

Inequidad e interseccionalidad en salud desde la ciencia económica

Abraham Granados Martínez

RAZA
DISCRIMINACIÓN
ESTEREOTIPOS
MARGINACIÓN
SERVICIOS
DERECHOS
MUJERES
EQUIDAD
RIESGOS
RESPECTO
FACTOR
ACCESO
NORMAS
RELACIÓN
INJUSTICIA
INGRESOS
RECURSOS
ATENCIÓN
MINORÍAS
EXCLUSIÓN
POLÍTICAS
INDÍGENAS
PREZAGO
CONDICIONES
ALTERNATIVAS
DESIGUALDAD
RAZA
GÉNERO
INTERSECCIONALIDAD
ALTERNATIVAS
ENFERMEDADES
DESARROLLO
POBLACIONES
SECTORES
PARENTESCO
ANÁLISIS
VISIÓN
GRUPOS
SALUD
EDAD
GARRANTÍA
ESTADO
CRISIS
ETNIAS
TRABAJO
DATOS
ÉTICA
SECTOR
CAMBIO
REPRÉSION
ORGANIZACIONES
DEMOGRAFÍA



INEQUIDAD E INTERSECCIONALIDAD EN SALUD
DESDE LA CIENCIA ECONÓMICA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. Enrique Graue Wiechers

Rector

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas

Secretario General

Dr. Luis Agustín Álvarez Icaza Longoria

Secretario Administrativo

Dra. Guadalupe Valencia García

Coordinadora de Humanidades



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS

Dr. Armando Sánchez Vargas

Director

Dra. Isalia Nava Bolaños

Secretaria Académica

Ing. Patricia Llanas Oliva

Secretaria Técnica

Mtra. Graciela Reynoso Rivas

Jefa del Departamento de Ediciones

INEQUIDAD E INTERSECCIONALIDAD EN SALUD DESDE LA CIENCIA ECONÓMICA

Abraham Granados Martínez



Primera edición en epub, septiembre 2020.

Primera edición digital pdf, julio de 2021.

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

ISBN: 978-607-30-4733-3

Diseño de portada: Manuel Alejandro Tufiño Orozco.
Cuidado de la edición: Héliida De Sales Y.

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

Hecho en México.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
1. INEQUIDAD EN SALUD	15
2. INTERSECCIONALIDAD	33
3. METODOLOGÍAS PARA ESTIMAR LA INTERSECCIONALIDAD EN SALUD	49
4. INTERSECCIONALIDAD EN SALUD. POBLACIÓN INDÍGENA	61
5. RESULTADOS DE LA INTERSECCIONALIDAD PARA LA POBLACIÓN INDÍGENA	77
6. ALTERNATIVAS A LA INEQUIDAD E INTERSECCIONALIDAD EN SALUD	89
GLOSARIO	103
REFERENCIAS	113
SEMBLANZA DEL AUTOR	128

A veces, la falta de libertades sustantivas se relaciona directamente con la pobreza que priva a las personas de satisfacer el hambre, de lograr una nutrición suficiente, de obtener remedios para enfermedades tratables, de oportunidades de vestirse, para refugiarse adecuadamente, o para disfrutar de agua e instalaciones sanitarias limpias.

Amartya Sen [1999], *Development as Freedom*.

INTRODUCCIÓN

El estado de salud de la población es resultado de factores ambientales, biológicos, sociales y económicos. Por ello, los problemas de salud humana no son homogéneos y requieren ser atendidos con acciones diferenciadas. La salud resulta fundamental para realizar actividades cotidianas y para el pleno rendimiento de las personas. En tanto, la inadecuada condición de salud se vincula con condiciones de precariedad e inequidad que prevalecen en la sociedad.

El estudio de la salud humana requiere involucrar factores multidimensionales y acciones colectivas para un solo fin: mejorar el estado de salud de las personas, principalmente de las personas más vulnerables. Asimismo, el estado de salud de la población es diferente en diversos países, consecuencia del desarrollo, del sistema de salud, así como por factores sociales y económicos.

Por su parte, la inequidad en salud se relaciona con las diferencias innecesarias, evitables e injustas [Urrutia y Cianelli, 2010]. Los esfuerzos para revertir esta condición, de desigualdad, es prioritaria; no obstante, ya existen investigaciones y acciones gubernamentales encaminadas a este fin. Sin embargo, prevalecen diferencias en la atención y en el estado de salud para distintos grupos de población, por sexo, por edad, por región, por etnia y por condición social.

La inequidad en salud involucra diversos factores. Dada esta composición, el concepto de interseccionalidad resulta de utilidad para agrupar las desigualdades de forma conjunta. Al respecto, el paradigma de la investigación desde la interseccionalidad tiene como objetivo realizar cambios conceptuales

a la comprensión de categorías sociales, las relaciones e interacciones, para lograr una transformación en la forma en que la investigación científica analiza procesos y mecanismos de poder, los cuales influyen sobre las inequidades en la salud [Hankivsky, 2012]. Así, la interseccionalidad representa una herramienta metodológica adecuada y pertinente para abordar las inequidades de salud, en particular por la suma de desigualdades de género que prevalecen en salud.

Además, el concepto de interseccionalidad ofrece una forma de sintetizar lo que antes se discutía como diversos niveles de desigualdad, ahora representa una categoría que aborda de forma simultánea varios modos de la diferencia [Grzanka, 2014].¹

Al respecto, McCall [2005] considera la interseccionalidad como uno de los aportes teóricos más relevantes de los estudios de género. Este concepto representa la preocupación teórica y normativa sobre el reconocimiento de las diferencias entre mujeres y además visibiliza la posición múltiple de la vida cotidiana y de las relaciones de poder [Davis, 2008].

Cabe destacar que al investigar múltiples factores no se busca hacer una simple enumeración o adición de diversos efectos relevantes sobre la desigualdad, desde una perspectiva que considera de forma separada e independiente cada condición de desventaja [Choo y Ferree, 2010]. Al contrario, se pretende que las investigaciones y las acciones se conformen de diferentes formas en la estratificación social, relacionadas y constituidas entre sí; es decir, al realizar un análisis desde una perspectiva interseccional no se está intentando apilar inequidades por sí mismo, el objetivo es interrelacionar los condicionantes, los cuales pueden ser consecuencia de contextos

¹ La desigualdad se expresa en distintos sectores, en particular, en los ámbitos de la salud y de la educación, como en el trabajo remunerado, en el acceso a bienes y viviendas, así como en la calidad ambiental; los cuales, repercuten en mecanismos de discriminación, por ejemplo, el género, la etnia, la raza y la condición socioeconómica [Cepal, 2016].

históricos o procesos sociales [Hankivsky, 2012]. Así, se generan opciones integrales de interpretación y se otorga un sentido contextual a las investigaciones conceptuales y empíricas.

Además, es pertinente reflexionar que la interseccionalidad no se utiliza de forma exclusiva para revisar condiciones de grupos marginados o con carencias sociales. En cambio, permite revisar de forma simultánea los efectos del privilegio y de la penalización; con ello, se contrapone a una idea de pensamiento binaria en donde se suelen oponer ciertos grupos sociales. En este sentido, se proporciona una base para nuevas líneas de investigación, en donde no se considera de forma exclusiva alguna condición de vulnerabilidad social como la más importante en detrimento de otras variables de interés [Hankivsky, 2012]. Se priorizan el conjunto de desigualdades, ya que interactúan en la realidad al mismo tiempo y suelen no complementarse, sino incidir como un agregado en detrimento del desarrollo.

Desde la ciencia económica se tiene escasa atención al género, la etnia, casta y clase; además, regularmente al analizarlas se suelen descuidar las interconexiones entre estas condiciones, como vincular género con raza y clase, raza con género y clase, y clase con raza y género [Brewer, Conrad y King, 2002]. Con este libro se busca contribuir a los estudios de la inequidad e interseccionalidad en salud desde la ciencia económica, con una mirada desde las distintas condiciones de desigualdad que inciden en el estado de salud de la población y para generar acciones en favor de la equidad y la justicia social.

Se parte de que: “La construcción social de la raza, la clase y el género ocurre en un tiempo y lugar específicos” [Brewer, Conrad y King, 2002: 6], es decir, se consideran como hipótesis que los factores cambian por regiones y por el periodo estudiado, ya que el espacio y el tiempo son fuerzas sociales entrelazadas con significados modificables en la historia y sus

implicaciones se asumen con relación a diversas condiciones de las que se parte.

En este contexto, la hipótesis general es que las desigualdades enfrentadas por mujeres y hombres en México son distintas y, aún más inequitativas para la población indígena; a su vez, son diferentes a lo que enfrentan las poblaciones nativas y las afrodescendientes en Estados Unidos o en otra región del mundo, ya que el contexto, el ejercicio de los derechos, la condición social y económica es disímil a lo que pasa en México. Así, esta investigación considera que las repercusiones en las condiciones de salud no serán idénticas para todas las personas y requieren de investigación y de análisis con mayor especificidad. Para ello, se utiliza como objeto de estudio a la población indígena en México, quienes enfrentan múltiples inequidades y suelen repercutir en sus condiciones de salud, para contribuir a la medición de la inequidad e interseccionalidad de la salud.

También, tiene como objetivos particulares mostrar y contribuir a los avances conceptuales y empíricos sobre la inequidad y la interseccionalidad en salud, para después estimar cinco modelos econométricos sobre la relación entre salud y condiciones sociales, económicas y demográficas de personas indígenas y no indígenas, con una perspectiva que considera la desigualdad de género como crucial para atender las inequidades prevalecientes. Se parte de que las actividades socialmente asignadas en el hogar para mujeres y hombres generan desigualdades cruciales en la vida cotidiana, en el trabajo para el mercado, en el bienestar y en la salud.

En este sentido, son limitadas las investigaciones que surgen de un análisis sobre la forma en que asignan los recursos al interior del hogar. Asimismo, la raza y la etnia tampoco son factores integrados plenamente en la investigación de las actividades sociales [Brewer, Conrad y King, 2002]. Con ello, se mantiene un área de oportunidad para desarrollar con mayor

interés estudios que sean incluyentes y con sensibilidad sobre la complejidad social [Annandale y Hunt, 2000].

A su vez, se reconoce que las estructuras sociales y los sistemas de género son maleables y sujetos a cambios, con independencia de su complejidad, diversidad o arraigo [Sen y Östlin, 2007]. Lo cual, ofrece una alternativa para proponer y generar cambios en favor de la igualdad de género y de la equidad en salud.

Con este libro se contribuye a la investigación en la interseccionalidad en las ciencias sociales y en particular en la salud, con ello, se pretende conocer la incidencia de distintas dimensiones sobre la desigualdad social y su interacción entre sí, y en comprobar en cómo estas condiciones inequitativas inciden en los estados de salud de mujeres y hombres de forma diferenciada, a causa del orden de género; en particular para la población indígena que padece amplias desventajas sociales. Asimismo, se realizan recomendaciones y propuestas para contrarrestar las condiciones disímiles que afectan a la sociedad en conjunto y postergan el logro de una sociedad con derechos y justicia.

El libro se divide en seis capítulos, además de esta introducción. Primero se hace una presentación teórica y conceptual de la inequidad en salud, en donde se sintetizan dos corrientes principales enmarcadas en la epidemiología social y en la epidemiología crítica, además de presentar avances sobre la ética y la inequidad en salud. El segundo capítulo se concentra en el concepto de la interseccionalidad, en sus antecedentes, en usos en las ciencias sociales y en la economía, para derivar en la interseccionalidad en salud, corriente relativamente nueva, pero con avances en distintas disciplinas. Se hace un recorrido del concepto de la interseccionalidad desde los años ochenta hasta usos actuales y en especial en el tema de salud.

El capítulo tercero presenta la metodología utilizada en otras investigaciones empíricas sobre inequidad e interseccionalidad

en salud, así como la utilizada en esta investigación. Es decir, se destacan avances relevantes y se fortalece la concepción de que las inequidades representan un conjunto de limitaciones, y tienen mayor repercusión cuando se miran como un conjunto, a diferencia de considerarlas de forma aislada. Se destacan las variables más representativas para el estudio de la inequidad en salud y los hallazgos de estudios académicos, fundamentados en especial con modelos econométricos, los cuales fundamentan la metodología expuesta en la segunda sección de este capítulo.

Para el capítulo cuarto se contribuye al estudio de la interseccionalidad en salud para el caso de las personas indígenas, en México para 2018. En primera instancia, se muestra un panorama sintético de las condiciones de la población indígena, para después estimar con cinco modelos de regresión logística las desigualdades múltiples de que enfrenta este grupo de población en México y que repercuten en su estado de salud.

El quinto capítulo presenta los resultados de la estimación de la interseccionalidad para población indígena en México. Asimismo, se realizan algunas sugerencias para solventar estas inequidades conjuntas que enfrenta esta población, en favor de los derechos y la justicia social. Finalmente, en el último capítulo se destacan alternativas y conclusiones de la investigación. Se destacan los principales resultados y se sintetizan las sugerencias, en particular, desde la intersectorialidad para ofrecer alternativas y proponer políticas encaminadas a revertir las inequidades en salud, consecuencia de factores económicos, sociales y estructuras políticas y de género. Al mismo tiempo, se sugieren acciones sustantivas para solventar la desigualdad de género y ofrecer oportunidades adecuadas para mujeres y hombres en favor del bienestar.

1. INEQUIDAD EN SALUD

Para iniciar esta investigación, en este capítulo se explicarán las inequidades en salud y las principales causas que la generan, así como algunas estrategias para revertir esta condición que padece un grupo relevante de la población.

La inequidad en salud se manifiesta en las disparidades en el estado y en el acceso a servicios de salud entre grupos de población y por sexo, se presenta cuando varios factores no naturales se combinan para incidir en la salud de las personas. Asimismo, se intensifican cuando persisten inadecuadas políticas públicas, programas ineficientes y en caso de mantenerse condiciones económicas injustas [Marmot *et al.*, 2008].¹ Los países que tienen elevados niveles de inequidad, como México, se caracterizan por la disparidad de oportunidades e inadecuados niveles de vida.

La inequidad en salud se refiere a las discrepancias en el estado de salud, consecuencia de las condiciones sociales. De acuerdo con Whitehead [1992], la inequidad en salud se define como las diferencias innecesarias y evitables, las cuales son consideradas injustas y requieren ser juzgadas con base en el contexto en que se concretan en cada sociedad. Es decir, las inequidades están asociadas con el acceso y el estado de salud de forma homóloga a como prevalecen las desigualdades en la sociedad, como resultado de sistemas económicos y

¹ Cabe destacar que para revertir la inequidad en salud, las acciones no se deben centrar únicamente en las condiciones del sistema de salud, se requiere superar la preocupación por la prestación y la atención médica, con la finalidad de lograr una incidencia más amplia del sector salud, donde se revisen desde la asignación de los recursos hasta la consideración y conformación de los acuerdos sociales que rigen en la sociedad [Sen, 2002].

sociales que priorizan intereses particulares y no colectivos, los cuales se suelen caracterizar por mantener distribuciones ampliamente desiguales sobre los poderes políticos y económicos [Benach y Muntaner, 2005]. Lo anterior, se traduce en carencias sociales, pobreza, inseguridad y otras limitaciones que afectan las condiciones de vida de mujeres y hombres.

En contraparte, cuando se cuenta con equidad en salud, aun cuando se presenten distintos grados de ventaja o desventaja social, no se manifiestan disparidades sistemáticas de salud entre grupos de población [Braveman y Gruskin, 2003]. La equidad en salud se define como un concepto multidimensional, el cual incluye la atención y la capacidad de alcanzar un adecuado estado de salud, más allá de la atención médica, también considera de forma prioritaria no discriminar en la prestación de servicios y búsqueda de inclusión, con acciones de justicia y equidad [Sen, 2002].

Así, la equidad en salud es un concepto ético que se fundamenta en la justicia distributiva. Sin embargo, este principio suele estar ausente en la sociedad y generar condiciones precarias en el estado de salud a la población, por ejemplo, una parte de la población se encuentra en desventaja debido a la pobreza o por factores de etnia, raza o género. Existe el consenso de que es primordial asegurar un adecuado estado de salud a todas las personas y que es condición fundamental para el logro del bienestar, así como para superar carencias sociales [Braveman y Gruskin, 2003]. Por ello, es imprescindible para cualquier sociedad generar condiciones de igualdad y asegurar el logro de la equidad en salud.

Otro factor relevante de la inequidad en salud es la localización geográfica de la población. Las personas en regiones marginadas y quienes habitan en asentamientos irregulares suelen padecer exclusión social, al mismo tiempo, enfrentan retos para trasladarse con facilidad, consecuencia de la carencia de transporte público adecuado y por enfrentar mayores condiciones de inseguridad; lo cual, desfavorece la

formación de capital social [Organización Mundial de la Salud, 2008]. Estos elementos inevitablemente inciden en el estado de salud de la población en zonas marginadas y con mayores restricciones sociales.

Ante el reto de alcanzar la equidad en salud se requiere construir sistemas de salud eficientes y oportunos, donde se considere la atención integral y se priorice la salud de la población en condiciones de vulnerabilidad. Para este fin, es necesaria la creación de estrategias conjuntas entre diversos sectores económicos y gubernamentales, direccionadas hacia un fin común, la disposición de mejores estados de salud de la población y, de forma paralela, atender las desigualdades sociales, incluidas las de género.

En este sentido, cuando las personas no cuentan con un adecuado estado de salud, como efecto de sus condiciones sociales, se hace evidente la injusticia social, debido a la ausencia de oportunidades y como resultado de que los padecimientos no derivan de decisiones personales, aunque puedan afectar su estado de salud, por ejemplo, cuando la población no se preocupa por su salud e incurre en actividades de riesgo, como beber alcohol o fumar. Al respecto, Sen [2002] argumenta que al presentarse enfermedades como resultado de condiciones sociales, ya sea por pobreza, carencia o limitaciones y no por conductas de riesgo decididas por la población, como fumar o consumir drogas, entre otras, se manifiesta un grave problema de justicia social.

Estas limitaciones sociales son comunes en la actualidad y requieren ser urgentemente subsanadas, con políticas públicas y acciones coordinadas para enmendar las desventajas sociales y asegurar un estado equilibrado de salud para todas las personas, sin importar su condición económica y posición social. También, se necesitan promover estrategias macroeconómicas distintas a las tradicionalmente implementadas, donde se concentre el bienestar de las personas como el fin último de las actividades económicas.

No obstante a lo destacado en párrafos anteriores, es importante tener reservas al considerar que las fuentes de inequidad están solo relacionadas con las diferenciales económicas, ya que asumir que la inequidad se debe únicamente a un solo factor deja fuera explicaciones relevantes. Es evidente que la población en condición de pobreza se encuentra en una situación más precaria respecto de la población sin esta condición, ya que padece limitaciones con el acceso, la atención y los resultados de salud. Se suele obviar que la desigualdad se presenta entre la población en situación pobreza, sin embargo, hay otros grupos de personas que enfrentan discriminación y exclusión social, por factores de castas, raciales o etnias, tampoco se suelen considerar las diferencias entre los distintos integrantes de hogares pobres [Iyer, Sen y Östlin, 2010].²

Asimismo, se vive discriminación por factores multidimensionales y de forma paralela. Por ejemplo, las mujeres viven una desigualdad histórica que todavía no se logra revertir, enfrentan limitación en el ejercicio de sus derechos y oportunidades frente a los hombres, como en el mercado de trabajo, en la vida pública y otros sectores; además, muchas mujeres están en condición de pobreza o carencia social, lo cual agudiza su condición de desigualdad. Así, las inequidades en salud se presentan, al mismo tiempo, como consecuencia y causa de otros problemas sociales, económicos o políticos. Por ello, la relevancia de incluir diversas dimensiones y factores que se conjugan para incidir en la inequidad en salud de la población.

Del mismo modo, las relaciones desiguales de género repercuten en las inequidades de salud, de forma similar a las

² Entre los grupos de la población con mayores desventajas, se identifican las mujeres pobres desempleadas que son madres, así como hombres desempleados sin recursos, además de personas en grave situación de marginación social [Benach, Vergara y Muntaner, 2008].

diferencias que se presentan en la vida pública. Además, dentro de los hogares también se producen tensiones por cargas desiguales de trabajo no remunerado, de cuidado y de jerarquías socialmente asignadas; en algunos casos, se crean conflictos que derivan en padecimientos y mayores desigualdades dentro y fuera del hogar, hasta repercutir en las estructuras y dinámicas sociales con mayores inequidades y postergar los avances en la igualdad. Al respecto, las situaciones desiguales en el mercado de trabajo para mujeres y hombres generan efectos distintos en el estado de salud por sexo [Campos *et al.*, 2012].

Con este contexto, nuestra investigación contribuye al estudio de relaciones inequitativas poco revisadas desde la ciencia económica, como son los padecimientos de salud generados por diferentes factores sociales, económicos y sociodemográficos, asociadas con la desigualdad generada por el contexto nacional. En particular se concentra la población con limitaciones sociales, ya que enfrentan una discriminación histórica y retos particulares que aún no se resuelven.

Resulta pertinente destacar que sin equidad en salud, es conveniente analizar la situación desde un punto de vista integral, desde las manifestaciones y, en especial, desde las causas del problema, con una perspectiva de igualdad de género que priorice los problemas de equidad, de derechos y de justicia [Ravindran y Kelkar, 2010]. Lo cual, demanda acciones para grupos de población que en muchas ocasiones han sido relegados y carecen de atención mediática, estatal y ciudadana; factores que exigen la promoción de cambios estructurales y efectivos en favor de las mayorías.

Además, las inequidades en salud por género no solo se presentan en espacios de atención y de acceso, como en los tratamientos y los resultados de la salud, también permean en el contenido y en el proceso de investigaciones en salud; debido a que hay limitado interés en investigar las enfermedades que afectan más a las mujeres (como cáncer de mama)

y a los hombres (cáncer de próstata). Asimismo, prevalecen perspectivas parciales o inadecuados para atender necesidades de salud por sexo. Prevalece la investigación médica para nuevos medicamentos sin perspectiva de género, en donde excluyen a las mujeres de las poblaciones de estudio, adicionalmente hay poco reconocimiento en la interacción entre el género y otros factores sociales en la relación con la salud-enfermedad [Sen y Östlin, 2010].

Asimismo, de acuerdo con Sen y Östlin [2007] la equidad de género en salud requiere ir más allá del principio de igualdad. Las autoras sugieren basarse directamente en la erradicación del sesgo de género, es decir, se debe partir de que la discriminación por género y su consecuente sesgo, no son resultado de una diferencia biológica, entendida como “natural”. Así, cuando no se justifique por razones biológicas los resultados sanitarios diferenciados por sexo, la discriminación social surge como la principal causa de las consecuencias sanitarias inequitativas.

Este panorama desigual en la salud es consistente con las desigualdades de género que la sociedad mantiene, con normas y estructuras poco flexibles y que afectan en múltiples dimensiones a las mujeres. El reto de la igualdad de género se suma al conjunto de problemas de salud, como las desigualdades sociales generales, al atender las diferencias de género se contribuye a minimizar las diferencias estructurales, ya que se trastocan de fondo las relaciones de poder y las inequidades históricas para más de la mitad de la población mundial.

Para ello, es fundamental contar con datos de salud por sexo, para conocer e implementar acciones hacia la equidad de género en salud. La ausencia de información restringe la planeación e implementación de políticas para remediar problemas públicos. No obstante, después de tener estos datos se requiere trascender y cambiar la dinámica, así como las normas que perpetúan y mantienen la desigualdad.

Un ejemplo de estrategias implementadas en la materia, es el caso de Malasia en el año 2000, realizada por el Centro Asiático de Recursos e Investigación para las Mujeres, en el Marco sobre Indicadores para la Acción sobre Necesidades y Derechos de Salud de las Mujeres, utilizadas para dar seguimiento a la implementación de la Plataforma de Acción de Beijing; con ello, se pretendía mejorar la medición de la salud de las mujeres, mediante el monitoreo de los cambios en el estado y en los resultados de salud [Sen y Östlin, 2010].

Otra experiencia, se presentó en Suecia en 1994, cuando se consideró que la política gubernamental debía de *transversalizar* la igualdad de género en todas las acciones de gobierno, con avances en la investigación en salud, con estadísticas oficiales que se presentaran por sexo y con indicadores para monitorear la equidad de género en salud [Sen y Östlin, 2010].

Por su parte, en Canadá se utilizó una medida sobre las necesidades de atención médicas percibidas no satisfechas, la cual se construye con la diferencia entre la atención considerada como necesaria para solventar un problema particular de salud, respecto de los servicios que realmente son recibidos [Socías, Koehoorn y Shoveller, 2016]. Con ello, se tiene un parámetro de qué se requiere mejorar en el sistema de salud, para que la población acceda de manera efectiva a la atención de salud que percibe necesaria de acuerdo con sus necesidades y problemas de salud.

Sin duda, las estrategias y acciones de política pública implican retos amplios, pero se conocen alternativas para asegurar que se cumplan con las necesidades de la población y se pueda vivir con mejores estados de salud y bienestar. También, es importante tener en cuenta la disponibilidad de recursos financieros, al mismo tiempo, se requiere modificar las prioridades gubernamentales y obligar al Estado que cumpla con sus mandatos en favor de la igualdad, con estrategias de mediano y largo plazos.

En el mismo sentido, destaca otra planeación para atender la inequidad en salud, la igualdad de derechos, basada en la no discriminación y en el pleno ejercicio de los derechos humanos;³ así, la igualdad de oportunidades de vivir sin enfermedades implica que todas las personas puedan tener el mejor nivel de bienestar físico y mental, solamente con la limitación que representan las condiciones biológicas de cada quien [Braveman y Gruskin, 2003].

Además, es conveniente impulsar políticas fiscales que contribuyan a la redistribución de la riqueza, así como políticas sociales para reducir el desempleo, la precariedad laboral y la exclusión social, que incrementen el acceso y la calidad de la educación, que contribuyan a facilitar obtener viviendas dignas y adecuados servicios sanitarios, en particular para las personas con mayores necesidades.

Asimismo, resulta pertinente promover perspectivas intersectoriales, las cuales van más allá del modelo tradicional de salud-enfermedad e incorporan otras dimensiones, como situaciones específicas, dinámicas de grupo y están centradas en el cambio social, orientado a reducir disparidades de salud que las apreciaciones habituales no lograron revertir [Benach, Vergara y Muntaner, 2008]. En consecuencia, en esta obra se sugiere poner en marcha acciones estatales desde la intersectorialidad (la cual se aborda en la parte final), como estrategia coordinada en favor de la equidad en salud y de género.

En suma, la inequidad en salud se asocia de manera sistemática con desventajas sociales, es decir, cuando alguna persona o grupo social padece perjuicios en su salud [Braveman y Gruskin, 2003]. Desde esta consideración, se parte para desarrollar factores que influyen en la salud, para ello, se

³ Los derechos humanos son interrelacionados e indivisibles, como es el caso del derecho a la salud, similar a otros derechos, como al adecuado nivel de vida, a la educación y la no discriminación [Braveman y Gruskin, 2003].

hace un recuento de la influencia de los factores en la salud humana y las respuestas conceptuales e institucionales que se realizaron para contrarrestar esta situación que afecta a una importante proporción de población mundial y de México.

A continuación, se presentan los avances teóricos sobre la influencia de los factores sociales en las condiciones de salud de la población. Debido a la importancia que implica su estudio, para después destacar alternativas de respuesta para limitar, contrarrestar y, de ser posible, erradicar las inequidades en salud.

INFLUENCIA DE FACTORES SOCIALES EN LA SALUD HUMANA

Se identifican dos corrientes principales sobre la influencia de los factores sociales en el estado de salud humana: la *epidemiología social*, la cual es resultado de la perspectiva anglosajona, en donde se considera como eje central de análisis a los determinantes sociales de salud (DSS), estos incluyen los medios de vida, las condiciones de las comunidades y de los centros de trabajo, así como la calidad y pertinencia de la atención médica [Braveman y Gruskin, 2003]; y la *epidemiología crítica*, que representa la corriente latinoamericana y se concentra en la determinación social de la salud [Eslava, 2017]. En adelante, se desarrollan ambas perspectivas para observar sus avances, retos y aplicaciones.

Determinantes sociales de salud

La epidemiología social se desarrolló en la segunda mitad del siglo xx, en el contexto del Estado de bienestar en Europa. Se estableció en un contexto ético-político del Reino Unido, en donde se tenían avances relevantes sobre la construcción e incidencia de la ciudadanía social [Hernández Álvarez, 2012].

Una expresión de esta corriente fue la publicación del *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*, conocido como el *Black Report*, en 1980. Reporte que destacaba la relación entre el estado de salud y las condiciones sociales inequitativas entre la población del Reino Unido [Departamento de Salud y Seguridad Social, 1980]. Este documento representó un hito en la historia de la salud, derivó en promover un espacio en la agenda pública de análisis distinto y ofreció la oportunidad de promover cambios sustantivos en las condiciones sociales y de salud de la población, desde una perspectiva social.

En las últimas décadas, la epidemiología social se relacionó con la reflexión moral sobre la comprensión de las enfermedades, con el objetivo de atender y solucionar problemas en el estado de salud humana [Arias, 2017]. En el siglo XXI, se consolidaron estos conceptos, los cuales establecieron las bases para la creación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) [Morales *et al.*, 2013]. En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) integró la CDSS, con la finalidad de reducir las limitantes sociales relacionadas con los problemas en el estado de salud humana.

Se partió de considerar que las inequidades en salud por países se debían a diversas desigualdades, como el ejercicio del poder, los ingresos, el acceso a los servicios médicos y educativos, así como a la situación laboral y a las condiciones de las viviendas y de las comunidades [OMS, 2009].⁴

La CDSS reconoció la relación de dependencia entre la salud y las condiciones sociales. Se identifica que muchas personas padecen un inadecuado estado de salud como resultado de la combinación de políticas injustas, condiciones económicas precarias y por deficiente gestión política. Así, las limitaciones en

⁴ Los DSS no se refieren a un simple listado de factores que indiquen en el estado de la sanidad humana, en cambio, aluden a una propuesta metodológica sobre las diferencias en la salud [Nambiar y Muralidharan, 2017].

las condiciones de vida son resultado de factores estructurales y forman parte fundamental de los DSS [OMS, 2009].

De manera puntual, la CDSS recomienda lo siguiente a los países [OMS, 2009]:

- *Mejorar las condiciones de vida*, para niñas y mujeres, y condiciones en que nacen niños. En el entendido de que la vulnerabilidad a las enfermedades es consecuencia de condiciones físicas, apoyo psicosocial y esquemas de conducta. Además, el estrato social genera desigual acceso y uso del sistema de salud, lo cual deriva en inequidades en la salud y en el bienestar.
- *Generar desarrollo de la primera infancia y educación*, mejorar condiciones laborales y promover políticas de protección social y contar con condiciones para un envejecimiento óptimo. Para este fin, se requiere la colaboración de la sociedad, de poderes públicos e instituciones internacionales.
- *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos*, con la finalidad de contrarrestar la inequidad sanitaria y las desigualdades en condiciones de vida. Para ello, se requiere que el Estado se comprometa, sea capaz y cuente con recursos financieros suficientes. Asimismo, se necesita fortalecer las instituciones y la gobernanza, otorgar legitimidad, espacio y colaboración a la sociedad civil, y buscar con el sector privado intereses comunes y colaboración para implementar acciones colectivas.
- *Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones*, se parte de la estimación de la inequidad sanitaria nacional e internacional. La cual, necesita sistemas de vigilancia sobre equidad sanitaria, para dar seguimiento a las inequidades y los DSS, con el objetivo de evaluar la incidencia de políticas e intervenciones en favor de la equidad.

Además, la perspectiva de la OMS, con relación a los DSS, establece que las deficiencias y las disparidades de las condiciones de vida son resultado de factores estructurales, los cuales de forma conjunta determinan la organización social de cada región y país. No obstante, esta perspectiva no cuestiona el proceso de acumulación económica y de exclusión social; tampoco debate el sistema social de mercado, el cual tiene bases de explotación [Morales y Eslava, 2014]. Es decir, es una perspectiva que propone cambios al sistema sin debatirlo, promueve modificaciones en favor de las personas desprotegidas y de las situaciones injustas, desde una mejora del funcionamiento establecido. Con ello, se pretende fortalecer las instituciones, el ejercicio de los derechos y la actividad del Estado.

El fundamento teórico de la CDSS se encuentra en el marco de la causalidad. Este considera que las inequidades en salud son resultado de la interacción de múltiples factores, expresados en un gradiente socioeconómico de la salud; en particular, se entienden como las condiciones en que vive la población y son condicionadas por jerarquías sociales, de acuerdo con factores de ocupación, educación, ingreso, género, raza/etnia; a su vez, las situaciones causales resultan determinadas por componentes políticos, económicos, sociales y culturales [Rubio, 2013].

Por consiguiente, la epidemiología social se vincula con el ejercicio de los derechos humanos, ya que involucra las condiciones sociales y económicas, y destaca los derechos económicos, sociales y culturales, que resultan fundamentales para influir en el estado de salud de la población. Así, con el efectivo cumplimiento y aplicación de los derechos se atendería un rezago social y la atención a la salud [Rubio, 2013]. Como argumenta Krieger [2011], el objetivo de la epidemiología es mejorar la salud humana y prevenir padecimientos innecesarios, al contrarrestar la inequidad en salud. Con ello, se enfoca la salud y la enfermedad a partir de una discusión política, con interés en atender la justicia social [Arias, 2017].

Entonces, los DSS están estrechamente relacionados con los contextos en donde la población nace, crece, labora y desarrolla su ciclo vital, con influencia a los determinantes estructurales de las inequidades en salud, tales como son los factores económicos, el ejercicio del poder y la asignación de recursos [OMS, 2013].⁵ Asimismo, los procesos sociales son causales, ya que determinan y moldean los desenlaces de la salud y de la enfermedad; a su vez, conforme se transformen las sociedades, en relación con su desarrollo social, cultural, económico y tecnológico, se modificarán las distribuciones y los niveles de salud-enfermedad humana [Krieger, 2011].

Se establece una estratificación social como resultado del contexto social que determinan el estado de salud, consecuencia de distintos niveles educativos, participación laboral, nivel de ingresos y cohesión social, y por los condicionantes intermedios, como son las circunstancias de vida determinadas por la exposición y la vulnerabilidad de cada persona [Morales *et al.*, 2013].

Para establecer mayor claridad en las definiciones y concepciones, de acuerdo con la conformación de la CDSS, la OMS identificó como DSS: la inadecuada distribución en atención sanitaria, vinculada con la carencia en la asistencia médica para personas que más lo requieren [OMS, 2009]. Esta percepción sobre los DSS se fundamenta en la perspectiva funcionalista, es decir, en considerar a la sociedad como la sumatoria de individuos con situaciones sociales desiguales. En consecuencia, las condiciones de vida implican componentes de riesgo, determinados por el periodo y contexto en que se presentan; en este sentido, los factores sociales generan distintos niveles de

⁵ Es conveniente destacar que la interseccionalidad se manifiesta como un medio para estudiar los DSS, debido a que representa un marco conceptual y metodológico, centrado a las dinámicas de poder, en particular a los vínculos de opresión y de privilegio [López y Gadsden, 2016]. No obstante, la interseccionalidad pretende superar la concepción de los DSS y promover cambios de amplio aspecto en la estructura social dominante.

precariedad a los individuos y derivan en desigualdades de salud [Morales *et al.*, 2013].

A su vez, la CDSS sugiere analizar la salud desde la equidad, mediante la búsqueda de la reducción de diferencias en salud injustas que prevalecen entre distintos grupos de población. Se reconoce que la combinación de factores que influyen en la salud humana no son consecuencia de hechos “naturales”, sino resultado de inadecuadas políticas, deficientes programas sociales e injustos arreglos económicos [Marmot *et al.*, 2008].

Al prevalecer cierto orden político y social inequitativo, se requieren acciones para transformar de forma estructural la dinámica dominante, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud humana, en donde se privilegien el pleno ejercicio de los derechos. Con atención en la justicia social y en que las personas cuenten con libertad y capacidad para elegir el plan de vida que prefieran. Entendida la justicia social desde una perspectiva de capacidades, es decir, ofrecer condiciones necesarias para elegir libremente un plan de vida; con principios de equidad y con prioridad en las oportunidades, para que las personas alcancen la misma oportunidad de tener una vida saludable [Sen, 2011; Nussbaum, 2012].

Así, la salud se concentra en las capacidades como requisito para elegir y hacer todas las actividades consideradas valiosas, las cuales se conectan con otras capacidades básicas y de forma conjunta alcanzan múltiples funcionamientos [Nussbaum, 2012]. En este sentido, el estado de salud se considera como una capacidad y la equidad en salud se concentra en las oportunidades y no en los resultados de salud; es decir, no se pretenden resultados de salud idénticos para la población, por el contrario, se busca que todas las personas cuenten con la misma oportunidad de tener vidas saludables [Peñaranda, 2013]. Con el objetivo de brindar un común de oportunidades y atenciones integrales que resuelvan sus problemas sanitarios y que privilegie la prevención desde

los condicionantes sociales, y no ofrecer acciones homogéneas a todas las personas. El reto es asegurar el máximo bienestar para todas las personas y no mínimos comunes en atención y servicios.

La otra corriente sobre la influencia de los factores sociales en el estado de salud humana es la determinación social de la salud, la cual, se expone en el siguiente apartado.

LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

La epidemiología crítica retoma la medicina social latinoamericana, la cual surgió a finales de la década de los sesenta e inicios de la década de los setenta del siglo pasado. Se concibió desde posturas políticas de izquierda, con la concepción de que las políticas de desarrollo eran un obstáculo para alcanzar la soberanía y con el fin de mejorar las inequidades sanitarias, en el entendido y la consideración de que el enfoque biomédico en la medicina era excluyente y autoritario. Por ello, en esta corriente se cuestionaban los fenómenos de salud-enfermedad desde una articulación entre factores biológicos y sociales, en donde se promovían prácticas comunitarias cercanas a las necesidades de cada grupo poblacional [Eslava, 2017].

Un factor central de esta corriente es la comprensión de la salud como asunto de orden político [Torres, 2012]. Esta perspectiva, inicialmente se caracterizó por alinearse conceptualmente con la corriente marxista y la causalidad social, entre los procesos de salud-enfermedad; con una postura de política radical, con la búsqueda de transformar profundamente a la sociedad [Eslava, 2017]. Por ello, aproximaciones pioneras fueron dirigidas a la participación de la clase social y a los procesos del trabajo [Cabrera *et al.*, 2012].

A pesar de gestarse en medios académicos, la epidemiología crítica encontró motivación en la lucha social para dismantelar

el régimen centrado en la acumulación de riqueza e incompatibilidad del sistema para acceder a medios de vida saludables, representaba una estrategia emancipadora del sistema imperante [Breilh, 2013]. En un contexto de participación social en favor del socialismo y de cambios profundos en las sociedades capitalistas.

La determinación social de la salud sugiere cuestionar las relaciones entre el individuo y la sociedad [Eslava, 2017], además hace una crítica al paradigma empírico-funcionalista que representa la epidemiología y propone indagar los vínculos entre la reproducción social, los modos de vida y de enfermedad, y hasta los factores que provocan la muerte [Breilh, 2013].

La medicina social latinoamericana planteaba, en general, que las condiciones materiales (entendidas principalmente por patrones de producción y reproducción social) establecen condiciones de salud-enfermedad desigual entre grupos de población. Estos factores son influenciados por fuerzas productivas y relaciones de producción, dentro de un proceso dinámico y contradictorio. Por ello, se buscaba modificar medios de vida en general, para una sociedad específica, con particularidades en su estilo de vida [Eslava, 2017].

En este contexto, la epidemiología crítica considera que la epidemiología social resultaba limitada para generar cambios sociales, promovía formas distintas de acceso y atención en la salud pública, desde la construcción de otro modelo; es decir, desde esta perspectiva, la epidemiología social no representaba cambios al paradigma, ya que las estructuras sociales se veían como variables y no categorías para hacer un análisis del proceso de acumulación, se entendían como factores causales con restringidas acciones de gobernanza [Breilh, 2013].

En síntesis, estas dos corrientes sobre la influencia de los factores sociales en la salud, la epidemiología social (con los DSS) y la epidemiología crítica (con la determinación social de la salud) agrupan la discusión sobre las acciones a desarrollar

para revertir las condiciones inequitativas de salud para mujeres y hombres, las cuales son desiguales por las normas de género que prevalecen en cada sociedad y por las dinámicas propias del capitalismo.

ÉTICA E INEQUIDAD EN SALUD

Con el aporte de los DSS se contribuyó a integrar la medicina con la ética, en especial en temas de epidemiología y de justicia social. El sustento para considerar la equidad en el acceso a los servicios de salud se justificó en la justicia social, ya que la equidad y la universalidad del sistema sanitario son condicionantes básicos para la salud de las personas y representan requisitos para la igualdad de oportunidades. No obstante, para Puyol [2012], el logro efectivo de la equidad en salud no se alcanza solo con el acceso universal a servicios sanitarios, se requiere una justa redistribución de los DSS, y para ello sugiere lograr que la exposición a las enfermedades sea idéntica desde una perspectiva social [Puyol, 2012]. De acuerdo con Venkatapuram [2013], cada persona tiene el derecho moral a las capacidades de ser y estar de forma saludable, así como a un respeto igualitario, considerado dignidad humana.

De acuerdo con Rawls [1999] toda la población debe contar con libertades semejantes a las que tienen los demás; a su vez, el autor destaca la importancia de eliminar las desigualdades sociales y económicas, bajo principios del mayor beneficio para las personas con más desventajas y asegurar la igualdad de oportunidades. En este sentido, la equidad en salud es esencial para alcanzar la justicia social, entendida no solo en la distribución de atención sanitaria, sino con la atención en un conjunto de variables, como son: las predisposiciones genéticas, el nivel de ingresos, los hábitos alimenticios, los

estilos de vida, el entorno epidemiológico y las condiciones laborales; asimismo, se necesita revisar la distribución de recursos y los acuerdos sociales [Sen, 2002].

La relación entre equidad y justicia social se establece como principio normativo y contribuye a solucionar las condiciones de desigualdad en la distribución de bienes, en las capacidades básicas y en las acciones de responsabilidad social; donde la equidad pase de ser un objetivo hacia un concepción más amplia, la cual busque justicia social y se posicione como variable fundamental sobre las relaciones de poder [Spinelli *et al.*, 2002].

Así, la equidad o inequidad en salud manifiesta la justicia que prevalece en una sociedad, es decir, se vincula con la forma de entender lo justo y esta justicia no implica un principio unívoco; se entiende que lo justo tiene repercusiones en acciones individuales y colectivas (políticas) [Hernández Álvarez, 2008]. En suma, la equidad se relaciona con la igualdad, con la necesidad y con la libertad, y es producto de relaciones históricas entre el Estado, la sociedad y la ciudadanía [Spinelli *et al.*, 2002].

El estudio de la inequidad en salud es amplio y se construye por corrientes que contribuyen a cuestionar la dominación y las condiciones injustas. Se trasciende la salud como un problema exclusivo de atender enfermedades y reactivo, para priorizar las situaciones previas que generan inequidades y derivan en peores condiciones de salud. A continuación, el segundo capítulo presenta una revisión sobre el concepto de interseccionalidad, como herramienta de análisis e instrumento metodológico para estimar las condiciones desiguales de género en el sector salud, para después presentar metodologías para estimar, en el capítulo III, la interseccionalidad en salud.

2. INTERSECCIONALIDAD

En este capítulo se desarrolla el concepto de interseccionalidad, después se especifican los avances y retos en la interseccionalidad en el tema de salud. Este concepto representa una herramienta de análisis poderosa para la estimación y medición de las inequidades en salud y en particular para grupos con mayores desventajas y para los estudios de género.

El concepto de interseccionalidad tiene sus orígenes a finales de los ochenta e inicio de los noventa, consecuencia de dos publicaciones de Kimberlé Crenshaw, *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics* (1989) y *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color* (1991). La autora utilizó este concepto para analizar diversas desventajas de las mujeres afroamericanas en Estados Unidos.

Para estudiar la discriminación, Crenshaw [1989] realizó una analogía entre la intersección que se dan en las calles que confluyen y en el tráfico que generan los automóviles en distintas direcciones. Así, consideró la discriminación como el tráfico en la intersección, ya que las causas pueden ir en distintos sentidos y coincidir cuando se intersectan. Siguiendo su argumento, suponía que un accidente en la intersección podía ser consecuencia de automóviles que venían desde cualquier dirección o desde todas las rutas, de manera homóloga las mujeres afroamericanas podrían padecer un daño en la intersección, como consecuencia de la discriminación por sexo, por raza o clase social.

Asimismo, Crenshaw [1991] destacó que las mujeres afroamericanas podían experimentar discriminación de diversas formas y estas no eran excluyentes. Argumentó que las diversas experiencias de las mujeres afroamericanas no se podían atribuir estrictamente a los límites tradicionales de la discriminación por raza o por género, es decir, al separar cada discriminación no se comprende por completo la intersección entre racismo y otros factores como el sexismo que padecen las mujeres afroamericanas. Con ello, Crenshaw [1991] destacó que las diversas formas en que se entrecruzan la raza y el género conforman aspectos estructurales, políticos y representativos de la violencia contra las mujeres.

Con la introducción a este concepto, Crenshaw evidenció como el género, la raza y la clase se entrelazan y generan de forma conjunta situaciones particulares de desventaja social. Su aporte aclaró que las políticas antirracistas, así como las demandas feministas, se concentraban solo en una dimensión y solían excluir a las mujeres afroamericanas. Lo cual contribuía de forma perversa, en acentuar la subordinación y la desventaja de este grupo de mujeres [Viveros, 2016].

Con los planteamientos anteriores, se reconoce que la interseccionalidad contribuye a explorar cómo se entrelazan la raza y el género, al mismo tiempo da dirección a cuestionamientos vinculados en cómo raza y género están relacionados con las continuidades y las transformaciones de la clase social [Davis, 2008]. Cabe resaltar que el término de interseccionalidad contribuye a la comprensión del género no como categoría descriptiva, sino como concepto de análisis crítico [Blidon, 2018].

Se llega a considerar que “la interseccionalidad es sin lugar a duda una de las contribuciones de la teoría y praxis feministas más importante de los últimos veinticinco años” [La Barbera, 2016: 106]. Por lo tanto, es un concepto que es pertinente para ir más allá de la suma aritmética de inequidades sociales y raciales, ya que integra distintos factores

discriminatorios contra las mujeres; adicionalmente, desafía la idea hegemónica de la mujer como universal, al agrupar experiencias de muchas mujeres e intersectar con las condiciones de exclusión y dominación históricas [Viveros, 2016]. Como grupos de mujeres con distintas necesidades, contextos, exigencias, vivencias y recursos.

Al respecto, la interseccionalidad aborda la preocupación fundamental de la diferencia y la diversidad, y conlleva a generar teorías dirigidas a responder las preocupaciones de todas las mujeres. Este concepto es un recurso analítico que tiene utilidad casi universal, ya que resulta pertinente para comprender y analizar prácticas sociales, experiencias individuales o grupales, arreglos estructurales y configuraciones culturales [Davis, 2008]. Por ello, resulta conveniente en la investigación en distintas disciplinas científicas.

En este sentido, la interseccionalidad se considera una herramienta teórica y metodológica para estudiar procesos históricos sobre diferencias de poder y restricciones socioculturales, institucionales o estructurales, tales como el género, la etnia, la raza, la clase, la sexualidad, la edad, la discapacidad, la nacionalidad, entre otros que interactúan para derivar en desigualdades sociales y relaciones injustas [Lykke, 2010].

Al surgir el concepto de interseccionalidad se centró en teorías y aplicaciones sobre identidades sociales y sistemas de poder. Es decir, se orientó en sistemas de discriminación racial, de género y opresión de clase de forma conjunta, para situar a las mujeres afrodescendientes en Estados Unidos de forma específica. Con el paso del tiempo, el concepto se desarrolló y evolucionó para destacar sistemas y procesos que de forma conjunta generan desigualdades y privilegios [Smooth, 2013].

La interseccionalidad avanzó hacia una nueva perspectiva del debate sobre las desigualdades, debido al acento mutuo y simultáneo sobre las discriminaciones y los privilegios

por distintas condiciones; con ello, contribuyó a representar una propuesta desde el feminismo no hegemónico, con fundamento desde el feminismo afroamericano, chicano y poscolonial [La Barbera, 2016].

Los aportes novedosos de la interseccionalidad, para La Barbera [2016] se fundamentan en prestar atención al sujeto ubicado en el cruce de distintos sistemas discriminatorios. Los cuales, no se explican con categorías aisladas, en cambio, con este concepto se enfila hacia la simultaneidad de las condiciones discriminatorias; con ello, se evitan resultados contradictorios que se suelen encontrar al implementar acciones y políticas públicas basadas solamente en un factor discriminatorio.

En relación con la interseccionalidad como término heurístico, de acuerdo con los argumentos de Cho, Crenshaw y McCall [2013], se utiliza para centrar las dinámicas diferenciadas entre movimientos sociales y políticas antidiscriminatorias.¹ Además, las autoras destacan que las investigaciones centradas en un solo eje de interés debilitan sus argumentos jurídicos, el conocimiento interdisciplinario y el avance en la justicia social. En tanto, consideran la interseccionalidad como un concepto productivo, utilizado por diversas disciplinas, como en historia, sociología, literatura, filosofía, antropología, estudios feministas, étnicos y *queer*; ya que este destaca la dinámica de la diferencia y de la igualdad en la consideración con diversos factores sociales asociados con relaciones de poder.

Mientras tanto, para Choo y Ferree [2010] la interseccionalidad se refiere a incluir la perspectiva de personas

¹ Sin embargo, para Dorlin [2012] hay otras herramientas y recursos que pueden funcionar mejor como términos heurísticos que la interseccionalidad. La autora argumenta que la interseccionalidad se encuentra entre la teoría analítica y la fenomenología, ya que aborda un problema entre tensiones que teóricamente no se logran resolver.

múltiplemente marginadas. Lo cual, transforma los efectos principales en interacciones, con base en instituciones superpuestas en codeterminación con las desigualdades, para producir configuraciones complejas, en lugar de interactivos que solamente se adicionan a los efectos principales. Con ello, se destaca que este concepto ofrece articulación a las perspectivas de mujeres con diversas limitaciones sociales, aun organizadas en rumbos separados, para manifestar sus demandas feministas [Roth, 2004].

Por su parte, Hancock [2007b] define la interseccionalidad como un conjunto de teorías normativas y de investigación empírica desarrollada sobre seis supuestos: todos los problemas y los procesos políticos que se correlacionan en diversas categorías de diferencia; los vínculos entre categorías son variables y permanecen como una pregunta empírica por responder; las categorías se conceptualizan como producciones dinámicas; cada categoría tiene diversidad; un proyecto de investigación interseccional examina categorías en múltiples niveles de análisis; y la interseccionalidad requiere atención tanto empírica como teórica.²

Al respecto, sobre la teoría y la praxis, el término de interseccionalidad refiere a aspectos teóricos-normativos, así como a una perspectiva para realizar investigaciones empíricas, el cual destaca la interacción de diferentes categorías, en donde se incluye, sin limitar a la raza, el género y la clase social [Hancock, 2007b]. Como se señaló anteriormente, este concepto cuestiona las limitaciones explicativas que tienen las investigaciones centradas en ejes únicos como el sexo y el género, ya que suponen implícitamente otros factores sociales que influyen en las inequidades [Hankivsky, 2012].

² Los retos metodológicos de la interseccionalidad resultan pertinentes en diversas investigaciones, en el entendido que la capacidad analítica de este concepto es fundamental en la enseñanza y el aprendizaje en general [Rodó de Zárate y Baylina, 2018].

Un ejemplo de estas restricciones lo explica Hankivsky [2012] para el caso de las enfermedades cardiovasculares, al argumentar que se limita el análisis cuando se concentran en el sexo y las relaciones de género, debido a la invisibilidad de que las enfermedades cardiovasculares suelen presentarse en mayor medida en ciertos grupos étnicos y raciales de bajos ingresos; como consecuencia de que son personas que enfrentan procesos desiguales debido a la intersección de condiciones como la edad, el sexo, la etnia, la clase socioeconómica y la ubicación geográfica.

También, Hankivsky [2012] destaca algo similar para el caso de las personas infectadas con virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), en donde el género y la sexualidad no deslinda de las condiciones de raza, ingreso, edad, afiliación religiosa, estado migratorio y de factores estructurales, como los económicos, los políticos y los sociales. Así, la interseccionalidad se concentra en las interacciones y las relaciones complejas en relación con las condiciones sociales y los sistemas de poder, al mismo tiempo destaca la relación simultánea entre el privilegio y la penalización.

Adicionalmente, la interseccionalidad pretende ir más allá de la epidemiología social [Hankivsky *et al.*, 2017].³ No obstante, esta perspectiva se asocia en cierta medida con la de los DSS, debido al acento en la simultaneidad de diversas inequidades que influyen en el estado de la salud humana. Lo cual, se separa conceptualmente de una perspectiva del modelo biomédico, en donde el foco de la disparidad en salud son los resultados del comportamiento individual y de la conducta de cada paciente [López y Gadsden, 2017]. Entonces, la interseccionalidad se entiende como un conjunto de procesos

³ A diferencia de la epidemiología clásica, la epidemiología social destaca la relevancia de las inequidades sociales en salud y es un referente de los DSS [Morales *et al.*, 2013].

mutuos y relacionados, no únicamente como la adición de la perspectiva de género a otras condiciones [Lykke, 2010].

Al pretender teorizar la interseccionalidad se ofrece un método para todos los fenómenos sociales, lo cual supera la percepción de incluir un grupo específicamente subordinado [Choo y Ferree 2010], como las mujeres afroamericanas. Desde este punto de vista, las experiencias sociales resultan inseparables y se integran por procesos y estructuras que están en constante interacción y las cuales se constituyen mutuamente, además que se encuentran determinadas por un tiempo y espacio específico en que se desarrollan.

A su vez, se reconocen diversas concepciones de la interseccionalidad y se identifican múltiples elementos teóricos que ponen en el centro del análisis a la vida humana, con el principio de no reducir solo a una característica sus condiciones a estudiar; debido a que las personas se desenvuelven en diversas dimensiones y se complica comprender fenómenos sociales al utilizar solamente un elemento de análisis.

Con este contexto, la interseccionalidad cuestiona el uso de prácticas en donde se privilegia alguna condición de desigualdad determinada sobre otras. En cambio, este concepto se caracteriza por incluir distintas condiciones y procesos sociales que interactúan en el fomento de desigualdades. Del mismo modo, la interseccionalidad pretende ir más allá de las categorías de análisis individuales o de las típicamente utilizadas para hacer interacciones simultáneas con relación a distintos aspectos de la identidad social [Hankivsky, 2012]. Lo cual, no es un reto sencillo y se complica avanzar en la evidencia empírica, desde esta metodología más elaborada y con mayor complejidad analítica.

Por estos motivos, la interseccionalidad resulta de amplia utilidad para el estudio de las inequidades en salud, al ser consecuencia de la interacción de fenómenos distintos y no construidos de forma aislada; se presentan como resultado de una interacción activa, de una red compleja de problemas

vinculados con la desigualdad y la inequidad en educación, vivienda y empleo, los cuales, se generan desde el nacimiento, como consecuencia de la forma de vida de la madre y el padre [Bogard, Murry y Alexander, 2017]. Además, se encuentra influenciada por otros factores sociales, los cuales forman parte de los DSS.

En relación con el aspecto de la metodología vinculado con la interseccionalidad, se presenta mayor complejidad al expandir e incluir múltiples dimensiones sociales y categorías al análisis. Al realizar investigación desde este punto de vista se busca reflejar con mayor precisión la complejidad de la vida social, esto implica otras demandas metodológicas de las que regularmente son utilizadas y estratifica el análisis en particulares de la realidad.

Así, con estudios centrados en la interseccionalidad se pretende favorecer metodologías con mayor complejidad y se suele rechazar el uso de metodologías consideradas como muy simplistas o reduccionistas [McCall, 2005]. Con ello, no se busca desechar estrategias de investigación tradicionales y elevar la dificultad para encontrar distintos resultados, por el contrario, se pretende contar con una visión más cercana de la realidad, a pesar de la dificultad que implica incluir más elementos para el análisis.

Sobre la metodología de la interseccionalidad, McCall [2005] busca delinear distintas perspectivas para el estudio de las relaciones sociales múltiples, entrecruzadas y complejas, para ello, se fundamenta en tres términos de posición, con relación a lo que entiende y utiliza como categorías analíticas, para explorar la complejidad de la interseccionalidad en la vida social:

1. *Complejidad anticategorial*, fundamenta su metodología en deconstruir las categorías analíticas, es decir, considera que la vida social es irreduciblemente compleja y no se pueden hacer categorías fijas.

2. *Complejidad intercategorial*, implica adoptar provisionalmente categorías analíticas existentes para documentar relaciones de desigualdad entre grupos sociales y configuraciones cambiantes de desigualdad.
3. *Complejidad intracategorial*, la cual inauguró el estudio de la interseccionalidad, este conceptualmente se encuentra en medio del continuo entre el primer punto de vista, que rechaza las categorías, y el segundo que las utiliza estratégicamente. En el caso de utilizar esta complejidad se debe a que se busca dirigir el análisis hacia grupos sociales particulares y en puntos de intersección que no son ampliamente utilizados.

Resulta claro que la interseccionalidad todavía está en desarrollo en varios espacios disciplinarios, es decir, el concepto está constantemente en negociación y en revisión, como argumenta Smooth [2013]. Al respecto, la autora destaca algunas premisas generales de la interseccionalidad, para comprender su marco dinámico y complejo, las cuales se presentan a continuación [Smooth, 2013]:

- *Modelos aditivos resistentes*, en donde se consideran a las categorías de identidad social (género, raza, clase y sexualidad) no solo como aditivas y paralelas, sino las teorizan como intersecciones, es decir, parte de elementos constitutivos, en que cada uno informa al otro y de forma conjunta producen una realidad con limitaciones o ventajas, dependiendo del contexto. En el entendido que los sistemas de opresión y de jerarquía no son intercambiables y tampoco son idénticos.
- *Antiesencialismo y diversidad en las categorías de identidad social*, se comprende que las identidades sociales son mutuamente constitutivas y producen una variedad de formas de experimentar la raza, la condición social o el género, se pretende dejar de esencialismo

y permitir múltiples medios para experimentar las categorías sociales a medida que se relacionan y vinculan con otras categorías.

- *Las categorías de identidad social y los sistemas de poder cambian de significado en tiempo y espacio*, el poder se ejerce de distinta manera con base en contextos de tiempo y de ubicación, así la historia socio-política y económica destacan en la definición de las relaciones de poder. La opresión y la marginación se entienden desde un sentido histórico, como las oportunidades sociales, políticas y económicas. A su vez, las categorías sociales no son fijas y cambian con el tiempo y con la ubicación geográfica.
- *Coexistencia entre privilegios y marginación y no como mutuamente excluyentes*, los estudios de interseccionalidad se centran en su coexistencia, ya que se experimenta opresión en un eje y privilegio a lo largo de otro; se entiende que la raza, la clase y el género son sistemas interconectados que generan una matriz de dominación global, en donde se puede ser víctima del poder y también se ejerce poder sobre los demás.
- *Condiciones de la sociedad cambiantes*, la interseccionalidad se entiende como una raíz de esfuerzos por modificar condiciones sociales que provocan y mantienen jerarquías de poder opresivas, promueve cambios institucionales diseñados para incidir en las desigualdades generadas por sistemas de opresión entrelazados; así la interseccionalidad ofrece un medio para lograr arreglos de poder entre categorías y hasta imaginar una política en que las categorías se desprenden de cualquier poder determinista.

Además, la interseccionalidad considerada como sensibilidad analítica implica conceptualizar las categorías de forma

multiplicativa y dinámica, y que esa relación se coloque en primer plano [Grzanka 2014]. A su vez, este concepto destaca la relevancia de considerar múltiples desigualdades y captura con amplio alcance las inequidades [Rodó de Zárate y Baylina, 2018].

En particular esta investigación, se centra el análisis en la inequidad e interseccionalidad en salud. En la siguiente sección se presentan los avances teóricos y empíricos la interseccionalidad en salud.

INTERSECCIONALIDAD EN SALUD

La interseccionalidad resulta ser una perspectiva pertinente para el análisis de estructuras de poder, así como procesos que generan y mantienen resultados inequitativos de salud, afirman Kapilashrami y Hankivsky [2018]. Los factores como: el género, la clase social, la raza, el origen étnico, la exposición y la vulnerabilidad, el estado de salud, el acceso a protección social; además, de las consecuencias de las enfermedades, como la discapacidad y hasta la violencia son ejes que están interrelacionados y se vinculan con el poder, es decir, no son procesos aditivos sino en intersección [Iyer, Sen y Östlin, 2008; Hankivsky, 2012].

En consecuencia, la interseccionalidad representa un paradigma normativo y de investigación de amplia utilidad para comprender la complejidad de las inequidades de salud, como argumentan Iyer, Sen y Östlin [2008]; Sen, Iyer y Mukherjee [2009]; López y Gadsden [2016]; Goicolea, Öhman y Vives [2017]; y Kapilashrami y Hankivsky [2018]. Además, pretende relacionar los grados de poder individual, institucional y estructural dentro de un contexto sociohistórico y geográfico, para promover la equidad en salud y la justicia social [López y Gadsden, 2017; Hankivsky, 2012].

La interseccionalidad prioriza interacciones y relaciones complejas entre condiciones sociales y sistemas de poder, al mismo tiempo, destaca la simultaneidad entre el privilegio y la opresión; factores que suelen ser relegados en las investigaciones sobre inequidades en salud. Además, privilegia las fuentes de conocimiento que sobrepasan la típica concepción de la epidemiología social y ofrecen importancia a otros métodos mixtos que contribuyan a mostrar evidencias de la inequidad [Hankivsky *et al.*, 2017].

Las interconexiones de factores ambientales, sociales y de salud humana llevan a la investigación de nuevos paradigmas que permiten indagar las inequidades entre factores sociales y estructurales. La interseccionalidad es una alternativa analítica para el estudio de los DSS, desde una perspectiva del conocimiento crítico que contribuye a eliminar las inequidades en salud, con una percepción de complejidad social y de la poblacional [López y Gadsden, 2016].

Por ello, la pertinencia de utilizar esta herramienta metodológica y conceptual en el estudio de la salud, para contar con perspectivas más amplias de la problemática y de las necesidades de contrarrestar y solventar las desventajas de género y de salud para una amplia proporción de las personas en México, como en muchos otros países.

Cabe destacar que prevalecen circunstancias de vulnerabilidad social y en el estado de salud relativamente diferente para mujeres y hombres, lo cual deriva en condiciones de menor o mayor riesgos dependiendo de condiciones específicas. Asimismo, existen factores sociales que generan desigualdades en distintas direcciones, es decir, afectar de forma positiva a una persona y de forma negativa a otra; en donde se perturbe el estado de salud como consecuencia de la interacción de factores estructurales o normativos. Estas consideraciones enfatizan la relevancia de incluir de forma explícita las desigualdades entre mujeres y hombres al investigar las condiciones del estado de salud [Annandale y Hunt, 2000].

Se parte del hecho de que al estudiar las inequidades por género, se requiere revisar las experiencias personales como factores no homogéneos, fundamentadas en la identidad y en la condición estructural del sistema de desigualdad en que se presenta [López y Gadsden, 2016]. Es decir, las desigualdades de género e inequidades en salud son representativas de cada región y zona particular, ya que las normas de género e implicaciones sociales suelen ser desiguales por grupos de población y comunidades.

Así, la interseccionalidad representa un punto de vista sustantivo para analizar estructuras y procesos de poder multifacéticos, los cuales generan y mantienen estados de salud inequitativos. Con ello, se logra hacer un mapa de inequidades de salud más precisas, para sustentar acciones efectivas, para promover y poner en marcha políticas y programas públicos en favor de reducirlas y eliminarlas [Kapilashrami y Hankivsky, 2018].⁴

Son diversas las investigaciones que analizan las inequidades en salud, en donde se estudian factores relacionados con las condiciones desiguales de la población de forma aislada. Con ello, se hacen revisiones de inequidades sin una perspectiva conjunta y se suelen centrar los análisis en condiciones como las razones sociales, las económicas, las de género, entre otras. Sin embargo, se reconoce que el género, la clase social, la raza, la etnicidad y otras inequidades interactúan en forma de intersección, en detrimento de las condiciones de salud, con repercusiones distintas por contextos [Sen, Iyer y Mukherjee, 2009].

Al respecto, las condiciones de acceso y estado de salud regularmente son distintas para mujeres y hombres; en el

⁴ Al considerar la perspectiva de la interseccionalidad en salud, se realiza un análisis que examina de manera sistemática diversos factores que inciden de forma simultánea en algunas enfermedades y se presta atención en la sinergia de los efectos de factores de riesgo heterogéneos [Kapilashrami y Hankivsky, 2018].

mismo sentido, la condición de pobreza médica no es idéntica o con las mismas incidencias por sexo [Artazcoz *et al.*, 2004; Sen y Östlin, 2007]. A su vez, al agregar al análisis variables estratificadoras, como raza, etnia o casta se robustecen resultados en favor de la comprensión de la interacción entre los DSS y su incidencia en la desigualdad social [Cooper, 2002; Farmer y Ferraro, 2005; Sen y Östlin, 2007; Strully, 2009; Krueger, Saint Onge y Chang, 2011; Hudson *et al.* 2013].

En caso de inequidades por sexo, se identifican condiciones de vulnerabilidad heterogéneas que inciden en las condiciones de salud, como consecuencia de los efectos disímiles por la presencia e interacción de distintas dimensiones. A su vez, las intersecciones también conllevan a generar amplias diferencias por sexo, por ello, la importancia de considerar de forma simultánea múltiples dimensiones de la inequidad en salud.

Así, con el uso de la interseccionalidad en la investigación sobre los DSS se puede, de forma inicial, considerar la reducción de las inequidades de salud, en donde se promueva de forma prioritaria atender factores sociales y las diferencias e injusticias que padece la población [López y Gadsden, 2016]. Al respecto, Sen y Östlin [2007] identifican cuatro factores intermedios que influyen en los resultados sanitarios desiguales por género:

1. Conductas discriminatorias, valores, costumbres y normas.
2. Exposición y vulnerabilidad diferencial a enfermedades, lesiones y discapacidad.
3. Sesgos de los sistemas de salud.
4. Sesgos en investigaciones sobre salud.

Entonces, los factores estructurales determinantes de la salud vinculados con las relaciones de género, se construyen por la discriminación y los sesgos de clase, raza o casta, así

como por sus interacciones con procesos estructurales [Sen y Östlin, 2007].⁵

En el estudio de los DSS se consideran diversas desigualdades en general, de forma independiente, como si las condiciones de desigualdad no fueran interdependientes. En cambio, en la realidad se entrelazan diversas desigualdades que influyen en el estado de salud de la población. Al respecto, se identifican investigaciones que utilizan diversos factores, como el género, el nivel de ingresos, la raza, la etnia, y otras desigualdades sociales que se conjuntan e interactúan con diversas repercusiones en la salud, los cuales se explicarán en el siguiente capítulo.

A esta suma de desigualdades, la interseccionalidad las analiza como diferentes dimensiones de desigualdad social que interactúan entre sí,⁶ lo cual implica que factores como el ingreso, la etnia, entre otros, no son independientes uno del otro [Sen, Iyer y Mukherjee, 2009].

De acuerdo con López y Gadsden [2016], la interseccionalidad es un paradigma de transformación radical, en dos puntos fundamentales para los DSS:

- Cuestiona el *statu quo* y genera interrogantes sobre el cruce de categorías sociales y los sistemas de privilegio y opresión.
- Se posiciona con la finalidad de avanzar en los objetivos de equidad y justicia social, para comunidades que padecen desigualdades estructurales, al centrarse en las relaciones de poder individual, institucional y global.

⁵ Los procesos estructurales se refieren al incremento del alfabetismo y la educación, la transición demográfica (cambios en tasas de natalidad y mortalidad y núcleos familiares) y a la globalización [Sen y Östlin, 2007].

⁶ Crenshaw [1989] utilizó la interseccionalidad para analizar diversas desventajas de las mujeres afrodescendientes. La autora señaló que las mujeres afrodescendientes experimentan discriminación de diversas formas y éstas no son excluyentes. Su concepto fue análogo al tráfico, ya que la discriminación suele fluir en diversas direcciones y ser resultado de factores de discriminación tanto sexual, como racial, entre otros.

En suma, la interseccionalidad contribuye al análisis de los factores sociales y su incidencia en la salud, con fundamento de los sistemas complejos considera diversas desigualdades y se logra comprender de forma integral los retos en salud. Con ello, se busca generar alternativas de estudio y soluciones ante los problemas de salud que tiene la población de forma diferenciada, así como para que los gobiernos generen modificaciones reales desde la raíz en las desigualdades prevalecientes, generadas por el propio sistema social y por la exclusión social. Con ello, se abre una alternativa de investigación y de oportunidad efectiva para promover e implementar cambios en las estructuras gubernamentales en favor de los derechos de las mujeres y los hombres.

El avance en la investigación en salud desde la ciencia económica representa un área de opción para encontrar mayores elementos integrales que correlacionen la salud con las estructuras sociales y económicas. El primer reto está en la estimación de la interseccionalidad en salud y después en proponer y promover acciones de política para revertir las condiciones injustas y evitables.

En el capítulo siguiente se presentan los avances metodológicos sobre la interseccionalidad en salud, para mostrar un panorama desde distintas disciplinas y destacar que hay estudios que encuentran interesantes relaciones de la inequidad en salud que se pueden retomar y ser una base para esta investigación. Para el capítulo cuatro se dirige la investigación en la interseccionalidad en salud para la población indígena, como un aporte a la literatura y con fin de ofrecer alternativas para la población indígena, el grupo de población que enfrenta diversas carencias y limitaciones, tanto en México como en otras regiones del mundo.

3. METODOLOGÍAS PARA ESTIMAR LA INTERSECCIONALIDAD EN SALUD

La investigación y la evidencia empírica sobre la interseccionalidad se diseñan para identificar esquemas de múltiples condiciones y posiciones sociales de la población, con relación a su integración y configuración de diferentes sistemas de desigualdad [López y Gadsden, 2017]. A su vez, la interseccionalidad no pretende incluir dimensiones que repercuten en la salud por separado, en cambio, se interesa por integrar múltiples factores que influyen en la vida humana y en el estado de salud; se direcciona a investigar desde distintos rangos de la estratificación social relacionados y que se construyen entre ellos. No obstante, se reconoce que no hay alguna investigación que pueda cubrir en totalidad un problema complejo, sin embargo permite contribuir al desarrollo de programas direccionados hacia un problema y estudiarse de forma secuencial [Hankivsky, 2012].

A pesar de que no prevalecen métodos únicos para abordar la interseccionalidad [Kapilashrami y Hankivsky, 2018], en particular con relación a la salud, se reconocen importantes avances teóricos y empíricos en el estudio de la interseccionalidad en salud, como los realizados por Iyer, Sen y Östlin [2007]; Gutierrez y Hopkins [2014]; Zambrini [2014]; López y Gadsden [2016]; Goicolea, Öhman y Vives-Cases [2017]; Krause y Ballesteros [2018]; y Kapilashrami y Hankivsky [2018]. Sin embargo, todavía hace falta indagar en varias interconexiones, por ejemplo, en la manera como las relaciones de género se ven afectadas por las desigualdades de clase o por las condiciones étnicas y, en menor medida, como estas

intersecciones contribuyen en las inequidades en salud [Sen, Iyer y Mukherjee, 2009].

Al investigar desde la praxis la interseccionalidad para establecer un marco conceptual y metodológico, con la hipótesis de que al centrar las dinámicas de poder, en particular las relaciones entre opresión y privilegio, propias de las prácticas sociales se desmantelan relaciones inequitativas. Asimismo, los proyectos intersectoriales encaminados al estudio de las relaciones al interior y entre sistemas cuestionan el *status quo*, la reformulación de algunas conceptualizaciones vinculadas al poder, al realizar investigación empírica o mediante el trabajo con organizaciones y con movimientos sociales [López y Gadsden, 2017].

A continuación, se presentan los avances para medir y estimar la interseccionalidad en salud, para destacar las diversas investigaciones en la materia y mostrar que existe un cuerpo conceptual y empírico que representa la base de esta investigación. Además, se pretende observar el estado actual de la interseccionalidad en salud y detallado para establecer las bases de la siguiente sección, la cual se concentra en contribuir a la estimación de la interseccionalidad en salud para la población indígena, que se presentará en el siguiente capítulo.

AVANCES EMPÍRICOS SOBRE INEQUIDAD E INTERSECCIONALIDAD EN SALUD

En esta sección se presentan estudios empíricos sobre la inequidad en la interseccionalidad en salud. A pesar de que los avances en la materia son recientes, en particular en la interseccionalidad en salud, se hace un esfuerzo por sintetizar trabajos previos con características diversas y desde disciplinas heterogéneas, que contribuyen al estudio de la salud y del conjunto de desigualdades que afectan a un amplio sector de la población.

Una de las investigaciones pioneras fue realizada por Krieger, Chen y Selby [1999], en la cual se buscaba identificar las implicaciones de la desigualdad de clase en la salud de las mujeres, con base en categorías en sus actividades en el hogar. Los autores realizan un análisis transversal en cuatro etapas: primero para describir la clase social de las mujeres; clasificar y cuantificar a las mujeres según sus actividades (clase trabajadora, hogar convencional y hogar neutral al género); analizar los resultados como datos continuos; y con variables categóricas y procesamiento de datos, estimar modelos de regresión logística para evaluar la magnitud de las desigualdades en salud, respecto de la clase social. Entre sus resultados, identifican que la perspectiva interseccional maximiza el problema de la desigualdad de género.

Por su parte, el texto de Artazcoz, Benach y Borrell [2001] se centra en las condiciones de salud para trabajadoras y trabajadores casados o en unión libre, para identificar diferencias de género en el estado de salud, con base en una encuesta transversal para Cataluña, España. Encontraron inadecuada sanidad en detrimento de las mujeres para todos los indicadores de salud. Al mismo tiempo, sugirieron compartir responsabilidades en el hogar por sexo e implementar políticas públicas, para reducir desigualdades de género en el estado de salud.

En tanto, la investigación de Lahelma *et al.* [2002] evaluó las diferencias en salud en relación con funciones familiares, el estado socioeconómico y las circunstancias materiales, con el fin de identificar variaciones en el estado de salud entre mujeres de Gran Bretaña y Finlandia. Para ello, utilizaron encuestas de ambos países para 1994 y se revisaron datos comparables sobre mujeres en edad de participar en el mercado de trabajo, por tipo de familia y situación laboral. Los autores evaluaron las variaciones de salud entre mujeres con diferentes combinaciones de roles familiares y condiciones socioeconómicas.

Se encontró que las mujeres en ambos países que viven en parejas y con niños dependientes tienen mejor estado de salud, en comparación con mujeres que viven en otros tipos de familias o solas. En relación con la situación laboral, las mujeres con altos ingresos presentaron mejores estados de salud, en ambos países. En Finlandia la salud de las mujeres que realizaban solo trabajo doméstico no remunerado fue semejante respecto de las mujeres que participan en el mercado de trabajo. Contrario a ello, las mujeres de Gran Bretaña que realizan solamente trabajo doméstico no remunerado tenían peor estado de salud en relación con las mujeres que se dedican exclusivamente al trabajo remunerado [Lahelma *et al.*, 2002].

En el mismo sentido a las investigaciones anteriores, el estudio de Cooper [2002] se orienta en examinar las desigualdades en salud para mujeres y hombres blancos, y grupos minoritarios del Reino Unido. Utiliza información socioeconómica como factor potencial de inequidad en salud, tales como nivel educativo, situación laboral, clase social y privación material. Con estos datos realiza una regresión logística para identificar la contribución relativa y global de la situación socioeconómica con relación a las inequidades de salud autoevaluada.

Los resultados de la investigación destacan que las mujeres en edad de trabajar se encuentran en mayor posición de desventaja económica, respecto de los hombres del mismo grupo de edad. Además, las mujeres cuentan con mayor probabilidad de carecer de calificaciones formales educativas. Otro resultado destacable es que el estado de salud autoevaluado es más precario para todos los grupos étnicos minoritarios, en relación con las personas blancas en edad de trabajar. Asimismo, la autora identifica ausencia de desigualdad de género en salud para mujeres y hombres de raza blanca, pero mayor morbilidad para mujeres de etnias minoritarias, en relación con hombres del mismo grupo étnico [Cooper, 2002].

Una investigación sobre las condiciones psicosociales de salud es la realizada por Griffin *et al.* [2002]. En la cual, se aborda el estrés laboral como patrón de morbilidad psicológica de mujeres y hombres, desde la perspectiva de género, para revisar el estrés asociado con su papele y condiciones sociales en el hogar, y en el entorno laboral. Su metodología se fundamentó en un estudio longitudinal, para la comunidad funcionaria británica, con datos demográficos, de clase social, actividades en el hogar, funciones sociales e información sobre depresión y ansiedad.

Para ello, realizaron análisis bivariados y multivariados, con modelos de regresión logística para examinar la relación entre el control del trabajo y del hogar, con relación a la depresión y la ansiedad. Los autores encontraron que los riesgos asociados con bajo control en el hogar o en el trabajo son desiguales por posición social. Además, identificaron que las mujeres eran más propensas, respecto de los hombres, a padecer enfermedades psicológicas [Griffin *et al.*, 2002]. Lo cual, representa un reto relevante para la sociedad actual, aunque este libro se fundamenta principalmente en la ciencia económica y no en la medicina, la atención de enfermedades mentales ya implica un foco de atención fundamental para las economías avanzadas y lo será más en años posteriores, cuando se cuenten con poblaciones envejecidas en más países del mundo, como será el caso de México.

Por su parte, en el trabajo de Farmer y Ferraro [2005] se revisa la relación entre la desigualdad en el estado de salud por condiciones raciales, vinculadas con factores socioeconómicos, para un periodo de veinte años, con base en la Encuesta Nacional de Salud y Revisión Nutricional y entrevistas de seguimiento para Estados Unidos; con información de personas adultas blancas y afrodescendientes. Con estos datos, identifican que los adultos afrodescendientes comenzaron el estudio con enfermedades más graves y peor autovaloración de salud, respecto de los adultos blancos.

Además, registran que esta disparidad se mantiene para los veinte años revisados en la investigación. A su vez, registran que a medida que se incrementa el nivel educativo, los adultos afrodescendientes no presentaron la misma mejora en salud autoevaluada que adultos blancos. Evidencia de las diferencias de raza que no son consecuencia de factores naturales, pero sí resultado de condiciones históricas de racismo y desigualdad imperante para la población afrodescendiente en los Estados Unidos.

Otra investigación sobre interseccionalidad en salud que revisa formas de discriminación es la que realizaron Mohindra, Haddad y Narayana [2006]. Se concentran en identificar las condiciones y determinantes de la salud en mujeres en Kerala, India, desde una perspectiva de interseccionalidad sobre la casta y la situación socioeconómica. Los autores utilizan indicadores de educación, empleo y tamaño de la propiedad. Mediante un análisis estadístico identifican la mala salud entre castas y variables socioeconómicas.

Estiman regresiones logísticas para determinar si la salud percibida se determina por las variables socioeconómicas, comprueban que hay desigualdades de este tipo, así como de casta en la salud percibida por las mujeres. Con estos resultados, sugieren atender disparidades socioeconómicas y de casta, con ello esperan tener mayor incidencia en mejorar las condiciones desiguales, en lugar de centrarse en otras desigualdades [Mohindra, Haddad y Narayana, 2006].

Una investigación desde la interseccionalidad con perspectiva de género sobre asistencia sanitaria, para personas en edad avanzada, es realizada por Roy y Chaudhuri [2008] para el caso de la India. Estiman un modelo logístico, con las siguientes variables dependientes: estado de salud y uso de la asistencia sanitaria; en tanto, sus variables independientes son: factores demográficos, apoyo social, condiciones médicas y de pobreza. Los resultados del estudio encuentran que las mujeres mayores reportaron peor salud que los hombres

y cuentan con menor acceso a la asistencia sanitaria; es decir, a pesar de que las mujeres tienen mayor uso de la atención médica que los hombres en general, esta condición se desvanece con la edad [Roy y Chaudhuri, 2008].

En la investigación de Doyal [2009] se realiza un análisis interseccional para migrantes africanos en Londres con virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La autora encuentra que el género, la sexualidad, la raza, el estado migratorio y estar infectado con el VIH se entrelazan y derivan en diferentes efectos para mujeres y hombres heterosexuales, homosexuales y bisexuales, con relación a factores sociales de estigmatización y de discriminación.

Por su parte, Hosseinpoor *et al.* [2012] parten de que la población tiene problemas de salud similares, pero reconocen que las mujeres tienen peores estados de salud e investigan los determinantes de la salud autoinformada por sexo, mediante un modelo de regresión lineal multivariante. Entre sus resultados encuentran que las mujeres presentan significativamente peores condiciones en estado de salud que los hombres, lo cual lo asocian con el nivel educativo, el nivel económico del hogar, el tipo de empleo y el estado civil, después de controlar por la edad. Finalmente, los autores sugieren revertir las estructuras sociales, la discriminación institucional y las normas y funciones de género que influyen en el estado de salud de las personas.

En otro estudio, Leyva *et al.* [2013] revisan la condición socioeconómica, la salud y el acceso a los servicios para la población indígena de México, con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) de 2006 y de 2012. Realizan un análisis comparativo entre la población indígena y no indígena, para confirmar que las condiciones sociales y económicas determinan la vulnerabilidad y la inequidad social para la población indígena. Al mismo tiempo, registran que el Seguro Popular en Salud logró incrementar la cobertura de 14 a 61.9 % para la población indígena.

En tanto, la investigación de Agénor *et al.* [2014] para Estados Unidos, indaga con base en la teoría ecosocial y la interseccionalidad, como la orientación sexual, el género, la raza y la etnia influyen de forma conjunta en la prueba de Papanicolaou para grupos de población afrodescendiente, latinas y blancas entre 21 y 44 años de edad. Para ello, utilizan modelos de regresión logística para cada grupo racial y étnico, y los ajustan por factores sociodemográficos. De sus resultados, es relevante que encuentran disparidades en el uso de la prueba de Papanicolaou para el caso de mujeres blancas y para mujeres sin parejas.

Por su parte, Malmusi *et al.* [2014] identifican determinantes intermedios de las inequidades en la salud autoevaluada por género y por clase social, para la población en edad de trabajar, de 25 a 64 años, en Cataluña, España para 2006. La variable dependiente utilizada es cómo consideran el estado de salud las personas, la cual se clasifica como buena o mala; la variable para estratificar es la clase social y la establecen con base en su ocupación laboral.

Por su parte, los determinantes materiales intermedios los miden con base en: condiciones de empleo (situación laboral y tipo de contrato); ingreso individual; actividad en el mercado de trabajo; recursos económicos y materiales en el hogar; entorno residencial (percepción de problemas de seguridad); y actividades domésticas (promedio de horas).

Después, los autores realizan la distribución de las variables entre cuatro subgrupos derivados de la combinación de género y clase social. A continuación, en cada uno de los cuatro subgrupos ajustan modelos de regresión de Poisson, con el fin de estimar asociaciones entre los determinantes intermedios y la autodeterminación de la salud.

Encuentran que el ingreso individual presenta una asociación gradual con la autodeterminación de la salud, a su vez las dificultades financieras, los activos materiales, la calidad de vida y la percepción de elevados problemas de seguridad

se asocian con la inadecuada autodeterminación de la salud en todos los subgrupos. El principal hallazgo de la investigación es que las inequidades se explicaron por las desigualdades de género en los recursos materiales.

En tanto, Medrano, Miranda y Figueras [2017] utilizan la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) 2011, para el caso de México, desde una perspectiva interseccional, para analizar las diferencias en el trato hacia mujeres víctimas de violencia en diferentes entidades del sector salud en México. Para ello, se fundamentan en su condición socioeconómica y la pertenencia a un grupo indígena. Para su investigación, utilizan datos de violencia, población indígena, acceso a programas sociales y a servicios médicos, maltrato y trato deficiente.

Los autores encuentran que hay serios problemas en la atención del sector salud, con deficiencias en la ejecución de los protocolos de atención para mujeres en vulnerabilidad. Asimismo, registran que mujeres en pobreza y las indígenas tienden a asistir más frecuentemente a dependencias de salud pública, debido a padecer violencia de pareja. No obstante, prevalecen deficiencias institucionales que inciden de forma más intensa en mujeres con mayor vulnerabilidad y suelen recurrir a otros servicios alternativos, como medicina tradicional o a organizaciones de la sociedad civil [Medrano, Miranda y Figueras, 2017].

En el trabajo de Krause y Ballesteros [2018] se realiza un análisis intercategorial dentro de una estrategia cuantitativa para Argentina, para explorar las diferencias y similitudes entre las posiciones interseccionales que provienen del sexo con la clase social, la edad y la región de residencia, con información del estado de salud, el gasto en servicios de salud y en medicamentos. Con base en regresiones logísticas utilizan variables de sexo, edad, clase social y región de residencia, con relación a la autopercepción del estado de salud y limitaciones en la vida cotidiana por enfermedades crónicas.

Sus hipótesis plantean que la clase social y el género inciden en los recursos en el cuidado de la salud; y que la edad modifica las funciones de género, ya que el cuidado en la salud es más importante a mayor edad. Además, sugieren que las relaciones de género se modifican por la región y el contexto social en que se presentan. El estudio concluye que las enfermedades crónicas diagnosticadas se encuentran relacionadas con la posición social, la edad, el sexo y la región de residencia. A su vez, mujeres de clase trabajadora enfrentan mayor desigualdad de género y les afectan más las dobles jornadas laborales, dedicadas a trabajar en el mercado y en el hogar [Krause y Ballesteros, 2018].

A continuación se presenta la regresión logística, herramienta estadística para estimar la interseccionalidad en salud para el caso de México.

REGRESIÓN LOGÍSTICA

La estrategia metodológica para estimar la interseccionalidad en salud se fundamenta en Cooper [2002], mediante la estimación de modelos de regresión logística. Este modelo utiliza una variable dependiente dicotómica, con valores de 0 y de 1. Este tipo de modelos se justifican por la relación teórica entre la variable dependiente (dicotómica) observada y las variables dependientes inobservada o latente (continua) [Escobar, Fernández y Bernardi, 2012].

La variable dicotómica observada expresa la existencia o la ausencia de un determinado atributo, o la ocurrencia o no de algún suceso. Así, la regresión logística se considera como una modelación de la variable latente (no observada), que está en función de una relación observada entre variable dicotómica y variables independientes [Escobar, Fernández y Bernardi, 2012].

Por su parte, la probabilidad de ocurrencia de la variable dependiente está en función de las variables independientes y de la distribución del error. Al no conocer la distribución del error se utiliza una distribución para despejar la ecuación y calcular el modelo de regresión no lineal, cuando se asume que el error se distribuye de manera logística se usan estos modelos. En este sentido, el modelo de regresión logística es ampliamente utilizado en ciencias sociales, por su capacidad de interpretar sus cocientes en razones. Asimismo, por ser una transformación de un modelo de regresión para variables dependientes dicotómicas [Escobar, Fernández y Bernardi, 2012].

Con este esbozo del modelo, ya que se pretende centralizar el aporte del libro en contribuir a la interseccionalidad en salud, y con el recuento de investigaciones empíricas sobre la temática de estudio, en adelante se concentran en las condiciones de inequidad en salud para la población indígena, desde una perspectiva de interseccionalidad; con la finalidad de agrupar condiciones de desigualdad para este grupo poblacional y proponer algunas acciones para revertir injusticias sociales.

4. INTERSECCIONALIDAD EN SALUD. POBLACIÓN INDÍGENA

Son diversas las inequidades de salud por grupos de población. Esta sección se concentra de forma conjunta en las desigualdades que enfrenta la población indígena, por ser un grupo que padece discriminación en diversas direcciones. Por ello, la interseccionalidad representa una estrategia adecuada para abordar esta temática.

Se reconoce que mujeres y hombres enfrentan condiciones sociales desiguales, a ello, se suma la discriminación hacia la población indígena. Al respecto Hurtado, Rosas y Valdés [2013] argumentan que la discriminación étnica conlleva a exclusión social, económica y política, la cual se manifiesta en una inequitativa distribución de recursos y en peor calidad de vida. Además, la población indígena enfrenta inequidades en salud y condiciones de exclusión social, con niveles de desarrollo humano inferiores a la población no indígena [Singer, 2014]. Situación que agrava sus desventajas sociales y restringe las oportunidades para salir de condiciones sociales injustas.

El reto es revertir y avanzar hacia justicia social, atender las distintas inequidades, en particular para quienes más padecen condiciones de desventaja. En este sentido, el estado de salud representa una condición fundamental y desigual para la población, ya que el acceso y la condición de salud que tienen mujeres y hombres son diferentes y se explican por características y condiciones socialmente construidas. Es decir, las relaciones sociales que marcan normas y estructuras inciden en la vida cotidiana y en la salud de la población.

A su vez, las instituciones y el entorno establecen reglas y favorecen o restringen cambios en dichos acuerdos sociales.

La población indígena enfrenta permanente exclusión, en México “los pueblos indígenas han permanecido sistemáticamente excluidos de la construcción del Estado” [Singer, 2014: 88]. Es decir, no se les asegura el pleno ejercicio de sus derechos y se tiende a excluir, relegar y discriminar permanentemente. La población y comunidades indígenas son grupos con altos índices de rezago y marginación, debido al limitado acceso a bienes públicos, por padecer constante discriminación y exclusión [Hurtado, Rosas y Valdés, 2013].¹ Se reconoce que la discriminación representa el mayor problema reportado por la población indígena, en menor alcance está la pobreza, la ausencia de apoyo gubernamental y las limitaciones lingüísticas [Valdez *et al.*, 2013].

A su vez, los problemas de salud de la población indígena en todo el mundo tienen raíces en la colonización y la discriminación, los cuales se correlacionan con pérdida de autonomía sobre sus tierras y su cultura; este proceso histórico incide intensamente en los determinantes de salud, como son la pobreza, la limitada educación, las funciones de género y los factores culturales [Armenta, Sandín y Bolúmar, 2019], además repercute en otras condiciones: como niveles de vida, el trabajo, la atención médica y los factores estructurales, como la política socioeconómica [Anderson *et al.*, 2016].² Ante este panorama, los resultados de salud para la población indígena derivan en altas tasas de enfermedades transmisibles y no

¹ De acuerdo con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se debe evitar que las personas o grupos queden rezagados en el desarrollo y se debe priorizar a quienes enfrentan mayores limitaciones, como el caso de las personas indígenas y en especial las mujeres indígenas [Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2016]. Sin embargo, en muchas regiones, como en México, se mantienen desigualdades para este grupo de la población.

² Los ODS también se refieren a las condiciones en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece [Organización Mundial de la Salud, 2013]. Lo cual, genera particularidades e inequidades específicas para la población indígena.

transmisibles, así como menor esperanza de vida, en algunos países se estima hasta en cinco años menor en relación con la población no indígena [Walker *et al.*, 2017].

Aunado a lo anterior, en la población indígena prevalecen y se agudizan desigualdades de género, las mujeres se mantienen con amplias jornadas laborales sin remuneración y tienen poco reconocimiento social, ya que más de ellas realizan actividades no remuneradas en relación con las no indígenas [Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, 2019].³

Ante este panorama, su participación económica se complica al tratar de delimitar el trabajo para el mercado, de las ayudas y del trabajo no remunerado, ya que en muchas ocasiones todas estas se entrelazan con actividades domésticas; en este sentido, en gran medida el trabajo de las indígenas se considera como ayuda y no se registra como trabajo remunerado en el sector rural, lo cual suele subestimar su actividad laboral para el mercado [Fernández, 2006].

Asimismo, como ya se indicó, se registra que las indígenas dedican más tiempo a las actividades no remuneradas del hogar, respecto de las no indígenas, como para realizar actividades de limpieza y mantenimiento de la vivienda, cuidado de ropa y calzado, compras y administración del hogar [Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018]. Así, se establecen amplias horas de trabajo global (al sumar el tiempo dedicado al trabajo remunerado más el tiempo para el trabajo no remunerado) en el sector rural, con desgaste físico intenso que suele derivar en problemas en el estado de salud.

A pesar de avances en los derechos humanos, no se logran ejercer de forma efectiva para toda la población. No obstante,

³ Como el caso de la población en general, las indígenas realizan mayores cargas de trabajo no remunerado respecto de los hombres, pero destaca la mayor asignación de estas actividades para las mujeres indígenas respecto de las no indígenas. Esta condición limita sus derechos, restringe el acceso a los recursos, dificulta su participación en el mercado de trabajo y consecuentemente obstaculiza el logro de su bienestar [Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, 2019].

estos derechos tampoco se aseguran para la población en general y se vuelve cotidiana la ausencia de derechos, en particular, se destaca la limitación para grupos rezagados, como la población indígena. La marginación y la exclusión de la población indígena se expresa en condiciones precarias de sus viviendas, con restringido acceso al agua y a la electricidad, así como algunos bienes; como combustibles para cocinar o los electrodomésticos [Fernández, 2006].

Además, las indígenas son uno de los grupos más vulnerables de la población, ya que enfrentan mayor exclusión social y económica [Herrera y Duhaime, 2014],⁴ y mayores riesgos de salud materna, como morir durante el embarazo o el parto, a diferencia del resto de mujeres no indígenas. Al mismo tiempo, tienen menos probabilidad de beneficiarse de los servicios de salud [Armenta, Sandín y Bolúmar, 2019].

De igual forma, en México las indígenas presentan mayores promedios de hijos, con relación de mujeres no hablantes de lengua indígena, ya que tienen 3.3 descendientes en promedio, ante 1.0 descendientes de las no indígenas. Estos datos, se pueden interpretar como consecuencia de los niveles educativos, de su participación en la actividad económica, de su contexto social y cultural, así como por el limitado acceso a información oportuna y eficiente sobre planificación familiar y de salud reproductiva; lo cual contribuye a explicar por qué las indígenas reportan menor uso de métodos anticonceptivos en relación con mujeres no indígenas [Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018].

Al respecto, se identifica una relación entre el nivel educativo y el acceso a la prevención y la atención en salud, ya que a mayor nivel educativo para mujeres en condición de

⁴ Las indígenas padecen en mayor medida limitaciones estructurales, como restricciones a procesos administrativos y políticos, los cuales obstaculizan el ejercicio de sus derechos [Herrera y Duhaime, 2014].

marginación social, como es el caso de muchas mujeres indígenas quienes son madres y responsables del cuidado de los integrantes de su hogar, se contribuye a favorecer de forma importante en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad, así como mejorar los cuidados en salud y a una mayor esperanza de vida [Hurtado, Rosas y Valdés, 2013].

Sin embargo, con relación a los grados educativos para este sector de la población, se conoce que la población indígena cuenta con bajo nivel educativo, asociado con niveles de ingreso limitado; así, la carencia educativa tiene efectos en la condición de salud, ya que a mayor instrucción educativa, como se destacó, se logra mejor aprendizaje en la atención a la salud [Hurtado, Rosas y Valdés, 2013].

De acuerdo con datos para México, se registran 63.5 % de infantes indígenas de 3 a 5 años quienes asisten a preescolar. Esta cobertura se eleva para el grupo de edad de 6 a 14 años, donde 94.4 % son quienes asisten a la escuela. Tendencia que se revierte para el grupo de 15 a 24 años, ya que solo 34 % asiste a la escuela, dato mucho menor al 44 % registrado para la población en general; además, el analfabetismo en el ámbito nacional en 2015 fue 5.5 % y para la población indígena llega a 17.8 %, lo cual se agudiza para el caso de mujeres y evidencia las desigualdad de género, ya que el analfabetismo alcanza 22.2 % para las indígenas [Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, 2019].

Con relación a la influencia de los factores sociales vinculados con el estado de salud y la actividad laboral, es destacable que el trabajo remunerado es esencial para el desarrollo humano. Adicional a que genera por sí mismo el acceso a ingresos, a su vez, la participación en el mercado de trabajo influye en la posición en la sociedad y fomenta las redes, las cuales se traducen en capital social. Estos factores, determinan los niveles de vulnerabilidad y de enfermedades de la población, es decir, contribuyen a explicar diferencias e inequidades en salud;

por su parte, el trabajo informal representa una condición de vulnerabilidad [Vélez, Escobar y Pico, 2013].

Por ello, la concentración de la población ocupada en actividades poco productivas y en el sector informal implica un riesgo al desarrollo y a su estado de salud. En general, una importante proporción de población indígena participa en la agricultura, sin embargo, en el caso de México este sector se desmanteló después de que entró en vigor el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) en 1994, el cual se caracterizó por generar descapitalización y una competencia dominante de productos agrícolas externos [Torres *et al.*, 2003]. Lo cual, provocó condiciones precarias de ingresos, de vulnerabilidad y en el estado de salud para una amplia proporción de personas que laboraban en el sector primario y en particular para la población indígena.

Además, otro tema relevante para la población analizada, es el lenguaje, ya que representa un determinante para el acceso a la atención médica. En el entendido que las diferencias lingüísticas representan una barrera para la atención en salud, por la dificultad de comunicación con el personal médico. Al respecto, se reconoce que inadecuados resultados en salud pueden explicarse por limitaciones culturales y del lenguaje, además de asociarse con mayores tasas de mortalidad materna [Armenta, Sandín y Bolúmar, 2019].

Aunado a estos factores, la experiencia indica que la población indígena presenta un perfil epidemiológico distinto a la población no indígena. Se caracterizan por padecer enfermedades que se asocian con la pobreza, como son los problemas intestinales, la neumonía, la influenza y el sarampión, y su tasa de mortalidad debido a enfermedades transmisibles es mayor que la presentada a nivel nacional; en tanto, las enfermedades crónico-degenerativas son menos relevantes para este grupo poblacional [Juárez *et al.*, 2014].

Lo anterior, evidencia una relevante limitación a sus condiciones de vida, las cuales ya son restringidas en México,

según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) en 2018 la población indígena en situación de pobreza fue 69.5 %, mientras que entre la población no indígena fue 39 % [Coneval, 2019], pero se agudizan ante problemas de salud ya indicados. No obstante, estas condiciones en salud para la población indígena representan una oportunidad de remediar relativamente de forma sencilla los niveles de morbilidad y mortalidad, al ser problemas de salud remediabiles con una atención e intervención adecuadas. En donde se consideren los factores sociales, se parta de la DSS y se pueda avanzar hacia un nivel de bienestar suficiente, por lo menos y para comenzar, con el fin de empatar a la población en general y después mejorar las precariedades que todavía prevalezcan para la población en general.

Con esta recopilación de información, resulta evidente que la población indígena es más vulnerable y enfrenta inequidades en salud mayores que las personas no indígenas. No obstante, todavía hace falta indagar con mayor información y datos estas condiciones desiguales. De acuerdo con Armenta, Sandín y Bolúmar [2019] se requiere mejorar las estadísticas, con datos más desagregados, por origen étnico para evitar errores en resultados; además, los autores sugieren considerar la heterogeneidad de la población indígena, ya que dentro de sus comunidades se presentan diferencias en necesidades y precariedades, así como para analizar las tendencias en el estado de salud para este grupo poblacional.

Con esta información sobre la población indígena, se pretende evidenciar las condiciones de desigualdad que enfrentan, en particular al registrar de forma conjunta la etnia y el género, respecto del estado de salud. Debido a que los servicios de salud enfrentan limitaciones de recursos, de personal y restricciones institucionales que generan desventajas y agravan las situaciones de vulnerabilidad de la población; los cuales, se manifiestan en desprotección para algunos grupos

frente a daños potenciales a su estado de salud [Juárez *et al.*, 2014], como el caso de la población indígena.

Se conoce que las poblaciones indígenas suelen vivir en condiciones de pobreza y de rezagos sociales en diversas regiones del mundo, con limitada infraestructura y problemas de salud por consecuencia de los arreglos sociales, estructurales y políticos [Kirmayer y Brass, 2016; Hurtado, Rosas y Valdés, 2013]. En este sentido, las inequidades en salud de la población indígena muestran un efecto de la discriminación al acceso a servicios de salud y en la calidad de atención [Armenta, Sandín y Bolívar, 2019].

Asimismo, se registra que la población indígena que visita centros de salud tiende a no regresar por factores de inadecuada calidad en atención, por escasa disponibilidad, ausencia de medicamentos y por falta de infraestructura física y de personal capacitado, lo anterior se conjunta con el amplio tiempo de espera, la distancia que requieren recorrer y por restricciones de entendimiento lingüístico y cultural [Hurtado, Rosas y Valdés, 2013]. Fenómenos que inciden de forma directa en las condiciones de vida y en las opciones de vivir con mejores estados de salud.

En suma, la población indígena enfrenta distintas formas de discriminación y con la interseccionalidad se puede dar cuenta de la acumulación de desiguales que padecen y en particular las que enfrentan las indígenas, lo cual, se contraponen a analizar solamente una discriminación [Herrera y Duhaime, 2014]. En este sentido, la interseccionalidad representa una perspectiva teórica y metodológica de carácter transdisciplinario, orientada a comprender la complejidad de identidades y relaciones de inequidad social [Couto *et al.*, 2019]. Por ello, la pertinencia de indagar desde esta visión las inequidades en salud.

Antes de estimar los modelos logísticos se presentan algunos datos sobre la población estudiada, para tener un marco de referencia sobre cómo son las características de las personas indígenas,⁵ de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018.⁶

Este panorama representa una revisión de variables separadas, en donde se muestran las inequidades de forma individual, sin embargo, sirven para evidenciar una situación inicial de la población con relación a las condiciones de salud y factores sociales, para después considerar inequidades de forma conjunta.

Al revisar la población que presentó problemas de salud (alguna enfermedad, dolor o accidente) en los últimos cinco años (a partir de 2018), se registran datos relativamente similares para mujeres y hombres, ya que aproximadamente tres de cada cuatro personas tuvieron algún problema de salud, para el periodo revisado (cuadro 1). Lo cual, se debe de considerar con mesura, ya que son padecimientos en general y no representa que enfrenten las mismas limitaciones de salud mujeres y hombres. Es conveniente considerar que estos datos son absolutos y permiten mostrar un panorama de problemas de salud en general.

Con relación a la población indígena, se estiman 3.6 millones de mujeres y 3.5 millones de hombres, quienes representan prácticamente 6.0 % de la población nacional para 2018 (cuadro 1).

⁵ La variable se trabajó a partir de la pregunta: ¿habla alguna lengua indígena o dialecto?

⁶ La ENIGH 2018 es una encuesta que levanta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) con el objetivo de contar con información estadística sobre el comportamiento de los ingresos y gastos de la población, además de las características sociodemográficas y ocupacionales de las personas, las características de equipamiento del hogar y las características de infraestructura de la vivienda. La encuesta se levantó en una muestra de 87 826 viviendas, lo cual permite contar con una mayor precisión estadística en las estimaciones. Cuenta con representatividad nacional, a nivel entidad federativa y para las localidades urbanas y rurales [Inegi, 2019].

México todavía es un país relativamente joven, por ello, la mayoría de la población (65.8 %) se concentra en el grupo de 15 a 64 años de edad. En lo que respecta a la situación conyugal, más de la mitad de la población está en unión (viven con su pareja, en unión libre o casados) y una tercera parte están solteros. Predominan los hogares con menores de 12 años de edad, ya que en seis de cada diez hogares se encuentran infantes (cuadro 1).

El nivel educativo en el país es limitado, cerca de la mitad de la población solo cuenta con el nivel de educación secundaria como máximo. En cuanto al mercado de trabajo, se identifica que cuatro de cada diez personas reportaron que no participaron en actividades remuneradas, mientras que una de cada cinco personas indicó que su actividad principal es el trabajo doméstico no remunerado (cuadro 1).

A su vez, la desigualdad en México es amplia e intensa, lo cual se evidencia con la concentración de la mitad de la población en el estrato medio bajo y una quinta parte en el estrato bajo, frente a que, prácticamente, una de cada diez personas está en estrato alto (cuadro 1).

En el acceso a servicios de salud, se presenta una inequitativa disparidad de servicios que afectan en mayor medida a las personas más vulnerables. El Seguro Popular agrupó a una importante proporción de la población mexicana, con más de 40 % de personas afiliadas a ese seguro (cuadro 1), el cual se caracterizó por tener problemas estructurales y carencias en su operación, ya que contaba con restringidos servicios y unidades médicas, además de falta personal, así como limitaciones de equipo y de medicamentos [Laurell, 2013].

Además, como el Seguro Popular es un servicio al que acceden personas que no cuentan con atención sanitaria, por estar fuera del mercado de trabajo o por participar en este sector pero sin acceso a servicios de salud laborales; también se

presentan limitaciones de atención y presupuestales, lo cual destaca las inequidades en salud en la población. A su vez, mantienen el rezago y las limitaciones sociales para las personas con mayores carencias sociales.⁷

En cuanto a la seguridad social, se registra que pocas personas cuentan con estas prestaciones, ya que son cuatro de cada diez personas quienes contestaron que sí contribuyen a la seguridad social (cuadro 1). Lo cual, derivará en retos complejos para los próximos años, ante cambios en la estructura demográfica, con un proceso de envejecimiento y de inequidades sin resolver.

A continuación, se presenta la estimación sobre la inequidad en salud para mujeres y hombres indígenas y no indígenas, en donde se busca incluir diversos aspectos sociales y económicos que de forma conjunta inciden en la condición sanitaria de la población.

ESTIMACIÓN DE LA INTERSECCIONALIDAD PARA POBLACIÓN INDÍGENA

Se realizan cinco modelos de regresión logística, como ya se explicó, con base en Cooper [2002] y McCall [2005]. Con ello, se busca analizar las intersecciones mediante la estratificación de variables por inequidades para el caso de la población indígena en México, con el fin contribuir a la comprensión y generación de estrategias para promoción y atención de la salud de la población indígena y de la no indígena.

⁷ Con el cambio en la administración del poder Ejecutivo Federal en diciembre de 2018, se promovió el Instituto de Salud para el Bienestar para sustituir al Seguro Popular y solventar las carencias estructurales que mantiene desde su creación. Sin embargo, será pertinente esperar a que funcione de forma cotidiana para registrar y evaluar sus actividades, para conocer que tanto se concretan cambios y avances en la equidad en salud.

Cuadro 1. Características sociodemográficas, económicas, sociales y salud de la población en México (2018)

Variables	Millones de personas			Porcentajes		
	Hombres (N=60.8)	Mujeres (N=64.4)	Total (N=125.2)	Hombres %	Mujeres %	Total %
Problemas de salud durante los últimos 5 años (2018)						
Sin problemas de salud	15.3	13.9	29.2	25.2	21.6	23.3
Con problemas de salud	45.4	50.5	96.0	74.8	78.4	76.7
Sexo				48.5	51.5	100.0
Sexo y condición étnica ^a						
Hombres indígenas	3.5	-	3.5	6.0	-	2.9
Hombres no indígenas	54.5	-	54.5	94.0	-	45.5
Mujeres indígenas	-	3.6	3.6	-	5.9	3.0
Mujeres no indígenas	-	58.1	58.1	-	94.1	48.5
Grupos de edad						
De 0 a 14 años	16.7	15.7	32.4	27.5	24.3	25.9
De 15 a 64 años	39.3	43.1	82.4	64.6	66.9	65.8
De 65 años o más	4.8	5.6	10.4	7.9	8.8	8.3
Parentesco						
Jefe(a)	24.8	10.0	34.7	40.8	15.5	27.8
Cónyuge	1.7	21.0	22.8	2.9	32.6	18.2
Hijo(a)	25.7	23.9	49.7	42.3	37.2	39.7
Otro	8.5	9.5	18.0	14.0	14.7	14.3
Situación conyugal ^b						
Soltero(a)	17.8	16.3	34.2	37.4	31.4	34.3
En unión	26.2	26.8	53.0	55.0	51.6	53.2

Variables	Millones de personas			Porcentajes		
	Hombres (N=60.8)	Mujeres (N=64.4)	Total (N=125.2)	Hombres %	Mujeres %	Total %
Viudo(a)	1.2	3.9	5.1	2.5	7.6	5.1
Hogares según presencia de integrantes menores de 12 años						
Sin menores de edad	25.5	26.0	51.5	42.0	40.4	41.2
Con menores de edad	35.3	38.4	73.7	58.0	59.6	58.8
Condición de discapacidad						
Sin discapacidad	56.2	59.4	115.6	92.7	92.4	92.5
Con discapacidad	4.4	4.9	9.3	7.3	7.6	7.5
Grado de apoyo de redes sociales ^{b, c}						
Bajo	13.4	17.8	31.2	35.7	39.1	37.6
Medio	9.6	12.8	22.4	25.6	28.1	27.0
Alto	14.5	14.9	29.4	38.7	32.8	35.5
Escolaridad ^a						
Primaria incompleta o menos	19.5	20.4	39.9	32.2	31.6	31.9
Primaria o secundaria incompleta	10.9	11.1	22.0	17.9	17.2	17.5
Secundaria o licenciatura incompleta	24.5	27.1	51.6	40.3	42.1	41.2
Licenciatura y más	5.9	5.9	11.7	9.6	9.1	9.4
Condición de actividad principal ^b						
Trabajo subordinado	28.0	18.2	46.2	58.9	34.9	46.4
Trabajo no subordinado	7.2	6.5	13.7	15.1	12.5	13.7
Trabajo doméstico no remunerado	0.9	17.3	18.2	1.8	33.3	18.3
Otro	11.5	10.0	21.6	24.2	19.3	21.6

(continúa...)

(Continuación del cuadro 1)

Variables	Millones de personas			Porcentajes		
	Hombres (N=60.8)	Mujeres (N=64.4)	Total (N=125.2)	Hombres %	Mujeres %	Total %
Estrato socioeconómico						
Bajo	12.6	13.0	25.6	20.7	20.3	20.4
Medio bajo	31.2	32.7	63.8	51.3	50.7	51.0
Medio alto	11.7	12.9	24.6	19.3	20.0	19.7
Alto	5.3	5.8	11.1	8.7	9.0	8.9
Afiliado o inscrito al Seguro Popular						
No afiliado	36.8	35.5	72.3	60.5	55.2	57.8
Afiliado	24.0	28.9	52.8	39.5	44.8	42.2
Afiliado o inscrito para recibir atención médica de parte de alguna institución						
No afiliado	33.7	35.9	69.6	55.5	55.8	55.7
Afiliado	27.0	28.4	55.5	44.5	44.2	44.3
Contribución a la seguridad social^b						
No contribuye	24.0	34.3	58.4	50.4	66.1	58.6
Contribuye	23.6	17.6	41.2	49.6	33.9	41.4

^a Se contabilizan personas con edades de tres años en adelante.

^b Se contabilizan personas con edades de 12 años en adelante.

^c La variable grado de apoyo de redes sociales se construyó a partir de sumar las percepciones de facilidad, dificultad y neutralidad estimadas de las variables.

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2018.

Se considera que hay una suma de factores que afectan su desarrollo, como limitaciones históricas y continuas privaciones consecuencia de una distribución injusta de los recursos, ausencia de reconocimiento a su identidad, lo cual, limita las alternativas para atender la redistribución y cambios sustanciales, en donde se privilegie el reconocimiento político y se

contribuya a revertir inequidades en salud para la población indígena [Kirmayer y Brass, 2016].

Se estiman cinco modelos logísticos para establecer condiciones inequitativas de salud por sexo y etnia, con ello se contribuye a explicar por qué las características sociales, económicas y demográficas inciden en la salud. A su vez, se revisa la influencia en términos estadísticos y las repercusiones en la salud al considerar variables de forma conjunta, con la finalidad de abonar al estudio de la interseccionalidad en salud. Así, se utiliza como una variable independiente la interacción entre el género y el origen étnico.

En tanto, la variable dependiente utilizada en este apartado es si alguna persona padeció, durante los últimos cinco años, algún dolor, malestar, enfermedad o accidente que le impidiera realizar actividades de la vida diaria. Con ello, se construyó una variable dicotómica, donde 1 se refiere a individuos con algún padecimiento o enfermedad durante los últimos cinco años y 0 corresponde a personas que no tuvieron padecimientos o enfermedades durante el mismo periodo.

Las variables explicativas consideradas en esta investigación se clasificaron en cinco dimensiones, con las cuales se estimó cada modelo logístico, donde se adicionaron las variables por dimensiones para tener un cúmulo de condiciones inequitativas que se intersectan e interactúan de forma diferenciada que cuando están separadas como factores únicos de marginación o exclusión social:

1. Sexo y condición étnica: hombres indígenas, hombres no indígenas, mujeres indígenas y mujeres no indígenas.
2. Factores sociodemográficos: edad, parentesco con la jefatura de hogar, situación conyugal, residencia en hogares con menores de 12 años, condición de discapacidad y grado de apoyo de redes sociales.
3. Educación: grado y nivel de instrucción aprobados.

4. Condición económica: condición de actividad principal y estrato socioeconómico.⁸
5. Servicios de salud: afiliación al Seguro Popular, atención médica por alguna institución y seguridad social.

En síntesis, en este capítulo se manifiestan las inequidades para grupos de población, como la indígena y se establecen los criterios que se seguirán en la medición de la interseccionalidad en salud. Por ello, en el siguiente capítulo se presentarán los resultados de estas cinco estimaciones. Con el fin de contribuir a la medición de la interseccionalidad en salud y para sugerir alternativas que desarticulen las múltiples desventajas de este grupo de población.

⁸ “Clasificación de las viviendas del país de acuerdo a ciertas características socio-económicas de las personas que las habitan, así como características físicas y el equipamiento de las mismas expresadas por medio de 24 indicadores construidos con información del Censo de Población y Vivienda 2010. Esta estratificación se realizó por medio de métodos estadísticos multivariados” [Inegi, 2019].

5. RESULTADOS DE LA INTERSECCIONALIDAD PARA LA POBLACIÓN INDÍGENA

En este capítulo se presentan los resultados de las estimaciones del modelo de regresión logística planteado en el capítulo cuatro, para destacar y examinar los hallazgos y las estrategias para solventar las múltiples inequidades que enfrenta la población indígena.

Los resultados de los cinco modelos se presentan en el cuadro 2, se muestran los coeficientes y la significancia de las variables. En el caso de las variables sobre género y población indígena, se observa que la variable hombres no indígenas no resultó estadísticamente significativa en los modelos 1 y 2. Mientras que el modelo 3 que incorpora variables sobre educación, el modelo 4 que incluye regresores sobre condición económica y en el modelo 5 donde se agregan las características de los servicios de salud; la variable resultó significativa. En relación con los factores sociodemográficos, las variables otro parentesco y residencia en hogares con menores de 12 años tampoco resultaron estadísticamente significativas en los modelos 2 a 5. El grado de apoyo social alto no resultó tener un efecto significativo en los modelos 2 y 5. A ello se agrega que en el modelo 5 los coeficientes correspondientes a las variables grado de apoyo social medio y la categoría de parentesco “hijo o hija” no fueron significativos. Respecto a la condición económica, no resultaron significativas las categorías del estrato socioeconómico bajo y alto en los modelos 4 y 5. En el modelo 5 tampoco fue significativa la condición de actividad correspondiente al trabajo no subordinado. Cabe mencionar que las variables sobre educación y servicios de salud resultaron significativas en todos los modelos donde fueron incorporadas (cuadro 2).

Cuadro 2. Modelos logísticos sobre determinantes de problemas en salud, por género y etnia (2018)

Variables independientes	Modelo1	Modelo2	Modelo3	Modelo4	Modelo5
Género y población indígena					
Hombres indígenas (<i>cat. ref.</i>)					
Hombres no indígenas	0.018	0.088	0.124**	0.131**	0.122*
Mujeres indígenas	0.337***	0.301***	0.297***	0.291***	0.289***
Mujeres no indígenas	0.274***	0.278***	0.317***	0.318***	0.313***
Factores sociodemográficos					
Edad		-0.022***	-0.019***	-0.023***	-0.027***
Edad 2		0.000***	0.000***	0.000***	0.000***
Parentesco: jefe(a) de hogar (<i>cat. ref.</i>)					
Parentesco: cónyuge		0.108***	0.098***	0.092***	0.113***
Parentesco: hijo(a)		-0.061	-0.062*	-0.066**	-0.050
Parentesco: otro		-0.053	-0.057	-0.062	-0.047
Situación conyugal: soltero(a) (<i>cat. ref.</i>)					
Situación conyugal: en unión		0.118***	0.110***	0.086***	0.058**
Situación conyugal: separado(a) o divorciado		0.167***	0.160***	0.143**	0.124***
Situación conyugal: viudo(a)		0.197***	0.172***	0.146***	0.143**
Hogares con menores de 12 años		0.004	-0.006	-0.016	-0.028
Presenta discapacidad		0.566***	0.546***	0.555***	0.550***
Grado de apoyo social: bajo (<i>cat. ref.</i>)					
Grado de apoyo social: medio		-0.042	-0.044*	-0.044*	-0.040
Grado de apoyo social: alto		0.030	0.043*	0.043*	0.037

VARIABLES INDEPENDIENTES	Modelo1	Modelo2	Modelo3	Modelo4	Modelo5
Educación					
Sin escolaridad (<i>cat. ref.</i>)					
Escolaridad: primaria o secundaria incompleta			-0.120***	-0.100**	-0.127***
Escolaridad: secundaria, preparatoria y licenciatura incompleta			-0.132***	-0.109**	-0.155***
Escolaridad: licenciatura y más			-0.280***	-0.246***	-0.315***
Condición económica					
Condición de actividad: trabajo subordinado (<i>cat. ref.</i>)					
Condición de actividad: trabajo subordinado				-0.066**	-0.007
Condición de actividad: trabajo doméstico no remunerado				0.011	0.065**
Condición de actividad: otro				-0.118***	-0.089***
Estrato socioeconómico: bajo (<i>cat. ref.</i>)					
Estrato socioeconómico: medio bajo				0.019	0.009
Estrato socioeconómico: medio alto				-0.119**	-0.138**
Estrato socioeconómico: alto				0.010	0.001
Servicios de salud					
Afiliado al Seguro Popular					0.147***
Atención médica por alguna institución					0.079**
Contribución a la seguridad social					0.214***
_cons	1.041	1.390***	1.447***	1.550***	1.511***
Número de observaciones	212 394	181 079	181 079	181 079	181 079

Notas: significativa al: *** 1 %, ** 5 % y * 10 %.

La ENIGH 2018 tiene un diseño bietápico, estratificado y por conglomerados, por lo tanto en la estimación del modelo de regresión se consideró al ajuste por muestras completas (mediante el comando svy de Stata).

Fuente: cálculos propios.

En el Cuadro 3 se presentan los efectos marginales de los cinco modelos de regresión logística.¹ En el modelo 1 se encuentra mayor probabilidad de tener padecimientos de salud en los últimos cinco años para el caso de las mujeres, tanto indígenas, como no indígenas, en relación con hombres no indígenas (categoría de referencia). En el caso de las indígenas la probabilidad de presentar algún padecimiento de salud es de 5.5 puntos porcentuales, mientras las no indígenas presentan una relación positiva de 4.9 puntos porcentuales (cuadro 3). Estos resultados son de gran interés, ya que confirman que las mujeres enfrentan mayores padecimientos que los hombres, esto se puede explicar por las normas de género que asignan amplias cargas de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado a las mujeres y por inequidades en salud derivadas de padecer más precariedades sociales. Al respecto la Organización Mundial de la Salud [OMS, 2009] establece que se requiere atender las inequidades en el ejercicio del poder, en los ingresos, en el mercado laboral, así como en las condiciones de las viviendas y de las comunidades.

Además, destaca una dinámica distinta entre la población indígena y no indígena en relación con las enfermedades. Lo cual, no implica que mujeres indígenas vivan con menores problemas de salud, ya que en este caso no se revisa cuál tipo de enfermedades padecen cada grupo de población. Se registra que las personas indígenas padecen en menor medida enfermedades crónico-degenerativas, pero se caracterizan por tener problemas como enfermedades intestinales, neumonía, influenza y sarampión, así como alto nivel de mortalidad consecuencia de enfermedades transmisibles [Juárez *et al.*, 2014]. Lo cual, incide en menores periodos de enfermedad.

¹ Con ello, se muestra el cambio en la probabilidad de tener padecimientos de salud en los últimos cinco años por un cambio unitario en la variable independiente, manteniendo el resto de las variables constantes.

También, son de interés los resultados del modelo 2, al incorporar factores socioeconómicos las probabilidades de presentar problemas de salud también son mayores para las mujeres, tanto indígenas como no indígenas. Cabe mencionar que al revisar los modelos 1 y 2 se aprecia que las mujeres indígenas reducen su probabilidad de tener padecimientos de salud al incorporar las variables sociodemográficas, pero las no indígenas mantienen su probabilidad.

Los resultados del modelo 2 muestran que la relación entre los padecimientos de salud y la edad no es lineal sino convexa, esto indica que la edad reduce significativamente la probabilidad de presentar problemas de salud hasta llegar a un umbral que, una vez cancelado, incrementa las probabilidades. Ser cónyuge aumenta la probabilidad (con un efecto marginal de 0.018) de tener problemas de salud, mientras que ser descendiente la reduce (-0.010); tomando como referencia a quien está al frente de la jefatura del hogar. La situación conyugal registró un efecto positivo, la probabilidad de tener algún padecimiento en salud es más alta entre los unidos (0.020), los separados (0.028) y los viudos (0.032); en comparación con quienes permanecen solteros. Las personas con discapacidad también presentan mayor probabilidad de padecimiento en salud, con 8.4 puntos porcentuales mayores en comparación de quienes no tienen discapacidad (cuadro 3). Estos resultados son consecuentes con lo esperado, ya que al envejecer la población se tienen mayores problemas de salud y también los padecimientos se incrementan cuando las personas tienen alguna discapacidad. Al respecto, la OMS [2009] sugiere mejorar las condiciones laborales y las políticas de protección social.

En el modelo 3 se incorporó el nivel educativo, además de los factores socioeconómicos. Resalta que la variable hombres no indígenas es significativa y presenta una mayor probabilidad de padecer problemas de salud, en comparación con los

hombres indígenas, cabe mencionar que los efectos marginales entre las mujeres indígenas y no indígenas se mantienen significativos y mayores.

Además, se identifica una relación negativa de los padecimientos de salud de mujeres y hombres con relación a tener mayor escolaridad, dado que al tener un nivel de primaria o secundaria incompleta la probabilidad se reduce en -2.1 puntos porcentuales, entre quienes cuentan con licenciatura y más disminuye en -5.1 puntos porcentuales; en comparación con quienes no cuentan con escolaridad (cuadro 3). Lo cual, es consecuente con los DSS [OMS, 2009], ya que el rezago educativo fomenta las inequidades y limita el desarrollo. Asimismo, se reconoce que los mayores grados de educación se relaciona con más atención a la salud [Hurtado, Rosas y Valdés, 2013].

Como argumenta Cabrera *et al.* [2012], una alternativa para acercarse a la justicia social sería ofrecer de forma igualitaria educación de calidad a toda la población, con el fin de garantizar mejores empleos y niveles de ingresos, los cuales permitan acceder a óptimas condiciones materiales y de salud; en el entendido de que las inequidades en salud se originan en la distribución desigual de la riqueza y del poder.

Para el modelo 4 se agregan variables que dan cuenta de la condición de actividad económica, adicional a los factores socioeconómicos y el nivel educativo. Las probabilidades de padecimientos de salud entre hombres no indígenas, mujeres indígenas y no indígenas, mantienen su relación positiva en comparación con hombres indígenas. Además, al controlar por variables relacionadas con la actividad, las indígenas reducen su probabilidad de padecer enfermedades, caso contrario a lo que pasa con las no indígenas, quienes incrementan su probabilidad con respecto al modelo 1.

Se identifica una relación negativa entre quienes realizan trabajo no subordinado o mantienen otra condición de actividad, tomando como categoría de referencia el trabajo subordinado. El estrato socioeconómico medio alto reduce la

probabilidad de presentar padecimientos en salud en -2.1 puntos porcentuales, en contraste con el estrato bajo.

En el modelo 5 se incorporan los servicios de salud, adicionalmente a los factores socioeconómicos, el nivel educativo y la condición económica. En este caso, destaca la afiliación al Seguro Popular por incrementar la probabilidad de tener padecimientos en salud, en 2.9 puntos porcentuales; relación positiva que también se presenta en las variables de atención médica por alguna institución y contribución a la seguridad social (cuadro 3). Resultados consecuentes con la realidad, debido a que no se fomenta la prevención a pesar de tener servicios de salud. Asimismo, indica la poca relevancia que tiene el Seguro Popular para la prevención padecimientos de salud.

Resulta relevante observar que, al incorporar estos factores de protección de la salud, la probabilidad de tener padecimientos en los últimos cinco años es menor para las indígenas, pero mayor para mujeres no indígenas, en contraste con el modelo 1 (cuadro 3). Al controlar con estas variables se ve reducida la incidencia de los padecimientos de salud de mujeres indígenas, pero para el caso de las no indígenas los problemas de salud son consecuencias de otras dinámicas, como pueden ser aquellas propias de las ciudades, la contaminación, el estrés, entre otras.

En el modelo 5, la variable hombres indígenas sí resultó estadísticamente significativa, es decir, la probabilidad de presentar un padecimiento es mayor en comparación con los hombres no indígenas. Este resultado puede denotar que están expuestos a enfrentar padecimientos de salud por ser menos propensos a la prevención y al cuidado, y enfrentar condiciones de enfermedad más severas por factores de género, como resultado de ser más renuentes a la atención médica en general, pero no menos propensos a enfermedades.

Cuadro 3. Efectos marginales sobre determinantes de problemas en salud, por género y etnia (2018)

Variables independientes	Modelo1 dy/dx	Modelo2 dy/dx	Modelo3 dy/dx	Modelo4 dy/dx	Modelo 5 dy/dx
Género y población indígena					
Hombres indígenas (<i>cat. ref.</i>)					
Hombres no indígenas	0.003	0.015	0.021**	0.022**	0.021*
Mujeres indígenas	0.055***	0.048***	0.047***	0.046***	0.046***
Mujeres no indígenas	0.049***	0.048***	0.054***	0.054***	0.054***
Factores sociodemográficos					
Edad		-0.004***	-0.003***	-0.004***	-0.005***
Edad 2		0.000***	0.000***	0.000***	0.000***
Parentesco: jefe(a) de hogar (<i>cat. ref.</i>)		0.018***	0.017***	0.015***	0.019***
Parentesco: cónyuge		-0.010*	-0.011*	-0.011**	-0.009
Parentesco: hijo(a)		-0.009	-0.010	-0.011	-0.008
Parentesco: otro		0.020***	0.019***	0.015*	0.010*
Situación conyugal: soltero(a) (<i>cat. ref.</i>)		0.028***	0.026***	0.024***	0.021**
Situación conyugal: en unión		0.032***	0.028**	0.024*	0.024**
Situación conyugal: separado(a) o divorciado		0.001	-0.001	-0.003	-0.005
Situación conyugal: viudo(a)		0.084***	0.082***	0.083***	0.082***
Hogares con menores de 12 años		-0.007*	-0.008*	-0.008*	-0.007
Presenta discapacidad		0.005	0.007*	0.007*	0.006
Grado de apoyo social: bajo (<i>cat. ref.</i>)		-0.004***	-0.003***	-0.004***	-0.005***
Grado de apoyo social: medio		0.000***	0.000***	0.000***	0.000***
Grado de apoyo social: alto		0.018***	0.017***	0.015***	0.019***

Variables independientes	Modelo1 dy/dx	Modelo 2 dy/dx	Modelo3 dy/dx	Modelo4 dy/dx	Modelo 5 dy/dx
Educación					
Sin escolaridad (<i>cat. ref.</i>)					
Escolaridad:primariaosecundaria incompleta			-0.021***	-0.017**	-0.022***
Escolaridadsecundaria,preparatoria y licenciatura incompleta			-0.022***	-0.019**	-0.027***
Escolaridad:licenciaturaymás			-0.051***	-0.044***	-0.057***
Condición económica					
Condición de actividad: trabajo subordinado (<i>cat. ref.</i>)					
Condicióndeactividad:trabajono subordinado				-0.011**	-0.001
Condicióndeactividad:trabajo doméstico no remunerado				0.002	0.011**
Condición de actividad: otro				-0.021***	-0.015**
Estrato socioeconómico: bajo (<i>cat. ref.</i>)				0.003	0.002
Estratosocioeconómicomediobajo				-0.021**	-0.024
Estratosocioeconómicomedioalto				-0.021	0.000**
Estrato socioeconómico: alto				-0.011**	-0.001
Servicios de salud Afiliado al Seguro Popular					0.025
Atención médica por alguna institución					0.013***
Contribuciónalaseguridadsocial					0.036**

Notas: significativa al *** 1%, ** 5% y * 10%.

La ENIGH 2018 tiene un diseño bietápico, estratificado y por conglomerados, por lo tanto en la estimación del modelo de regresión se consideró al ajuste por muestras complejas (mediante el comando svy de Stata).

Fuente: cálculos propios.

Con estos resultados, se contribuye a revisar diversos factores que se intersectan y modifican las incidencias en los padecimientos de salud, al contar con mayores elementos estadísticos y cercanos con las condiciones de la población.

Los retos para las poblaciones más desprotegidas son amplios, como es el caso de la población indígena. Sin embargo, con investigaciones que busquen recopilar diversas desigualdades se favorecen estrategias más específicas y acordes a las necesidades de cada población. Con este libro se abona a los estudios de la inequidad, interseccionalidad e intersectorialidad en salud, con algunos retos para grupos de población indígena y se rescata que hay factores que influyen en los padecimientos de salud.

En la siguiente sección se presentan algunas sugerencias, como consecuencia de los resultados de los modelos logísticos estimados, para abonar a mejorar las condiciones de salud.

ESTRATEGIAS ANTE LAS INEQUIDADES EN SALUD PARA LA POBLACIÓN INDÍGENA

Los medios para mejorar las condiciones sociales y económicas de la población indígena se vinculan estrechamente con sus niveles educativos, con sus ingresos y con el desarrollo de sus capacidades. Por el contrario, mantener limitaciones en ingresos, problemas en las condiciones de salud/enfermedad y bajos niveles educativos derivan en privación social absoluta, y restringen sus capacidades y libertades [Hurtado, Rosas y Valdés, 2013].

Al respecto, Torres *et al.* [2003] sugieren reducir la exposición a factores de riesgo, limitar los niveles de pobreza, fomentar oportunidades educativas y en el mercado de trabajo, adecuados servicios de salud pública y políticas redistributivas, con impuestos progresivos y con programas sociales efectivos. Además, promover oportunidades de desarrollo, incrementar el

acceso a servicios básicos y generar cambios macroeconómicos y culturales [Torres *et al.*, 2003]. También, contribuyen en mejorar el estado de salud de las personas en general.

Además, se requiere plena garantía para ejercer los derechos a la población indígena y en particular de las mujeres, debido a que es una obligación positiva que se mandata al Estado, para organizar el aparato gubernamental y sus estructuras en favor de asegurar en sentido jurídico el ejercicio de los derechos humanos; es decir, es una obligación del Estado asegurar que se cumpla el marco de derechos y realizar acciones y políticas gubernamentales en favor de este grupo de la población [Herrera y Duhaime, 2014]. Al mismo tiempo, el Estado debe implementar acciones específicas para que las indígenas aseguren el pleno acceso a la salud materna, sin ser discriminadas; así como fomentar la prevención, con la consideración de sus tradiciones, cultura y creencias [Herrera y Duhaime, 2014]. Con ello, se establecen ciertos avances sólidos y tangibles en favor de la igualdad en salud.

Para toda la población, resulta conveniente y urgente atender los problemas de la pobreza, la nutrición, la salud y la educación, como lo sugiere la OMS [2009]. Además de generar estrategias para el desarrollo de la primera infancia, acceso a empleos decentes, comunidades con condiciones saludables y atender determinantes sociales de forma específica, siempre desde una perspectiva de reconocimiento social, cultural e histórico [Kirmayer y Brass, 2016]. Para asegurar el ejercicio de los derechos ya establecidos en el marco normativo nacional e internacional.

Una estrategia utilizada en Australia para lograr un punto de vista integral en la situación de salud de la población indígena, fue que el gobierno incluyera información sobre: desarrollo infantil; educación y desarrollo de habilidades; condiciones laborales; ingreso para vida saludable; comunidades sostenibles; y determinantes sociales para la prevención [Marmot, 2011].

Adicional a estas sugerencias para revertir la inequidad en salud de la población indígena, en el siguiente capítulo se presenta la propuesta de la intersectorialidad, para implementar acciones que dismantelen y disminuyan la inequidad y la interseccionalidad en salud para toda la población y para cada grupo en desventaja; como las personas indígenas, con prioridad en la articulación de estrategias ante retos de amplio aspecto, como lo representan la desigualdad de género y la inequidad en salud.

6. ALTERNATIVAS A LA INEQUIDAD E INTERSECCIONALIDAD EN SALUD

En este capítulo se presentan algunas alternativas a los amplios retos que generan las inequidades y la interseccionalidad en salud. En primera instancia se desarrolla la intersectorialidad y después se sintetizan algunas reflexiones y recomendaciones para lograr la equidad en salud, en particular para grupos de población que enfrentan cúmulos de desigualdades como la población indígena.

INTERSECTORIALIDAD. ESTRATEGIA A LA INTERSECCIONALIDAD EN SALUD

La interseccionalidad no es prescriptiva, ya que no sugiere algún diseño particular o forma unificada de realizar una investigación, en cambio, sugiere cambios conceptuales en la forma de entender las categorías sociales, las relaciones y las interacciones; a su vez, contribuye a transformar la forma en que se analizan procesos y mecanismos de poder, los cuales inciden en las inequidades en salud [Hankivsky, 2012].

Además, la interseccionalidad busca acentuar las diferencias entre grupos de población, los cuales suelen ser considerados como homogéneos, como son las mujeres, los hombres, las personas migrantes o la población indígena; a su vez, destaca que las desigualdades de grupo o individuales se generan por la interacción entre múltiples condiciones de poder, instituciones, factores de discriminación y por otros procesos, como los generados por el sistema económico [Kapilashrami

y Hankivsky, 2018]. Al mismo tiempo, reconoce las experiencias específicas de marginación y desigualdad por grupos sociales distintos, las cuales no se manifiestan al generalizar, es decir, con la perspectiva de interseccionalidad se contrarresta la búsqueda de universalizar prácticas casuales de exclusión [Castán y Neves, 2018].

Así, las investigaciones realizadas desde un punto de vista interseccional tienen potencial de generar paradigmas novedosos de investigación y de políticas, los cuales inciden en acciones y soluciones en favor de la equidad en salud; para ello, es recomendable la consideración de políticas que repercutan en distintos sectores, como el educativo, el de asistencia social, el normativo y el de salud [López y Gadsden, 2016].

Al respecto, Castell [2007] sugiere como estrategia para el desarrollo de políticas para la salud humana tres estrategias:

1. Difundir con mayor atención entre la población los factores que son determinantes de la sanidad e impulsar la participación social en favor de la salud.
2. Impulsar el tema de la salud en distintos sectores gubernamentales.
3. Promover acciones integrales, interdisciplinarias e intersectoriales en salud, las cuales incidan ampliamente en el estado de salud de la población.

El concepto de intersectorialidad en salud tiene sus antecedentes en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Kazajistán del 6 al 12 de septiembre de 1978, con la declaración de Alma Ata que destacó la importancia de la atención primaria en salud, como conjunto de valores para el desarrollo sanitario y en donde el factor central de política se encontraba en la intersectorialidad. Se resalta que la atención primaria en salud requería considerar la participación del sector salud, así como de todos los

sectores y campos relacionados con el desarrollo nacional y el comunitario [Organización Panamericana de la Salud, 2015].

Cabe destacar que la intersectorialidad se define como las “acciones integradas entre diferentes sectores responsables por las políticas sociales y entre diferentes espacios de la esfera pública” [Lisboa y Lolatto, 2013: 410].¹ Además, implica que distintas entidades del gobierno ofrezcan sus servicios hacia un mismo grupo poblacional, con el fin de atender y solucionar necesidades sociales de forma articulada, y de ser posible prevenir las complejidades y diversidades que ocasionan las causas de origen. La intersectorialidad requiere que los sectores trabajen con acuerdos conjuntos para alcanzar cambios sociales en favor de mejorar las condiciones actuales [Cunill, 2014].

Por otra parte, la intersectorialidad no es lo mismo que la transversalidad, en este caso no se busca sustituir estructuras sectoriales que ya existen, en tanto, se pretende incluir otras líneas de trabajo y objetivos para distintos sectores. Por su parte, la transversalidad a pesar de que no se centra en la gestión operativa, sí se preocupa por el diseño de objetivos, planeación y evaluación [Cunill, 2014]. En relación con la intersectorialidad, se procura que distintas dependencias tengan un objetivo común, con acciones coordinadas y estrategias claras para mejorar la salud de la población.

Con ello, se contribuye a mejorar el suministro de servicios públicos y al mismo tiempo se busca ir más allá de la simple atención como paliativo, al promover la resolución de problemas fundamentales de política pública; en el entendido que contrarrestar retos multicausales con integración sectorial, deriva en mejores resultados, debido a que se implementan soluciones

¹ En el caso de América Latina, las acciones desde la intersectorialidad se vinculan con la intención conceptual de que los problemas sociales requieren ser atendidos desde una visión multidimensional y con perspectiva de derechos [Cunill, 2014].

más adecuadas y se comparten recursos gubernamentales de forma más eficiente [Cunill, 2014].

Al respecto, la intersectorialidad aborda un modelo de gestión integrado en diversos sectores, como son las políticas dirigidas hacia una perspectiva temática, como políticas en favor de los derechos de las mujeres y las jóvenes, desde una perspectiva de diversidad étnica [Lisboa y Lolatto, 2013]. Asimismo, la conceptualización de la intersectorialidad incluye la coordinada intervención de dependencias de distintos sectores sociales, orientadas a atender problemas relacionados con salud, bienestar y calidad de vida [Castell, 2007]. Por ello, la pertinencia de atender retos de la inequidad e intersectorialidad en salud desde una visión de igualdad de género y con interés del ciclo vital.

Desde esta perspectiva, la salud no se debe restringir al sector salud, se requiere involucrar a diversos sectores y tener vínculos constantes y adecuados para atender las necesidades de acceso y atención a la salud. Por ello, resulta relevante articular políticas desde la intersectorialidad, con el objetivo de que los programas no sean aislados y realmente promuevan la atención integral y articulada en favor de la población [Juárez *et al.*, 2014]. En este sentido, Cunill [2014] sugiere dirigir las políticas sociales a públicos específicos, en lugar de dirigir la resolución del problema público, con interés de priorizar la promoción de los derechos de forma integral.

El sistema de salud no se puede comprender como sistema lineal, es un sistema complejo con interacciones y no es determinístico, así la intersectorialidad refiere a convergencia e interacción entre nodos en redes que son complejas, es decir, no implica solamente que diversos sectores gubernamentales acuerden decisiones comunes; se busca definir políticas públicas mediante la innovación interdisciplinaria, donde se incluyan aportaciones desde neurociencias, endocrinología, nutriología, pedagogía, sociología, antropología y sistemas de salud, además de otras disciplinas que aporten al conocimiento

[Barajas, 2012]. Con un objetivo común y alcanzable, lo cual implica replantear estrategias desde un fin compartido y asegurar que se vean ejercidas en las acciones de las dependencias gubernamentales.

En el mismo sentido, la Organización Panamericana de la Salud [OPS, 2015] recomienda el uso de la intersectorialidad para casos con problemas complejos, donde se integren sectores, en casos de altos niveles de vulnerabilidad y para promover modificaciones profundas en la conducta de la población, familias y en el entorno. Además, al realizar acciones con intersectorialidad se espera contar con planeación estratégica y generar resultados enfocados hacia la salud, en donde se logren mejores avances cuantitativos y cualitativos en el bienestar y en la calidad de vida de la población [Castell y Gispert, 2012].

En relación con las políticas públicas desde la intersectorialidad, se debe incluir la negociación entre diversos actores que las integran, ya que hay arreglos institucionales que involucran procedimientos y procesos que mantienen el funcionamiento del sistema, es decir, hay que incluir normas subjetivas que no están escritas e involucrar códigos de conducta internos y externos que no forman parte de la normativa suscrita. Siguiendo este argumento, un reto esencial de la intersectorialidad es acordar con todas las partes y lograr una coordinación fundamentada en los servicios y competencias de cada dependencia; así como contar con los suficientes recursos humanos, materiales y financieros [Ramírez, 2016].

Además, es conveniente tener una perspectiva cercana a la población, en donde la integración se realice desde instituciones próximas a las personas usuarias [Cunill, 2014]. Esta situación, implica acciones de política pública que integren a la sociedad civil organizada y a todas las comunidades menos organizadas, trascender las comunicaciones tradicionales e incluir a las voces menos escuchadas, como es la población indígena, para asegurar resultados adecuados, y no estrategias

costosas y con poca incidencia en la salud de las personas y en las inequidades.

Para ello, se debe priorizar la coordinación entre instituciones con el fin de tener revisiones y observaciones entre dependencias y no dejar excluido a algún grupo específico de la población. Como se destacó, se requiere un objetivo común y específico gubernamental, como es la salud, para adecuar la gestión interna y alcanzar la meta esperada [Ramírez, 2016]. Asimismo, se necesita que la intersectorialidad se base en relaciones con sectores de forma horizontal, con interdependencia de políticas públicas [Lisboa y Lolatto, 2013].²

Para establecer el alcance de las relaciones que se generan en la intersectorialidad del sector de salud, con otras entidades gubernamentales, de acuerdo con Meijers y Stead [2004] y Solar *et al.* [2009] se requiere sean basadas en el intercambio de información, como un paso inicial de la intersectorialidad; en la cooperación, el fin de que el trabajo conjunto derive en eficiencia de acciones por entidad; la coordinación, donde se ajusten políticas y programas por sector, para que sean más eficaces y eficientes; y en la integración de entidades, desde la formulación y con financiamiento encausados hacia objetivos sociales comunes.

Por su parte, Castell [2007] identifica tres factores que contribuyen a tener perspectivas y métodos adecuados para que la intersectorialidad tenga éxito:

1. Los determinantes, los cuales incluyen sectores, instituciones y programas que inciden en las condiciones sociales de la población.

² Se entiende que el prefijo “inter” (en la “intersectorialidad”) se refiere a ir más allá de la sectorialidad de las políticas, lo cual, implica posicionar la disciplinariedad en el conocimiento y en la praxis; en este sentido, la intersectorialidad se relaciona con la discusión de interdisciplinariedad, entendida como un conjunto de principios que facilitan la articulación entre disciplinas, con el fin de llegar a una perspectiva global [Lisboa y Lolatto, 2013].

2. Los condicionantes, dependen de condiciones previas y se refiere a voluntad política, actividad del Estado y del gobierno, reformas adecuadas en salud, fortalecimiento de secretarías gubernamentales, descentralización en salud, inversión en tecnología y sociedad organizada.
3. Los desencadenantes, encaminados en actividades gerenciales, como conducción programática en el sector salud, organización del directivo y profesional, e implementación conceptual de la intersectorialidad en políticas y en la praxis.

Así, es conveniente realizar acciones con métodos determinantes, condicionantes y desencadenantes para asegurar mejores resultados e incidencias de amplio aspecto.

De manera adicional, la intersectorialidad, para Cunill [2014], se refiere a distintos sectores gubernamentales, pero al mismo tiempo conlleva una acción colectiva entre el sector público con otros sectores de la economía, como el mercantil, los privados no mercantiles y con las comunidades; con este vínculo entre espacios públicos, privados y comunitarios se mejora el suministro de algunos servicios, para el caso de bienes que fueran complicados de ofrecerse desde una acción unilateral. Lo cual, representa una alternativa para ofrecer servicios mixtos, pero siempre con cuidado de no deslindar responsabilidades gubernamentales en favor de los privados y evitar acuerdos injustos que perjudiquen a la población.

Además, para la autora la intersectorialidad justifica que diversas instituciones ofrezcan servicios de forma articulada, para que la población esté protegida ante riesgos y contingencias durante el ciclo vital, como es el caso de la salud.

En síntesis, la intersectorialidad representa una alternativa adecuada para mejorar el estado de salud de la población. Al considerar políticas desde diversos sectores se asegura incluir una perspectiva de interseccionalidad y se favorece la promoción de cambios vinculados con los DSS, al mismo

tiempo se generan acciones que vayan más allá de la percepción de la epidemiología social y trasciendan las estructuras y las relaciones de poder.

Asimismo, un paso fundamental para revertir las inequidades en salud es incluir los factores sociales y económicos, asegurar la justicia social, en términos de Sen [2011], y que todas las personas ejerzan sus derechos a la salud con perspectiva de capacidad, de acuerdo con Nussbaum [2012], con plenitud y libertad.

Para finalizar el libro, se presentan algunas reflexiones y recomendaciones sobre la igualdad, se indican los retos futuros para la investigación para concretar estas acciones en México y en otras regiones del mundo.

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

La interseccionalidad responde de forma integral a cuestionamientos sobre la justicia distributiva, las relaciones de poder y las actividades gubernamentales, es decir, considera problemas actuales más allá de perspectivas de género o de raza; así, la interseccionalidad representa un paradigma de investigación tanto normativo como empírico [Hancock, 2007b], el cual representa oportunidades de estudios de amplio impacto y en favor de la justicia social. En el mismo sentido, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) [2019] parte de la heterogeneidad de las mujeres y sugiere garantizar la perspectiva de diversidad y de las desigualdades de género desde la interseccionalidad, al partir de diversas prácticas opresivas o de privilegio.

Al respecto, se reconoce que las acciones vinculadas con los factores sociales que influyen en la salud requieren considerar a todos los sectores gubernamentales, además de otros sectores fuera del gobierno, como la sociedad civil, las comunidades, el sector privado y los organismos internacionales;

al mismo tiempo, las políticas y los programas deben incluir diversas instituciones y no exclusivamente al sector salud [Marmot *et al.*, 2008; Braveman y Gruskin, 2003] para asegurar mejores resultados. La implementación de políticas públicas requiere adaptarse y considerar a las personas como el objetivo central, con el fin de revertir la injusticia social [Marmot, 2005], así como la inequidad en salud. En el mismo sentido, Braveman y Gottlieb [2014] destaca que las desigualdades generan peores condiciones de salud para grupos en desventaja social y responsabiliza a las políticas públicas de prevenir y de corregir las inequidades en salud.

Con la interseccionalidad se favorece el uso de metodologías óptimas para abordar de forma integral fenómenos complejos [Krause y Ballesteros, 2018], además contribuye a disminuir la inequidad en salud. A su vez, desde la ciencia económica se aporta a la interseccionalidad con herramientas econométricas, las cuales permiten obtener datos estadísticos sobre el cúmulo de inequidades que inciden en la población estudiada, como es el caso de la población indígena estimada en el capítulo 4. Así, mediante el control de variables, se puede obtener un panorama más cercano a la interseccionalidad en salud.

Al respecto, las acciones para la igualdad que consideran la interseccionalidad en las políticas públicas evidencian la preocupación por el incremento de diversas formas de desigualdad social, de represión y de poder que enfrentan las mujeres [Lisboa y Lolatto, 2013]. Con esta idea, se asegura tener mejores resultados al momento de hacer análisis y para proponer alternativas de cambio, en favor de las personas que enfrentan inequidades en salud.

Un ejemplo de la implementación de la interseccionalidad en salud es el caso cubano. En donde la salud se considera un factor de desarrollo y es un derecho ciudadano, sin restricciones ni exclusiones por raza, edad, género, filiación política o credo. Con base en ello, el Sistema Nacional de Salud de

Cuba privilegió la equidad en salud, con base en universalidad, accesibilidad y gratuidad; participación multisectorial e intersectorial; colaboración de la comunidad; adecuada red de unidades médicas; programas preventivos; centralidad de políticas sanitarias y descentralización de la gestión [Castell, 2007]. Así, se logró mejorar el estado de salud de la población y acercarse a la equidad en salud.

Cabe destacar el avance en el ejercicio de los derechos de la población deben ser efectivamente ejercidos y no estar sujetos al tipo de gobierno o a la “buena voluntad”. La reivindicación de la igualdad entre los géneros, de la clase y de la raza/etnia representa un proceso de largo plazo y está en función de la estructura en que se entrelazan los vínculos por sexo en una sociedad y en un tiempo determinado [Lisboa y Lolatto, 2013]. Así, se requiere concretar en un periodo determinado avances sustantivos para erradicar las inequidades en salud, al considerar factores de interseccionalidad.

Con el análisis desde la interseccionalidad se contribuye a orientar el diseño de políticas públicas y programas desde una perspectiva de visión crítica, en donde se cuestione y se establezca con claridad hacia quién dirigirse, proteger, así como qué se debe promover y con cuáles fines. Asimismo, esta estrategia de política pública permite monitorear y evaluar de forma sencilla el impacto por subgrupos, desde los más desfavorecidos hasta quienes cuentan con más ventajas sociales [López y Gadsden, 2017]. Para asegurar, resultados efectivos y heterogéneos para diversos grupos de población es fundamental mejorar las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales, como argumenta Rubio [2013], en favor de la población.

Es preciso señalar, que las desigualdades de género prevalecen durante todo el ciclo vital, como se presentan en el mercado de trabajo, desde el acceso hasta la segmentación horizontal y vertical, así como en el trabajo informal y en salarios desiguales; condicionantes que derivan en discriminación en el periodo de vejez, con pensiones inequitativas por sexo, las

mujeres enfrentan baja cobertura y menores montos que los hombres [Cepal, 2019]. En relación con las desigualdades de género y salud, algunas propuestas en favor de la salud desde la perspectiva de género son sintetizadas por Sen y Östlin [2007], mediante siete perspectivas que promueven cambios sustantivos:

1. Incidir en dimensiones estructurales esenciales de la desigualdad de género, mediante la transformación del marco normativo de los derechos humanos de las mujeres; no limitar recursos y atención en el acceso, asequibilidad y disponibilidad de servicios de salud durante reformas económicas; y apoyar con recursos, infraestructura y políticas públicas, así como cambios en normas de género vinculadas con el cuidado no remunerado.
2. Cuestionar los estereotipos de género y fomentar cambios en normas y prácticas que afecten la salud de las mujeres, con base en el cumplimiento de los acuerdos internacionales y regionales; así como en generar cambios en niños y hombres para transformar modelos de riesgo y prácticas violentas.
3. Reducir riesgos de salud atendiendo la exposición y la vulnerabilidad vinculada con el género, con atención diferenciada por sexo; eliminar sesgos sociales; cambios estructurales en modos de vida y comportamientos;
4. Aumentar el acceso a servicios de salud y mayor responsabilidad de sistemas de salud por las mujeres, con base en salud integral y esencial, accesible de forma aceptable y asequible, y con participación de las mujeres; atención con perspectivas de género; reconocimiento a las mujeres del sector de la salud, de forma remunerada y no remunerada, en el trabajo de cuidado.

5. Considerar mejoras en datos básicos de políticas sobre cambios en desequilibrios de género, con recopilación adecuada por sexo que sea útil para implementar políticas y favorecer la participación de mujeres en la investigación en salud.
6. Incorporar eficientemente la igualdad de género y empoderar a las mujeres en relación a la salud, con incentivos y mecanismos de responsabilidad colectiva.
7. Apoyar organizaciones de mujeres para asegurarles una voz y representación.

Asimismo, se requiere transformar valores, imaginarios y prácticas en relación con la estructura de género, en lo individual y en lo institucional [González, 2012]. En el mismo sentido, Ravindran y Kelkar [2010] consideran la urgencia de incorporación de forma explícita de la equidad de género y social como condición básica en la salud.

Para concretar estas acciones se requiere voluntad política, acuerdos sociales y direccionar políticas económicas hacia los intereses de la mayoría. El Estado con la sociedad deben ser promotores de cambio. Es probable que gran parte de las propuestas y sugerencias indicadas en esta sección, como en anteriores, ya formen parte del marco normativo y de operación nacional, sin embargo, si no se convierten en hechos concretos y se avanza a la equidad en salud serán de poca utilidad real.

Los alcances en la investigación de las inequidades y de la interseccionalidad en salud son diversos, cuando se involucran múltiples factores a las condiciones de desigualdad se dificulta la medición, pero desde la ciencia económica se contribuye con metodologías y estrategias econométricas, así como con estudios de modelos complejos.

El reto en México, como para otras regiones, será avanzar en mejores mediciones, estimaciones y estudios sobre inequidades y de la interseccionalidad en salud, en particular, avanzar hacia un escenario de logros concretos, con avances que generen las bases para una sociedad más justa y donde las personas vivan con adecuadas condiciones de salud y con bienestar.

GLOSARIO

Desigualdad

Diferencia que se expresa como distribución asimétrica del poder, se presenta en distintos ámbitos. Es un fenómeno multidimensional que afecta diferentes medios de clasificación, de experiencia y del contexto social. La desigualdad se manifiesta en la aproximación de las oportunidades y en los resultados de la distribución de bienes, incluye las dinámicas de apropiación y de explotación [Reygadas, 2004]. La desigualdad se sostiene por estructuras sociales que persisten, se reproducen y se transforman, resultado de procesos que inciden en las actividades humanas; así, esta condición disminuye la capacidad de la población para funcionar de acuerdo con sus capacidades, incide en el sentido de identidad y en las relaciones para desarrollarse y participar socialmente [Therborn, 2015].

Desigualdad de género

Asimetría social entre mujeres y hombres. Las mujeres se concentran en las actividades privadas y los hombres en la esfera pública. Lo cual, limita a las mujeres en acceder a la riqueza, a la toma de decisión, a trabajo remunerado y las relega a discriminación por género. Esta condición se vincula con factores económicos, sociales, políticos y culturales, y se puede estimar mediante brechas de género [Instituto Nacional de las Mujeres, 2007].

Determinantes sociales de la salud

Se refiere a las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece, donde se incluye en el sistema de salud. Resulta de la inequitativa distribución de la riqueza, el poder y los recursos. Los determinantes sociales de la salud explican en amplio aspecto las inequidades sanitarias, es decir, las diferencias injustas y evitables al interior y entre países con relación a su condición de salud [OMS, 2008].

Epidemiología

Es el estudio de la distribución y los determinantes de fenómenos vinculados con la salud, en especial de enfermedades, con la aplicación de estudios sobre el control de enfermedades y otros problemas de salud. Son diversos los métodos para realizar investigaciones epidemiológicas, como son la vigilancia y los estudios descriptivos, los cuales sirven para examinar la distribución de enfermedades; en tanto, los estudios analíticos son usados para estudiar factores determinantes [OMS, 2008].

Epidemiología crítica

Es una corriente crítica sobre los postulados de la epidemiología clásica. La cual establece, como última instancia, que las condiciones materiales de existencia determinan la distribución inequitativa de la salud y la enfermedad en los grupos humanos. Dichas condiciones están dadas, principalmente, por patrones de producción y reproducción social, por ello, se consideran determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad [Eslava, 2017].

Epidemiología social

Esta corriente se asocia con la investigación de los determinantes sociales de la salud, con la enfermedad y el bienestar de las personas; considera que los factores sociales son prioritarios y no son simples trasfondos de los fenómenos biomédicos [Krieger, 2002]. La epidemiología social converge con los derechos humanos, destaca la forma en que las condiciones sociales y económicas, así como los derechos económicos, sociales y culturales, influyen en los determinantes que afectan la salud de la población. De esta perspectiva, el cumplimiento y aplicación de los derechos humanos implicaría solucionar las necesidades de cuidado de la salud, además mejoraría las condiciones sociales y el acceso a bienes materiales [Rubio, 2013].

Equidad de género

Implica un principio de justicia. Se relaciona con la igualdad sustantiva y el reconocimiento de diferencias sociales. Esta equidad busca eliminar las diferencias, con imperativos éticos que mandatan a la sociedad a atender circunstancias y contextos que propician la desigualdad, al reconocer la diversidad social, de modo que la población realice sus actividades y propósitos de vida de acuerdo con sus diferencias. Lo cual, incluye el respeto y la garantía de los derechos humanos, así como la igualdad de oportunidades [Inmujeres, 2007].

Equidad en salud

Se entiende como la eliminación de disparidades en salud, las cuales se consideran injustas, ya sea entre grupos sociales al

interior o externas a cada país [Krieger, 2002]. La equidad en la salud se entiende como un concepto multidimensional, se preocupa por el logro de salud y de la capacidad de alcanzar una buena salud, no solo en términos del acceso a la asistencia sanitaria, sino del estado de salud. Desde esta consideración, las enfermedades están dominadas por razones sociales, como la pobreza, la desigualdad en los ingresos o las carencias sociales, las cuales influyen más que las decisiones personales, como resultado de conductas de riesgo de la población, como fumar, entre otros posibles riesgos; así las condiciones sociales inequitativas de salud influyen en la justicia social [Sen, 2002].

Exclusión social

Es un proceso multidimensional, el cual tiende a acumular, a combinar y a separar, a los individuos y a los colectivos, respecto de derechos sociales fundamentales, como son trabajo, educación, salud, cultura, economía y política. En tanto, otros grupos sí cuentan con acceso y posibilidad de disfrutar estos derechos, y terminan por anular el concepto de ciudadanía [Jiménez, 2008].

Género

Concepto sobre la construcción social de ser mujeres y hombres, como resultado de funciones, convenciones y comportamientos asignados por sexo. Los papeles de cada género varían a lo largo del tiempo y del lugar de estudios, es decir, son particulares entre diferentes sociedades y en una misma sociedad, en especial como resultado de las divisiones sociales

fundamentadas en premisas y relaciones de poder y de autoridad [Krieger, 2002].

Igualdad

Implica el principio de que todos los seres humanos son iguales, representa el fundamento ético y político de una sociedad democrática. Representa la combinación de aspectos constitucionales y de justicia distributiva. Se considera que el Estado debe proveer imparcialidad e igualdad en la posesión y disfrute de los mismos derechos básicos de carácter político y económico, así como igual participación para cada integrante de la sociedad en cualquier ámbito de la vida [Inmujeres, 2007].

Igualdad de género

Se fundamenta en el principio de igualdad, en que todas las personas tienen libertad para desarrollar sus habilidades y poder elegir sin estar limitados por estereotipos, funciones de género o prejuicios. Se busca asegurar que los comportamientos, las aspiraciones y las necesidades de las mujeres y de los hombres sean valorados y atendidos de forma similar. Es decir, los derechos, las responsabilidades y las oportunidades no deben depender del hecho de ser mujeres o de ser hombres [Inmujeres, 2007].

Inequidad en salud

Son diferencias resultado de condiciones sociales desiguales que se consideran injustas. La calificación de injusta implica

una valoración sobre la posibilidad de evitar las desigualdades, así como por la aplicación del concepto de justicia distributiva [Evans, Whitehead, Diderich y Wirth, 2002]. Para clasificar una situación como inequitativa, se examinan las causas que lo generan y se evalúa con relación al contexto que prevalece en el resto de la sociedad. A su vez, se sugiere que los juicios sobre acciones injustas se realicen con base en la posibilidad de elección del modo de vida y respecto de las condiciones de laborales de la población [Whitehead, 1992].

Interseccionalidad

Es una herramienta teórica y metodológica para analizar las diferencias históricas y normas restrictivas fundamentadas en categorías socioculturales construidas, como el género, la etnicidad, la raza, la clase, la sexualidad, la edad, la nacionalidad, la lengua materna, entre otras; las cuales, interactúan y se interrelacionan de forma que generan diferentes formas de desigualdades sociales [Lykke, 2010]. Este concepto resultó de discusiones sobre la transversalidad del género como una categoría analítica. Así, representa parte del desarrollo ineludible del feminismo no hegemónico, creado desde los años setenta; el cual cuestiona la perspectiva desde una percepción blanca, heterosexual y de clase media. La interseccionalidad surge cuando el derecho ante la discriminación se sometió a una nueva teorización, ahora en ambientes jurídicos reformistas desde visiones políticas de izquierda [La Barbera, 2016: 111]. Cuando se analiza desde la interseccionalidad se destaca: la multiplicidad de experiencias discriminatorias del sexismo enfrentadas por distintas mujeres y la existencia de posiciones sociales privilegiadas, en donde no se padece marginación y tampoco discriminación. Al confrontar el sometimiento con los privilegios, se ofrecen nuevas perspectivas

que superan la perspectiva tradicional de partir desde una idea, se cuestiona desde la dominación cruzada hasta las relaciones sociales (género, raza, clase) como áreas de incidencia y conflicto social [Viveros, 2016].

Intersectorialidad

Se refiere a las acciones integradas entre diferentes sectores responsables de las políticas sociales y entre espacios de la esfera pública para realizar acuerdos conjuntos y lograr cambios sociales que reduzcan y eliminen las condiciones actuales inequitativas [Cunill, 2014]. Se busca la acción e intervención coordinada de dependencias de distintos sectores gubernamentales, encaminadas a resolver problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida [Castell, 2007].

Justicia social

Este principio es fundamental para la convivencia pacífica y próspera al interior y entre países. La justicia social se alcanza al promover y alcanzar la igualdad de género, los derechos de los pueblos indígenas y de los migrantes. A su vez, resulta fundamental eliminar barreras que enfrentan las personas como consecuencia de su género, edad, raza, etnia, religión, cultura o discapacidad [Rubio, 2013].

Perspectiva de género

Es una herramienta conceptual para mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres son resultado de construcciones

sociales y no determinadas por factores biológicos, consecuencia de diferencias culturales asignadas a distintas poblaciones. Con la perspectiva de género se puede comprender y manifestar las desigualdades de género, contribuir a disminuir y terminar con estas diferencias injustas. Asimismo, cuestiona los estereotipos que se construyen en la sociedad por sexo y fomenta la posibilidad de generar otras relaciones sociales equitativas y justas, en particular para las mujeres [Inmujeres, 2007].

Población indígena

Se refiere a la agrupación de personas con raíces en tierras ancestrales, anteriores al establecimiento del Estado nación. En general, la etnicidad no está definida por características rígidas, sino por un contexto particular, en donde se involucran dimensiones como el idioma, la religión, el territorio y la raza [Armenta, Sandín y Bolúmar, 2019].

Pobreza

Condición que refiere a la privación de recursos y de capacidades, así como la ausencia de seguridad y poder para disfrutar una vida digna. A su vez, implica la vulneración a varios derechos, como los económicos, políticos, sociales y culturales; se puede considerar como una situación multifacética, la cual se caracteriza por la dificultad o imposibilidad de escapar sin ayuda externa [Jiménez, 2008]. Asimismo, se conceptualiza como la incapacidad de acceder a un cúmulo de necesidades básicas, las cuales se conforman por agua, vivienda, vestimenta, ingreso y empleo [Ruch y Geyer, 2017].

Raza/etnia

Es una categoría social, la cual refiere a grupos que suelen compartir una herencia cultural y ascendencia similar, quienes tienden a ser forjados por sistemas opresivos consecuencia de opresiones raciales; en donde un grupo de poder se beneficia del dominio ante otro grupo dominado, caracterizando a este grupo poblacional por la dominación y la discriminación, consecuencia de características físicas selectivas, como el color de la piel [Krieger, 2002].

Transversalidad

Concepto utilizado para explicar el término en inglés: *mains-streaming*. Hace referencia a la idea de incorporar la perspectiva de igualdad de género en todos los niveles y las etapas que integran a la formulación de políticas públicas. Con ello, se busca transformar la forma en la que funcionan las instituciones gubernamentales, con acciones transversales se pretende incidir para que la igualdad de género se consolide hasta que sean institucionalizadas dentro de la administración del Estado [Inmujeres, 2007].

Vulnerabilidad

Es una condición de personas o grupos que enfrentan una clara desventaja o debilidad social, consecuencia de la falta de oportunidades o por la restricción de recursos financieros, humanos y sociales [Inmujeres, 2007]. Representa la probabilidad de incurrir en pobreza en un futuro, o que las condiciones de pobreza se empeoren hasta llegar a una pobreza extrema. Es

un concepto relevante al considerarse fuente de información para el diagnóstico de mejores políticas de protección social, las cuales frenen que ciertos grupos de población experimenten precariedades en su bienestar, al priorizar y entender efectivamente a la población que ya se encuentra afectada [Celidoni, 2015]. Asimismo, la vulnerabilidad se refiere a las estructuras e instituciones económicas y sociales, así como a su efecto en las comunidades, las familias y las personas, en relación con distintas dimensiones de la vida social [Pizarro, 2001].

REFERENCIAS

- Agénor, Madina; Nancy Krieger, Bryn Austin, Sebastien Haneuse y Barbara Gottlieb [2014], “At the intersection of sexual orientation, race/ethnicity, and cervical cancer screening: assessing pap test use disparities by sex of sexual partners among black, latina, and white U.S. women”, *Social Science & Medicine*, (116): 110–118.
- Anderson, Ian; Bridget Robson, Michele Connolly, Fadwa Al-Yaman, Espen Bjertness, Alexandra King, Michael Tynan, Richard Madden, Abhay Bang, Carlos E. A. Coimbra Jr, Maria Amalia Pesantes, Hugo Amigo, Sergei Andronov, Blas Armien, Daniel Ayala Obando, Per Axelsson, Zaid Shakoor Bhatti, Zulfi qar Ahmed Bhutta, Peter Bjerregaard, Marius B. Bjertness, Roberto Briceno-Leon, Ann Ragnhild Broderstad, Patricia Bustos, Virasakdi Chongsuvivatwong, Jiayou Chu, Deji, Jitendra Gouda *et al.* [2016], “Indigenous and tribal peoples’ health (the Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study”, *The Lancet*, 388: 131–157.
- Annandale, Ellen y Kate Hunt [2000], “Gender inequalities in health: research at the crossroads”, *Gender Inequalities in Health*, Open University Press, Buckingham y Filadelfia.
- Arias Valencia, Samuel [2017], “Epidemiología, equidad en salud y justicia social”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2): 186–196.
- Armenta, Nancy; María Sandín y Francisco Bolívar [2019], “Indigenous language and inequitable maternal health

- care, Guatemala, Mexico, Peru and the Plurinational State of Bolivia”, *Bulletin of the World Health Organization*, 97(1): 59–67.
- Artazcoz, Lucía; Joan Benach y Carme Borrell [2001], “Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands”, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(9): 639–647.
- Artazcoz, Lucía; Joan Benach, Carme Borrell e Immaculada Cortés [2004], “Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class”, *American Journal of Public Health*, 94(1): 82–88.
- Barajas, Enrique [2012], “La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud”, en Manuel Urbina y Miguel González, *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Benach, Joan y Carles Muntaner [2005], *Aprender a mirar la salud ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?*, Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Maracay, Venezuela, 158 pp.
- Benach, Joan; Montse Vergara y Carles Muntaner [2008], “Desigualdad en salud: la mayor epidemia del Siglo XXI”, *Revista Desarrollo y Sociedad*, (103): 29–40.
- Blidon, Marianne [2018], “Reception and use of intersectionality. A reading from french perspective”, *Gender, Place and Culture*, 25(4): 591–602.
- Braveman, Paula y Sofia Gruskin [2003], “Defining equity in health”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4): 254–258.
- Braveman, P. y Gottlieb, L. [2014], “The social determinants of health: it’s time to consider the causes of the causes”, *Public Health Reports*, 129, 19-31, doi.org/10.1177/00333549141291S206

- Breilh, Jaime [2013], “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (Salud Colectiva)”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31: 13–27.
- Brewer, Rose, Cecilia Conrad y Mary King [2002], “The complexities and potential of theorizing gender, caste, race, and class”, *Feminist Economics*, 8(2): 3–18.
- Cabrera, Alejandra; Iliana Camacho, Nashelly Cortés, Catalina Eibenschutz, Rafael González, Luis Ortiz, Jesús Reza y Silvia Tamez [2012], “Por una discusión acerca de los informes de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana”, en Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Rafael González (coords.), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana: 25–45.
- Campos Serna, Javier; Elena Ronda Pérez, Lucía Artazcoz y Fernando Benavides [2012], “Desigualdades de género en salud laboral en España”, *Gaceta Sanitaria*, 26(4): 343–351.
- Castán Broto, Vanesa y Susana Neves Alves [2018], “Intersectionality challenges for the co-production of urban services: notes for a theoretical and methodological agenda”, *Environment and Urbanization*, 30(2): 367–86.
- Castell Florit, Pastor [2007], *La intersectorialidad en la práctica social*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 92 pp.
- Castell Florit, Pastor y Estela de los Ángeles Gispert [2012], “Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(5): 823–833.
- Celidoni, Martina [2015], “Descomposing Vulnerability to Poverty”, *Review of Income and Wealth*, 61(1): 59–74.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) [2016], *La matriz de la desigualdad social en América Latina*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) [2019], *La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Cho, Sumi; Kimberlé Crenshaw y Leslie McCall [2013], “Toward a field of intersectionality studies: theory, applications, and praxis”, *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 38(4): 785–810.
- Choo, Hae Yeon y Marx Myra Ferree [2010], “Practicing intersectionality in sociological research: a critical analysis of inclusions, interactions, and institutions in the study of inequalities”, *Sociological Theory*, 28(2): 129–149.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) [2019], *Medición de la pobreza. Anexo Estadístico 2018*, <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2018.aspx>, 3 de noviembre de 2019.
- Cooper, Helen [2002], “Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health”, *Social Science and Medicine*, 54(5): 693–706.
- Couto, Marcia Thereza; Elda de Oliveira, Marco Antônio Alves Separavich y Olinda do Carmo Luiz [2019], “La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas”, *Salud Colectiva*, (15): 1–14.
- Crenshaw, Kimberlé [1989], “Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of anti-discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”, *University of Chicago Legal Forum*, (1): 57–80.

- Crenshaw, Kimberlé [1991], “Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color”, *Stanford Law Review*, 43(6): 1241–1299.
- Cunill Grau, Nuria [2014], “La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: un acercamiento analítico-conceptual”, *Gestión y Política Pública*, XXIII(1): 5–46.
- Davis, Kathy [2008], “Intersectionality as Buzzword: a sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful”, *Feminist Theory*, 9(1): 67–85.
- Departamento de Salud y Seguridad Social [1980], *Inequalities in health: report of a research working group*, Departamento de Salud y Seguridad Social, Londres.
- Dorlin, Elsa [2012], “L’Atlantique féministe. L’intersectionnalité en débat”, *Papeles del CEIC, International Journal on Collective Identity Research*, 83(2): 1–16.
- Doyal, Lesley [2009], “Challenges in researching life with HIV/AIDS: an intersectional analysis of black african migrants in London”, *Culture, Health & Sexuality*, 11(2): 173–188.
- Escobar Mercado, Modesto; Enrique Fernández Macías y Fabrizio Bernardi [2012], *Análisis de datos con Stata*, Cuadernos Metodológicos 24, segunda edición, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Eslava Castañeda, Juan [2017], “Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad”, *Revista Salud Pública*, 19(3): 396–403.
- Evans, Timothy; Margaret Whitehead, Finn Diderich y Meg Wirth [2002], *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 146 pp.
- Farmer, Melissa y Kenneth Ferraro [2005], “Are racial disparities in health conditional on socioeconomic status?”, *Social Science and Medicine*, 60(1): 191–204.

- Fernández Ham, Patricia [2006], *Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indígenas*, México, CDI, Instituto Nacional de las Mujeres.
- Goicolea, Isabel; Ann Öhman y Carmen Vives-Cases [2017], “Intersections between gender and other relevant social determinants of health inequalities”, *Global Health Action*, 10(2): 1–3.
- González, Soledad [2012], “La violencia de género en el campo mexicano: contribuciones recientes a su conocimiento”, *Estudios Sociológicos*, (30): 213–238.
- Griffin, Joan; Rebecca Fuhrer, Stephen Stansfeld y Michael Marmot [2002], “The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class?”, *Social Science & Medicine*, 54(5): 783–798.
- Grzanka, Patrick (coord.) [2014], *Intersectionality: a Foundations and Frontiers Reader*, Nueva York, Taylor & Francis, 386 pp.
- Gutierrez, Caitlin O’Neill y Peter Hopkins [2014], “Introduction: young people, gender and intersectionality”, *Gender, Place & Culture*, 22(3): 383–389.
- Hancock, Ange Marie [2007a], “Intersectionality as a normative and empirical paradigm”, *Politics and Gender*, 3(2): 248–254.
- Hancock, Ange Marie [2007b], “When multiplication doesn’t equal quick addition: examining intersectionality as a research paradigm”, *Perspectives on Politics*, 5(1): 63–79.
- Hankivsky, Olena [2012], “Women’s health, men’s health, and gender and health: implications of intersectionality”, *Social Science & Medicine*, 74(11): 1 712–1 720.
- Hankivsky, Olena; Lesley Doyal, Gillian Einstein, Ursula Kelly, Janet Shim, Lynn Weber, Robin Repta [2017], “The odd couple: using biomedical and intersectional approaches to address health inequities”, *Global Health Action*, 10: 73–86.

- Hernández Álvarez, Mario [2012], “Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones”, en Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Rafael González (coords.), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana: 169–187.
- Hernández Álvarez, Mario [2008], “El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud”, *Revista de Salud Pública*, 10 sup. (1): 72–82.
- Hernández, Gustavo [2006], *Diccionario de Economía*, Bogotá, Universidad Cooperativa de Colombia, 348 pp.
- Herrera, Carmen y Bernard Duhaime [2014], “La pobreza de las mujeres indígenas en México. Una intersección de discriminaciones en las políticas de Estado”, *Debate Feminista*, (49): 263–285.
- Hosseinoor, Ahmad Reza; Jennifer Stewart Williams, Avni Amin, Islene Araujo de Carvalho, John Beard, Ties Boerma, Paul Kowal, Nirmala Naidoo y Somnath Chatterji [2012], “Social determinants of self-reported health in women and men: understanding the role of gender in population health”, *PLOS ONE*, 7(4): 1–9.
- Hudson, Darrell; Eli Puterman, Kirsten Bibbins-Domingo, Karen Matthews y Nancy Adler [2013], “Race, life course socioeconomic position, racial discrimination, depressive symptoms and self-rated health”, *Social Science & Medicine*, (97): 7–14.
- Hurtado Saa, Teodora; Rocío Rosas Vargas y Alberto Valdés Cobos [2013], “Servicios de salud, discriminación y condición étnica/racial: un estudio de caso de la problemática de México y Colombia”, *Ra Ximhai*, 9(1): 135–151.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) [2019], *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (Enigh) 2018*, <<https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>>, 11 de octubre de 2019.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2018), *Mujeres y Hombres en México 2018*. Ciudad de México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 260 pp.
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) [2007], *Glosario de género*, Ciudad de México, Inmujeres, 162 pp.
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) [2019], “Mujeres indígenas, datos estadísticos en el México actual”, <<https://www.gob.mx/inpi/es/articulos/mujeres-indigenas-datos-estadisticos-en-el-mexico-actual?idiom=es>>, 11 de octubre de 2019.
- Iyer, Aditi; Gita Sen y Pirosha Östlin [2008], “The intersections of gender and class in health status and health care”, *Global Public Health*, 3(1): 13–24.
- Iyer, Aditi; Gita Sen y Pirosha Östlin [2010], “Inequalities and intersections in health: a review of the evidence”, en Gita Sen y Pirosha Östlin, *Gender Equity in Health. The Shifting Frontiers of Evidence and Action Edited*, Nueva York, Routledge.
- Jiménez, Magdalena [2008], “Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del termino. Consecuencias para el ambito educativo”, *Estudios Pedagógicos*, 1(34): 173–186.
- Juárez Ramírez, Clara; Margarita Márquez Serrano, Nelly Snyder, Blanca Pelcastre Villafuerte y Hortensia Reyes Morales [2014], “La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(14): 284–290.
- Kapilashrami, Anuj y Olena Hankivsky [2018], “Intersectionality and why it matters to global health”, *The Lancet*, 391(10140): 2 589–2 591.
- Kirmayer, Laurence y Gregory Brass [2016], “Addressing global health disparities among indigenous peoples”, *The Lancet*, 388(10 040): 105–106.

- Krause, Mercedes y Matías Ballesteros [2018], “Interseccionalidad en desigualdades en salud en Argentina: discusiones teórico-metodológicas a partir de una encuesta poblacional”, *Hacia la Promoción de la Salud*, 23(2): 13–33.
- Krieger, Nancy [2002], “Glosario de epidemiología social”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6): 480-490.
- Krieger, Nancy [2011], *Epidemiology and the People’s Health*, Oxford, Oxford University Press, 400 pp.
- Krieger, Nancy; Jarvis Chen y Joseph Selby [1999], “Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in women’s health: a methodological study of 684 US women”, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53(10): 612–623.
- Krueger, Patrick; Jarron Saint Onge y Virginia Chang [2011], “Race/ethnic differences in adult mortality: the role of perceived stress and health behaviors”, *Social Science & Medicine*, 73(9): 1 312–1 322.
- La Barbera, María Caterina [2016], “Interseccionalidad, un concepto viajero: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea”, *INTERdisciplina*, 4(8), 105–122.
- Lahelma, Eero; Sara Arber, Katariina Kivelä y Eva Roos [2002], “Multiple roles and health among british and finnish women: the influence of socioeconomic circumstances”, *Social Science & Medicine*, 54(5): 727–740.
- Laurell, Asa [2013], *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso), 170 pp.
- Leyva Flores, René; César Infante Xibille, Juan Gutiérrez y Frida Quintino Pérez [2013], “Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012”, *Salud Pública de México*, 55(2): 123–128.

- Lisboa, Teresa Kleba y Simone Lolatto [2013], “Políticas públicas con transversalidad de género. Rescatando la interseccionalidad, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad en el Trabajo Social”, *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2): 409–419.
- López, Nancy y Vivian Gadsden [2017], “Health Inequities, Social Determinants, and Intersectionality”, en Kimber Bogard, Velma Murry y Charlee Alexander (eds.), *Perspectives on Health Equity & Social Determinants of Health*, Washington, DC, National Academy of Medicine.
- Lykke, Nina [2010], *Feminist Studies: a Guide to Intersectional Theory, Methodology and Writing*, Nueva York, Routledge, 241 pp.
- Malmusi, Davide; Alejandra Vives, Joan Benach y Carme Borrell [2014], “Gender inequalities in health: exploring the contribution of living conditions in the intersection of social class”, *Global Health Action*, 7(1): 1–9.
- Marmot, Michael [2005], “Social determinants of health inequalities”, *Lancet*, 365(9 464): 1 099–1 104.
- Marmot, Michael [2011], “Social determinants and the health of indigenous australians”, *Medical Journal of Australia*, 194(10): 512–513.
- Marmot, Michael; Sharon Friel, Ruth Bell, Tanja A. J. Houweling y Sebastian Taylor [2008], “Closing the Gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health”, *The Lancet*, 372(9 650): 1661–1669.
- McCall, Leslie [2005], “The Complexity of Intersectionality”, *Journal of Women in Culture and Society*, 30(3): 1 771–1 800.
- Medrano, Anahely; Martha Miranda y Victor Manuel Figueras [2017], “Violencia pareja contra las mujeres en México: una mirada a la atención del sector salud desde una perspectiva interseccional”, *Géneros. Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 6(1): 1 231–1 262.

- Meijers, Evert y Dominic Stead [2004], “Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? a multi-disciplinary review”, en *Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environment Change: Greening of Policies - Interlinkages and Policy Integration*, Berlín, 1–15.
- Mohindra, K. S.; Slim Haddad y D. Narayana [2006], “Women’s health in a rural community in Kerala, India: do caste and socioeconomic position matter?” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(12): 1 020–1 026.
- Morales Borrero, Carolina; Elis Borde, Juan Eslava Castañeda y Sonia Concha Sánchez [2013], “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, *Revista de Salud Pública*, 15(6): 797–808.
- Morales Borrero, Carolina y Juan Eslava Castañeda (eds.) [2014], *Tras las huellas de la determinación. Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la Salud*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 292 pp.
- Nambiar, Devaki y Arundati Muralidharan (eds.) [2017], *The Social Determinants of Health in India: Concepts, Processes, and Indicators*, Springer, 226 pp.
- Nussbaum, Martha [2012], *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*, Barcelona, Paidós, 272 pp.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) [2009], *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Buenos Aires, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) [2015], *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Programa especial de desarrollo sostenible y equidad en Salud*, Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.

- Peñaranda, Fernando [2013], “Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes – determinación social de la salud”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1): 91–102.
- Pizarro, Roberto [2001], *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*, Santiago, Comisión Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 69 pp.
- Puyol, Ángel [2012], “Ética, equidad y determinantes sociales de la salud”, *Gaceta Sanitaria*, 26(2): 178–181.
- Ramírez, Fátima [2016], “Los desafíos de la intersectorialidad en un sistema nacional de cuidados con enfoque de género en el Salvador”, *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 4(4): 243–256.
- Ravindran, T.K.S.; y A. Kelkar Khambete [2010], “Gender mainstreaming in health. The Emperor’s new clothes?”, en Gita Sen y Pirooska Östlin, *Gender Equity in Health. The Shifting Frontiers of Evidence and Action*, Nueva York, Taylor & Francis.
- Rawls, John [1999], *A Theory of Justice* (revised edition), Cambridge, Harvard University Press.
- Reygadas, Luis [2004], “Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional, política y cultura”, *Política y Cultura*, 22, 7–25.
- Rodó de Zárata, Maria y Mireia Baylina [2018], “Intersectionality in feminist geographies”, *Gender, Place and Culture*, 25(4): 547–553.
- Roth, Benita [2004], *Separate roads to feminism: black, chicana, and white feminist movements in America’s second wave*, Nueva York, Cambridge University Press.
- Roy, Kakoli y Anoshua Chaudhuri [2008], “Influence of socioeconomic status, wealth and financial empowerment on gender differences in health and healthcare utilization in later life: evidence from India”, *Social Science & Medicine*, 66(9): 1 951–1 962.

- Rubio, Diana [2013], “Causalidad, derechos humanos y justicia social en la comision de determinantes sociales en salud”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1): 87–90.
- Ruch, Werner y Geyer Hermanus [2017], “Public capital investment, economic growth and poverty reduction in South African Municipalities”, *Regional Science Policy and Practice*, 9(4): 269–284.
- Sen, Amartya [2002], “Why health equity?”, *Health Economics*, 11(8): 659–666.
- Sen, Gita; Aditi Iyer y Chandan Mukherjee [2009], “A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health”, *Journal of Human Development and Capabilities*, 10(3): 397–415.
- Sen, Gita y Piroska Östlin [2007], *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e Ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla*, OPS, 142 pp.
- Sen, Gita y Piroska Östlin [2010], “Gender as a social determinant of health: evidence, policies, and innovations”, en Gita Sen y Piroska Östlin, *Gender Equity in Health. The Shifting Frontiers of Evidence and Action Edited*, Nueva York, Routledge.
- Singer, Martha [2014], “¿Exclusión o inclusión indígena?”, *Estudios Políticos* (31): 87–106.
- Smooth, Wendy [2013], “Intersectionality from theoretical framework to policy intervention”, A. R. Wilson, *Situating Intersectionality, Politics, Policy, and Power*, Nueva York, Palgrave MacMillan.
- Sociás, Eugenia; Mieke Koehoorn y Jean Shoveller [2016], “Gender inequalities in access to health care among adults living in British Columbia, Canada”, *Women’s Health Issues*, 26(1): 74–79.
- Solar, Orielle; Valentine Nicole, Rice Marilyn y Albrech Daniel [2009], “Moving forward to equity in health”, en *7th*

Global Conference on Health Promotion. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, Nairobi, Kenya, 1–15.

Spinelli, Hugo; Marcelo Urquía, María Lía Bargalló y Marcio Alazraqui [2002], *Serie de seminarios de salud y política pública. Equidad en salud: teoría y praxis*, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Strully, Kate [2009], “Racial-ethnic disparities in health and the labor market: losing and leaving jobs”, *Social Science & Medicine*, 69(5): 768–776.

Torres, Mauricio [2012], “Los determinantes sociales de la salud: herramienta para la acción política por el derecho a la salud”, en Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Rafael González (coords.), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*, Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana: 207–224.

Torres, José; Renata Villoro, Teresita Ramírez, Beatriz Zurita, Patricia Hernández, Rafael Lozano y Francisco Franco [2003], “La salud de la población indígena en México”, *Caleidoscopio de la salud*: 41–56.

Therborn, Göran [2015], *Los campos de exterminio de la desigualdad*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 206 pp.

Urrutia, María y Rosina Cianelli [2010], “Disparidad en salud: un fenómeno multidimensional”, *Hispanic Health Care International*, 8(1): 23–35.

Valdez Santiago, Rosario; Blanca Pelcastre, María Duarte, Silvia Cuadra y Yinhue Sandoval [2013], *Políticas públicas para el empoderamiento de las mujeres indígenas*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, 40 pp.

Vélez, Consuelo; María del Pilar Escobar y María Eugenia Pico [2013], “Determinantes sociales de la salud y el trabajo informal”, *Rev. Costarricense de Salud Pública*, 22(2): 156–162.

- Venkatapuram, Sridhar [2013], *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*, Cambridge, Reino Unido, Polity Press, 270 pp.
- Viveros, Mara [2016], “La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación”, *Debate Feminista*, (52): 1–17.
- Walker, Jennifer; Ray Lovett, Tahu Kukulai, Carmen Jones y David Henry [2017], “Indigenous health data and the path to healing”, *The Lancet*, 390(10 107): 2 022–2 023.
- Whitehead, Margaret [1992], “The concepts and principles of equity and health”, *International Journal of Health Services*, 22(3): 429–445.
- Organización Mundial de la Salud (World Health Organization-who) [2008], *Our Cities, Our Health. Acting on Social Determinants for Health Equity in Urban Settings*, <http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf>, 23 de agosto de 2018.
- Organización Mundial de la Salud (World Health Organization -who) [2013], *The Economics of the Social Determinants of Health and Health Inequalities: a Resource Book*, Ginebra, World Health Organization.
- Zambrini, Laura [2014], “Diálogos entre el feminismo postestructuralista y la teoría de la interseccionalidad de los géneros”, *Revista Punto Género* (4): 43–54.

SEMBLANZA DEL AUTOR

ABRAHAM GRANADOS MARTÍNEZ

Es economista por la Universidad Autónoma Metropolitana, maestro en Estudios Urbanos por El Colegio de México y doctor en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es Investigador en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, en el Área de Desarrollo y Políticas Públicas. Imparte docencia en el Programa Único de Especializaciones en Economía y en la Maestría en Economía del Posgrado de Economía de la UNAM. Sus líneas de investigación son: vulnerabilidad social y salud; género y políticas públicas; y desarrollo sustentable.