos. Aunado al paulatino pero sostenido retiro de los subsidios al sector primario, ha provocado olas de migración a las ciudades de grupos poblacionales que buscan mejores condiciones de vida. Por tanto, las urbes se han convertido en los espacios residenciales de la mayor parte la población, lo que tiene una tendencia creciente (Davis, 2014). Por un lado, como parte de su crecimiento inherente; por otro, producto de la recepción constante de migrantes que, en la mayoría de los casos, son personas que solían dedicarse a las labores agrícolas. No obstante, los beneficios del neoliberalismo no necesariamente los convierte en sus receptores, es decir, en sujetos de sus bondades económicas. Esto puede explicarse de la siguiente manera: el retiro de apoyos al campo, la corrupción persistente en la compra de las cosechas, los bajos precios derivados de lo anterior, promueven condiciones precarias de vida para amplios grupos de población rural que, carentes de los recursos para sobrevivir en ese entorno, buscan lo que se promete en las urbes: trabajo y oportunidades (Veltmeyer y Petras, 2008). Sin embargo, arriban casi siempre sin redes de apoyo, con poca educación y urgidos de un puesto laboral y un sitio donde vivir, lo que los convierte en presas fáciles de la ciudad no consolidada y del mercado informal de trabajo que suele engullirlos desde su arribo en una trampa de pobreza determinada por el lugar que habitan físicamente (Aliano, 2021), lo que, como pudimos mostrar con el caso de San Juan de Abajo, los aísla de los satisfactores básicos y encarece su, ya de por sí, mala calidad de vida.

Como agentes del mercado informal de trabajo, no tienen acceso a los derechos sociales asociados a los puestos laborales en la formalidad. Vecinos de asentamientos informales que suelen tener multiplicidad de derechos de propiedad sobre y yuxtapuestos (Torres Mazuera, 2012; Ávila, 2021), deben luchar por años para tener lugares donde sus hijos puedan acceder a la educación básica, con algo de fortuna tendrán acceso a la primaria y, al terminarla, la secundaria significará un gasto en transporte y otras necesidades propias de la escuela que difícilmente están en condiciones de cubrir, por lo que la mayor parte de la población en edad escolar se quedan, si bien va, con seis años de educación.

Ajenos a los derechos laborales, son como consecuencia, marginados de los derechos sociales. El estatus jurídico del asentamiento donde viven, la mayor parte de las veces ejidos que no fueron privatizados, impide que los gobiernos federal, estatal y municipal generen mecanismos de bienestar objetivo (Alegría Olazábal y Ordoñez Barba, 2005), por ejemplo, falta la construcción de un centro de salud. Marginados de la sociedad son también marginales de la información, ajenos a herramientas que les permitan empujar hacia la consolidación de su propiedad y del espacio que habitan. Se convierten en parias del sistema económico, sujetos marginales de la marginalidad, cuya prueba irrefutable es la existencia de sus condiciones de vida en varios lustros (Van Gelder, Cravino y Ostuni, 2013).

En términos amplios, el neoliberalismo apuesta a una disminución gradual de la participación política. Para ello, ha recurrido a la creación de un esquema de valores que determinan el valor comunitario del individuo en correspondencia con su éxito económico personal, de tal suerte que, preocupado cada uno por sí mismo, la comunidad tiende a estar conformada por individualidades y el sentido comunitario en función del bien común se diluye en la multiplicidad de intereses personales (Di Virgilio y Perelman, 2014).

La participación política es, por definición, comunal y requiere de una conciencia del entorno sociopolítico que permita construir metas para el beneficio colectivo, el éxito de la axiología neoliberal es definir a quienes tienen una perspectiva política y colectiva como sujetos antisistema y potenciales destructores de los logros individuales en nombre de una colectividad. El discurso oculto es que la participación política, casi siempre, tiende a demandar bienestar objetivo efectivo a través del cumplimiento de los derechos sociales o la expansión de estos. Otro triunfo del neoliberalismo es la desactivación de la organización social en los grupos poblacionales pauperizados a partir de la reproducción del discurso de las victorias personales

como conquistas colectivas. Lo que conduce a la inhibición de la participación política (Soldano, 2014).

Lo anterior tiene su efecto en los contextos donde se habita. La migración y la pobreza que se asocia en general a núcleos, la mayor parte de las veces, periurbanos, conducen a la división de la ciudad en dos grandes universos que difícilmente se intersectan: (Carrión, 2021; Hernández Cordero *et al.*, 2019): *a*] la urbe consolidada; aquella que cuenta con agua entubada, drenaje, electrificación, pavimento, acceso a vías primarias de comunicación, su inserción en la logística del transporte público, centros de salud públicos y privados, sitios de venta de productos alimenticios frescos de primera o segunda calidad a precios más o menos accesibles; *b*] la no consolidada, que se caracteriza por carecer de agua entubada y verse obligados a conseguirla a través de “viajes de agua” que hacen con el pago a pipas o a jóvenes que rellenan garrafo-nes de las tomas públicas y los llevan a las puertas de las casas. En lugar de drenaje tienen fosas sépticas, cuando bien va; o canaletas que conducen las aguas negras y grises a la calle, cuando mal va, lo que los expone a un conjunto de enfermedades que, como ya expusimos, no suelen ser atendidas por un médico a menos de que se presente una complicación y que algunas de las veces conduce a la muerte como el registro de infantes fallecidos por deshidratación que solo puede explicarse a partir de enfermedades gastrointestinales. Las tomas eléctricas son puentes que han hecho directamente de los cables de la Comisión Federal de Electricidad con lo que están en constante riesgo de sufrir un accidente. Las calles pavimentadas no existen, como tampoco la conexión a vías primarias de comunicación de ahí que sea frecuente que los habitantes sufran accidentes que terminan en decesos al intentar cruzar la autopista o el gran bulevar que los separa de la ciudad. Si bien hay una ruta de transporte público, es esporádica. Quizá, en materia de salud y bienestar, los puntos más destacados sean la ausencia de servicios sanitarios, su lejanía con centros hospitalarios, la falta de acceso a consultas médicas. Aunado a esto, ya se ha demostrado que, en las áreas periurbanas, el circuito de suministro de alimentos tiene dos características: *i*] los alimentos frescos tales como lácteos, frutas y verduras son de muy mala calidad. Lo que conduce a un círculo vicioso que termina por limitar el acceso a este tipo de bienes alimenticios: mala calidad en el producto para poder ofrecer precios bajos — poca venta— retiro de los comerciantes; *ii*] los alimentos a los que tienen acceso por consecuencia, son en su mayoría ultraprocesados (Mendiola, 2022).

Lo anterior permite explicar la alta incidencia en muertes causados por complicaciones de diabetes *mellitus*, hipertensión, enfermedades renales y afecciones cardíacas.

cas. Lo que hay que hacer notar es que damos cuenta de las enfermedades que han sido registradas como causas de muerte; pero, al tratarse de poblaciones periurbanas que no suelen atender sus padecimientos, tenemos un panorama limitado. En campo, como pudimos explicar previamente, refieren problemas oculares, dermatológicos, de las vías respiratorias y gastrointestinales como afectaciones cotidianas de salud que no se reflejan en los registros de los diferentes ámbitos de gobierno. De hecho, la literatura reporta que el VIH y la tuberculosis son enfermedades que se asocian a la pobreza y la exclusión, sin embargo, los datos oficiales no reportan estas afectaciones a la salud (Santos Padrón, 2006). Sin tomar en cuenta los accidentes de trabajo que pueden incapacitar de por vida a personas que no tienen seguridad social.

Finalmente, es importante resaltar que las causas de defunción entre el 2012 y el 2021, recolectadas por el INEGI (2023), reportan varios suicidios entre la población joven del asentamiento. Si pensamos que el bienestar subjetivo responde a la experiencia del sujeto y su apreciación personal sobre la vida y el contexto en el que se desarrolla, es evidente que las condiciones de una zona marginada de la ciudad no tienen elementos que permitan valorar de manera positiva el hecho de vivir. Pero, al mismo tiempo, pone sobre la mesa la necesidad de mecanismos efectivos de atención médica y también de salud mental.

CONCLUSIONES

Hay una relación directa entre las condiciones de pobreza y desigualdad que viven los grupos poblacionales de las áreas periurbanas pauperizadas y sus escenarios de bienestar asociados a la salud. Se trata de una relación multifactorial en el que la pauperización no explica por sí misma el conjunto de factores que inciden en su mala calidad de vida. Atraviesan políticas públicas de atención a la pobreza extrema de los distintos ámbitos de gobierno: el federal, por ejemplo, con la desaparición del Seguro Popular y su ineficacia, tanto para construir un nuevo sistema de salud que le dé atención integral al cúmulo de la población que opera, económicamente, desde la informalidad, como para comunicar las alternativas con que cuentan. El estatal, al no flexibilizar las condiciones para que las personas puedan tener atención médica en los centros de salud que dependen de este ámbito gubernamental. El municipal, al no generar programas específicos, en convenio con las universidades, para dar seguimiento a las circunstancias sanitarias en las que vive este subconjunto de la sociedad. Lo que en el fondo significa que el Estado no ha logrado crear mecanismos

a partir de los cuales se garantice el acceso de los más pobres de este país a los derechos sociales consagrados en la Constitución.

Pero no solo lo anterior, que ya puede serlo todo, sino también que en la dinámica social del neoliberalismo no existe de manera general la conciencia de que hay grupos sociales que, para cumplir con la exigencia del sujeto autosuficiente que se inserta en el mercado por sí mismo a través del conjunto de competencias que ha adquirido en la educación formal y en la experiencia laboral, es necesario dotarles de apoyo a lo largo de su formación. No obstante, como lo ha demostrado Solís (2014), en México las posibilidades de que nazcas y mueras en el mismo decil son muy elevadas. Por tanto, ¿cuáles son los incentivos a partir de los cuales se pueden tomar medidas efectivas para elevar el bienestar de estos grupos sociales y, por lo tanto, quitarles la etiqueta de vidas desechables para el sistema?

Lo anterior conduce a la pregunta sobre el tipo de ciudadanía que se desarrolla en esos entornos. Como ya dijimos, hay procesos de anulación de esta, en el mundo contemporáneo ya no está vinculada a una sujeción territorial sino a la efectividad en la que el Estado reconoce la existencia de los individuos en la sociedad que lo conforma y es capaz de garantizar sus derechos sociales o, al menos, un porcentaje significativo de los mismos. Ni siquiera hay una discusión sobre la ciudadanía como medio de identificación de los sujetos tributarios. Sin embargo, para garantizar el acceso a la salud, el gobierno de Guanajuato asume que son ciudadanos solamente aquellos que puedan, de manera efectiva, comprobar el vínculo geográfico con las fronteras estatales. Y, en México, de manera general, se ha asociado la existencia sociopolítica del sujeto a su capacidad e interés por votar, por lo que el reconocimiento político de las personas se da sí y solo sí tiene la credencial emitida por el Instituto Nacional Electoral, lo que excluye a amplios grupos poblacionales. Por ello, afirmamos que hay un proceso de anulación de la ciudadanía en las áreas periurbanas pauperizadas que tienen, como consecuencia, un condicionamiento estructural al acceso al bienestar en materia de salud.

En este sentido, excluidos formalmente de los servicios de salud, segregados por las distancias que los separan de estos, el bienestar en materia de salud para estos grupos poblacionales, tomando como referencia el caso de San Juan de Abajo, en León, Guanajuato, se limita a los cuidados ginecoobstétricos durante el embarazo y a la atención a urgencias, en las que podemos englobar las complicaciones a distintas enfermedades y accidentes que se tienen en la vivienda y en el entorno.

Por lo que habitar la desigualdad es hacerlo, inevitablemente, segregados de los servicios de salud y el bienestar asociado a estos. Implica dejar correr la fortuna de

que no existan complicaciones que obliguen a gastar los, ya de por sí, escasos recursos. Significa tener una dieta basada en alimentos ultraprocesados y, por lo tanto, estar condenados a las enfermedades asociadas a ellos, sin que haya políticas públicas que atiendan la necesidad de una alimentación saludable a través de la incorporación al mercado local de insumos para que eso sea posible. En suma, el bienestar está asociado a acciones extrínsecas de la sociedad, de tal suerte que, sin la voluntad de llevarlas a cabo, nos pone de frente a la postura necropolítica del neoliberalismo que explica la ausencia del Estado en estos lugares como actos concientes de control social a partir de los cuales a este tipo de subconjuntos sociales puede dejárseles morir o, puesto en otras palabras, privarlos de bienestar (Portanda Jordán, 2021).

BIBLIOGRAFÍA

- Alegría Olazábal, T. y G. Ordoñez Barba (2005), *Legalizando la ciudad. Asentamientos informales y procesos de regularización en Tijuana*, El Colegio de la Frontera Norte, México.
- Aliano, N. (2021), "Habitar la casa en un barrio popular. Trayectorias residenciales, subjetividad y proyectos personales en la periferia urbana platense", en Susana Ortale y María Eugenia Rausky (coords.), *Desigualdad en plural. Miradas, lecturas, estudios en la Gran Plata*, Universidad Nacional de la Plata, Argentina, pp. 227-260.
- Altamirano, M. y L. Flamand (2021), "Acción pública y desigualdades territoriales en México. Una nueva agenda de investigación", en Melina Altamirano y Laura Flamand (eds.), *Desigualdades sociales en México. Legados y desafíos desde una perspectiva multidisciplinaria*, El Colegio de México, México (versión Kindle).
- Ávila, A. (2021), "Los derechos de propiedad en los márgenes de la ciudad. Un galimatías institucional", en José Luis Coronado Ramírez (coord.), *Desigualdades periurbanas: causas, procesos y retos en León de los Aldama, Guanajuato*, Universidad de Guanajuato/Fides, México, <http://repositorio.ugto.mx/handle/20.500.12059/5859> 31 de agosto de 2023.
- Barba Solano, C. (2011), "Revisión teórica del concepto de cohesión social: hacia una perspectiva normativa para América Latina", en Nestor Puyana y Carlos Silveira (eds.), *Perspectivas críticas sobre la cohesión social: Desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina*, CLACSO, Buenos Aires, pp. 67-86.
- Carcanholo, M. (2019), "Neoliberalismo y dependencia contemporánea: alternativas de desarrollo en América Latina", en Paulina Vidal Molina (coord.), *Neoliberalismo, neodesarrollismo y socialismo bolivariano. Modelos de desarrollo y políticas públicas en América Latina*, CLACSO, Buenos Aires, pp. 34-50.

- Carrión F. (2021), "Prólogo. La ciudad neoliberal", en Carmen Valverde, Liliana López y Carla Narciso (coords.), *Multiterritorialidades del Neoliberalismo. Experiencias en la Ciudad de México*, UNAM, Juan Pablos Editor, México.
- Cooper, F. (2019), *Ciudadanía, desigualdad y diferencia. Una perspectiva histórica*, Crítica, México.
- Coronado J. L. (2021), "Pobreza, marginación y desigualdad en las zonas Periurbanas y localidades periféricas", en José Luis Coronado Ramírez (coord.), *Desigualdades periurbanas: causas, procesos y retos en León de los Aldama, Guanajuato*, Universidad de Guanajuato/Fides, México, <http://repositorio.ugto.mx/handle/20.500.12059/5859> 31 de agosto de 2023.
- Dammert, M.; V. Delgadillo, y J. Erazo (2019), "Presentación. La ciudad, espacio de reproducción de las desigualdades", *Andamios*, Ciudad de México, Colegio de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 16(39): 7-13, enero-abril.
- Davis, M. (2014), *Planeta de ciudades miseria*, Akal, Madrid.
- Di Virgilio, M. M. y M. Perelman (2014), "Ciudades latinoamericanas. La producción social de las desigualdades urbanas", en María Mercedes di Virgilio y Mariano Perelman (coords.), *Ciudades latinoamericanas. Desigualdad, segregación y tolerancia*, CLACSO, Buenos Aires, pp. 9-23.
- Fleury, S. (2021), "Derechos sociales: difíciles de construir, fáciles de destruir." *Salud Colectiva*, Argentina, Universidad Nacional de Lanus, (17):1-17.
- Gershon, Il. (2011), "Neoliberal agency", *Current Anthropology*, 52(4): 537-555.
- Hernández Cordero, A.; C. Vergara Constelá; A. Aritz Tutor, y E. Salá Barceló, (2019), "Introducción", en Adrián Hernández Cordero, Carlos Vergara Constelá, Antón Artiz Tutor, y Eduard Salá Barceló (coords.), *Neoliberal(urban)ismo. Transformaciones socioterritoriales y luchas populares en Chile, España y México*, Universidad Nacional Autónoma de México-Programa Universitario de Estudios de la Ciudad.
- Fundación León (2023), *Centro de Desarrollo San Juan de Abajo*, <<https://www.fundacionleon.org.mx/es-mx/Centros-de-desarrollo/San-Juan-de-Abajo>>, 12 de septiembre de 2023.
- Giglia, A. (2012), *El habitar y la cultura. Perspectivas teóricas y de investigación*. Barcelona, Anthropos/UAM.
- Gasca Moreno C. (2021), "Experiencias del habitar desde los márgenes periurbanos" en José Luis Coronado Ramírez (coord.), *Desigualdades periurbanas: causas, procesos y retos en León de los Aldama, Guanajuato*, Universidad de Guanajuato/Fides, México. <http://repositorio.ugto.mx/handle/20.500.12059/5859> 31 de agosto de 2023.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2023), *Directorio Nacional de Unidades Económicas. DENUE. Censos Económicos 2023*; <<https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/default.aspx>>, 31 de agosto de 2023.

- Mortalidad (s. f.) [https:// www.inegi.org.mx/programas/ mortalidad/#datos_abiertos](https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#datos_abiertos), 31 de agosto de 2023.
- (2023), *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). 2023* <https://www.inegi.org.mx/sistemas/Infoenoe/Default_15mas.aspx>, 31 de agosto de 2023.
- Katz, C. (2019), “Neoliberales en América Latina”, en Paula Vidal Molina (coord.), *Neoliberalismo, neodesarrollismo y socialismo bolivariano. Modelos de desarrollo y políticas públicas en América Latina*, CLACSO, Buenos Aires, pp. 52-104.
- López Benítez, B. (2022), “Prefacio”, en Nora Libertun (ed.), *Ciudades inclusivas, ciudades para todos*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/ciudades-inclusivas-ciudades-saludables-para-todos9.pdf> 14 de septiembre de 2023.
- Torres Mazuera, G. (2012), *La ruralidad urbanizada en el centro de México*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Mendiola de la Rosa L. (2022), *Las mujeres, la alimentación y los cuidados en el contexto de las desigualdades urbanas en León, Guanajuato*, tesis de licenciatura, México, Universidad de Guanajuato, 107 pp.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2009), <*Determinantes Sociales de la Salud*, <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>> 9 de septiembre de 2023.
- Portanda Jordán, G. (2021), “Sistema político y neoliberalismo: la necropolítica como régimen de gobierno en Bolivia”, en *Necropolítica en América Latina. Algunos debates alrededor de las políticas de control y muerte en la región*, Universidad de los Andes-Programa de Investigación en Política Exterior Colombiana, Colombia.
- Rosanvallon, P. (2010), *La legitimidad democrática. Imparcialidad, reflexividad y proximidad*, Paidós, Madrid.
- Santos Padrón, H. (2006), “Relación entre pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(2): 131-145.
- UN (United Nations) (2020), *World Urbanization Prospects 2019*. <https://population.un.org/wpp/>, 19 de septiembre de 2023.
- UN-Habitat (2020), *World Cities Report 2020*. <https://unhabitat.org/sites/default/files/2020/10/wcr_2020_report.pdf>, 21 de septiembre de 2023.
- Usama, B. (2022), “Desigualdades en salud en las ciudades de América Latina: un marco y dos estudios de caso para comprender el impacto de la desigualdad en las zonas urbanas de América Latina”, en Nora Libertun (ed.), *Ciudades inclusivas, ciudades para todos*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/ciudades-inclusivas-ciudades-saludables-para-todos9.pdf>, 14 de septiembre de 2023.

- Urzúa A. y A. Caqueo-Úrizar (2012), "Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto", *Terapia Psicológica*, 30 (1): 61-71.
- SCITEL (2020), *Principales resultados por localidad (ITER) 2020*. <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/consultas/index>, 21 de septiembre de 2023.
- Secretaría de Salud (2023), *Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud*, <https://datos.gob.mx/busca/dataset/egresos-hospitalarios-de-la-secretaria-de-salud>, 2 de septiembre de 2023
- Síntesis de Diagnóstico Municipal (2019), *Diagnóstico del Municipio de León* https://www.implan.mx/pdf/sistema/Diagnostico_Municipal_de_Leon_2019.pdf, 5 de septiembre de 2023.
- Soldano, D. (2014), "La desigualdad social en contextos de relegación urbana. Un análisis de las experiencias y los significados del espacio (Gran Buenos Aires 2003-2010)", en María Mercedes di Virgilio y Mariano Perelman (coords.), *Ciudades latinoamericanas. Desigualdad, segregación y tolerancia*, CLACSO, Buenos Aires, pp. 27-55.
- Solís, P. y E. Blanco (2014), "¿Relación duradera o divorcio? El vínculo entre la escolaridad y el logro ocupacional temprano en un contexto de deterioro laboral", en E. Blanco, P. Solís y H. Robles (coords.), *Caminos desiguales. Trayectorias educativas y laborales de los jóvenes en la Ciudad de México*, El Colegio de México/Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación, México.
- Van Gelder, J-L.; M. C. Cravino y F. Ostuni (2013), "Movilidad social espacial en los asentamientos informales de Buenos Aires", *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, 5(2): 123-137.
- Veltmeyer, H. y J. Petras (2008), "Peasants in an era of neoliberal globalization: Latin America on the move", *Theomai* (18): 4.29.

**HALLAZGOS EN SALUD
BAJO EL ENFOQUE
DEL BIENESTAR SUBJETIVO**

WALEQLLA, ¿QANRI? SALUD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SOCIAL ENTRE LAS Y LOS JÓVENES DEL MUNICIPIO DE TIRAQUE (BOLIVIA)

NELSON ANTEQUERA DURÁN

INTRODUCCIÓN

Waleqlla, ¿qanri?, bien nomás, ¿y tú?, es la respuesta común en Tiraque, cuando, en lengua quechua, preguntamos a alguien a modo de saludo *¿imaynalla?* (¿cómo estás?). Más allá del formulismo, nos preguntamos, ¿qué implica estar bien nomás (*waleqlla*) para los y las jóvenes de esta región? El presente artículo examina las distintas connotaciones del bienestar y la relación entre la salud física o el sentirse “bien de salud” y aquellos otros aspectos del bienestar que tienen que ver con los sentimientos y emociones, la calidad de las relaciones y un ambiente social y familiar que favorecen el “sentirse bien” y el “estar bien”.

La investigación estudia la correlación entre la salud física mediante el indicador de autopercepción y las variables relacionadas con el bienestar psicológico y social. En la primera parte del artículo abordamos todas las aristas que abarca el concepto de bienestar. Hacemos énfasis en el bienestar subjetivo y, en este contexto, el bienestar psicológico y el bienestar social, que han sido estudiados y definidos por los diversos autores citados. Asimismo, sostenemos que la salud puede ser una variable fundamental que permita comprender el bienestar de manera integral. El bienestar solamente como funcionamiento psicológico, psicosocial, o como funcionamiento fisiológico no alcanza para comprender la riqueza y complejidad de la persona y aquellos determinantes de su entorno. El bienestar subjetivo y los factores sociales se correlacionan estrechamente con el estado de salud de las personas o, al menos

con la autopercepción que tienen sobre sí mismos. El bienestar y la salud son como características intrínsecas y complementarias.

El presente artículo fue elaborado en el marco del proyecto de investigación “Inclusión/exclusión social de los jóvenes de Tiraque”, ejecutado por el SP1-CEeA, ejecutado por la Universidad Católica Boliviana, Bolivia.

EL BIENESTAR: UNA CONSTRUCCIÓN BIOPSIOSOCIAL

El bienestar es un concepto que abarca una diversidad de fenómenos sociales y humanos. Surge en el contexto de la preocupación, tanto desde las ciencias, como de los estados por el Desarrollo Humano y la superación o mitigación de las consecuencias negativas del capitalismo y del liberalismo.

Recordemos que las medidas del Consenso de Washington no respondían a un modelo de desarrollo en sí; sin embargo, muchas de sus estrategias de aplicación responden al enfoque de necesidades básicas, surgido entre los setenta y ochenta como rechazo a las teorías de bienestar promovidas por los Estados. De este modo, el estado de bienestar es reemplazado por un estado que atiende, ya no a las necesidades humanas básicas de sus ciudadanos directamente, sino que las mismas se resuelven “otorgando una determinada cantidad de bienes y servicios al individuo aislado” y pasivo (Edo, 2002: 19) y donde el Estado asume este papel humanitarista o asistencialista con individuos pasivos y en estado de calamidad. Los individuos deberían asegurar su “bienestar” individualmente a través del ingreso y del mercado. Para esto, sería necesario que los estados estimulen el crecimiento económico. Este modelo muy pronto evidenció sus consecuencias negativas. El mito del desarrollo no logró ni el crecimiento económico ni mucho menos el bienestar de la mayoría de la humanidad.

En este contexto, el enfoque del desarrollo como “desarrollo humano” como una propuesta alternativa al desarrollismo económico, tanto desde el ámbito del pensamiento económico, como desde los organismos internacionales.

El concepto de desarrollo humano ha sido propuesto por destacados teóricos de la economía, entre los que resalta Amartya Sen, premio Nobel de economía. Las propuestas de Sen son asumidas por la ONU y en 1990 se presenta el primer Informe de Desarrollo Humano del PNUD. En este documento, este se define como

el proceso de ampliación de las opciones de las personas mediante el fortalecimiento de sus capacidades y la consolidación de sus libertades. Las capacidades

incluyen desde disfrutar de una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un alto nivel de vida, hasta la libertad política, económica y social, participar en la vida de la sociedad, tener la posibilidad de ser creativo y productivo, respetarse a sí mismo (vivir con dignidad) y disfrutar de la garantía de los derechos humanos (PNUD-UNICEF, 2008: 9).

En este marco, la propuesta pretende hacer un tránsito de la centralidad en lo económico a la centralidad de las personas, idea ya planteada por algunas corrientes del desarrollo sostenible, a través de una serie de recursos para alcanzar una vida digna como el acceso a “conocimientos útiles”, libertades políticas, económicas y sociales en el marco de los derechos humanos y considerando un balance entre formación de capacidades y el uso de estas (Fundación UNIR, 2012:18).

A finales de la década de 1990, surge también en la ONU el enfoque que sale del reconocimiento de los derechos humanos como parte intrínseca del desarrollo. El enfoque de derechos y el enfoque del desarrollo humano, se entienden como paradigmas interdependientes y se esfuerzan entre sí, reafirman la libertad humana y fortalecen las capacidades sociales para garantizarla.

Comparten un compromiso común con la libertad, el bienestar y la dignidad de las personas de todas las sociedades, de forma tal que sus motivaciones los hacen compatibles y sus diferentes estrategias los hacen complementarios. Los dos conceptos se fundamentan en el reconocimiento de la importancia de la vida humana, y son dos formas de reafirmar la libertad humana (PNUD-UNICEF, 2008:18).

Lo más relevante de esta complementariedad entre el enfoque de derechos como parte intrínseca del desarrollo y el desarrollo humano es que cambia, al menos conceptualmente, el papel del Estado en lo que se refiere a los mismos. En otras palabras, el desarrollo humano entendido como desarrollo de capacidades hará posible el pleno cumplimiento de los derechos fundamentales. El enfoque de derechos destaca la obligación del Estado en cuanto a la garantía de las libertades humanas a través del desarrollo humano, es decir, del desarrollo de capacidades para garantizar dichas libertades. De este modo, temas como la familia, la equidad de género, la seguridad intrafamiliar, las relaciones generacionales, etc. pasan del ámbito de lo estrictamente privado al público.

Uno de los conceptos centrales del paradigma del desarrollo humano es el de la “calidad de vida”. En los años setenta surge en EU el concepto de “calidad de vida” que integra los entornos material y psicosocial en una función. Sin embargo, la discusión acerca de los indicadores de la calidad de vida ha estado en torno a si la medición se debe hacer sobre las condiciones objetivas de vida o sobre las percepciones y evaluaciones de las personas (Casas i Aznar, 1996: 41-42). El concepto de calidad de vida “reconoce la entidad a la experiencia que las personas tienen de sus propias formas y condiciones de vida, dando tanto o más valor a esa experiencia que a las condiciones materiales u objetivables” (Casas i Aznar, 1996: 96). De aquí surgen dos líneas de investigación confrontadas, la calidad de vida como “aproximación felicidad” y como “aproximación satisfacción”.

Si bien ha cobrado múltiples significados, el consenso alrededor del término es que no se puede medir el bienestar de una sociedad solamente en términos económicos. Este concepto implica que diferentes dominios como el de la vivienda, la salud o las relaciones sociales deben ser tomados en cuenta para monitorear la calidad de vida. Asimismo, ha surgido otro debate en cuanto a los indicadores de la calidad de vida: la medición de aspectos objetivos y subjetivos. En un estudio pionero sobre el tema, Glatzer y Mohr proponen que se deben estudiar tanto los aspectos subjetivos como objetivos en los distintos dominios de la vida. Por otra parte, también se deben analizar en qué medida ambas dimensiones se relacionan (Glatzer y Mohr, 1987: 15). El texto de estos autores, publicado en inglés, precisamente se titula *Objective Living Conditions and Subjective Well-Being (Condiciones objetivas de vida y bienestar subjetivo)*.

Al combinar las condiciones de vida con evaluaciones subjetivas, resultan cuatro niveles de “calidad de vida”. La combinación positiva en ambos aspectos resulta en “bienestar”; la negativa en ambos aspectos se denomina “privación” (*deprivation*) y las respuestas mixtas pueden ser “disonancia” (cuando se da una percepción negativa en condiciones de vida favorables) y “adaptación” (cuando se tiene una percepción de la vida positiva en condiciones de vida desfavorables) (Glatzer y Mohr, 1987: 17).

Cuadro 1
Niveles de bienestar (*welfare*)

<i>Condiciones objetivas</i>	<i>Percepciones subjetivas</i>	
	<i>Positivas</i>	<i>Negativas</i>
Buenas	Bienestar	Disonancia
Malas	Adaptación	Privación

Fuente: Glatzer y Mohr, 1987.

Como parte del mismo estudio, Glatzer afirma que el bienestar (*well-being*) se puede entender como “satisfacción” o como “felicidad” en términos coloquiales, así como en el discurso sociológico. El concepto de “satisfacción” hace referencia a una evaluación cognitiva de la situación en comparación con otros grupos o con las expectativas y deseos personales. En cambio, el término de “felicidad” tiene una carga emocional producida por experiencias positivas o negativas del individuo.

En las encuestas se vio la tendencia que los participantes manifiestan estar “satisfechos” o “felices”. En parte, esto sucede porque ante la sensación de insatisfacción la gente puede cambiar sus condiciones de vida o sus expectativas para lidiar con la insatisfacción o la infelicidad (Glatzer, 1987: 27). Por eso, es necesario contrastar los datos de “satisfacción” o “felicidad” con aquellos componentes negativos del bienestar tales como la sensación de fatiga, ansiedad, sentimientos frecuentes de infelicidad o depresión (Glatzer, 1987: 29). Por otra parte, es importante evaluar el estado de bienestar y sus indicadores positivos y negativos en diferentes segmentos poblacionales, dependiendo de las variables de género, área de residencia, edad, entre otros (Glatzer, 1987: 30).

Diener (2006) afirma que la importancia de medir el bienestar subjetivo es para guiar las políticas públicas sociales y evaluar sus resultados. Define el bienestar subjetivo como

los varios tipos de evaluación, positiva o negativa, que hace la gente sobre sus vidas. Esto incluye evaluaciones reflexivas y cognitivas, como la satisfacción con la vida y el trabajo, el interés y compromiso; y reacciones afectivas hacia eventos vitales, tales como la alegría y la tristeza. De este modo, el bienestar es un concepto paraguas para diferentes valoraciones que la gente hace sobre sus vidas, sobre los eventos que les suceden, sobre sus cuerpos y mentes, y las circunstancias en las que viven (Diener, 2006: 400).

Este enfoque es retomado por la OCDE, aunque de manera más sintética, el bienestar subjetivo es definido como “Buenos estados mentales, incluidas todas las diversas evaluaciones, positivas y negativas, que las personas hacen de sus vidas y las reacciones afectivas de las personas ante sus experiencias” (OCDE, 2013: 29). Y destaca que el bienestar subjetivo no se limita a la medición de la “felicidad” (*happiness*). El concepto es amplio, pero no vago, pretende abarcar el bienestar como “satisfacción” (evaluación cognitiva sobre la vida), los afectos o sentimientos que

experimentan los individuos sobre sus vidas y sus circunstancias y, adicionalmente, los aspectos eudamónicos del bienestar (conceptualizados también como bienestar psicológico o *flourishing* psicológico) (OCDE, 2013: 29).

Desde este concepto amplio de bienestar subjetivo, en el ámbito de la psicología se han desarrollado dos enfoques o tradiciones: la hedónica (o de bienestar subjetivo) y la eudamónica (llamada bienestar psicológico). El bienestar subjetivo hace énfasis en el aspecto emocional del bienestar, en las percepciones sobre la satisfacción con la vida, la felicidad o los afectos positivos o negativos. Estos aspectos abordan el cómo la persona se siente con respecto a la vida que lleva, cómo evalúa la calidad global de su vida en un momento dado. La tradición eudamónica o del bienestar psicológico se centra más bien en el desarrollo personal y en el estilo y esfuerzo por afrontar los retos vitales (Blanco y Díaz, 2005), sus dimensiones han sido propuestas originalmente por Ryff (1989) y reafirmadas por Ryff y Keyes (1995). En ambos artículos se proponen las seis dimensiones del bienestar psicológico:

- Auto-aceptación. Actitud positiva hacia uno mismo.
- Relaciones positivas con otros. Capacidad de amar, de sostener relaciones fuertes de empatía y afecto. La calidez de las relaciones interpersonales es una manifestación de madurez.
- Autonomía. Capacidad de actuar sin buscar la aprobación de otros. Capacidad de cuestionar y no adherirse a los miedos colectivos, creencias o normas de las masas.
- Dominio del entorno. La salud mental se caracteriza por la capacidad de escoger o crear entornos adecuados a sus condiciones psicológicas. Asimismo, la capacidad de participación en la esfera fuera del sí mismo, la capacidad de cambiar su mundo y tomar oportunidades del entorno.
- Propósito en la vida. Incluir creencias que generan un sentimiento de propósito y significado de la vida. Tener metas en la vida, ser productivo y tener sentido de dirección.
- Crecimiento personal. La capacidad de realizar el propio potencial, actualizarse, crecer y expandirse como persona.

El propio Keyes introduce la distinción entre aquellos aspectos de la vida pública y la vida privada que hacen al individuo y al bienestar. El individuo es producto de procesos públicos y privados. Los ámbitos, tanto privado, como público de la vida, ofrecen

exigencias y desafíos a las personas. Sin embargo, desde la psicología, critica Keyes, las principales concepciones sobre el funcionamiento psicológico de los adultos que presentan el bienestar como un fenómeno principalmente privado. La tradición clínica operacionaliza el concepto de bienestar como ausencia de condiciones y sentimientos negativos, como la depresión, ansiedad o abuso de sustancias. La tradición psicológica evalúa el bienestar como satisfacción, afecto o funcionamiento personal. A pesar de que los distintos modelos de abordaje del bienestar enfatizan solamente aspectos de la vida privada, los individuos se encuentran en estructuras sociales y comunidades en las que deben afrontar tareas y desafíos. Así, es importante abordar el bienestar también desde el punto de vista social. Por tanto, el autor plantea un modelo de bienestar que refleje aquellos aspectos positivos de la “salud social”. Hace énfasis en la naturaleza social de la vida y en los desafíos de la misma, puesto que esos desafíos son los que los individuos usan para evaluar la calidad de sus vidas (Keyes, 1998). Según el autor, la “salud social” o su ausencia, es un tema preeminente en la teoría social clásica. Retomando a Durkheim, afirma que los beneficios de la vida social son la integración social, la cohesión, el sentido de pertenencia e interdependencia y el sentido de una conciencia compartida y un destino colectivo. El bienestar social es la evaluación entre la propia circunstancia y el funcionamiento en sociedad. Keyes propone algunas posibles dimensiones del bienestar social en términos de “desafíos sociales”.

- Integración social. Las personas saludables se sienten parte de una sociedad. La integración se da en la medida en que la gente siente que tiene algo en común con otros, que constituyen su realidad social.
- Aceptación social. La aceptación social de otros. Los individuos que muestran aceptación social confían en los demás, piensan que los demás son capaces de bondad y piensan que la gente puede ser industriosa (trabajadora, honesta). Es la contraparte de la auto aceptación.
- Contribución social. Es la evaluación de la importancia de uno mismo en la sociedad, el sentimiento o creencia de que uno es importante para la sociedad.
- Actualización social. Es la confianza en el futuro de la sociedad, la sensación de que la sociedad evoluciona, mejora, a través de sus ciudadanos e instituciones. En parte, el funcionamiento óptimo se muestra por la apertura a la experiencia, el deseo de crecer y esforzarse continuamente.
- Coherencia social. Es la percepción de la calidad, organización y operación del mundo social. La salud implica darse cuenta de qué está pasando. Mantienen

y promueven el deseo de hacer una vida con sentido. La coherencia social es análoga a una vida sin sentido. Psicológicamente, los individuos sanos tratan de mantener su vida con un sentido y coherencia.

A partir de los resultados del estudio que presenta, Keyes relaciona estos aspectos con factores como educación, edad, género, estado civil, raza e ingresos. Muestra cómo los aspectos del bienestar varían de acuerdo al grado de educación, el género o la edad. Por ejemplo, muestra que algunos aspectos del bienestar social se incrementan con la edad y con el nivel educativo, tanto el bienestar psicológico, como el bienestar social están intrínsecamente relacionados con la edad, en diversas maneras. Los recursos adquiridos por la experiencia o la educación o por los procesos de envejecimiento (maduración) son instrumentos que permiten la negociación para afrontar los desafíos de la vida social. De ahí que se puede afirmar que el bienestar social más que un “estado” es un proceso, es un logro (Keyes, 1998).

En el ámbito de la salud, los conceptos de calidad de vida y bienestar presentan dificultades en su abordaje por ser indeterminados y amplios (Ardila 2003; Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza Moreno, 2010). Las definiciones y estudios sobre bienestar incluyen la salud como uno de los factores determinantes de la calidad de vida. En el citado estudio de Glatzer y Mohr, se retoma la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la salud es un estado de completo bienestar fisiológico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad” (Zapf *et al.*, 1987: 46). El bienestar como definición central de la salud implica que se debe tomar en cuenta no solo la opinión de los expertos en salud, sino el juicio sobre la propia salud que pueden hacer las personas. Ardila (2003) propone un concepto de calidad de vida que integra aquellos aspectos subjetivos y objetivos que hacen al bienestar de las personas. El aporte de esta propuesta es que entre los aspectos subjetivos de la calidad de vida está la “salud percibida” y entre los aspectos objetivos la “salud objetivamente considerada” (Ardila, 2003: 163). En el ámbito de los estudios de la salud se ha acuñado el concepto de “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS). Este concepto se usa para designar el estado de salud de la persona determinado por la evaluación clínica. Inicialmente, la CVRS había estado orientada a conocer la calidad de vida global, las evidencias empíricas solo apuntaron a la CVRS. Ante estas limitaciones, se plantea que el modelo de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF), el nuevo marco conceptual de la OMS (Fernández-López *et al.*, 2010).

La CIF comprende tres componentes: a) las funciones y estructuras corporales; b) la actividad, y c) la participación. Las funciones y estructuras corporales se refieren a las funciones fisiológicas y psicológicas del cuerpo; su alteración o ausencia se concibe como “deficiencia”. La actividad se refiere a la ejecución de tareas y las dificultades que tiene el individuo para realizar las mismas se denominan “limitaciones”. La participación se refiere a la capacidad del individuo de desenvolverse en situaciones sociales. Las limitaciones del individuo en términos de participación social se conceptualizan como “restricciones” (Fernández-López *et al.*, 2010: 172).

Estos tres componentes están integrados como “funcionamiento” y “discapacidad”. En ambos casos, están determinados también por los factores contextuales, que pueden ser externos (ambientales) o internos (personales). Estos factores ambientales o personales están estrechamente relacionados con el concepto de bienestar. El concepto de bienestar incluye el funcionamiento (funciones y estructuras corporales más la actividad y participación) y la experiencia humana (factores contextuales).

La calidad de vida, en este marco de conceptualización, se refiere a la percepción de “cómo vive el individuo su salud globalmente; esto es, en todo el conjunto de dominios de la salud relacionados con la salud y no relacionados con ella” (Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza Moreno, 2010: 181). Desde esta perspectiva, el bienestar en salud o la calidad de vida relacionada con la salud no deben restringirse solamente a las funciones o estructuras corporales. La CIF redefine el “funcionamiento” y su correlato positivo, el “bienestar” integrando aspectos del bienestar psicológico y social.

Una forma de medición del estado de salud desde el bienestar subjetivo es la autoevaluación o medición de la salud mediante la autopercepción. Las medidas de salud autoevaluadas, mediante las cuales se pide a los individuos que evalúen su propio estado de salud, generalmente en una escala de cuatro o cinco puntos, se utilizan ampliamente en la investigación de la salud de la población. En términos de lo que realmente evalúa y cómo se vincula con resultados médicos objetivos, esta medida no se comprende del todo. Es subjetiva, no específica y abarca dimensiones cognitivas, culturales y médicas o sociales y biológicas. Sin embargo, varios estudios han demostrado su relación con la mortalidad en diversas poblaciones, lo que muestra que de manera indirecta puede dar cuenta de factores objetivos del estado de salud de las personas (Wemrell *et al.*, 2021). La salud autoevaluada difiere de la mayoría de los indicadores de salud en que sus orígenes se encuentran en un proceso

cognitivo activo que no está guiado por reglas o definiciones formales y acordadas. La autoevaluación como proceso cognitivo no significa que sea un proceso lógico de razonamiento consciente. Al contrario, las respuestas pueden ser más intuitivas o reflexivas, asimismo, las respuestas dependen del entorno social y cultural y de los recursos conceptuales y las representaciones sobre la salud o su ausencia de los que el individuo se vale para evaluar su propio estado de salud (Jylhä, 2009).

En este trabajo analizaremos la calidad de vida de los y las jóvenes del municipio de Tiraque desde su subjetividad, desde sus percepciones, experiencias y sentimientos sobre aspectos relacionados con el bienestar psicológico, bienestar social y la autopercepción de su salud mental y física.

MÉTODO

Se utilizó un método de muestreo no probabilístico por conveniencia. Se consideró un universo de 2 177 personas, que es el número de estudiantes inscritos en secundaria (estudiantes de entre 12 y 19 años) en todo el municipio. Para el total de esta población, se ha calculado una muestra de un mínimo de 328 encuestas, para un nivel de confiabilidad de 95% y un margen de error de 5%. Se realizaron 381 encuestas completas en total, los participantes fueron estudiantes hombres y mujeres de entre 16 y 18 años, de los dos últimos cursos de secundaria de todas las unidades educativas del municipio. La proporción por géneros entre hombres y mujeres fue de 50.4% mujeres y 49.6 varones.

El instrumento utilizado fue la Encuesta Juventud e Inclusión Social Comunitaria, el cual fue diseñado para recabar información en general sobre la situación de los y las jóvenes del municipio, el bienestar subjetivo y psicosocial, así como el bienestar en salud. La encuesta tuvo en total 37 preguntas. Para este estudio se utilizaron las consultas informativas que permiten caracterizar a la población encuestada. Se seleccionaron seis preguntas para el tema del bienestar psicológico, centradas principalmente en la calidad de las relaciones en la familia, la escuela y la comunidad. Para el ámbito del bienestar social se seleccionaron siete preguntas que dan cuenta de las percepciones acerca del entorno social y comunitario de los y las jóvenes.

Las preguntas se hicieron en forma de oración incompleta y las respuestas se recabaron mediante una escala de Likert de entre tres y cinco opciones.

La seleccionada como variable independiente fue la de autoevaluación de la condición de salud:

- En cuanto a mi salud, en general me siento (muy mal, mal, regular, bien, muy bien).

Las preguntas seleccionadas para el ámbito del bienestar psicológico fueron las siguientes:

- Soy importante para mi familia (respuesta de tres opciones).
- Siento que en mi familia me tratan (mal, indiferente, bien).
- Con mi grupo de amigos o amigas me siento (no tengo amigos, incómodo, regular, feliz, muy feliz).
- En el colegio, con mis compañeros y compañeras, me siento (muy inseguro/a, inseguro/a, regular, seguro/a, muy seguro).
- En el colegio, con mis profesores y profesoras, me siento (muy inseguro/a, inseguro/a, regular, seguro/a, muy seguro).
- En cuanto a mis sentimientos y emociones, normalmente me siento (muy mal, mal, regular, bien, muy bien).

Las preguntas seleccionadas para el tema del bienestar psicológico fueron las siguientes:

- En cuanto a los ingresos económicos de mi familia, siento que (tenemos muchas dificultades económicas, tenemos algunas dificultades económicas, no tenemos dificultades económicas, tenemos suficiente para vivir tranquilos, tenemos muchos recursos económicos).
- En mi familia vivimos situaciones de peleas y violencia (nunca, a veces, siempre).
- Participo de las reuniones y actividades del sindicato o de la organización de mi comunidad (no participo, muy poco, a veces, regularmente, siempre).
- La frecuencia con la que asisto al colegio (no asisto, muy poco, a veces, regularmente, siempre).
- Siento que lo que aprendo en el colegio (no sirve para nada, me sirve poco, me sirve, me sirve mucho, me sirve muchísimo).
- Consumo alcohol en fiestas y otras ocasiones (nunca, muy poco, a veces, regularmente, siempre).
- Practico deportes (nunca, muy poco, a veces, regularmente, siempre).

A las respuestas se les asignó un valor del cero al uno, donde cero es el valor para la respuesta negativa en extremo y uno para la respuesta positiva en extremo.

Se obtuvieron los promedios de las respuestas en función de la variable independiente (autoevaluación del estado de salud) y se hizo el cálculo del coeficiente de correlación de los promedios.

RESULTADOS

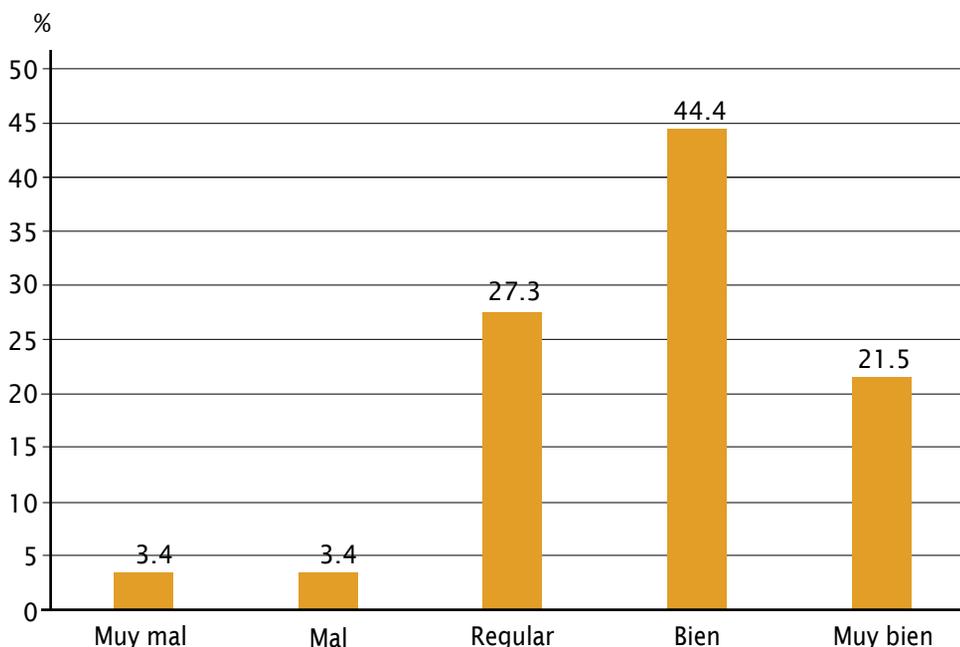
Las preguntas informativas nos permiten establecer una caracterización de las y los jóvenes encuestados.

En general los y las jóvenes de Tiraque viven en casa de familia nuclear y cohabitan con la misma. Las familias se dedican a la agricultura. Hablan la lengua originaria, en este caso el quechua, tanto en el hogar y, aunque en menor medida, con el grupo de pares fuera del hogar. También comparten las costumbres y tradiciones de la familia y comunidad, participan en las mismas al menos ocasionalmente. Sin embargo, un grupo importante, una cuarta parte de los encuestados manifiestan que nunca participan de estas manifestaciones culturales. Llama la atención que la mayoría de los y las jóvenes ven con indiferencia las prácticas culturales tradicionales y en algunos casos se manifiestan abiertamente en contra. Esta situación puede deberse, en parte, a la influencia de las confesiones religiosas no católicas en la familia y la comunidad, más que una opción personal.

En el ámbito laboral, la mayoría de los y las jóvenes tienen alguna actividad laboral, siendo la agricultura la principal actividad que desarrollan. Posiblemente en la mayoría de los casos se trate de trabajo no remunerado mediante el cual aportan a la actividad productiva de la familia. Estas actividades laborales se desarrollan los fines de semana, medio tiempo o en vacaciones. Es posible que el tiempo dedicado al trabajo, dado que se trata de actividades agrícolas varíe de acuerdo a las épocas de siembra y cosecha, donde se requiere mayor participación de la mano de obra familiar en estas labores. Sin embargo, las actividades laborales normalmente no interfieren con la asistencia a la escuela.

En cuanto a la variable de autopercepción de la salud física pondremos que, en general, la respuesta es positiva, la mayoría dice sentirse bien o muy bien. Sin embargo, será necesario atender al dato de quienes manifiestan sentirse de regular a muy mal. Si bien son en proporción menos, este dato nos puede dar indicios acerca de la relación entre la condición de salud autopercebida y el mayor o menor grado de bienestar subjetivo, sea psicológico o emocional.

Gráfica 1
Percepción sobre el estado de salud física



Fuente: elaboración propia.

La correlación entre la autopercepción del bienestar del estado de salud física y las variables del ámbito del bienestar psicológico es la siguiente.

Podemos observar en el cuadro 2 que en todos los casos el coeficiente de correlación es igual o mayor a 0.89. Para los valores 0 y 0.25 de la variable de autopercepción en salud, los valores en todos los casos son menores a 0.6. En cambio, en el

Cuadro 2
Correlación salud y bienestar psicológico

<i>Salud física (v. independiente)</i>	<i>0.00</i>	<i>0.25</i>	<i>0.50</i>	<i>0.75</i>	<i>1.00</i>	<i>Coef. de correlación</i>
Salud mental	0.50	0.40	0.58	0.71	0.84	0.91
Sentimiento compañeros/as	0.55	0.54	0.59	0.64	0.77	0.93
Sentimiento grupo de amigos/as	0.55	0.56	0.69	0.75	0.76	0.95
Sentimiento con profesores/as	0.50	0.54	0.61	0.66	0.77	0.99
Trato en familia	0.55	0.46	0.82	0.93	0.92	0.89
Soy importante para mi familia	0.55	0.50	0.69	0.73	0.84	0.94
Promedio	0.53	0.50	0.66	0.74	0.82	

Fuente: elaboración propia.

quintil más alto, donde la percepción de salud física es igual a 1, todos los valores son mayores a 0.76. Asimismo, los promedios del conjunto de indicadores de bienestar psicológico varían notablemente, correspondiendo los valores menores a las percepciones del estado de salud negativas y los valores para el bienestar psicológico mientras más alto es el valor de la autopercepción en salud.

Cuadro 3
Correlación salud y bienestar social

<i>Salud física (v. independiente)</i>	<i>0.00</i>	<i>0.25</i>	<i>0.50</i>	<i>0.75</i>	<i>1.00</i>	<i>Coef. de correlación</i>
Practico deportes	0.57	0.65	0.65	0.73	0.84	0.96
Consumo alcohol (joven)	0.61	0.75	0.85	0.85	0.79	0.74
Lo que aprendo en el colegio me sirve	0.77	0.62	0.75	0.81	0.87	0.64
Frecuencia asistencia escolar	0.91	0.92	0.93	0.95	0.96	0.98
Violencia familiar	0.75	0.54	0.43	0.79	0.84	0.60
Participación en organización	0.43	0.40	0.69	0.43	0.53	0.73
Percepción de ingresos económicas	0.27	0.19	0.39	0.44	0.49	0.89
Promedio	0.53	0.57	0.68	0.71	0.75	

Fuente: elaboración propia.

La correlación entre la autopercepción del bienestar del estado de salud física y las variables del ámbito del bienestar social es la siguiente.

A partir de estos resultados analizaremos las características de la correlación entre la salud física autopercebida y los factores de bienestar psicológico y bienestar social.

DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación muestran que sí existe correlación entre el estado de salud física autopercebida (SFA) y los indicadores de bienestar psicológico y bienestar social.

Veamos en primer lugar la correlación entre la SFA y los indicadores de bienestar psicológico (cuadro 2), podemos observar el paralelismo entre el indicador de la SFA y el indicador de salud mental autopercebida. El coeficiente de correlación es de 0.91, lo cual nos indica que existe una estrecha relación entre la salud física y la mental. El grupo, en cuanto a salud mental, que presenta menor índice en promedio en salud mental es el de los que dicen sentirse “mal” físicamente. Las personas que dicen sentirse físicamente “muy mal” de salud no reportan necesariamente lo mismo en cuanto

a su estado de ánimo. De hecho, de los 11 casos, solo en tres casos hay correlación directa. En otros casos indican sentirse anímicamente bien o incluso muy bien.

En cuanto a los indicadores de la calidad de las relaciones interpersonales. Vemos que existe amplia correlación entre el estado de salud y la calidad de las relaciones entre pares. A mejor estado de salud, mayor posibilidad de relacionarse mejor con el grupo de pares. Las personas que manifiestan mejor estado de salud física, en general, tienden a percibirse como “feliz” o “muy feliz” en el grupo de amigos o amigas. Los resultados son muy similares en cuanto al indicador sobre cómo se sienten en la escuela, con sus compañeros y compañeras.

En cuanto al sentimiento de mayor o menor seguridad en la relación con los y las profesoras, la correlación es casi perfecta. Se puede ver que las personas que se sienten “muy mal” de salud, también se sienten intimidadas con los adultos, en este caso, de la escuela. Al contrario, los que manifiestan sentirse “bien” o “muy bien” de salud tienen un sentimiento de mayor seguridad con las personas adultas en el ámbito escolar.

En cuanto al indicador del “trato en familia”, la respuesta tenía solamente tres opciones: bien, regular o mal, nótese que aquí también la correlación entre el trato en familia en los grupos que dicen sentirse “mal” o “muy mal” de salud con el bajo índice de la percepción del trato en familia. En promedio, los que se sienten mal, están por debajo de 0.5 en cuanto al trato en familia. El siguiente grupo, que manifiesta sentirse “regular” de salud, en cambio, tiene un promedio de 0.82 en cuanto al trato en familia, es decir, en general se sienten que los tratan bien. Estas cifras se elevan entre los y las jóvenes que se sienten “bien” o “muy bien” de salud. Por tanto, existe una correlación alta en este indicador y una brecha entre los dos quintiles inferiores y el resto del cuadro.

Otra pregunta relacionada con la familia, pero esta vez referida a cómo se sienten las personas encuestadas en su entorno social próximo, si se sienten valoradas o no. La tendencia es la misma que en el caso anterior, en los dos quintiles inferiores de la variable de SFA, también la percepción acerca de la valoración del grupo familiar tiende a ser negativa. Sin embargo, debe notarse que el quintil inferior de esta en ambos casos está por encima del segundo quintil. Es decir, la correlación no es lineal en este caso.

Asimismo, solo con fines de analizar la correlación general entre SFA y bienestar psicológico se han calculado los promedios de las seis variables para cada quintil. Podemos ver que el grupo de personas que dicen sentirse “mal” es el que tiene un promedio más bajo, incluso que aquellos que dicen sentirse “muy mal”.

Sin embargo, a medida que las personas manifiestan un mejor estado de salud, los indicadores de bienestar psicológico tienden a subir.

Es importante atender al grupo que dice sentirse “muy mal” de salud ya que se están haciendo “promedios” de cada indicador para cada quintil, estas cifras pueden indicar ciertas tendencias, pero también esconder las diferencias y particularidades. Consideramos que en el grupo de personas que dicen sentirse “muy mal” existen una mayor heterogeneidad de respuestas con los otros temas. Posiblemente la respuesta “muy mal” de salud indique algún tipo de afección congénita, discapacidad, afección crónica o de difícil tratamiento, la cual, en algunos casos particulares, no influye directamente en los otros aspectos medidos, puesto que la persona se está tratando, o se habituó de alguna manera a su condición de salud.

Por su parte, las personas que se sienten “mal” de salud, pueden expresar una situación de un malestar físico más indefinido, que, sin embargo, es parte de una situación de malestar físico y psicológico. Las personas que dicen sentirse “mal” de salud, se sienten también “mal” en cuanto a sus sentimientos y emociones, las relaciones con el grupo de amigos o pares no son positivamente valoradas, sienten que no se los trata bien en la familia o que no son valorados.

Veamos ahora los indicadores de bienestar social (cuadro 3): en primer lugar, es evidente la correlación entre el hábito de la práctica deportiva y la condición de salud física. En los casos que las personas encuestadas manifiestan sentirse “muy mal” de salud, también la práctica del deporte presenta valores muy bajos. Posiblemente en varios casos sea precisamente la condición de salud la que les impide hacer deporte. Las personas que manifiestan sentirse “mal” o “regular” presentan valores, en promedio, iguales. Posiblemente aquí la correlación entre las cifras indique más bien que en los hechos la correlación no es tan evidente y se trata de que, en general, la persona se siente “mal” o “regular” por no tener hábitos saludables. En cambio, en los quintiles superiores la correlación es mayor. Mientras más saludable se siente la persona, con mayor frecuencia practica deportes y posiblemente, podemos considerar también que el deporte contribuye a un mejor estado de salud física y mental.

El indicador de frecuencia de consumo de alcohol en fiestas u otras ocasiones no tiene correlación tan evidente con el estado de salud. Los valores cercanos a uno significan menor incidencia en el consumo de alcohol. Solo en el caso de los que dicen sentirse “muy mal” de salud la incidencia de consumo de alcohol es un tanto mayor. En el resto de los casos, los promedios son similares, por lo que este tema debe indagarse con mayor detenimiento y con datos cualitativos.

En cuanto a la valoración de la escuela, el índice de correlación es bajo, puesto que justamente las personas que dicen sentirse “muy mal” de salud, en general valoran mucho la educación, por lo que el promedio está cercano a uno. El promedio de la valoración de la escuela y la educación baja a 0.62 entre quienes manifiestan sentirse “mal” de salud y de ahí va subiendo; mientras más sana se siente una persona tiene mayor entusiasmo en la escuela. De este indicador se debe apuntar, sin embargo, que las respuestas tienden a ser positivas, las y los jóvenes y sus familias valoran bastante la educación, al menos las personas encuestadas, que son quienes están en la escuela. Lo propio sucede con la pregunta sobre la frecuencia de asistencia a la escuela, ya que la mayoría manifiestan que asisten regularmente. Si bien la correlación es casi de uno, podemos ver que la diferencia entre el primer quintil y el último es de apenas cinco puntos, por lo que no existe correlación tan evidente de este indicador con la salud física autopercebida

La correlación entre la percepción de bienestar en salud y la percepción de violencia en el hogar, en el coeficiente es bajo, alcanza a 0.60. Sin embargo, notamos que las personas que dicen sentirse “muy mal” de salud no necesariamente viven ni perciben violencia en el hogar. Si calculamos la correlación desde el segundo quintil, es decir, desde quienes dicen sentirse “mal” hasta quienes dicen sentirse “muy bien”, el índice de correlación es de 0.95. Por tanto, sí existe correlación entre la SFA y la percepción de violencia en el hogar, con excepción del primer quintil. Como señalamos anteriormente, estas excepciones de correlación que se presentan en este grupo nos muestran que el hecho de sentirse “muy mal” de salud tiene que ver con un estado de salud objetivamente perceptible, posiblemente diagnosticada, de difícil tratamiento, crónica, una discapacidad física, etc. y es independiente, por lo general, de los indicadores relacionados con el bienestar social. En cambio, entre las personas que dicen sentirse “mal” la percepción de violencia familiar es mayor.

En cuanto a la participación en la organización comunitaria, si bien el índice de correlación es alto, la diferencia entre los promedios no es significativa en los primeros cuatro quintiles, solamente entre las personas que dicen sentirse “muy bien” de salud también participan con más frecuencia en las actividades de la comunidad. De todas maneras, cabe resaltar que un porcentaje importante de los jóvenes participan en la organización comunitaria con alguna frecuencia, independientemente del estado de salud, lo cual es un factor que contribuye al bienestar en general.

En cuanto a la percepción sobre la situación económica de la familia, el índice de correlación también es alto, aunque, en general, las y los jóvenes manifiestan que las

familias tienen algunas o muchas dificultades económicas, quienes manifiestan sentirse “mal” o “muy mal” de salud física también perciben que sus familias pasan por dificultades económicas, mientras que las personas que dicen sentirse “muy bien” de salud experimentan menor inseguridad económica en la familia.

De acuerdo al promedio de todos los factores, podemos ver que quienes dicen sentirse “mal” de salud son quienes perciben condiciones menos favorables en su entorno familiar y comunitario. Llama la atención que el promedio del bienestar social entre quienes dicen sentirse “muy mal” es levemente mejor que el segundo quintil, pero todavía está muy por debajo del resto de los encuestados. Como dijimos anteriormente, este segmento presenta un comportamiento distinto del resto, debido a que quienes dicen sentirse “muy mal” posiblemente tengan una condición de salud que no necesariamente se correlaciona, en algunos casos, con el resto de los indicadores.

CONCLUSIONES

Los datos presentados nos muestran que sí existe una correlación entre la salud física y el bienestar psicológico. Las personas que declaran sentirse “muy bien” de salud, en general, gozan de una relación de mayor calidad con sus pares, con los adultos del entorno escolar y con su entorno familiar. En el otro extremo están quienes dicen sentirse “mal” o “muy mal” de salud. Las relaciones con los pares son percibidas menos positivamente, lo mismo sucede con el entorno escolar y familiar ya que sienten que no son importantes para su familia o viven situaciones de indiferencia o maltrato.

En cuanto al bienestar social, quienes gozan de buena salud, al mismo tiempo manifiestan que perciben menos situaciones de violencia en la familia, practican deportes, asisten más regularmente a la escuela o participan más en la organización comunitaria. Además, perciben menor inseguridad económica en el entorno familiar. Al contrario, las personas que manifiestan sentirse “mal” de salud en general practican deportes con menos frecuencia, viven situaciones de violencia en la familia, perciben mayor inseguridad económica en el hogar y tienen una valoración menos positiva de la educación escolarizada.

La correlación de los indicadores nos muestra que la salud física o la condición de salud no puede ni debe entenderse, como se hace desde la medicina occidental o alópata, como el adecuado funcionamiento de los órganos. Tiene que ver con el

estado de ánimo, la calidad de las relaciones, las condiciones económicas y sociales de las personas. En esta línea, Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza Moreno, (2010) concluyen que una visión integral de la salud urge a la reforma intelectual y a la práctica de la medicina

que desde el pensamiento parcelario regrese a una visión de conjunto y reforme la medicina a la par que las estructuras del pensamiento biomédico (la anástasis de los límites contradictorios: de la hiperespecialización al fomento del médico general, del tratamiento del órgano al del organismo y de éste al de la persona) y permita articular una política cuyo objetivo primero sea la calidad de vida (Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza Moreno 2010: 182).

Se debe concebir a la persona en toda su complejidad y circunstancias para determinar cuáles son los factores que van en detrimento de la salud y cuáles son los psicológicos o sociales que pueden incidir en mejores condiciones de salud física, mental y social.

Por otra parte, la variable de salud autopercebida, como variable independiente, es muy efectiva analíticamente en cuanto permite correlacionar adecuadamente los factores de bienestar psicológico y del bienestar social. Asimismo, permite identificar grupos de población que potencialmente pueden ser vulnerables no solo en el ámbito de la salud (como es el caso de quienes manifiestan sentirse “muy mal”), sino personas que posiblemente estén atravesando situaciones de violencia, privaciones o situaciones de depresión o ansiedad.

Finalmente, es importante promover políticas de salud integrales para los y las jóvenes de áreas rurales. Estas política y servicios deben trascender el enfoque biomédico que está orientado a atender a la “enfermedad” mediante la administración farmacológica. Es necesario trabajar en la promoción del bienestar psicológico como una determinante importante de la salud. En cuanto al bienestar social, las y los jóvenes en las áreas rurales no encuentran otros espacios de socialización que no sea la escuela o la iglesia, en el mejor de los casos. Se necesita promover espacios de socialización y de formación que incidan en la mejora de la calidad de las relaciones interpersonales. Asimismo, es importante trabajar con las familias, en particular en el tema de prácticas de crianza y disciplina positivas y empáticas, puesto que el “malestar” está asociado con situaciones de violencia o mayor sensación de inseguridad económica.

En cuanto a las limitaciones del estudio, podemos decir que no se tomó en cuenta a la población no escolarizada, que abandonó la escuela por diferentes motivos. Sería importante también tomar en cuenta a esta población.

Un aspecto positivo del estudio es que se realizó entre población juvenil de área rural, en un contexto cultural caracterizado por la actividad agrícola y la cultura y lengua quechua. Sin embargo, para determinar en qué medida ciertos resultados son propios del contexto estudiado sería importante complementar este estudio con otros similares en contextos urbanos y periurbanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Antequera, N. (2020), "Chapter 5. An alternative reading of the concept of 'inclusion': the Bolivian concept of 'community with quality of life'", en Gabriele Koehler, Alberto D. Cimadamore, Fadia Kiwan, Pedro Manuel Monreal Gonzalez (eds.), *The politics of social inclusion: bridging knowledge and policies towards social change*, UNESCO, CROP, ibidem Press, Stuttgart
- (2016), "Reflexiones sobre pobreza infantil, calidad de vida y políticas públicas locales", en Mónica González, Raúl Mercer y Alberto Minujin (eds.), *Lo esencial no puede ser invisible a los ojos: pobreza e infancia en América Latina*, IJ-UNAM y Flacso México, México.
- Ardila, R. (2003), "Calidad de vida: una definición integradora", *Revista Latinoamericana de Psicología* 35 (2): 161-64.
- Blanco, A., y D. Díaz (2005), "El bienestar social: su concepto y medición", *Psicothema* 17 (4): 582-89.
- Casas i Aznar, F. (1996), *Bienestar social: una introducción psicosociológica*, PPU, Barcelona.
- Diener, E. (2006), "Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being". *Journal of Happiness Studies* 7 (4): 397-404. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9000-y>.
- Edo, M. (2002), *Amartya Sen y el desarrollo como libertad. La viabilidad de una alternativa a las estrategias de promoción del desarrollo*, tesis de licenciatura de Estudios internacionales de la Universidad Torcuato di Tella, Italia.
- Fernández-López, J. A.; M. Fernández-Fidalgo, y Alarcos Cieza Moreno (2010), "Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)", *Revista Española de Salud Pública* 84 (2): 169-84.
- Fundación UNIR (2012), *Conflictividad y visiones de desarrollo. Recursos naturales, territorio y medio ambiente (2011- 2012)*, La Paz, Bolivia.
- Glatzer, W., y H.-M. Mohr (1987), "Quality of life concepts and measurement", *Social Indicators Research* 19 (1): 15-24.
- Glatzer, W. (1987), "Components of well-being". *Social Indicators Research* 19 (1): 25-31.

- Jylhä, M. (2009), "What Is Self-Rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model", *Social Science & Medicine* 69 (3): 307-16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>.
- Keyes, C. L. M (1998), "Social Well-Being", *Social Psychology Quarterly* 61 (2): 121. <https://doi.org/10.2307/2787065>.
- OCDE (2013), *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-Being*. OCDE. <https://doi.org/10.1787/9789264191655-en>.
- PNUD-UNICEF (2008), *Gobernabilidad local y derechos de la niñez y adolescencia: un análisis de siete experiencias de políticas públicas locales*, Panamá.
- Ryff, C. D. (1989), "Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being", *Journal of Personality and Social Psychology* 57 (6): 1069-81.
- Ryff, C. D., y C. L. M. Keyes (1995), "The Structure of Psychological Well-Being Revisited", *Journal of Personality and Social Psychology* 69 (4): 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>.
- Sen, A. (2000), *Desarrollo y libertad*, Planeta, Buenos Aires.
- Wanderley, F. (2011), "Transformación productiva, equidad social y pluralidad económica", en Fernanda Wanderley (coord.), *El desarrollo en cuestión: reflexiones desde América Latina*. Cides-Umsa y Oxfam, Bolivia, Plural Editores.
- Wemrell, M.; K. Nadja; R. Perez Vicente, y J. Merlo (2021), "An Intersectional Analysis Providing More Precise Information on Inequities in Self-Rated Health", *International Journal for Equity in Health* 20 (1): 54. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01368-0>.
- Zapf, W.; W. Glatzer; H-M. Mohr; R. Habich; H.-H. Noll; R. Berger-Schmitt; U. Kerber *et al.* (1987), "German Social Report", *Social Indicators Research* 19 (1): 3-171.

VIOLENCIA ECONÓMICA Y BIENESTAR. ESTUDIO DE CASO

ELIZABETH ORTIZ

INTRODUCCIÓN

La violencia a lo largo de la historia de la humanidad ha tenido diversas expresiones, por ello se puede categorizar dependiendo de las víctimas (hombres, mujeres, niños, ancianos, minorías por su preferencia sexual), de acuerdo con la naturaleza del acto violento (física, sexual, psicológica, económica, política, patrimonial, etc.), al ámbito en el cual se desarrolla (rural, urbano), a la relación de acuerdo al entorno (familiar, político, laboral, etc.) y a las causas que la originan (social, racial, político etc.).

De las diferentes expresiones de violencia, el presente capítulo se interesa en la violencia económica (VE) que como se podrá apreciar afecta a las mujeres, dentro y fuera del hogar, no es visible y se acompaña de otros tipos de violencia como la psicológica. Particularmente, interesa conocer si este tipo de violencia puede afectar al bienestar social (BS) de las mujeres en la ciudad de Morelia.

El BS es el sentimiento de plenitud que experimentan los individuos respecto a sus necesidades, tanto básicas, como no, considerando aspectos objetivos y subjetivos cuantificados entre tres ejes: económico, basado en funciones de utilidad y de indicadores sociales (Laca y Navarro, 2013). También se emplean indicadores como el índice de desarrollo humano (IDH) que considera la esperanza de vida al nacer (como condición de salud), la educación y el ingreso, que aún mantienen algunas carencias (Ambuj y Najam, 1998), sin embargo, sigue siendo un punto importante de referencia en el tema, aunque evoluciona hacia incorporar aspectos como la sostenibilidad (Hickel, 2020).

MARCO REFERENCIAL. BIENESTAR SOCIAL Y VIOLENCIA ECONÓMICA

Se pueden identificar en lo fundamental cuatro abordajes teóricos en el estudio del bienestar social: 1) la economía del bienestar; 2) el enfoque del liberalismo igualitario; 3) el enfoque de las necesidades humanas, y 4) el enfoque de las capacidades (Fraile, 2023). Para el caso que nos ocupa se considera la percepción que las personas tienen de su bienestar.

Por lo que se identifica el bienestar social (BS) con relación a ¿qué es una buena vida o una vida deseable? Esto plantea diferencias dependiendo de la cultura. Por una parte, se puede concebir al BS como la saciedad que experimentan los individuos que componen una comunidad en materia de sus necesidades básicas y superfluas, considerando así aspectos objetivos y subjetivos (Duarte y Jiménez, 2007; Pena-Trapero, 2009).

A la vez, de manera percibida, se puede relacionar con la valoración que hacen los individuos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad, es el conjunto de factores que al relacionarse tiene como consecuencia que los integrantes de una sociedad puedan satisfacer sus necesidades y expresándose en aspectos como: acceso a la educación, salud, alimentación, sensación de seguridad ciudadana, igualdad (Vargas, 2021).

El bienestar subjetivo puede expresarse de diferentes maneras: satisfacción con la vida, felicidad y afectos positivos o negativos. Por otro lado, tenemos lo que se considera, desde la tradición de la eudaimonía, esta se centra en el bienestar psicológico. En este se considera que el desarrollo personal y el esfuerzo por conseguir las metas, parten desde lo individual a lo social (Diener, 1994). En particular, el enfoque de satisfacción con la vida que puede emplearse también para medir la calidad de vida, monitorear el progreso social, evaluar políticas (Veenhoven, 1994). Sin embargo, los alcances de la percepción subjetiva tienen distintos puntos de referencia al tomar aspectos individuales.

De ello, que el bienestar sea considerado incluso como parte de la salud, que no solo consiste en estar bien o libre de enfermedades o padecimientos, también debe ser un estado de bienestar completo en equilibrio físico, mental y social (OMS, 2022). De manera que la salud y el bienestar están interrelacionados con familias, comunidades, grupos y sociedades; integrándose con vecinos, compañeros, amigos y lo que puede afectar su bienestar, en particular implica ausencia de violencia, en particular a las mujeres a través de las formas de violencia (Perusset, 2019).

BIENESTAR SOCIAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO

En 2019, hubo 243 millones de mujeres y niñas que sufrieron violencia sexual o física por parte de sus parejas o familiares cercanos (ONU, 2020). Esta situación pone de manifiesto que las mujeres pueden sufrir violencia sin importar edad, escolaridad, ubicación geográfica o empleo. Actualmente, en algunas partes del mundo las mujeres son más vulnerables o carecen de apoyo, son violentadas en sus derechos humanos o carecen de los mismos, no pueden ser dueñas de un patrimonio, carecen de oportunidades para estudiar, son utilizadas como objetos o tratadas como mercancía, son más vulnerables y no cuentan las mismas oportunidades laborales, todos estos factores tienen un efecto en el desarrollo social (Alexander, 2016).

Por esto es importante investigar las posibles causas que la originan (culturales, sociales, educativas, etc.) y realizar acciones para visualizar la dimensión del problema y trabajar en la igualdad, no puede negarse que hay avances, sin embargo, aún estamos muy lejos de la igualdad o equidad de género (Alexander, 2016).

LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS MANIFESTACIONES

Con relación a la violencia de género (VG) digamos que es la forma en que se construyen las diferencias biológicas y se tejen relaciones de poder, a diferencia del sexo que son las diferencias biológicas, relacionadas con los rasgos físicos de hombres y mujeres, entender que el género es una construcción social implica romper con su clasificación en dos formas distintas y complementarias masculino y femenino, los estudios de género constituyen una forma de comprender a las mujeres no como un aspecto aislado de la sociedad, sino como una parte integral de ella (Lamas, 1999 y 2018).

Complementando el concepto, la VG es determinada por las condiciones históricas, sociales, culturales y políticas concretas, constituye una violación a los derechos humanos, es un fenómeno social de múltiples y diversas dimensiones y da lugar a la subordinación de las mujeres y afecta negativamente al desarrollo humano y al bienestar social (Castañeda y Torres, 2015). Que a su vez integra el componente educativo.

Así, la educación se supone ayuda al acceso a mejores oportunidades. En Michoacán, 68.1% de los hogares se encuentran en situación vulnerable por no cubrir acceso a la educación (INEGI, 2022). La educación es fundamental para disminuir la violencia, ya que puede cambiar la forma de pensar y la cultura, permitiendo que

las mujeres ejerzan los mismos derechos, por lo que se deben reducir las tasas de analfabetismo (Celentani, 2022).

La educación debe cumplir un papel fundamental para conseguir la igualdad de oportunidades, para que no exista discriminación por razones de género que impida el desarrollo personal y comunitario y, con esto, se logre un mejor bienestar. La desigualdad es muy diversa y no hay duda de que afecta más a unos contextos que a otros, la educación en ese sentido, no es una condición suficiente pero sí necesaria para tener sociedades más equitativas (Bello, 2015).

LA VIOLENCIA ECONÓMICA (VE), COMO PARTE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)

La violencia contra las mujeres se ha convertido en un problema a nivel mundial y su solución forma parte de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el quinto numeral, referido a igualdad de género. La cual resulta transversal a los 17 objetivos e implica eliminar las formas de desigualdad y de violencia o discriminación, contra las mujeres y niñas (PNUD, 2021).

Con objeto de medir el avance en materia de igualdad de género se han desarrollado diversos indicadores de género para conocer las diferencias respecto a las relaciones de género, diagnosticar y establecer puntos de referencia para fomentar la igualdad desde los gobiernos, una vez que se pueden cuantificar diferentes aspectos desde indicadores sociodemográficos (Guzmán, 2017).

En los informes de desarrollo humano se van incorporando nuevas herramientas de medición aplicando índices adicionales para reflejar otras dimensiones del desarrollo humano con el fin de evaluar a los grupos que se rezagan en el progreso humano. A partir del 2007, se cuenta, además, del índice de desarrollo humano (IDH), con mediciones del índice de desigualdad de género (IDG), índice de desarrollo humano relativo al género (IDHG) y el índice global de brecha de género (IGBG). Estos indicadores muestran la evolución de la equidad de género, lo que ayuda a diseñar políticas que puedan fortalecer y otorgar seguridad a todas las mujeres del mundo (PNUD, 2018).

El IGBG en México ha mejorado en su posicionamiento pasando del 75/111 (0.6462) al 33/147 (0.7650) de 2006 a 2022, situación que representa un mejoramiento, no obstante la brecha se muestra amplia respecto al primer lugar, Islandia (0.9120) (*Expansión*, 2022). La brecha entre hombres y mujeres se mantiene, aún

falta mucho trabajo en las diferentes escalas para disminuir la desigualdad entre hombres y mujeres.

En México la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh), con objeto de generar información estadística sobre la frecuencia y magnitud de la violencia en los hogares de cualquier nivel: nacional, estatal, urbano y rural, como podemos observar en la gráfica 1, en la que se puede apreciar que los tipos de violencia se mantienen entre 2003 y 2021, incluso incrementa gradualmente la violencia sexual.

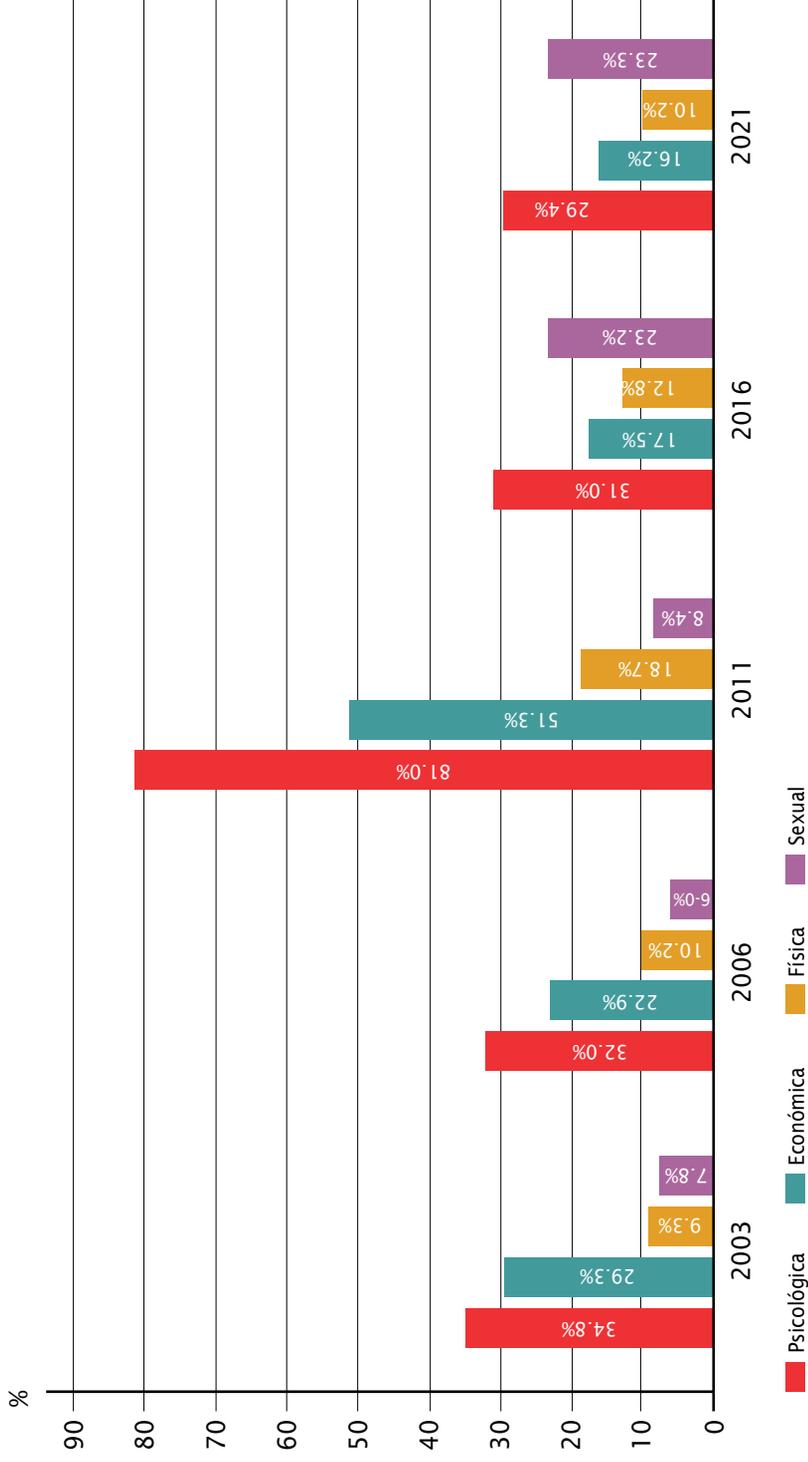
Los cambios de los últimos años respecto a los instrumentos utilizados, apuntan a que los datos pueden ser sensibles a las variaciones en el diseño del instrumento, del encuestador de campo y, desde luego, en los procesos de captura y validación por parte del INEGI (Castro, 2019). Sin embargo, con excepción del año 2011, se puede apreciar una tendencia consistente al incremento en todos los tipos de violencias en las mujeres.

Los años de 2003 a 2011, debemos considerarlos con reserva ya que al igual que a nivel nacional las modificaciones en la encuesta respecto a la metodología y selección de la muestra nos pueden dar resultados confusos, sin embargo, se observa que en 2021 la VE asciende a 26.5%, 1.2% menor que al 2016. Por su parte, la VE y patrimonial son aquellas acciones u omisiones que pueden afectar la supervivencia de la víctima al privarle de los recursos económicos necesarios para la manutención del hogar, la familia, bienes patrimoniales que sean indispensables para satisfacer las necesidades básicas como: ropa, comida alimentación, acceso a la salud, están limitando a las mujeres en su derecho a vivir una vida libre de violencia (Procuraduría General de la República, 2017) y, en consecuencia, se tiene una afectación en el bienestar social.

En este sentido: ¿qué factores están detrás o explican la VE? A la vez que: ¿de qué manera impactan estos factores de distinta índole (socioculturales, económicos y educativos) de la violencia económica contra la mujer en el bienestar social para el caso de Morelia, Michoacán, México? El objetivo que se plantea es: determinar si hay diferencias significativas en la VE y el BS en tres grupos de mujeres: casadas con empleo y mujeres sin empleo y solteras con empleo. De manera que se aprecie la influencia de los factores socioculturales, económicos y educativos de la violencia económica contra la mujer en el bienestar social en la ciudad de Morelia Michoacán.

Para alcanzar este objetivo, después de este apartado conceptual y descriptivo-contextual, se exponen aspectos generales de la ciudad de Morelia. Luego se expone la metodología empleada en cuanto al constructo de las variables e indica-

Gráfica 1
Violencia en mujeres mayores de 15 años, 2003-2021 en México



Fuente: elaboración propia con datos del INEGI, 2023.

dores, el tamaño de muestra, el diseño experimental y el uso de los instrumentos estadísticos. Enseguida se presentan los resultados y las conclusiones.

ASPECTOS GENERALES SOBRE MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO

Morelia es la capital de Michoacán, tiene un millón de habitantes en la zona urbana conurbada, un IDH de 0.80, un PIB por habitante de 154 000 pesos (2022) (INEGI, 2020) y 41% de personas en condición de pobreza (Coneval, 2015).

La violencia contra las mujeres es un tema complejo, que requiere la interacción de los diferentes niveles de gobierno y la sociedad en general para disminuirla. Desde el 27 de junio de 2016 en 14 municipios del estado de Michoacán, entre ellos Morelia, se declaró la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres (AVGM). Se reportaron 8 284 expedientes únicos de violencia, casos de violencia contra la mujer, (98 por cada 10 000 habitantes), obteniendo el lugar número uno de los municipios con mayores casos de violencia en el estado (Seimujer, 2022).

En 2019, el Ayuntamiento de la Ciudad de Morelia declara los cuatro polígonos más violentos por el registro de altos índices delictivos: Salida Cuitzeo, Estadio Morelos, Salida Pátzcuaro, Salida Copándaro (Secretaría de Igualdad Sustantiva y Desarrollo de las Mujeres, 2020). En 2021 se encontró que: 40.7% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia, de acuerdo al promedio de las respuestas de la siguiente manera: psicológica 25.0, física 17.3, sexual 20.2, patrimonial 10.70 y económica 21.3% (SEIMUJER, 2022).

METODOLOGÍA, MATERIALES Y MÉTODOS

En el cuadro 1, se muestran las variables de estudio: son BS y VE, los respectivos componentes se aprecian en las columnas de los indicadores, conceptualización, número de pregunta del cuestionario y referencia para la redacción de la pregunta, adaptando a la necesidad de la presente investigación.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población objeto de estudio fueron mujeres de la ciudad de Morelia en colonias representativas y seleccionadas aleatoriamente, que son mayores a 15 años y responden con base a su relación actual o última. Partiendo de 743 275 habitantes de la

Cuadro 1 Constructo metodológico y conceptual

Indicador	Concepto (autor, año)	Pregunta (item) en el cuestionario
Satisfacción con la vida	<p>Bienestar social (Y)</p> <p>Juicio cognitivo sobre la calidad de la propia vida en la que los criterios de juicio son propios de cada individuo (Diener, 1984).</p>	<p>1, 2, 3, 4, 5, 6 (Diener <i>et al.</i>, 1994; Atienza <i>et al.</i>, 2000; Pons <i>et al.</i>, 2021)</p>
Seguridad ciudadana	<p>Vivir en un ambiente que se percibe inseguro, disminuye la satisfacción con la vida y la felicidad subjetiva y (Martínez <i>et al.</i>, 2018), pone en riesgo la calidad de vida y se dejan de hacer actividades cotidianas (Laca, 2013), sensación de pérdida de libertad (Wills <i>et al.</i>, 2011). El hogar es una pequeña unidad social donde se llevan a cabo los procesos de gestión, organización y cuidado de la vida (Carrasco, 2001). Se incluyen aspectos no materiales como una familia que brinde amor, contención y afecto y ajena a situaciones de desigualdad de género y episodios de violencia doméstica (Actis di Pasquale, 2008).</p>	<p>10, 11, 12, 13 Enbiare*, (INEGI, 2021)</p>
Hogar adecuado	<p>El hogar es una pequeña unidad social donde se llevan a cabo los procesos de gestión, organización y cuidado de la vida (Carrasco, 2001). Se incluyen aspectos no materiales como una familia que brinde amor, contención y afecto y ajena a situaciones de desigualdad de género y episodios de violencia doméstica (Actis di Pasquale, 2008).</p>	<p>1b, 2b, 3b, 4b, 16, 17, 18, 18, 20, 21 Enbiare* (INEGI, 2021)</p>
Afecto positivo	<p>Reconocimiento que hay ocasiones o situaciones que salen de nuestro control y saber que podemos ser apoyados por quienes consideremos cercanos o por ayuda profesional (Actis di Pasquale, 2017).</p>	<p>14 y 15 Enbiare* (INEGI, 2021)</p>
Salud mental y salud física	<p>Estado de bienestar completo en equilibrio físico, mental y social (OMS, 2022).</p>	<p>10a, 13a</p>
Trabajo decente	<p>Favorece al desarrollo individual y social, su incorporación como logro de bienestar porque no debe ser cualquier trabajo sino aquella ocupación productiva que es remunerada y que se ejerce en condiciones de libertad, seguridad y respeto a la dignidad humana, es decir, un trabajo decente (Carrasco, 2001).</p>	<p>22, 23, 24, 25, 26, 27</p>

Indicador	Concepto (autor, año)	Pregunta (ítem) en el cuestionario
	Violencia económica (X)	
Perspectiva de género	La violencia de género se facilita cuando se pone de contexto el patriarcado, ya que en este se encuentran definidos los roles y estructuras jerárquicas de quienes son los que ejercen y los que son sujetos para recibir la violencia, en el patriarcado la percepción de la mujer es de sumisión como objeto de control por parte del hombre y la violencia es una forma de domesticación, entonces el control se ejerce como modo de dominio (Alencar-Rodríguez y Cantera, 2012).	28, 29, 29, 30, 31, 32 Enbiare* (INEGI, 2021)
Empoderamiento	Se refiere a un mayor control de ella misma sobre su propia vida, su cuerpo y su entorno y ello pasa por diversos aspectos tales como libertad de movimiento y acción (autonomía), injerencia en los procesos de toma de decisiones (poder de decisión), acceso y control de recursos económicos, ausencia de violencia en contra de ella, acceso a la información e igualdad jurídica (Kishor, 2000 Oxaal y Baden, 1997).	33, 34, 35, 36 (Hernández, 2008)
Nivel educativo	La educación por una parte provee de las habilidades, destrezas y conocimientos para formar parte del mercado laboral y con ello acceder a un mejor ingreso, mejores relaciones de pareja, familia y en general (Millán y Castellanos Cereceda, 2018).	6a, 7a, 8a, 9ª Endireh*, INEGI (2022)
Control de ingresos	El abusador tiene el control de las finanzas decide en qué se gasta o ahorra, entonces reduce a la mujer a un estado de dependencia y puede sumir a las mujeres en un estado de pobreza, al limitar el acceso a la educación, a las oportunidades laborales comprometiendo las oportunidades de desarrollo de las mismas (Fawole, 2008).	1c, 2c Cienfuegos-Martínez (2004)
Control administrativo	Usar el privilegio masculino para explotar la desventaja económica existente de las mujeres; hacer que las mujeres incurran en costos como resultado de violencia doméstica; y usar el abuso económico para amenazar deliberadamente la seguridad económica de la mujer (Sharp, 2008).	37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 Inmujeres <i>et al.</i> (2022)
Violencia patrimonial	Medidas de control sobre el patrimonio donde al combinar las pautas socioculturales locales y normas reguladas por el estado ocasionan perjuicios, inseguridad, discriminación, estado de vulnerabilidad, situación de dependencia y perpetración de subordinación, que afectan la supervivencia y la satisfacción de sus necesidades vitales, destrucción o sustracción de documentos, bienes, activos u objetos (Castillo, 2020).	44, 45, 46 Endireh* (INEGI, 2022)

*Enbiare = Encuesta Nacional de Bienestar Autoreportado.

*Endireh= Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares.

** La encuesta se aprecia en el anexo 1.

Fuente: Alencar-Rodríguez y Cantera, 2012; Atienza *et al.* 2000; Pons *et al.* 2002; Carrasco, 2001; Cienfuegos-Martínez, 2004; Diener, 1984; Fawole, 2008; Hernández, 2008; INEGI, 2021; INMUJERES *et al.*, 2020; Kishor, 2000; Alexander, 2016; Oxaal y Baden, 1997; Laca, 2013; Martínez *et al.* 2018; Millán y Castellanos Cereceda, 2018; OMS, 2022; Actis di Pasquale, 2008; Actis di Pasquale 2017; Sharp, 2008 y Wills *et al.*, 2011.

ciudad de Morelia, con 52% de mujeres (Conapo, 2020). Con un nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%; se estima que para este estudio, el tamaño mínimo de muestra debe ser de 385 personas, de las cuales se obtuvieron 254 encuestas (66%). Si bien no se completa la muestra ideal, suponemos que sí obtiene información representativa, al realizar un muestreo aleatorio simple distribuido proporcionalmente en los cuatro cuadrantes de la ciudad. Lo que nos aproxima a las medias poblacionales.

CUESTIONARIO

El cuestionario se integra en ocho secciones; la primera incluye una presentación, correo electrónico y la pregunta de la colonia a la que pertenece. La segunda sección contiene preguntas sobre el perfil de las entrevistadas y se concluye con las preguntas para los indicadores de las variables BS y VE. En el mismo sentido, la respuesta se planteó con escala de Likert. Se emplean los rangos sumados promedio para la integración de los indicadores calificando la actitud que se está midiendo.

DISEÑO EXPERIMENTAL

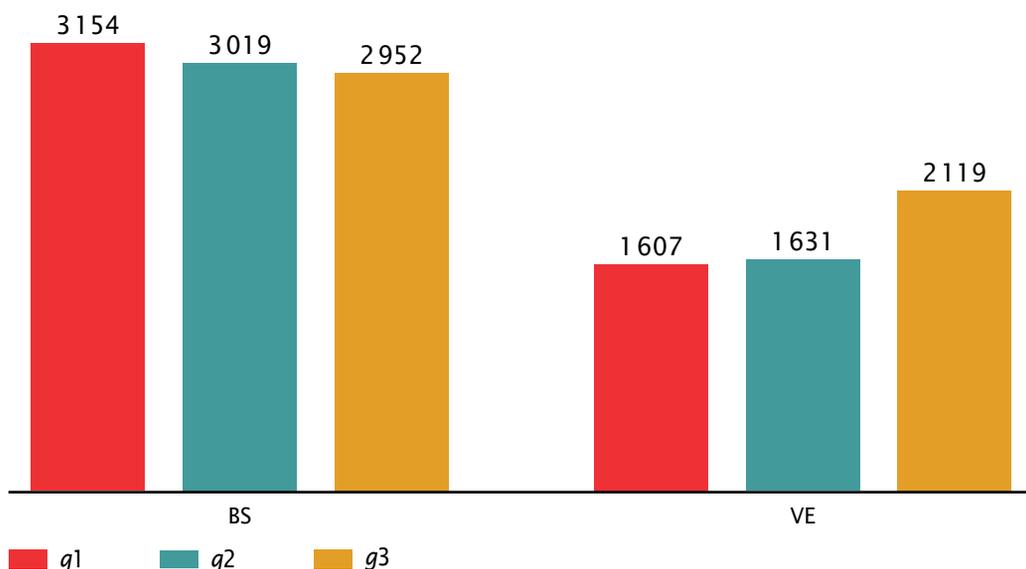
Se realizó una prueba de medias, mediante análisis de varianza, empleando el valor “Z” de los indicadores y su integración en variables, para ello se contrastó entre tres grupos que se describen a continuación:

1. Grupo 1 (g_1): mujeres casadas, con pareja y con empleo.
2. Grupo 2 (g_2): mujeres casadas, con pareja y sin empleo.
3. Grupo 3 (g_3): mujeres solteras sin pareja y con empleo.

MODELO DE REGRESIÓN

Mediante análisis lineal “estima el valor promedio poblacional de la variable dependiente o explicada a través de valores fijos o conocidos de la(s) variables explicativas o independientes” (Copete, 2007: 21). Con el objetivo de revisar la relación esperada en las variables (positiva o negativa), se emplea la variable BS en función de los indicadores de la variable VE mediante la siguiente expresión: $Y = \alpha + X_1 + X_2 + X_3 + \dots + X_n + e$ (1). En donde α es la ordenada en el origen, representa los grados de respuesta del BS ante cada indicador explicativo de VE. Se supone que entre las

Gráfica 2
Promedio de los índices de BS y VE por grupos de mujeres



Fuente: elaboración propia con la información obtenida de la encuesta bienestar social y violencia económica. Anexo 1.

variables aleatorias por lo cual no se puede establecer una relación lineal exacta pero proporciona una aproximación de la magnitud y dirección de la relación entre ellas (Limeres, 2012).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Bienestar social y violencia económica en mujeres

En el aspecto descriptivo, se encontró que en promedio el valor máximo del BS y VE sería 4.0. En el cuadro 2, se aprecian los valores promedio de cada grupo de mujeres, siendo el g1 quien tiene el bienestar mayor. En el caso de la VE el g3 es el que muestra la mayor vulnerabilidad. La pregunta que responde la hipótesis del trabajo es: ¿hay diferencias significativas en un comparativo de grupos o se puede decir que los promedios son iguales?

En el cuadro 2, se aprecian los resultados del análisis de varianza para la prueba de prueba de medias, en la comparación se aprecia que para los tres grupos no se encuentran diferencias significativas. Por lo que lo más probable es que las medias se pueden decir que son iguales en términos estadísticos, es decir, que no hay di-

Cuadro 2
Comparación entre grupos respecto al BS entre tres grupos

	(g2) vs (g3)	(g2) vs (g1)	(g3) vs (g1)
Diferencia	-0.067	-0.136	-0.202
z (valor observado)	-0.536	-1.661	-1.874
z (valor crítico)	1.96	1.96	1.96
Valor-p (bilateral)	0.592	0.097	0.061
Alfa	0.05	0.05	0.05

Significancia:

$0 < \text{****} < 0.001 < \text{***} < 0.01 < \text{**} < 0.05 < \text{*} < 0.1 < \text{ " " } < 1$

Interpretación de la prueba:

H0: la diferencia entre las medias es igual a 0.

Ha: la diferencia entre las medias es diferente de 0.

Puesto que el valor-p calculado es mayor que el nivel de significación alfa=0.05, no se puede rechazar la hipótesis nula H0.

Fuente: elaboración propia con la información obtenida de la Encuesta Bienestar Social y Violencia Económica. Anexo 1.

ferencias significativas. Lo que sugiere que el bienestar social percibido por los tres grupos de mujeres es el mismo.

En el cuadro 3, se puede apreciar la comparación entre los tres grupos en relación a la VE, para los grupos 1 y 2, se sugiere que los promedios serían iguales en términos estadísticos con 95% de confiabilidad. En tanto, que la comparación de los grupos 1 y 2 con el grupo 3, muestran que existe una diferencia significativa, es decir, estadísti-

Cuadro 3
Prueba Z, comparativo de VE entre tres grupos

	(g1) vs (g2)	(g1) vs (g3)	(g2) vs (g3)
Diferencia	0.023	0.512	0.488
z (valor observado)	0.175	2.405	2.091
z (valor crítico)	1.96	1.96	1.96
Valor-p (bilateral)	0.861	0.016*	0.037*
Alfa	0.05	0.05	0.05

Significancia:

$0 < \text{****} < 0.001 < \text{***} < 0.01 < \text{**} < 0.05 < \text{*} < 0.1 < \text{ " " } < 1$

Interpretación de la prueba:

H0: la diferencia entre las medias es igual a 0.

Ha: la diferencia entre las medias es diferente de 0.

Puesto que el valor-p calculado es mayor que el nivel de significación alfa=0.05, no se puede rechazar la hipótesis nula H0.

Fuente: elaboración propia con la información obtenida de la Encuesta Bienestar Social y Violencia Económica. Anexo 1.

camente la VE es mayor para el $g3$. Esto implica que las mujeres solteras, con empleo, perciben un mayor nivel de VE, en relación a las mujeres casadas con o sin empleo.

La percepción de las mujeres en el análisis de regresión lineal entre el BS y la VE muestra que los indicadores que componen la violencia económica, que no tienen significancia estadística en el bienestar son: violencia patrimonial y control sobre los ingresos. Hay que tomar en cuenta que para este modelo estadístico se empleó el total de la muestra. También es de destacar que los signos son consistentes con lo esperado, tanto control administrativo, como la perspectiva de género presentan una relación inversa con el bienestar. En tanto que empoderamiento, educación y trabajo decente tienen una relación positiva con el bienestar percibido, lo que es consistente con lo esperado en términos teóricos.

En el caso de estudio se pudo apreciar que las mujeres que tienen el mayor impacto de la VE son las solteras con ingreso, esto constituye un hallazgo, debido a que cuando la investigación inició se pensaba que las mujeres casadas y sin empleo la padecían más. A la vez que el bienestar social entre los tres grupos no muestra diferencias, situación que inicialmente se pensaba podrían existir. En el mismo sentido, el bienestar se ve afectado por la VE, de manera negativa por la perspectiva de género y por el control administrativo.

En el caso de la perspectiva de género, si hay una cultura de sometimiento a la mujer o falta de percepción de igualdad entre hombre y mujer en el hogar, se ve disminuido el BS. Esto va relacionado con el control administrativo, debido a que cuando la pareja (en este caso hombre) tiene el control de las finanzas, decide en qué se gasta o ahorra, entonces reduce a la mujer a un estado de dependencia inclusive para satisfacer sus necesidades personales (Fawole, 2008). Lo que explica en parte la percepción de pérdida de bienestar.

Se debe destacar que la VE puede sumir a las mujeres en un estado de pobreza, al limitar el acceso a la educación, a las oportunidades laborales comprometiendo las oportunidades de desarrollo de las mismas (Fawole, 2008). Por lo que es importante tomar en cuenta que tanto en la perspectiva de género como en el control administrativo, se pueden implementar programas o políticas dirigidas a mejorar la condición de estas variables.

También se debe destacar que dentro de las limitantes de la investigación el $g3$ podría incurrir en sesgos, sin embargo, no se puede tener una aproximación de ello. Pensando que el $g3$ sea menos resiliente o perciba con mayor dimensión lo que en términos relativos puede ser normalizado en los $g2$ y $g1$.

Cuadro 4
Regresión lineal entre BS (Y) y los indicadores de VE (Xs)

<i>Fuente</i>	<i>Valor</i>	<i>Error estándar</i>	<i>t</i>	<i>Pr > t </i>	<i>Valor-p significancia</i>
Intercepción	1.697	0.488	3.479	0.001	***
Perspectiva de género	-0.113	0.058	-1.943	0.053	
Empoderamiento	0.365	0.070	5.187	<0.0001	***
Educación	0.144	0.066	2.178	0.030	*
Control del ingreso	0.067	0.093	0.718	0.473	
Control administrativo	-0.177	0.072	-2.448	0.015	*
Violencia patrimonial	0.103	0.082	1.257	0.210	
Trabajo docente	0.098	0.025	3.967	<0.0001	***

Significancia:

$$0 < *** < 0.001 < ** < 0.01 < * < 0.05 < . < 0.1 < ^ \circ < 1$$

Fuente: elaboración propia con la información obtenida de la Encuesta Bienestar Social y Violencia Económica. Anexo 1.

CONCLUSIONES

Para encontrar los factores que explican la violencia económica, se realizó una revisión de literatura y una conceptualización de la misma, llegando a un constructo que se integró por seis indicadores: dos en la dimensión cultural: a) perspectiva de género y b) empoderamiento; uno sobre nivel educativo; y tres de la dimensión económica: a) control de ingresos, b) control administrativo y c) violencia patrimonial.

El estudio también realizó un constructo sobre el bienestar social percibido, integrado por seis indicadores: satisfacción con la vida, seguridad ciudadana, hogar adecuado, afecto positivo, salud mental, salud física y trabajo decente. Para ambas variables se diseñó una encuesta que permitiera cuantificar la percepción de las participantes en escala Likert, mediante muestreo aleatorio en la ciudad de Morelia.

Los principales resultados muestran que el mayor bienestar percibido es del primer grupo de estudio, seguido por los grupos dos y tres. Sin embargo, en el análisis de varianza, los promedios indican que el bienestar percibido no tiene diferencias significativas, es decir, lo más probable es que el promedio sea igual con un nivel de confianza de 95 por ciento.

El BS tuvo una relación negativa y significativa con los siguientes indicadores de VE, control administrativo y perspectiva de género. Lo que indica que a medida que aumenta el rango de estos, disminuye el BS. En tanto, que este se ve afectado

de manera positiva cuando el empoderamiento y la educación mejoran. Las demás variables, no mostraron significancia estadística en el modelo general.

Por último, el estudio encontró que las mujeres solteras con empleo son las que sufren de mayor VE, al contrastar con los grupos de mujeres casadas con empleo y, las mujeres casadas sin empleo; ambos grupos muestran las mismas condiciones en términos de violencia económica; sin embargo, en el contraste de estos grupos con el de mujeres solteras con empleo, estas últimas tiene un valor superior en la VE que es estadísticamente significativo, es decir, lo más probable es que sí sea mayor la violencia económica en este grupo de la muestra.

Anexo 1. Encuesta Bienestar social y violencia económica

Variable	Dimensión	Indicadores	ITEM		
		Satisfacción con la vida	1. En muchos aspectos mi vida se acerca al ideal. 2. Considero que tengo una buena vida. 3. Estoy satisfecha con mi vida. 4. Hasta ahora he conseguido, las cosas que considero importantes. 5. Si pudiera vivir otra vez no cambiaría casi nada. 6. Con las actividades que realizo me siento satisfecha.		
		Salud física	7. De manera general considero que tengo buena salud.		
		Salud mental	8. En mi familia nadie tiene problemas de adicción (alcohol, drogas, tabaco). 9. No suelo tener con frecuencia ataques de ansiedad.		
		(Y) Bienestar social	Social	Seguridad ciudadana	10. Considero que la ciudad de Morelia es un lugar seguro para vivir. 11. Me siento confiada cuando viajo en transporte público. 12. Me siento segura cuando retiro dinero del cajero. 13. Tengo confianza en las diferentes Instituciones que están a cargo de mi seguridad.
				Afecto positivo	14. Cuando tengo una urgencia puedo contar siempre con personas de mi familia. 15. Cuando tengo una urgencia puedo contar con personas que no pertenecen a mi familia.
				Hogar adecuado	16. Mi esposo o pareja nunca me grita. 17. Mi esposo o alguien de mi hogar no suelen golpear cosas cuando se enojan. 18. Mi esposo o alguien de mi hogar nunca lastiman o golpea cuando se enojan. 19. En la toma de decisiones en el hogar mi opinión es tomada en cuenta por mi esposo o pareja. 20. Mi pareja y yo hacemos buen equipo para resolver los asuntos cotidianos. 21. Considero que el lugar más seguro para mis hijos y para mí es el hogar familiar.

Continúa Anexo 1

Variable	Dimensión	Indicadores	ITEM
(Y) Bienestar social		Trabajo decente	<p>22. Cuento con las prestaciones mínimas de ley (servicio médico, vacaciones, aguinaldo, Infonavit).</p> <p>23. En mi lugar de trabajo se me proporciona todo lo necesario para desarrollar mis actividades.</p> <p>24. Estoy satisfecha con el ingreso que percibo en mi trabajo.</p> <p>25. El ambiente de trabajo es de respeto.</p> <p>26. En mi lugar de trabajo no hay discriminación por razones de género.</p>
(X) Violencia económica contra la mujer	Socio cultural	Perspectiva de género	<p>27. En el hogar el hombre debe aportar más dinero.</p> <p>28. Los quehaceres del hogar son responsabilidad de las mujeres.</p> <p>29. Las mujeres son mejores cuidadoras de niños, adultos o enfermos.</p> <p>30. Una madre es más cariñosa que un padre.</p> <p>31. Creo que es importante que las mujeres tengan ingresos económicos propios.</p>
		Empoderamiento	<p>32. Las mujeres y hombres tenemos las mismas oportunidades para acceder a empleos de todo tipo.</p> <p>33. Mi carrera o actividad actual la elegí sin presiones.</p> <p>34. Yo tomo las decisiones importantes para mi vida.</p> <p>35. Creo que es importante tener ahorros personales.</p>
	Económica	Indicadores de violencia económica	<p>36. Mi esposo o pareja me pide explicación de los gastos del hogar.</p> <p>37. Mi esposo o pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta.</p> <p>38. Mi esposo o pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero del hogar.</p> <p>39. Mi esposo o pareja ha usado mi dinero sin consentimiento.</p> <p>40. Mi esposo o pareja me ha impedido que trabaje.</p> <p>41. Mi esposo o pareja en ocasiones me priva de dinero.</p> <p>42. Mi esposo o pareja con frecuencia deja de cumplir sus obligaciones económicas con los hijos/as (alimentación, cuidado, esparcimiento).</p>
		Indicadores de violencia patrimonial	<p>43. Mi esposo o pareja controla los bienes familiares como parte de su rol como hombre de la casa.</p> <p>44. Mi esposo o pareja me ha obligado a cederle bienes.</p> <p>45. Mi esposo o pareja se ha adueñado de mis bienes (cosas, terrenos, animales etcétera.).</p>

BIBLIOGRAFÍA

- Actis di Pasquale, E. A. (2008), *Bienestar social: Un análisis teórico y metodológico como base para la medición*, Argentina, Asociación Argentina de Historia Económica. <https://acortar.link/yrMz7f>.
- Actis di Pasquale, E. y J. Balsa (2017), "La técnica de escalamiento lineal por intervalos: una propuesta de estandarización aplicada a la medición de niveles de bienestar social", *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, vol. 23: 164-196. Disponible en: <https://acortar.link/t2YgxL>.
- Alexander, J. M. (2016), *Capabilities and social justice: The political philosophy of Amartya Sen and Martha Nussbaum*, Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315260914>.
- Ambuj, D. S. y A. Najam (1998), The human development index: a critical review *Ecological Economics*. 25(3): 249-264. [https://doi.org/10.1016/S0921-8009\(97\)00168-7](https://doi.org/10.1016/S0921-8009(97)00168-7).
- Atienza, F. L.; D. Pons; I. Balaguer, y M. Garcia-Merita (2000), "Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes", *Psicothema*, 12(2), 314-319. <https://www.psicothema.com/pdf/296.pdf>.
- Castañeda, S. M. P., y P. Torres (2015), "Concepciones sobre la violencia: una mirada antropológica", *El Cotidiano*, (191): 7-19. <https://acortar.link/xw0AW4>.
- Castro, R. (2019), De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios: violencias contra las mujeres en México (Endireh, 2016). Instituto Nacional de las Mujeres. <https://doi.org/10.22201/crim.9786073022064e.2019>.
- Carrasco, C. (2001), "La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres?", *Mientras Tanto*, 82: 43-70. <http://www.jstor.org/stable/27820584>.
- Celentani, F. G. (2021), *Feminismos desde Abya Yala: ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos en nuestra América*, Universidad Autónoma de la Ciudad de México-UACM.
- Cienfuegos-Martinez, J. I. (2014), "Validación de dos versiones cortas para evaluar violencia en la relación de pareja: perpetrador/a y receptor/a", *Psicología Iberoamericana*, 22(1): 62-71. <https://acortar.link/Kt2ALw>.
- Castillo, S. N. (2020), "Violencia Económica y Patrimonial en Mujeres Afroesmeraldeñas: Un Enfoque Interseccional", *Mundos Plurales-Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 7(1): 97-116. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.1.2021.4274>.
- Consejo Nacional de Evaluación (2015), Pobreza a nivel de municipio 2010-2020. <https://acortar.link/DJ1PpE>.
- Consejo Nacional de Población (2023), Bases de datos de la conciliación demográfica 1950 a 2019 y proyecciones de la población de México 2020 a 2070. <https://acortar.link/VFv6li>.

- Duarte, T. A., y R. E Jiménez (2007), "Aproximación a la teoría del bienestar", *Scientia et technica*, 5(37): 305-310. <https://hdl.handle.net/11059/264>.
- Diener, E. (1984), "Subjective well-being", *Psychological Bulletin*, 95(3): 542-575. <https://acortar.link/ewCNEU>.
- (1994), "El bienestar subjetivo", *Intervención psicosocial*, 3(8): 67-113. <https://acortar.link/fRPCAs>.
- Expansión (2022), "Índice global de la brecha de género", Disponible en: <https://acortar.link/ezfe7D>.
- Fawole, O. I. (2008), "Economic Violence To Women and Girls: Is It Receiving the Necessary Attention?", *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(3): 167-177. <https://doi.org/10.1177/1524838008319255>.
- Fraile, P. C. (2023), "Más allá de la economía del bienestar. El enfoque de las capacidades de Amartya Sen y Martha C. Nussbaum", *Dilemata*, (40): 121-141.
- Guzmán, A. J. (2017), "Los indicadores de género, la ruta hacia la igualdad", *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 26(2): 133-147. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65456039007>.
- Hernández, S. J. E. (2008), *Instrumento para medir el empoderamiento de la mujer*, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.
- Hickel, J. (2020), "The sustainable development index: Measuring the ecological efficiency of human development in the anthropocene", *Ecological economics*, 167, 106331. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2019.05.011>.
- Hidalgo-Fuentes, S.; A. Tijeras-Iborra; I. Martínez-Álvarez, y M. J. Sospedra-Baeza (2021), "El papel de la inteligencia emocional y el apoyo social percibido en la satisfacción vital de estudiantes universitarios ecuatorianos". *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(3): 87-95. <https://acortar.link/w37Hyd>.
- Inmujeres (2022), Sistema de indicadores de género. <https://acortar.link/u1K5Y5>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020), Consulta de indicadores sociodemográficos y económicos. <https://www.inegi.org.mx/>
- (2021), Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado. <https://acortar.link/3csDN5>.
- (2022), Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los Hogares Endireh 2021. México. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>.
- (2023), *Violencia contra las mujeres en México*. Disponible en: <https://acortar.link/WpULXW>.
- Kishor, S. y Johnson K. (2006), *Perfil de la violencia doméstica: un estudio en varios países*, Calverton, Maryland, EU: Macro International. <https://acortar.link/Wfxrv5>.
- Laca, A. F. A. y F. J. Navarro C. (2013), La percepción de la violencia en México en relación con el bienestar subjetivo y social. *Anuario de Psicología*, 43(3). Págs. 323-334. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97030658004>.

- Lamas, M. (1999), Género: los conflictos y desafíos del nuevo paradigma. *El siglo de las mujeres*, 20. <https://acortar.link/zfcfgM>.
- (2018), El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, México. <http://digital.casalini.it/9786078560578>.
- Millán, R., y C. R. Castellanos (2018), *Bienestar subjetivo en México*, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales. <https://acortar.link/jydOGv>.
- (2018), Informe Anual. <https://acortar.link/nJmoFt>.
- Organización Mundial de la Salud (2022), Promoción del bienestar y la salud. <https://acortar.link/UUUPjN>
- Oxaal, Z., y S. Baden (1997), Gender and empowerment: definitions, approaches, and implications for policy, 40. Bridge, Institute of Development Studies. <https://acortar.link/Nuo3Hj>.
- Pena-Trapero, B. (2009), “La medición del bienestar social: una revisión crítica”, *Estudios de Economía Aplicada*, 27(2): 299-324. <https://acortar.link/iXXFHi>.
- Perusset, M. (2019), “Las redes sociales interpersonales y la violencia de género”, *Tareas* (163): 85-101. <https://acortar.link/1AV6UC>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2021), Informe Anual. <https://acortar.link/2JqBYj>.
- Secretaría de Igualdad Sustantiva y Desarrollo de las Mujeres (2022), Portal de Noticias de la Secretaría. <https://acortar.link/B7bA9k>. Consultado en marzo de 2022.
- Secretaría de Igualdad Sustantiva y Desarrollo de las Mujeres Michoacanas (2023), *Banco nacional de datos e información sobre casos de violencia contra las mujeres*. <https://acortar.link/N1aZtt>.
- Sharp-Jeffs, N. (2008), *What is Economic Abuse? Canadian Center For Women's Empowerment*, <https://ccfwe.org/what-is-economic-abuse/>
- Vargas, N. B. I. (2021), “Bienestar social, Satisfacción de la vida y Características personales de violencia”, *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 23(1-2): 22-30. <https://acortar.link/C4rYFy>.
- Veenhoven, R. (1994, “El estudio de la satisfacción con la vida”, *Intervención Psicosocial*, 3(9): 87-116. <http://hdl.handle.net/1765/16195>.
- Wills-Herrera, E.; L. E. Orozco; C. Forero-Pineda; O. Pardo, y V. Andonova (2011), “The relationship between perceptions of insecurity, social capital and subjective well-being: Empirical evidences from areas of rural conflict in Colombia”, *The Journal of Socio-Economics*, 40(1): 88-96. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2010.08.002>.

LAS CARENCIAS ALIMENTARIA Y DE SALUD EN ESPACIOS RURALES-INDÍGENAS: EL CASO DE HUEHUETLA, PUEBLA

MARIANA BETZAIDET CORTÉS SÁNCHEZ
JOSÉ PEDRO JUÁREZ SÁNCHEZ
BENITO RAMÍREZ VALVERDE

INTRODUCCIÓN

The Hunger Project (2022) menciona que habitan 8 000 millones de personas en el mundo, de ellas, 783 millones viven con hambre, de estas, 60% son mujeres y niñas, situación que acarrea efectos negativos sobre la población infantil, haciendo que casi la mitad de las muertes de niños menores de cinco años sean atribuibles a la desnutrición, y los que sobreviven (149 millones) tienen problemas de crecimiento. Se considera que su situación de pobreza no es nueva y se deriva de la desigualdad económica, de los conflictos armados y del cambio climático, principalmente. Debe señalarse que un mayor número de personas no sufren hambre, sin embargo, tienen inseguridad alimentaria, significa que, no tienen el acceso a una alimentación adecuada (FAO *et al.*, 2023:14).

La inseguridad alimentaria moderada y grave ha ido aumentando a escala mundial afectando las condiciones de salud, especialmente en el 2020, año de la covid-19, teniendo un efecto mucho mayor entre la población vulnerable, así los niños y niñas de las zonas rurales presentaron una mayor predisposición a la emaciación, lo que afecta negativamente a su desarrollo físico y cognitivo, aumentando su probabilidad de morir por infecciones comunes, de tener sobre peso y padecer enfermedades no transmisibles (ENT) en su edad adulta (FAO *et al.*, 2022:17).

En México la población en pobreza se incrementó del 2018 al 2020 pasando de 51.9 a 55.7 millones de personas, teniendo un crecimiento de 7.3%, mientras que las personas en pobreza extrema pasaron de 8.7 a 10.8 millones, mostrando un

crecimiento de 24.1% (Coneval, 2020), si bien para el 2022, la población en pobreza extrema disminuyó a 9.1 millones (Coneval, 2022), aún no se han recuperado las condiciones de la prepandemia. Tenemos que 3.7% de la población presenta una prevalencia de inseguridad alimentaria grave y 26.1% moderada. En los estados con mayores niveles de pobreza aumentó entre 25 y 35% (FAO *et al.*, 2022: 156). Cabe resaltar que, en los espacios rurales, 69.7% de los hogares durante el 2018 tuvieron alguna de las tres características de inseguridad alimentaria (Ensanut, 2020:181).

México se enfrenta a una doble carga por malnutrición en el sistema de salud pública, por una parte, el sobrepeso y, por otra, la desnutrición, que conlleva a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (Velasco-Torres *et al.*, 2019:7), esto ha representado un costo estimado de 2.3% del PIB anual (Fernández *et al.*, 2017:12).

Estos resultados muestran los desafíos que se tienen que asumir para enfrentar el hambre, la inseguridad alimentaria, y todas las formas de malnutrición, lo que exige mayores esfuerzos para su análisis ya que tiene un efecto directo en los niveles de salud poblacionales. El objetivo de la investigación es conocer el desempeño de los indicadores que miden la pobreza (percepción subjetiva de considerarse pobre o no) y la carencia alimentaria vinculados con las condiciones de salud en el municipio indígena de Huehuetla, Puebla, mostrando con ello una realidad que debe ser considerada en el diseño y ejecución de los programas que emanan de la política social.

CARENCIA ALIMENTARIA Y DE SALUD COMO UNA CONSTRUCCIÓN SOCIAL

La falta de condiciones materiales para poder cubrir los requerimientos alimentarios en los hogares rurales e indígenas, generan no solo situaciones de incertidumbre sobre su disponibilidad, sino aunado a ello, la necesidad de crear procesos complejos para hacer posible su elaboración, como bien menciona Villagómez (2019: 6) la precariedad espacial y económica en la que se encuentran algunos hogares, genera un entramado en el que se involucran relaciones personales, comunitarias e institucionales, que derivan en procesos, prácticas y experiencias alimentarias desiguales según la posición social y económica. En este proceso, la mujer, desempeña un papel fundamental, al ser la encargada de la administración no solo de los recursos, sino del conjunto de requerimientos para poder desarrollar el trabajo alimentario, lo que exige conocimientos y habilidades que en ocasiones son subvaloradas, a pesar de que sus decisiones sobre la selección, obtención, preparación, asignación de tiempo

y consumo de los alimentos incide en el establecimiento de la dieta y de la salud familiar.

La capacidad que tienen los hogares rurales indígenas para poder satisfacer sus necesidades alimentarias está estrechamente relacionada con su entorno natural-clima, contexto sociohistórico y cultural, así como con el potencial de sus unidades de producción, los procesos de distribución, abastecimiento y comercio alimentario (Warde, 2016: 13).

El acceso a la alimentación no solo cubre necesidades biológicas fundamentales para la subsistencia, sino además incluye aspectos sociales y culturales que se presentan en las condiciones de pobreza alimentaria, como lo mencionan Friel y Conlon (2004: 22), no solo es la privación de una alimentación rica y variada, sino que también se relaciona con la exclusión social, por tanto, va más allá de un problema de disponibilidad y accesibilidad, sino también es de asequibilidad (capacidad de adquirir) y de participación social, generando barreras para crear un sentido de pertenencia y de relaciones de proximidad-fortaleza (Ndiwakalunga y Yazdanifard, 2014: 15).

El no tener acceso a los satisfactores necesarios de acuerdo a su construcción social será un determinante fundamental en la autopercepción de las personas sobre su condición de privación, por lo que no es solo un aspecto subjetivo, sino que es el resultado de una concepción social de la pobreza determinado, tanto por la distribución de los recursos, como por las relaciones de poder (Mack y Lansley, 1985: 38), las cuales se refieren, a las relaciones de dominación, y a la hegemonía de valores y normas de los grupos dominantes (Calderón, 2016: 87).

VINCULACIÓN ENTRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

La alimentación es esencial para la salud, este planteamiento muestra una relación compleja en donde se interponen, tanto los elementos fisiológicos nutricionales, los relacionados con la salud y los dietéticos; y los de aspectos sociales, culturales y económicos que interfieren según contextos. En este proceso el factor unificador es la necesidad (Tapsell, 2019: 3), y el poder cubrirla a través de una alimentación rica y variada que permita el desarrollo integral de las personas es un derecho fundamental, en caso de no cumplirse se convierte en la principal amenaza para la salud y el bienestar, especialmente en la población de los espacios rurales e indígenas (Meludu y Ajibade, 2009: 1).

Existen patrones dietéticos alimentarios que pueden ser nocivos para la salud, y que cuando se consumen en exceso generan enfermedades crónicas. Alfonso Calañás Contente (2005: 8) señala que la investigación epidemiológica demuestra una estrecha relación entre la alimentación y el riesgo a padecer enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, enfermedades cardiovasculares, y determinados tipos de neoplasias) con altas tasas de morbilidad y discapacidad, asociadas a factores evitables, por lo que la alimentación en todas sus variantes culturales define la salud, el crecimiento y desarrollo de las personas.

Más allá de la relación nutricional y fisiológica que hay entre alimentación y salud, coexisten un conjunto de estructuras sociales, económicas y culturales que dan forma a la práctica alimentaria, y que se relacionan estrechamente con el acceso, la disponibilidad y asequibilidad de los alimentos (Schneider, 2019: 1). Desde la perspectiva sociológica, se concibe que la alimentación y la salud, no solo debe analizarse desde una visión individual-nutricional, debido a que los valores sociales y culturales aprendidos guían las prácticas alimentarias individuales que solo pueden ser vistas en sus relaciones mutuas, vistas como una totalidad (Bourdieu, 1984 [1979]: XIV). En términos sociales, la integración y la cohesión social son importantes, ya que la creación de redes en la comunidad y la familia permiten tener resiliencia en contextos de pobreza extrema (Vicens, 2014: 87).

Desde la perspectiva económica se tienen diversos enfoques que permiten abordar la relación entre la alimentación y la salud, el primero, bajo el punto de vista neoclásico señala que la elección de los alimentos es una decisión individual que puede ser irracional cuando afecta negativamente a la salud, por lo que las políticas pueden generar incentivos para que las personas realicen mejores decisiones dietéticas (Unnevehr, 2012: 220), sin embargo, en los espacios rurales en donde las condiciones económicas limitan el consumo de alimentos, el problema de la nutrición y salud no depende de las decisiones individuales sobre “consumir menos” o de “elegir los alimentos correctos” (Warin *et al.*, 2015: 313), sino más bien de garantizar el acceso a una mayor diversidad, ya que cuando el problema es de disponibilidad y de asequibilidad, lo saludable o no de los alimentos, pasa a un segundo plano, lo que genera que las políticas que enfatizan en la necesidad de incrementar la educación nutricional en estos contextos no alcance la incidencia deseada.

Se tiene conocimiento de que no existe una relación clara entre los ingresos y el consumo de mejores canastas dietéticas, sin embargo, si se aprecia como la restricción presupuestal de los hogares afecta a la cantidad, diversidad, calidad y

estabilidad en los suministros de los alimentos, determinando con ello sus patrones de consumo, por ejemplo, Gatica-Domínguez *et al.* (2021: 1956), encontraron que hay cierto tipo de alimentos (lácteos, cárnicos y huevo) con un consumo desigual y pronunciado a favor de la población de más altos ingresos, en contraste con los grupos poblacionales en condiciones de pobreza. Lo cierto es que, en la vida cotidiana las personas de menores ingresos buscan satisfacer su necesidad alimentaria en el corto plazo para alcanzar su supervivencia, sin considerar sus efectos de salud en el largo plazo (Warin y Zivkovic, 2019: 201), incluso cuando tienen necesidades especiales de alimentación por presentar algún padecimiento crónico, como diabetes e hipertensión.

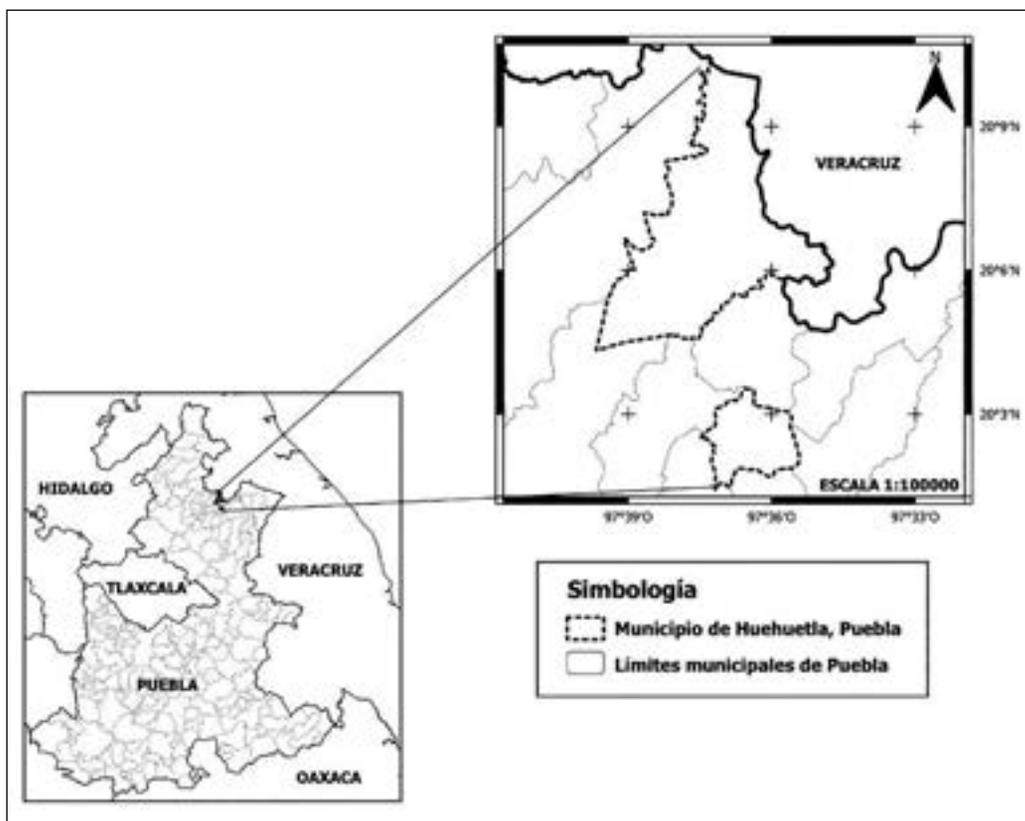
LA POBREZA Y CARENCIA ALIMENTARIA EN HUEHUETLA PUEBLA

La investigación se realizó en el municipio de Huehuetla que se encuentra ubicado en la sierra nororiente del estado de Puebla, entre los paralelos 20° 02' y 20° 10' de latitud norte; los meridianos 97° 35' y 97° 40' de longitud oeste; a una altitud entre 200 y 1.100 msnm (mapa 1).

Su población asciende a 17 082 personas (INEGI, 2020), que representa 10.6% de la población indígena total del estado de Puebla (Coneval, 2018), en su mayoría son indígenas (80%) en condiciones de pobreza (83.2%) y pobreza extrema (36.1%) (Coneval, 2020). La actividad económica preponderante es la agropecuaria y forestal, especialmente la producción de maíz bajo condiciones de minifundio y con baja producción, debido a las condiciones edafológicas y orográficas restringen a la actividad agrícola, además la política agrícola y precios a sus cultivos no han sido favorables en las últimas décadas, es por ello que presenta una baja rentabilidad económica, repercutiendo de forma negativa el bienestar de la población generando condiciones de pobreza (Loera *et al.*, 2017: 2).

En esta investigación se consideró como marco de muestreo el censo cafetalero del municipio (1 966 productores), empleando un nivel de confianza de 95% ($=1.96$) y una varianza máxima ($p=0.5$ y $q=0.5$) con una precisión de 0.10. El tamaño de muestra fue de 92 entrevistas, aplicadas a mujeres mayores de edad que habitan en las localidades de Xonalpu, Lipuntahuaca, 5 de mayo, y Leacamán a través de un muestreo aleatorio simple al azar y sin remplazo. Para levantar la información se recurrió a la técnica del cuestionario semiestructurado y del apoyo de una traductora. La información se interpretó con estadística descriptiva, aunado al análisis de corre-

Mapa 1
Localización del municipio de Huehuetla, Puebla



Fuente: elaboración propia.

lación a través del coeficiente de Pearson y de Spearman para establecer la relación entre las variables de interés.

En trabajo se aplicó un modelo de regresión logística para determinar las variables que incidían en la percepción de las encuestadas sobre sus condiciones de pobreza, a través del método de selección por pasos hacia adelante de Wald. Se determinó una variable de respuesta binomial, buscando conocer el conjunto de variables con las que se asocia, estableciendo el siguiente modelo de regresión logística:

$$\ln(\pi / 1 - \pi) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p$$

Donde la variable respuesta estará en función de $\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_p$ son parámetros, desconocidos y x_1, x_2, \dots, x_p son variables explicativas.

Se realizó un análisis mixto de pobreza alimentaria, estimando el ingreso monetario y no monetario de los hogares, para determinar el nivel de ingreso per cápita, el cual se contrastó con la línea de ingresos y la línea de ingresos para la canasta alimentaria promedio de las zonas rurales del año 2022 elaboradas por el Coneval. En términos de nutrición se evaluó la frecuencia de los alimentos ingeridos y el nivel de inseguridad alimentaria; empleando la metodología del Programa Mundial de Alimentos (2008: 8), la cual permite calcular el puntaje de consumo de alimentos.

POBREZA, CARENCIA ALIMENTARIA Y SALUD

De las encuestadas 98.9% se consideró indígena siendo su principal lengua el totonaco (96.7%). El número de hijos promedio fue de 2.8 hijos y cinco personas por vivienda, aunque en algunos casos habitan hasta nueve personas, especialmente, en donde coexiste la familia ampliada (27%). Estos datos son muy similares al de otros municipios indígenas, aquí las mujeres en promedio el número de hijos nacidos vivos era de 2.2, destacando Guerrero (2.4), Chiapas (2.4) y Durango (2.6) (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [CDI], 2015: 16). Lo cual, indica que en el espacio de estudio existe una alta tasa de nacimientos y, por tanto, una elevada tasa de dependencia infantil (50.5%) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020).

De las entrevistadas 22% mencionó tener rezago educativo, especialmente las personas mayores de 40 años, a ello, Narro *et al.* (2012:132) lo denomina “rezago transicional” formado por las personas entre 35-49 años que no concluyeron la educación básica y “rezago histórico” compuesto por personas de más de 50 años que tienen esta condición. Desafortunadamente la población indígena tiene rezagos educativos, las personas mayores de 15 años, 16.6% no asistió a la escuela, 20.5% posee estudios de secundaria, 4.6% de educación media superior y 7% tiene estudios de licenciatura (CDI, 2015: 18). El nivel de estudio de la población de Huehuetla, está por debajo de los que tiene la población urbana y del promedio nacional.

En la totalidad de los hogares los alimentos se guisan con leña y 17.4% cuenta con estufas Lorena, su importancia radica en que no solo permiten ahorrar combustible, sino que incide en la salud de las personas que integran los hogares, ya que previene enfermedades respiratorias y oculares, así como quemaduras en el cuerpo de los niños. Vázquez *et al.* (2016), mencionan que el empleo del fogón tradicional es característico en las familias con menos recursos económicos y que a pesar de los avances tecnológicos y el prestigio social que trae consigo el uso de la estufa de

Cuadro 1
Estimadores del modelo de regresión logística con el método de selección por pasos hacia adelante (Wald)

<i>Variables</i>	<i>B</i>	<i>E.T.</i>	<i>Wald</i>	<i>P</i>	<i>Exp(B)</i>
Cuentas con camas	1.796	0.522	11.839	0.001*	6.026
Cantidad de veces que la familia consumió carne de cerdo al mes	0.586	0.179	10.565	0.001*	1.721
Constante	-2.448	0.530	21.363	0.000	0.086

* Nivel de significancia 0.01.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta realizada, 2022.

gas, no ha desplazado al fogón ni a la estufa Lorena, por lo que el principal recurso energético utilizado para la cocción de los alimentos es la leña.

Existen distintos factores que se encuentran relacionados con la percepción de los habitantes de Huehuetla, sobre si se consideran pobres o no en comparación al resto de los habitantes de su comunidad. Se estimó un modelo de regresión logística considerando variables sociales y económicas. Los resultados muestran que las variables de tener cama o no, así como el número de veces que consumen carne de cerdo, resultan significativas (cuadro 1), lo que indica su asociación a la percepción de considerarse pobre o no.

Se encontró que el consumo de carne de cerdo influye en que las entrevistadas se consideren pobres, es decir, 75.9% que no la consumió o la comió una vez al mes, se consideró pobre. Lo mismo sucedió con el hecho de tener cama o no, 68.5% que dijo no tener cama opinó que era pobre. Por lo que el comer carne roja es un producto de lujo, y pasan a una segunda categoría en su alimentación, dejándolos de consumir por tener precios elevados e ingresos bajos (Juárez y Ramírez, 2021: 221).

Al analizar las condiciones de pobreza desde el enfoque de ingreso, se encontró que 98.9% de los hogares viven en condiciones de pobreza, al tener un ingreso mensual per cápita (monetario y no monetario)¹ de 1 051.00 pesos ubicándose por debajo de la línea promedio de pobreza por ingresos rurales que en el 2022 ascendían a 2 931.4 pesos. De los encuestados 77.2% mostraron incapacidad para poder adquirir una canasta alimentaria que de acuerdo al Coneval (2022) para los espacios rurales era de 1 562.9 pesos per cápita al mes.

La mayoría de las entrevistadas mencionaron que en sus hogares recibieron algún beneficio gubernamental, especialmente las Becas Educativas Benito Juárez

1. El ingreso no monetario se obtuvo de la sumatoria de la multiplicación del volumen de los bienes producidos de autoconsumo por sus precios promedios en la localidad.

(92.5%) y el programa de Pensión Universal para Adultos Mayores (21.7%). Estas transferencias representaron, 34.9% de sus ingresos. Con respecto a los programas de ayuda alimentaria, 48.9% señaló que sus hijos que asisten a la escuela se beneficiaron de los desayunos escolares, y que si bien, es un servicio subsidiado, muchas entrevistadas comentaron que no siempre pueden asumir su costo. También 8.7% se benefició de las despensas que proporciona el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF) y algunas personas argumentaron que se otorgaron irregularmente. Se benefició 70.7% del Programa de Abasto Rural (Diconsa) y 5.4% del Programa de Abasto Social de Leche (Liconsa).

A pesar de que los miembros de los hogares tienen acceso a diversos apoyos, muestran carencias importantes en términos de alimentación. Al analizar el consumo de alimentos, se encontró que, 70.6% de las entrevistadas en sus casas realizaron un promedio de 2.3 comidas al día. Estos resultados son similares a los que reporta Apodaca *et al.* (2020: 385) al mencionar que los habitantes de Huehuetla en el 2018 realizaban en promedio 2.5 comidas al día. Esto significa que los hogares de las encuestadas se encuentran abajo del número de comidas promedio (tres) que se realizan en el país y que son socialmente aceptadas, aunque en otros países, especialmente de alto ingreso, llegan a realizar entre cuatro y cinco comidas al día (Ibarra *et al.*, 2019: 294). Debe señalarse que existe una correlación positiva y significativa entre el número de comidas al día y la participación de los beneficios del programa Diconsa ($r^2=0.26$, $p=0.01$).

De las entrevistadas 7.6% comentó que en sus hogares por falta de dinero o de recursos, algún integrante se quedó sin comida, y 13% señaló haber dejado de realizar alguna de sus comidas habituales. Aunado a lo anterior, 17.4% mencionó que por falta de dinero o recursos algún integrante de la familia comió menos de lo que debía. Entonces, la población en las áreas rurales indígenas tiene problemas alimentarios que complican su bienestar, esto se ratifica viendo que el número de comidas que realizan son inferiores a las que son socialmente aceptadas como necesarias, por lo que su salud puede verse afectada y con ello su calidad de vida.

Se han señalado los problemas de accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad de forma general, sin embargo, otro aspecto importante es el análisis de la diversidad de alimentos, elemento fundamental que debe ser considerado, ya que, entre mayor variedad en el consumo de alimentos, se incrementa la probabilidad de satisfacer la ingesta, tanto de calorías, como de macro y micronutrientes (Coneval, 2019: 59).

La alimentación en los hogares de las mujeres entrevistadas es poco diversa, se basa en el consumo de tortilla de maíz y sus derivados, este grano se consumió todos los días y la mayoría de entrevistadas comentó que lo produce, pero su producción (64%) no fue suficiente y tienen que comprarlo. Tenemos que 17% produce frijol, señalando que lo consumen una o dos veces por semana (85.5%). Las hortalizas que más consumieron fue el jitomate, y la mayoría lo adquirió en el mercado local. También, 35% señaló tener producción de verduras en su traspatio, las cuales se destinan para su consumo, desempeñando un papel importante en su alimentación, de estas, 60% manifestó que este tipo de producción es importante para poder satisfacer sus necesidades alimentarias. El consumo de frutas promedio fue de cuatro días a la semana, variando en función de la temporada de cosecha y tipo de frutales que tienen plantados, por lo que no todo el año pueden tener acceso a estos alimentos.

En términos de consumo de proteína animal se tiene que la carne de pollo es degustada 2.6 veces al mes, ocasionalmente llegan a comer carne de cerdo y el consumo de carne de res es aún más bajo, siendo que el consumo de esta es importante por su alto valor proteico y su bajo consumo tiene una estrecha relación con el ingreso (Huerta-Sanabria *et al.*, 2018: 1245), ello explica el bajo nivel de consumo de estos alimentos por parte de las personas entrevistadas. Ante el bajo ingreso de las familias se generan estrategias de sobrevivencia como sería la crianza de animales en traspatio, principalmente aves de corral para el consumo de carne y huevo.

En ese sentido, se encontró que el consumo promedio de huevo fue de 1.5 días a la semana y va a depender de la producción de las aves que tienen en su traspatio, haciendo que su consumo esté por debajo del promedio nacional (uno diario). Heart Foundation (2019: 5) menciona que se pueden ingerir hasta seis huevos a la semana dentro de una dieta rica y variada, incluyendo personas con problemas metabólicos o personas con diabetes, sin que por ello se incremente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, siendo una fuente importante de proteínas. Se halló que fue bajo y esporádico el consumo de leche y esta es en polvo, destinada especialmente a los menores de edad, frecuentemente es sustituida por bebidas regionales como el atole que se prepara con maíz, así como café o té (Apodaca *et al.*, 2020: 391).

Al evaluar los alimentos consumidos durante una semana y ponderarlos de acuerdo a la tabla propuesta por el Programa Mundial de Alimentos (anexo 1) para definir el puntaje de consumo de alimentos (PCA), específicamente la diversidad de la dieta, se observó que 25% de los hogares tienen un puntaje igual o menor de 42, lo que de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Coneval (2019: 123) implicaría

Cuadro 2
Cohesión social y seguridad alimentaria

Variables	Bajo nivel de cohesión social		Alto nivel de cohesión social		Total	%
		%		%		
Sin seguridad alimentaria	44	72	25	81	69	75
Con seguridad alimentaria	17	28	6	19	23	25
Total	61	100	31	100	92	100

Fuente: elaboración propia a partir de datos de encuesta realizada, 2022.

que tienen una dieta limitada presentando problemas de seguridad alimentaria, con carencias por acceso a una alimentación nutritiva y de calidad.

Al realizar un análisis sobre el nivel de relación entre el ingreso per cápita y el nivel de inseguridad alimentaria, se observó que no existe una relación entre ambas variables ($r^2=0.026$, $p=0.80$), sin embargo, sí se observa una correlación positiva y significativa entre el nivel de escolaridad y el PCA ($r^2=0.24$, $p=0.019$), así como con la edad de las entrevistadas ($r^2=0.253$, $p=0.015$) lo que implica que a mayor escolaridad y edad de la jefa de familia, se presenta una dieta con una mayor diversidad.

Al evaluar el nivel de cohesión social,² se observó una ligera diferencia, ya que en los hogares con mayor cohesión social se presentó un menor número de hogares con inseguridad alimentaria (19%), mientras que los hogares con menor cohesión social contaban con una mayor inseguridad alimentaria (28%).

En términos de salud, las localidades de estudio cuentan con instituciones públicas de salud y 71% de las encuestadas y sus familiares manifestaron que recibieron consultas médicas. En el país, durante 2018-2020, se incrementó la población con carencia por acceso a los servicios de salud al pasar de 20.1 a 35.7 millones (Coneval, 2021: 6). Lo cual significa que aún no se han universalizado los servicios de salud pública. Con respecto a la opinión sobre su calidad, de 41% de la población que opinó dijeron que los servicios que reciben en el municipio son buenos o excelentes (3.3%) y regulares (42.2%), principalmente. Un problema recurrente señalado por la mayoría fue el no tener acceso a medicamentos.

Con respecto a las enfermedades que padecen, 24% de las entrevistadas señaló que en su hogar existe algún miembro que padece una ENT (diabetes o hipertensión

2. Se consideró por cohesión social, al grado de redes de apoyo que establecen las personas con sus familiares, vecinos y comunidad, para obtener ayuda ante situaciones de emergencia o incertidumbre por falta de ingresos, pérdida de trabajo, incapacidad, enfermedad, cuidado de menores, y mejoras de su entorno.

o las dos), 18.5% diabetes y 7.6% de presión arterial alta, encontrando que de estas personas 32% no recibe atención médica. Las enfermedades más comunes son las respiratorias, lo que se relaciona con la utilización del fogón en la preparación de alimentos y señalaron que 86% de sus familias cuentan con la vacuna contra la covid-19. También 35% mencionó que por falta de dinero ellas o algún integrante de su familia dejaron de atenderse algún problema de salud. Entre los hogares en los cuales algún integrante padecía ENT, 68% se encontraba en condiciones de pobreza extrema, sin embargo, no hay una correlación significativa entre pobreza extrema y la presencia de ENT ($r^2=0.12$, $p=0.254$).

Cuadro 3
Pobreza extrema y padecimiento de ENT (diabetes/hipertensión)

<i>Variables</i>	<i>Sin padecimiento</i>	<i>%</i>	<i>Con padecimiento</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Pobre extremo	56	80	15	68	71	77
No pobre extremo	14	20	7	32	21	23
Total	70	100	22	100	92	100

Fuente: elaboración propia a partir de datos de encuesta realizada, 2022.

Se encontró que entre más ingresos se perciben en los hogares de las entrevistadas al año hay una correlación positiva y significativa con la presencia de ENT ($r^2=0.275$, $p=0.008$), lo que puede deberse a 2 razones, la primera, es que entre mayores sean los ingresos, las posibilidades de consumir alimentos industrializados con alto contenido calórico aumenta y, la segunda razón, es que los hogares con menores ingresos anuales no realizan con frecuencia sus controles médicos y, por tanto, desconocen si padecen o no enfermedades no transmisibles.

Se encontró que existe una correlación negativa entre el consumo de refresco, y los hogares en donde hay una persona con ENT ($r^2=-0.229$, $p=0.02$), lo que implicaría que estas personas disminuyen su consumo, sin embargo, esto no ocurre con el consumo de pan ($r^2=-0.065$, $p=0.54$). En términos generales no existe correlación significativa entre las personas con ENT y el PCA ($r^2=-0.088$, $p=0.40$).

CONCLUSIÓN

El análisis realizado muestra que a pesar de que la población en los espacios rurales indígenas es beneficiada con diversos programas sociales, aún persisten condiciones de pobreza e inseguridad alimentaria que requieren eliminarse para el cumplimiento

de los derechos sociales. Debe considerarse que el análisis aún presenta limitaciones, ya que no se realizó por persona de los integrantes de la familia, ni se consideró la etapa del ciclo de vida. También, debe mencionarse que en los espacios rurales la carencia alimentaria no es estática, y en su evaluación deben tomarse en cuenta los periodos (meses) de mayor gravedad para que en esos momentos se tenga una mayor intervención del Estado a través de la política social.

Otro elemento relevante es que en estos espacios la dieta de las personas que padecen de alguna ENT no tiene variaciones, a pesar de tener requerimientos diferenciados. La asequibilidad de los productos alimenticios en estos espacios es limitada, por lo que su consumo depende en gran medida de la capacidad de producción, situación que en el tiempo se ve afectada por los efectos ambientales, así como en el fraccionamiento y uso de la tierra, situación que agravará la carencia alimentaria en el largo plazo, y con ello la salud de la población.

Debido a que la metodología empleada no se consideró la calidad de los alimentos, es preciso señalar que debe tomarse en cuenta si las personas pudieron o no acceder al consumo de sus alimentos preferidos por falta de recursos, o si tuvieron que consumir alimentos que realmente no deseaban. Aquí es importante considerar la calidad del agua y su suministro.

Se observó que la dinámica social y cultural de estos espacios fue determinante en los hábitos alimenticios y existen algunos elementos que generan exclusión del estilo de vida mínimamente aceptado. Un aspecto importante en la alimentación es la presencia de alimentos con altos contenidos calóricos (refrescos y pan), por lo que podría hablarse de un asunto de malnutrición, que no fue objeto de tratamiento, sin embargo, es un problema que comienza a tener impactos negativos en la población rural.

Debe señalarse que el obtener información detallada sobre el acceso a los alimentos de los individuos dentro de un hogar es complejo, costoso, y requiere de una gran capacidad técnica para la recopilación y el análisis de los datos, por ello, se deben analizar los elementos sustanciales que permitan visualizar el problema y la profundidad de carencia alimentaria en los espacios rurales-indígenas, sin perder de vista aspectos relevantes, como el contexto, el acceso (hambre), la diversidad (nutrición), la calidad, la malnutrición y la cohesión/exclusión, y no solo variables monetarias.

El tener mejores indicadores de carencia alimentaria en los espacios rurales permitirá tener una mejor información para la formulación y focalización de políticas

públicas a fin de implementar de manera óptima los recursos destinados a reducir el grave problema alimentario de los grupos con mayor grado de vulnerabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Apodaca González, Claudia; José Pedro, Juárez Sánchez; Benito Ramírez Valverde, y José Arturo Méndez Espinoza (2023), "Estrategias de adaptación campesina ante la variabilidad climática. Caso del café, municipio de Huehuetla, estado de Puebla, México", *Geográfica Venezolana*, Universidad de los Andes, Venezuela 64(1): 73-84, enero-junio.
- Apodaca González, Claudia; José Pedro, Juárez Sánchez; Benito, Ramírez Valverde; Ramón, Díaz-Ruiz; F. José Rodríguez -Escobedo, y Valente Vázquez-Solís (2020), "La alimentación familiar de pequeños productores de café y variabilidad climática en Huehuetla, Puebla, México", *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*. México, Colegio de Postgraduados, 17 (2): 375-396, abril-junio.
- Bourdieu, Pierre (1984 [1979]). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, p. XIV
- Calañas-Contiente, Alfonso J. (2005), "Alimentación saludable basada en la evidencia", *Endocrinología y Nutrición*, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y de la Sociedad Española de Diabetes (SED), España, 52(2): 8-24, mayo.
- Calderón, Ch. (2016), "Normas sociales y umbrales de pobreza", *Acta Sociológica*, (70): 73-98, mayo-agosto.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2015), *Indicadores socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México, 2015*, CDI Coordinación general de planeación y evaluación < <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239921/01-presentacion-indicadores-socioeconomicos-2015.pdf>>, 8 de agosto del 2023.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social(2018), *Informe de Pobreza y Evaluación 2018 Puebla*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Ciudad de México < https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2018_Documentos/Informe_Puebla_2018.pdf>, 8 de agosto del 2023.
- (2019), *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*, 3ra. ed., Ciudad de México, Coneval.
- (2020), Medición de la pobreza < <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>> ,10 de agosto del 2023.
- (2021), *Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020*, Coneval <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/No

- tas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf>, 8 de agosto del 2023.
- (2022), Anexo estadístico de pobreza en México, Coneval <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2022.aspx>, 22 de septiembre del 2023.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2013), Guía para medir la diversidad alimentaria a nivel individual y del hogar, European Union y FAO <<https://www.fao.org/3/i1983s/i1983s.pdf>>, 22 de septiembre del 2023.
- (2023), Fondo Internacional de Desarrollo agrícola, Organización Mundial de la Salud, Programa Mundial de Alimentos y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El Estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Urbanización, transformación de los sistemas agroalimentarios y dietas saludables a lo largo del continuo rural-urbano*,
- (2022), *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*. Roma, pp. 17-163.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición(2020), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019: Resultados nacionales* <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf>, 15 de agosto del 2023.
- Fernández, Andrés; Rodrigo Martínez; Ignacio Carrasco, y Amalia Palma (2017), *Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición. Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México*, CEPAL, Programa Mundial de Alimentos, Santiago, Naciones Unidas.
- Friel, Sharon y Catherine Conlon (2004), *Food Poverty and Policy. Dublin: Combat Poverty Agency* <[https://www.safefood.net/getattachment/6ddf0903-659c-41df-be91-11af8a826ccb/FoodPovertyAndPolicy_2004-\(1\).pdf?lang=en-IE](https://www.safefood.net/getattachment/6ddf0903-659c-41df-be91-11af8a826ccb/FoodPovertyAndPolicy_2004-(1).pdf?lang=en-IE)>, 2 de agosto del 2023.
- Gatica-Domínguez, Giovanna; Paulo. Neves; Aluísio Barros, y Victora Cesar (2021), “Complementary Feeding Practices in 80 Low and Middle-Income Countries: Prevalence of and Socioeconomic Inequalities in Dietary Diversity, Meal Frequency, and Dietary Adequacy”, *The Journal of Nutrition*, American Society for Nutrition, 151 (7): 1956-1964, julio.
- Heart Foundation of Australia (2019), *Eggs & Heart Healthy Eating. Dietary Position Statement* <https://www.heartfoundation.org.au/getmedia/654eedf8-c9fd-45b2-aa16-cb34fcd24305/Nutrition_Position_Statement_-_Eggs.pdf>, 3 de septiembre del 2023.
- Huerta-Sanabria, Sandy; Oscar Antonio, Arana-Coronado; Leticia Miriam Sagarnaga-Villegas; Jaime Arturo Matus-Gardea, y José de Jesús Brambila-Paz (2018), “Impacto del ingreso y carencias sociales sobre el consumo de carne en México”, *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, México, Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias, 9 (6): 1245-1258, agosto-septiembre.

- Juárez Sánchez, José Pedro; Mónica Ramírez-Huerta, y Benito Ramírez Valverde (2022), "Migración: estrategia de adaptación económica campesina ante desastres agrícolas en el Estado de Puebla", *Geografía Norte Grande*, Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, 82: 109-127, septiembre.
- Juárez Sánchez, José Pedro y Benito Ramírez Valverde (2022), "La alimentación en poblaciones indígenas: el caso de la sierra nororiente de Puebla, México", en María Evelinda Santiago Jiménez y Sofía Elba Vázquez Herrera (coords.), *Pobreza, la realidad detrás de sus perpetradores y productores*, Gil Editores, S.A. de C.V., México.
- Ibarra, Mora Jessica.; Claudio Marcelo Hernández, Mosqueira y Carles Ventura-Vall-Llovera (2019), "Hábitos alimentarios y rendimiento académico en escolares adolescentes de Chile", *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, España, Renhyd, 23 (4): 292-301, octubre-diciembre.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020), Censo de Población y Vivienda <<http://inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>>, 3 de septiembre del 2023.
- (2022), Estadística a propósito del 10 de mayo. Datos Nacionales. Comunicado de Prensa núm. 251/22, 9 de mayo del 2022, Censo de Población y Vivienda <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_Mamas22.pdf>, 3 de septiembre del 2023.
- Mack, J. y S. Lansley (1985), *Poor Britain*. George Allen y Unwin, Londres.
- Meludu, N. T y O. Y. Ajibade (2009), "Rural Dwellers' Knowledge of Nutrition and their Food Consumption Pattern in Oyo State". *African Journal of Biomedical Research*, Nigeria, Biomedical Communications Group, 12 (1): 11-22, octubre.
- Ndiwakalunga, M. y R. Yazdanifard (2014), Review of Social Inclusion, Social Cohesion and Social Capital in Modern Organization, *Global Journal of Management and Business Research: A Administration and Management*. Global Journals Inc, EU, 14 (3): 15.
- Tapsell, Linda (2019), *Food, nutrition and health*, Oxford University Press.
- The Hunger Project (2022), *Know Your World* <https://thp.org/the-latest/know-your-world/?gclid=CjwKCAjw3ueiBhBmEiwA4BhspOHRcGcl3Xuie19b_CDRDpOLJccFsW1aOFqnmzxKBnFOeSm6N1C5RoCPtcQAvD_BwE>, 27 de julio del 2023.
- Unnevehr, Laurian June (2012), "Food and health: Can economics contribute to improved outcomes?", *American Journal of Agricultural Economics*, Oxford University Press on Behalf of the Agricultural and Applied Economics Association, 95 (2): 220-227, diciembre.
- Vázquez Calvo, Marco Antonio; Artemio Cruz León; Cristóbal Santos Cervantes; Miguel Ángel Pérez Torres, y Dora Ma Sangerman-Jarquín (2016), "Estufas Lorena: uso de leña y conservación de la vegetación", *Mexicana de Ciencias Agrícolas*. México, Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias, (16): 3159-3172, mayo-junio.

- Velasco-Torres, Castellano-Rodríguez, y Carmona-Silva (2019), "Formas de malnutrición regional en México en el marco de un desarrollo sostenible". *Estudios Sociales, Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, México, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, 30 (55): 2-21, enero-junio.
- Vicens, Jesús (2014), "Soberanía alimentaria en la senda de la cohesión social", *Revista de Estudos Sociais*, Brasil, Universidad Federal de Mato Grosso, Facultad de Economía, 16 (31): 81-96.
- Villagómez, O. (2019), *La constitución social de experiencias alimentarias en la pobreza, un estudio cualitativo con familias de estratos populares en Iztapalapa, Ciudad de México*, tesis doctoral en Ciencia Social con Especialidad en Sociología, El Colegio de México. 6 pp.
- Schneider, Tanja (2019), *Food and Health* <https://www.researchgate.net/publication/333337084_Food_and_Health>, 22 de septiembre del 2023.
- Warde, A. (2016), *The practice of eating*, Cambridge. Polity Press, p. 13.
- Warin, Megan y Tania Zivkovic (2019), *Fatnees, obesity, and disadvantage in the Australian suburbs. Unpalatable Politics*. Australia, Palgrave Macmillan, p.201.
- Warin, Megan; Tanya Zivkovic; Vivienne Moore; Paul R. Ward, y Michell Jones (2015), "Short horizons and obesity futures: disjunctures between public health interventions and everyday temporalities". *Social Science & Medicine* (128): 309-315, junio.

SALUD SUBJETIVA Y CONDICIONES MATERIALES: IMPLICACIONES PARA LAS ACTITUDES AMBIENTALES EN MÉXICO DESDE UN ENFOQUE DE MASLOW

SEBASTIAN IRIGOYEN IBARRA

INTRODUCCIÓN

El informe 2022 del Programa Intergubernamental sobre el Cambio Climático (IPCC, por sus siglas en inglés) destaca la relación entre el cambio climático, impulsado por emisiones de dióxido de carbono, y su impacto potencial en la degradación del bienestar humano.¹ Este impacto se acentúa especialmente si no se logra una reducción significativa de las actividades contaminantes. Asimismo, el informe proyecta que aproximadamente 3.5 billones de personas, que residen en áreas de alto riesgo climático, enfrentarán una mayor mortalidad debido a la exposición a temperaturas elevadas como a la exposición de fenómenos climáticos relacionados con el calentamiento global. Al mencionar la relación que existe entre el cambio climático y los riesgos para la humanidad, se vincula en estricto el deterioro de las condiciones materiales de los individuos (tanto de los medios que integran su matriz productiva, como las condiciones propias que les permiten mantenerse saludables) (Blanc y Schlenker, 2017; Hallegatte y Rozenberg, 2017).

1. El informe titulado “Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability” del IPCC es fundamental para comprender la interrelación entre el cambio climático y la salud humana. Destaca cómo los efectos tangibles del cambio climático, como olas de calor y eventos climáticos extremos, la calidad del aire y la disponibilidad de agua potable, impactan directamente en la salud. Además, resalta la relevancia de estrategias efectivas de adaptación y mitigación para salvaguardar la salud pública ante estos desafíos climáticos en constante evolución, véase en “Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2022). Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability” <https://www.ipcc.ch/report/sixth-assessment-report-working-group-ii/>

Además, el IPCC (2022) ha evidenciado que el aumento de las temperaturas impacta significativamente en diversas dimensiones sociales. Esto incluye la degradación de zonas agrícolas productivas, un incremento en los costos para la población debido a la mayor necesidad de electricidad para calefacción, y la inducción de movimientos migratorios (Carleton y Hsiang, 2016). Paralelamente, se observa que estas repercusiones afectan aspectos relacionados con el talento humano. En términos motrices, esto se refleja específicamente en el desarrollo cerebral (Costa *et al.*, 2019), y en el ámbito cognitivo, en los procesos de aprendizaje (Graff Zivin *et al.*, 2018). Además, Goldemberg *et al.* (2018), reportan un aumento en enfermedades transmitidas por vectores y los efectos nocivos de la contaminación del aire. Estas externalidades, derivadas de actividades contaminantes, son las responsables de generar consecuencias directas y ampliadas en el deterioro del bienestar humano, tanto el entorno ambiental y el declive de la calidad de la salud (Aguilar-Gomez *et al.*, 2022; Whitmarsh *et al.*, 2021).

La creciente preocupación por la urgencia climática, impulsada por una mayor conciencia de los riesgos asociados al cambio climático y el deterioro ambiental global, ha ganado atención significativa (Fairbrother, 2022). A pesar de esto, hay estudios que indican que la conciencia ambiental (CA) predomina principalmente en países y entre individuos de renta alta (Franzen y Meyer, 2010; Franzen y Vogl, 2013). Se argumenta que estas economías, generalmente menos afectadas por privaciones sociales, muestran una mayor inclinación hacia la protección ambiental (Baiardi y Morana, 2021). Sin embargo, esta noción es cuestionada por investigaciones de Israel y Levinson (2004), Marquart-Pyatt (2012), y Lo (2014), quienes destacan limitaciones en la relación entre la CA y el nivel de ingreso. Contrariamente a lo que sugiere gran parte de la literatura, estos estudios revelan que, aunque los países e individuos con ingresos más altos pueden poseer un mayor conocimiento sobre fenómenos climáticos, no necesariamente están dispuestos a sacrificar parte de su renta para contribuir a acciones de mitigación climática, ya sea a través de impuestos o pagando más por productos sostenibles. Israel y Levinson (2004) identifican una relación cóncava entre ingreso y actitudes ambientales. Por otro lado, Lo (2014) señala una mayor disposición en países de ingresos medios y bajos para participar en acciones ambientales. En otras palabras, existe evidencia de que aquellos que perciben un mayor impacto del cambio climático en el mediano plazo tienden a mostrar un compromiso más fuerte con la protección ambiental. Esto se debe a que los riesgos ambientales, mayormente irreversibles, promueven enfoques de gestión y prevención gestionados por las

comunidades, sobre todo en regiones y contextos con altos niveles de corrupción y evidentes niveles de pobreza (Alier, 2001; Dietz *et al.*, 2003; Toledo, 2015).

Según varios autores, para fomentar una mayor responsabilidad individual y colectiva ante emergencias ambientales, es fundamental atender primero a las necesidades básicas materiales, incluyendo la salud de las personas (Liere y Dunlap, 1980; Dodds, 1997; Cui *et al.*, 2021). La salud subjetiva, a pesar de su importancia, ha sido poco explorada en relación con esta conexión causal con respecto a las acciones ambientales desde el enfoque de necesidades de Maslow (Maslow, 1970; Binder y Blankenberg, 2016). De acuerdo a la pirámide de Maslow, las actitudes ambientales se sitúan en la cúspide de las necesidades humanas, mientras que las materiales básicas se ubican en la base. Las cuales mantienen un orden jerárquico en cuanto a prioridades que otorga el comportamiento individual.

La hipótesis de esta investigación sostiene que la salud subjetiva, entendida como la percepción personal del estado de salud, constituye un indicador crucial para el análisis de los comportamientos ambientales desde la perspectiva de Maslow. Dicho de otra manera, las personas que expresan tener un buen estado de salud tienen mejores condiciones para mostrar una mayor disposición hacia la protección ambiental. En contraste, aquellos que enfrentan múltiples privaciones sociales, incluyendo aspectos económicos y de salud (que limitan sus funcionamientos y capacidades) (Sen, 1999), tienden a aceptar en menor medida las políticas ambientales tradicionales, como los impuestos sobre las gasolineras o el aumento en los precios de productos contaminantes (Aasen y Vatn, 2018). En este contexto, los individuos con carencias sociales suelen resistirse a las políticas de regulación ambiental implementadas o promovidas por los gobiernos (Benjamin *et al.*, 2023). Además, se ha evidenciado concretamente que cuando estas políticas no consideran las dificultades monetarias de los estratos más vulnerables de la población, se generan resistencias claras a tales medidas, desembocando en contestaciones sociales de gran envergadura (Douenne y Fabre, 2020).

La importancia del estudio de la salud subjetiva en la predicción de las acciones ambientales, junto con las cuestiones vinculadas a las desigualdades y bajos niveles de ingreso, ofrece una perspectiva complementaria crucial para el análisis del comportamiento ambiental (Shimoda *et al.*, 2020). Este enfoque no solo se centra en medidas económicas objetivas, sino que también incorpora la percepción individual de la salud, lo que proporciona una comprensión más profunda de las motivaciones y barreras personales hacia la sostenibilidad ambiental. En el trabajo de Castellini *et al.* (2023), se resalta, de acuerdo con sus hallazgos empíricos, que la conciencia de salud de los

ciudadanos en Italia influye significativamente en la adopción de comportamientos proambientales específicos. Este hallazgo destaca cómo una mayor implicación en la propia salud puede llevar a niveles más elevados de disposición al cuidado ambiental.

La inclusión de la salud subjetiva como factor predictivo en el comportamiento ambiental, es una propuesta central de esta investigación, ya que permite una mejor comprensión de las necesidades psicológicas y emocionales que influyen en las actitudes ambientales. Esto es especialmente relevante en contextos como el de México, donde enfrentar los desafíos ambientales y de salud se convierte en una tarea compleja para las personas en situación de pobreza. Además, este enfoque permite identificar cómo las necesidades básicas, incluyendo la salud, deben ser atendidas antes de que los individuos puedan centrarse en preocupaciones ambientales más amplias, siguiendo la jerarquía de necesidades de Maslow. Concretamente, se reconoce que las barreras socioeconómicas y de salud pueden influir en la aceptación y el compromiso con las políticas ambientales en un mismo nivel de relevancia.

En este sentido, aunque en México se han realizado estudios sobre los determinantes de las actitudes medioambientales (Graizbord y González Granillo, 2019) y el análisis del bienestar subjetivo (Rojas, 2008), existen pocos que vinculen la salud subjetiva con la aceptación de políticas ambientales. Un caso excepcional es el estudio de Filippini y Martínez-Cruz (2016). Este se erige como un referente y pionero en el análisis de la disposición a contribuir a la mejora de la calidad del aire en la Ciudad de México, integrando una amplia gama de factores sociodemográficos y actitudes ambientales. Los hallazgos de su investigación son particularmente reveladores: evidencian que la presencia de familiares enfermos o en mal estado de salud eleva notablemente la disposición de los individuos a realizar contribuciones financieras para el medio ambiente. En contraste, muestran que los individuos preocupados por la pobreza o el bienestar material tienden a mostrar una menor predisposición a invertir en la mejora de la calidad del aire. A pesar de su significativa contribución al estudio de los comportamientos ambientales desde la perspectiva de la salud, es crucial reconocer ciertas limitaciones de este trabajo. Principalmente, la investigación no profundiza en la relación entre la posición de ingreso de los individuos y su estado de salud personal con respecto a su comportamiento ambiental. Además, el alcance del estudio se restringe al contexto de la Ciudad de México, lo que descarta regiones con menor poder adquisitivo o servicios de salud de menor calidad. Esta limitación resalta la necesidad de realizar investigaciones adicionales en diversos entornos (urbanos y rurales), lo que permitiría obtener una comprensión más holística

de los determinantes de las acciones ambientales en escenarios caracterizados por amplias desigualdades sociales y la salud reportada por los mexicanos.

En este estudio se emplean datos de la Ola 7 de la Encuesta Mundial de Valores (WVS, por sus siglas en inglés) de 2018, específicamente de México, con el objetivo de ampliar la investigación empírica sobre los determinantes de la salud subjetiva y su influencia en las acciones ambientales. Inicialmente, se examina la salud subjetiva a través de un prisma socioeconómico, evaluando factores como el nivel de ingreso, sexo, edad, nivel educativo y ubicación geográfica, prestando especial atención a si los encuestados residen en zonas rurales o urbanas. Posteriormente, el análisis se orienta hacia una evaluación más detallada de la teoría de Maslow, explorando cómo el estado de salud se correlaciona con la disposición a emprender acciones proambientales. Según los conocimientos presentados en este capítulo, es el primer trabajo en México que estudia de forma empírica la salud subjetiva con la predicción de acciones ambientales, adoptando un enfoque basado en la jerarquía de necesidades.

Nuestro estudio revela que, en México, un buen estado de salud está intrínsecamente ligada al nivel de ingresos. De acuerdo con nuestros análisis, existe una relación clara entre el nivel de ingreso y la salud: individuos con ingresos superiores al promedio, generalmente disfrutan de mejor salud. Asimismo, observamos que residir en zonas urbanas está asociado con una percepción más positiva del estado de salud. En cuanto a las actitudes hacia el medio ambiente, nuestros hallazgos indican que la superación de barreras económicas y el mantenimiento de una buena salud son factores clave para la aceptación de medidas de protección ambiental. En el contexto mexicano, a pesar de cierta reticencia a sacrificar ingresos en pro del medio ambiente, detectamos una predisposición de la población a involucrarse en iniciativas comunitarias para su conservación, lo que sugiere la existencia de un efecto compensatorio. Estos descubrimientos subrayan la importancia de desarrollar políticas públicas integrales y coordinadas que aborden, tanto las marcadas desigualdades sociales, como las privaciones en México. Estos resultados apoyan, desde la evidencia empírica, la necesidad de edificar una agenda de desarrollo inclusivo que priorice necesidades esenciales como la salud, considerando al mismo tiempo un enfoque programático sensible a las limitaciones económicas en términos de acceso y garantías de salud. Asimismo, la evidencia nos permite saber que, para incrementar la efectividad de las políticas ambientales, es crucial promover la confianza institucional y un enfoque progresivo y de justicia social en los instrumentos de mitigación (bajo un enfoque de responsabilidad compartidas pero diferenciadas según el nivel

de ingresos de la ciudadanía). Lo anterior como condición al menos necesaria para facilitar la aceptación de iniciativas medioambientales. El presente estudio se estructura de la siguiente manera: en principio se detalla la encuesta, los datos y los hallazgos estadísticos; más adelante se presentan los principales resultados y, por último, las conclusiones e implicaciones de política pública.

METODOLOGÍA Y BASE DE DATOS

Este estudio investiga la relación entre la salud subjetiva y las actitudes medioambientales en México, basándose en la jerarquía de necesidades de Maslow. Puntualmente, se destaca cómo el nivel de ingresos y la salud subjetiva, entendida como un indicador esencial del bienestar, son factores clave en la inclinación hacia comportamientos favorables al medio ambiente. Mediante un modelo probit, este análisis busca otorgar evidencia sobre cómo la salud subjetiva y las condiciones materiales (notablemente vistas en el nivel de ingreso) influyen en promover actitudes ambientales. Es importante señalar que utilizamos la base de datos más actualizada para examinar estos aspectos (salud subjetiva y comportamientos ambientales) en el contexto de México. En este sentido, para obtener un panorama completo y riguroso, recurrimos a los datos de la Encuesta Mundial de Valores de la Ola 7(2017-2022), centrándonos exclusivamente en México. A continuación, detallamos las fuentes de datos y proporcionamos una descripción minuciosa de las variables incluidas en nuestro análisis.

BASE DE DATOS DE LA ENCUESTA MUNDIAL DE VALORES

La Encuesta Mundial de Valores (WVS, por sus siglas en inglés) es un proyecto colaborativo internacional que incluye módulos especializados en salud subjetiva y actitudes ambientales. En su ciclo 2017-2022, correspondiente a la Ola 7 (WVS-7) recopiló datos a través de encuestas nacionales en varios países. Para este estudio, se seleccionó una submuestra enfocada exclusivamente en México, recabada en 2018. La encuesta del WVS indaga de forma específica en aspectos como la salud autoevaluada de los participantes, su preocupación por la protección ambiental, las acciones individuales para el cuidado del clima, y las preferencias respecto a las políticas gubernamentales en materia ambiental. Nuestra muestra consta de 1 363 individuos entrevistados en 2018, seleccionados mediante un riguroso método de muestreo aleatorio. Estas entrevistas personales, con una duración aproximada de una hora, abordan

temas fundamentales relacionados con la salud del entrevistado, sus actitudes hacia el cambio climático y la intervención del Estado en políticas medioambientales, entre otros temas. El estudio abarca variables demográficas y socioeconómicas y cabe mencionar que se consideraron únicamente los participantes que respondieron a las preguntas relevantes para la investigación. En otras palabras, los registros con datos incompletos sobre ingresos del hogar, edad, género, educación, confianza en el gobierno, activismo ambiental, incremento de impuestos ambientales y habitar en una zona urbana, fueron excluidos del análisis.

VARIABLES DEPENDIENTES

En este estudio, para evaluar la salud subjetiva, se empleó un ítem específico de la (WVS). Este ítem está enfocado para medir la percepción personal de la salud, preguntando a los participantes: ¿cómo describirías tu estado de salud actualmente? La escala de respuestas original incluye cinco categorías: 1=muy bueno, 2=bueno, 3=regular, 4=malo y 5=muy malo. Con el fin de adaptar estas respuestas al análisis mediante un modelo probit, se procedió a recodificar la variable en un formato dicotómico. En esta recodificación, se agruparon las categorías “muy bueno” y “bueno” bajo el valor 1, representando un estado de salud positivo, mientras que las categorías “regular”, “malo” y “muy malo”, se codificaron como 0, indicando un estado de salud menos favorable.

Este enfoque dicotómico facilita la interpretación de los resultados en el contexto de un modelo probit, proporcionando una clara distinción entre percepciones positivas y menos positivas de la salud. Con esta recodificación, se observa que 66.76% de la muestra reportó un estado de salud categorizado como positivo (muy bueno o bueno). Este tratamiento de los datos resulta fundamental para un análisis estadístico riguroso y permite una mejor comprensión de la relación entre la percepción de salud y otros factores en el estudio (Josselin y Le Maux, 2017).

VARIABLES INDEPENDIENTES

Principales predictores

El cuadro 1 presenta las estadísticas descriptivas de todas las variables clave del estudio, aunque destacan dos variables de interés: el ingreso del hogar y el ingreso mediano. La variable “ingreso del hogar” representa el ingreso neto total de los

Cuadro 1
Estadísticas descriptivas de variables dependientes e independientes

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Promedio</i>	<i>Observaciones</i>
Variable dependiente					
Salud subjetiva	0	1	0.47	0.67	1.363
Variable independientes					
Nivel de ingreso	1	10	2.93	4.93	1.363
Por encima del ingreso medio	0	1	0.50	0.51	1.363
Nivel educativo	1	3	0.74	1.91	1.363
Edad	18	87	14.76	38.38	1.363
Sexo (femenino)	0	1	0.50	0.49	1.363
Activismo ambiental	0	1	0.24	0.06	1.363
Impuestos ambientales	0	1	0.45	0.71	1.363
Intervención gubernamental para reducir contaminación	0	1	0.47	0.66	1.363
Confianza en el gobierno	0	1	0.50	0.46	1.363
Zona urbana	0	1	0.45	0.71	1.363

Fuente: elaboración propia con datos recopilados de la Ola 7 (realizada entre 2017 y 2022) de la wvs.

encuestados, clasificado en 10 categorías basadas en los deciles de ingreso (donde 1 representa el primer decil y 10 el décimo). Por otro lado, el ingreso mediano se define como una variable dicotómica, donde 1 indica aquellos individuos por encima del ingreso medio y 0 indica aquellos por debajo de este. En cuanto a la ubicación geográfica, se utilizó una variable dicotómica para diferenciar la zona de residencia de los encuestados: 1 para aquellos en zonas urbanas y 0 para los residentes de zonas rurales. Respecto a las actitudes ambientales, se consideraron las siguientes preguntas: El gobierno debería reducir la contaminación ambiental, con opciones de respuesta Totalmente a favor (codificado como 1) y en desacuerdo (codificado como 0); ¿es usted un miembro activo de un grupo ambientalista?, con respuestas miembro activo (1) y no es un miembro activo (0); y ¿está de acuerdo con el incremento de impuestos con fines ambientalistas?, con opciones totalmente a favor (1) y en desacuerdo (0).

OTRAS VARIABLES DE CONTROL

En nuestro análisis, además de las variables centrales, se controlaron diversos factores demográficos y sociodemográficos, incluyendo género y edad (en años). Asimismo-

mo, se categorizó el nivel de educación en tres grupos: educación básica (1), educación media (2) y educación superior (3), este último representando el nivel educativo más alto. Para evaluar la confianza en el gobierno, se utilizó el ítem: ¿cuánta confianza tienes en el gobierno? Las respuestas a esta pregunta fueron transformadas en una variable dicotómica para simplificar el análisis y mejorar la interpretación de los resultados. Esta variable dicotómica clasifica las respuestas en mucha o bastante confianza (1) y poca o ninguna confianza (0). Esta codificación permite un análisis más claro de la influencia de la confianza en el gobierno sobre otras variables de interés en el estudio.

RESULTADOS

El cuadro 2 muestra los resultados de los modelos probit sobre los determinantes de la salud (subjativa). La tabla 1 consiste en dos paneles. El panel izquierdo del cuadro en la ecuación 1 (Ec.1) muestra estimaciones sobre el nivel de ingreso y variables sociodemográficas. El panel derecho en la ecuación 2 (Ec.2) muestra regresiones sobre la posición del ingreso medio. Posteriormente, en el cuadro 3 se muestran las estimaciones de la salud subjativa y las acciones ambientales.

Nuestros hallazgos, desplegados en el cuadro 2 a través de las ecuaciones 1 (Ec.1) y 2 (Ec.2), demuestran una relación significativa entre un buen nivel de salud reportado por los individuos según su nivel ingresos. Específicamente, aquellos con ingresos por encima de la mediana nacional reportan una mayor calidad de salud. Este fenómeno concuerda con la teoría de la Pirámide de Maslow, que postula la satisfacción de necesidades básicas como esencial para el bienestar. En nuestra investigación, el ingreso medio sirve de indicador proxy para estas necesidades fundamentales según Maslow (1970). Además, la asociación entre ingreso y salud se refuerza con estudios previos, como los de Bauknecht y Merkel (2022), que revelan diferencias significativas en la salud autoinformada entre estratos socioeconómicos, con una percepción más positiva en los de mayores ingresos.

Adicionalmente, constatamos que, en México, un ingreso suficiente es crucial para reflejar un estado de salud óptimo, hallazgo en línea con investigaciones anteriores como las de Case *et al.* (2002) y Lenhar (2019). Sin embargo, la literatura señala que la autopercepción de la salud está más influenciada por variables como la edad, la educación y la situación laboral, más allá del ingreso, así como por diferencias de género en la percepción de la salud (Cialani y Mortazavi, 2020). Descubrimos también

Cuadro 2
Determinantes sociodemográficos de la salud subjetiva (modelo probit)

<i>Variables</i>	<i>(Ec.1)</i> <i>Salud subjetiva</i>	<i>(Ec.2)</i> <i>Salud subjetiva</i>
Nivel de Ingreso	0.0866*** (0.0160)	--
Por debajo del ingreso medio	--	Ref.
Por encima del ingreso medio	--	0.407*** (0.0835)
Nivel educativo	0.266*** (0.0633)	0.316*** (0.0603)
Edad	-0.0181*** (0.00273)	-0.0174*** (0.00272)
Sexo (femenino)	-0.220*** (0.0762)	-0.229*** (0.0759)
Zona rural	Ref.	Ref.
Zona urbana	0.329*** (0.0873)	0.341*** (0.0873)
Constante	0.141 (0.178)	0.224 (0.177)
Observaciones	1 363	1 363
Pseudo R2	0.1405	0.1362
Logaritmo de la pseudoverosimilitud	-744.2449	-747.98412
AIC	1500.49	1507.968
BIC	1531.794	1539.273

Errores estándar robustos entre paréntesis.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: elaboración propia con datos recopilados de la Ola 7 (realizada entre 2017 y 2022) de la wvs.

que las mujeres en México, en promedio, presentan una salud menos favorable, reflejando las disparidades de género documentadas por Read y Gorman (2010), igualmente, las personas de mayor edad exhiben menores niveles de salud. La residencia en zonas urbanas se vincula con una mejor salud, posiblemente por el acceso superior a servicios médicos, según Glaeser y Gyourko (2005). Por otro lado, mientras que las políticas ambientales gubernamentales no mostraron relevancia estadística en el contexto de una buena salud, se observan tendencias proambientales, apoyadas por el estudio de Du *et al.* (2022). La confianza en el gobierno, significativamente asociada con una mejor percepción de salud, sugiere que la mejora de la salud puede fomentar la confianza institucional, como confirman Bronfman *et al.* (2022). Por ende, reforzar la confianza pública podría ser clave para incrementar la participación ciudadana en esfuerzos contra el cambio climático.

Cuadro 3
Salud subjetiva y acciones ambientales (modelo probit)

<i>Variables</i>	<i>(Ec.1)</i> <i>Salud subjetiva</i>	<i>(Ec.2)</i> <i>Salud subjetiva</i>
Nivel de ingreso	0.0880*** (0.0160)	--
Por debajo del ingreso medio	--	Ref.
Por encima del ingreso medio	--	0.406*** (0.0832)
Nivel educativo	0.253*** (0.0643)	0.306*** (0.0610)
Edad	-0.0190*** (0.00277)	-0.0181*** (0.00274)
Sexo(femenino)	-0.208*** (0.0766)	-0.218*** (0.0762)
Activismo ambiental	0.359** (0.166)	0.339** (0.166)
Impuestos ambientales	-0.0400 (0.0843)	-0.0334 (0.0837)
Intervención gubernamental para reducir contaminación	-0.0350 (0.0827)	-0.0320 (0.0821)
Confianza en el gobierno	0.217*** (0.0761)	0.211*** (0.0758)
Zona rural	Ref.	Ref.
Zona urbana	0.342*** (0.0871)	0.354*** (0.0872)
Constante	0.112 (0.210)	0.192 (0.208)
Observaciones		
Pseudo R2	0.1483	0.1435
Logaritmo de la pseudoverosimilitud	-737.52664	-741.71475
AIC	1495.053	1503.43
BIC	1547.228	1555.604

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: elaboración propia con datos recopilados de la Ola 7 (realizada entre 2017 y 2022) de la wvs.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

El presente estudio, al abordar la investigación entre la salud subjetiva y las actitudes ambientales en México, resalta importantes implicaciones para la política pública. Basándose en los hallazgos empíricos, se evidencia la necesidad de desarrollar estrategias que proporcionen acceso a servicios de salud de calidad a los segmentos

más vulnerables de la población. Además, el estudio sugiere que la relación entre ingresos y salud no debe ser un factor de exclusión de un derecho social básico como la salud (Williams *et al.*, 2018). Es imperativo transitar de un modelo de servicios de salud privilegiados hacia un derecho universal sin barreras de mercado, tal y como sugieren en Frenk y Gómez-Dantés (2018).

Además, es importante tomar en cuenta que esta relación de ingreso no debiera permanecer como una exclusión entre un derecho social básico como la salud. Es decir, pasar de una oferta de servicio de estratos privilegiados a un derecho abierto sin barreras de mercado excluyentes. En tanto los estratos inferiores al ingreso medio sigan percibiendo bajos niveles de salud, la tarea en abordar un esquema de mayor cobertura seguirá siendo una tarea pendiente en México. Por otra parte, no debe considerarse un sustituto una política de salud con una política ecológica, al contrario, ambas requieren edificarse bajo una orientación preventiva y coherente con las desigualdades y privaciones sociales para que esta pueda tener una sinergia positiva con el desarrollo del país.

En nuestro estudio, se profundizó en los factores socioeconómicos que influyen en la salud subjetiva en México, descubriendo que el nivel y la posición dentro de la escala de ingresos son predictores cruciales de la salud. Además, la disparidad de salud entre géneros y regiones subraya la necesidad urgente de mejorar los servicios en áreas rurales, aludiendo a estudios como el de Macinko y Starfield (2001) y Pickett y Wilkinson (2015) que evidencian la repercusión de la geografía en el acceso a la salud.

Al tomar en cuenta el enfoque de jerarquía de necesidades de Maslow, nuestros hallazgos apuntan a la importancia de satisfacer las necesidades básicas como la salud y la equidad en la distribución del ingreso para combatir los desafíos ambientales contaminación y sus efectos en la salud pública de manera efectiva. Un sistema de salud que priorice la inclusión social, como sugiere Daniels (2008) y Deaton (2013), puede fortalecer la confianza gubernamental y construir un capital social robusto, lo cual es esencial para una gobernanza efectiva y un proyecto de desarrollo progresista (en el sentido de justicia social) (Fairbrother, 2016). Al respecto es imperativo no sustituir políticas de salud por políticas ecológicas, sino buscar una integración que considere las desigualdades sociales y promueva un buen vivir. Para lograr el buen vivir, es necesario eliminar las distancias indignas que, aunque presentes en las medidas subjetivas de este trabajo, se objetivan entre quienes perciben mayores ingresos y riquezas que aquellos en la parte inferior de la distribución (Ramírez, 2024).

BIBLIOGRAFÍA

- Aasen, M., y A. Vatn (2018), "Public attitudes toward climate policies: the effect of institutional contexts and political values", *Ecological Economics*, 146: 106-114.
- Aguilar-Gomez, S., Dwyer, H., Graff Zivin, J., y Neidell, M. (2022), This is air: The "nonhealth" effects of air pollution. *Annual Review of Resource Economics*, 14, 403-425.
- Alier, J. M. (2001), "El ecologismo de los pobres", *Conflictos ambientales y lenguajes de valoración*, pp. 277-301.
- Baiardi, D., y C. Morana (2021), Climate change awareness: Empirical evidence for the European Union", *Energy Economics*, 96: 105-163. <https://doi.org/10.1016/j.eneco.2021.105163>
- Bauknecht, J., y S. Merkel (2022), "Differences in self-reported health between low-and high-income groups in pre-retirement age and retirement age. A cohort study based on the European social survey". *Health Policy OPEN*, 3: 100070.
- Benjamin, C.; S. Irigoyen, y D. Masclet (2023), In Gov we Trust: Are Trust and Political Ideology Important Factors of Public Acceptance for Environmental Policies?, (núm. 2023-02), Center for Research in Economics and Management, University of Rennes 1, University of Caen and CNRS.
- Binder, M., y Blankenberg, A. K. (2016), Environmental concerns, volunteering and subjective well-being: Antecedents and outcomes of environmental activism in Germany. *Ecological Economics*, 124, 1-16.
- Blanc, E. y W. Schlenker (2017), "The use of panel models in assessments of climate impacts on agriculture", *Review of Environmental Economics and Policy*, 11 (2): 258-279.
- Bronfman, N.; P. Repetto; P. Cisternas; J. Castañeda, y P. Córdón (2022), "Government trust and motivational factors on health protective behaviors to prevent COVID-19 among young adults", *International Journal of Public Health*, 67, 1604290.
- Carleton, T. A., y S. M. Hsiang (2016), "Social and economic impacts of climate", *Science*, 353(6304), aad9837.
- Case, A.; D. Lubotsky, y C. Paxson (2002), "Economic status and health in childhood: The origins of the gradient", *American Economic Review*, 92(5): 1308-1334.
- Castellini, G.; M. Acampora; L. Provenzi; L. Cagliero; L. Lucini, y S. Barello (2023), "Health consciousness and pro-environmental behaviors in an Italian representative sample: A cross-sectional study", *Scientific Reports*, 13(1): 8846.
- Cialani, C., y R. Mortazavi (2020), The effect of objective income and perceived economic resources on self-rated health. *International journal for equity in health*, 19: 1-12.
- Costa, L.G.; T.B. Cole; K. Dao; Y.C. Chang; J.M. Garrick, (2019), "Developmental impact of air pollution on brain function", *Neurochem. Int.* 131:104580.

- Daniels, N. (2008), "International health inequalities and global justice", *International public health policy and ethics*, pp. 109-129.
- Cui, L.; Y. Wang; W. Chen; W. Wen, y M. S. Han (2021), "Predicting determinants of consumers' purchase motivation for electric vehicles: An application of Maslow's hierarchy of needs model", *Energy Policy*, 151: 112-167.
- Deaton, A. (2013), "What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities", *Inequalities in Health: Concepts Measures, and Ethics*, pp. 263-281.
- Dietz, T.; E. Ostrom, y P. C. Stern (2003), "The struggle to govern the commons". *Science*, 302(5652): 1907-1912.
- Dodds, S. (1997), "Towards a 'science of sustainability': Improving the way ecological economics understands human well-being", *Ecological Economics*, 23(2): 95-111. [https://doi.org/10.1016/s0921-8009\(97\)00047-5](https://doi.org/10.1016/s0921-8009(97)00047-5).
- Douenne, T., y A. Fabre (2020), "French attitudes on climate change, carbon taxation and other climate policies", *Ecological Economics*, 169, 106496. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2019.106496>.
- Fairbrother, M. (2016), "Trust and public support for environmental protection in diverse national contexts", *Sociological Science*, 3: 359-382.
- Fairbrother, M. (2022), "Public opinion about climate policies: A review and call for more studies of what people want", *PLoS Climate*, 1(5), e0000030.
- Filippini, M., y A. L. Martínez-Cruz (2016), "Impact of environmental and social attitudes, and family concerns on willingness to pay for improved air quality: a contingent valuation application in Mexico City", *Latin American Economic Review*, 25: 1-18.
- Franzen, A., y R. Meyer (2010), "Environmental Attitudes in Cross-National Perspective: A Multi-level Analysis of the ISSP 1993 and 2000", *European Sociological Review*, 26(2): 219-234. <https://doi.org/10.1093/esr/jcp018>
- Franzen, A., y D. Vogl (2013), "Two decades of measuring environmental attitudes: A comparative analysis of 33 countries", *Global Environmental Change*, 23(5): 1001-1008. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2013.03.009>
- Frenk, J., y O. Gómez-Dantés (2018), "Health systems in Latin America: the search for universal health coverage", *Archives of medical research*, 49(2): 79-83.
- Glaeser, E. L., y J. Gyourko (2005), "Urban decline and durable housing", *Journal of political economy*, 113(2): 345-375.
- Graff Zivin, J.; S. M. Hsiang, y M. Neidell (2018). "Temperature and human capital in the short and long run", *Journal of the Association of Environmental and Resource Economists*, 5(1): 77-105.

- Graizbord, B., y J. L. González Granillo (2019), "Urban growth and environmental concerns: the venture of the greater Mexico City metropolitan area", *Politics & Policy*, 47(1): 178-206.
- Intergovernmental Panel on Climate Change (2022), *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability*. <https://www.ipcc.ch/report/sixth-assessment-report-working-group-ii/>
- Israel, D., y A. Levinson (2004), "Willingness to pay for environmental quality: testable empirical implications of the growth and environment literature", *Economic Analysis & Policy*, 3(1):1-29.
- Josselin, J. M., y B. Le Maux, (2017), *Statistical tools for program evaluation: Methods and applications to economic policy, public health, and education*, Springer.
- Lenhart, O. (2019). "The effects of income on health: new evidence from the Earned Income Tax Credit", *Review of Economics of the Household*, 17(2): 377-410.
- Liere, K. D. V., y R. E. Dunlap (1980), "The social bases of environmental concern: A review of hypotheses, explanations and empirical evidence", *Public Opinion Quarterly*, 44(2): 181-197.
- Lo, A. Y. (2014), "Negative income effect on perception of long-term environmental risk", *Ecological Economics*, 107: 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2014.08.009>
- Macinko, J., y B. Starfield (2001), "The utility of social capital in research on health determinants". *The Milbank Quarterly*, 79(3): 387-427.
- Marquart-Pyatt, S. T. (2012), "Contextual influences on environmental concerns cross-nationally: A multilevel investigation", *Social Science Research*, 41(5): 1085-1099. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.04.003>
- Maslow, A. H. (1970), *Motivation and Personality*, 2da. ed., Nuevs York, Viking Press.
- Pickett, K. E., y R. G. Wilkinson (2015), "Income inequality and health: a causal review", *Social science & medicine*, 128: 316-326.
- Ramírez, René (2024), *Quien parte y reparte, ¿se queda con la mejor parte? Las derechas y las izquierdas en la distribución del pastel en América*, Marmol Izquierdo, Buenos Aires.
- Read, J. N. G., y B. K. Gorman (2010), "Gender and health inequality", *Annual review of sociology*, 36: 371-386.
- Rojas, M. (2008), "Experienced poverty and income poverty in Mexico: A subjective well-being approach", *World Development*, 36(6): 1078-1093.
- Sen, A. (2001), *Development as freedom*. Oxford Paperbacks.
- Shimoda, A.; H. Hayashi; D. Sussman; K. Nansai; I. Fukuba; I. Kawachi, y N. Kondo (2020), "Our health, our planet: a cross-sectional analysis on the association between health consciousness and pro-environmental behavior among health professionals", *International Journal of Environmental Health Research*, 30(1): 63-74.
- Toledo, V. M. (2015), *Ecocidio en México: la batalla final es por la vida*. Grijalbo.

- Whitmarsh, L.; W. Poortinga, y S. Capstick, (2021), "Behaviour change to address climate change", *Current Opinion in Psychology*, 42: 76-81.
- Williams, J.; L. Allen; K. Wickramasinghe; B Mikkelsen; N. Roberts, y N. Townsend (2018), "A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low-and lower-middle-income countries", *Journal of global health*, 8(2).
- World Values Survey Association (2020), World Values Survey Wave 7: 2017-2020 JD Systems Institute y World Values Survey Association. <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV7.jsp>



CONCLUSIONES GENERALES

YEDITH BETZABÉ GUILLÉN-FERNÁNDEZ

La situación actual del bienestar y la salud (ByS), tanto en México como en Bolivia, y algunos países latinoamericanos con situación de carencias sociales, desigualdad y pobreza, revela inevitablemente que es necesario repensar el sistema de bienestar, con miras a brindar un sistema de salud universal. En el caso de México, el acceso a la salud se fundamenta en los derechos ciudadanos consagrados en la Constitución Mexicana. El artículo 4° constitucional reconoce el derecho de todos los mexicanos a la protección de la salud y obliga a cumplir el ejercicio progresivo de los derechos humanos, entre los cuales la salud es uno de los fundamentales (DOF, 2021). Sin embargo, la fragmentación del sistema de salud no ha permitido el ejercicio universal e igualitario de este derecho (Gómez-Dantés *et al.*, 2011; Laurell, 2013).

Este libro nos ha permitido comprender el bienestar y la salud a partir de los enfoques de bienestar objetivo (BO), derechos humanos (EBDH) y bienestar subjetivo (BS), los cuales nos dan un panorama más comprensivo de las problemáticas actuales que vive la población en el acceso a la salud, su cumplimiento y percepción de las condiciones que viven las personas en los dos ámbitos ByS. Estas perspectivas de análisis nos llevaron a analizar entonces los ámbitos del bienestar en las condiciones materiales de acceso y cobertura a los servicios de salud pública que tienen las personas en la sociedad (BO), así como del cumplimiento del derecho a la salud (EBDH) y la percepción de las personas sobre su salud (BS).

Estas perspectivas teóricas fundamentan las evidencias y hallazgos de este libro, porque revelaron problemáticas en lo referente a ByS y otras aristas del bienestar para diferentes grupos de población, incluyendo personas vulnerables y pobres; por lo tanto, podemos responder la pregunta de investigación original de este libro.

¿Cuáles son los enfoques teóricos del bienestar que nos pueden brindar una explicación más comprensiva de las problemáticas en salud de la población y qué hallazgos se vislumbran? Los planteamientos teóricos, basados en BO, EBDH y BS nos permiten llegar a explicaciones del bienestar y la salud para diferentes contextos sociales y generalizar los hallazgos para los resultados provenientes de metodologías de corte cuantitativo, porque estos se basan en encuestas nacionales de México y representativas para el conjunto de la población, como la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH); así como también provienen de encuestas internacionales como la MICS (Multiple Indicators Clusters Survey) y base de datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), además de la Encuesta Mundial de Valores (WVS).

Los estudios de caso basados en metodologías cualitativas nos brindaron información en cuanto a especificidades respecto a lo que viven las poblaciones vulnerables en Tiraque Bolivia; Huehuetla, Puebla; la periferia de León, Guanajuato y Morelia, Michoacán en México. Los dos primeros son contextos rurales de población indígena con niveles altos de carencias y que de forma común se observa carencia en salud. Existe coincidencias entre el nivel estándar de vida reportado (BO), las carencias sociales, vistas como negación de derechos humanos, así como la percepción que tienen ellos mismos sobre su bienestar, dado que se perciben a sí mismos como pobres.

Los hallazgos que derivan de estos estudios muestran la necesidad de mejorar niveles de bienestar adecuado entre la población y que, por ende, las personas puedan acceder a la salud a través de la implementación de políticas públicas fundamentadas en el EBDH. Si esto es así, también se reflejaría en mejores estándares de vida (BO). Este libro muestra evidencias que existen correlaciones positivas entre los indicadores de BO, como la inversión pública, protección social y cobertura en salud para la mejora de la salud infantil; pero se requiere la redistribución de los servicios de salud pública con mayor equidad.

Asimismo, es necesario la distribución de unidades económicas de servicios de salud para población vulnerable; y es necesario llevar a cabo cuidados de salud preventivo en adultos mayores con mayores factores de riesgo por carencia a la salud. El estudio de los derechos humanos refleja que en México hay un cambio drástico en el aumento de personas que experimentan carencias en el acceso a servicios de salud, y los factores de riesgo están relacionados con pobreza y desigualdades. Por otro lado, la perspectiva de BS muestra coincidencias en el ámbito de derechos humanos,

este libro muestra con datos representativos que los factores socioeconómicos como los niveles de ingreso de las personas son determinantes en la salud subjetiva de los mexicanos y se evidencia además, la necesidad de mejorar los servicios de salud en áreas rurales.

Las preguntas de investigación específicas también se responden a continuación: ¿es el bienestar el eje para alcanzar niveles adecuados de salud en una población? Los niveles de bienestar que muestran las personas, en promedio, en una población son determinantes para el disfrute y realización de la salud. Sí existe inversión en salud, servicios y atención médicos que provee el Estado, y de manera equitativa, esto se debe a las políticas del bienestar instauradas en un país, que a su vez están relacionados con el desarrollo y progreso social. El bienestar no solo es el eje para la realización del derecho a la salud, sino también lo es para otras aristas del mismo, como lo son la educación, la alimentación, la seguridad social, la seguridad pública, etcétera.

¿Cómo el bienestar se relaciona con la salud poblacional, en lo referente a su condición de acceso, cobertura y protección respecto de servicios y atención en salud pública, y en el estado de la salud de las personas? Los incrementos en el acceso, cobertura y protección en salud son directamente proporcionales a mejores niveles de bienestar, sin embargo, también debe considerarse la inversión pública en salud, la distribución y la equidad de los servicios. Las políticas públicas encaminadas a mejorar el bienestar de la población deben incluir inevitablemente un EBDH para establecer los mecanismos que permitirán al conjunto de la población de un país realizar su derecho en acceso y protección a la salud.

¿Cuáles son las problemáticas que agravan el bienestar de las personas y que inciden en la salud de las mismas, y en su acceso? El enfoque de BO y DS muestran para este estudio que la pobreza multidimensional, la falta de acceso a los derechos humanos, las carencias sociales y la inequidad en la distribución de los recursos públicos revelan niveles bajos de bienestar y de acceso a los servicios de salud pública.

El enfoque de BS mostró que para la población joven, rural y hablante de la lengua quechua en Tiraque, Bolivia, las condiciones de bienestar social y de salud se asocian estrechamente a sus percepciones; de manera que si se vive un panorama desalentador en materia del bienestar social en su comunidad, las respuestas sobre su percepción en acceso y calidad de la atención en salud son desalentadoras.

¿Cuáles son algunos de los grupos poblacionales vulnerables en el ejercicio del bienestar y de la salud? Los hallazgos en BO y EBDH reflejan que los grupos poblacio-

nales lejos de cumplir un nivel adecuado de bienestar y de salud, son la población en pobreza, las personas excluidas socialmente, los grupos vulnerables como los adultos mayores carentes de cuidado, la población infantil sin una afiliación a servicios médicos, la población en situación de calle y grupos de población asentados en la periferia de ciudades como León, Guanajuato, en México.

El estudio de caso de Huehuetla, Puebla revela que algunas de estas situaciones se viven para la población rural e indígena que presenta una dieta inadecuada, y que además se asocia con la percepción de dicha población de ser pobre, y también se relaciona con condiciones de mala salud. Este último hallazgo bajo la perspectiva de bienestar subjetivo.

¿Cómo se vincula la salud con otras aristas del bienestar? En este libro se muestra que condiciones positivas de salud y de bienestar están relacionados de manera directa con situaciones adecuadas del medio ambiente. Por el contrario, un estudio de caso para la ciudad de Morelia, mostró que la violencia económica es un aspecto que se relaciona con niveles bajos de bienestar y condiciones inadecuadas de salud mental de las mujeres.

Los planteamientos teóricos de este libro referentes a que el bienestar no es un concepto aislado, sino que debe entenderse de manera holística, considerando elementos de equidad, progreso, redistribución de los recursos, inclusión social, entre otros aspectos, aunado a estos hallazgos, nos permiten deducir algunas recomendaciones de política pública, con el fin de que la población realice el derecho al Bys y se señalan a continuación:

- 1) Diseñar las políticas públicas y de salud con base en el EBDH.
- 2) Establecer los mecanismos legales para que las personas puedan demandar sus derechos en materia de acceso a servicios de salud y de atención médica.
- 3) Implementar políticas de cuidado y prevención a la salud, sobre todo en poblaciones más vulnerables y pobres.
- 4) Crear hospitales y unidades médicas accesibles para la población más vulnerable.
- 5) Crear servicios de salud necesarios para la población en materia de salud física y mental, además de programas de salud para la prevención de enfermedades y cuidado de personas en edad avanzada.
- 6) Reorientar el sistema de salud en México y países latinoamericanos semejantes, hacia un sistema universal de salud, que incluya de manera prioritaria a la

población pobre y vulnerable como la población infantil, con el fin de romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza.

- 7) Priorizar la redistribución de los recursos públicos, incluidos los de salud pública, para una mayor equidad social y de salud entre la población.

BIBLIOGRAFÍA

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2021), Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, texto vigente. Última reforma publicada DOF 28-05-2021, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>, 18 de febrero de 2022.

Gómez-Dantés, O.; S. Sesma; V. Becerril; F. Knaul; H. Arreola, y J. Frenk (2011), "Sistema de Salud de México", *Salud Pública de México*, 53(2): S220-S232.

Laurell, A.C. (2013), *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*, CLACSO-CROP, Buenos Aires y Bergen.



SEMBLANZAS

Yedith Betzabé Guillén-Fernández

Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas, es profesora y tutora del programa de Posgrado en Economía de la UNAM, doctora en Política Social y maestra en métodos de investigación, ambos por la Universidad de Bristol, Inglaterra; además, cuenta con una maestría en demografía por El Colegio de México. Realizó su posdoctorado sobre la pobreza infantil en el PUED y cuenta con un diplomado en Indicadores de Derechos Humanos por el PUDH, los dos por la UNAM. Se ha especializado en las temáticas de economía de la salud, pobreza multidimensional y bienestar. Su obra más reciente se titula *Breaking the Poverty Code. An Integrative Approach to Measuring Multidimensional Poverty in Mexico*, Emerald Publishing Group. Miembro del SNI.
Correo: yedith@comunidad.unam.mx

Delfino Vargas Chanes

Investigador titular del Programa Universitario de Estudios del Desarrollo, UNAM. Obtuvo el doctorado en sociología en la Universidad Estatal de Iowa, con énfasis en metodología estadística para la investigación social, con licenciatura en matemáticas por la UNAM. Ha sido investigador en EU entre 2001 y 2008 en diferentes instituciones. Líneas de investigación: la desigualdad, la pobreza y el desarrollo de metodologías cuantitativas avanzadas para la investigación social. Es coautor de cuatro libros y ha publicado más de 50 artículos. Miembro del SNI.
Correo: dvchanes@gmail.com

Enrique Delamonica

Tiene títulos avanzados en economía y ciencias políticas por la Universidad de Columbia, el Instituto de Desarrollo Económico y Social, y la New School for Social

Research. Impartió las materias de economía, análisis de políticas, estadística, y métodos de investigación en la Universidad de Columbia y Saint Peter's College. Sus publicaciones abarcan temas de desarrollo económico, disparidades socioeconómicas y pobreza infantil, derechos de la infancia, protección social, tendencias macroeconómicas que afectan a la infancia, y financiación de los servicios sociales. Fue asesor regional de Política Social y Económica para América Latina y el Caribe (UNICEF) y Jefe de Política Social e Igualdad de Género (UNICEF Nigeria). Es secretario del Comité de Investigación sobre Pobreza, Bienestar Social y Política Social (Asociación Internacional de Sociología) y asesor principal de estadísticas y monitoreo (pobreza infantil e igualdad de género) en UNICEF.

Correo: edelamonica@unicef.org

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, IIEc-UNAM. Obtuvo la medalla Gabino Barreda al mérito universitario.

Correo: jimiseb@gmail.com

Isalia Nava Bolaños

Investigadora del IIEc-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. 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. Miembro del SNI.

Correo: isalia.nava@gmail.com

Servando Valdés Cruz

Actuario y especialista en estadística aplicada por la UNAM. Actualmente es técnico académico de tiempo completo en el Programa Universitario de Estudios del Desarrollo de la UNAM, es miembro de la comisión evaluadora de reactivos del PUEE-UNAM. Sus áreas de interés son: manejo de bases de datos mediante el uso de software especializado, estimación de pobreza y medidas de desigualdad, medición del ingreso, rezago social, marginación y estimación del ciclo de vida económico. Su principal interés es la aplicación de técnicas estadísticas para su estudio longitudinal y espacial.

Correo: Servando.valdes.cruz@gmail.com

Karina Garduño Maya

Ella es Académica de tiempo completo IIEC-UNAM. Licenciada y maestra por la Facultad de Economía, por la misma universidad, actualmente cursa estudios de doctorado en el IIEC-UNAM. Ganadora del primer lugar del Premio Anual de Investigación Económica Maestro Jesús Silva Herzog, versión externa 2020. Autora del libro *Medición de los principales impactos económico-urbanos en el Sector Construcción en la Región Centro de México, 2015-2019: un enfoque espacial con insumo-producto regional*. Ha participado en proyectos relacionados con la identificación y caracterización de regiones, ciudades, medición de impactos económicos de megaproyectos de infraestructura; presentado diversas ponencias sobre insumo-producto regional; impartido diversos cursos asociados al análisis regional con Sistemas de Información Geográfica en diferentes universidades. Correo: k_garmay@iiec.unam.mx

Aquiles O. Ávila Quijas

Doctor en historia por El Colegio de México. Actualmente es profesor-investigador del Departamento de Estudios Sociales de la División de Ciencias Sociales y Humanidades, de la Universidad de Guanajuato, Campus León. Sus líneas de investigación son: derechos de propiedad en los siglos XIX, XX y XXI. Urbanización de ejidos adyacentes a las ciudades, y desigualdades urbanas. Es integrante del grupo de inves-

tigación en Dinámicas Urbanas y Nuevas Desigualdades de la Universidad de Guanajuato. Co-coordinador del Seminario Dinámicas Urbanas y del Laboratorio para el Estudio de la Ciudad. Forma parte del Cuerpo Académico Transformaciones Sociales y Dinámicas Territoriales. Miembro del SNI.

Correo: avilaquijas@ugto.mx

Claudia Teresa Gasca Moreno

Doctora en ciencias antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa y maestra en antropología social por El Colegio de San Luis A.C. Sus líneas de investigación son los usos, prácticas y significados del espacio público, fenómenos de exclusión y desigualdades urbanas. Actualmente es profesora investigadora del Departamento de Estudios Sociales de la División de Ciencias Sociales y Humanidades, campus León. Integrante del grupo de investigación en Dinámicas Urbanas y Nuevas Desigualdades; co-coordinadora del Seminario Dinámicas Urbanas y del Laboratorio para el Estudio de la Ciudad. Forma parte del cuerpo académico Transformaciones Sociales y Dinámicas Territoriales. Miembro del SNI.

Correo: ct.gasca@ugto.mx

Nelson Antequera Durán

Licenciado en Filosofía y Letras (Universidad Católica Boliviana), Maestro y Doctor en Antropología por la UNAM. Investigador

y especialista en temas de desarrollo humano y desarrollo social, desarrollo urbano, migración y diversidad cultural. Ha publicado diversos artículos sobre la temática urbana, así como sobre temas de inclusión social, desarrollo humano y calidad de vida. Docente de pregrado (carrera de filosofía y letras UCB-Cochabamba) y posgrado (Facultad de Ciencias Sociales-UMSS Cochabamba) en metodologías de la investigación. Correo: nelsonantequera@gmail.com

Elizabeth Ortiz

Maestra en ciencias del desarrollo regional por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Actualmente se desempeña como profesionista independiente asesorando al sector empresarial en diferentes ramos: agrícola, construcción, educación, sector maderero y comercio. Además, ha incursionado en la investigación respecto a temas de violencia de género y bienestar social. Correo: 9301272e@umich.mx

Mariana Betzaidet Cortés Sánchez

Doctora en economía política del desarrollo por parte de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, actualmente realiza la estancia posdoctoral en el Colegio de Posgraduados Campus Puebla. Especialista en el análisis de desigualdad, pobreza y política social para diferentes grupos vulnerables, particularmente la población indígena-rural. Dentro del área docente

imparte clases en distintas universidades, y ha desempeñado cargos administrativos involucrados con la planeación y diseño institucional en instituciones públicas. Correo: mariana_cortes_s@hotmail.com

José Pedro Juárez Sánchez

Doctor en geografía por la Universidad de Barcelona España, maestría en ciencias por el Colegio de Postgraduados y licenciado en administración pública por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. A la fecha ha trabajado en la publicación de diversos libros, artículos científicos y capítulos de libro. Sus líneas de investigación son: turismo rural en regiones indígenas, política agrícola implementada en espacios productores de maíz y café, migración, pobreza, vivienda y alimentación en regiones rurales. En docencia participa en la maestría de paisaje y turismo rural y en la maestría y doctorado en estrategias para el desarrollo agrícola regional. Miembro del SNI. Correo: pjuarez@colpos.mx

Benito Ramírez Valverde

Doctor en estudios latinoamericanos, Tulane University, Estados Unidos; maestría en estudios latinoamericanos Tulane University. Nueva Orleans, Estados Unidos; maestría en ciencias en estadística, Colegio de Postgraduados; ingeniero agrónomo especialista en fitotecnia, Universidad Autónoma Chapingo. Sus líneas de investigación son: desarrollo rural, pobreza rural y eva-

luación de programas de desarrollo, en el Colegio de Postgraduados. Ha sido director del campus Puebla del Colegio de Postgraduados (2002-2009). Es director de la *Revista Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, indexada en el Índice de Revistas Mexicanas de Investigación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). Miembro del SNI.

Correo: bramirez@colpos.mx

Sebastián Irigoyen

Candidato a doctor en economía por la

Université Rennes 1, Francia. Ha sido consultor de la Organización Internacional del Trabajo en temas de educación dual. Posee una maestría en economía por la Université de Rennes 1 y es licenciado en Economía por la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México. Sus principales líneas de investigación están relacionadas con estudios empíricos referentes a políticas ambientales, educación dual, análisis institucional, bienestar subjetivo y pobreza.

Correo: Irigoyen.a12@gmail.com