



**CD
MX**

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Ismael Maldonado Maldonado

2022

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Ismael Maldonado Maldonado

2022

RESUMEN

En la Ciudad de México los retos que se enfrentan en materia de salud han sido un tema recurrente de la agenda pública de la actual administración, y pese a que se ha hecho público el compromiso de garantizar el ejercicio del derecho a la salud sin distinción y con igualdad de oportunidades para los sexos, las políticas sociales que se han impulsado en esta materia no han sido suficientes. Es por ello que el presente documento tiene como objetivo ofrecer evidencias que den cuenta de algunas de las situaciones que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud: ¿cuáles son los rezagos y retos que la Ciudad de México enfrenta para que las mujeres accedan a los servicios de salud?

Contenido

I. Introducción.....	1
Problemática abordada	3
II. Justificación.....	4
III. Planteamiento del problema	6
IV. Objetivo	9
V. Marco teórico	10
VI. Formulación de la hipótesis	20
VII. Pruebas cuantitativas y/o cualitativas de la hipótesis	21
VIII. Conclusiones	41
Posibles soluciones.....	43
IX. Bibliografía	44

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

I. Introducción

En México el derecho a la salud emana de la Constitución, que en su artículo 4° establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud, lo que está alineado con marcos normativos internacionales en esta materia, así como con los compromisos adquiridos por el Estado al ratificar diversos tratados sobre derechos humanos. Además, en la Ley General de Salud se establece el elemento base que debe ser garantizado por el Estado para que toda persona pueda ejercer su derecho constitucional a la salud, por lo tanto, al acceso a los servicios médicos. Es decir, el Estado está obligado a garantizar y proteger el derecho a la salud, esto a través de políticas gubernamentales, programas sociales y/o reformas legales.

Lo anterior se complica si consideramos que en el país, por lo tanto, en la Ciudad de México se enfrentan contextos de desigualdad entre hombres y mujeres, los cuales vulneran principalmente a la población femenina. Y es que, muchas mujeres tienen grandes limitaciones para ejercer sus derechos debido a que persisten prácticas excluyentes y discriminatorias que se basan en el sistema tradicional de la cultura de género. Cultura que se basa en una lógica binaria —masculino y femenino— que coloca a lo femenino y las mujeres en condiciones sociales de inferioridad, por lo tanto, subordinación respecto a lo masculino y los varones, dando lugar a la división y asignación de papeles, deberes y tareas entre mujeres y hombres.

Es por ello que se requiere de un mayor compromiso de todos los actores —destacando el papel del Estado—, para generar e implementar políticas públicas que tengan como objetivo disminuir las múltiples brechas que existen entre hombres y mujeres, como lo es la del acceso a los servicios de salud.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Además, no se debe perder de vista que la pandemia de COVID-19 ha profundizado tales brechas, de por sí en el país imperaban condiciones de desigualdad que afectaban/afectan de manera diferenciada a las mujeres (carácter de subalternidad).

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Problemática abordada

En la Ciudad de México los retos que se enfrentan en materia de salud han sido un tema recurrente de la agenda pública de la actual administración, y pese a que se ha hecho público el compromiso de garantizar el ejercicio del derecho a la salud sin distinción y con igualdad de oportunidades para los sexos, las políticas sociales que se han impulsado en esta materia no han sido suficientes. Es por ello que el presente documento tiene como objetivo ofrecer evidencias que den cuenta de algunas de las situaciones que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud: ¿cuáles son los rezagos y retos que la Ciudad de México enfrenta para que las mujeres accedan a los servicios de salud?

Para dar respuesta a tal interrogante se hará un análisis cuantitativo a partir de algunos indicadores que presentan datos sobre características socio demográficas de las capitalinas, los cuales han sido elaborados por dependencias como el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), entre otras.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

II. Justificación

El sexo biológico, por lo tanto, la condición de género son factores que inciden en el acceso a los servicios de salud, pese a ello no suele repararse en que la facilidad con que las mujeres pueden acceder a la atención médica podrá variar considerablemente por el solo hecho de ser mujeres, esto pese a que es un tema que atraviesa a más de la mitad de la población, y al que se le ha prestado poca atención. A lo anterior se suman otras características como el nivel socioeconómico y/o el grupo étnico; además de que también juega un papel determinante si la persona cuenta con algún seguro privado, seguridad social o algún esquema de aseguramiento a la salud.

Otro elemento a considerar es que la relación de la mujer con el acceso al sistema de salud dependerá en gran medida de su posición dentro de la fuerza laboral, por lo que se debe insistir en el hecho de que un gran número de ellas se desempeñan en empleos vulnerables y precarios —es decir, suelen desarrollarse en el sector informal, en trabajos de medio tiempo, se autoemplean o hacen trabajos domésticos no remunerados—, además de que la participación femenina en las actividades económicas está lejos de ser equitativa. Esto último se debe en gran medida a las responsabilidades familiares y, por lo tanto, al lugar que ocupan en la economía del cuidado¹, lo que limita su acceso al mercado laboral o interrumpe su trayectoria.

Como se observa en los párrafos anteriores, son múltiples variables las que interactúan en la configuración de barreras de acceso a la salud para las mujeres, a los servicios médicos; a las que se suman el hecho de que si ellas acceden a los servicios de salud, la atención no suele ser la adecuada, por ejemplo, desde distintos estudios se ha apuntado que las mujeres esperan más tiempo para ser

¹ En este sentido, resulta pertinente referir que la mayor parte de la atención médica es realizada en los hogares por mujeres, y estas prácticas de cuidados son un soporte determinante para el sistema de salud, situación que no es reconocida ni remunerada.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

atendidas, su dolor suele desestimarse argumentando muchas de las veces que la causa es el estrés. Además de que en este contexto se sitúa otra desigualdad, la cual se ubica en lo referente al desarrollo de las ciencias biomédicas, pues diferentes investigadoras e instituciones han insistido en el hecho de que en los ensayos clínicos se estudian menos los cuerpos femeninos, por lo tanto, las condiciones que los afectan, lo que se traduce en la dificultad de descubrir- implementar tratamientos más efectivos según el sexo, particularmente para las mujeres.

La suma de todo lo anterior ha dado como resultado político de salud que no logran responder a las necesidades de las mujeres, además de que se ha observado que estas tienden a concentrarse en sectores específicos como lo son las mujeres en edad fértil y madres, dejando en segundo plano las necesidades de niñas, adolescentes, adultas mayores, mujeres con discapacidad, etcétera. Para la atención a esta problemática se debe escuchar la voz de las mujeres, y hacer las transformaciones necesarias de manera simultánea en distintos frentes como son la educación médica, la implementación real de la prevención, la mejora en la atención y calidad de los servicios médicos... es decir, garantizar el acceso a la salud digna y de calidad para todas las mujeres.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

III. Planteamiento del problema

En 2005 los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud —como lo es México— asumieron el compromiso de llegar a una cobertura sanitaria universal, lo que fue considerado como una expresión de interés por parte de los gobiernos porque todas las personas tengan acceso a servicios de salud, los cuales incluyen prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, evitando riesgos económicos presentes y/o futuros. (OMS, 2013, XI-XII) Pues el objetivo de la cobertura sanitaria universal es que cada persona obtenga los servicios de salud que requiere a un costo asequible, tanto para sí mismas como para el gobierno. Por lo tanto, todos los Estados deben decidir qué servicios de salud son necesarios y cómo asegurar que están universalmente disponibles con costos accesibles, además de eficaces y de buena calidad. (OMS, 2013, 7) Por lo que se debe tener presente que los servicios de salud que se requieran van a cambiar en cada país, ya que estos responden al entorno, así como a las causas de la falta de salud, las cuales varían en cada nación; además de que los servicios de salud se modifican según el contexto (momento histórico).

En México, pese a la “buena voluntad” y algunos avances en materia sanitaria, los indicadores aún registran diferentes retos y rezagos, basta con considerar que a lo largo del siglo XX en el país se inició el desarrollo del sistema de salud con una lógica de crecimiento industrial, es decir, esquemas de salud por condiciones de empleo, lo que se traduce en servicios de salud con prepago al que acceden trabajadores del sector formal de la economía. Pero, la realidad sobre el desarrollo económico es una elevada proporción de la población en la economía informal (autoempleo o trabajos sin prestaciones) expuestos a gastos excesivos en torno a la salud. (Gutiérrez, 2013, 153) A lo anterior se debe sumar el hecho de que el desarrollo demográfico en el país muestra descenso de la mortalidad —general—, e incremento en la esperanza de vida y disminución en las tasas de fecundidad.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Por lo tanto, en términos generales el principal reto es pasar de un esquema en que “más de la mitad del gasto en salud se da de forma asociada con eventos de salud, mediante gastos de bolsillo y privado, hacia un esquema con acceso a servicios, ya sea de prepago [aún fuera de la economía formal] o sin pago en el punto de contacto” (Gutiérrez, 2013, 154), obviamente con servicios efectivos y adecuados tanto en lo preventivo como en lo curativo.

Las mujeres y el acceso a los servicios de salud

En la actualidad continúan existiendo múltiples dificultades que enfrentan las niñas y mujeres para el pleno disfrute de un derecho humano fundamental como lo es el acceso a los servicios de salud; además de que este problema se agudiza y se vuelve más lenta su atención por el nivel de pobreza que algunas de ellas enfrentan.

Recurrentemente, se argumenta que, en materia de equidad en el acceso a los servicios de salud, las mujeres están en mejor posición que los hombres, ya que son ellas quienes utilizan los servicios con mayor frecuencia. Si bien, las mujeres tienden a utilizar los servicios de salud más frecuentemente que los hombres, esta tendencia no implica necesariamente una ventaja.

La equidad de género en la atención de la salud no significa que hombres y mujeres reciban cuotas iguales de recursos y servicios. Significa, más bien, que los recursos se asignen y se reciban diferentemente de acuerdo con las necesidades de cada sexo y el contexto socioeconómico individual. La noción de necesidad que fundamenta el concepto de equidad distributiva conduce hacia la asignación dispar de recursos de acuerdo con los requerimientos particulares de grupos e individuos. A este respecto, es importante llamar la atención a los siguientes hechos:

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

- Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres, debido principalmente a su rol biológico en la reproducción, pero también a su más alta morbilidad y mayor longevidad.
- La pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Si se ajusta por necesidad, la utilización de servicios $\frac{3}{4}$ públicos o privados $\frac{3}{4}$ en los sectores de bajos ingresos no es mayor entre las mujeres que entre los hombres. (Gómez Gómez, 2002)

Además, el principio de equidad financiera por el cual los servicios se pagan según la capacidad económica de las personas se viola con doble frecuencia en lo que respecta a las mujeres. Por su función reproductiva y mayor morbilidad, las mujeres pagan más que los hombres por mantener su salud. Esta desigualdad absoluta se agudiza proporcionalmente, teniendo en cuenta la menor capacidad económica de ellas. (Gómez Gómez, 2002)

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

IV. Objetivo

- Exponer algunas de los rezagos y retos en la Ciudad de México para que las mujeres accedan a los servicios de salud.
- Observar la importancia de la perspectiva de género en materia de salud.
- Demostrar que, a pesar de los avances en materia de igualdad de género, las mujeres en la Ciudad de México continúan enfrentando un rezago en materia de salud.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

V. Marco teórico

El presente documento busca identificar el contexto que enfrentan las mujeres de la Ciudad de México para acceder a los servicios de salud, es por ello que la presente investigación se ha construido desde la mirada de los estudios de género, además de que se consideran las categorías derechos humanos y salud. Es por ello que resulta pertinente abrir este apartado puntualizando la diferencia entre sexo biológico y género (constructo sociocultural). El sexo debe ser entendido como las características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas con las que nacieron los individuos de una especie; se dividen en masculinos y femeninos. El sexo viene determinado por la naturaleza y no por la sociedad. En el caso de la especie humana existe también la intersexualidad, que sucede cuando una persona presenta las características sexuales masculinas o femeninas en proporción variable. En ese sentido, existe una inmensa multiplicidad sexual que puede tener nuestro cuerpo, por ejemplo, cuando la persona presenta gónadas masculinas y femeninas. (De la Garza & Derbez, 2020, 191)

Mientras que el género refiere a las normas, comportamientos o ideas que la sociedad ha establecido para las personas de acuerdo al sexo con el que nacieron, de modo que se otorga un rol cultural a las personas desde la cuna. A través de estos roles asignados aprendemos a construir nuestra identidad y establecer relaciones con los demás.

Al ser una construcción cultural, las características y valores atribuidos a cada género son distintos en cada cultura y momento histórico... (de la Garza & Derbez, 2020, 186)

Es decir, el género son las normas, comportamientos o ideas que las sociedades han establecido para las personas de acuerdo a su sexo biológico, de tal forma que se otorga un rol de género (deber ser) a las personas desde la cuna, se traza un

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

camino diferenciado para niñas y niños, el cual parece iniciar con los colores rosa y azul, también está la ropa, los juegos, la forma en que según el sexo biológico se les enseña a ocupar el espacio, los dibujos animados, etcétera. Por ejemplo, la ropa aún continúa siendo un elemento importante para mostrar cuál es el género, en el imaginario occidental existen dos prendas que funcionan como arquetipo de lo femenino y lo masculino: la falda y el pantalón, esto pese a que las mujeres portan pantalones desde la primera mitad del siglo XX. (de la Garza & Derbez, 2020, 30-31)

En este sentido, en 2019 en la Ciudad de México, la jefa de gobierno Claudia Sheinbaum anunció que en las escuelas primarias públicas el uniforme reglamentario sería neutro, por lo que la comunidad estudiantil podría asistir ya sea de falda o pantalón. (de la Garza & Derbez, 2020, 31). Esta modificación puede ser considerada como un avance para que las niñas y niños puedan decidir sobre su expresión de género, pero, algunos sectores de la sociedad se opusieron con argumentos fundamentados en prejuicios y estereotipos.

Ahora bien, volviendo a la construcción de la categoría género, un momento clave fue a finales de la década de 1940, cuando Simone de Beauvoir —filosofa francesa— en su libro *El segundo sexo*, declaró: “No se nace mujer, se llega a serlo”, frase que inauguró la forma moderna de comprender la problemática femenina, por lo tanto, el género. Beauvoir planteó que lo que hace que las hembras humanas lleguen a ser “mujeres” no es su biología, sino el conjunto de procesos culturales y psicológicos que las marca con determinadas atribuciones y prescripciones; y sostuvo que los datos biológicos del sexo solo cobran significación a través de sistemas culturales de interpretación. Así, de Beauvoir concluyó que las características humanas consideradas “femeninas” son adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse “naturalmente” de su anatomía. (Lamas, 2017, 157-158)

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Una década después, en el campo de disciplinas como la psicología y la medicina se fueron planteando debates sobre la acepción de género. Los trabajos sobre la construcción de las identidades femeninas y masculinas del psicólogo estadounidense John Money, así como las de los médicos Jean y John Hampson, fueron el punto de partida para la distinción entre sexo y género. (Lamas, 2017, 158) Años después, el psicoanalista y médico psiquiatra Robert Stonell declaró que el término *gender* (género) alude a la masculinidad y la feminidad sin hacer referencia alguna a la anatomía o a la fisiología. De manera que “aunque para el sentido común sexo y género son prácticamente sinónimos, y en la vida cotidiana parecen estar inextricablemente ligados [...] su relación no es unívoca, sino que cada cual puede seguir un camino independiente”. (Lamas, 2017,158)

La historiadora Joan W. Scott (1996) consolidó la definición de género como una forma primaria de relaciones significantes de poder, en las que identificó cuatro elementos:

1. Símbolos y mitos culturalmente disponibles y representaciones múltiples, por ejemplo, los arquetipos culturales de los dos sexos: madre y guerrero.
2. Conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los símbolos y se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, para afirmar categorías y unívocamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino.
3. Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género
4. La identidad, tanto la individual como la colectiva.

Lo anterior pone en evidencia que las relaciones de poder entre hombres y mujeres se han ido transformando históricamente y varían según las tradiciones, usos y costumbres de las diversas sociedades. Son esos mandatos culturales —relaciones de género— los que tienen un papel determinante en la consciencia y el inconsciente, inciden en el modo en que vivimos, por lo que en las diferentes

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

disciplinas de las ciencias sociales el género ha supuesto una categoría de análisis con la que se trasciende la idea de hombres y mujeres como realidades distintas, desplazando la mirada hacia las relaciones sociales basadas en la diferencia sexual (producción y reproducción de desigualdad). (Lamas, 2017,166; Tepichin-Valle, 2018, 101)

Como se distingue el sexo del género

Sexo	Género
Diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas, y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres.	Conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, construidas en cada cultura y en cada momento histórico, tomando como base la diferencia sexual; a partir de ello se construyen los conceptos de “masculinidad” y “feminidad”, los cuales determinan el comportamiento, las funciones, oportunidades, valoración y las relaciones entre mujeres y hombres.
Se nace con esas características, son universales.	Son construcciones socioculturales que pueden modificarse, dado que han sido aprendidas.
Ejemplo: solo los hombres biológicos tienen la capacidad de producir espermatozoides; únicamente las mujeres biológicas tienen ovarios y matriz.	Ejemplo. En épocas pasadas solo los hombres podían heredar. En países como China, a las mujeres que pertenecían a determinados estratos sociales, solo se les enseñaba bordado y canto.

Fuente: INMUJERES, *Glosario de género*, 2007, 71.

Además, es pertinente señalar que algunas sociedades no se limitan a dos clasificaciones opuestas y complementarias, es decir, lo binario: masculino y femenino, sino que reconocen múltiples formas de vivir el género.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Por ejemplo, las personas muxes en el Istmo de Tehuantepec, Oaxaca; en Indonesia hay buguis o en Omán hay xanith, por mencionar solo algunos de los casos en donde las personas no son identificadas como hombres o mujeres, sino como pertenecientes a otro género.

El género no es una característica fija, sino que está en constante cambio y es algo performativo, como lo describe la filósofa Judith Butler, porque es algo que se repite y es validado por la convención social. (de la Garza & Derbez, 2020,186)

Siguiendo este orden de ideas, se dará paso a lo referente a la perspectiva de género, herramienta de análisis útil para identificar las diferencias existentes entre mujeres y hombres en diferentes espacios y niveles, la cual implica analizar, explicar y proponer fenómenos o hechos que permanentemente denoten dónde se encuentran las desigualdades entre mujeres y hombres para proponer métodos y acciones que las erradiquen, y que, por lo tanto, posibiliten que ambos géneros gocen de los mismos derechos y oportunidades, tanto de manera estructural como en los hechos. (Farías, 2010)

Si bien, la distinción entre sexo y género, así como la perspectiva de género se han desarrollado particularmente en el área de las Ciencias Sociales, en el campo de la salud ha permitido identificar que los factores y procesos sociales pueden ser determinantes, por ejemplo, biológicamente las mujeres son más vulnerable debido al embarazo, pero, las mujeres pobres también son más vulnerables en comparación con las mujeres ricas y los hombres pobres a padecer malaria, esto debido a que su acceso a servicios de atención a la salud de calidad y a una nutrición adecuada es más limitado². Es decir, factores de carácter social exacerban

² Este tipo de lecturas se han logrado al integrar la mirada de la interseccionalidad, la cual debe ser entendida como una herramienta heurística que resulta útil para identificar “las múltiples discriminaciones que se entrecruzan de tal forma que cotidianamente producen la subordinación y la marginación de las mujeres, en distintos niveles de la vida pública y privada” (Golubov, 2017, 197-198).

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

las vulnerabilidades biológicas, la biología no actúa sola en la determinación de las desigualdades en materia de salud.

Los derechos humanos

Todas las personas tienen los mismos derechos humanos, ya que son inherentes a cada individuo sin distinción alguna por sexo, nacionalidad, etnia o raza, lengua, religión o cualquier otra condición. Los derechos humanos permiten el desarrollo integral de las personas y se fundamentan en la vida, la igualdad, la libertad, la integridad, la seguridad, la salud y la paz; engloban todo aquello que se requiere para una vida digna. También tienen como principios la universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, además de que se encuentran establecidos dentro del orden jurídico de distintos niveles, como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos o los tratados y leyes internacionales. (CNDH, s/f)

Estos se han periodizado en tres etapas, la primera se desarrolló a finales del siglo XVIII y es la que aborda los derechos civiles y políticos; mientras que la segunda etapa tuvo lugar en el ocaso del siglo XIX y se desarrollaron los derechos económicos, sociales y culturales; finalmente la tercera etapa inició en la segunda mitad del siglo XX, enmarcada por el principio de solidaridad, esta última generación de derechos agrupa a los que corresponden a grupos de personas o colectividades que comparten intereses comunes. (Jiménez-Montero, 2018, 10-11)

En México, la inclusión del término derechos humanos en la Constitución significó un cambio conceptual en el sistema jurídico, “el cual tuvo como consecuencia el fortalecimiento de los derechos de las personas y la protección de su dignidad” (Jiménez-Montero, 2018, 10). El artículo 1º, párrafo III de la Constitución señala que: Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917, Jiménez-Montero, 2018, 11)

Es decir, el Estado tiene la obligación de asegurar el progreso en el desarrollo de los derechos humanos, lo que implica una prohibición con respecto a cualquier retroceso y debe proveer las condiciones óptimas para el disfrute de los derechos humanos, además de que las autoridades deben aplicarlos conscientes de que todas las personas son titulares de cada uno de ellos, lo involucra que se consideren las particularidades y necesidades específicas de cada persona. En este sentido, en junio de 2011 en el *Diario Oficial de la Federación* se publicó el decreto por el que se reformaron y adicionaron varios artículos de la Constitución, así como la modificación a la denominación del Capítulo I del Título Primero, lo que propició un mayor reconocimiento de los derechos humanos, además de establecer garantías para favorecer su efectiva protección. (Jiménez-Montero, 2018, 13)

El derecho a la salud

El derecho a la salud es considerado un derecho humano universal. En el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) —el cual suscribió México— se “reconoce el derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental” (Güezmes García, 2014, 18); en la Observación General Núm. 14 “se recomienda que los Estados ‘incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor salud de la mujer y el hombre.’” (Güezmes García, 2014, 18). Además de que se vincula la salud de la mujer con la eliminación de la violencia de género, la protección de los derechos reproductivos, y la eliminación de las prácticas

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

que son perjudiciales para la vida y salud de las mujeres. (Güezmes García, 2014, 18)

Asimismo, cabe señalar que posteriormente este derecho se presentó como un pilar en diversas convenciones de alcance internacional como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); la Convención Internacional de Todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD), y la Convención Sobre los Derechos del Niño. (Güezmes García, 2014, 18)

Ahora bien, para lograr el pleno cumplimiento del acceso a este resulta importante un acuerdo de lo que se puede o no considerar como salud, de lo contrario el respeto y cumplimiento de tal derecho humano puede ser fácilmente vulnerado. La razón es que, la concepción de lo que es salud depende de la interacción de distintos factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos (Alcántara-Moreno, 2008, 95), es decir, “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (Briceño-León, Alcántara-Moreno, 2008, 95).

Es necesario comprender que todos esos procesos no están aislados, sino que se imbrican unos con otros, entonces, la salud depende de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico, el económico y social; por lo que se vuelve un fenómeno social, en el que entran en acción una gran cantidad de variables con fuertes interacciones entre ellas. (Alcántara-Moreno, 2008, 95) También se debe considerar que la idea de lo que es salud va a responder a una condición histórica, ya que en cada época una determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. (Alcántara-Moreno, 2008, 95)

Considerando las problemáticas expuestas sobre la construcción de una definición universal sobre salud, para el presente documento se ha decidido retomar la definición que ha elaborado la Organización Mundial de la Salud: “La salud es un

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, Alcántara-Moreno, 2008, 96). A pesar de que tal definición fue oficializada a principios de la segunda mitad del siglo XX, continúa siendo relevante por su institucionalidad, pues aún sirve como base para el cumplimiento de las competencias de la OMS. (Alcántara-Moreno, 2008, 96)

Ahora bien, en el artículo 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* se expone que el derecho a la salud comprende una amplia gama de factores, que no solo refieren aspecto relacionado con la sanidad física: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Prosalud-Cruz Roja-AECID, 2014)

Por lo tanto, cada Estado participante de dicha declaración —entre ellos México— ha generado un sistema de salud pública, con el objetivo de satisfacer este derecho universal. De acuerdo con la OMS, la salud pública es el conjunto de disciplinas que se ocupan de la salud y de las enfermedades de las poblaciones, que incorpora actividades no solo médicas y abarca actuaciones en planificación, intervenciones como autoridad sanitaria, vigilancia epidemiológica y de la salud, información sanitaria, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, cuidados y rehabilitación del enfermo, mediante la puesta en marcha de los servicios de salud necesarios. (Izquierdo, et. Al., 2015)

Además, la salud pública es un fenómeno que debe estar en constante evaluación y mejoramiento. Considerando todo lo expuesto en este apartado surge la interrogante ¿por qué es importante el género cuando se estudia el acceso a la salud? De acuerdo con integrantes de la Organización Panamericana de la Salud,

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

una razón empírica para prestar atención a las diferencias en la salud entre hombres y mujeres, es que esas diferencias existen, incluso cuando el elemento socioeconómico pueda no ser marcado. (George, et. al., 2005) Por ejemplo, en Suecia, un país al cual se le reconoce por tener una mayor igualdad de clases, el riesgo de padecer depresión en cualquier momento de la vida —antes de los 80 años— es de 28 % para los hombres y de 49 % para las mujeres. (George, et. al., 2005); otro ejemplo es que los infartos al corazón tienen mayor mortalidad en las mujeres, pues suelen tardar más en ser diagnosticados, ya que los síntomas no se asocian a los que suelen presentar los varones. (De la Garza y Derbez, 2020, 54) En materia de salud, el cuerpo masculino fue durante muchos años el estándar para medir los niveles de glóbulos rojos o de colesterol, así como los síntomas e incidencia de las enfermedades. (De la Garza y Derbez, 2020, 54) Lo anterior da cuenta de la importancia de reconocer al sexo biológico y al género como un factor determinante en el acceso a la salud.

La razón es que, al ser considerado el hombre como norma y medida, aún en el marco de los derechos humanos es importante insistir en la perspectiva de género, ya que la mayoría de las veces —si no es que todas las veces— los criterios que han servido para establecer normas, regulaciones, estándares, etcétera fueron pensados basándose en hombres y sus experiencias.

Hasta aquí se ha presentado un recorrido por el marco analítico, así como los recursos teóricos con los que se analizarán las pruebas que sustentan la hipótesis que a continuación se presenta.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

VI. Formulación de la hipótesis

Pese a los esfuerzos por implementar la perspectiva de género en materia de acceso a la salud para así lograr la equidad del pleno cumplimiento de este derecho básico entre los sexos, diferentes indicadores dan cuenta del estado de vulnerabilidad al que aún se enfrentan las mujeres, situación que también atraviesa considerablemente a la Ciudad de México. Es decir, aún permea la necesidad de ajustar los modelos existentes y generar políticas públicas y gubernamentales, programas sociales y/o reformas legales, que tengan como objetivo el acceso pleno a servicios de salud de calidad y asequibles para las mujeres.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

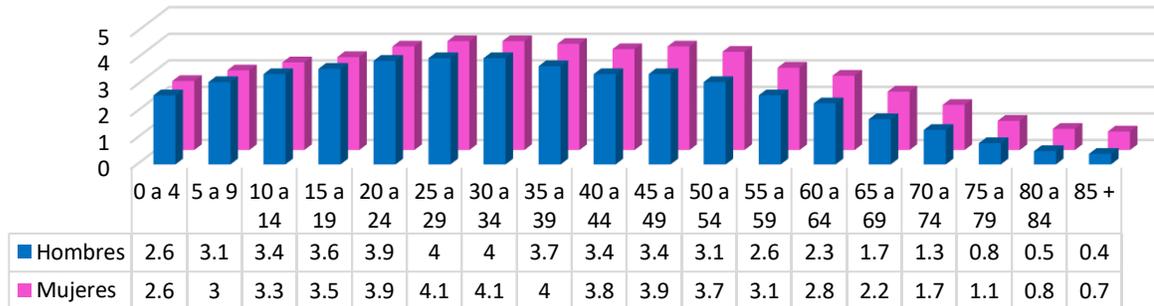
VII. Pruebas cuantitativas y/o cualitativas de la hipótesis

Las desigualdades de género también se encuentran en el acceso a los servicios médicos y no siempre se alcanzan a ver, ya que suele pensarse que ante una necesidad de atención médica hay la misma posibilidad de acceso, pero no es el caso. Las mujeres en la Ciudad de México son mayoría, pero, enfrentan condiciones de vida que vulneran sus derechos sociales y labores, los cuales atraviesan el derecho a la salud.

En la capital del país, la población total es de 9 209 944 personas, lo que representa el 7.3 % de la población nacional; el 47.8 % está compuesto por hombres (4 404 927) y el 52.2 % por mujeres (4 805 017), lo que da como resultado una relación hombres-mujeres de 91 hombres por cada 100 mujeres. Además, la mitad de la población tiene 35 años o menos, y como se observa en la gráfica **Composición de la población de la Ciudad de México por edad y sexo**, los grupos de edad en los que se concentra el mayor porcentaje de mujeres son los de 25 - 29, 30 - 34 y 35 - 39 años, 4.1 % para los dos primeros casos y 4 % en el tercero. (INEGI, 2021, 9)

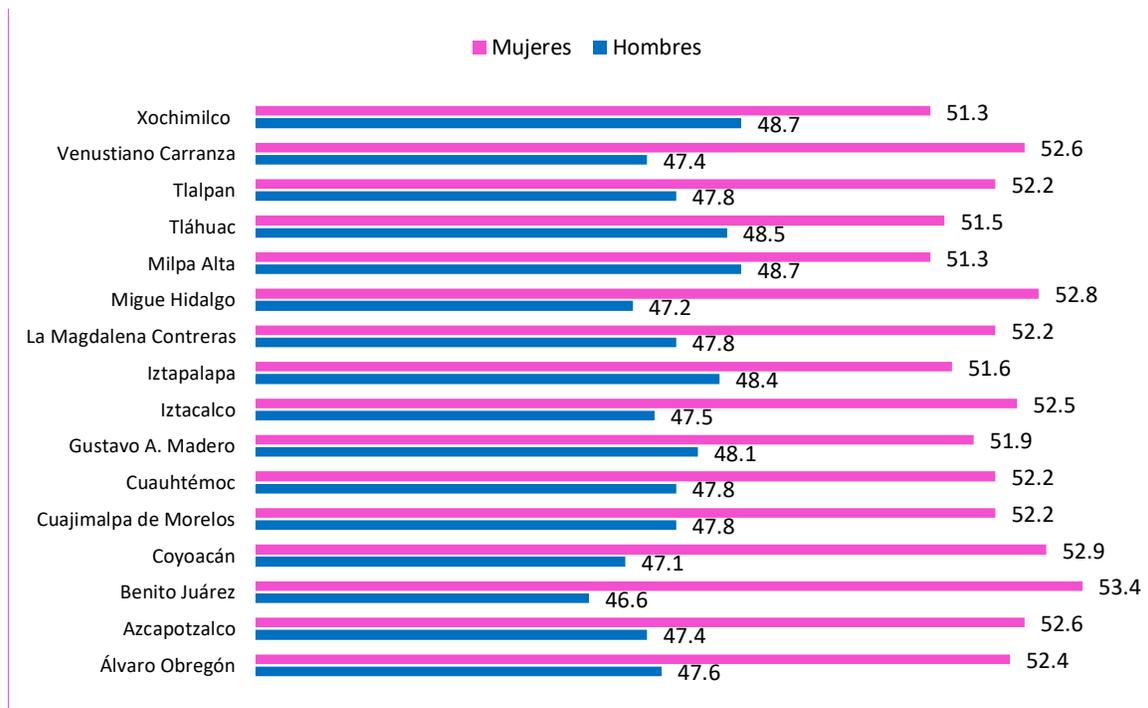
Composición de la población de la Ciudad de México por edad y sexo (porcentaje)

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Elaboración propia con información del INEGI³.

Composición de la población por alcaldía, por edad y sexo (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información del INEGI, 2021.

³ <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/tableros/panorama/>

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En este sentido, cabe señalar que de las 16 alcaldías que integran a la Ciudad de México, las más pobladas son Iztapalapa (1 835 486 habitantes), Gustavo A. Madero (1 173 351 habitantes) y Álvaro Obregón (759 137 habitantes). (INEGI, 2021, 9) En cuanto a las características de etnicidad, el 1.4 % (de 3 años y más) del total de la población de la Ciudad habla alguna lengua indígena (128 939 habitantes) — siendo el Náhuatl y el Mixteco las más comunes—; además de que se ha identificado que hay 289 139 personas que habitan en hogares indígenas, de las que 142 520 son hombres y 146 619 mujeres. (INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, CDMX) Además, el 2.0 % de la población de la capital se reconoce como afromexicanas, negra o afrodescendiente (186 914 habitantes), de los cuales el 49.2 % son hombres (91 962) y 50.8 % mujeres (94 952). (INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, CDMX)

Composición de la población de la Ciudad de México por etnicidad



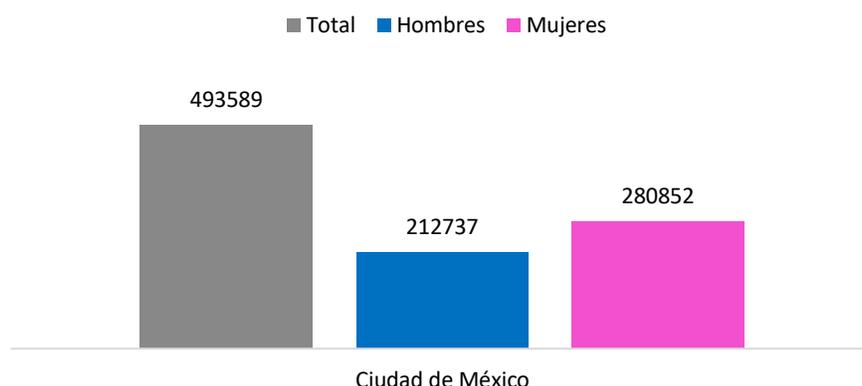
Fuente: Elaboración propia con información del INEGI, 2021.

En la Ciudad habitan 1 703 827 personas con discapacidad, con limitación en la actividad cotidiana o con algún problema o condición mental, lo que representa al 18.5 % del total de la población capitalina. (INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020 CDMX) Y como se observa en la gráfica **Población con alguna discapacidad en la Ciudad de México, por sexo**, en el caso particular de personas con discapacidad se ha estimado que ellas representan el 5.4 % de la población total (493 589 personas), de las cuales el 43.1 % son hombres y el 56.9 % mujeres;

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

siendo la principal discapacidad el caminar, subir o bajar. (INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, CDMX)

Población con alguna discapacidad en la Ciudad de México, por sexo



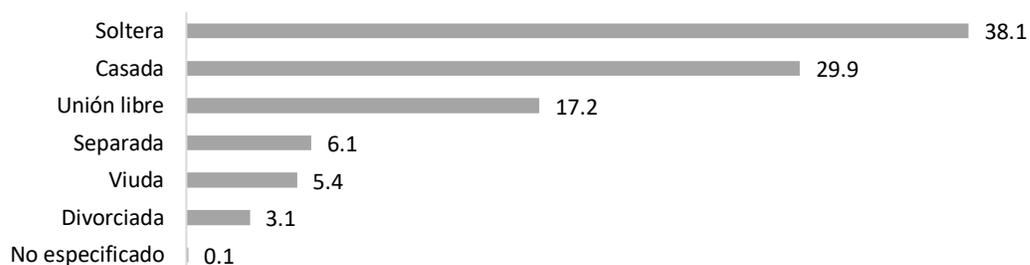
Fuente: Elaboración propia con información del INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, CDMX.

Siguiendo este orden de ideas, otra característica a mencionar es que el 38.1 % (3 508 989 personas) de la población de la Ciudad⁴ refiere como situación conyugal ser soltero o soltera, el 29.9 % de la población (2 753 773 personas) está casada y el 17.2 % (1 584 110 personas) en unión libre. (INEGI, 2021, 9)

Situación conyugal de la población en la Ciudad de México (porcentaje)

⁴ De 12 años y más.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Elaboración propia con información del INEGI, 2021.

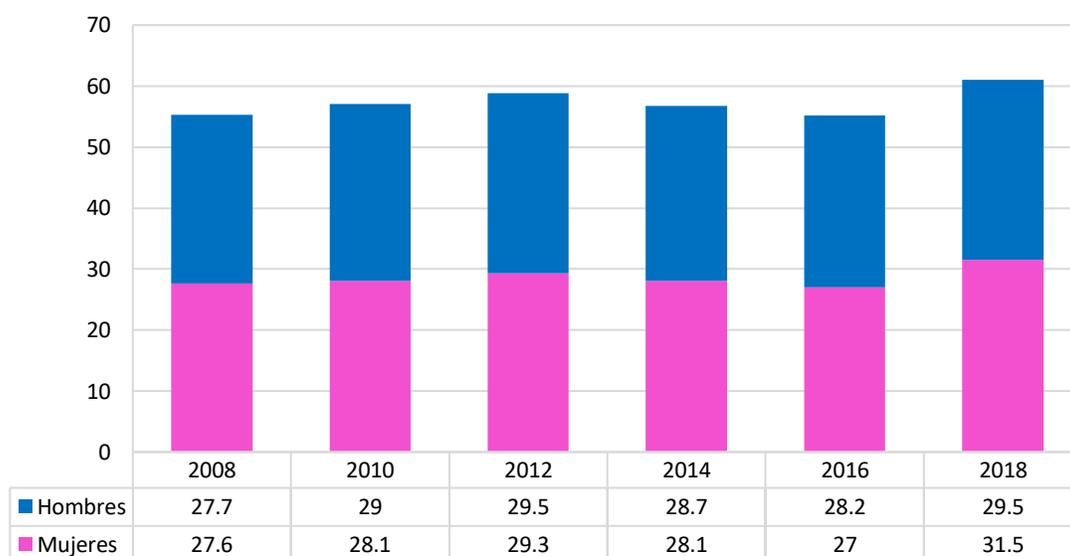
Los datos antes expuestos presentan una breve radiografía de las y los habitantes de la Ciudad de México, pues el contexto de una mujer de un hogar indígena no es el mismo que el de una mujer discapacitada y desempleada, ni el de ella es similar al de un capitalino, son esas características las que favorecerán o vulnerarán las oportunidades de acceder a los servicios de salud. A continuación, se expone una serie de datos socioeconómicos que se irán entrelazando con lo referente al acceso a los servicios médicos. Según datos del CONEVAL, las oportunidades para las mujeres en los últimos años han aumentado, por ejemplo, la brecha educativa entre mujeres y hombres se ha ido cerrando y son más las mujeres que participan en trabajos remunerados, pero, pese a ello, prevalecen desigualdades en las esferas de lo público y lo privado. (CONEVAL, 2020, 31)

Para el año 2018, las estimaciones de pobreza del CONEVAL señalaron que el 42.2 % de las mujeres en el país estaban en situación de pobreza, y la Ciudad se ubicó 10.9 puntos porcentuales por debajo del porcentaje nacional, ocupando el lugar 21 respecto a las demás entidades, lo que se traduce en aproximadamente 1 449 200 capitalinas en situación de pobreza. (CONEVAL, 2020, 31) Como se muestra en la gráfica **Evolución de la población en situación de pobreza, por sexo, en la Ciudad de México, 2008-2018**, las personas en situación de pobreza entre el periodo de 2008 a 2016 eran principalmente hombres, las mujeres se

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

mantuvieron por debajo en un rango máximo de 1.2 puntos porcentuales. (CONEVAL, 2020, 31) Para 2018 esta tendencia cambio, las mujeres pasaron a ser el grupo poblacional con un mayor índice de pobreza. En ese mismo año el porcentaje de pobreza entre las y los menores de edad en la Ciudad fue mayor al de los adultos por 14.4 puntos porcentuales, es decir, 49.6 %, casi la mitad de este sector de la población. (CONEVAL, 2020, 23)

Evolución de la población en situación de pobreza, por sexo, en la Ciudad de México, 2008-2018 (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia con información del CONEVAL: Informe de pobreza y evaluación 2020.

Teniendo en cuenta que estas estadísticas abarcan años previos a la pandemia por COVID-19, la brecha entre los sexos sobre la situación de pobreza debió aumentar, ya que la pandemia tuvo y mantiene un impacto diferenciado para hombres y mujeres, siendo ellas las afectadas. Es por ello que a continuación se recuperan datos sobre algunas de las carencias sociales que identifica el CONEVAL, las

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

cuales se complementan con algunas cifras que arrojó el Censo de Población y Vivienda 2020.

Sobre las características educativas de la población de la Ciudad de México, para 2018 se registró que el 16.9 % de sus habitantes enfrentaban rezago educativo⁵, lo que es resultado de una reducción sostenida, pues esta carencia tuvo un decrecimiento de 5.1 puntos porcentuales de 2008 a 2018. (CONEVAL, 2020, 35) Para 2020 entre la población de 15 años y más se registró que el 2.0 % no tiene escolaridad, el 35.5 % cuenta con educación básica, el 27.6 % con educación media superior y el 34.6 % con educación superior. (INEGI, 2021)

Pero, ¿cuál es la relación por sexo? Como se observa en la tabla **Población estudiantil de la Ciudad de México por nivel escolar y sexo, ciclo 2020/21**, del total de habitantes de la Ciudad, que en dicho ciclo se desarrollaban como estudiantes (2 471 393), se mantiene una brecha entre hombres y mujeres, si bien es corta, siguen siendo más los varones que acceden a la educación, aunque esta tendencia no se mantiene en lo que respecta al nivel superior. Pese a la mayor presencia de las mujeres en la educación superior se ha identificado un fenómeno que refleja la cultura de género, se trata del condicionamiento sobre las opciones profesionales de manera diferenciada de acuerdo al sexo, pues desde la niñez a ellos se les muestra el camino de las ciencias exactas, las ingenierías y la informática, mientras que para ellas se ofrece el camino de la educación, el trabajo social, las artes, por mencionar algunos campos; además aquellas mujeres que optan por el estudio de carreras designadas a los hombres suelen enfrentar rechazo y discriminación (de la Garza y Derbez, 2020, 81).

⁵ Ocurre cuando se presenta alguna de las siguientes situaciones: 1. tiene de 3 a 15 años, no cuenta con la educación básica obligatoria y no asiste a un centro de educación formal; 2. nació antes de 1982 y no tiene el nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (primaria completa); 3. nació a partir de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria (secundaria completa). (CONEVAL, 2020, 35)

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Población estudiantil de la Ciudad de México por nivel escolar y sexo, ciclo 2020/21

Sexo	Total	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media Superior	Superior
Total	2 471 393	232 889	789 656	438 828	455 030	554 990
Hombres	1 243 583	400 342	400 342	221 562	229 263	275 274
Mujeres	1 227 810	389 314	389 314	217 266	225 767	279 716

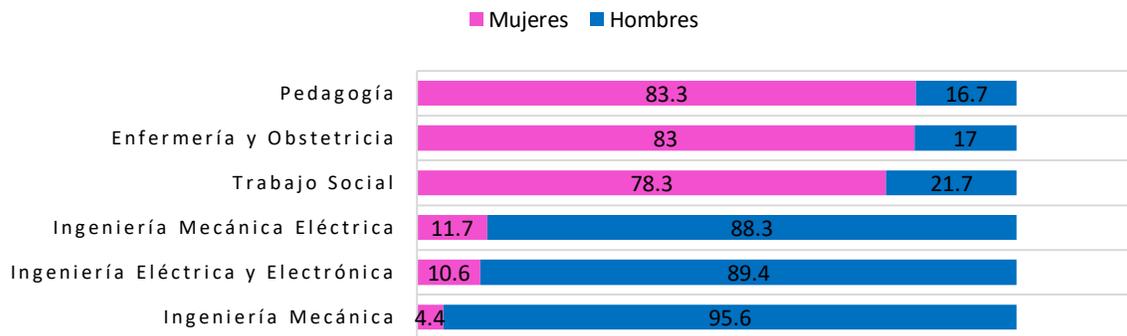
Fuente: Elaboración propia con información del INEGI.

Para ejemplificar lo anterior, a continuación, se muestran datos sobre las carreras que en la Universidad Nacional Autónoma de México al considerar la conformación por sexo de su población se identificaron como carreras feminizadas y masculinizadas. En el primer caso, se ubican las áreas de la salud, la educación y el trabajo social; es decir, áreas profesionales que están vinculadas a las responsabilidades familiares y domésticas, así como a las labores de cuidados y la educación, como si se tratara de una especie de extensión de lo que socialmente se espera que haga desde el papel del “deber ser femenino”.

Mientras que en el segundo caso corresponden al área de las ingenierías —aunque también se ha identificado que este fenómeno ocurre en los campos de las ciencias físicas y matemáticas—. Aunque también se ha reconocido que hay carreras que presentan un perfil de estudiantes mixto, como Derecho, carrera que presenta un equilibrio mayor entre mujeres y hombres.

Carreras feminizadas y masculinizadas Universidad Nacional Autónoma de México, 2018

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Elaboración propia con información del Boletín Números y Género #20. ¿Carreras para mujeres y carreras para hombres?, UNAM-CIEG.

Este sesgo tiene importantes implicaciones sociales,

Pues las carreras que se han identificado como “masculinas” son las que conducen a las profesiones consideradas “del futuro” ... que son también las mejor pagadas. De modo que, a pesar de que las mujeres demuestran un mejor rendimiento académico, de acuerdo con las estadísticas, al graduarse obtienen resultados desfavorables en términos de empleo e ingresos. (Garza y Derbez, 2020, 82)

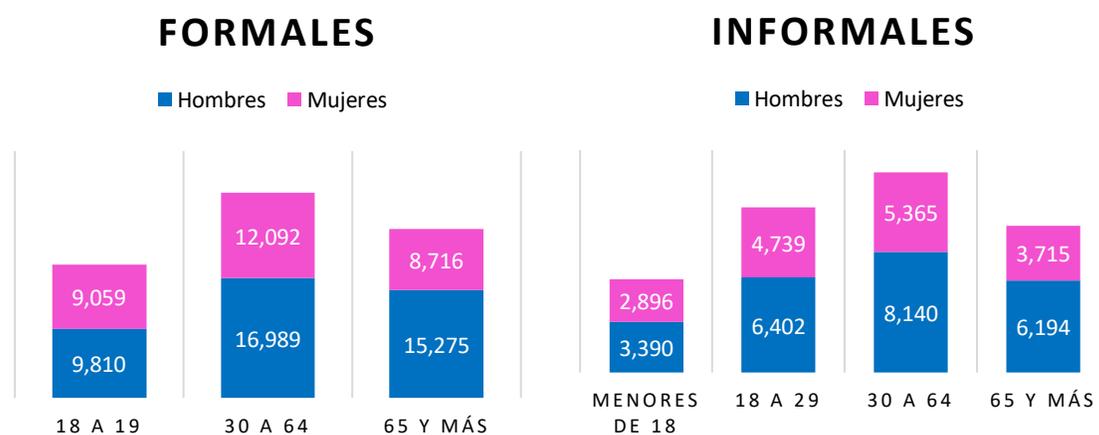
A pesar de que, como ya se dijo, las mujeres representan el 52.2 % de la población total de la Ciudad de México, ellas no participan en la misma medida en la economía del país, esto puede deberse en gran medida a la falta de condiciones adecuadas para el desarrollo laboral de las mujeres, por ejemplo, la asignación de tareas adicionales como lo son las labores del hogar y de cuidados, lo que se traduce en una menor cantidad de tiempo para desarrollarse en el mercado laboral. “En 2020, las entidades federativas con las mayores tasas de participación en el mercado laboral de las mujeres fueron: Baja California Sur (58.9 %), Quintana Roo (58.7 %), Ciudad de México (57.9 %), Baja California (57.8 %) y Colima (57.2 %)” (BBVA, 2021).

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La razón es que, situaciones como las antes expuestas reducen las posibilidades de empleabilidad, lo que a su vez resulta determinante en el acceso a la salud, pues como se mencionó en uno de los apartados previos, el país se rige por un esquema de salud que responde a las condiciones de empleo, lo que se traduce en servicios de salud a los que principalmente acceden trabajadores del sector formal de la economía.

Para el cuarto trimestre de 2021 en la Ciudad de México la población económicamente activa (PEA) ascendía a 4 744 648 personas (de las que 2 482 984 eran hombres y 1 982 122 mujeres) lo que se traduce en el 41.7 %; de ellas el 52.8 % se integraban en la tasa de formalidad y el 47.2 % en la de informalidad. (Secretaría del Trabajo, 2022)

Ingreso Promedio Mensual de la Población Ocupada por sexo, por Condición de Informalidad en la Ciudad de México, cuarto trimestre 2021.



Fuente: Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (abril 2022). Perfiles Laborales por Entidad Federativa.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En ambos casos, como se muestra en las gráficas **Ingreso Promedio Mensual de la Población Ocupada por sexo, por Condición de Informalidad en la Ciudad de México, cuarto trimestre 2021**, hay una brecha entre los ingresos mensuales que en promedio percibían los hombres y las mujeres. Por ejemplo, en la formalidad la brecha más grande se dio entre personas de 65 años y más, esta fue de 6 559 pesos; mientras que en la informalidad se observó entre hombres y mujeres de 30 a 64 años, donde ellos tuvieron en promedio un ingreso mayor de 2 775 pesos. (Secretaría del Trabajo, 2022)

Además, en diferentes grupos de edad son las mujeres las que en mayor proporción percibieron hasta un salario mínimo, mientras que los varones son los que presentaron un porcentaje más alto en la percepción mayor a un salario mínimo, por ejemplo, esta brecha es más grande en el rango de edad de entre los 18 a 29 años: 3.5 %. (Secretaría del Trabajo, 2022) Siguiendo este orden de ideas, de acuerdo con los resultados que arrojó la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2020 el ingreso promedio trimestral de los hombres en la CDMX fue de 24 315 pesos, y de las mujeres de 18 067 pesos, lo que se traduce en una brecha de 6 248 pesos, además de que en ambos casos, como se muestra en la tabla **Ingreso promedio trimestral monetario en la Ciudad de México por sexo**, dicho ingreso se vio reducido en comparación a 2018, un año antes del inicio de la pandemia.

Ingreso promedio trimestral monetario en la Ciudad de México por sexo

Año	Hombres	Mujeres
ENIGH 2018	37 913	26 820
ENIGH 2020	24 315	18 067

Fuente: Elaboración propia con información de ENIGH 2020.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Como se ha observado, las mujeres tienen una menor presencia en el campo laboral y suelen tener menores ingresos, lo que impacta directamente en el acceso a los servicios de salud. En este sentido, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo

Se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con una adscripción o afiliación... a las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina), a servicios médicos privados, o bien no reportó tener derecho a recibir los servicios que presta el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). (CONEVAL, 2021 agosto, 2-3)

Sobre ello, según datos del CONEVAL y como lo refleja la gráfica **Evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud en Ciudad de México, 2008 – 2018**, hasta 2016 se observó una tendencia de decrecimiento de la carencia por acceso a los servicios de salud, lo que en gran medida se debió a la afiliación al Seguro Popular⁶ (CONEVAL, 2020, 38), pero con su eliminación aunada al contexto que el sector salud enfrentó a causa de los momentos más álgidos de la pandemia por COVID-19, en el tiempo presente se está atravesando un retroceso en dicha materia.

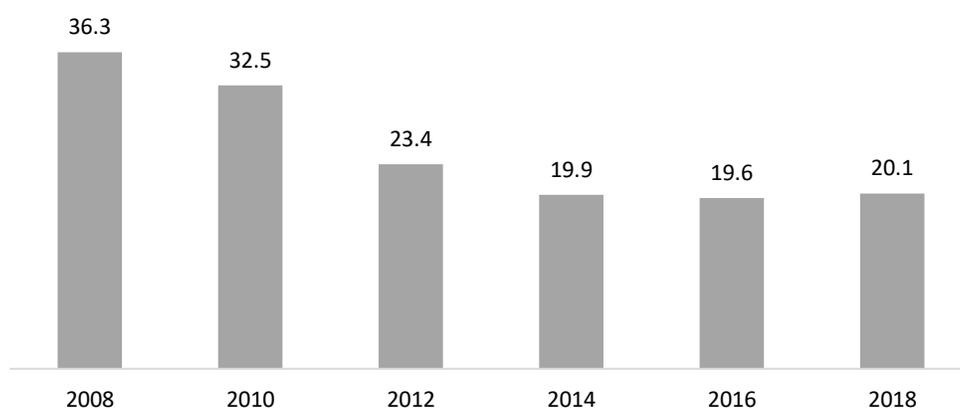
Ejemplo de ello es que durante gran parte de esta administración a nivel federal y local “se han escuchado voces que reclaman falta de servicios, medicamentos no surtidos por las instituciones públicas, lentitud en los procesos para recibir atención

⁶ El Seguro Popular inició en julio de 2003 y finalizó en diciembre de 2019 con la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

y, más recientemente, presencia insuficiente de personal médico.” (Cortés Adame, 2022)

Evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud en Ciudad de México, 2008 – 2018 (porcentaje).

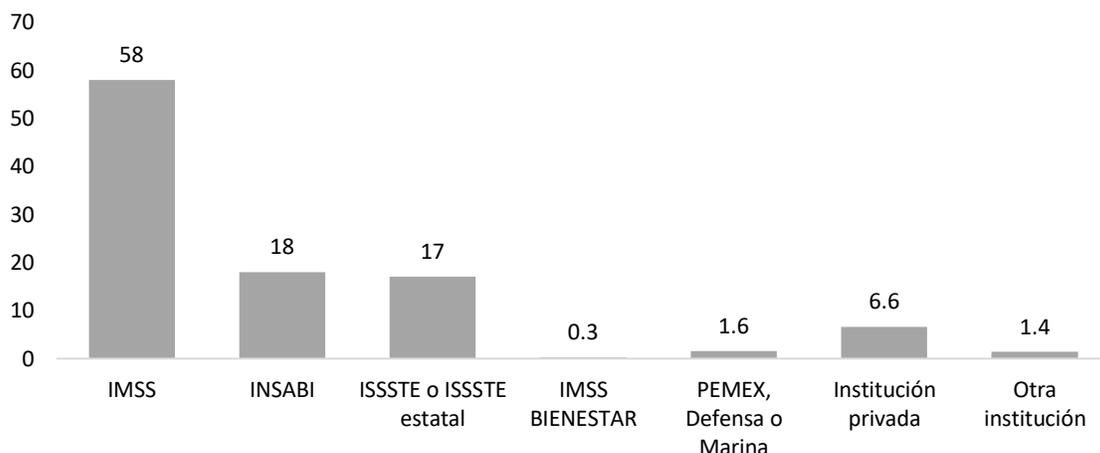


Fuente: Elaboración propia con información de CONEVAL: Informe de pobreza y evaluación 2020.

En el año 2020 se registró que el 72.6 % de la población capitalina, es decir, 6 686 419 personas, estaban afiliadas a algún servicio de salud, siendo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la institución que albergó/alberga un mayor porcentaje de derechohabientes (3 878 123 aproximadamente). (INEGI, 2021, 9)

Afiliación a los servicios de salud en la Ciudad de México (porcentaje)

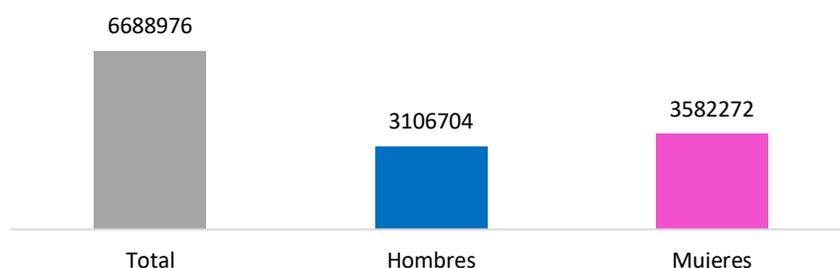
LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Elaboración propia con información de INEGI, 2021.

Como se observa en la gráfica **Personas afiliadas a un servicio de salud en la Ciudad de México, por sexo**, de total de las personas que refirieron estar afiliadas a algún servicio de salud hay 3 106 704 hombres, lo que representa al 70.52 % del total de la población masculina, mientras que en el caso de las mujeres se registró que 3 582 272 de ellas están afiliadas, es decir el 74.55 % del total de las capitalinas, siendo el IMSS, el INSABI y el ISSSTE las instituciones de salud donde más mujeres son beneficiarias del acceso a los servicios médicos. (INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, CDMX)

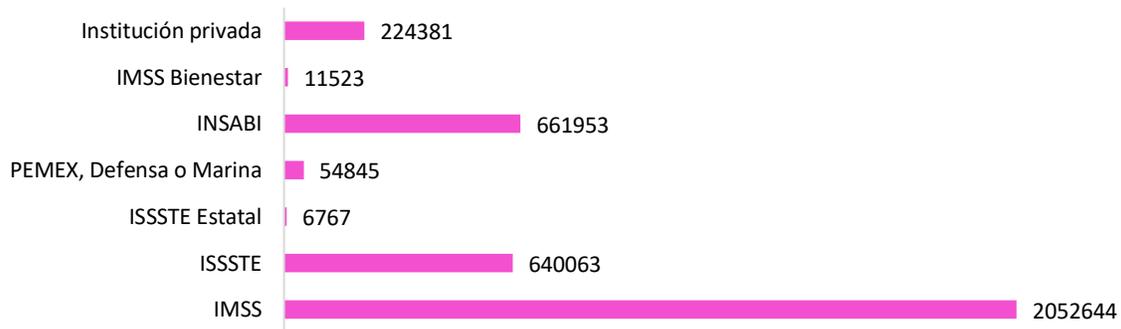
Personas afiliadas a un servicio de salud en la Ciudad de México, por sexo



Fuente: Elaboración propia con información de INEGI, 2021.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Afiliación de mujeres a los servicios de salud en la Ciudad de México

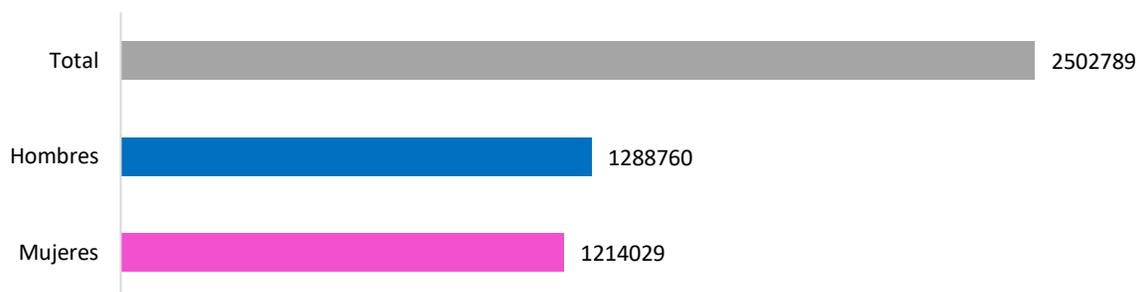


Fuente: Elaboración propia con información de INEGI, 2021.

Además, se dio cuenta de que 2 502 789 capitalinos y capitalinas no estaban afiliados a ningún servicio de salud, es decir, tienen carencia por acceso a servicios de salud, situación que se representa en la gráfica **Población con carencia por acceso a servicios de salud en la Ciudad de México, por sexo**; y 18 143 personas no refirieron su estatus, en ambos casos hay mayor incidencia masculina. (INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020 CDMX) En este sentido, vale la pena apuntar que la mayor presencia de mujeres responde a que representan un mayor porcentaje del total de la población de la Ciudad, así como al hecho de que pueden ser beneficiarias de algún servicio de salud por la afiliación de su cónyuge o padre.

Población con carencia por acceso a servicios de salud en la Ciudad de México, por sexo

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



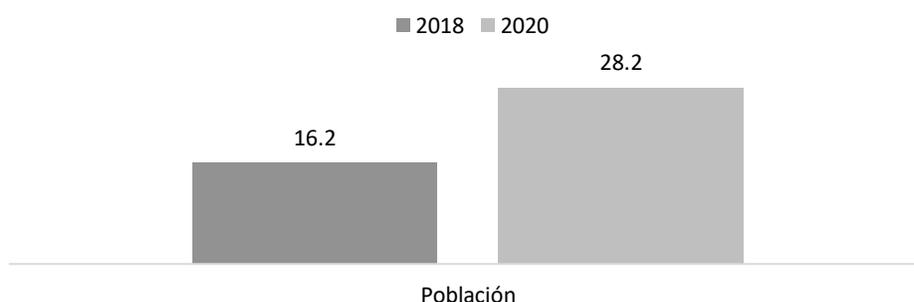
Fuente: Elaboración propia con información de INEGI, 2021.

Siguiendo este orden de ideas, cabe señalar que el CONEVAL estimó que a nivel nacional entre 2018 y 2020 se observó un aumento de la población con carencia por acceso a los servicios de salud, hubo un aumento de 20.1 a 35.7 millones de personas —situación que se plasma en la gráfica **Población nacional con carencia por acceso a los servicios de salud**—, lo anterior se traduce en el hecho de que un periodo de dos años 15.6 millones de personas refirieron no estar afiliadas, inscritas o tener derecho a recibir servicios de salud en una institución pública o privada. (2021, agosto, 6) Además, dicho fenómeno se presentó principalmente entre las personas con menores ingresos, afectando mayormente a la población en condiciones de pobreza extrema. (CONEVAL, 2021 agosto, 6)

Población nacional con carencia por acceso a los servicios de salud

[Millones de personas]

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Elaboración propia con información de CONEVAL, Nota técnica..., 2021 agosto.

Considerando lo anterior, resulta pertinente referir que la Ciudad de México tiene a cerca de 3 millones de personas en situación de pobreza, es decir, 3 de 10 habitantes; de los cuales el 4.3% se encuentra en pobreza extrema — aproximadamente 396 000 personas—, cifras que colocan a la entidad en el número veinte del país en porcentaje de población con pobreza. (Cortés Adame, 2022 febrero) Además, de acuerdo con cifras del CONEVAL de 2016 a 2020 se mantuvo una tendencia de aumento en los índices de personas en algún nivel de pobreza en la capital, situación que se expresa en la siguiente tabla: **Evolución de la pobreza en la Ciudad de México, 2016 – 2020.**

Evolución de la pobreza en la Ciudad de México, 2016 – 2020 (porcentaje)

Nivel	2016	2018	2020
Pobreza	26.6	30.0	32.6
Pobreza moderada	24.9	28.3	28.3

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Pobreza extrema	1.7	1.7	4.3
-----------------	-----	-----	-----

Fuente: Elaboración propia con información del CONEVAL.

La alcaldía Milpa Alta es la que presentó mayor población en condición de pobreza (54.7 %), seguida de Xochimilco (48.2 %) e Iztapalapa (43.9 %); como un dato de contraste, en la Ciudad de México se encuentra el tercer municipio a nivel nacional con menor porcentaje de población en situación de pobreza, es decir, la alcaldía Benito Juárez con 7.9 %, hay una diferencia abismal entre Milpa Alta, donde 5 de cada 10 personas tienen por lo menos una carencia social, y Benito Juárez que tiene a una persona por cada diez en dicha situación. (Cortés Adame, 2022 febrero; CONEVAL, 2021) Además, las alcaldías con mayor número de habitantes en pobreza extrema son Xochimilco (9.3 %), Milpa Alta (9.2 %) y Tlalpan (7.1 %). (Cortés Adame, 2022 febrero)

La carencia por acceso a los servicios de salud, se ha estimado como a carencia con menos desigualdad dentro de la Ciudad de México, mientras que las alcaldías con más altos porcentajes de personas en condición de pobreza, tres de cada 10 personas no tienen acceso a los servicios médicos, en las alcaldías Miguel Hidalgo, Benito Juárez y Azcapotzalco que presentan los menores porcentajes, la cifra solo disminuye a 2 de cada 10 personas con dicha carencia. Es decir, el acceso a los servicios de salud es insuficiente en prácticamente todas las alcaldías, la cobertura universal en los servicios de salud está lejos de ser una realidad en la Ciudad de México, pese a ello es una de las entidades con uno de los índices más bajos en esta carencia. (Cortés Adame, 2022 febrero)

Lo anterior está estrechamente ligado al acceso a la seguridad social, es decir, que la población económicamente activa asalariada tenga todas y cada una de las prestaciones laborales, se observa que es la carencia con mayor prevalencia en la Ciudad de México. (Cortés Adame, 2022 febrero) En la Ciudad el 49.3 % de la

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

población ocupada labora en el sector informal (aproximadamente 2 millones), lo que les impide tener acceso a un sistema de seguridad social. (Cortés Adame, 2022 febrero)

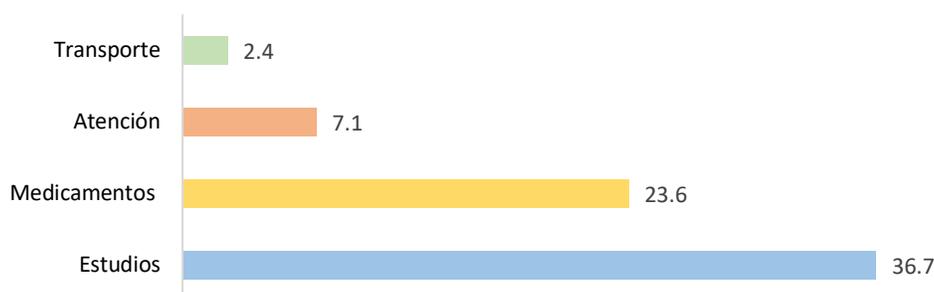
Sin embargo, esto no quiere decir que no existan diferencias notables entre alcaldías. Las que mayor porcentaje de su población tienen con esta carencia son Milpa Alta (71.6 %), Xochimilco (58.7 %) y Tláhuac (54.9 %), mientras que las que menos son Benito Juárez (32.6 %), seguida por Miguel Hidalgo (33.9 %) y Azcapotzalco (35.2 %). (Cortés Adame, 2022 febrero)

Finalmente, resulta pertinente abordar lo referente a la dinámica del gasto de salud, la cual se integra por los siguientes rubros: estudios de diagnóstico, compra de medicamentos, atención (consulta médica) y transporte. En este sentido, a nivel nacional se estimó que la mayor proporción del gasto en salud se destina a la realización de estudios de diagnóstico, y el pago de medicamentos es el otro gasto que consume una mayor cantidad de dinero, sobre ello.

Cabe recordar que la oferta principal del gobierno federal en materia sanitaria fue el acceso a medicamentos gratuitos, pero la austeridad en el sector, el cambio en el sistema de abasto y los desarticulados servicios, protocolos y sistema de información no han logrado cumplir esta promesa. Por el contrario, aunado a un impacto económico adverso reflejado en la reducción de ingresos, el acceso a medicinas se ha hecho cada vez más complicado para gran parte de los mexicanos. (Cortés Adame, 2022)

En la Ciudad de México la proporción del gasto en salud por rubro es la siguiente:

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Elaboración propia con información de Cortés Adame, 2022.

En este sentido, en promedio, la cifra nacional (2019) reporta que las mujeres perciben \$39.38 por hora y los hombres \$39.88 por hora, y en el caso de la Ciudad de México hay una brecha salarial de \$4.05, las mujeres perciben \$47.23 en promedio por hora y los hombres \$51.28. De acuerdo con información proporcionada por el INMUJERES, en el año 2015 la brecha salarial se intensificó conforme se avanzaba en el nivel de estudios, en todos los niveles los hombres percibieron un mayor ingreso que las mujeres.

En términos porcentuales, la brecha salarial oscilaba entre el 25 % y 49 %. La tasa más elevada se encontraba entre la población que no contaba con estudios o solo cursó el preescolar, la población con primaria completa reportaba una brecha salarial del 42 %. Resalta el hecho de que una mujer con un nivel educativo mayor, por ejemplo, con formación profesional completa recibiendo \$5, 556 al mes, apenas rebasaba el ingreso percibido por un hombre con un nivel académico menor, en este caso con preparatoria o bachillerato incompleto, pues este percibía alrededor de \$5,125 al mes; pese a que los separaban dos niveles de educación. (INMUJERES) Situación que impacta directamente en las oportunidades de las mujeres para acceder a los servicios médicos.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

VIII. Conclusiones

La división por sexo, del trabajo y el poder en la sociedad se refleja en desigualdades entre hombres y mujeres que repercuten en el estado de salud y sus determinantes, el acceso a la atención apropiada. En consecuencia, los retos que plantea el logro de la equidad de género en el ámbito de la salud son, esencialmente, los siguientes:

- Eliminar las diferencias evitables entre hombres y mujeres en el estado de salud y sus factores determinantes.
- Asignar recursos para la atención de salud y utilizarlos de acuerdo con las necesidades particulares de mujeres y hombres, no según su capacidad económica.
- Establecer el pago de la atención de salud según la capacidad económica, no según la necesidad, y distribuir de forma solidaria el costo financiero de la reproducción.
- Equilibrar de forma justa la distribución del trabajo y el poder de decisión, no solo entre mujeres y hombres, sino también entre el estado, la comunidad, la familia y el mercado. (Gómez Gómez, 2002)

En el caso particular de la Ciudad de México se observó que tiene desigualdades muy marcadas entre la población de las diferentes alcaldías, como se dio cuenta en algunas de ellas una gran cantidad de personas tienen carencias sociales que las colocan en desventaja para desarrollar su vida; mientras que, las personas que habitan principalmente en las alcaldías que se ubican en el norponiente viven con mejores condiciones de vida, situación que les permiten disfrutar de sus derechos sociales con mayor plenitud.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Pese a ello, en todo el territorio de la Ciudad se han encendido focos rojos en un aspecto tan básicos como es el acceso a la salud. A pesar de que la pobreza es un fenómeno multisectorial, la información recopilada exige acciones diferenciadas desde los distintos niveles de gobierno para mejorar las condiciones de vida y conforme a los distintos contextos que imponen las características específicas de cada alcaldía, y de acuerdo al sexo del habitante.

Sobre lo anterior, vale la pena citar un fragmento de la investigación del Maestro Luis Javier Cortés Adame, pues refiere que según.

Un estudio realizado antes de la pandemia reveló que la política social a nivel alcaldía está repleta de intervenciones fragmentadas, duplicadas e insuficientes, con un enfoque cliente lista que consiste fundamentalmente en la entrega discrecional de dinero y bienes materiales. Los datos demuestran que, aunque no es responsabilidad exclusiva de las alcaldías, la política social implementada a nivel municipio no está cumpliendo los objetivos que persigue. Por lo que debe trascender las clásicas transferencias monetarias y entrega de bienes materiales que no han demostrado su eficacia para combatir las distintas carencias sociales que se viven en la capital del país.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Posibles soluciones

- Establecer políticas públicas que garanticen el acceso a los servicios de salud preventivos y de atención integral en igual de género.
- Identificar obstáculos sobre las condiciones de las trabajadoras, haciendo énfasis en aquellas que vulneran su derecho al acceso a la salud.
- En materia de salud se deben diseñar estrategias sustentadas en determinar esfuerzos de prevención y control, con una visión integral del ciclo de vida y de acuerdo al sexo.
 - Es determinante la promoción y educación en materia de salud que propicien estilos de vida saludables.
- La academia debe generar protocolos de investigación en los que sean variables de interés el sexo y el género, y así se pueda desarrollar un abordaje integral y completo en torno a la salud de la mujer.
- Hombres y mujeres deben trabajar de forma conjunta en la transformación de los estereotipos culturales de género, solo así se logrará un mejor desarrollo humano y social.
- No es una utopía aspirar a que el acceso a los servicios de salud sea de calidad, integral y asequible.

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

IX. Bibliografía

Alcántara Moreno, G. (2008, junio). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 93-107.

BBVA. (2021 julio). Cambios y Tendencias Socio demográficas en México. Recuperado en: file:///C:/Users/salas/Downloads/Cambios_Tendencias_Sociodemograficas_Mexico.pdf

CNDH México. (sin fecha). ¿Qué son los derechos humanos? Recuperado en: <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos>

CONEVAL. <https://www.coneval.org.mx/>

_____. (2020). Informe de pobreza y evaluación 2020. Ciudad de México. Recuperado en: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_po breza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_CDMX_2020.pdf

_____. (2021 agosto). Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020. Recuperado en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf

Cortés Adame, L.J. (2022, febrero). La pobreza en las alcaldías de la CDMX: distintas realidades. Recuperado en: <https://federalismo.nexos.com.mx/2022/02/la-pobreza-en-las-alcaldias-de-la-cdmx-distintas-realidades/>

_____. (2022 septiembre). El acceso a los servicios de salud en las distintas regiones de México. Recuperado en: <https://federalismo.nexos.com.mx/2022/09/el-acceso-a-los-servicios-de-salud->

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

[en-las-distintas-regiones-de-mexico/#:~:text=En%20ella%20se%20revel%C3%B3%20que,al%20lugar%20donde%20se%20habita.](#)

de la Garza, C. & Derbez, E. (2020). *No son micro Machismos cotidianos*. México: Grijalbo.

Farías, A. (2010). Manual que incorpora políticas públicas para la corresponsabilidad, vida laboral, familiar, personal e institucional. Durango.

George, A., Östlin, P. y Sen, G. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Recuperado en: http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/PO_14_entire_book.pdf

Golubov, N. (2017). Interseccionalidad. En H. Moreno y E. Alcántara (Coords.), *Conceptos clave en los estudios de género, Vol. I* (197-2013). México: Universidad Nacional Autónoma de México / Centro de Investigaciones y Estudios de Género.

Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. Recuperado en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/454-461/>

Güezmez García, A. (2014). Derechos humanos y salud de las mujeres. En T. Corona Vázquez (Ed.), *La mujer y la salud en México* (17-20). México: CONACyT.

INEGI. <https://www.inegi.org.mx/>

_____. Censo de Población y Vivienda 2020 CDMX. Recuperado en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_cdmx.pdf

_____. (2021). Panorama sociodemográfico de Ciudad de México 2020. Recuperado en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bv_inegi/productos/nueva_estruc/702825197827.pdf

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

INMUJERES. (2007). Glosario de género. Recuperado en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100904.pdf

_____. (2020). Mujeres y hombres en México 2021. Recuperado en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/mujeresyhombresenmexico2020_101353.pdf

Izquierdo Martínez, M., Avellaneda Fernández, A., Sánchez Sangrado, T. (2015).
Desarrollo de indicadores poblacionales en Salud Pública. Madrid: Universidad
Europea de Madrid.

Jiménez-Montero, S. (2018). Derechos humanos frente a la desaparición forzada en
México 2014. (Tesis de licenciatura). Facultad de Ciencias Políticas y Sociales –
Universidad Nacional Autónoma de México.

Lamas, M. (2017). Género. En H. Moreno y E. Alcántara (Coords.), *Conceptos clave
en los estudios de género, Vol. I* (155-170). México: Universidad Nacional
Autónoma de México / Centro de Investigaciones y Estudios de Género.

OMS. (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Recuperado
en:
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85763/9789240691223_spa.pdf;
jsessionid=11C694A733220F459834D1A8E01C3720?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85763/9789240691223_spa.pdf;jsessionid=11C694A733220F459834D1A8E01C3720?sequence=1)

Prosalud-Cruz Roja-AECID (2014). Comprendiendo el Derecho Humano a la Salud.
Recuperado en:
[https://www.aecid.es/CentroDocumentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo%20el%20derecho%20humano%20a%20la%20salud%20\(2\).pdf](https://www.aecid.es/CentroDocumentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo%20el%20derecho%20humano%20a%20la%20salud%20(2).pdf)

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2022 abril). Perfiles Laborales por
Entidad Federativa. Recuperado en:
http://siel.stps.gob.mx:304/perfiles/perfiles_detalle/perfil_CDMX.pdf

LAS CAPITALINAS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Scott, J. W. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico.

Recuperado

en:

https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Genero-Mujer-Desarrollo/El_Genero_Una_Categoria_Util_para_el_Analisis_Historico.pdf

Tepichin-Valle, A. M. (2018). Estudios de género. En H. Moreno y E. Alcántara (Coords.), *Conceptos clave en los estudios de género, Vol. II* (97-107). México: Universidad Nacional Autónoma de México / Centro de Investigaciones y Estudios de Género.

Es una investigación de análisis del Partido Acción Nacional en la Ciudad de México.
Registro ante el Instituto Nacional de Derechos de Autor en trámite
Partido Acción Nacional en la Ciudad de México
Durango No. 22, Col. Roma, C.P. 06400, México, CDMX.