

Desafíos de género y territoriales en la inequidad en salud

Propuestas
de políticas
transformadoras



Abraham Granados Martínez
(Coordinador)



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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas

Rector

Dra. Patricia Dolores Dávila Aranda

Secretaria General

Mtro. Tomás Humberto Rubio Pérez

Secretario Administrativo

Dr. Miguel Armando López Leyva

Coordinador de Humanidades



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS

Dr. Armando Sánchez Vargas

Director

Dr. José Manuel Márquez Estrada

Secretario Académico

Dra. Nayeli Pérez Juárez

Secretaria Técnica

Mtra. Graciela Reynoso Rivas

Jefa del Departamento de Ediciones

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

ABRAHAM GRANADOS MARTÍNEZ
(coordinador)



UNAM
Nuestra gran
Universidad



dgapa

Primera edición digital en pdf, febrero 2025
D.R. © UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Ciudad Universitaria, Coyoacán,
04510, Ciudad de México.
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS
Circuito Mario de la Cueva s/n,
Ciudad de la Investigación en Humanidades,
04510, Ciudad de México.

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

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

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

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

Hecho en México.



Índice

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

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



Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

Islam, M. M. (2019), Social determinants of health and related inequalities: Confusion and implications, *Frontiers in Public Health*, 7: 1-4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00011>

Kvåle, G.; C. Kiland, y D. O. Torjesen (2020), "Public health policy to tackle social health inequalities: A balancing act between competing institutional logics", en *Organizational behaviour in healthcare*, Palgrave Macmillan, pp. 149-165. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26684-4_7

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

Yuliana Gabriela Román Sánchez
Rosa Elvira Cedillo Villar

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

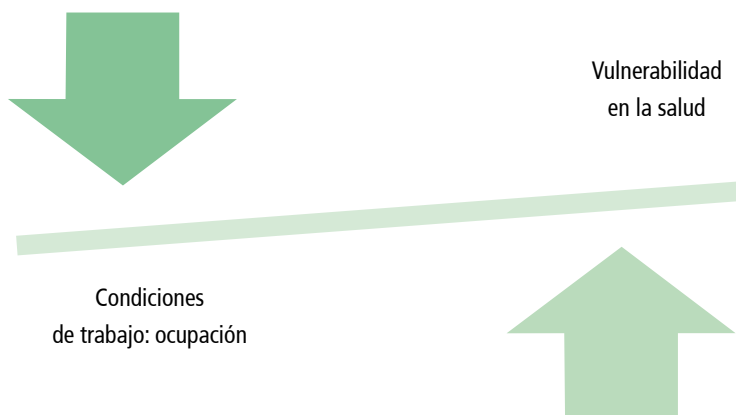
El presente capítulo tiene como marco teórico el enfoque de vulnerabilidad en su aplicación sobre la relación entre salud y trabajo (esquema 1). El concepto de salud se compone de cuatro dimensiones: física, mental, social y espiritual. La física hace referencia al desarrollo normal del individuo, el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

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

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

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

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



Fuente: elaboración propia.

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

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

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

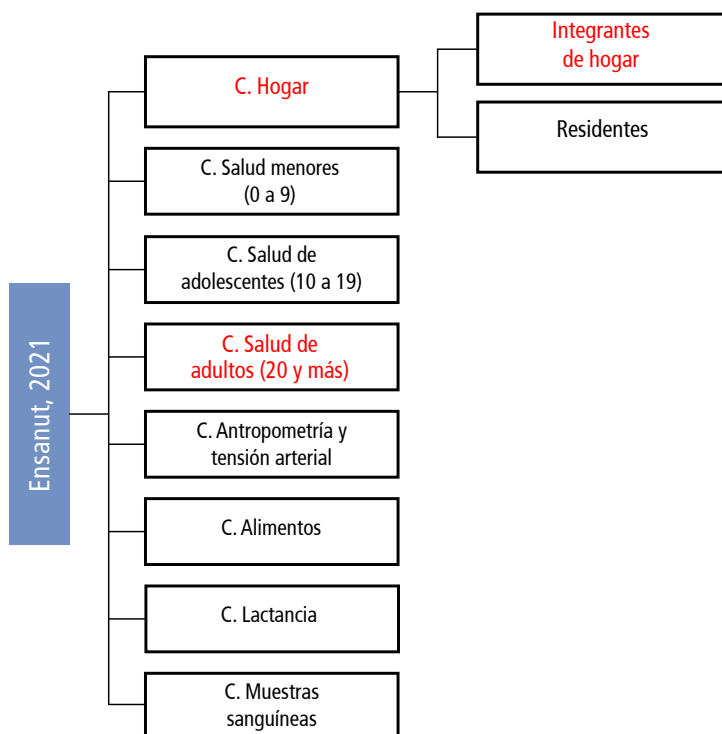
sea un concepto de redirección de estas acciones a un ámbito más contextual y social (Feitosa *et al.*, 2017). En tanto que, Clark y Preto (2018) marcan la diferencia entre “vulnerable”, “marginado” y “desatendido”: el primero, identifica a aquella persona con un estado de salud bajo; el segundo, refiere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

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

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

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

Esquema 2
Estructura de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021

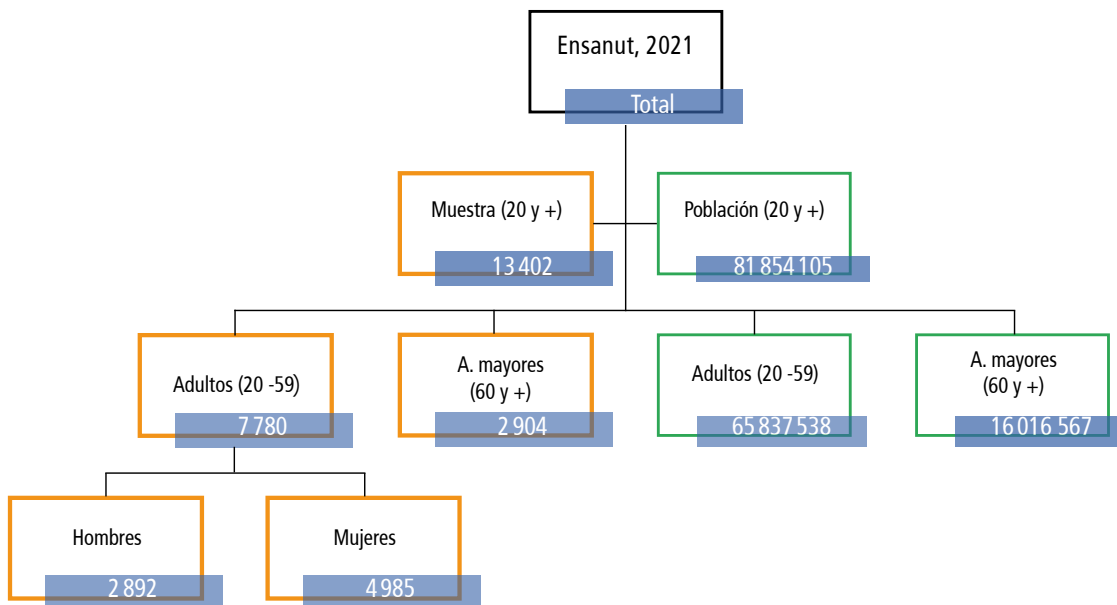


Fuente: elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2022).

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

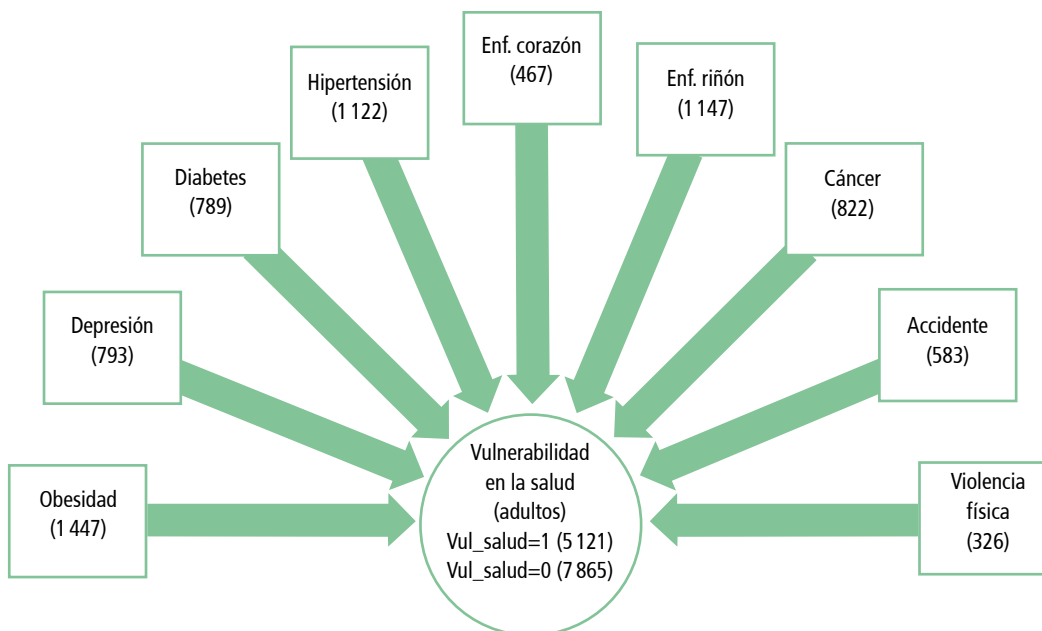
A partir de lo anterior, se estableció como variable dicotómica dependiente de interés la *vulnerabilidad a la salud*; la cual fue construida partir de nueve condiciones a la salud, es decir, se consideró que una persona era vulnerable a la salud: si un médico le confirmó que tenía al menos una de estas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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

Cuadro 1
VARIABLES CONSIDERADAS EN LA VULNERABILIDAD A LA SALUD

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

Fuente: elaboración propia.

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

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

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

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

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

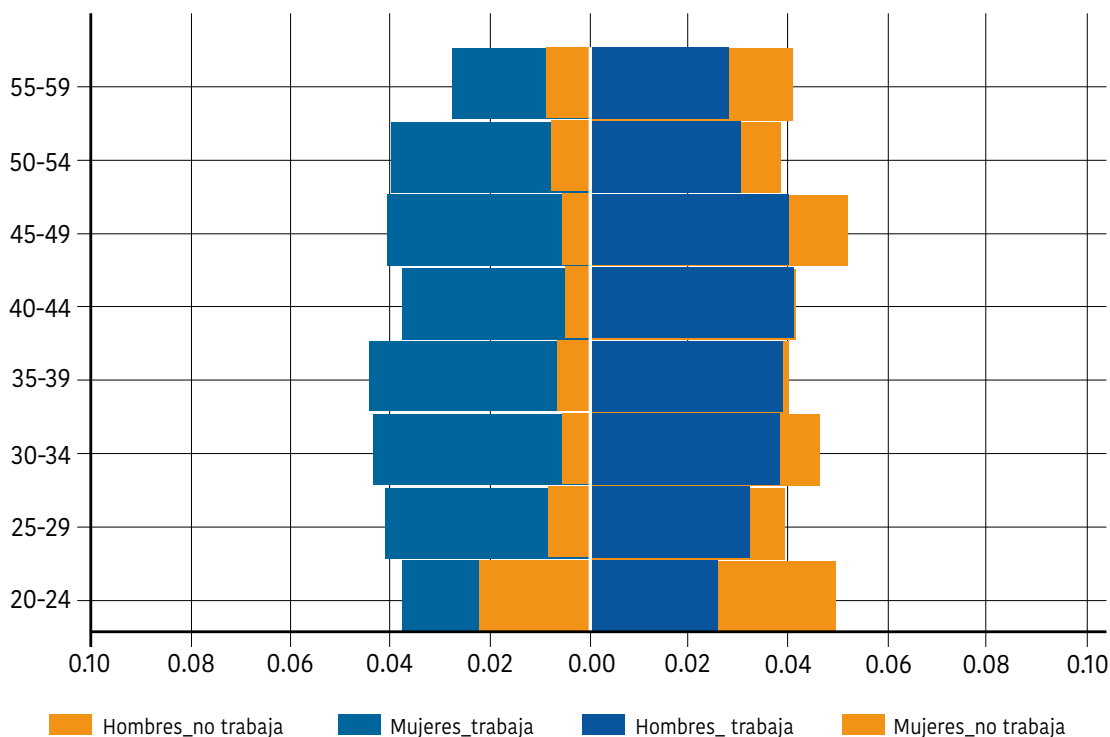
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

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

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

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

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



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

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

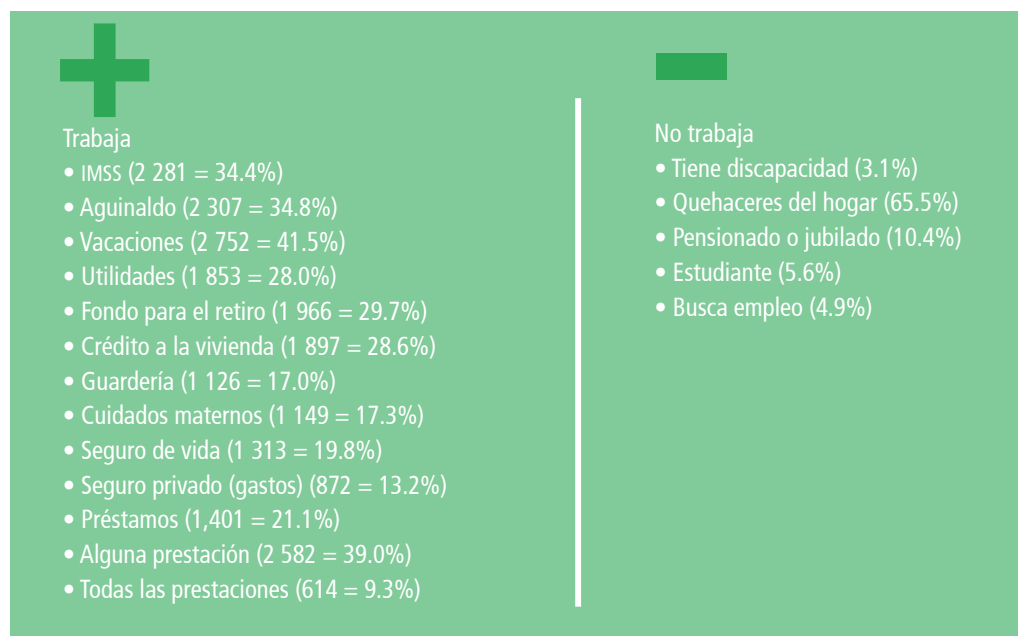
De igual forma, el análisis de los datos de los adultos de 20 a 59 años de la Ensanut (2021) permiten registrar que las mujeres son más vulnerables con respecto a la salud que los hombres, independientemente de registrar mayor participación en niveles de escolaridad más altos, en cualquier situación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

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

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

Esquema 5

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



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

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

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

Cuadro 2
Modelos de regresión logística binaria para los adultos (20-59) y adultos mayores (60 y más)
y adultos (20 y más), 2021

<i>Variable</i>	<i>Adultos (20 - 59)</i>			<i>Adultos (20 - 59)</i>			<i>Adultos (20 - 59)</i>		
	<i>Efecto</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>P > z</i>	<i>Efecto</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>P > z</i>	<i>Efecto</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>P > z</i>
Vulnerabilidad a la salud									
(0: No, 1: Sí)									
Edad	Positivo	1.024332	0.0000	Positivo	1.02394	0.0000	Positivo	1.02404	0.0000
(Mujeres)									
Hombres	Negativo	0.6236841	0.000	Negativo	0.80946	0.470	Negativo	0.65987	0.0000
(Básica)									
Medio superior	Positivo	1.13460	0.028	Negativo	0.84803	0.2390	Positivo	1.08235	0.1110
Sup y/o posgrado	Positivo	1.28334	0.000	Positivo	1.03761	0.8010	Positivo	1.23284	0.0000
(Nunca unido)									
Unido	Positivo	1.20013	0.001	Positivo	1.24030	0.1382	Positivo	1.23066	0.0000
Alguna vez unido	Positivo	1.15130	0.065	Positivo	1.17457	0.2720	Positivo	1.15192	0.0310
(Si habla indígena)									
No habla indígena	Positivo	1.50120	0.000	Positivo	1.07062	0.7480	Positivo	1.44224	0.0000
(No trabaja)									
Trabajo remunerado y cuidados	Negativo	0.8832953	0.188	Negativo	0.81222	0.0870	Negativo	0.82474	0.0060
Trabajo remunerado	Negativo	0.87462	0.105	Negativo	0.77678	0.0270	Negativo	0.82147	0.0010

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSIDERACIONES FINALES

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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