



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,  
URBANOS Y AMBIENTALES

EXPERIENCIAS DE DESIGUALDAD DE GÉNERO EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN A  
LAS NECESIDADES DE SALUD DE MUJERES JÓVENES EN CONTEXTOS DE  
POBREZA EN IZTAPALAPA

Tesis presentada por:

ALMA RITA LIRA MONTES

Para optar por el grado de:

MAESTRA EN ESTUDIOS URBANOS

Directora de tesis:

ANA MARÍA TEPICHIN VALLE

Lectora de tesis:

MARTHA ROSA SCHTEINGART GARFUNKEL

2017

## **Agradecimientos**

La culminación de esta tesis no se debe exclusivamente a un trabajo individual, sino que se trata de un trabajo conjunto de diversas personas e instituciones. Por ello, en primera instancia quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por la distinción de la que fui merecedora al recibir una beca completa durante 24 meses para cursar mis estudios de posgrado.

Agradezco a El Colegio de México y al Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA) por aceptarme en tan prestigiosa institución, fue de especial importancia contar con el apoyo académico, con la infraestructura, los servicios de cómputo y los servicios de la biblioteca para cursar mis estudios de maestría y en la realización de esta tesis. De manera particular, agradezco al Director del CEDUA, Jaime Sobrino, a la Coordinadora de la Maestría, Verónica Crossa, y a la Secretaria Académica, Guadalupe Martínez, quienes siempre atendieron gentilmente las solicitudes de las y los estudiantes y nos guiaron en este trayecto.

Una mención especial se la dedico a la Doctora Ana María Tepichin del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, por su incansable apoyo, comprensión y trabajo como directora de tesis, por confiar en mí incluso cuando parecía carente de rumbo durante esta investigación. Aprecio y agradezco sus reflexiones, sus críticas y todos sus consejos derivados de su amplio conocimiento y experiencias obtenidas en su trayectoria de investigación.

También quiero agradecer a las Doctoras Martha Schteingart y Clara Salazar, quienes siempre condujeron los esfuerzos de esta investigación a buen puerto a través de sus reflexiones, comentarios y sugerencias en el seminario de titulación. En especial, a la Doctora Schteingart, quien fungió como lectora de esta tesis y quien siempre me acompañó durante el proceso.

Finalmente, agradezco a toda mi familia, a mi mamá y papá por apoyarme siempre y alentar la continuación de mis estudios, a mi hermana y hermanos por ayudarme en todo momento al darme consejos y a mi Pilli por tolerar las noches de desvelo, aconsejarme y apoyarme cuando más lo necesitaba.

## Resumen

En la Ciudad de México, las mujeres jóvenes entre 15 y 29 años de edad tienen un menor acceso a servicios de salud, en comparación con mujeres pobres del conjunto de las localidades urbanas y rurales del país, de acuerdo con estimaciones de pobreza multidimensional en 2014 del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Al mismo tiempo, una mayor cantidad de mujeres jóvenes en pobreza en la Ciudad de México tienen derechohabencia indirecta por parte de algún familiar a instituciones públicas de salud, respecto a varones pobres de la misma demarcación.

Sin embargo, la mera revisión estadística poco permite conocer sobre la existencia de desigualdades de género, ya que no informa del por qué se presenta tal diferencia entre hombres y mujeres, y tampoco da cuenta de cómo las desigualdades de género son vividas en el día a día por mujeres jóvenes urbanas. Por lo tanto, el abordaje presentado en la investigación pretende rescatar las experiencias de desigualdad, en voz de las mujeres, para atender sus necesidades de salud viviendo en contextos de pobreza.

En este sentido, retomo la propuesta de Nancy Fraser que supone mirar al género en tres dimensiones, a saber, la distribución que comprende la esfera económica, el reconocimiento que atañe al orden cultural y la representación política que comprende la esfera política. Asimismo, retomo el marco analítico planteado por Ana María Tepichin, que permite aterrizar la propuesta de Fraser al conocimiento de la pobreza y señala los factores ligados a desigualdades de género que se enlazan con la pobreza. A partir de ambas propuestas, se estructuró un marco para identificar cuatro áreas de la salud femenina – física, sexual, reproductiva y materna, así como mental y emocional – en las cuales se entrecruzan desigualdades de género con pobreza.

A partir de la realización de entrevistas a once mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza, se identificó que las entrevistadas enfrentan desigualdades de género ligadas a la división sexual del trabajo, al escaso poder de negociación y a la limitada participación social que determinan la forma en que pueden satisfacer sus necesidades de atención a la salud. Al mismo tiempo, características como la edad, la composición familiar y la posición de las mujeres en los arreglos familiares, influye en la manera en que se resuelven dichas necesidades de salud.

# Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>2. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>14</b>
2.1. LA CATEGORÍA DE GÉNERO Y SU RELEVANCIA ANALÍTICA .....	14
2.2. LA CONTRIBUCIÓN DE LA CATEGORÍA DE GÉNERO EN LOS ESTUDIOS DE POBREZA.....	16
2.3. LAS DIMENSIONES DEL GÉNERO: LA PROPUESTA DE NANCY FRASER .....	21
2.4. OBSTÁCULOS DE GÉNERO EN CONTEXTOS DE POBREZA .....	24
<b>3. ESTADÍSTICAS SOBRE POBREZA, GÉNERO Y SALUD EN LA CIUDAD DE MÉXICO</b> .....	<b>28</b>
3.1. LA MEDICIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA POBREZA EN MÉXICO DEL CONEVAL .....	29
3.2. DESIGUALDADES DE GÉNERO Y POBREZA MULTIDIMENSIONAL DEL CONEVAL.....	32
3.2.1. <i>Indicadores de pobreza multidimensional</i> .....	32
3.2.2. <i>Indicadores de carencia social</i> .....	37
3.2.3. <i>Indicadores de desigualdad de género y pobreza multidimensional</i> .....	42
3.2.4. <i>Alcances y limitaciones de la medición multidimensional de la pobreza del CONEVAL desde el género</i> .....	54
3.3. CONDICIONES DE SALUD EN LA CIUDAD DE MÉXICO.....	57
<b>4. EL SEGMENTO DE LAS MUJERES JÓVENES URBANAS EN POBREZA</b> .....	<b>62</b>
4.1. PRECISIONES SOBRE LA JUVENTUD .....	62
4.2. DESVENTAJAS ACUMULADAS EN LAS MUJERES JÓVENES URBANAS EN POBREZA .....	64
4.3. HALLAZGOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR DE MUJERES JÓVENES URBANAS EN POBREZA .....	67
4.4. MARCO DE ANÁLISIS SOBRE SALUD FEMENINA, DESIGUALDADES DE GÉNERO Y POBREZA .....	73
<b>5. POBREZA Y ATENCIÓN A LA SALUD: EL CONTEXTO DE IZTAPALAPA</b> .....	<b>76</b>
5.1. CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES Y DE SALUD EN IZTAPALAPA .....	76
5.1.1. <i>Indicadores sociodemográficos</i> .....	76
5.1.2. <i>Indicadores de pobreza</i> .....	84
5.1.3. <i>Indicadores de salud</i> .....	86
5.2. POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD .....	93
5.2.1. <i>El sistema de salud en México</i> .....	93
5.2.2. <i>Programas sociales de atención a la salud</i> .....	97
5.2.2.1. Programas del Gobierno Federal .....	98
5.2.2.2. Programas de la Ciudad de México.....	99
5.2.2.3. Programas de Iztapalapa.....	104
<b>6. MÁS ALLÁ DE LAS ESTADÍSTICAS: EXPERIENCIAS DE DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN A NECESIDADES DE SALUD DE MUJERES JÓVENES EN IZTAPALAPA</b> .....	<b>109</b>
6.1. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	109
6.2. CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.....	113
6.3. EXPERIENCIAS DE POBREZA Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DE SALUD.....	119
6.3.1. <i>Factores ligados a la pobreza</i> .....	119
6.3.1.1. Alimentación.....	119
6.3.1.2. Educación.....	121
6.3.1.3. Trabajo e ingresos.....	122
6.3.1.4. Salud .....	123
6.3.1.5. Seguridad social .....	124
6.3.1.6. Vivienda y servicios básicos .....	124

6.3.1.7.	Redes sociales .....	126
6.3.2.	<i>Factores ligados a desigualdades de género</i> .....	127
6.3.2.1.	Dimensión de la distribución.....	127
6.3.2.2.	Dimensión del reconocimiento .....	137
6.3.2.3.	Dimensión de la representación política.....	147
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>151</b>
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>164</b>
<b>9.</b>	<b>BASES DE DATOS .....</b>	<b>172</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>173</b>
	ANEXO 1. LISTADO DE PROGRAMAS SOCIALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN 2017 POR SECRETARÍA Y ÓRGANO DESCONCENTRADO.....	173
	ANEXO 2. GUION DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD A MUJERES JÓVENES EN CONTEXTOS DE POBREZA EN IZTAPALAPA.....	176

## 1. Introducción

La pobreza en México constituye una problemática que lejos de atenuarse ha ido en ascenso, la última medición oficial de pobreza en el país revela que la población que se encontraba en condición de pobreza multidimensional pasó de 46.1% en 2010 a 46.2% en 2014, lo que representó aumentar de 52.8 a 55.3 millones de personas. Esta tendencia se acentuó espacialmente en las localidades urbanas, en donde el porcentaje de pobres pasó de 40.6% a 41.7%, es decir, aumentó de 35.6 a 38.4 millones de personas, de acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2015a).

Centrándose específicamente en grupos de población en 2014, del total de mujeres en el país, 46.3% se encontraban en pobreza multidimensional (28.5 millones), cifra relativamente superior al 46.0% de hombres pobres multidimensionales (26.8 millones). Asimismo, en 2014 había una mayor cantidad de mujeres en pobreza en el rango de 15 a 29 años de edad en las localidades urbanas (107.5 mujeres por cada 100 hombres).

Las tendencias revelan características importantes de la distribución de la población en pobreza, aunque siguiendo las estimaciones realizadas por el CONEVAL en 2014, es la descomposición de las dimensiones que integran la medición multidimensional, la que permite una mayor aproximación a las condiciones de bienestar de los grupos poblacionales.

Dentro del conjunto de indicadores sobre pobreza multidimensional<sup>1</sup>, destaca que la falta de acceso a servicios de salud constituye una problemática más acentuada entre mujeres de 15 a 29 años de edad que viven en la Ciudad de México, respecto a mujeres del resto de las localidades urbanas y rurales, esto es, carecen de acceso a servicios de salud 89 mujeres por cada 100 hombres en la Ciudad de México, mientras en localidades urbanas y rurales la relación es de 79 mujeres por cada 100 hombres y 66 mujeres por cada 100 hombres, respectivamente.

Lo anterior también indica que un menor número de mujeres carecen de acceso a servicios de salud respecto a los hombres porque generalmente se encuentran afiliadas a

---

<sup>1</sup> La medición de pobreza multidimensional integra los siguientes indicadores sobre carencias sociales: rezago educativo, carencia por acceso a servicios de salud, carencia por acceso a la seguridad social, carencia por calidad y espacios de la vivienda, carencia por acceso a servicios básicos en la vivienda y carencia por acceso a la alimentación, aunque solo es posible identificar a nivel de personas el comportamiento de los indicadores de rezago educativo, carencia por acceso a servicios de salud y carencia por acceso a la seguridad social (CONEVAL, 2014b).

instituciones públicas de salud mediante derechohabencia indirecta, es decir, a través de algún miembro de la familia.

No obstante, estas tendencias estadísticas no son recientes y mucho se ha avanzado desde los años ochenta y noventa del siglo pasado en determinar quiénes son más pobres, si hombres o mujeres – proceso denominado feminización de la pobreza<sup>2</sup> –, principalmente movilizado por organismos internacionales para visibilizar los cambios cualitativos en la pobreza a raíz de los procesos de liberalización económica (Tepichin, 2013).

Sin duda, el acceso a mejores condiciones de vida y el desarrollo pleno de mujeres y hombres está vinculado a la capacidad de generar ingresos, a una alimentación adecuada, al acceso a servicios de salud, a la provisión de bienes y servicios públicos y a otros satisfactores que están incluidos en las mediciones de pobreza.

Sin embargo, el acceso de hombres y mujeres a dichos satisfactores no implica automáticamente mejoras en las condiciones de bienestar, máxime cuando el acceso para las mujeres no se da en igualdad de circunstancias con respecto al caso de los hombres porque existen desigualdades de género y obstáculos estructurales de orden económico, social y político que dificultan a las mujeres acceder a diversos recursos como a la educación, a empleos bien remunerados, a posiciones de poder y a otras condiciones de bienestar.

Naturalmente, las mediciones de pobreza ofrecen información fundamental para conocer la situación de precariedad que viven hombres y mujeres en diversos grupos de edad y atendiendo a otras características como la condición de discapacidad, habla de lengua indígena y localización territorial, pero también presentan limitaciones en términos de poder caracterizar la pobreza masculina y femenina debido a que las mediciones se realizan a partir de información de los hogares, imputando las características sobre ingreso y acceso a satisfactores del hogar a todas y a todos los miembros del hogar, lo cual puede ocultar verdaderas diferencias en la forma de acceder y transformar los recursos.

---

<sup>2</sup> Existen diversas definiciones de lo que se entiende por feminización de la pobreza, por un lado, autores como Pearce señalan que se trata de un “incremento de las mujeres entre los pobres” (Pearce, 1978, citado en Medeiros y Costa, 2008: 116), así como un “incremento de los hogares encabezados por mujeres dentro de los hogares pobres” (Northrop, 1990; Peterson, 1987; Pressman, 1988, citados en Medeiros y Costa, 2008: 116), mientras para Medeiros y Costa (2008) la feminización de la pobreza es un proceso que implica que la pobreza se modifica a través del tiempo y solo puede ser entendida a través de la comparación de las condiciones entre hombres y mujeres. (Véase Aguilar, 2011; Careaga y Jiménez, 2011; Damián, 2003; Medeiros y Acosta, 2008; Riquer, 2001; Rodríguez, 2012; Salles y Tuirán, 1999).

Por lo tanto, más allá de la valiosa información que aportan las estadísticas sobre el acceso a servicios de salud de mujeres jóvenes en pobreza en la Ciudad de México, para aproximarse a las condiciones de bienestar de las mujeres es fundamental caracterizar la pobreza femenina en función de las experiencias en el acceso a los servicios de salud y de desigualdades de género que recrudecen los contextos de escasez.

Esto cobra especial relevancia para el segmento poblacional de mujeres jóvenes urbanas en pobreza, debido a que se entrecruzan varios ejes de desigualdad social como la edad, el género y la clase, que conducen a la acumulación de desventajas que puede extenderse a lo largo del ciclo de vida, significando la pérdida de bienestar para las mujeres.

Atendiendo a lo anterior, la investigación se centra en las experiencias de desigualdad de género de mujeres jóvenes en contextos de pobreza. Para ello se retoma el planteamiento de Nancy Fraser (2007 y 2008a) como marco analítico para analizar desigualdades de género que les impide a las mujeres participar en igualdad de condiciones en la interacción social. Las desigualdades de género se presentan en la dimensión de distribución, anclada en la esfera económica y sustentada en la división sexual del trabajo; la dimensión del reconocimiento que corresponde a la esfera de la cultura y sustenta el estatus de subordinación de las mujeres; y la dimensión de la representación política que atañe a la esfera política y que define la participación social de las mujeres y el reconocimiento de derechos en el marco político institucional.

A continuación se presentan los objetivos, preguntas e hipótesis de investigación, así como la estrategia metodológica empleada.

### **Objetivos de la investigación**

#### *Objetivo principal:*

Analizar los factores ligados a desigualdades de género en la forma en que mujeres jóvenes (15 a 29 años) de la Ciudad de México (Iztapalapa) en condiciones de pobreza resuelven las necesidades de atención a la salud.

#### *Objetivos específicos:*

- 1) Analizar cuáles son las dificultades que experimentan mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud

sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional, ligadas a la *distribución* (división sexual del trabajo).

- 2) Analizar cuáles son las dificultades que experimentan mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional, ligadas al *reconocimiento* (estatus de las mujeres).
- 3) Analizar cuáles son las dificultades que experimentan mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional, ligadas a la *representación política* (participación social/comunitaria).
- 4) Analizar si *la edad, la posición de las mujeres en los arreglos familiares y la composición del hogar* son variables que influyen en la manera en que mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza resuelven necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional.
- 5) Analizar si el *tipo de derechohabiencia a servicios de salud* (derechohabiencia directa, derechohabiencia indirecta o no derechohabiencia) influye en la manera en que mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza resuelven necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional.

### **Preguntas de investigación**

#### *Pregunta principal:*

¿Cuáles son los factores ligados a desigualdades de género en la manera en que mujeres jóvenes (15 a 29 años) de la Ciudad de México (Iztapalapa) en condiciones de pobreza resuelven necesidades de atención a la salud?

#### *Preguntas secundarias:*

- 1) ¿Cuáles son las dificultades que experimentan mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional, ligadas a la *distribución* (división sexual del trabajo)?

- 2) ¿Cuáles son las dificultades que experimentan mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional, ligadas al *reconocimiento* (estatus de las mujeres)?
- 3) ¿Cuáles son las dificultades que experimentan mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional, ligadas a la *representación política* (participación social/comunitaria)?
- 4) ¿La edad, la posición de las mujeres en el arreglo familiar y la composición del hogar influyen en la manera en que mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza resuelven necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional?
- 5) ¿El tipo de *derechohabiencia a servicios de salud* (derechohabiencia directa, derechohabiencia indirecta o no derechohabiencia) influye en la manera en que mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza resuelven necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional?

## **Hipótesis de investigación**

### *Hipótesis principal:*

Las mujeres jóvenes (15 a 29 años) de la Ciudad de México (Iztapalapa) en condiciones de pobreza siempre experimentan desigualdades de género en la atención a sus necesidades de salud.

### *Hipótesis secundarias:*

- 1) Las mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza experimentan sobrecargas de trabajo y condiciones laborales precarias con limitado acceso a servicios de salud para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional.
- 2) Las mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza experimentan falta de autonomía, poco poder de decisión, poca libertad de movimiento y subordinación en sus

hogares para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional.

- 3) Las mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza experimentan poca participación política organizada y poca participación social en programas para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional.
- 4) Las mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza que tienen menor edad, que ocupan una posición de subordinación en el arreglo familiar y quienes viven en hogares compuestos por la pareja, hijos e hijas, enfrentan más obstáculos de género para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional.
- 5) Las mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza que acceden a servicios de salud mediante la derechohabiencia directa, enfrentan menos obstáculos de género para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional, respecto a quienes acceden mediante la derechohabiencia indirecta o no tienen derechohabiencia.

### **Estrategia metodológica**

Con el objetivo de aproximarse a las condiciones de género, pobreza y salud de las mujeres jóvenes, además de una revisión estadística, se implementó una metodología cualitativa que permite caracterizar las experiencias de desigualdad de género que viven mujeres jóvenes en pobreza al atender sus necesidades de salud, a través de las experiencias subjetivas en voz de las propias mujeres.

Dado que el interés está centrado en mujeres jóvenes en pobreza de la Ciudad de México, se eligió a la Delegación Iztapalapa, la cual representa la demarcación más poblada de la Ciudad de México con 1,827,868 habitantes (20.5% de la población) y con la mayor cantidad absoluta de personas en pobreza multidimensional (37.4%, o bien, 727,128 personas) y en carencia por acceso a servicios de salud (41.3%, o bien, 804,277 personas).

Para la recolección de información se utilizó la entrevista individual a profundidad y se entrevistó a once mujeres jóvenes entre 15 y 29 años de edad en contextos de pobreza en las colonias San Juan Xalpa, Santa María del Monte, Valle de Luces, Pueblo Santiago Acahualtepec

y San Lorenzo Tezonco de Iztapalapa, en la Ciudad de México, que presentan grados de marginación Alto y Muy Alto.

Las entrevistas se dividen en cuatro bloques, el primero versó sobre características generales de las entrevistadas en términos del arreglo familiar, escolaridad, ocupación, actividades diarias, acceso a servicios de salud y derechohabencia. Los restantes tres bloques se abocaron en identificar desigualdades de género en las tres dimensiones mencionadas que enfrentan las mujeres jóvenes en pobreza al resolver necesidades de salud en diversas áreas de la salud femenina.

### **Contenido de la tesis**

Para cumplir con los objetivos planteados, la tesis se encuentra estructurada en cinco capítulos, además de la presente introducción y las conclusiones.

En el capítulo 2, denominado Marco Conceptual, se presenta el instrumental conceptual sobre la categoría analítica del género y su contribución en los estudios de pobreza, la propuesta de las dimensiones del género de Nancy Fraser y la propuesta del marco analítico para el conocimiento de la pobreza desde un enfoque de género de Ana María Tepichin, que constituyen los elementos teóricos de soporte para indagar sobre las experiencias de desigualdad de género en la atención a la salud de mujeres jóvenes en pobreza.

En el capítulo 3, Estadísticas sobre Género, Pobreza y Salud en la Ciudad de México, se presenta una revisión de indicadores sobre la situación de mujeres y hombres en términos de pobreza multidimensional, la condición de acceso a servicios de salud, el tipo de derechohabencia, la morbilidad, entre otros elementos necesarios para indagar sobre las condiciones de género, salud y pobreza en la Ciudad de México.

En el capítulo 4, titulado El segmento de las mujeres jóvenes urbanas en pobreza, se caracteriza la importancia del estudio de este segmento poblacional a partir de la revisión teórica desde los estudios de género y la sociodemografía, sobre las desventajas acumuladas ante la existencia de diversos ejes de inequidad social en la vida de mujeres jóvenes en pobreza. Asimismo, se presentan hallazgos de investigación sobre las condiciones de salud y bienestar de este segmento poblacional, para estructurar un marco de análisis sobre pobreza – desigualdades de género – salud femenina.

En el capítulo 5, Pobreza y atención a la salud: el contexto de Iztapalapa, se caracteriza a la población de la Delegación Iztapalapa a partir de indicadores sociodemográficos y de salud, al tiempo que se presenta el entramado de las políticas sociales de atención a la salud en el marco nacional, estatal y delegacional que tienen operación en Iztapalapa, con la finalidad de situar el contexto en el que viven mujeres jóvenes en pobreza que son objeto de análisis en la investigación.

Finalmente, en el capítulo 6, Más allá de las estadísticas: experiencias de desigualdad de género en la atención a necesidades de salud de mujeres jóvenes en Iztapalapa, se analiza, bajo el marco analítico expuesto previamente, cuáles son los factores ligados a la pobreza y a desigualdades de género que experimentan las mujeres jóvenes entrevistadas en la forma en que resuelven el cuidado y la atención a su salud.

## **2. Marco conceptual**

Este capítulo tiene por objetivo presentar el instrumental conceptual sobre el género como categoría analítica y su interrelación con los estudios de pobreza para el abordaje de las desigualdades de género que enfrentan mujeres jóvenes que viven en contextos de pobreza en Iztapalapa.

El capítulo se divide en cuatro apartados: en el primero se sitúa al género como categoría analítica que permite entender y explicar diversos procesos sociales que dan lugar a la desigualdad basada en la diferencia sexual. En el segundo apartado se revisa la incorporación de la categoría de género en los conceptos y métodos de medición de la pobreza para señalar su contribución en la caracterización de la pobreza de diversos grupos poblacionales, destacando la posibilidad de ampliar el conocimiento sobre la pobreza cuando se ensancha la mirada a múltiples desigualdades sociales. En el tercer apartado se expone la propuesta conceptual de Nancy Fraser sobre el género en tres dimensiones de análisis, a saber, la distribución, el reconocimiento y la representación política. Finalmente, en el cuarto apartado se presenta la propuesta del marco analítico planteado por Ana María Tepichin, retomando las dimensiones del género de Fraser, para el conocimiento de la pobreza.

### **2.1. La categoría de género y su relevancia analítica**

La categoría de género ha tenido una larga tradición en los estudios sociales debido al impulso originado por el feminismo académico anglosajón entre los años sesenta y ochenta del siglo XX, el cual pretendía evidenciar, a través de la investigación científica, los “procesos de producción y reproducción de desigualdades surgidas de la diferencia sexual (...) para enfatizar una noción relacional que no existía en estudios académicos centrados en las mujeres.” (Tepichin, en prensa).

En este sentido, entre las contribuciones más importantes sobre la categoría de género se encuentra el trabajo de Joan Scott, a partir del cual se ha avanzado en el campo de la investigación social<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Tal como expone claramente Tepichin (en prensa), entre los trabajos pioneros sobre género se hallan también las contribuciones de Oakley (1972) y Rubin (1975).

Joan Scott realizó una revisión sobre las diferentes acepciones de la categoría *género* en su ensayo *El género: una categoría útil para el análisis histórico*, distinguiendo los diferentes usos del término. En relación con su carácter descriptivo, el género se ha referido gramaticalmente a los “rasgos del carácter o de la sexualidad” (1986: 266), pero a partir de los años sesenta la producción académica se desmarca de este contenido basado en las diferencias biológicas y se centra en la dimensión social como elemento diferenciador entre hombres y mujeres.

Asimismo, Scott plantea que el término se ha incorporado en la jerga de las ciencias sociales como una categoría que otorga “seriedad académica” (1986: 270) a las investigaciones, aunque el término también es usado como sinónimo de estudios de las mujeres, por ejemplo en investigaciones sobre la historia de las mujeres, enmarcando el carácter “políticamente correcto” que el género tiene actualmente.

De singular importancia es la referencia que la autora realiza con relación a la capacidad analítica de este término, y es que su uso en la investigación académica incorpora un carácter relacional que sitúa los estudios de las mujeres o de los hombres en función de la diferencia sexual, es decir, la construcción social de ser hombre o mujer no se opera de manera aislada sino que ocurre en un proceso de socialización y de relaciones íntimamente ligadas.

Sin embargo, es en el carácter explicativo de la categoría de género en donde reside su contribución más importante. Scott señala tres posiciones teóricas utilizadas por las historiadoras sobre el género: la explicación de los orígenes del patriarcado, la tradición marxista y la producción y reproducción de la identidad de género del sujeto (Scott, 1986).

Tal como Scott señala, “el término género forma parte de una tentativa de las feministas contemporáneas para reivindicar un territorio definidor específico, de insistir en la insuficiencia de los cuerpos teóricos existentes para explicar la persistente desigualdad entre mujeres y hombres” (1986: 287).

A partir de esta revisión la autora propone una definición del género para convertir a la categoría en una verdadera herramienta analítica que sea capaz de interpretar y explicar los procesos sociales. En este sentido, la definición se compone de dos partes, por un lado “como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los

sexos” y “como forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1986: 289). La primera parte de la definición comprende cuatro elementos: 1) símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples, 2) conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, 3) nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales, y 4) la identidad subjetiva. Mientras la segunda parte de la definición concibe al género como el escenario primario para la articulación del poder (Scott, 1986).

En este sentido, el contenido de la categoría género hace “alusión al carácter social de las construcciones basadas en la diferencia sexual, así como a las relaciones sociales basadas en esta” (Tepichin, 2016: 70-71), evidenciando así que las relaciones entre personas no pueden ser vistas como esferas independientes, sino que solo en su interrelación es posible armar conceptualmente al género, tal como lo plantea Barquet:

Como categoría de análisis, el género nos permite reconocer cómo, sobre una base de diferenciación biológica, se construyen desigualdades sociales entre mujeres y hombres, que se reflejan en la asignación de identidades y actividades y en la separación de ámbitos de acción dentro del tejido institucional. A esto le corresponde una designación de valor simbólico distinto, donde lo masculino cobra preeminencia sobre lo femenino, lo que se traduce en un acceso desigual al poder: no sólo ordena, sino que jerarquiza las relaciones entre mujeres y hombres en la sociedad (Barquet, 1994: 75).

Es así que esta categoría cobra relevancia analítica porque permite ampliar la óptica de las relaciones sociales al constituir un eje de inequidad y, en especial, su introducción en diversas áreas del conocimiento, como en los estudios sobre la pobreza, ha permitido entender cómo se articulan diversos ejes de inequidad social produciendo experiencias diferenciadas entre las personas.

## **2.2. La contribución de la categoría de género en los estudios de pobreza**

De acuerdo con Sen (1992), el proceso de conceptualización de la pobreza requiere dos ejercicios, el primero consiste en identificar al grupo de personas en condición de pobreza bajo algún criterio establecido y el segundo consiste en agregar las características del conjunto de la población pobre identificada para tener una imagen global de la pobreza. Sin embargo, la forma

en que la pobreza es conceptualizada no es un ejercicio trivial porque el proceso de definición y operacionalización del concepto repercute en lo que la sociedad entiende por pobreza y en la actitud hacia la población pobre.

Entre las primeras conceptualizaciones realizadas sobre la pobreza se encuentra la distinción entre pobreza absoluta y pobreza relativa, la cual consiste en una diferencia bastante general que permite ubicar diversos enfoques de medición (Boltvinik, 2004a; López y Salles, 2004).

El carácter absolutista de la pobreza hace alusión a la existencia de un núcleo irreductible que asimila la pobreza a las necesidades físicas más elementales y que también se ha denominado enfoque biológico (Rowntree, 1901, citado en Bradshaw, 2000 y Sen, 1992). En este sentido, para Arriagada (1998) la definición de la pobreza absoluta obedece a criterios de corte cuantitativo que se enfocan en las mediciones de requerimientos mínimos biológicos de los hogares o de las personas, a partir del ingreso o de necesidades básicas insatisfechas.

Por otra parte, la pobreza relativa implica no satisfacer de forma suficiente las condiciones para participar en los estilos de vida reconocidos y deseados en una determinada sociedad, dado que este enfoque considera el carácter social de las necesidades, la disponibilidad de bienes y servicios en una sociedad, así como el desarrollo de las fuerzas productivas (Townsend, 1993 y 2003; López y Salles, 2006). A este respecto, Arriagada (2005) señala que la pobreza puede concebirse como la falta de acceso a satisfactores básicos como alimentación, vivienda, salud, educación, trabajo y a un ingreso suficiente, en un sentido cuantitativo, pero que también existe un enfoque cualitativo que se enfoca en dimensiones culturales, e incluso psicológicas de la pobreza porque se trata de un fenómeno cuyas causas y manifestaciones varían a través del tiempo y de las culturas que definen lo que es socialmente aceptable.

Siguiendo a Boltvinik (2004a), los métodos de medición de la pobreza pueden clasificarse en normativos, semi normativos y no normativos, siendo la normatividad la fijación de “normas” que separan a los pobres de los no pobres utilizando un concepto absoluto o relativo de lo que significa ser pobre.

Los métodos normativos y semi normativos se clasifican de acuerdo con dos criterios: 1) si son directos o indirectos y 2) por el número de dimensiones consideradas. El primer punto se

refiere a si la forma en que se determina la condición de ser pobre o no, se realiza a través de la comprobación de las condiciones de vida en los hogares de la población (directa), o bien, si se asume que se dispone de los recursos necesarios para no ser pobre, por ejemplo, mediante el ingreso (indirecta). Cuando se emplean simultáneamente fuentes directas e indirectas en la medición de la pobreza, se trata de métodos combinados como el Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP), desarrollado por Beccaria y Minujin en 1987 y retomado por Boltvinik, en 1992 (Boltvinik, 2004a).

Por otro lado, el segundo punto sobre el número de dimensiones para la medición de la pobreza se relaciona con el número de indicadores empleados, de forma que puede ser unidimensional si solo se utiliza, por ejemplo, el ingreso para separar a quienes son pobres de los que no lo son. En tanto el carácter multidimensional de la medición puede implicar el uso de diversos indicadores como educación, acceso a salud, empleo, entre otros que componen, por ejemplo, el método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

De forma sintética, Boltvinik (2004a) clasifica a los métodos de medición de la pobreza en 5 grandes grupos: los no normativos, los indirectos unidimensionales, los indirectos multidimensionales, los directos y los combinados.

Sea cual sea el método de clasificación empleado, la revisión hasta ahora presentada parte de una conceptualización de la pobreza que es ampliamente general en el sentido expuesto por López y Salles (2004), es decir, recoge discusiones filosóficas sobre las necesidades humanas y sobre lo que se considera el bienestar del ser humano sin tener en cuenta la heterogeneidad de las condiciones de pobreza. En este sentido, las autoras mencionan que por mucho tiempo los estudios de pobreza se centraron en el conjunto de la población pobre e incluso se incursionó en estudios sobre la familia y la pobreza, dejando de lado o invisibilizando las condiciones de pobreza de los individuos, específicamente de hombres y mujeres “por la ausencia tanto de elaboraciones teóricas y conceptuales de índole relacional, como por la carencia de series estadísticas e información apropiada con desglose por sexo” (López y Salles, 2004: 22).

Es cierto que el vínculo entre pobreza y género no es fácilmente aprehensible y no existe una relación de causalidad directa, es decir, existen desigualdades de género sin que mujeres u hombres experimenten necesariamente pobreza (Tepichin, 2013). Sin embargo, la incorporación

de la categoría de género en los estudios de la pobreza cobra relevancia porque esta categoría analítica permite ampliar el conocimiento sobre la pobreza al mirar los diversos ejes de desigualdad en el conjunto de las relaciones sociales, evidenciando diversas aristas antes ignoradas sobre la pobreza.

Dicha incorporación ha permitido avanzar conceptual y metodológicamente para indagar sobre el nexo entre las relaciones de género y la pobreza, no solo en un sentido cuantitativo orientado a determinar si mujeres u hombres son más pobres entre el conjunto de la población en pobreza, vertiente en la que el debate sobre la feminización de la pobreza se centró desde los años noventa (Aguilar, 2011; Careaga y Jiménez, 2011; Damián, 2003; Medeiros y Acosta, 2008; Riquer, 2001; Rodríguez, 2012; Salles y Tuirán, 1999); sino también en un sentido cualitativo al tender un puente para entender cómo es que mujeres y hombres experimentan la pobreza.

Asimismo, autoras como Arriagada (1998), Chant (2003) y Riquer (2001) centran la atención en las posibilidades que ofrece la incorporación del género al conocimiento de la pobreza porque permite ampliar la mirada hacia la heterogeneidad de las condiciones de pobreza entre hombres y mujeres, así como desplazarse del estudio de “mujeres pobres” a la “pobreza de las mujeres”, brindando un marco multidimensional y dinámico de análisis.

En este sentido, Tepichin (2008) plantea que el avance conceptual para ampliar el conocimiento sobre la pobreza y las desigualdades de género se ha desprendido del análisis de las unidades domésticas y de la división del trabajo, ámbitos en los que se producen y reproducen las condiciones de desigualdad social.

### ***Avances en el ámbito de las unidades domésticas***

El conocimiento sobre la pobreza se ha ampliado al analizar las condiciones al interior de los hogares porque se han identificado diversos obstáculos para que todos los miembros del hogar disfruten del mismo nivel de bienestar, ya que tradicionalmente se partía de la idea de una distribución equitativa del ingreso y que la unidad familiar “funciona siempre de manera armónica” (Tepichin, 2008: 84).

Autoras como Salles y Tuirán (1996), reconocen la existencia de conflictos y desigualdades al interior de los hogares, evidenciando la existencia de jerarquías de edad, género y parentesco, de forma que no a todos los miembros se les asignan las mismas tareas ni las realizan con la misma intensidad y tampoco se da necesariamente un acceso equitativo de todos los integrantes a satisfactores básicos y al ingreso, conduciendo en algunos casos a diferentes niveles de pobreza en el mismo hogar (pobreza secundaria).

Inclusive, se ha estudiado que la conformación de los hogares es heterogénea cuantitativa y cualitativamente, dando lugar a una configuración de arreglos familiares muy diversos, entre ellos las jefaturas femeninas, de las cuales se ha estudiado si los hogares encabezados por mujeres pueden tener una distribución del gasto más equitativa en satisfactores y una menor pobreza, o bien, si en dichos hogares puede verse disminuido el ingreso monetario porque las jefas de familia enfrentan restricciones para incorporarse al mercado laboral en condiciones adecuadas. Tal como plantea Tepichin (2008), independientemente de los resultados encontrados, el estudio de la diversa composición de hogares, su ciclo de vida y el sexo del jefe ha abonado a la comprensión de la pobreza.

### ***Avances en el ámbito de la división del trabajo***

La incorporación de la categoría de género para el conocimiento de la pobreza ha contribuido en señalar la división sexual del trabajo, a la luz de la cual se cuestionan los roles que tradicionalmente se han asignado a hombres y a mujeres en las prácticas sociales, en el caso de los hombres sobre el trabajo remunerado y el rol de proveedor, mientras en el caso de las mujeres sobre el trabajo de crianza y reproducción.

Dicha división de actividades ha hecho patente que el trabajo realizado por las mujeres se invisibiliza dentro de la esfera del trabajo productivo, aunque contribuyendo sustancialmente en la incorporación al mercado de trabajo de otros miembros en el hogar.

En el mercado de trabajo, las mujeres se enfrentan, además, a “segregación sexual del trabajo, concentración del trabajo por sexos y diferencias salariales” (Tepichin, 2008: 89) que se traducen en mayores dificultades respecto a la población masculina para allegarse un ingreso monetario. Se presentan también fenómenos como la extensión de las jornadas de trabajo y actividades no remuneradas dentro y fuera del hogar como actividades de subsistencia, afectando

las condiciones de bienestar de las mujeres e impidiéndoles sortear en mejores circunstancias la precariedad propia de la pobreza.

Por lo tanto, incorporar la categoría de género permite avanzar en la caracterización de las formas en que hombres y mujeres enfrentan las situaciones de escasez, enriqueciendo el conocimiento sobre la pobreza. Esto permite entender los mecanismos por medio de los cuales se producen y reproducen las desigualdades de género entretejidas con las condiciones de pobreza.

### **2.3. Las dimensiones del género: la propuesta de Nancy Fraser**

La teoría de la justicia social propuesta por Nancy Fraser implica la existencia de “acuerdos sociales que permitan a todos participar como pares en la vida social” (Fraser, 2008a: 39), centrándose en la idea de una democracia radical, en la cual “el sistema político permita la garantía de los derechos sociales y la igualdad de oportunidades para participar en la esfera pública” (Avendaño, 2010), y en la que se reivindicquen los movimientos sociales de cualquier índole (Fraser, 1996).

En este sentido, la autora ha particularizado su propuesta teórica al caso de los movimientos feministas para intentar superar las conceptualizaciones previas de las luchas feministas de la época neoliberal que, por un lado, solo ponen el énfasis de las relaciones de género en el ámbito de las políticas económicas y de la distribución de recursos económicos, o por otro lado, solo se centran en el ámbito cultural que pretende reivindicar la identidad femenina, lo que ha llevado, de acuerdo con Fraser, a una subordinación de las demandas económicas hacia el reconocimiento cultural del feminismo.

La propuesta de Fraser trata de superar la concepción inacabada que supone mirar al género solo a través de la dimensión de la distribución o solo a través del reconocimiento, por lo que su propuesta trata de una concepción del género en dos dimensiones de la justicia social. La autora explica (Fraser, 2007: 25):

La perspectiva que propongo requiere que el género se vea de forma bifocal, simultáneamente a través de dos lentes. Visto a través de una lente, el género tiene afinidades con la clase; visto a través de la otra, es más parecido al estatus. Cada lente permite advertir un aspecto importante de la subordinación de las mujeres, pero ninguna es suficiente por sí sola. Sólo se adquiere una

visión completa cuando las dos lentes se superponen. En este punto el género aparece como un eje categorial que abarca dos dimensiones del orden social, la distribución y el reconocimiento.

Visto así, la dimensión de la distribución implica la forma en que la dotación y acceso a los recursos materiales y económicos están permeados por las relaciones de género, de manera que existe una distinción entre el acceso de hombres y mujeres. Esta dimensión tiene su manifestación más clara en la división sexual del trabajo, de tal suerte que las mujeres se enfrentan a “segregación sexual del trabajo, concentración del trabajo por sexos y diferencias salariales” (Tepichin, 2008: 89). Se presentan también fenómenos como la extensión de las jornadas de trabajo formal y actividades no remuneradas dentro del hogar como el trabajo doméstico, la reproducción y el trabajo de cuidados; así como actividades de subsistencia fuera del hogar (Fraser, 2008b).

La dimensión del reconocimiento se arraiga en el ámbito cultural androcéntrico que define las normas y los valores culturales que estratifican el orden social en el que las mujeres ocupan un estatus de subordinación, debido a que en tal estratificación se privilegian los rasgos masculinos y se devalúan los femeninos (Fraser, 2007 y 2008b). En esta dimensión se enmarcan elementos como los estereotipos de lo femenino, la violencia hacia las mujeres y su exclusión de la vida pública.

Una distinción fundamental en términos de la dimensión del reconocimiento es sobre la identidad femenina, puesto que la postura de Fraser corresponde a un reconocimiento de la posición subordinada de las mujeres en relación con los patrones androcéntricos, en la cual se reivindique la posición de las mujeres como “miembros plenos de la sociedad” (Fraser, 2007: 27), no se trata de reconocer la feminidad o la identidad femenina, sino de construir identidades de las mujeres que no estén basadas en representaciones androcéntricas en las que las mujeres no tienen un papel activo y definitorio sobre sus propias identidades.

En una segunda etapa, el planteamiento bidimensional de Fraser aparece incompleto para la misma autora debido a que las reivindicaciones de justicia social no pueden obviar la esfera política. En este sentido, Fraser (2008a y 2008b) incorpora la dimensión de la representación política sin la cual no es posible una justicia redistributiva y de reconocimiento porque “suministra el escenario en donde se desarrollan las luchas por la distribución y el

reconocimiento” (Fraser, 2008a: 41), incluso “es mejor ver la justicia como un concepto multidimensional que comprende las tres dimensiones de redistribución, reconocimiento y representación” (Fraser, 2008a: 115), que reconcilian los ámbitos económico, cultural y político, respectivamente, como premisas fundamentales de la justicia (Iglesias, 2012).

La dimensión de la representación se sitúa en la esfera política “que remite a la naturaleza de la jurisdicción del Estado y a las reglas de decisión con las que se estructura la confrontación” (Fraser, 2008a: 41), y en la cual participan directamente los tomadores de decisiones e indirectamente la ciudadanía a través de la conformación de demandas, que pueden constituirse en problemáticas que se insertan en la agenda política y que finalmente legitiman o no la reivindicación de los movimientos sociales, dotando a diversos grupos sociales de una identidad política y de la posibilidad de transformar la injusticia social de la que son sujetos, es decir, se trata de que las demandas sociales tengan la posibilidad de hacerse escuchar en el aparato político de representación (Fraser, 2008a y 2008b).

Apuntando a la dimensión de la representación, la autora señala dos niveles, el primero corresponde a la “representación fallida político-ordinaria” (Fraser, 2008a: 44) en la cual se define el sistema de representación que da lugar a las cuotas en que se reparte el poder político del Estado y que puede presentar barreras de acceso para determinados grupos. El segundo nivel, el des-enmarque, se refiere a la pertenencia y “concierno al aspecto político de delimitación de fronteras” (Fraser, 2008a: 45) que hace alusión al marco político que impide a diversos grupos sociales hacerse escuchar, incluso desde el ámbito local, y que va más allá del nivel ordinario de representación fallida.

La teoría tridimensional de la justicia así propuesta, revela los obstáculos estructurales o las formas que adopta la injusticia social en cualquiera de sus manifestaciones, pero que están íntimamente vinculados, aunque sea posible analizarlos de forma individual para develar sus rasgos característicos (Avendaño, 2010). En este sentido, la dimensión distributiva enmarca los obstáculos para la justicia social en el reparto de los recursos económicos, la dimensión del reconocimiento señala los obstáculos de orden cultural para la justicia social que define el estatus de subordinación y la dimensión de la representación política, empapada del orden económico y cultural vigente, da cuenta de los obstáculos para acceder a una verdadera democracia participativa que conduzca a la justicia social.

La propuesta de Fraser brinda el marco conceptual general para situar el estudio de la pobreza y las desigualdades de género porque permite entender al género en un espectro más amplio que abarca los ámbitos económico, cultural y político, ya que no se circunscribe únicamente en la distribución de los recursos materiales y económicos, sino que incorpora la dimensión cultural, la cual tiene una gran influencia en la forma en que concebimos los roles de lo que significa “ser hombre” y “ser mujer”. Asimismo, la incorporación última de la esfera política brinda el contexto en el cual las reivindicaciones de las mujeres se hacen eco en los puestos de poder, en la toma de decisiones y en el marco normativo institucional.

#### **2.4. Obstáculos de género en contextos de pobreza**

La propuesta de justicia social de Nancy Fraser identifica tres dimensiones – económica, cultural y política – en las que existen “obstáculos institucionalizados que impiden a algunos participar a la par con otros, como socios con pleno derecho en la interacción social” (Fraser, 2008a: 39). Dicha propuesta, enmarcada en los estudios de género, pretende mirar al género en las mismas tres dimensiones para reivindicar la posición de las mujeres en la vida social.

Por su parte, Ana María Tepichin (2016) retoma el planteamiento de las dimensiones del género<sup>4</sup> para construir el soporte conceptual de un marco analítico para el conocimiento de la pobreza, cruzando así diversos ejes de inequidad que experimentan las mujeres, es decir, la escasez propia de la pobreza y las desigualdades de género en las dimensiones de la distribución y el reconocimiento, ancladas en la esferas económica y cultural de la vida social, categorías de análisis que permiten comprender y entender que la pobreza es una condición vivida de forma diferencial por hombres y mujeres.

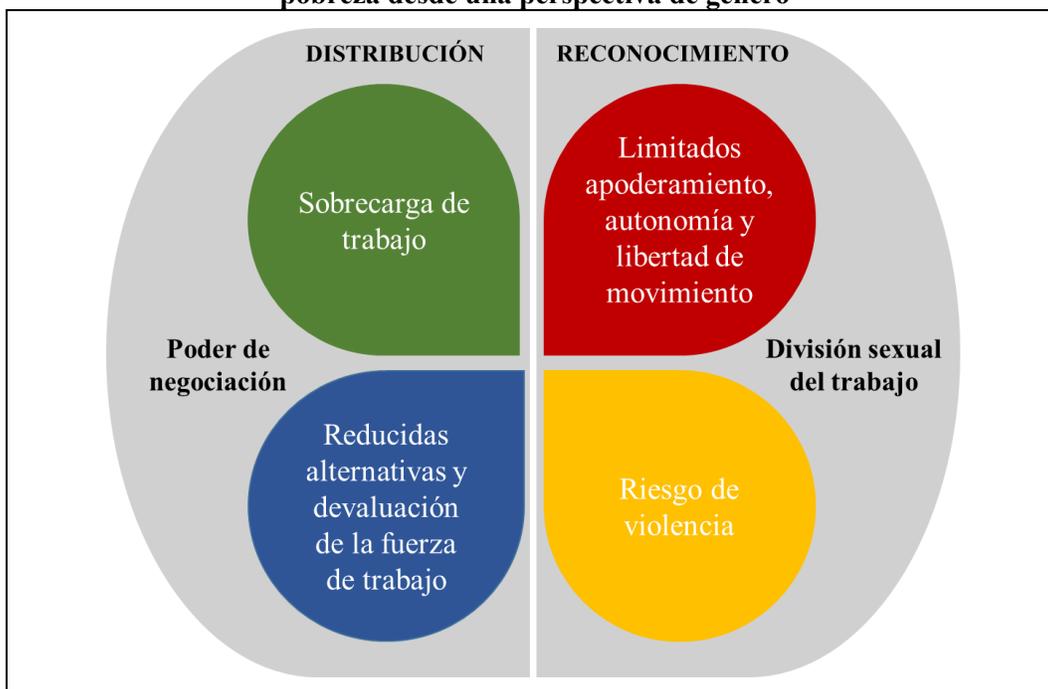
Es pertinente apuntar que las desigualdades de género que experimentan las mujeres son independientes de su condición de pobreza o no pobreza, pero a partir de la revisión y sistematización de hallazgos de investigación sobre programas de apoyo productivo destinados a mujeres rurales y sobre programas de transferencias condicionadas para población urbana y rural, la autora identifica los factores asociados a desigualdades de género en las dimensiones de distribución y reconocimiento, que “moldean la pobreza de las mujeres” (Tepichin, 2016: 14).

---

<sup>4</sup> La autora retoma la propuesta de Frase en la fase en que se plantean solo las dimensiones de distribución y reconocimiento por su utilidad en la sistematización de hallazgos de investigación y planteamiento del marco analítico, aunque contempla la existencia de la tercera dimensión de la representación política.

El marco analítico está construido siguiendo la bidimensionalidad del género, como se representa en la Figura 1, por lo que en cada dimensión se identifica el factor ligado a la desigualdad que se enlaza con la pobreza y los obstáculos que enfrentan las mujeres en pobreza (representados en colores).

**Figura 1. Representación gráfica del Marco analítico para el conocimiento de la pobreza desde una perspectiva de género**



Fuente: Tomado de Tepichin (2016).

La primera parte, correspondiente a la dimensión de la distribución, comprende los obstáculos de género que se fundamentan en la división sexual del trabajo. Tal como documenta la autora, la división sexual del trabajo prescribe los roles que hombres y mujeres desempeñan en la vida social, los primeros en el papel de “padre-esposo-proveedor” abocados al trabajo remunerado fuera del hogar, mientras las mujeres en el rol de “madre-esposa-ama de casa” dedicadas exclusivamente al trabajo doméstico, de crianza y reproducción (trabajo no remunerado).

Esta división del trabajo tiene efectos en las condiciones de vida de las mujeres que se extienden más allá de la esfera del hogar, por lo que Tepichin (2016) identifica en esta dimensión dos obstáculos que son expresiones de desigualdad de género y que se entrelazan con la pobreza,

a saber, la sobrecarga de trabajo de las mujeres y las reducidas alternativas y devaluación de la fuerza de trabajo para realizar una actividad económica remunerada.

La sobrecarga de trabajo está relacionada con las estrategias que las familias emprenden para allegarse de recursos y en las que la participación femenina cobra un papel fundamental al incorporarse al mercado de trabajo formal o emprender diversas actividades para generar ingresos. Sin embargo, tal como plantea Tepichin a partir de la revisión de material empírico sobre programas de transferencias condicionadas y proyectos productivos, dichas actividades no eximen a las mujeres de desempeñar actividades de crianza, cuidados y trabajo doméstico, manifestándose la existencia de dobles y triples jornadas que afectan su bienestar y que configuran la pobreza que viven las mujeres de manera diferente a la que experimentan los hombres.

Las reducidas alternativas y devaluación de la fuerza de trabajo se vinculan con las condiciones en que las mujeres se insertan al trabajo remunerado, colocándose prioritariamente en actividades segregadas por sexo, con diferencias salariales respecto a los varones, en ocasiones con menores prestaciones y con mayores dificultades para acceder a puestos de poder para la toma de decisiones (Tepichin, 2016), impactando la forma en que las mujeres pueden sortear la pobreza.

La segunda parte del marco analítico identifica los factores asociados a desigualdades de género en la dimensión del reconocimiento, situado en el plano cultural en el que se definen las normas y valores que rigen la vida social y en el que se “privilegian los rasgos asociados a lo ‘masculino’ y devalúan lo que se percibe o interpreta como ‘femenino’” (Tepichin, 2016: 141), por lo tanto, las mujeres ocupan un estatus de subordinación en la interacción social.

Un elemento central dentro de la dimensión del reconocimiento es la posición de las mujeres en sus hogares, como denota la autora a partir de una amplia revisión bibliográfica, se ha avanzado ampliamente en el conocimiento sobre los conflictos y negociaciones en los hogares al cuestionar el mito del consenso familiar (Salles y Tuirán, 1996) y por ende, en la existencia de jerarquías de edad, género y parentesco que se relacionan con diferencias en la adquisición, uso y control de recursos que conducen a diferentes niveles de bienestar entre los miembros del hogar. En este sentido, reconocer la existencia de diversas posiciones de las mujeres al interior de los

hogares, especialmente entre las mujeres en pobreza, abona al conocimiento sobre el poder de negociación para sortear sus condiciones de precariedad.

En la dimensión del reconocimiento, los hallazgos de investigación le permitieron a la autora identificar que el factor asociado a desigualdades de género que se enlaza con la pobreza se deriva del poder de negociación de las mujeres, que puede dar lugar a los obstáculos de limitados apoderamiento, autonomía y libertad de movimiento, así como riesgo de violencia (Figura 1).

En primer lugar, la autora reconoce que no existe un concepto acabado y preciso de apoderamiento, sino que se trata más bien de un proceso dinámico por lo que, en el contexto de la revisión de hallazgos de investigación, lo define como los “procesos promovidos por agentes externos (en este caso gobiernos u organizaciones de la sociedad civil) para dar condiciones a las mujeres para ganar poder y que ellas se hagan dueñas de sus recursos y de sus acciones” (Tepichin, 2016: 53).

Dicha apropiación de poder se manifiesta en la autonomía de las mujeres para la toma de decisiones al interior de los hogares y con la libertad de movimiento, así como en el papel que estos dos elementos tienen para modificar la posición de las mujeres en las jerarquías de género.

Finalmente, el riesgo de violencia que sufren las mujeres está relacionado con el mantenimiento de la subordinación y “desvalorización de lo ‘femenino’” (Tepichin, 2016: 192). A partir de los hallazgos de investigación, Tepichin plantea que la violencia está presente en la vida de las mujeres en pobreza que reciben el apoyo de programas de transferencias o de proyectos productivos, aunque no exclusivamente en estos casos dado que se manifiesta en diferentes ámbitos de la vida social, independientemente de la condición de pobreza, pero que sin duda influye la forma en que esta es vivida.

El marco analítico expuesto provee una herramienta para ordenar hallazgos de investigación en desigualdades de género que experimentan mujeres en las dimensiones de distribución y reconocimiento para participar como pares plenas en la vida social, atendiendo a los obstáculos que enfrentan en la pobreza.

### **3. Estadísticas sobre pobreza, género y salud en la Ciudad de México**

El objetivo de este capítulo consiste en mostrar un acercamiento a las condiciones de salud femenina y a desigualdades de género que mujeres jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, en situación de pobreza en la Ciudad de México, experimentan para acceder a servicios de salud y para atender sus necesidades de salud. Dicho acercamiento parte de la revisión de estadísticas oficiales en torno a las condiciones de mujeres y hombres jóvenes en situación de pobreza multidimensional en la Ciudad de México para acceder a servicios de salud, sobre la condición de acceso o tipo de derechohabencia, la morbilidad, entre otros elementos necesarios para indagar sobre la relación entre género, salud y pobreza.

Atendiendo a tal objetivo, el capítulo se divide en tres apartados: el primero detalla el planteamiento conceptual y la metodología para la medición multidimensional de la pobreza del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México (CONEVAL), resaltando el contenido de los indicadores.

El segundo apartado se centra en las estimaciones más recientes de pobreza multidimensional del CONEVAL en 2014, para explorar cuál es la situación de hombres y mujeres en diferentes ámbitos territoriales y en diversos grupos etarios, con énfasis en la población entre 15 y 29 años que vive en la Ciudad de México. Este apartado se divide a su vez en cuatro secciones, las primeras tres revisan los principales resultados estadísticos de la medición multidimensional de la pobreza, de los indicadores de carencias sociales que componen la medición de pobreza multidimensional y de los indicadores de género y pobreza multidimensional, estimados para la Ciudad de México en 2014; en tanto la última sección se centra en los alcances y limitaciones que tiene la medición multidimensional de la pobreza en México, especialmente para caracterizar la pobreza femenina.

Finalmente, el tercer apartado presenta una revisión de las principales estadísticas sobre la condición de salud femenina en la Ciudad de México en términos de natalidad, fecundidad, morbilidad y mortalidad, retomando la información de las Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2015 y 2016, así como la información epidemiológica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud en 2015.

### **3.1. La medición multidimensional de la pobreza en México del CONEVAL**

Tal como se presentó en el apartado previo, la categoría de género ha contribuido a ampliar el conocimiento de la pobreza al indagar sobre los obstáculos que impiden a mujeres y hombres acceder en igualdad de condiciones al bienestar. Desde el ámbito de la medición de la pobreza, esta contribución se ha expresado en la manera en que se conceptualiza la pobreza y en la generación de estadísticas con desagregación por sexo que incorporan diversas dimensiones de análisis.

En este sentido, el presente apartado se aboca en explorar la situación de hombres y mujeres en las estimaciones más recientes de pobreza multidimensional elaboradas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México (CONEVAL)<sup>5</sup>, integradas por los indicadores globales de pobreza multidimensional, los indicadores de carencias sociales y el cruce de los indicadores de desigualdad de género y pobreza multidimensional. Esta revisión tiene la finalidad de evidenciar las potencialidades de la información estadística para indagar sobre desigualdades de género en el acceso a servicios de salud en la Ciudad de México.

En México, la medición de la pobreza se guiaba hasta antes de 2004 por la metodología unidimensional de la línea de pobreza, la cual constituía la corriente dominante empleada por diversos organismos internacionales como el Banco Mundial y la Comisión Económica para América Latina. Sin embargo, en el sexenio del presidente Vicente Fox (2000-2006) se inicia un viraje en la conceptualización y medición de la pobreza en México mediante la aprobación en 2004 de la Ley General de Desarrollo Social, la cual establece una medición sistemática bianual a cargo del CONEVAL adoptando un enfoque multidimensional más cercano al bienestar social (Mora, 2010).

La definición, identificación y medición oficial de la pobreza multidimensional en México es realizada por el CONEVAL, utilizando la información del Módulo de Condiciones

---

<sup>5</sup> El CONEVAL es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica, patrimonio propio, autonomía técnica y de gestión; creado en 2005 para normar y coordinar la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y las políticas, programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas; y para establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad (CONEVAL, 2017a).

Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH)<sup>6</sup>, partiendo de dos conceptos fundamentales: el bienestar económico y los derechos sociales. El primero se relaciona con la cantidad mínima de recursos monetarios disponibles, mientras el segundo hace alusión al acceso a satisfactores básicos.

Por lo tanto, para el CONEVAL “Una persona se encuentra en situación de pobreza multidimensional cuando no tiene garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, y si sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades” (2014b: 37).

La operacionalización del concepto de bienestar económico se realiza a través de la medición del ingreso corriente, el cual incluye la suma del ingreso monetario y el no monetario, siendo el primero la suma del ingreso por el trabajo remunerado subordinado, por el trabajo independiente, por la renta de la propiedad, el autoconsumo y las transferencias. El ingreso no monetario incluye pagos en especie y transferencias en especie, es decir, regalos recibidos. A partir de la suma de los ingresos corrientes se obtiene un promedio para cada hogar ponderado por el número de miembros y los rangos de edad.

Posteriormente, se define una línea de bienestar que está representada por el costo monetario de una canasta alimentaria y no alimentaria para los hogares, la cual se basa en el patrón de consumo de calorías y nutrientes que cumplen con los requerimientos y recomendaciones para el consumo establecidos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, así como en el patrón de consumo de bienes y servicios de un estrato poblacional de referencia.

En el espacio de los derechos sociales, el CONEVAL estableció las siguientes seis dimensiones de análisis a nivel de personas:<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> El MCS es un anexo de la ENIGH elaborada en conjunto por el CONEVAL y por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para proporcionar un panorama estadístico de las variables necesarias para la medición multidimensional de la pobreza, establecidas en la Ley General de Desarrollo Social. Su periodicidad es bianual y contiene información detallada del monto, la estructura y la distribución de los ingresos de los hogares; el acceso a la salud, a la seguridad social y a la educación de los integrantes del hogar; la seguridad alimentaria de los hogares; las características de las viviendas que ocupan y los servicios con que cuentan estas viviendas (INEGI, 2014).

<sup>7</sup> La Ley General de Desarrollo Social establece que la medición multidimensional de la pobreza incorpore también un indicador de cohesión social que reconozca la influencia de los factores contextuales en las opciones de vida de

- Rezago educativo. La carencia en esta dimensión ocurre cuando las personas tienen entre 3 y 15 años, no cuentan con educación básica obligatoria y no asisten a la escuela, si nacieron antes de 1982 y no cuentan con primaria completa, o bien, si nacieron después de 1982 y no cuentan con secundaria completa.
- Acceso a los servicios de salud. Existe carencia cuando las personas no cuentan con servicios médicos públicos, tales como Seguro Popular, IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina, o servicios privados.
- Acceso a la seguridad social. Las personas son carentes cuando siendo asalariados no cuentan con todas las prestaciones de ley; son no asalariados o independientes y no disponen de servicios médicos o AFORE; no disponen de jubilación o pensión, o bien, no son beneficiarios de algún programa social de pensiones para adultos mayores.
- Calidad y espacios de la vivienda. Las personas son carentes en esta dimensión cuando sus viviendas tienen pisos de tierra; los techos son de lámina, cartón o desechos; los muros de barro, carrizo, bambú o palma; o bien, si habitan más de 2.5 personas por cuarto.
- Servicios básicos en la vivienda. La carencia se presenta cuando las viviendas no disponen de agua corriente dentro de la vivienda o en el terreno; no disponen de desagüe o drenaje conectado a la vivienda o en el terreno; cuando no tienen energía eléctrica o cuando el combustible que se utiliza es leña o carbón y no cuentan con chimenea.
- Acceso a la alimentación. La carencia en esta dimensión se mide a través de la Escala de Seguridad Alimentaria a nivel de hogar, la cual consiste en una serie de 12 preguntas que indagan sobre la variedad de la dieta, las cantidades ingeridas, la frecuencia de consumo de adultos y menores, entre otros; siendo el resultado el grado de inseguridad alimentaria. Cuando los hogares tienen un grado moderado o severo se consideran también carentes en la dimensión de acceso a la alimentación.

La medición de las seis dimensiones se operacionaliza a través de seis indicadores dicotómicos con valor de cero cuando no se presenta carencia en cada una de las dimensiones y valor de uno cuando se presenta carencia en cada una de las dimensiones. Posteriormente se

---

las personas. Sin embargo, no se incorpora en el índice de privación social al constituir una dimensión del contexto territorial que trasciende las condiciones de los individuos y que solo puede medirse a una escala territorial (CONEVAL, 2014b).

construye un índice de privación como la suma de los seis indicadores, cuyos valores van de cero a seis que reflejan el número de carencias acumuladas. Finalmente, la medición de la pobreza, tal como se definió previamente, compara el índice de privación con respecto a la línea de bienestar (costo monetario de una canasta alimentaria y no alimentaria para los hogares), identificando a la población en pobreza multidimensional cuando el ingreso corriente del hogar imputado a cada persona está por debajo de la línea de bienestar y cada persona tiene al menos una carencia en el índice de privación.

### **3.2. Desigualdades de género y pobreza multidimensional del CONEVAL**

Este apartado se centra en los resultados de las estimaciones de pobreza multidimensional del CONEVAL para 2014 y su desglose para diferentes ámbitos territoriales, a saber, el ámbito nacional, las localidades rurales, las localidades urbanas y la Ciudad de México, al tiempo que se exploran diversas características poblacionales como el sexo y la edad, con el objetivo de identificar diferencias entre hombres y mujeres en pobreza en la satisfacción de los derechos sociales. A partir de esta revisión, se evidencia que existe una diferencia en la cantidad de mujeres y de hombres jóvenes que acceden a servicios de salud en la Ciudad de México, y que tal diferencia es variable de acuerdo con el tipo de institución de salud de que se trate.

#### ***3.2.1. Indicadores de pobreza multidimensional***

Esta sección tiene el objetivo de identificar las diferencias entre mujeres y hombres utilizando las estimaciones del indicador global de pobreza multidimensional en México, la cual es definida y medida oficialmente por el CONEVAL, y que se encuentra vinculada a la existencia de carencias en los espacios de bienestar económico y de derechos sociales.

La evolución de la pobreza multidimensional para diversos ámbitos territoriales puede seguirse bianualmente a partir de 2008 – fecha en que comienza de manera oficial la medición multidimensional de pobreza – y hasta 2014 – cifras más recientes –. La desagregación territorial presentada por el CONEVAL se encuentra a nivel nacional, localidades urbanas, localidades rurales y para las entidades federativas, por lo que se pretende revisar la evolución de la pobreza a nivel nacional y para los dos tipos de localidades, con especial énfasis en las localidades urbanas y en la Ciudad de México porque la pobreza urbana en estos espacios de concentración demográfica, económica, social y política implica que mujeres y hombres se enfrenten a diversas

restricciones en el acceso al mercado de trabajo, a la alimentación, a la vivienda, a los servicios públicos y a diversas prestaciones sociales.

En este sentido, en el Cuadro 1 se presenta el porcentaje y número de personas en pobreza multidimensional entre 2008 y 2014 para diversos ámbitos territoriales, haciendo evidente que prevalece una tendencia al alza tanto en el porcentaje como en la cantidad de personas en situación de pobreza multidimensional en todos los ámbitos. Por ejemplo, el porcentaje de personas pobres multidimensionales a nivel nacional pasó de 44.3% a 46.2% entre 2008 y 2014, esto representó pasar de 49.5 a 55.3 millones de pobres en el país. Las cifras del Cuadro 1 también permiten destacar que, a pesar de que la pobreza rural ha sido porcentualmente más alta en cada uno de los años (62.4% en 2008, 64.9% en 2010, 61.6% en 2012 y 61.1% en 2014) frente a la urbana (38.9% en 2008, 40.4% en 2010, 40.6% en 2012 y 41.7% en 2014), es en las localidades urbanas, y no en las rurales, en donde se concentra la mayor cantidad de personas en pobreza multidimensional desde 2008, ya que el volumen de personas en pobreza se ha incrementado sistemáticamente al pasar de 33.3 millones en 2008 a 38.4 millones en 2014, en contraste con el volumen de personas en pobreza rural multidimensional que pasó de 16.2 a 17 millones en el periodo considerado. Por lo tanto, existe una mayor cantidad de personas en las urbes que vive con un ingreso insuficiente y carencias en el espacio de derechos sociales.

En el caso de la Ciudad de México, se experimentó una ligera disminución en el porcentaje de la población pobre multidimensional al pasar de 27.6% en 2008 a 28.4% en 2014. Sin embargo, la cantidad de personas continúa estando por arriba de 2.4 millones desde 2008, aún con la existencia de diversos programas sociales en la demarcación.

**Cuadro 1. Población en situación de pobreza multidimensional por ámbito territorial, 2008-2014**

Ámbito territorial	Porcentaje				Millones de personas			
	2008	2010	2012	2014	2008	2010	2012	2014
Nacional	44.3	46.1	45.5	46.2	49.5	52.8	53.3	55.3
Localidades rurales	62.4	64.9	61.6	61.1	16.2	17.2	16.7	17.0
Localidades urbanas	38.9	40.4	40.6	41.7	33.3	35.6	36.6	38.4
Ciudad de México	27.6	28.5	28.9	28.4	2.46	2.54	2.6	2.50

Notas: En la medición de la pobreza multidimensional, se consideran como localidades rurales a aquellas con menos de 2 mil 500 habitantes, en tanto las localidades urbanas son aquellas con 2 mil 500 y más habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones del CONEVAL basadas en el MCS-ENIGH.

Las cifras anteriores revelan que la pobreza multidimensional es una problemática persistente que no puede tratarse homogéneamente, es decir, desde la perspectiva de género es fundamental ahondar en el conocimiento de la pobreza e indagar sobre la distribución de la población pobre de acuerdo con características particulares. Por lo tanto, en el Cuadro 2 se desglosa el porcentaje y número de hombres y mujeres en pobreza multidimensional en diferentes ámbitos territoriales para 2014 – la estimación más actualizada –.

**Cuadro 2. Población en situación de pobreza multidimensional por sexo y ámbito territorial, 2014**

Ámbito territorial	Hombres		Mujeres		Índice de feminidad ajustado
	Porcentaje	Millones de personas	Porcentaje	Millones de personas	Mujeres por cada 100 hombres
Nacional	46.0	26.8	46.3	28.5	100.8
Localidades rurales	60.7	8.4	61.5	8.6	101.3
Localidades urbanas	41.4	18.5	41.9	19.9	101.0
Ciudad de México	28.7	1.2	28.1	1.3	98.1

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones del CONEVAL basadas en el MCS-ENIGH.

La información mostrada en el Cuadro 2 indica que en 2014 había un mayor porcentaje y volumen de mujeres en pobreza multidimensional que de hombres en todos los ámbitos territoriales. Destaca que, después de las cifras nacionales, es en las localidades urbanas en donde el volumen de mujeres pobres multidimensionales (19.9 millones) supera al volumen de hombres pobres (18.5 millones). Por su parte, en la Ciudad de México el porcentaje de personas en pobreza es inferior en el caso de las mujeres, pero en número absolutos representa un volumen mayor (1.3 millones de mujeres frente a 1.2 millones de hombres).

Sin embargo, esta tendencia se debe a que en términos demográficos la cantidad de mujeres es ligeramente superior a la cantidad de hombres en el país, independientemente de su condición de pobreza, por lo que la distribución señalada en el Cuadro 2 sigue la misma distribución entre hombres y mujeres que a nivel nacional. Para evitar esta tendencia general, se ajustó el volumen de población mediante el índice de feminidad ajustado<sup>8</sup>, el cual relativiza el número de personas en pobreza multidimensional respecto a la cantidad total de mujeres y hombres del país, de tal suerte que valores superiores a 100 en el índice de feminidad indican que

<sup>8</sup> El índice de feminidad ajustado controla por el tamaño de la población femenina y masculina y se calcula mediante la siguiente fórmula: Índice= [(Mujeres pobres/Hombres pobres) / (Mujeres totales/Hombres totales)]\*100.

hay más mujeres que hombres en pobreza multidimensional, valores inferiores a 100 señalan que hay menos mujeres que hombres en pobreza multidimensional y valores iguales a 100 muestran que hay igual número de mujeres y de hombres en pobreza multidimensional.

Dicho ajuste también se presenta en el Cuadro 2 evidenciando que en 2014 la mayor proporción de las personas pobres son mujeres, es decir, por cada 100 hombres pobres había 100.8 mujeres pobres en el orden nacional, 101.3 en localidades rurales, 101 en localidades urbanas y 98.1 en la Ciudad de México.

La distribución espacial de la población en condición de pobreza multidimensional refiere que existe una mayor cantidad de mujeres que de varones que viven en situación de escasez pero, ¿se mantiene la misma distribución entre hombres y mujeres por grupos de edad? Esta pregunta cobra relevancia porque las brechas existentes entre mujeres y hombres pueden ser diferentes a lo largo del ciclo de vida, dado que la inclusión de la categoría de género permite reconocer que los ejes de desigualdad de género se cruzan con otras desigualdades derivadas del nivel socioeconómico y la edad (Ariza y Oliveira, 2001; Arriagada, 1998; Mora y De Oliveira, 2011 y Saraví, 2009).

En este sentido, se retomó la división por grandes grupos etarios utilizada por el Consejo Nacional de Población para agrupar a la población en etapas muy claras del ciclo de vida, esto es, en niños menores de 5 años, niños entre 5 y 14 años, jóvenes entre 15 y 29 años, adultos jóvenes entre 30 y 44 años, adultos maduros entre 45 y 64 años, así como adultos mayores de 65 años y más. Cabe destacar que, aunque el segmento entre los 15 y 29 años comprende a adolescentes (15 a 18 años) y adultos jóvenes (19 a 29 años), se agrupa solo en jóvenes de acuerdo con los criterios del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) y a diversos estudios sociodemográficos (Giorguli, 2011; Echarri y Pérez, 2007; Mora y De Oliveira, 2009) que emplean la estratificación de la Encuesta Nacional de Juventud en México.

En el Cuadro 3 se presenta la desagregación en porcentaje y número de personas en pobreza multidimensional por sexo y grupos de edad en 2014 para las localidades rurales, urbanas y la Ciudad de México. En términos generales, la información muestra que la pobreza se presenta a lo largo de todo el ciclo de vida, pero que los porcentajes y volúmenes de población en pobreza son mayores en los segmentos de 5 a 14 años y de 15 a 29 años en todos los ámbitos

territoriales, aunque un elemento central es que la distribución territorial de la población no es aleatoria y existe un claro patrón urbano en la concentración de la pobreza, ya que 4.1 millones de hombres (22.3%) y 4.1 millones de mujeres (20.4%) entre los 5 y 14 años de edad eran pobres en 2014, mientras 4.7 millones de hombres (25.6%) y 5 millones de mujeres (25.2%) entre los 15 y 29 años de edad eran pobres en ese mismo año; cifras que en términos poblacionales son superiores a las de hombres y mujeres en los mismos grupos de edad en las localidades rurales.

Mientras en el caso de la Ciudad de México, en 2014 se encontraban en el segmento de 5 a 14 años de edad poco más de 260 mil varones pobres (22.1%) y poco más de 270 mil mujeres pobres (20.7%), en tanto entre los 15 y 29 años de edad había 312.7 miles de hombres pobres (26.3%) y 340.4 miles de mujeres pobres (25.9).

**Cuadro 3. Población en situación de pobreza multidimensional por grupos de edad, sexo y ámbito territorial, 2014**

Grupos de edad	RURAL				URBANO				CIUDAD DE MÉXICO			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	%	Mill	%	Mill	%	Mill	%	Mill	%	Mill	%	Mill
Menores de 5 años	11.0	0.92	10.5	0.91	10.6	1.9	9.0	1.8	8.7	0.10	7.0	0.09
5 a 14 años	26.1	2.19	23.4	2.02	22.3	4.1	20.4	4.1	22.1	0.26	20.7	0.27
15 a 29 años	22.1	1.85	23.6	2.04	25.6	4.7	25.2	5.0	26.3	0.31	25.9	0.34
30 a 44 años	17.6	1.47	19.1	1.65	19.6	3.6	21.1	4.2	21.1	0.25	20.3	0.27
45 a 64 años	15.1	1.26	15.0	1.29	15.4	2.8	16.5	3.3	15.8	0.19	18.4	0.24
65 años y más	8.1	0.68	8.4	0.72	6.5	1.2	7.8	1.6	6.0	0.07	7.7	0.10

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones del CONEVAL basadas en el MCS-ENIGH.

Por su parte, en el Cuadro 4 se muestran las brechas entre hombres y mujeres por grupos de edad mediante el índice de feminidad, el cual indica el número de mujeres en pobreza multidimensional por cada 100 hombres en la misma condición en localidades rurales, urbanas y en la Ciudad de México en 2014. La información presentada sugiere que hay una mayor cantidad de mujeres pobres respecto a los varones en el rango de edad de 15 a 29 años, es decir, por cada 100 hombres pobres multidimensionales entre los 15 y 29 años de edad, hay 108.1 mujeres pobres multidimensionales en las localidades rurales, 107.5 en las localidades urbanas y 106.2 en la Ciudad de México.

**Cuadro 4. Índice de feminidad ajustado para la población en situación de pobreza multidimensional por grupos de edad y ámbito territorial, 2014**

Grupos de edad	Rural	Urbano	Ciudad de México
	Mujeres por cada 100 hombres		
Menores de 5 años	100.1	96.5	88.9
5 a 14 años	100.4	100.8	101.7
15 a 29 años	108.1	107.5	106.2
30 a 44 años	98.9	102.2	95.6
45 a 64 años	99.3	97.7	105.9
65 años y más	101.5	104.1	93.6

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones del CONEVAL basadas en el MCS-ENIGH.

### **3.2.2. Indicadores de carencia social**

El análisis de la distribución de la población por condición de pobreza multidimensional arroja luz sobre las principales tendencias a nivel regional y atendiendo a características poblacionales como la edad y el sexo de las personas. En este sentido, la información presentada en la sección anterior sugiere la existencia de brechas entre mujeres y hombres en pobreza multidimensional en el rango de edad de 15 a 29 años, esto es, que en 2014 había una mayor cantidad de mujeres jóvenes en pobreza multidimensional respecto a hombres en la misma condición. Pero, ¿se mantienen estas brechas en los indicadores de privación social y de bienestar económico que componen las mediciones de pobreza multidimensional del CONEVAL?

Atendiendo a esta pregunta, el objetivo de esta sección consiste en exponer una imagen más detallada de las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en condiciones de pobreza al desglosar las seis dimensiones que componen el índice de privación social para las estimaciones de pobreza multidimensional del CONEVAL, a saber, carencias por rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios básicos de la vivienda y acceso a la alimentación, así como la dimensión económica de vulnerabilidad por ingresos.

Es importante enfatizar que la desagregación de los indicadores no revela fielmente la situación de las personas en pobreza en todas sus dimensiones porque las carencias por calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos de la vivienda, acceso a la alimentación y vulnerabilidad por ingresos se encuentran agregados a manera de promedios al interior de los hogares y posteriormente se imputan a las personas, siendo los indicadores de rezago educativo,

acceso a servicios de salud y a la seguridad social los únicos que reportan información de las personas por la forma en que son capturados en el MCS-ENIGH.

Por lo tanto, en el Cuadro 5 se presenta el porcentaje y total de población femenina y masculina en carencias sociales para las localidades urbanas y rurales, así como para la Ciudad de México en 2014. El porcentaje y número de personas con carencias y vulnerabilidad por ingresos es variable entre hombres y mujeres en cada ámbito territorial, pero destaca que las mujeres tenían en 2014 mayores carencias respecto a los hombres en términos porcentuales en rezago educativo (32.3% de mujeres carentes y 30.7% de hombres carentes en localidades rurales, 15.8% de mujeres carentes y 13.7% de hombres carentes en localidades urbanas, 10.3% de mujeres carentes y 7.2% de hombres carentes en la Ciudad de México) y eran vulnerables por ingresos (1.3% de mujeres vulnerables y 1.2% de hombres vulnerables en localidades rurales, 9.3% de mujeres vulnerables y 8.3% de hombres vulnerables en localidades urbanas, 8.5% de mujeres vulnerables y 7.5% de hombres vulnerables en la Ciudad de México).

Considerando el número de personas, había más mujeres carentes que hombres en rezago educativo, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios básicos de la vivienda, acceso a la alimentación e ingresos. Dichas tendencias se mantienen en todos los ámbitos territoriales, además, nuevamente destaca que el porcentaje de la población con carencias sociales es mayor en las localidades rurales, pero en términos absolutos es mayor la cantidad de personas que viven en las localidades urbanas y que presentan privaciones, por ejemplo, en 2014 había 7.5 millones de mujeres con rezago educativo frente a 6.1 millones de hombres; 4.4 millones de mujeres con carencias en el espacio de la vivienda respecto a 4.2 millones de varones carentes; 4.7 millones de mujeres carentes de servicios básicos en la vivienda contra 4.6 millones de hombres carentes 9.9 millones de mujeres carentes de acceso a la alimentación frente a 9.2 millones de hombres carentes y 4.4 millones de mujeres vulnerables por ingreso respecto a 3.7 millones de hombres en iguales circunstancias.

Tal como se mencionó, este panorama puede ser ambiguo en términos de las condiciones individuales de las mujeres y porque el volumen poblacional puede indicar que las mujeres están sobre representadas en las estimaciones. Atendiendo a ello, el Cuadro 6 muestra el índice de feminidad ajustado para los indicadores con información individual por ámbito territorial y grupos de edad, el cual puede asumir valores superiores a 100 cuando hay más mujeres que

hombres en carencias sociales, valores inferiores a 100 cuando hay menos mujeres que hombres en carencias sociales y valores iguales a 100 cuando hay igual número de mujeres y de hombres en carencias sociales.

Los resultados evidencian que en el indicador de rezago educativo, el cual determina si las personas no disponen de la educación básica obligatoria correspondiente a la edad, son las mujeres a partir de los 30 años quienes soportan tal carencia, especialmente en el rango de 45 a 64 años, ya que en 2014 había 111, 135.8 y 217.8 mujeres por cada 100 hombres sin educación básica obligatoria (primaria y secundaria) y que no asisten a la escuela en localidades rurales, urbanas y en la Ciudad de México, respectivamente.

En el indicador de carencia por acceso a servicios de salud, el cual evalúa si las personas acceden al menos a un servicio médico público o privado, las desigualdades varían según el contexto. En localidades rurales hay más carencia femenina en el segmento de menores de 5 años respecto al resto de los grupos de edad, aunque en ningún caso el índice de feminidad rebasa el valor de 100, esto es, la máxima distribución de carencia equivale a 97.4 niñas menores de 5 años sin servicios de salud por cada 100 niños carentes. En las localidades urbanas, el máximo valor del índice revela que 106.4 niñas menores de 5 años carecen de servicios de salud respecto a 100 niños carentes. Por su parte, en la Ciudad de México el segmento con mayor carencia se ubica entre los 15 y 29 años de edad, ya que 89 mujeres jóvenes por cada 100 hombres jóvenes no cuentan con servicios médicos públicos, tales como Seguro Popular, IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina, o servicios privados.

En tanto, el indicador de carencia por acceso a la seguridad social determina si las personas no cuentan con todas las prestaciones de ley siendo asalariados, son no asalariados o independientes y no disponen de servicios médicos o AFORE; no disponen de jubilación o pensión, o bien, no son beneficiarios de algún programa social de pensiones para adultos mayores. En este sentido, el Cuadro 6 señala la existencia de la falta de seguridad social desde los primeros años de vida en el conjunto de las localidades rurales y urbanas, posteriormente disminuye y se incrementa nuevamente en los 65 años y más. Esta tendencia es diferente en la Ciudad de México, ya que es entre los 15 y 29 años de edad cuando las mujeres presentan un índice de feminidad ajustado más alto, es decir, 98.2 mujeres jóvenes por cada 100 hombres jóvenes carecían de acceso a la seguridad social en 2014.

Los indicadores hasta ahora presentados señalan la existencia de brechas entre hombres y mujeres en el acceso a derechos sociales fundamentales, con diferencias por grupos de edad y ámbito territorial. Sin embargo, una tendencia se mantiene clara a partir de la revisión estadística, y es que en la Ciudad de México, espacio de concentración económica, política y social, el acceso a recursos materiales es diferenciado entre hombres y mujeres, en especial el acceso a servicios de salud y a la seguridad social para las mujeres jóvenes.

**Cuadro 5. Población con carencias sociales por sexo y ámbito territorial, 2014**

Carencias sociales	RURAL				URBANO				CIUDAD DE MÉXICO			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	%	Millones	%	Millones	%	Millones	%	Millones	%	Millones	%	Millones
Rezago educativo	30.7	4.2	32.3	4.5	13.7	6.1	15.8	7.5	7.2	0.3	10.3	0.5
Acceso a servicios de salud	20.2	2.8	14.6	2.0	20.6	9.2	16.4	7.8	22.5	0.9	17.7	0.8
Acceso a seguridad social	80.8	11.1	79.1	11.1	54.3	24.2	49.8	23.7	50.1	2.1	42.9	2.0
Calidad y espacios de la vivienda	22.3	3.1	22.0	3.1	9.5	4.2	9.2	4.4	5.3	0.2	5.5	0.3
Acceso a servicios básicos de la vivienda	57.8	8.0	57.9	8.1	10.4	4.6	10.0	4.7	1.7	0.1	1.6	0.1
Acceso a la alimentación	32.2	4.4	31.9	4.5	20.7	9.2	20.8	9.9	11.6	0.5	11.7	0.5
Vulnerables por ingreso	1.2	0.2	1.3	0.2	8.3	3.7	9.3	4.4	7.5	0.3	8.5	0.4

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones del CONEVAL basadas en el MCS-ENIGH.

**Cuadro 6. Índice de feminidad ajustado para la población individual con carencias sociales por grupos de edad y ámbito territorial, 2014**

Grupos de edad	Rezago educativo			Acceso a servicios de salud			Acceso a seguridad social		
	Rural	Urbano	Ciudad de México	Rural	Urbano	Ciudad de México	Rural	Urbano	Ciudad de México
Menores de 5 años	100.3	91.3	132.2	97.4	106.4	77.2	100.6	101.4	79.8
5 a 14 años	94.3	95.5	130.7	94.0	99.7	88.8	99.9	99.3	93.8
15 a 29 años	89.9	87.3	76.3	65.8	78.6	89.0	97.9	98.0	98.2
30 a 44 años	105.7	110.0	122.6	60.3	69.5	71.4	96.8	88.8	84.1
45 a 64 años	111.0	135.8	217.8	56.6	70.1	79.9	94.1	82.0	85.0
65 años y más	104.3	117.3	144.8	93.1	89.7	63.5	123.2	87.8	45.3

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones del CONEVAL basadas en el MCS-ENIGH.

### ***3.2.3. Indicadores de desigualdad de género y pobreza multidimensional***

El objetivo de esta sección reside en continuar explorando los hallazgos hasta ahora presentados que sugieren la existencia de diferencias entre hombres y mujeres en el acceso a servicios de salud y a la seguridad social en la población joven de 15 a 29 años de edad. Por lo tanto, esta sección se divide en dos partes, en la primera se revisan de manera general los resultados de los indicadores de pobreza multidimensional y desigualdad de género propuestos y estimados por el CONEVAL en 2014 para el contexto nacional; mientras en la segunda parte se revisa la estimación de indicadores sobre el acceso a servicios de salud, construidos expresamente para evaluar las condiciones de desigualdad de género y pobreza en la Ciudad de México para 2014.

#### ***Desigualdad de género y pobreza en el contexto nacional***

La medición de la pobreza en México, tal como se expuso, se realiza a nivel de personas pero no distingue las características de la población, ya sea por edad, sexo, condición de lengua indígena, entre otros.<sup>9</sup> En este sentido, el CONEVAL propuso en 2008 un sistema de indicadores sobre pobreza y género como parte de su agenda de investigación para profundizar sobre el conocimiento de la pobreza entre mujeres y hombres en su acceso a recursos sociales y económicos.

Este sistema se integra por 30 indicadores cuya evolución se ha seguido para los años 2008, 2010, 2012 y 2014, años para los cuales también se dispone de la medición multidimensional de la pobreza a nivel nacional y estatal. Tales indicadores se agrupan en las categorías de contexto y de la relación entre género y pobreza, que corresponden a cuatro ejes analíticos, a saber, el acceso a recursos, las cargas de trabajo, los arreglos domésticos y las etapas del curso de vida. A su vez, los indicadores se agrupan en nueve dimensiones de análisis: hogares, educación, salud, alimentación, trabajo remunerado, ingreso, seguridad social, vivienda y trabajo doméstico no remunerado (CONEVAL, 2014a) – el Cuadro 7 muestra los 30 indicadores y su interpretación clasificados por dimensión de análisis –.

La revisión de la información proporcionada por los indicadores mencionados permite diferenciar los resultados para la población en situación de pobreza y no pobreza y extraer

---

<sup>9</sup> Si bien los resultados de la medición de la pobreza se desglosan de acuerdo con estas características, en realidad las mediciones no distinguen las características propias de cada grupo en el acceso al bienestar económico y a los derechos sociales.

conclusiones generales que dan indicios sobre desigualdades de género en sus diferentes dimensiones. En la presente sección solo se exploran los resultados de la medición de pobreza y los indicadores de género para 2014 que permitieron derivar los siguientes hallazgos.

### ***Indicadores de contexto***

En términos generales, en la categoría de contexto es posible rescatar que la mayor proporción (66.4%) de hogares pobres eran encabezados por varones en hogares nucleares en 2014, es decir, los hogares pobres en donde el jefe era un varón se componían por el jefe y cónyuge, el jefe y las hijas e hijos, o bien, el jefe, cónyuge, hijos e hijas. Mientras en el caso de los hogares pobres con jefatura femenina se trataba en el 53% de los casos de hogares extendidos conformados por un hogar nuclear y al menos otro pariente de la jefa u otro pariente. Destaca, además, que en los hogares jefaturados por mujeres, ellas se encuentran en el segmento de edad de 65 años y más, lo cual se refuerza con el indicador que señala que los hogares pobres encabezados por mujeres tienen una mayor dependencia demográfica, lo cual significa que hay más miembros que dependen de la jefa de hogar.

Asimismo, los indicadores de contexto señalan que en 2014 la carencia por acceso a la alimentación se intensificaba en los hogares pobres con jefatura femenina, donde el grado de inseguridad alimentaria se califica como severa.

En suma, los indicadores de contexto señalan diferencias en la conformación de los hogares pobres, ya sean estos jefaturados por hombres o por mujeres. Cuando la jefatura es masculina, los hogares son nucleares o pequeños, mientras que la jefatura femenina está asociada con un mayor número de miembros dependientes y jefas adultas mayores.

Lo anterior significa que en los hogares con jefatura femenina reside el primer hogar nuclear conformado por una “jefa joven” y los nuevos miembros permanecen hasta que la jefa es una “adulta mayor”, o bien, a los hogares con jefas mayores de 65 años suelen llegar otros miembros como los hijos e hijas con sus respectivas familias. En cualquiera de estos casos, el hogar depende del ingreso de la jefa o de cualquier otro ingreso existente en el hogar, lo cual puede impactar seriamente la adquisición de alimentos y, por ende, derivar en inseguridad alimentaria en el hogar.

### ***Indicadores sobre género y pobreza***

Por otro lado, los indicadores sobre género y pobreza también arrojan diversos resultados en las dimensiones mostradas en el Cuadro 7. Con relación a la educación, el porcentaje de jefas de hogar con rezago educativo fue superior al de los varones en 2014, y esta brecha se incrementó en el segmento de 45 a 64 años de edad, dado que es en este rango de edad en el que las mujeres soportan la mayor carencia, tal como se revisó previamente.

Por su parte, los indicadores de salud revelan que entre la población en pobreza son las mujeres quienes tuvieron mayor acceso a instituciones de salud pública y al Seguro Popular en 2014, sobre todo de procedencia indirecta, esto es, que pudieron acceder a instituciones de salud debido a que fueron afiliadas por familiares o por su conyugue. Destaca que el acceso de los varones fue mayor en las instituciones de salud privadas, ya que se suele privilegiar el gasto en salud para los varones, lo cual puede obedecer a que siendo jefes de hogar requieren de atención médica expedita que no suponga la pérdida de días laborables y de ingreso a los hogares.

En la dimensión del trabajo remunerado, la participación económica masculina en todos los grupos de edad fue mayor que la participación femenina en 2014. Además, los hombres se insertaron en actividades masculinizadas, mientras fueron las mujeres no pobres quienes laboraron en mayor medida en actividades económicas feminizadas. Esto sugiere que las mujeres en condición de pobreza laboran en las actividades económicas disponibles, independientemente de si son o no feminizadas en virtud de la necesidad de obtener un ingreso.

Asimismo, un mayor porcentaje de hombres pobres se colocaron en empleos en donde no contaban con un contrato por escrito, es decir, fueron empleados de confianza; mientras la inserción de las mujeres pobres se dio en ocupaciones sin pago, lo cual significa que los ingresos de hombres y mujeres en pobreza son vulnerables, pero en mayor medida para las mujeres pobres.

Por otro lado, la mayor participación económica de las mujeres ocurrió entre los 25 y 44 años de edad en mujeres sin hijos y que no se encontraban en condición de pobreza, esto es, las mujeres en no pobreza pudieron iniciar en una edad más tardía su vida laboral; mientras las mujeres pobres sin hijos tuvieron una menor participación económica e iniciaron su actividad entre los 16 y 24 años. Por su parte, las mujeres pobres con hijos tuvieron una menor inserción

laboral respecto a las mujeres pobres sin hijos e iniciaron su actividad entre los 25 y 44 años de edad.

La dimensión del ingreso revela que la distribución del ingreso corriente monetario de los hogares fue mayor cuando los perceptores eran varones, mientras las mujeres accedieron en mayor proporción que los hombres a programas sociales de transferencias monetarias. Asimismo, los indicadores muestran que la tendencia de la brecha del ingreso laboral se redujo conforme aumentaba el nivel educativo y sobre todo cuando se estaba en situación de no pobreza.

En términos de la seguridad social, en 2014 los hombres tuvieron mayor acceso a mecanismos directos de seguridad social cuando eran pobres, respecto a las mujeres, lo cual se vincula al mayor porcentaje de mujeres en pobreza y ocupadas que, a pesar de desempeñar una actividad económica, nunca han cotizado en alguna institución de seguridad social, abarcando esta situación desde los 15 a los 64 años de edad.

En la dimensión de trabajo doméstico no remunerado, se evidencia que las mujeres entre 15 y 64 años realizaron más actividades de acarreo de agua o leña para el hogar que los hombres, independientemente de su situación de pobreza. Sin embargo, cuando se consideran otras actividades en el hogar como el trabajo de cuidado y el trabajo doméstico, la brecha entre el tiempo que destinan las mujeres respecto los hombres se acentúa cuando la población se encuentra en situación de pobreza, de tal suerte que las mujeres destinaron más tiempo en promedio a la semana en quehaceres domésticos entre los 45 y 64 años, independientemente de que se encontraban ocupadas laboralmente o no, y en el cuidado de personas cuando están en el segmento de 14 a 44 años.

En términos generales, las brechas de género se presentan en todas las dimensiones de análisis, especialmente cuando la población vive en condiciones de pobreza, y afectando a las mujeres a lo largo de todo el ciclo de vida, ya que experimentan amplias restricciones en el periodo de sus vidas laborales e incluso en edades superiores a los 65 años.

**Cuadro 7. Indicadores de género y pobreza del CONEVAL**

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Descripción</b>	<b>Tipo</b>	
Hogares	1	Razón de hogares por sexo de la jefatura, según grupos edad y condición de pobreza del jefe o la jefa	El indicador muestra el número de hogares con mujeres declaradas como jefas de hogar, por cada cien hogares en los que los hombres son reconocidos como tales, según grupos de edad y condición de pobreza del jefe o la jefa.	Contexto
	2	Distribución de la población por estructura del hogar, sexo de la jefatura y condición de pobreza del jefe o la jefa	El indicador muestra la distribución de la población que reside en hogares unipersonales, nucleares, extensos o ampliados, compuestos o de corresidentes, y señala si el núcleo doméstico es dirigido por hombres o mujeres y la condición de pobreza de estos.	Contexto
	3	Razón de dependencia demográfica promedio del hogar, según su estructura, sexo de la jefatura y condición de pobreza del jefe o la jefa	El indicador muestra la distribución de la población en edad no laboral por cada cien personas en edad de trabajar. Se trata de una aproximación a las relaciones de dependencia que existen entre proveedores y consumidores en los hogares. Los resultados se presentan según la estructura de los hogares y la condición de pobreza del jefe o la jefa del hogar.	Contexto
	4	Distribución porcentual de la coincidencia entre la jefatura declarada y su perceptor principal de ingreso, según sexo de la jefatura	El indicador muestra la coincidencia o discordancia entre la persona que se declara como cabeza del hogar (jefa o jefe) y quien percibe el mayor monto de ingresos monetarios en el hogar (perceptor principal).	Género y pobreza
Educación	5	Brecha en el porcentaje de jefas y jefes de hogar con rezago educativo, por grupos de edad y condición de pobreza del jefe o la jefa	El indicador muestra la diferencia entre el porcentaje de jefes y el de jefas de hogar con rezago educativo, según grupo de edad y condición de pobreza del jefe o jefa.	Género y pobreza
Salud	6	Razón mujeres/hombres según condición de derechohabencia, por condición de pobreza	El indicador muestra el número de mujeres derechohabientes por cada cien hombres con la misma característica, según su condición de pobreza. Análogamente para no derechohabientes.	Género y pobreza
	7	Razón mujeres/hombres derechohabientes, por procedencia (directa o indirecta) de la derechohabencia y condición de pobreza	El indicador muestra el número de mujeres por tipo de acceso a servicios de salud, directo o indirecto, por cada cien hombres en la misma situación, según la condición de pobreza de las personas.	Género y pobreza

	8	Razón mujeres/hombres derechohabientes por institución o programa de salud y condición de pobreza	El indicador expresa el número de mujeres con acceso a servicios de salud en cada institución, por cada cien hombres con las mismas características, según condición de pobreza.	Género y pobreza
Alimentación	9	Brecha en el porcentaje de hogares con carencia por acceso a la alimentación, según sexo de la jefatura y condición de pobreza del jefe o la jefa	El indicador se refiere a la diferencia entre el porcentaje de hogares con carencia por acceso a la alimentación dirigidos por mujeres respecto a los que también presentan esta carencia y son jefaturados por varones, considerando la condición de pobreza del jefe o la jefa del hogar.	Contexto
	10	Brecha en el porcentaje de hogares según grado de inseguridad alimentaria, sexo de jefatura del hogar y condición de pobreza del jefe o la jefa	El indicador muestra la diferencia en el porcentaje de hogares dirigidos por mujeres que experimentan cada uno de los grados de inseguridad alimentaria respecto al de los hogares que se encuentran en la misma situación y son jefaturados por hombres, y distingue en cada caso la condición de pobreza de las o los jefes del hogar.	Contexto
Trabajo remunerado	11	Brecha en la tasa de participación económica de hombres y mujeres, por grupos de edad y condición de pobreza	El indicador se refiere a la diferencia entre las tasas de participación en actividades económicas de hombres y mujeres, según grandes grupos de edad. El indicador considera, además, la condición de pobreza de la población.	Género y pobreza
	12	Brecha en el porcentaje de trabajadores y trabajadoras sin contrato, por condición de pobreza	El indicador muestra la diferencia entre el porcentaje de trabajadores, hombres y mujeres, que no cuentan con un contrato por escrito en su empleo, y distingue su condición de pobreza.	Género y pobreza
	13	Razón mujeres/hombres ocupadas/os sin pago, por grupos de edad y condición de pobreza	El indicador muestra cuántas mujeres ocupadas no reciben pago por su trabajo por cada cien hombres en la misma condición, según su edad y condición de pobreza.	Género y pobreza
	14	Razón mujeres/hombres de adolescentes ocupados/as por condición de pobreza	El indicador señala cuántas mujeres adolescentes se encuentran ocupadas por cada cien hombres adolescentes en la misma condición, según su situación de pobreza.	Género y pobreza
	15	Tasa de participación económica femenina según condición de maternidad, grupos de edad y condición de pobreza	El indicador muestra la proporción de mujeres que, según su edad, condición de maternidad y pobreza, realizan alguna actividad económica, respecto al total de mujeres de esa edad y mismas condiciones de maternidad y pobreza.	Género y pobreza

	16	Brecha en el porcentaje de hombres y mujeres ocupados/as con jornada laboral completa, según condición de pobreza	El indicador se refiere a la diferencia entre el porcentaje de hombres ocupados y mujeres ocupadas que laboran jornadas completas, según condición de pobreza.	Género y pobreza
	17	Porcentaje de trabajadores y trabajadoras por tipo de segregación laboral, sexo y condición de pobreza	El indicador muestra la proporción de hombres y mujeres ocupados/as que se encuentra en ocupaciones masculinizadas, feminizadas o mixtas, según su situación de pobreza.	Género y pobreza
Ingreso	18	Distribución porcentual del ingreso corriente monetario de los hogares, por sexo del receptor y condición de pobreza	El indicador expresa la distribución del ingreso corriente monetario de los hogares, en función de si este es percibido por hombres o mujeres, considerando su condición de pobreza.	Género y pobreza
	19	Razón del ingreso laboral de trabajadores/trabajadoras por nivel de escolaridad y condición de pobreza	El indicador expresa la relación que existe entre el ingreso laboral por hora que perciben las mujeres ocupadas, respecto al que perciben los hombres, considerando que ambos tienen el mismo nivel educativo y se encuentran en la misma situación de pobreza.	Género y pobreza
	20	Distribución porcentual del ingreso corriente monetario según fuente de acceso (directa o indirecta), por sexo y condición de pobreza	El indicador describe la procedencia (directa o indirecta) de los ingresos monetarios de mujeres y hombres, según su condición de pobreza.	Género y pobreza
	21	Coefficiente de Gini de la población, según sexo de la jefatura del hogar y condición de pobreza del jefe o la jefa	El indicador muestra la igualdad o desigualdad en la distribución del ingreso de los integrantes que viven en hogares con jefatura masculina o femenina, según la condición de pobreza del jefe o la jefa del hogar.	Género y pobreza
	22	Distribución porcentual de hogares según sexo del receptor principal y su condición de pobreza	El indicador muestra cómo se distribuyen los hogares en función del sexo de la persona que percibe mayores ingresos monetarios y su condición de pobreza.	Contexto
	23	Razón de beneficiarias/beneficiarios que reciben transferencias monetarias de programas sociales, por grupos de edad y condición de pobreza	El indicador muestra cuántas mujeres son beneficiarias de algún programa social que otorga ingresos monetarios, por cada cien hombres que también lo son, según grupos de edad y condición de pobreza.	Contexto
Seguridad social	24	Razón mujeres/hombres ocupadas/os con acceso a seguridad social directa, según condición de pobreza	El indicador muestra cuántas mujeres ocupadas cuentan con acceso a mecanismos directos de seguridad social por cada cien hombres ocupados en la misma situación, considerando la situación de pobreza de ambos.	Género y pobreza

	25	Brecha en el porcentaje de hombres y mujeres ocupados/as que nunca han cotizado en alguna institución de seguridad social, según grupos de edad y condición de pobreza	El indicador mide la diferencia que hay entre los porcentajes de hombres y mujeres ocupados que, a pesar de desempeñar una actividad económica, nunca han cotizado en alguna institución de seguridad social, según su condición de pobreza.	Género y pobreza
Vivienda	26	Porcentaje de hogares con carencia en calidad y espacios de la vivienda, por sexo de la jefatura del hogar y condición de pobreza del jefe o la jefa	El indicador muestra la proporción de hogares con carencia en calidad y espacios de la vivienda de acuerdo con el sexo de la jefatura del hogar y su condición de pobreza.	Contexto
	27	Razón mujeres/hombres para el acarreo de agua y leña, por grupos de edad	El indicador muestra cuántas mujeres por cada cien hombres realizan actividades de acarreo de agua o leña para el hogar, por grupos de edad.	Género y pobreza
Trabajo doméstico no remunerado	28	Brecha en el tiempo promedio que hombres y mujeres destinan a quehaceres domésticos, por grupos de edad y condición de pobreza	El indicador muestra la diferencia en el tiempo promedio en horas semanales que hombres y mujeres dedican a los quehaceres domésticos, según grupos de edad y condición de pobreza.	Género y pobreza
	29	Brecha en el tiempo promedio que hombres y mujeres destinan al cuidado de otros, por grupos de edad y condición de pobreza	El indicador muestra la diferencia en el tiempo promedio que dedican hombres y mujeres semanalmente al cuidado de otros, según grupos de edad y condición de pobreza.	Género y pobreza
	30	Brecha en el tiempo promedio que hombres y mujeres ocupados/as destinan a quehaceres domésticos, por grupos de edad y condición de pobreza	El indicador muestra la diferencia en el tiempo promedio en horas semanales que hombres y mujeres que realizan actividades económicas extra domésticas dedican a los quehaceres del hogar, según grupos de edad y condición de pobreza.	Género y pobreza

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de indicadores de género y pobreza del CONEVAL.

### ***Desigualdades de género y pobreza en la Ciudad de México***

A partir del Sistema de indicadores del CONEVAL, se procedió a replicar los resultados para las localidades urbanas, localidades rurales y para la Ciudad de México, así como por los grupos de edad establecidos previamente. En este sentido, solo se presentan los indicadores que dan cuenta de las diferencias de género y pobreza (no los indicadores de contexto) de los que existía información desagregada para individuos en la base de datos, por lo que solo se lograron replicar 17 de los 30 indicadores originales, con especial atención a los relacionados en la dimensión de salud, en las cual se identificó previamente la existencia de una brecha para las mujeres jóvenes de la Ciudad de México.

Los indicadores estimados se presentan a manera de brechas para mostrar la situación de las mujeres respecto a los hombres, ya sea en condición de pobreza o de no pobreza. Estos indicadores pueden asumir valores superiores a 100 cuando hay más mujeres que hombres en determinada carencia o en pobreza, valores inferiores a 100 cuando hay menos mujeres que hombres en alguna carencia o en pobreza y valores iguales a 100 cuando hay igual número de mujeres y de hombres en carencia o en pobreza.

Las estimaciones de los indicadores de salud se muestran en los Cuadros 8, 9 y 10, el primero muestra que en condiciones de pobreza, hay más mujeres por cada 100 hombres derechohabientes (valores cercanos o mayores a 100) y que esta situación se presenta en mayor medida en la Ciudad de México respecto a las localidades urbanas y rurales. En 2014 había en el segmento de 15 a 29 años de edad 116 mujeres pobres y 104 mujeres no pobres con derechohabiencia por cada 100 hombres pobres y no pobres con derechohabiencia, respectivamente. Mientras en no derechohabiencia, había 99 mujeres pobres y 85 mujeres no pobres por cada 100 hombres pobres y no pobres, correspondientemente.

El Cuadro 9 arroja luz sobre la procedencia directa o indirecta de la derechohabiencia y refiere que las mujeres en condición de pobreza presentan un menor acceso a la derechohabiencia de forma directa respecto a la indirecta a lo largo de todo el ciclo de vida. En especial destaca que en 2014 hubo un menor acceso a la derechohabiencia directa para las mujeres pobres de la Ciudad de México entre los 15 y 29 años de edad, esto es, 55 mujeres pobres por cada 100 hombres pobres accedían a la derechohabiencia debido a una afiliación

laboral o contratada, mientras 77 mujeres pobres por cada 100 hombres pobres accedían a la derechohabiencia afiliadas por un familiar.

Por último, el Cuadro 10 señala el número de mujeres con acceso a servicios de salud en cada institución por cada cien hombres e indica que en condiciones de pobreza, hay prácticamente el mismo número de mujeres y de hombres en la Ciudad de México con acceso a servicios de salud, excepto en el segmento de menores de 5 años. Sin embargo, cuando se revisan las estimaciones para cada tipo de servicio existen diferencias, ya que entre los 15 y 29 años de edad accedían al Seguro Popular 137 mujeres pobres por cada 100 hombres pobres y 79 mujeres pobres por cada 100 hombres pobres en el IMSS, mientras las cifras del ISSSTE, Defensa o Marina y servicios de salud privada no son representativas.

En suma, estas cifras son indicativas de que las mujeres en pobreza tienen un menor acceso respecto a los varones pobres a instituciones de salud pública como el IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa, Marina y a instituciones de salud privada, pero no así en el Seguro Popular, donde el número de mujeres pobres afiliadas es superior al de los varones. Asimismo, si se compara la situación de mujeres pobres y no pobres, se evidencia que el acceso de las mujeres pobres a servicios de salud pública es superior al acceso de las mujeres no pobres, siendo tal derechohabiencia de procedencia indirecta, es decir, mediante la afiliación del conyugue o de algún familiar directo.

**Cuadro 8. Razón de mujeres por cada 100 hombres según condición de derechohabiencia a servicios de salud por condición de pobreza, grupos de edad y ámbito territorial, 2014**

Condición	Grupos de edad	Rural		Urbano		Ciudad de México	
		Pobre	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Derechohabiencia	Menores de 5 años	100	98	90	97	101	110
	5 a 14 años	93	93	98	97	106	105
	15 a 29 años	127	103	121	99	116	104
	30 a 44 años	122	127	132	118	120	120
	45 a 64 años	115	115	128	125	143	125
	65 años y más	110	101	135	122	163	161
No derechohabiencia	Menores de 5 años	95	100	98	108	68	92
	5 a 14 años	88	83	98	96	100	76
	15 a 29 años	72	61	81	74	99	85
	30 a 44 años	71	64	81	76	83	76
	45 a 64 años	58	59	83	82	105	92
	65 años y más	92	113	112	112	84	104

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de indicadores de género y pobreza del CONEVAL.

**Cuadro 9. Razón mujeres por cada 100 hombres derechohabientes por procedencia (directa o indirecta) de la derechohabiencia, condición de pobreza, grupos de edad y ámbito territorial, 2014**

Condición	Grupos de edad	Rural		Urbano		Ciudad de México	
		Pobre	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Directa	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0
	5 a 14 años	0	0	39	99	0	0
	15 a 29 años	43	59	52	64	55	83
	30 a 44 años	27	44	46	69	69	85
	45 a 64 años	18	37	36	63	65	77
	65 años y más	16	12	21	41	43	74
Indirecta	Menores de 5 años	75	94	86	97	168	117
	5 a 14 años	91	92	102	98	133	108
	15 a 29 años	143	147	127	126	77	123
	30 a 44 años	1206	737	768	676	0	529
	45 a 64 años	353	420	600	478	1610	422
	65 años y más	284	289	365	486	297	859

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de indicadores de género y pobreza del CONEVAL.

**Cuadro 10. Razón mujeres por cada 100 hombres derechohabientes por institución o programa de salud, condición de pobreza, grupos de edad y ámbito territorial, 2014**

Condición	Grupos de edad	Rural		Urbano		Ciudad de México	
		Pobre	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
No cuenta con servicios médicos	Menores de 5 años	189	100	98	108	68	92
	5 a 14 años	175	83	98	96	100	76
	15 a 29 años	142	61	81	74	99	85
	30 a 44 años	142	64	81	76	83	76
	45 a 64 años	116	59	83	82	105	92
	65 años y más	183	113	112	112	84	104
Seguro Popular	Menores de 5 años	201	100	91	94	88	83
	5 a 14 años	185	95	98	94	101	98
	15 a 29 años	256	112	137	131	137	123
	30 a 44 años	246	155	147	155	120	149
	45 a 64 años	226	124	125	141	137	146
	65 años y más	215	109	139	146	191	183
IMSS	Menores de 5 años	155	102	81	101	152	128
	5 a 14 años	196	92	106	96	127	112
	15 a 29 años	166	87	80	88	79	107
	30 a 44 años	132	82	91	105	135	107
	45 a 64 años	265	95	128	119	158	122
	65 años y más	279	81	127	115	137	160
ISSSTE	Menores de 5 años	100	87	76	83	0	107
	5 a 14 años	113	81	71	98	153	89
	15 a 29 años	168	67	101	103	0	98
	30 a 44 años	105	142	90	153	41	142
	45 a 64 años	246	110	162	137	105	131
	65 años y más	330	104	148	128	174	149

PEMEX, Defensa o Marina	Menores de 5 años	0	31	1079	88	0	46
	5 a 14 años	100	70	62	117	50	305
	15 a 29 años	583	131	86	76	0	101
	30 a 44 años	346	111	71	96	11	73
	45 a 64 años	1113	38	176	96	100	74
	65 años y más	33	87	112	95	0	126
Seguro privado de gastos médicos	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0
	5 a 14 años	0	0	0	72	0	0
	15 a 29 años	0	60	212	92	0	86
	30 a 44 años	0	147	39	86	0	90
	45 a 64 años	205	73	154	94	0	112
	65 años y más	0	49	0	69	0	60
Otros	Menores de 5 años	148	56	67	151	0	0
	5 a 14 años	152	38	147	113	47	96
	15 a 29 años	114	56	68	90	64	72
	30 a 44 años	0	72	75	122	125	453
	45 a 64 años	0	63	100	142	0	55
	65 años y más	214	180	133	98	0	100

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de indicadores de género y pobreza del CONEVAL.

En conclusión, la revisión de los indicadores de pobreza multidimensional, así como el cruce de la condición de pobreza y de indicadores de género, permite evidenciar que las mujeres jóvenes en pobreza multidimensional que viven en la Ciudad de México, presentan un menor acceso a instituciones de salud pública, exceptuando el Seguro Popular, y a la derechohabencia directa, con respecto a las mujeres que viven en localidades urbanas y rurales en condición de pobreza y no pobreza, aunque tienen mayor acceso con respecto a los hombres jóvenes pobres y no pobres de la Ciudad de México.

La información estadística ofrece la posibilidad de obtener importantes conclusiones sobre las condiciones de acceso a los servicios de salud de las mujeres respecto a los varones. Sin embargo, ¿es posible hablar realmente de una mejoría en sus condiciones de vida, especialmente para las mujeres en pobreza?, es decir, ¿el acceso de las mujeres pobres a los servicios de salud les supone una mejora en su bienestar? ¿Representa el acceso a la derechohabencia indirecta mejoras en su condición de salud y bienestar? ¿Es posible hablar de desigualdades de género en el acceso a la salud? Sin duda estas respuestas no son aprehensibles a través de las mediciones estadísticas.

### ***3.2.4. Alcances y limitaciones de la medición multidimensional de la pobreza del CONEVAL desde el género***

La revisión hasta ahora elaborada sobre las estimaciones oficiales de pobreza multidimensional, carencias sociales y desigualdad de género realizadas por el CONEVAL, brinda la posibilidad de identificar la existencia de desigualdades de género en diversas dimensiones con el propósito de problematizar la condición de las mujeres en contextos de pobreza. Sin embargo, dichas estimaciones también presentan limitaciones que es necesario advertir, por lo tanto, el objetivo de este apartado final reside en presentar de manera sucinta los principales alcances y limitaciones de las mediciones del CONEVAL para caracterizar la pobreza femenina desde el género.

En términos de las posibilidades que ofrece el método de medición de la pobreza, se encuentra el importante avance para el conocimiento de este fenómeno que se derivó del replanteamiento de la medición tradicional en México basada en el ingreso (unidimensional), hacia una medición que reconoce y trata de operacionalizar las dimensiones de derechos sociales fundamentales y de bienestar económico que integran al concepto.

En este sentido, el carácter multidimensional en la medición de la pobreza rompe con las limitaciones que presentan los métodos economicistas que se reducen a definir una línea de pobreza, medida a través del ingreso, para separar a quienes son pobres de quienes no lo son, por lo que la incorporación de múltiples dimensiones permite concebir el bienestar de la población en un sentido más amplio al suponer que para satisfacer las necesidades humanas se requieren otros bienes y servicios. Más aún, la multidimensionalidad del concepto considera que, aunque las necesidades humanas son en esencia las mismas para toda la población, estas cobran particularidades cuando se enfocan en distintos grupos de población, es decir, la multidimensionalidad del concepto reconoce que existen necesidades diferenciadas a lo largo del curso de vida, cuando se vive en una determinada región geográfica, cuando se es hombre o mujer, cuando se pertenece a una comunidad indígena o cuando se vive con alguna discapacidad.

Lo anterior se complementa con la posibilidad de caracterizar las condiciones de vulnerabilidad de la población en diversos ámbitos de privación y su respectiva desagregación por entidades federativas, regiones, localidades urbanas y rurales.

Desde una óptica de desigualdades de género lo anterior es fundamental porque se requiere la desagregación de estadísticas de acuerdo con el sexo de las personas y a características particulares como la edad, la condición de lengua indígena o la condición de discapacidad, para identificar los ejes de desigualdad. Asimismo, es esencial la incorporación de múltiples dimensiones de bienestar para evidenciar los mecanismos que traban el acceso equitativo entre hombres y mujeres a diversos recursos.

Por otro lado, este método de medición no dista de presentar limitaciones en su definición y en su implementación debido a que en el plano conceptual, la pobreza definida por el CONEVAL supone un espacio de bienestar económico y otro de derechos sociales para identificar a los verdaderamente pobres, es decir, constituye un método de medición combinado ya que integra un método directo (índice de privación social) y uno indirecto (la línea de pobreza), cuya intersección define a la población en pobreza. Dicha conceptualización excluye de la definición de pobres a quienes son carentes de solo alguno de los derechos sociales o tienen un ingreso inferior a la línea de pobreza y, por ende, reduce el número de personas realmente pobres.

Además, entre las principales limitaciones operativas de la medición del CONEVAL se encuentra el uso del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (MCS-ENIGH), y es que como fuente de información primaria para medir la evolución de la pobreza, reporta un ingreso promedio estimado para el hogar que es inferior al ingreso promedio de los hogares en las cuentas institucionales<sup>10</sup>, por lo que al mejorar la captación del ingreso en la Encuesta, automáticamente se reduce el porcentaje de incidencia de pobreza. También, la evolución de los ingresos por deciles es inconsistente y los indicadores utilizados para el medio rural (ingreso, tamaño del hogar, porcentaje de hogares que utilizan leña y gas para cocinar, porcentaje de hogares con lavadora, agua entubada y excusado con conexión) son muy fluctuantes (Boltvinik, 2012).

---

<sup>10</sup> Las cuentas institucionales registran las transacciones relativas a la producción, generación y distribución del ingreso nacional, mediante los impuestos, las remuneraciones, los intereses, las contribuciones y prestaciones sociales y las transferencias que se dan entre los sectores institucionales residentes y el resto del mundo. Tales cuentas forman parte del Sistema de Cuentas Nacionales de México que genera los indicadores macroeconómicos oficiales del país, utilizando como base para los cálculos las estadísticas básicas como son: los censos, las encuestas, los registros administrativos y estudios especiales (INEGI, 2017b).

Otra de las principales limitaciones de las estimaciones realizadas por el CONEVAL se refiere al desglose de la medición de pobreza de acuerdo con las características poblacionales, y es que la desagregación por edad, sexo, condición de lengua indígena y discapacidad se realiza después de que se realizó el cálculo general para las personas y hogares, ya que en realidad las mediciones no distinguen las características propias de cada grupo en el acceso al bienestar económico y a los derechos sociales. Tal como plantea Tepichin, “la información que se presenta es una medición calculada mediante la imputación de la condición del hogar (pobre o no pobre) a sus miembros, es por ello que las cifras distinguidas por sexo reportan porcentajes similares”(2013: 148), siendo imposible distinguir de la medición global de pobreza cuántos individuos con determinada condición son en realidad pobres.

Estas limitaciones son importantes desde el punto de vista de género porque no se tiene una imagen precisa de las condiciones de escasez de cada individuo al ser imputadas las condiciones del hogar a las personas en términos de ingreso, características de las viviendas, acceso a servicios públicos y acceso a la alimentación. Esto dificulta la posibilidad de mirar la distribución de recursos al interior de los hogares, en los cuales pueden existir jerarquías de edad, sexo y parentesco.

Al mismo tiempo, las estimaciones de pobreza no dan cuenta de diferencias entre hombres y mujeres en el acceso a recursos materiales fuera del hogar, esto es, no dan cuenta de la división sexual del trabajo y de desigualdades que las mujeres enfrentan en las escuelas, en los centros de salud, en las instituciones de asistencia social y en el ámbito comunitario.

En conclusión, la disponibilidad de estadísticas de pobreza multidimensional desagregadas por sexo constituye un aporte sustancial en el conocimiento de la pobreza y en el vínculo que existe con las desigualdades de género. Sin embargo, escapan de las mediciones de pobreza todas las experiencias de desigualdad que se manifiestan de una manera más sutil, o bien, aquellas que no son tan sutiles pero que no se incorporan a las mediciones de pobreza porque los instrumentos de captación de información no están diseñados para ello. La tarea entonces consiste en contribuir a evidenciar el nexo entre pobreza y desigualdades de género a través de las experiencias de vida de las mujeres.

### 3.3. Condiciones de salud en la Ciudad de México

Este último apartado tiene por objetivo mostrar algunos indicadores sobre las condiciones de salud en la Ciudad de México, retomando la información de las Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2015 y 2016 y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud en 2015, para abonar al conocimiento sobre la salud de las mujeres jóvenes.

Un primer indicio sobre las condiciones de salud de la población en la Ciudad de México, y de las mujeres en particular, se halla en la información sobre natalidad, fecundidad y mortalidad provistas por el INEGI en 2015 y 2016. En este sentido, en el Cuadro 11 se presentan algunos de los principales indicadores para la Ciudad de México, y con fines comparativos, también se presenta el contexto nacional.

**Cuadro 11. Indicadores de salud en la Ciudad de México y en el contexto nacional por sexo y edad seleccionada, 2015**

Indicador	Ciudad de México		Nacional	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>Natalidad</b>				
Tasa de fecundidad <sup>1</sup> (2016)		1.8		2.2
Tasa de natalidad <sup>2</sup> (2016)		18.5		18.3
Nacimientos registrados		137,249		2,353,596
Jóvenes entre 15 y 29 años		86,274		1,663,588
<b>Mortalidad<sup>3</sup></b>				
Esperanza de vida (2016)	73.9	78.6	72.6	77.8
Defunciones generales	30,596	28,875	363,732	291,637
Jóvenes entre 15 y 29 años	1,437	525	25,371	8,685
Defunciones accidentales y violentas	3,161	892	55,202	13,215
Jóvenes entre 15 y 29 años	843	182	16684	3125
Defunciones maternas		67		944
Jóvenes entre 15 y 29 años		34		530

Notas:

1) Nacidos vivos por cada mil mujeres.

2) Nacidos vivos por cada mil habitantes.

3) Número de muertes por residencia habitual de la persona fallecida.

Fuente: Elaboración propia con datos de las Estadísticas Vitales del INEGI.

La tasa de fecundidad en la Ciudad de México en 2016 era de 1.8 nacidos vivos por cada mil mujeres, inferior a los 2.2 nacidos vivos por cada mil mujeres en todo el país. Por su parte, la tasa de natalidad en la Ciudad de México era de 18.5 nacidos vivos por cada mil habitantes en

2016, ligeramente superior respecto al promedio nacional de 18.3 nacidos vivos por cada mil habitantes.

Respecto a los indicadores sobre mortalidad, en el Cuadro 11 se muestra que la esperanza de vida de las mujeres de la Ciudad de México (78.6 años) es superior a la masculina (73.9 años) y a la registrada para el contexto nacional, donde también se aprecia la misma tendencia de mayor esperanza de vida femenina (77.8 años en el caso de las mujeres respecto a 72.6 años en el caso de los hombres).

El resto de los indicadores sobre mortalidad señalan una mayor cantidad de fallecimientos generales, accidentales y violentos entre la población masculina en 2015, ya que la diferencia entre el número de defunciones masculinas y femeninas es de 1,721 casos en defunciones generales y de 2,269 casos en muertes violentas. El número de muertes en el segmento de la población joven entre 15 y 29 años es nuevamente superior para el conjunto de los varones y entre la población joven.

Asimismo, la información provista en las Estadísticas Vitales del INEGI en 2015, señala que las cinco principales causas de muerte entre la población masculina fueron: 1) enfermedades del corazón (enfermedades isquémicas del corazón), 2) diabetes mellitus, 3) tumores malignos, (próstata, tráquea, bronquios, pulmón y estómago), 4) enfermedades del hígado (enfermedad alcohólica del hígado) y 5) enfermedades cerebrovasculares. Entre la población femenina, las cinco principales causas de muerte en 2015 fueron: 1) enfermedades del corazón (enfermedades isquémicas del corazón), 2) diabetes mellitus, 3) tumores malignos (mama, cuello del útero, hígado y vías biliares intrahepáticas), 4) enfermedades cerebrovasculares y 5) influenza y neumonía.

Específicamente, en el caso del grupo poblacional de mujeres entre 15 y 29 años, las principales causas de muerte fueron en 2015: 1) accidentes de tráfico, 2) tumores malignos (leucemias, cuello del útero y mama), 3) lesiones auto infligidas intencionalmente, 4) agresiones, 5) enfermedades del corazón (enfermedades isquémicas del corazón) y 6) diabetes mellitus.

Por su parte, el indicador de mortalidad materna en la Ciudad de México registró un valor de 67 casos en 2015, lo que corresponde al 7.1% de los casos a nivel nacional, mientras las

defunciones maternas entre la población joven de 15 a 29 años representaron prácticamente la mitad de todos los casos en la Ciudad de México (34 de un total de 67 defunciones).

Estos indicadores se complementan con la información recabada sobre morbilidad por grupos de edad en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para la Ciudad de México, y que se encuentran resumidos en los Cuadros 12 y 13. Las cinco principales enfermedades que afectaron tanto a hombres como a mujeres en 2015 fueron: 1) infecciones respiratorias agudas, 2) infección de vías urinarias, 3) infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas, 4) gingivitis y enfermedades periodontales, así como 5) úlceras, gastritis y duodenitis.

En conjunto, estos indicadores son importantes porque dan luz sobre las necesidades de salud a cubrir para una población que cada vez alcanza mayores años de vida, sobre todo en el caso de las mujeres. Asimismo, denotan la urgencia de disponer de recursos médicos e infraestructura suficiente y adecuada para cubrir las necesidades de salud de la población, así como garantizar el acceso a instituciones de salud en igualdad de condiciones que los varones.

**Cuadro 12. Distribución de la población femenina de la Ciudad de México en las 20 principales enfermedades por grupos de edad, 2015**

Padecimiento	Grupos de edad												Total
	> 1 año	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65 y más	No esp.	
1) Infecciones respiratorias agudas	50,709	129,173	87,249	57,209	39,517	51,265	198,990	67,082	119,501	54,204	97,814	300	953,013
2) Infección de vías urinarias	1,122	7,270	10,475	8,407	13,72	21,400	75,549	22,098	40,779	18,747	43,970	222	263,760
3) Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	6,620	19,857	12,466	9,292	7,436	12,495	48,776	13,950	23,359	10,244	22,595	108	187,198
4) Gingivitis y enfermedades periodontales	39	803	2,373	3,261	5,368	7,864	19,976	5,585	8,921	4,515	7,380	24	66,109
5) Úlceras, gastritis y duodenitis	1	22	80	2,470	3,624	5,340	19,536	6,325	10,287	4,621	7,877	140	60,323
6) Conjuntivitis	2,024	3,331	2,311	1,763	1,404	2,184	9,393	3,139	6,425	2,972	5,948	16	40,910
7) Obesidad	75	267	990	1,410	1,323	2,065	11,552	4,029	6,447	2,215	2,670	25	33,068
8) Vulvovaginitis aguda	15	155	281	537	2,365	4,547	13,276	3,376	4,162	1,531	1,780	14	32,039
9) Insuficiencia venosa periférica	3	3	4	18	119	399	4,669	2,420	5,070	2,260	4,478	50	19,493
10) Otitis media aguda	318	2,328	2,140	1,210	980	1,106	3,722	1,373	2,085	966	1,380	13	17,621
11) Hipertensión arterial	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	28	247	3,031	2,334	4,195	2,205	3,787	35	15,862
12) Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	N.A.	N.A.	N.A.	10	50	230	3,117	2,384	4,661	2,165	2,982	22	15,621
13) Depresión	0	0	141	765	940	781	3,749	1,304	2,256	922	1,933	39	12,830
14) Asma y estado asmático	210	2,053	2,408	1,522	583	302	1,084	351	496	193	277	1	9,480
15) Neumonías y bronconeumonías	992	1,631	444	180	108	128	651	328	786	579	2,442	5	8,274
16) Infección por virus del papiloma humano	2	4	2	6	346	1,053	3,499	709	845	213	270	0	6,949
17) Varicela	264	1,893	2,115	832	369	309	619	41	36	11	26	8	6,523
18) Mordeduras por perro	10	432	713	556	585	568	1,648	423	756	269	512	2	6,474
19) Quemaduras	88	527	342	290	417	578	2,090	526	775	308	525	5	6,471
20) Displasia cervical leve y moderada	N.A.	N.A.	N.A.	0	253	854	3,088	639	791	195	195	2	6,017
Total 20 principales causas	62,492	169,749	124,534	89,738	79,536	113,715	428,015	138,416	242,633	109,335	208,841	1,031	1,768,035
Otras causas	1,126	4,026	3,305	2,570	2,806	3,915	13,077	3,741	5,914	2,958	6,588	102	50,128
<b>TOTAL GLOBAL</b>	<b>63,618</b>	<b>173,775</b>	<b>127,839</b>	<b>92,308</b>	<b>82,342</b>	<b>117,630</b>	<b>441,092</b>	<b>142,157</b>	<b>248,547</b>	<b>112,293</b>	<b>215,429</b>	<b>1,133</b>	<b>1,818,163</b>

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud.

**Cuadro 12. Distribución de la población masculina de la Ciudad de México en las 20 principales enfermedades por grupos de edad, 2015**

Padecimiento	Grupos de edad												Total
	> 1 año	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65 y más	No esp.	
1) Infecciones respiratorias agudas	56,446	142,933	91,632	58,488	32,444	37,744	115,542	35,275	53,562	29,285	56,706	592	710,649
2) Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	7,696	22,903	13,530	10,554	6,860	12,066	40,576	8,861	13,183	6,047	13,324	72	155,672
3) Infección de vías urinarias	905	4,090	5,111	3,920	3,095	5,231	21,379	7,099	12,817	7,406	21,151	90	92,294
4) Gingivitis y enfermedades periodontales	24	621	1,950	2,682	3,259	3,164	9,888	3,762	5,788	3,368	5,761	26	40,293
5) Úlceras, gastritis y duodenitis	5	16	60	1,691	2,213	3,381	12,069	3,924	5,346	2,949	4,857	178	36,689
6) Conjuntivitis	2,108	3,724	2,495	1,625	1,171	1,701	6,143	1,931	3,178	1,686	3,686	14	29,462
7) Obesidad	134	266	1,040	1,512	755	1,092	5,909	1,856	2,678	1,064	1,305	19	17,630
8) Otitis media aguda	391	2,694	2,200	1,238	673	731	2,243	831	1,068	648	876	10	13,603
9) Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	N.A.	N.A.	N.A.	5	24	158	2,910	1,702	3,332	1,650	2,219	17	12,017
10) Hipertensión arterial	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	46	432	2,756	1,685	2,789	1,668	2,573	13	11,962
11) Asma y estado asmático	259	2,995	3,445	2,136	467	193	594	184	219	106	166	2	10,766
12) Neumonías y bronconeumonías	1,344	2,115	479	248	125	188	871	320	687	539	2,179	26	9,121
13) Hiperplasia de la próstata	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	338	540	2,090	1,697	4,263	32	8,960
14) Mordeduras por perro	20	634	1,022	968	831	700	1,741	358	587	228	481	5	7,575
15) Varicela	289	1,939	2,383	841	348	289	576	33	32	12	30	1	6,773
16) Quemaduras	80	785	446	405	443	725	2,048	447	587	237	404	10	6,617
17) Insuficiencia venosa periférica	2	1	6	9	16	96	1,132	583	1,416	894	1,875	18	6,048
18) Accidentes de transporte en vehículos con motor	14	49	69	105	345	885	2,382	457	462	152	171	0	5,091
19) Enfermedad isquémica del corazón	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	11	31	417	625	1,028	783	1,542	5	4,442
20) Depresión	0	0	174	418	336	278	1,011	335	613	320	587	20	4,092
Total 20 principales causas	69,717	185,765	126,042	86,845	53,462	69,085	230,525	70,808	111,462	60,739	124,156	1,150	1,189,756
Otras causas	1,282	4,009	3,070	2,241	2,484	2,642	8,102	2,346	3,181	1,599	3,648	120	34,724
TOTAL GLOBAL	70,999	189,774	129,112	89,086	55,946	71,727	238,627	73,154	114,643	62,338	127,804	1,270	1,224,480

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud.

#### **4. El segmento de las mujeres jóvenes urbanas en pobreza**

El objetivo del capítulo se centra en resaltar la importancia de analizar el bienestar de mujeres jóvenes en pobreza, ya que constituye un segmento poblacional en condiciones especialmente vulnerables porque sus características pueden dar lugar al cruce de diversos ejes de inequidad como la edad, el género, el parentesco y el nivel socioeconómico, que se transforman en desventajas sociales acumuladas. Dichas desventajas juegan un papel definitorio en la forma en que estas mujeres satisfacen sus necesidades de atención a la salud.

El capítulo se divide en cuatro apartados: en el primero se precisan algunos elementos sobre lo que se entiende por “juventud” a la luz de las definiciones que diversos autores y organismos utilizan. En el segundo apartado, se revisan brevemente los aportes teóricos desde la sociodemografía y desde los estudios de género sobre el conocimiento de las desventajas sociales acumuladas en mujeres jóvenes urbanas en pobreza. En un tercer apartado, se exploran algunos de los principales hallazgos de investigación sobre el bienestar de mujeres jóvenes urbanas en pobreza a partir de la condición de acceso a servicios de salud y su atención a necesidades de salud. Finalmente, en el cuarto apartado se presenta un esquema de análisis sobre la salud femenina y el cruce de desigualdades socioeconómicas y de género que tiende un puente para el análisis de las experiencias de desigualdad que experimentan mujeres jóvenes en pobreza en Iztapalapa para el cuidado y la atención de su salud.

##### **4.1. Precisiones sobre la juventud**

No es posible definir de una manera única lo que significa ser joven dado que tiene diversas manifestaciones. Para Padilla (2001), el término “juventud” hace referencia a una construcción teórica que comprende una etapa del desarrollo en los seres humanos. Mientras para el Sistema de Naciones Unidas “los jóvenes representan el conjunto de la población de entre 15 y 24 años de edad, es decir, un 18% del total de la población mundial” (Naciones Unidas, 2017). Asimismo, el enfoque de los organismos internacionales aboga por un concepto de juventud que se asocia fundamentalmente a una etapa clave del ciclo de vida en la que se toman decisiones que tienen implicaciones en el futuro y en el bienestar, ya que “los jóvenes son un factor determinante en el cambio social, el desarrollo económico y el progreso técnico” (Naciones Unidas, 2017).

Desde una perspectiva sociológica, la juventud es considerada como un proceso y no como un rango de edades que segmenta a la población, ya que se define por diversos elementos entre los que se encuentran la edad cronológica, el desarrollo biológico y el desarrollo psicológico (Machín, 1997, citado en Padilla, 2001), pero al decir de Brito (1998), también interviene un elemento social que establece la diferenciación entre ser niño y adulto, las normas de cohesión social y las relaciones de clase, etnia, género, religión, entre otras.

Desde el punto de vista de la sociodemografía, la juventud constituye una etapa de transición hacia la vida adulta caracterizada por el acontecimiento de los siguientes eventos: salida de la escuela, primer empleo, salida del hogar paterno, primera unión y primer hijo nacido vivo. Atendiendo a esta perspectiva, en México se han desarrollado diversos estudios (Giorguli, 2011; Echarri y Pérez, 2007; Mora y De Oliveira, 2009) basados en estadísticas nacionales<sup>11</sup>, que identifican que la mayor parte de la población entre 15 y 29 años de edad han completado las transiciones que comprenden la juventud. Incluso Saraví (2009), argumenta que la operacionalización de la categoría juventud en este rango de edad obedece a que actualmente los jóvenes postergan la edad de salida de la escuela, la entrada al mercado de trabajo, la salida de casa de los padres, la unión conyugal y el nacimiento del primer hijo; denotando así el carácter social y dinámico del concepto de juventud.

El mismo Saraví (2009), define a la juventud en un doble sentido, como transición y como experiencia. El autor retoma la concepción de transición planteada por la sociodemografía al considerar los diferentes cambios que atraviesan los y las jóvenes en un rango etario determinado dado que “refleja el carácter procesual y dinámico de esta etapa” (2009: 36). Pero a esta concepción suma la definición de juventud como experiencia que incorpora la noción de la heterogeneidad en el curso de vida en “expectativas, edades, modalidades y patrones de transición”, por lo que “la definición de juventud como experiencia nos dice que la transición a la adultez se experimenta diferencialmente, y está sujeta a los procesos de desigualdad social que imperan en la sociedad” (2009: 39).

---

<sup>11</sup> El Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) ha emprendido la realización de la Encuesta Nacional de Juventud en 2000, 2005 y 2010 con el propósito de dar cuenta de la situación de los y las jóvenes entre 12 y 29 años en temas de arreglos residenciales, sexualidad, salud, actividad laboral y relaciones sociales; así como la Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012 en temas de trabajo, educación, salud, familia y pareja, movilidad social, religión, medio ambiente, nivel de información y consumo de medios, visión del país, cultura, identidad, política, disposición para organizarse y participar, derechos humanos y discriminación, inseguridad y violencia, acceso a la justicia, y estilos de vida.

En este sentido, la concepción adoptada de juventud no implica limitarse a mirarla como un segmento poblacional definido exclusivamente por la edad, sino que se reconoce como un proceso tanto biológico como social. Asimismo, se asume que la juventud no es un colectivo homogéneo debido a que está permeado por diferencias de clase, etnia y género.

#### **4.2. Desventajas acumuladas en las mujeres jóvenes urbanas en pobreza**

Uno de los aportes más sobresalientes de la perspectiva de género para el conocimiento de la pobreza consiste en evidenciar que las inequidades sociales tienen una estructura multidimensional al entrelazarse diversos ejes de desigualdad tales como el género, la edad, la etnia, el sistema de parentesco y el nivel socioeconómico (Ariza y Oliveira, 2001; Arriagada, 1998), que trastocan el ámbito de lo privado o del hogar y se manifiestan también en lo público, es decir, el cruce de desigualdades atraviesa todas las relaciones sociales.

En este sentido, existe un reconocimiento desde los estudios de género y pobreza, y especialmente desde la sociodemografía, de que la población joven constituye un grupo en condiciones especialmente vulnerables, no solo por el contexto de escasez propio de la pobreza, sino porque, como diversos autores apuntan (Saraví, 2007, 2009; Mora y De Oliveira, 2009, 2011 y 2014), se trata de una etapa de transición hacia la adultez que puede estar marcada por grandes inequidades de edad, género, clase social y desarrollo regional que conducen a trayectorias de vida diferenciadas. Más aún, como enfatizan Mora y De Oliveira (2009), los ejes de inequidad que se entrecruzan en la vida de los jóvenes pueden potenciarse entre sí llevando a una acumulación de desventajas – ventajas en otros casos – que impactan el curso de vida.

El cruce de las desventajas sociales entre la población joven puede tener también una manifestación territorial que incide en la reproducción de desventajas que llevan a la exclusión socio espacial. De acuerdo con Saraví, la “experiencia de la juventud” (2009: 249) no transcurre en el vacío sino en un ámbito de “sociabilidad urbana”, en el que las desigualdades están medidas por un contexto territorial en el que se manifiestan y acentúan las desigualdades.

Diversos estudios señalan que las transiciones de la población joven hacia la adultez, tales como la salida de la escuela, la entrada al mercado de trabajo, la salida del hogar de los padres, la primera unión y el nacimiento del primer hijo (Giorguli, 2011; Echarri y Pérez, 2007; Mora y De Oliveira, 2009), se suman a otras condiciones propias de la pobreza y del entorno

socioeconómico que pueden derivar en que dichas transiciones se conviertan en fuentes de desventaja si se experimentan en edades muy tempranas, especialmente para las mujeres, las cuales se manifiestan en la interrupción de la asistencia escolar, el ingreso al mercado laboral en condiciones precarias, bajos ingresos y escasas oportunidades de decidir y planificar sobre tales circunstancias (Saraví, 2007).

Es importante enfatizar que la acumulación de desventajas en la juventud no es exclusivo de un sector de la población, tal como el de las mujeres jóvenes, dado que en este proceso intervienen características individuales y familiares que no necesariamente conducen a una reproducción automática de desigualdad, ya que como plantea Fraser, “el género, la ‘raza’, la sexualidad y la clase social no están radicalmente separados entre sí. Al contrario, todos estos ejes de subordinación se intersectan de tal manera que influyen en los intereses e identidades de todos. Nadie pertenece sólo a una de estas colectividades” (2008b: 96).

Sin embargo, tal como lo expresan Salles y Tuirán, “las desigualdades de género dan lugar a un complejo sistema de interacciones que provoca una acumulación de desventajas para las mujeres, que las expone y las hace más vulnerables a condiciones de privación y pobreza” (1999: 447).

Lo anterior se refuerza porque al analizar las transiciones hacia la vida adulta de la población joven entre 15 y 29 años, mediante el análisis de la Encuesta Nacional de la Juventud 2000, Mora y Oliveira identifican que “las pautas de división sexual del trabajo presentan una mayor persistencia en los contextos sociales más desfavorecidos en términos socioeconómicos” (2011: 40), especialmente para las mujeres de los estratos más bajos, quienes suelen abandonar la escuela en edades tempranas sin una correspondencia en la entrada al mercado de trabajo, sino que dicha salida está asociada con mayores responsabilidades de cuidado de personas o quehaceres domésticos en el hogar, o bien, con la salida de casa de los padres para unirse en pareja y tener al primer hijo o hija, a diferencia de mujeres de estratos socioeconómicos más altos y respecto a los varones jóvenes.

Estas condiciones sin duda tienen importantes consecuencias en las alternativas de las cuales disponen mujeres jóvenes para su desarrollo futuro y para su bienestar, máxime cuando diversos ejes de inequidad potencian las desigualdades sociales existentes como la edad, el género, el nivel socioeconómico y la exclusión urbana.

Una de las implicaciones más graves para la juventud ante la acumulación de desventajas sociales es la que se refiere al no ejercicio pleno de una ciudadanía social en todas sus dimensiones, especialmente entre los estratos más bajos (Mora y De Oliveira, 2014). La población joven enfrenta dificultades asociadas a la desigualdad de oportunidades en el acceso a los derechos civiles, políticos, sociales y económicos que han sido definidos por Marshall como los fundamentales para la ciudadanía (Marshall, 1963).

La concepción de la ciudadanía desarrollada por T.H. Marshall (1964), comprende tres elementos, a saber, los derechos civiles, políticos y sociales. Por derechos civiles se refiere a “los derechos necesarios para la libertad individual”, los derechos políticos constituyen “el derecho a participar en el ejercicio del poder político”, mientras los derechos sociales implican “el amplio rango desde una cantidad mínima de bienestar económico y seguridad, al derecho de participar plenamente en el patrimonio social y vivir la vida de un ser civilizado de acuerdo con los estándares prevalecientes en la sociedad” (Marshall, 1964: 78).

Dicha concepción reconocía la existencia de instituciones nacionales estrechamente vinculadas a la preservación de estos derechos, de tal suerte que “la ciudadanía es una forma de justicia social en la que los derechos se hacen efectivos en distintas áreas de la vida social por medio de instituciones jurídicas, políticas, sociales y económicas” (Gordon, 1999: 50).

A nivel internacional, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de las Naciones Unidas, emitido en 2001, define a los DESC como “aquellos derechos humanos que posibilitan a la persona y a su familia gozar de un nivel de vida adecuado” (Sandoval, 2001; citado en Sandoval, 2005: 290). En este sentido, tanto la concepción de ciudadanía que planteó Marshall, como el pronunciamiento de los DESC se inscriben en un marco más amplio de derechos que corresponden a los derechos humanos fundamentales, mismos que se estipulan en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos:

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 y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (1948: 7).

En México, el reconocimiento de los derechos sociales, consagrados como garantías sociales, se encuentra plasmado en la Constitución Política que enmarca los derechos de los pueblos indígenas, el derecho a la educación, el derecho a la salud, al medio ambiente adecuado, y a la vivienda digna y decorosa (Luna, 2005). Sin embargo, el acceso directo a estos derechos está supeditado en algunos casos a tener un empleo formal con prestaciones sociales, como es el caso del acceso a la salud, al que también puede accederse de manera indirecta a través de la incorporación a la derechohabencia por medio de un pariente directo que tenga una ocupación económica formal.

Desde los estudios de género, la visión de una ciudadanía como la concebida por Marshall, al decir de Tepichin (en prensa) “presenta la experiencia masculina como universal” sin atender a las necesidades de las mujeres y a la posición de subordinación que ocupan en la interacción social. Sin embargo, incluso considerando las limitaciones en la perspectiva de Marshall, de las Naciones Unidas sobre los DESC y los derechos sociales en México, las mujeres no gozan del derecho a las garantías mínimas que aseguren su bienestar.

La no garantía universal en el derecho social al acceso a servicios de salud para todos los y las jóvenes tiene importantes implicaciones en el curso de vida porque es coincidente con las transiciones clave hacia la adultez, antes mencionadas, y en especial para las mujeres jóvenes quienes se encuentran en la etapa reproductiva y experimentan el primer embarazo.

#### **4.3. Hallazgos de investigación sobre la salud y el bienestar de mujeres jóvenes urbanas en pobreza**

En lo tocante a los hallazgos de investigación específicamente sobre la salud y el bienestar de mujeres jóvenes urbanas en pobreza, la revisión realizada hasta el momento ha permitido identificar numerosos estudios que conjugan diversos ejes de desigualdad, por ejemplo, desigualdades de género y acceso a la salud, condiciones de salud de jóvenes en pobreza, o bien, la salud de mujeres urbanas, entre otros.

En este sentido, a continuación se presenta una revisión de los hallazgos identificados, que no pretende ser exhaustiva, pero sí brindar un marco para el análisis de desigualdades que experimentan mujeres jóvenes en pobreza en el ámbito urbano.

## *Salud y bienestar de las mujeres*

Los estudios sobre la salud de las mujeres tienen entre uno de sus referentes la posición adoptada por organismos internacionales que han institucionalizado en gran medida una agenda de investigación. En este sentido, destaca la definición clásica que propuso la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de los años cuarenta del siglo pasado y que continúa vigente: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948), aunque general, permitió sentar las bases para posteriores avances sobre salud femenina en específico.

En este sentido, siguiendo a Langer y Lozano (1998), la condición de salud femenina no era abordada como una preocupación específica y se encontraba muy ligada al papel de la maternidad y a la responsabilidad en el cuidado infantil. Es hasta los años setenta del siglo XX cuando se da un reconocimiento por parte de las Naciones Unidas sobre el inicio de la década de la mujer, momento en que los estudios sobre la salud de las mujeres cobran relevancia.

Al mismo tiempo comienzan a generarse estadísticas nacionales e internacionales sobre la salud de hombres y mujeres que dan lugar a la identificación de condiciones diferentes en términos de esperanza de vida, morbilidad, mortalidad, condición de acceso a servicios de salud, utilización de servicios, entre otros.

En este sentido, la OMS (2010) definió los determinantes estructurales e intermedios de la salud, concibiendo como determinantes estructurales el contexto socioeconómico y político que incluye gobierno, políticas macroeconómicas, políticas sociales de trabajo y vivienda, políticas públicas de educación, salud y protección social, así como cultura y valores sociales; y por otro lado se encuentra la posición socioeconómica que comprende la clase social, el género y la etnia. En tanto los determinantes intermedios se relacionan con circunstancias materiales, factores conductuales y biológicos, así como con factores psicosociales.

El reconocimiento de que factores como la clase social, el género<sup>12</sup> y la etnia tienen importantes consecuencias sobre la salud de la población, y específicamente sobre la salud de las

---

<sup>12</sup> De acuerdo con la OMS (2001), el género se vincula con la condición de la salud por motivos como: 1) Exposición, riesgo o vulnerabilidad, 2) Naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud, 3) Maneras en que se perciben los síntomas, 4) Conductas de búsqueda de atención de la salud, 5) Acceso a los servicios de salud, 6) Habilidad para seguir un tratamiento indicado y 7) Consecuencias para la salud y sociales a largo plazo.

mujeres, permitió modificar la forma tradicional de conceptualizar la salud femenina ligada exclusivamente a la maternidad y al cuidado infantil, para explorar temas como la salud y el trabajo femenino, la salud mental, la salud y la violencia de género, entre otros.

En relación con las condiciones de salud de mujeres y trabajo remunerado, se ha documentado la aparición de enfermedades y lesiones asociadas con las actividades económicas y con las condiciones laborales, tales como instrumental inadecuado, malas posturas o estar de pie todo el día. También se han identificado problemas como estrés, cansancio, agotamiento debido a extenuantes cargas de trabajo a las que están sometidas las mujeres, tanto en el trabajo remunerado como en el no remunerado. (Lara, 1998; Márquez, Talamante y Garduño, 1995; Ravelo, 1995).

Sobre los estudios de salud mental de mujeres, se ha transitado de una visión en la que las patologías femeninas se vinculaban exclusivamente con una función reproductiva y con las emociones derivadas de la maternidad exitosa y de la maternidad fallida, hacia una visión en la que se incorpora el malestar de las mujeres, dentro del cual se incluyen las responsabilidades domésticas, el nivel de exigencias y los estereotipos sociales (Burín, 1995; Enríquez, 2001; Lara y Salgado, 1994).

Con relación a la salud sexual, diversos estudios que se interesan por explorar las condiciones de salud de mujeres jóvenes se han centrado en las implicaciones que el acceso a servicios de salud tiene en la etapa reproductiva, con énfasis en la fecundidad, el embarazo, el parto, el puerperio y el climaterio, así como en la educación para acceder a una sexualidad femenina responsable (véase Langer y Tolbert, 1996).

Especial atención se ha dado entre las investigaciones sobre salud femenina, a las consecuencias de los diversos tipos de violencia ejercida por los varones contra las mujeres, en principio, a partir de la definición de los distintos tipos de violencia – física, sexual, psicológica, patrimonial y económica – que sufren las mujeres en las modalidades del ámbito familiar, laboral y docente, comunitario, institucional y feminicida (INMUJERES, 2017)<sup>13</sup> y mediante la elaboración de encuestas como la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los

---

<sup>13</sup> De acuerdo con la clasificación establecida en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), los tipos de violencia son: física, psicológica, patrimonial, económica y sexual. Mientras las modalidades de violencia son: familiar, laboral, docente, en la comunidad, institucional y feminicida.

Hogares y la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres que pretenden medir la violencia experimentada por las mujeres en México.

En este sentido, la violencia también tiene consecuencias sobre la salud física y emocional de las mujeres en diversas etapas del ciclo de vida “desde la etapa prenatal, con prácticas como el aborto selectivo por sexo y los golpes durante el embarazo, hasta el abuso a viudas y ancianas durante la vejez, pasando por la violencia conyugal, el abuso psicológico, la violencia económica, el acceso diferencial a la alimentación y la atención médica” (Heise, 1994; citado en Tepichin, 2016: 193).

### ***Salud y bienestar de mujeres en pobreza y en áreas urbanas***

Las investigaciones sobre salud de mujeres en pobreza, realizadas en especial por organismos internacionales y por instituciones de salud nacionales (Jiménez, 1995; Ramírez, 1995;), han tendido a mirar el estado general de salud a través de la revisión de estadísticas nacionales que dan cuenta de las principales tendencias en las tasas de mortalidad y natalidad, las principales causas de muerte y las enfermedades más comunes entre las mujeres (Echarri, 1999).

De acuerdo con Alatorre, Langer y Lozano (1994), aunque la mejoría en los indicadores de salud de la población mundial ha sido significativa, estos avances no se han manifestado de la misma forma para toda la población, ya que obedecen a especificidades socioeconómicas, de género y nivel socioeconómico. En este sentido, los autores apuntan a que en especial ha sido para las mujeres urbanas en sectores marginados, así como en las áreas rurales, en donde las necesidades de atención a la salud no se han cubierto, y en donde la mortalidad general y materna es más acentuada.

Asimismo, plantean que las desigualdades de género inciden en la desatención a la salud de mujeres, en especial de las de menores ingresos porque:

Al interior del hogar, la mujer esposa madre, a pesar de ser la encargada del cuidado de la salud de los miembros de su familia, no tiene esta misma potestad para atender su propia salud: suele tener una alimentación más deficiente que la de los varones de su núcleo doméstico, recibe menos cuidado médico que el resto de los integrantes de su familia y con frecuencia la atención a sus necesidades en materia de salud requieren de la decisión de la autoridad masculina (Alatorre, Langer y Lozano, 1994; citado en Riquer, 2001: 221-222).

En relación con el punto anterior, autores como Hernández, et.al. (2004) han señalado que las desigualdades de género y la pobreza están íntimamente ligados y una de sus expresiones puede hallarse en la atención a la salud materna, ya que las relaciones de poder al interior del hogar inducen a un bajo nivel de autonomía de las mujeres para la búsqueda y utilización de servicios de atención a la salud materna.

En el texto sobre *Pobreza, Condiciones de vida y Salud en la Ciudad de México* (Schteingart, 1997a), se documenta una exhaustiva investigación realizada en las colonias 2 de Octubre en Tlalpan, Miguel Hidalgo en Ecatepec, María Isabel en Chalco y Xalpa en Iztapalapa, con el objetivo de dar a conocer las condiciones de vida de la población en asentamientos populares en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. Entre los aportes de este trabajo se encuentra la caracterización de la morbilidad, fecundidad, efectos de contaminantes en la salud y experiencias de vida de mujeres en las colonias populares, evidenciando que las condiciones de higiene, contaminación y existencia de servicios públicos juegan un importante papel en la presencia de enfermedades entre las familias pobres.

Por su parte, Schteingart, Aguilar y Ortiz (2010), han documentado las experiencias sobre salud sexual de mujeres entre 21 y 76 años de edad en colonias populares de la Ciudad de México (Dos de Octubre en Tlalpan y Xalpa en Iztapalapa), destacando la falta de atención a sus necesidades de salud debido a la ausencia de información, al miedo de ser examinadas y a la falta de tiempo ante las actividades laborales y al interior del hogar.

Abonando al conocimiento sobre salud femenina y pobreza urbana, Enríquez (2001) realizó un estudio con 60 familias pobres de la colonia Las Flores ubicada en la periferia de la Zona Metropolitana de Guadalajara para aproximarse a la forma en que “se construyen, significan y regulan las emociones en mujeres pobres urbanas” (2001: 129). La autora identificó que no es posible establecer una relación de causalidad entre el malestar femenino y la pobreza urbana, pero que existe una innegable vinculación entre emociones como tristeza, enojo, preocupación y miedo, con las condiciones socioeconómicas de las mujeres – mismas que se manifiestan en malestares físicos – porque estas mujeres tienen dobles y triples jornadas de trabajo, tienen hijos pequeños dependientes y al mismo tiempo necesitan trabajar, tienen bajos ingresos, se enferman, viven en lugares inseguros y experimentan violencia.

En relación con el acceso a servicios de salud como condición de bienestar, en un estudio realizado a 34 mujeres y hombres jóvenes en contextos de pobreza en Oaxaca, Monterrey y la Ciudad de México, Mora y De Oliveira (2014) muestran que el acceso a prestaciones sociales, derivadas sobre todo del empleo formal – tal como puede ser la derechohabiencia –, constituye un recurso valioso para paliar las desventajas sociales acumuladas.

Pero cuando la población no dispone de dichos mecanismos formales de atención, la participación social juega un rol fundamental, tal como lo documentan las experiencias de proyectos de salud comunitarios organizados por mujeres en colonias urbanas.

En este sentido, Flores (1995), relata las experiencias de las mujeres del Comité de Salud de la Unión de Colonos de San Miguel Teotongo en Iztapalapa al oriente de la Ciudad de México, que promovieron la puesta en marcha del Centro de Salud Popular Ixchel con los objetivos de prestar atención médica a la población, promover campañas de prevención individual y familiar, organizar cursos y talleres para las mujeres y organizarse con otros proyectos de salud para compartir experiencias y apoyos. A partir de recopilar historias de vida de mujeres participantes, Flores destaca que “han cambiado la forma como se ven ellas mismas (autoidentidad) y en la conciencia de su situación (...) [pero] la identidad asignada por los otros no se ha modificado” (1995: 189), generándoles conflictos y rupturas con parejas e hijos.

Finalmente, Álvarez (2004) revisa la experiencia de la Red por la Salud de las Mujeres de la Ciudad de México, conformada en 1993 por un conjunto de organizaciones de la sociedad civil<sup>14</sup>, que ha incorporado el tema de los derechos sexuales y reproductivos para incidir en la política de salud para las mujeres. La autora señala que el proceso de incidencia de dicha Red avanzó desde la participación no formal en la política, hasta posicionarse en el terreno público con amplia legitimidad.

---

<sup>14</sup> En 1993 se integró por 5 agrupaciones: Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Salud Integral para la Mujer (SIPAM), Acción Popular de Integración Social (APIS), Católicas por el derecho a Decidir (CDD), y Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC). Hacia finales de los años noventa se integraron 13 agrupaciones más: Centro de Apoyo a la Mujer “Margarita Magón” (CAM), Centro de Atención Psicológica y Legal para la Familia (CAPYLFAC), Centro de Documentación y Atención a la Partería (TICIME), Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC), Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias (CORIAC), Colectivo de Salud Integral (COSAI), Difusión Cultural Feminista (FEM), Grupo Omecihuatl, Instituto Mexicano de Estudios Sociales (IMES), K’inal Ansetik, Mujeres en Acción Sindical (MAS), Mujer, Salud y Educación Popular (MUSEP) y Centro Comunitario de Atención primaria a la Salud (CCOAPS/ENEO/UNAM).

En suma, los aportes teóricos y empíricos realizados sobre la salud de las mujeres han avanzado desde la identificación de las condiciones generales de salud hacia el reconocimiento del cruce de diversos ejes de inequidad social, tales como la edad, el género y el nivel socioeconómico que trastocan diversas áreas de salud femenina como la salud sexual y reproductiva, la salud materna y la salud mental y emocional.

#### **4.4. Marco de análisis sobre salud femenina, desigualdades de género y pobreza**

En este apartado se presenta el marco general de análisis sobre desigualdades socioeconómicas y de género que experimentan mujeres jóvenes en la atención a sus necesidades de salud, retomando el marco analítico para el conocimiento de la pobreza planteado por Tepichin (2016) y a partir de la revisión de hallazgos de investigación sobre bienestar y salud de las mujeres.

En este sentido, la bibliografía revisada permite identificar cuatro áreas que comprende la salud femenina y diversos elementos que integran a cada una en términos de las condiciones de salud-enfermedad y las condiciones necesarias para su atención médica, tal como se muestra en la Figura 2. Dichas áreas están relacionadas con la salud de las mujeres independientemente de su edad, aunque en diferentes etapas del ciclo de vida algunas cobran mayor relevancia que otras.

En principio, la salud física general, tal como la define la OMS (1948), es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y está vinculada con diferentes enfermedades y causas de mortalidad, para lo cual es precisión acceder, por ejemplo, a citas médicas generales y especializadas, estudios clínicos, medicinas, intervenciones quirúrgicas, atención dental, entre otras.

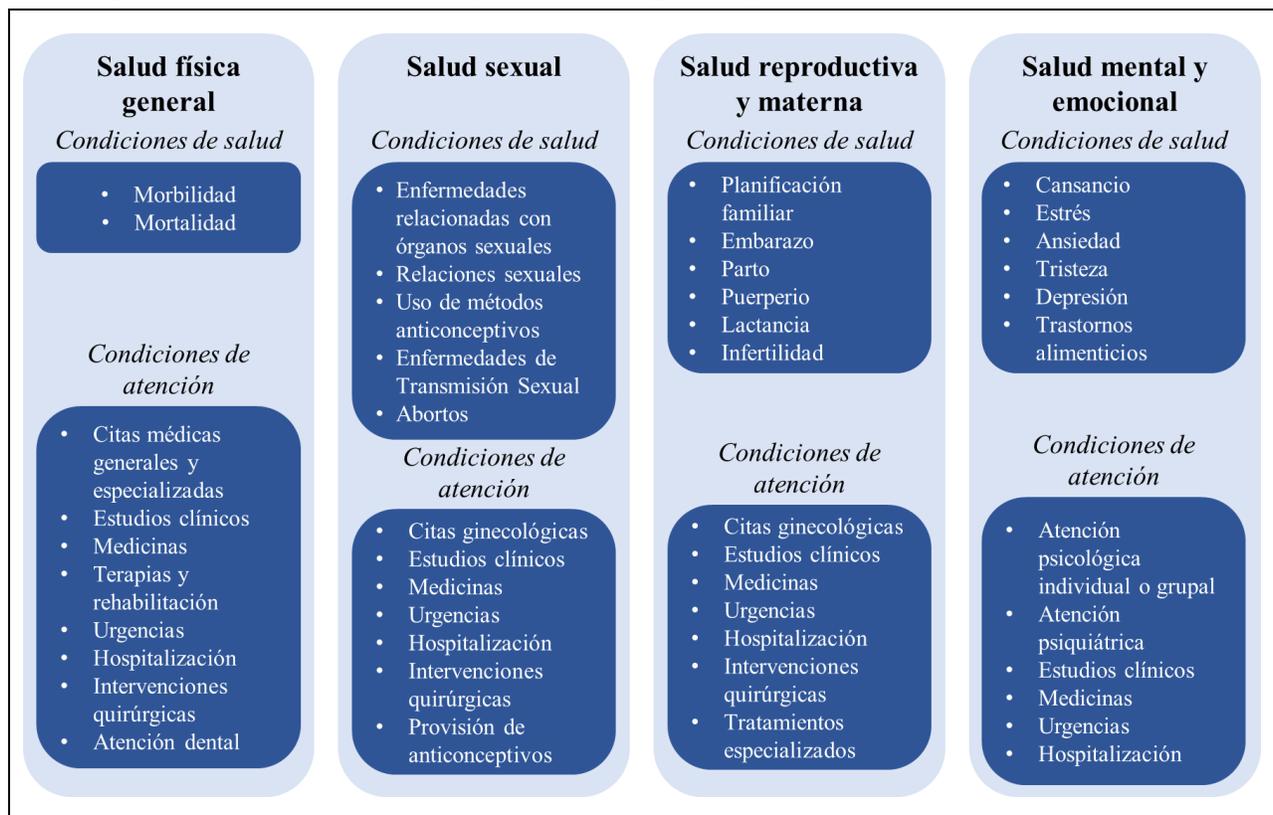
La salud sexual de las mujeres “es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad (...) [lo que implica] la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (OMS, 2017), por lo que está relacionada con diversos padecimientos que involucran órganos sexuales, relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual, entre otros, para lo cual es indispensable acceder a consultas médicas especializadas, estudios clínicos y métodos anticonceptivos, por poner algunos ejemplos.

La salud reproductiva “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades que aborda los mecanismos de la

procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida” (OMS, 2017), mientras la salud materna “comprende todos los aspectos de la salud de la mujer” (OMS, 2017) en las etapas de embarazo, parto, puerperio y lactancia, así como padecimientos relacionados como la infertilidad femenina. La atención a esta área de la salud requiere consultas médicas de planificación familiar, control del embarazo, hospitalización, entre otros.

La salud mental y emocional de las mujeres está relacionada con diversas condiciones de salud como estrés, ansiedad, depresión, trastornos mentales, trastornos alimenticios, entre otros, ante lo cual es necesaria la atención médica psicológica y psiquiátrica, el uso de medicinas, estudios clínicos, entre otros.

**Figura 2. Condiciones de salud y de atención que integran las 4 áreas de la salud femenina**



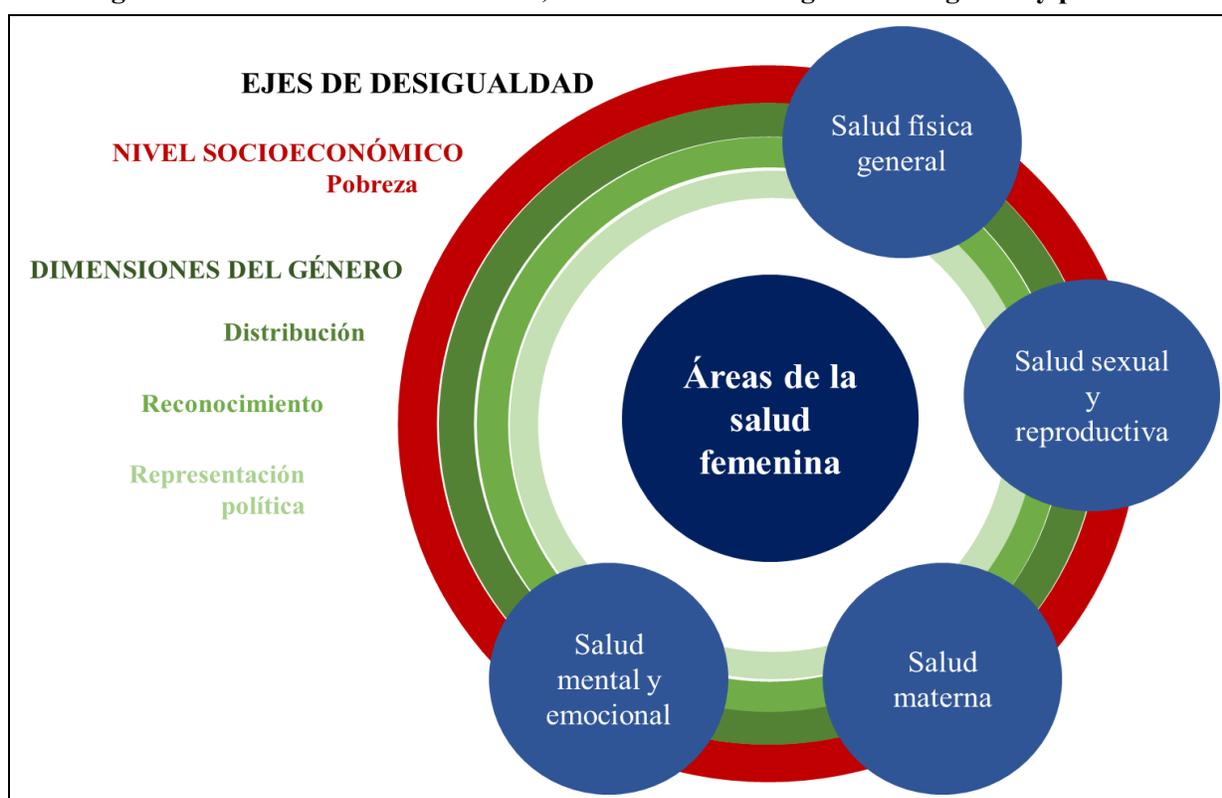
Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de hallazgos de investigación sobre salud femenina.

A partir de la identificación de áreas de la salud femenina y los elementos que las conforman, en la Figura 3 se representa gráficamente el esquema de análisis en el que se integran las cuatro áreas de la salud, desigualdades de orden socioeconómico o pobreza y de género en las

dimensiones de distribución, reconocimiento y representación política, que al ser inequidades sociales, cruzan de manera transversal la vida de las mujeres.

Finalmente conviene anotar que los elementos que integran cada área de la salud, es decir, las condiciones de salud y de atención, no pretende cubrir exhaustivamente todo lo que implica el cuidado y atención de la salud femenina, sino que pretenden servir de guía para el planteamiento de un esquema de trabajo para la realización de entrevistas que documenten las desigualdades de género que experimentan mujeres jóvenes en pobreza.

**Figura 3. Áreas de la salud femenina, dimensiones de desigualdad de género y pobreza**



Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de hallazgos de investigación sobre salud femenina y el Marco analítico para el conocimiento de la pobreza desde un enfoque de género de Tepichin (2016).

## **5. Pobreza y atención a la salud: el contexto de Iztapalapa**

El presente capítulo pretende caracterizar el contexto en el que mujeres jóvenes en situación de pobreza en Iztapalapa experimentan desigualdades de género cuando resuelven sus necesidades de salud. El capítulo se divide en dos apartados, en el primero se presenta el perfil sociodemográfico y de salud de la población de Iztapalapa haciendo uso de información proveniente de la Encuesta Intercensal 2015, del Anuario Estadístico del Distrito Federal para 2015, de las estimaciones de pobreza municipal del CONEVAL para 2010 y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para 2015. En el segundo apartado se revisan las principales políticas y programas de atención a la salud en Iztapalapa en el marco del entramado de las políticas sociales nacionales y de la Ciudad de México.

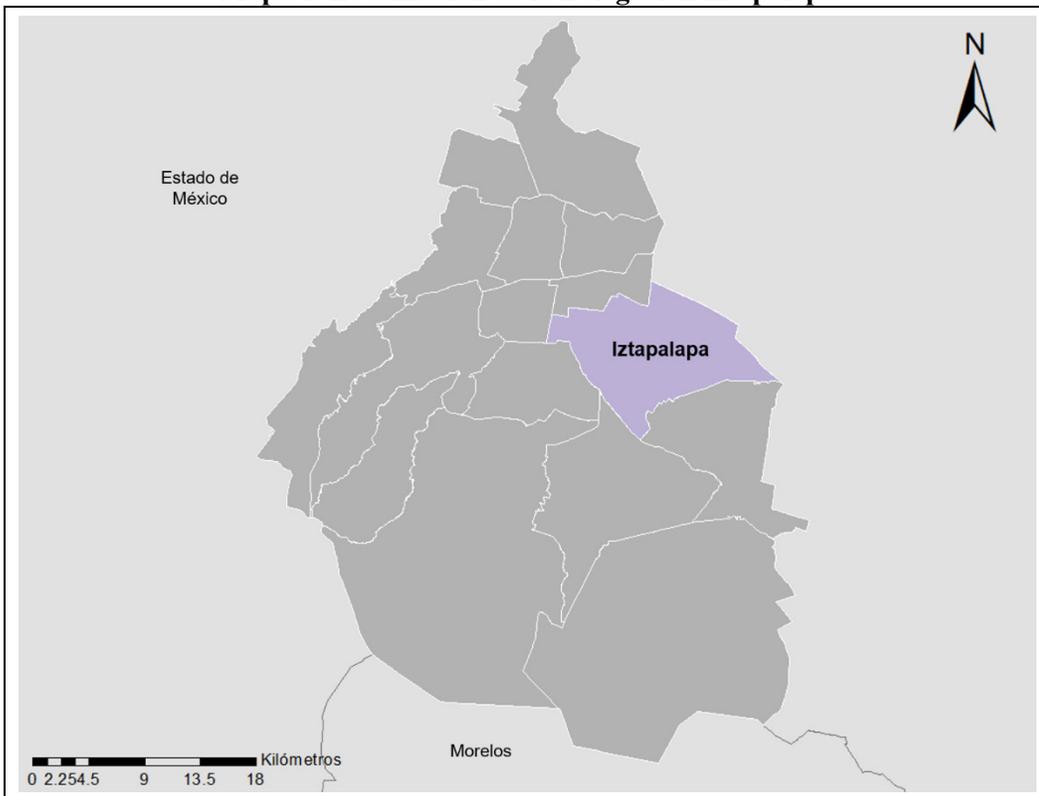
### **5.1. Características poblacionales y de salud en Iztapalapa**

La caracterización sociodemográfica y de las condiciones salud de la población de Iztapalapa permite ubicar el contexto en que se sitúan mujeres jóvenes que requieren atender sus necesidades de salud. El apartado se divide en tres secciones: en la primera se presentan los principales indicadores sociodemográficos, tales como estructura poblacional por grupos etarios, nivel de escolaridad y estructura ocupacional; en la segunda se presentan las condiciones de pobreza y marginación de la delegación; en la tercera sección se muestran los resultados de las principales estadísticas de salud con énfasis en indicadores sobre natalidad y mortalidad, condiciones de acceso a servicios de salud, así como disponibilidad de servicios en la delegación.

#### ***5.1.1. Indicadores sociodemográficos***

La Delegación Iztapalapa se ubica en el oriente de la Ciudad de México (Mapa 1) y constituye la demarcación más poblada de la Ciudad con un total de 1,827,868 habitantes en 2015 (20.5% de la población de la Ciudad de México), de los cuales 52% son mujeres (949,503) y 48% son hombres (878,365), de acuerdo con estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015. Tiene una superficie de 117 kilómetros cuadrados, lo que representa el 7.6% del territorio de la Ciudad de México, y una densidad de población de 16,152.3 habitantes por kilómetro cuadrado.

**Mapa 1. Localización de la Delegación Iztapalapa**

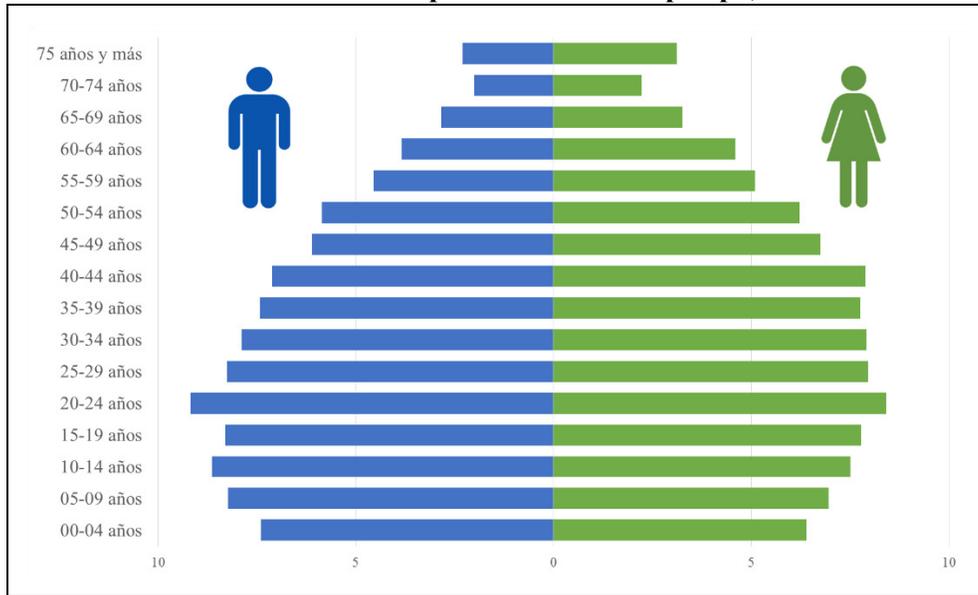


Fuente: Elaboración propia a partir del Marco Geoestadístico Nacional 2010.

### ***Edad***

La estructura poblacional por grupos de edad mostrada en la Gráfica 1 señala que el mayor porcentaje de la población de Iztapalapa tiene entre 20 y 24 años de edad, 9.2% en el caso de hombres y 8.4% en el caso de mujeres. Sin embargo, es evidente que no hay un pronunciado ensanchamiento de la pirámide y en su lugar se aprecia una distribución relativamente homogénea en todos los rangos de edad hasta los 60 años, cuando la base de la pirámide se reduce nuevamente, lo cual significa que la población de Iztapalapa se caracteriza por encontrarse predominantemente en las etapas de niñez, juventud y adultez (hasta los 44 años). Esta tendencia conduce a que la razón de dependencia económica sea de 43.8 personas por cada 100 personas en edad productiva.

**Gráfica 1. Pirámide poblacional de Iztapalapa, 2015**



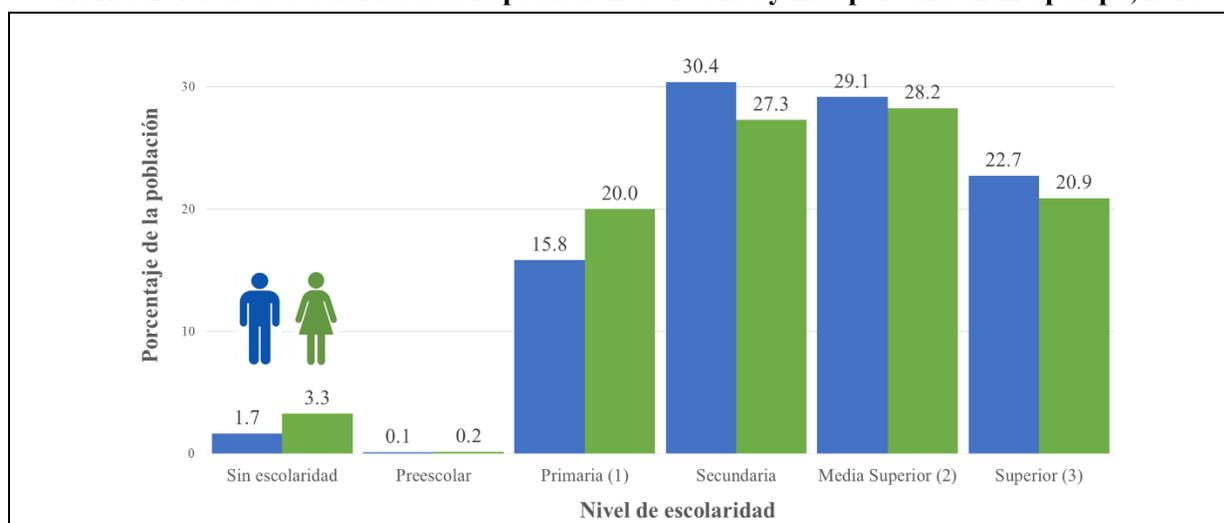
Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015.

### ***Escolaridad***

Por otro lado, los indicadores de educación muestran que el grado promedio de escolaridad de la población de Iztapalapa es de 10.2 años, es decir, secundaria completa y algunos años de formación media superior. En el caso de los hombres, el número promedio de años de escolaridad es de 10.5 y en el caso de las mujeres se reduce a 9.9 años, de acuerdo con estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015.

Si además se analiza la información presentada en la Gráfica 2 sobre el nivel de escolaridad de la población mayor de 15 años, es evidente que una mayor proporción de mujeres (barras verdes) respecto a hombres (barras azules) cuentan con primaria terminada, es decir 20% (150,026 mujeres) contra 15.8% (105,151 hombres). La tendencia se revierte a partir del nivel de educación secundaria y se mantiene en los niveles medio superior y superior, pero destaca que es en la etapa de secundaria cuando se alcanza la mayor brecha en el porcentaje entre hombres y mujeres con 3.1 puntos porcentuales, debido a que el mayor porcentaje de hombres en la demarcación cuenta con secundaria completa (30% o 201,830 personas), pero en el caso de las mujeres el mayor porcentaje se da en el nivel medio superior (28.2% o 211,975 personas).

**Gráfica 2. Nivel de escolaridad de la población de 15 años y más por sexo en Iztapalapa, 2015**



Notas: El total de hombres de 15 años y más es de 664,516 y de mujeres de 750,364.

(1) Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios técnicos o comerciales con primaria terminada.

(2) Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada, preparatoria o bachillerato (general o tecnológico) o normal básica.

(3) Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada, profesional (licenciatura, normal superior o equivalente), especialidad, maestría o doctorado.

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI.

### ***Actividad económica***

La condición de actividad económica en Iztapalapa considera a la población de 12 años y más (1,502,797 personas en Iztapalapa) y se divide en dos grandes segmentos: la Población Económicamente Activa (PEA)<sup>15</sup> que considera a la población ocupada y desocupada, y la Población No Económicamente Activa (PNEA)<sup>16</sup>. La PEA de Iztapalapa representó en 2015 el 45.2% de la población total de la demarcación (825,520 personas), mientras la PNEA representó 36.9% del total (674,475 personas). La distribución por sexo se presentan en el Cuadro 13, evidenciando que un mayor porcentaje de hombres (70.6%) son económicamente activos (ocupados o buscadores de empleo), mientras en el caso de las mujeres económicamente activas la proporción cae a 41%, a pesar de que su tasa de desocupación (PEA desocupada) sea menor a la de los varones.

<sup>15</sup> La PEA comprende a personas que durante el periodo de referencia realizaron o tuvieron una actividad económica (población ocupada) o buscaron activamente realizar una en algún momento del mes anterior al día de la entrevista (población desocupada) (INEGI, 2017a).

<sup>16</sup> La PNEA se refiere a personas que durante el periodo de referencia no realizaron ni tuvieron una actividad económica, ni buscaron desempeñar una en algún momento del mes anterior al día de la entrevista (INEGI, 2017a).

En el Cuadro 13 también muestra la distribución de la PEA y PNEA para el segmento de hombres y mujeres entre 15 y 29 años de edad, siendo claro que la participación laboral femenina (36.5% o 83,825 mujeres) es inferior a la masculina (60.1% o 135,699 hombres), por ende, la tasa de desempleo entre las mujeres jóvenes (9.2%, es decir, 7,728 personas) es mayor a la de los varones (7.9% o 10,677 personas), e incluso de más del doble que para el conjunto de las mujeres de Iztapalapa.

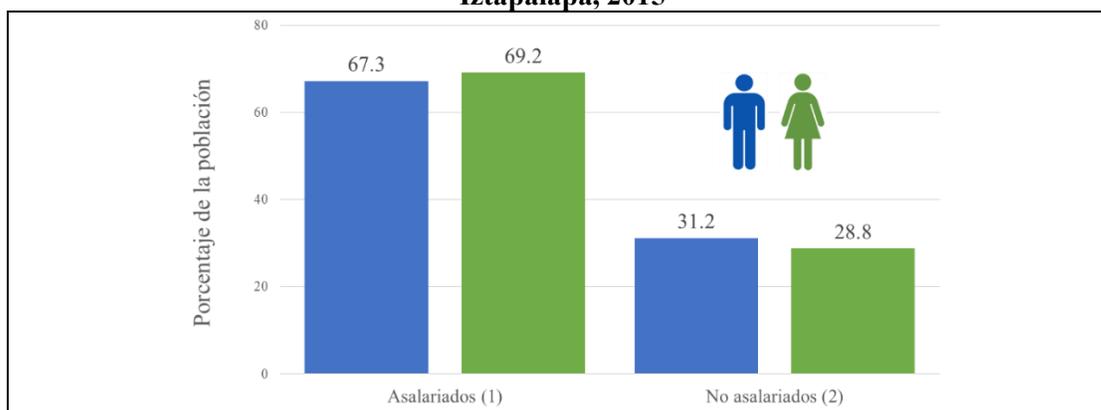
**Cuadro 13. Distribución porcentual de la población por condición de actividad económica según sexo en Iztapalapa, 2015**

Sexo	Población 12 años y más	PEA			PNEA	No especificó
		Total	Ocupada	Desocupada		
Total	1,502,797	54.9	95.2	4.8	44.9	0.2
Hombres	709,138	70.6	94.9	5.1	29.2	0.2
Mujeres	793,659	41.0	95.8	4.2	58.8	0.2
Jóvenes (15-29 años)	455,311	48.2	91.6	8.4	51.6	0.2
Hombres	225,950	60.1	92.1	7.9	39.7	0.2
Mujeres	229,361	36.5	90.8	9.2	63.3	0.2

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI.

Revisando los resultados sobre la estructura ocupacional de la población de Iztapalapa, en la Encuesta Intercensal se estima que en 2015 había 786,218 personas de 12 años y más ocupadas – el 39.6% son mujeres (311,330) y 60.4% son hombres (474,888) –, cuya posición en la ocupación es predominantemente como asalariados indistintamente del sexo de la población, como se muestra en la Gráfica 3. Asimismo, el Cuadro 14 muestra que las principales ocupaciones, tanto para hombres como para mujeres, se encuentran en el sector servicios, aunque es claro que tratándose de actividades secundarias como minería, extracción de petróleo y gas, industria manufacturera, electricidad, agua y construcción, la participación de los varones es superior a la de las mujeres.

**Gráfica 3. Posición en la ocupación de la población de 12 años y más por sexo en Iztapalapa, 2015**



Notas:

(1) Comprende: empleados/as, obreros/as, jornaleros/as, peones/as o ayudantes con pago.

(2) Comprende: empleadores/as, trabajadores/as por cuenta propia y trabajadores/as sin pago.

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI.

**Cuadro 14. Distribución porcentual de la población por sector de actividad económica según sexo en Iztapalapa, 2015**

Sexo	Población ocupada	Sector de actividad económica				
		Primario <sup>1</sup>	Secundario <sup>2</sup>	Comercio	Servicios <sup>3</sup>	No específico
Total	786,218	0.2	18.0	24.5	55.1	2.2
Hombres	474,888	0.2	22.1	24.1	51.5	2.0
Mujeres	311,330	0.1	11.7	25.1	60.6	2.5

Notas:

(1) Comprende: agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza.

(2) Comprende: minería, extracción de petróleo y gas, industria manufacturera, electricidad, agua y construcción.

(3) Comprende: transporte, gobierno y otros servicios.

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI.

### ***Trabajo no remunerado***

Finalmente, si se revisan las estimaciones sobre trabajo no remunerado, la Encuesta Intercensal 2015 señala que 77.3% de las personas de 12 años y más realizan algún tipo de actividad como cuidado de personas o quehaceres domésticos. En el Cuadro 15 se señala la distribución porcentual de hombres y mujeres de acuerdo con diversas actividades de trabajo no remunerado, así como la cantidad de horas que les dedican, siendo evidente que una mayor cantidad de personas realizan actividades como preparación de alimentos, limpieza y compra de comida. Destaca, además, que hay una mayor cantidad de mujeres que de hombres realizando actividades no remuneradas y destinan más tiempo que los varones, especialmente en actividades de cuidado

de menores de 6 años y niños entre 6 y 14 años, a las cuales destinan en promedio 23.5 y 18.4 horas más a la semana que los hombres, respectivamente.

Asimismo, entre la población masculina, una mayor cantidad de varones destinan su tiempo a actividades que les implican menos horas, tales como preparación de alimentos, quehaceres domésticos de limpieza, lavado y planchado, así como compra de alimentos y productos para el hogar.

**Cuadro 15. Distribución porcentual de la población por condición de trabajo no remunerado y horas promedio semanales por tipo de actividad no remunerada según sexo en Iztapalapa, 2015**

Tipo de actividad	Porcentaje					
	Total		Hombres		Mujeres	
	%	Horas	%	Horas	%	Horas
Atender a personas con discapacidad <sup>1</sup>	3.0	24.7	3.0	19.8	3.0	27.8
Atender a personas enfermas <sup>1</sup>	2.4	22.8	2.2	18.3	2.5	25.4
Atender a personas sanas menores de 6 años <sup>2</sup>	18.6	35.8	16.2	20.3	20.1	43.8
Atender a personas sanas de 6 a 14 años <sup>2</sup>	18.1	32.8	14.7	20.2	20.4	38.6
Atender a personas de 60 años o más <sup>3</sup>	5.7	21.4	5.3	17.3	5.9	23.8
Preparar o servir alimentos para su familia	74.5	9.9	55.6	6.2	86.6	11.4
Limpiar su casa, lavar o planchar la ropa de su familia	87.3	9.2	76.0	5.9	94.5	10.8
Hacer las compras para la comida o la limpieza	79.4	4.7	70.5	3.6	85.2	5.3

Notas:

(1) Se refiere al cuidado de personas enfermas o con discapacidad que requieren ayuda para comer o moverse, dar medicamentos, entre otras actividades.

(2) Se refiere a la atención de niñas o niños; para darles de comer, llevarlos a la escuela, vestirlos, entre otras actividades.

(3) Se refiere al cuidado continuo de adultos mayores; para darles de comer, llevarlos al médico, vestirlos, entre otras actividades.

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI.

Por su parte, en el Cuadro 16 se muestra el porcentaje de la población joven entre 15 y 29 años de edad que destina tiempo a realizar actividades de cuidados y quehaceres, así como el tiempo que dedican. Se aprecia que las tendencias son similares al promedio de Iztapalapa, es decir, una mayor cantidad de mujeres que de hombres realizan trabajos de cuidados, especialmente de personas sanas menores a 6 años, así como quehaceres domésticos, en particular limpiar la casa, lavar y planchar ropa de la familia. Aunque destaca que, tanto los porcentajes como el tiempo promedio destinado a cada actividad, siempre son menores entre la población joven de Iztapalapa, respecto a los reportados para el conjunto de la población de la Delegación.

En términos del tiempo promedio, las mujeres jóvenes siempre destinan una mayor cantidad de tiempo que los varones a todas las actividades, especialmente en actividades de cuidado de menores de 6 años y niños entre 6 y 14 años, en las cuales trabajan en promedio 29.4 y 20.1 horas más a la semana que los varones, respectivamente; valores que además son superiores al promedio de todos los grupos de edad de Iztapalapa.

**Cuadro 16. Distribución porcentual de la población joven (15-29 años) por condición de trabajo no remunerado y horas promedio semanales por tipo de actividad no remunerada según sexo en Iztapalapa, 2015**

Tipo de actividad	Porcentaje					
	Total		Hombres		Mujeres	
	%	Horas	%	Horas	%	Horas
Atender a personas con discapacidad <sup>1</sup>	1.5	17.5	1.3	13.8	1.7	20.2
Atender a personas enfermas <sup>1</sup>	1.1	15.7	0.9	14.9	1.4	16.2
Atender a personas sanas menores de 6 años <sup>2</sup>	18.2	41.1	11.3	20.8	25.0	50.2
Atender a personas sanas de 6 a 14 años <sup>2</sup>	8.4	32.4	4.6	17.8	12.2	37.9
Atender a personas de 60 años o más <sup>3</sup>	2.4	15.2	2.0	12.6	2.9	17.0
Preparar o servir alimentos para su familia	50.0	8.3	33.8	5.7	65.9	9.7
Limpiar su casa, lavar o planchar la ropa de su familia	66.6	7.6	52.8	5.6	80.2	8.9
Hacer las compras para la comida o la limpieza	51.7	4.5	39.5	3.6	63.7	3.2

Notas:

(1) Se refiere al cuidado de personas enfermas o con discapacidad que requieren ayuda para comer o moverse, dar medicamentos, entre otras actividades.

(2) Se refiere a la atención de niñas o niños; para darles de comer, llevarlos a la escuela, vestirlos, entre otras actividades.

(3) Se refiere al cuidado continuo de adultos mayores; para darles de comer, llevarlos al médico, vestirlos, entre otras actividades.

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI.

En términos generales, la población de Iztapalapa se caracteriza, de acuerdo con las estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015, por ser una población relativamente joven, en edad de trabajar y cuyo grado promedio de escolaridad es de 10 años, es decir, secundaria completa y algunos años de educación media superior. Asimismo, poco más del 50% de la población de 12 años y más se encuentra ocupada o buscando empleo, aunque son los hombres quienes participan más activamente en el mercado de trabajo formal, en tanto hombres y mujeres laboran predominantemente en la posición de asalariados y asalariadas en el sector servicios. Finalmente, una mayor proporción de mujeres realizan actividades no remuneradas y dedican en promedio más horas a la semana a las mismas, particularmente al cuidado de personas sanas menores de 6 años y de entre 6 y 14 años.

### **5.1.2. Indicadores de pobreza**

La condición de pobreza de Iztapalapa puede evaluarse a la luz de las estimaciones de pobreza multidimensional realizadas por el CONEVAL en 2010 para el ámbito municipal y considerando las dimensiones de derechos sociales y de bienestar económico. Atendiendo a la definición del CONEVAL, la pobreza multidimensional consiste en la carencia en al menos uno de los derechos para el desarrollo social (alimentación, educación, servicios de salud, seguridad social, calidad y espacios de la vivienda y servicios básicos en la vivienda) y si el ingreso es inferior al mínimo necesario para adquirir una canasta alimentaria y no alimentaria de bienes y servicios.

En este sentido, Iztapalapa es la demarcación con una mayor cantidad absoluta de personas en pobreza multidimensional en la Ciudad de México (37.4% en la demarcación, o bien, 727,128 personas), de las cuales 3.2% se encuentran en pobreza extrema, es decir, 63,017 personas tenían tres o más carencias en el espacio de los derechos sociales y además tenían un ingreso por debajo de la línea de bienestar mínimo<sup>17</sup> en 2010.

Las carencias en el espacio de los derechos sociales también son señaladas en el Cuadro 17, en términos del porcentaje y número de personas que las experimentan. Las mayores privaciones se identifican en el indicador de acceso a la seguridad social dado que 58.6% de la población de Iztapalapa en 2010, es decir 1,140,410 personas, siendo asalariadas, no contaban con todas las prestaciones de ley; eran asalariadas o independientes y no disponían de servicios médicos o AFORE; no disponían de jubilación o pensión, o bien, no eran beneficiarios de algún programa social de pensiones para adultos mayores.

Asimismo, 41.3% de la población de Iztapalapa en 2010 (804,277 personas) presentaban carencia en el indicador de servicios de salud, el cual determina si la población puede acceder a instituciones tales como Seguro Popular, IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina, o bien, a servicios privados de salud.

El indicador de rezago educativo, que mide si la población que tienen entre 3 y 15 años no cuenta con educación básica obligatoria y no asiste a la escuela, si nacieron antes de 1982 y no cuentan con primaria completa, o bien, si nacieron después de 1982 y no cuentan con

---

<sup>17</sup> La línea de bienestar mínimo es el valor monetario de una canasta alimentaria básica, cuyo valor a diciembre de 2010 en las localidades urbanas fue de \$1,012.08 mensuales por persona.

secundaria completa, señala que 11.4% de la población de Iztapalapa (222,692 personas) presentaba dicho rezago.

Por otro lado, el indicador de carencia por acceso a servicios básicos de la vivienda mide si las viviendas no disponen de agua corriente dentro de la vivienda o en el terreno; no disponen de desagüe o drenaje conectado a la vivienda o en el terreno; cuando no tienen energía eléctrica o cuando el combustible que se utiliza es leña o carbón y no cuentan con chimenea. Destaca que en este indicador, tan solo 2.3% de la población de Iztapalapa en 2010 (43,941 personas) presentaban tal privación, a pesar de las sabidas carencias de agua potable en la demarcación. Sin duda esto responde a que el indicador mide la carencia cuando las viviendas no disponen de la conexión de agua corriente dentro de la vivienda o en el terreno, pero no da cuenta de la disponibilidad de agua corriente, su frecuencia y calidad.

**Cuadro 17. Población de acuerdo con indicadores de pobreza multidimensional en Iztapalapa, 2010**

<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Personas</b>
<i>Pobreza</i>		
Multidimensional	37.4	727,128
Moderada	34.1	664,110
Extrema	3.2	63,017
<i>Carencias sociales</i>		
Rezago educativo	11.4	222,692
Servicios de salud	41.3	804,277
Seguridad social	58.6	1,140,410
Calidad y espacios de la vivienda	8.0	156,058
Servicios básicos en la vivienda	2.3	43,941
Alimentación	19.5	378,774
Vulnerables por carencia social	33.3	647,770
Vulnerables por ingreso	5.6	109,192
No pobres y no vulnerables	23.7	461,717

Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010.

Por su parte, el indicador de vulnerabilidad por carencia social en Iztapalapa refiere que 33.3% de la población (647,770 personas) presentaban en 2010 una o más carencias sociales, pero cuyo ingreso era superior a la Línea de Bienestar.<sup>18</sup> Además, la población vulnerable por

<sup>18</sup> La línea de bienestar es el valor monetario de una canasta de alimentos, bienes y servicios básicos, cuyo valor a diciembre de 2010 en las localidades urbanas fue de \$2,184.56 mensuales por persona.

ingreso, es decir, la población que no reporta carencias sociales y cuyo ingreso es inferior o igual a la Línea de Bienestar, era de 5.6% en 2010 (109,192 personas).

### ***5.1.3. Indicadores de salud***

En este apartado se presentan algunos de los principales indicadores sobre la salud de la población de Iztapalapa, atendiendo en primer lugar a la información sobre natalidad y mortalidad en la Encuesta Intercensal 2015 y a las Estadísticas Vitales del INEGI 2015. En un segundo momento, se aborda la condición de acceso a instituciones de salud, con énfasis en las condiciones de mujeres jóvenes. Finalmente, se detallan algunos elementos concernientes a los recursos médicos disponibles en Iztapalapa.

#### ***Natalidad y mortalidad***

Las condiciones de salud de la población de Iztapalapa pueden aproximarse a partir de la información sobre natalidad y mortalidad publicada en las Estadísticas Vitales del INEGI. En el Cuadro 18 se resumen estos indicadores para la Delegación Iztapalapa y para la Ciudad de México, siendo posible apreciar que el número promedio de hijos nacidos vivos por cada mil habitantes es ligeramente superior al promedio estatal (2 en Iztapalapa y 1.8 en la Ciudad de México). Por su parte, el número total de nacimientos registrados en la Delegación corresponde al 17% del total de nacimientos de la Ciudad de México, mientras los nacimientos registrados por parte de mujeres entre 15 y 29 años representaron en 2015 el 71% de todos los nacimientos en Iztapalapa.

Por otro lado, los indicadores sobre mortalidad en el Cuadro 18, señalan que el número de fallecimientos de varones, tanto en Iztapalapa como en la Ciudad de México, es superior al número registrado de mujeres en defunciones generales y violentas y, en promedio, las muertes de la población de Iztapalapa corresponden al 20% de todos los fallecimientos de la Ciudad de México. Mientras las muertes maternas en Iztapalapa arribaron a 19 casos y a 11 entre las mujeres jóvenes, lo cual representó en 2015 aproximadamente el 30% de las defunciones maternas en la Ciudad de México, de acuerdo con las cifras estimadas en la Encuesta Intercensal.

**Cuadro 18. Indicadores de salud en Iztapalapa y Ciudad de México por sexo y edad seleccionada, 2015**

Indicador	Iztapalapa		Ciudad de México	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b><i>Natalidad</i></b>				
Tasa de fecundidad <sup>1</sup>		2.0		1.8
Nacimientos registrados		22,755		137,249
Jóvenes entre 15 y 29 años		16,232		86,274
<b><i>Mortalidad</i></b>				
Defunciones generales	5,407	4,996	30,596	28,875
Jóvenes entre 15 y 29 años	290	130	1,437	525
Defunciones accidentales y violentas	541	158	3,161	892
Jóvenes entre 15 y 29 años	164	38	843	182
Defunciones maternas		19		67
Jóvenes entre 15 y 29 años		11	0	34

Notas:

1) Nacidos vivos por cada mil habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda 2010 y de las Estadísticas Vitales de INEGI.

### ***Condición de afiliación y uso de servicios de salud***

Las necesidades de atención a la salud de la población de Iztapalapa pueden cubrirse principalmente mediante la estructura del Sistema Mexicano de Salud, compuesto por instituciones públicas y privadas, a las que se accede a través de afiliación directa o indirecta en el caso de las primeras, y por medio de la capacidad de pago en el caso de las segundas.

En el Cuadro 19 se presenta la distribución de la población total de Iztapalapa según condición de afiliación a diversas instituciones de salud. Según cifras de la Encuesta Intercensal, en 2015 se encontraban afiliadas 77.4% de las mujeres (734,911) y 73.6% de los hombres (646,440) de Iztapalapa, principalmente en el IMSS y en el Seguro Popular. En el caso de la población entre 15 y 29 años de edad, en el Cuadro 20 se reporta que 73% de las mujeres (167,516) estaba afiliada y 68% de los varones (153,637) también lo estaba en 2015, mayoritariamente en el IMSS y Seguro Popular.

La Gráfica 4 además señala la condición de uso de las instituciones de salud a las que se está afiliado y afiliada, denotando que 98.7% de las mujeres jóvenes (226,382) son usuarias y 97.8% de los hombres jóvenes (221,059) son usuarios, es decir, las mujeres atienden con más frecuencia su salud en instituciones médicas respecto a los hombres, y acuden primordialmente

al IMSS y al Seguro Popular a través de clínicas u hospitales de la Secretaría de Salud en Iztapalapa.

**Cuadro 19. Distribución porcentual de la población por sexo y condición de afiliación a servicios de salud en Iztapalapa, 2015**

Afiliación	Sexo		
	Total	Hombres	Mujeres
Población total	1,827,868	878,365	949,503
<i>Condición de afiliación</i>			
No afiliada	23.8	25.8	21.9
Afiliada <sup>1</sup>	75.6	73.6	77.4
<i>Institución de afiliación<sup>2</sup></i>			
IMSS	42.4	43.2	41.7
ISSSTE o ISSSTE estatal	14.3	13.5	14.9
Pemex, Defensa o Marina	1.2	1.2	1.3
Seguro Popular o para una Nueva Generación <sup>3</sup>	37.7	37.2	38.1
Institución privada	3.4	3.7	3.1
Otra institución <sup>4</sup>	2.2	2.3	2.1

Notas:

(1) La suma de los porcentajes puede ser mayor a 100%, debido a las personas que están afiliadas en más de una institución de salud.

(2) El porcentaje para cada institución de servicios de salud se obtuvo con respecto a la población afiliada.

(3) Incluye al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que coordina la Secretaría de Salud (SSA).

(4) Incluye otras instituciones de salud públicas y privadas del país.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda Estadística de la Ciudad de México 2015, SEDESA.

**Cuadro 20. Distribución porcentual de la población joven entre 15 y 29 años por sexo y condición de afiliación a servicios de salud en Iztapalapa, 2015**

Afiliación	Sexo		
	Total	Hombres	Mujeres
Población total	455,311	225,950	229,361
<i>Condición de afiliación</i>			
No afiliada	28.9	31.5	26.4
Afiliada <sup>1</sup>	70.5	68.0	73.0
<i>Institución de afiliación<sup>2</sup></i>			
IMSS	44.1	46.3	42.0
ISSSTE o ISSSTE estatal	9.7	10.1	9.3
Pemex, Defensa o Marina	0.8	0.8	0.8
Seguro Popular o para una Nueva Generación <sup>3</sup>	39.4	36.7	41.8
Institución privada	3.6	3.8	3.5
Otra institución <sup>4</sup>	2.4	2.2	2.6

Notas:

(1) La suma de los porcentajes puede ser mayor a 100%, debido a las personas que están afiliadas en más de una institución de salud.

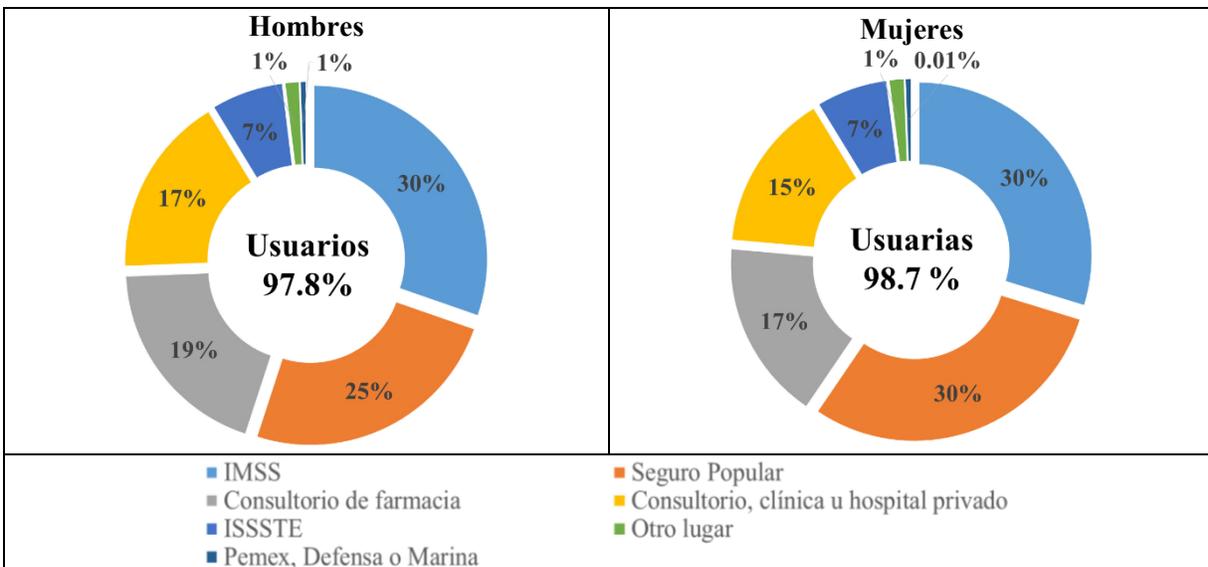
(2) El porcentaje para cada institución de servicios de salud se obtuvo con respecto a la población afiliada.

(3) Incluye al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que coordina la Secretaría de Salud (SSA).

(4) Incluye otras instituciones de salud públicas y privadas del país.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Agenda Estadística de la Ciudad de México 2015, SEDESA.

**Gráfica 4. Distribución porcentual de la población joven entre 15 y 29 años por condición de uso de servicios de salud en Iztapalapa, 2017**



Notas:

La distribución porcentual de la condición de uso de servicios de salud se calcula respecto a la población total y el porcentaje para cada institución de servicios de salud se obtuvo con respecto a la población usuaria.

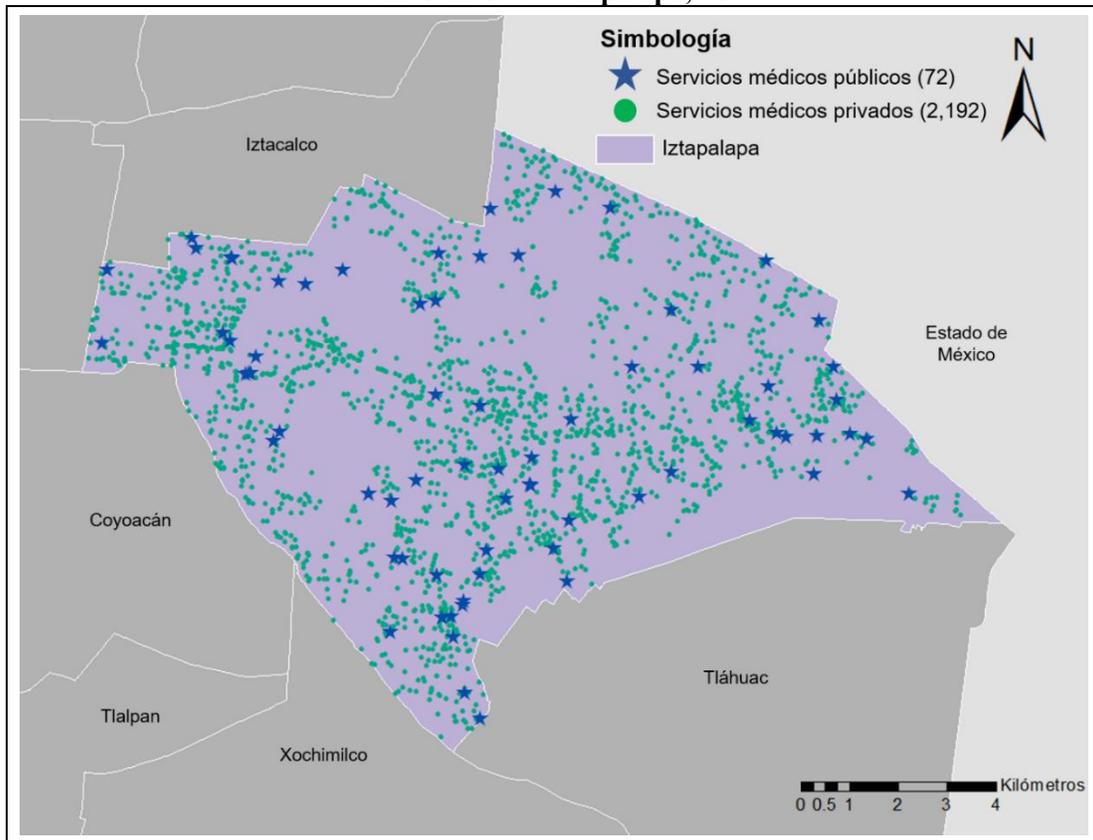
Fuente: Elaboración propia con datos de las estimaciones de la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI.

### ***Recursos médicos e infraestructura***

La atención a la salud de la población de Iztapalapa depende en gran medida de los recursos físicos y humanos que conforman el Sistema Mexicano de Salud, por lo que una primera aproximación a las condiciones de atención, está dada por la información mostrada en los Mapas 2 y 3, en los cuales se geo referenció la localización espacial de las unidades económicas de los servicios médicos de consulta y de hospitales, tanto públicos como privados, utilizando la información provista por el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas del INEGI en 2017.

En el Mapa 2 se representa la amplia oferta de consultorios y servicios relacionados del sector privado (puntos verdes) dispersos en toda Iztapalapa, con excepción de algunas regiones de la Delegación, contabilizando 2,192 unidades económicas, mientras las unidades del sector público (estrellas azules) solo arribaron a 72 en 2017, sin la posibilidad de dar cobertura a toda la población de Iztapalapa.

**Mapa 2. Distribución espacial de servicios médicos de consulta externa y servicios relacionados en Iztapalapa, 2017**

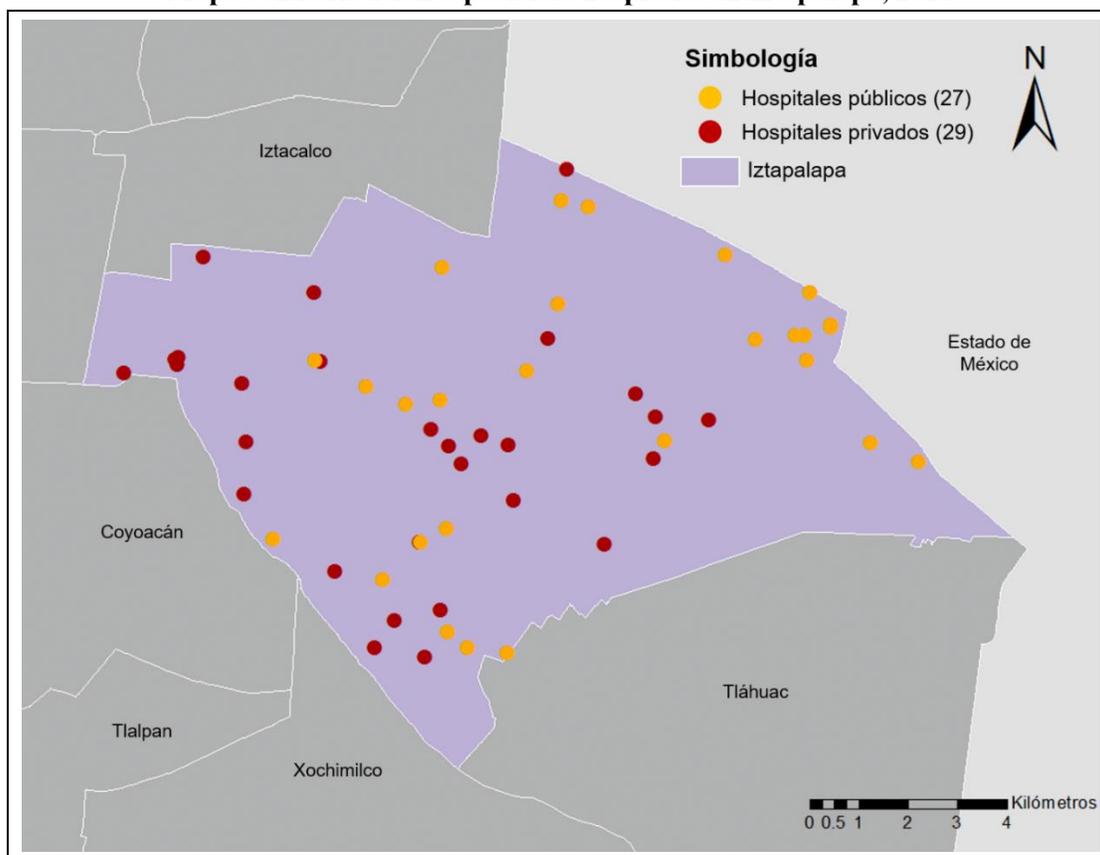


Nota: La clasificación de Servicios médicos de consulta externa y servicios relacionados incluye: Consultorios de medicina general, Consultorios de medicina especializada, Clínicas de consultorios médicos, Consultorios dentales, Consultorios de quiropráctica, Consultorios de optometría, Consultorios de psicología, Consultorios de audiología y de terapia ocupacional, física y del lenguaje, Consultorios de nutriólogos y dietistas, Centros de planificación familiar, Centros de atención médica externa para enfermos mentales y adictos, Laboratorios médicos y de diagnóstico, Servicios de enfermería a domicilio, Servicios de ambulancias, de bancos de órganos y otros servicios auxiliares al tratamiento médico, Otros consultorios y Otros centros médicos para pacientes que no requieren hospitalización.

Fuente: Elaboración propia con datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas del INEGI.

En el Mapa 3 se presenta la localización de los hospitales públicos (círculos naranjas) y privados (círculos rojos), los cuales registraron un total de 27 y 29 unidades en 2017, respectivamente. En este mapa se observa una tendencia similar a la previa dado que la oferta privada es ligeramente superior a la pública y está localizada en las regiones de Iztapalapa en las cuales los hospitales públicos no tienen cobertura.

**Mapa 3. Distribución espacial de hospitales en Iztapalapa, 2017**



Nota: La clasificación de Hospitales incluye: Hospitales generales, Hospitales psiquiátricos y para el tratamiento por adicción y Hospitales de otras especialidades médicas.

Fuente: Elaboración propia con datos del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas del INEGI.

En complemento a la localización de los servicios médicos y hospitales, en el Cuadro 21 se presenta el número total de consultas otorgadas en diversas instituciones de salud en 2014, así como el porcentaje de dichas consultas que corresponde a distintos servicios. Destaca que, en la Ciudad de México, el IMSS brindó 14,675,263 consultas externas y el Seguro Popular, a través de la SSA, otorgó 6,374,569 consultas externas en 2014. En Iztapalapa solo se dispone de información del ISSSTE y del Seguro Popular, este último brindando más de la mitad de las consultas registradas en la Delegación y con la mayor cantidad de personal médico de la Delegación (Cuadro 22).

Asimismo, se observa que la mayor proporción de consultas otorgadas en 2014 corresponde a consultas generales y consultas especializadas, tanto en Iztapalapa como en la Ciudad de México.

**Cuadro 21. Distribución porcentual de consultas externas otorgadas en las instituciones del sector público de salud por tipo de consulta según institución en Iztapalapa y Ciudad de México, 2014**

Institución	Iztapalapa					Ciudad de México				
	Total	General	Especializada	Urgencias	Odontológica	Total	General	Especializada	Urgencias	Odontológica
Total	2,080,262	59.8%	23.3%	9.0%	7.9%	27,654,554	59.9	23.9%	10.5%	5.6%
IMSS	ND	ND	ND	ND	ND	14,675,263	62.9%	22.2%	11.7%	3.2%
ISSSTE	953,807	51.9%	36.5%	7.7%	3.8%	5,760,182	58.0%	31.2%	3.9%	6.8%
PEMEX	0	0	0	0	0	748,972	17.7%	60.3%	16.7%	5.3%
SEDENA	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
IMSS Prospera	0	0	0	0	0	95,568	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
SSA	1,126,455	66.4%	12.1%	10.1%	11.4%	6,374,569	59.3%	17.3%	13.1%	10.2%

Notas: Cifras al 31 de diciembre de 2014.

ND. No Disponible.

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico y Geográfico del Distrito Federal 2015.

**Cuadro 22. Personal médico de las instituciones del sector público de salud según instituciones en Iztapalapa y la Ciudad de México, 2014**

Institución	Iztapalapa	Ciudad de México
Total	239	30,982
IMSS	ND	14,241
ISSSTE	974	5,768
PEMEX	0	355
SEDENA	ND	ND
IMSS Prospera	0	42
SSA	1,483	10,576

Notas: Cifras al 31 de diciembre de 2014.

ND. No Disponible.

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico y Geográfico del Distrito Federal 2015.

## **5.2. Políticas y programas de atención a la salud**

La estructura de la política y los programas en materia de salud en Iztapalapa se enmarca en un espectro más amplio que corresponde a la política social, la cual pretende mejorar el bienestar y ampliar las capacidades de desarrollo de la población. Por ende, el acceso de la población de Iztapalapa a diversos programas e instituciones de salud no puede entenderse sino a la luz del entramado institucional y programático existente en la Ciudad de México y en el ámbito del Gobierno Federal. Es por ello que en el presente apartado se revisa brevemente cuál es la estructura de la política social en materia de salud considerando al Sistema Mexicano de Salud y a los diversos programas y acciones de salud implementados en los ámbitos nacional, estatal y delegacional.

### ***5.2.1. El sistema de salud en México***

El Sistema Mexicano de Salud ha sufrido amplias transformaciones que condujeron a la fragmentación de los servicios. De acuerdo con la revisión que realiza Schteingart (1997b) sobre las políticas sociales en México, es posible identificar dos periodos en los cuales la intervención del Estado ha cambiado radicalmente. El primero, que ocurre entre las décadas de los cuarenta y los ochenta, el Estado asume una postura de garante de los derechos sociales para impulsar la política económica vigente del modelo de industrialización. El segundo periodo identificado corresponde al que inicia en la década de los ochenta a partir de la crisis de la deuda, los ajustes estructurales y la apertura de mercados, caracterizado por el abandono de la figura proteccionista del Estado hacia uno facilitador.

De acuerdo con Gordon (1999), en el primer periodo “el Estado asume un papel central como “responsable del bienestar de la población y de los derechos incorporados en la Constitución Política de 1917” (Gordon, 1999: 51), coadyuvando a impulsar el desarrollo económico en el modelo de industrialización, el cual pretendía impulsar el mercado interno a través de la sustitución de importaciones de la industria ligera en una primera etapa, y en una segunda etapa para la producción de bienes de capital.

En este sentido, el Estado impulsó diversas medidas proteccionistas tendientes a reducir los costos de las industrias. Se subsidiaron alimentos básicos; se incrementó la dotación de servicios públicos, tales como el agua potable, el transporte y la electricidad; se amplió la

cobertura en infraestructura social mediante alcantarillado y pavimentación; y se subsidió al campo a través de precios de garantía y créditos con bajos intereses a campesinos (Barajas, 2010).

En materia de salud, en 1917 se crea el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública que hacia 1943 se fusiona con la Secretaría de Asistencia Pública, creada en 1937, para dar nacimiento a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y actual Secretaría de Salud (SSA), la cual establece las normas que rigen al Sistema Nacional de Salud, provee atención sanitaria a la población abierta y regula los Servicios Estatales de Salud (SESA) (Burr, 2011).

Es también en 1943 cuando se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y se publicó la Ley del Seguro Social en el Diario Oficial de la Federación, con el objetivo de brindar atención a la salud y prestaciones sociales a los trabajadores asalariados del sector formal de la economía y a sus familias en cinco ramos, a saber, seguro de enfermedad y maternidad – incluye atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria en primero, segundo y tercer nivel<sup>19</sup>, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales –, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguro de guardería y otros (Gómez, et. al., 2010).

En 1960 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado que “garantiza el acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación física y mental” (Gómez, et. al., 2010: 225), y en la misma década aparecen los sistemas de salud para las fuerzas armadas y marina, para los trabajadores de Petróleos Mexicanos, de la Comisión Federal de Electricidad, de Ferrocarriles Nacionales, entre otros (Barajas, 2010), que cubren atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer nivel; cobertura farmacéutica y de rehabilitación; seguro por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez.

---

<sup>19</sup> La atención de primer nivel comprende las unidades de medicina familiar, centros de salud y clínicas familiares donde se proporcionan los servicios básicos de salud y medidas preventivas. El segundo nivel corresponde a hospitales generales, regionales, integrales, comunitarios; hospitales pediátricos, gineco-obstétricos, materno-infantiles y hospitales federales donde se realizan exámenes clínicos, estudios radiográficos, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas, internación, tratamiento quirúrgico o clínico específico. El tercer nivel se integra por la red de hospitales de alta especialidad como Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (Umaes), los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (Burr, et.al., 2011).

Por su parte, en 1973 el IMSS “puso en marcha el Programa IMSS-Solidaridad, para brindar atención de primero y segundo nivel a la población no derechohabiente, sobre todo de las zonas rurales [...] pero su alcance fue limitado debido a las dificultades financieras” (Gordon, 1999: 57).

La cobertura mediante este sistema de salud fue un sustantivo avance en materia de protección social para los trabajadores y sus familias, pero estas medidas solo constituyeron beneficios para los trabajadores formales de la economía y no la garantía del derecho a la salud para toda la población que incluye a la población auto empleada en el sector informal y a sus familias.

Por otro lado, el periodo que inicia hacia 1982 se caracterizó por una profunda transformación de la visión del Estado después del agotamiento del modelo de industrialización nacional. La denominada crisis de la deuda implicó ajustes estructurales que derivaron en la implementación de un “modelo económico regido por el mercado que favoreció la apertura comercial y la inversión extranjera” (Salinas de Gortari, 1992, citado en Gordon, 1999: 61). Por lo tanto, acontece el retraimiento de la participación del Estado en los sectores social y económico porque el nuevo modelo privilegia al mercado como el mecanismo más eficiente para la asignación de recursos.

A esta segunda etapa corresponden, en materia de salud, la descentralización de los servicios y el pago de nóminas hacia los estados, también se modificó el porcentaje de aportación del Estado, los patrones y los trabajadores para el financiamiento, mientras se avanzó a la subrogación de los servicios públicos a los privados a través de las modificaciones en la Ley de Salud de 1984 (Brachet-Márquez, 2004). Destaca la modificación a la Ley del Seguro Social en 1995 que cambia la visión “solidaria” del instituto hacia a una “individualista” a través de las cuentas individuales que también significaron la separación de la atención médica y del sistema de pensiones.

Hacia 1996 se implementó el Programa de Reforma del Sector Salud que incluía un paquete básico de servicios de 12 intervenciones seleccionadas para la población sin derechohabencia o población abierta. Este sistema ya se había iniciado en los años setenta mediante el programa Solidaridad Social, que posteriormente se transformaría en IMSS-Coplamar financiado a través de fondos del sistema de pensiones e invalidez del IMSS y con

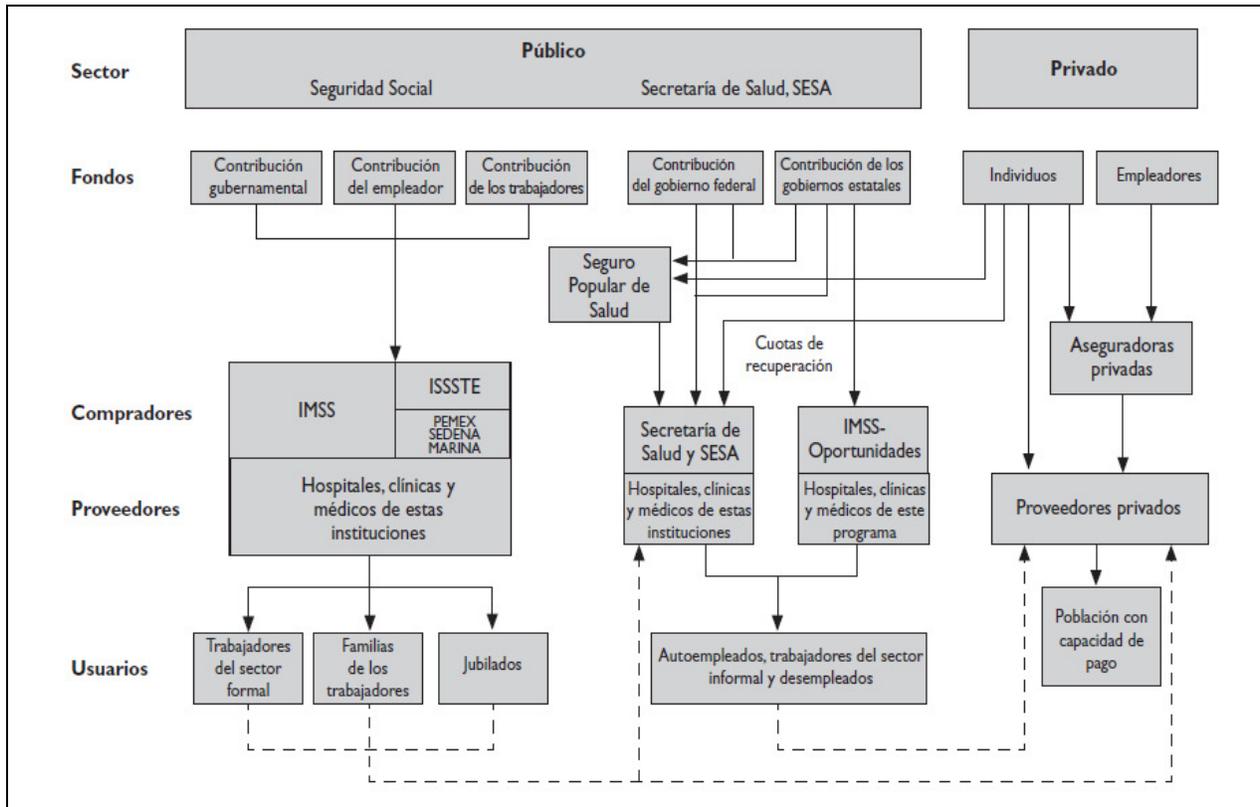
deuda pública. En el gobierno de Salinas de Gortari se convierte en IMSS-Solidaridad y en los siguientes dos sexenios operó como IMSS-Oportunidades, centrándose en la población sin seguridad social en zonas rurales marginadas (Flamand y Moreno, 2014), mediante servicios de medicina general ambulatoria de primer nivel y servicios hospitalarios materno-infantiles de segundo nivel (Gómez, et. al., 2010).

En este contexto nace el Seguro Popular en Salud (Seguro Popular), el cual fue aprobado en septiembre de 2004 con los objetivos de “brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través del aseguramiento público en materia de salud, crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios y disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud” (González Pier, et al., 2006, citado en Flamand y Moreno, 2014: 116). La operación del programa se sujeta a un catálogo de alrededor de 260 servicios específicos, sobre todo de primero y segundo nivel, y de forma más limitada de tercer nivel, recibidos en las unidades estatales de la Secretaría de Salud.

El Seguro Popular se ha caracterizado por un funcionamiento centralista pero que delega la atención a las entidades federativas, las cuales lo financian con fondos transferidos por la Secretaría de Salud Federal mediante un mecanismo de cuatro componentes: “1) por familia (recientemente ajustado a la persona); 2) por ajuste de necesidades; 3) por el esfuerzo estatal, y 4) por la componente de desempeño” (Leal, 2103: 165). Asimismo, las personas afiliadas pagan una cuota inicial en función de su nivel de ingresos, exceptos los últimos cuatro deciles que se encuentran exentos (Flamand y Moreno, 2014).

La configuración del sistema de salud hasta ahora presentada y esquematizada en la Figura 4, denota la fragmentación en términos de la prestación de servicios y del financiamiento porque la atención en salud se brinda en el sector privado para la población con capacidad de pago y en el sector público para los trabajadores formales, sus familias, jubilados y población abierta través de una diversidad de instituciones y niveles de atención que diferencian a la población. Mientras por el lado del financiamiento, las aportaciones provienen de los diferentes órdenes de gobierno, el sector privado y los usuarios o beneficiarios.

**Figura 4. Estructura del Sistema Mexicano de Salud**



Fuente: Tomado de Gómez, et.al., (2011).

### 5.2.2. Programas sociales de atención a la salud

La política social es operada en los diferentes ámbitos de gobierno a través de programas sociales y acciones encaminadas a mejorar el bienestar de la población y al cumplimiento de los derechos sociales en materia de alimentación, educación, salud, seguridad social, trabajo, bienestar económico, no discriminación, medio ambiente sano y vivienda (CONEVAL, 2017b).

En este sentido, existen diversos programas de desarrollo social centrados en otros derechos sociales diferentes a la salud, tales como los programas de alimentación, medio ambiente o servicios públicos, que no se centran en la atención a la salud pero la atienden tangencialmente al ser esta un complejo que involucra factores biológicos, económicos y sociales, ya que procuran la correcta nutrición, el desarrollo de actividades físicas, la reducción de la contaminación o la presencia de servicios de agua y saneamiento.

Sin duda estas intervenciones permiten mejorar el estado de salud de la población, pero su finalidad no se centra en cubrir las necesidades de salud de la población más en condiciones más vulnerables. Por lo tanto, a continuación se presenta una revisión de los principales programas sociales de atención a la salud en los ámbitos nacional o del Gobierno Federal, estatal o de la Ciudad de México y municipal o de Iztapalapa.

#### **5.2.2.1. *Programas del Gobierno Federal***

Los programas sociales del Gobierno Federal son operados por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), para garantizar el cumplimiento de los derechos sociales y combatir la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. En 2017, la SEDESOL puso en marcha 13 programas<sup>20</sup>, de los cuales solo PROSPERA Programa de Inclusión Social (en adelante solo PROSPERA) tiene entre sus objetivos atender la salud de la población beneficiaria mediante el componente de salud e indirectamente mediante el componente de alimentación.

Este programa inició su operación en 1997 como Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) en zonas rurales del país con el objetivo de “romper la transmisión intergeneracional de la pobreza (...) basado en la idea del triángulo alimentación, salud y educación” (Boltvinik, 2004b). En 2002 cambia su nombre a Programa de Desarrollo Humano Oportunidades pero hasta 2004 llegó a zonas urbanas.

A través de un decreto presidencial, en 2014 el programa se transforma en PROSPERA, sin modificar su diseño pero si su orientación, ya que ahora busca “contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que amplíen sus capacidades en alimentación, salud y educación, y mejoren su acceso a otras dimensiones del bienestar” (ROP PROSPERA, 2017: 6), mediante la entrega de apoyos monetarios mensuales y otros complementos que varían de acuerdo con el componente de que se trate y bajo esquemas de corresponsabilidad de la población beneficiaria, cuya elegibilidad está en función de un estudio socioeconómico y

---

<sup>20</sup> Los Programas Sociales operados por la SEDESOL en 2017 comprenden: Programa 3 x 1 para Migrantes, Programa de Empleo Temporal, Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, Programa Pensión para Adultos Mayores, PROSPERA Programa de Inclusión Social, Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas, Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF), Programa de Abasto Rural de DICONSA, Programa de Fomento a la Economía Social, Fondo Nacional para el Fomento de las Artesanías (FONART), Programa de Abasto Social de Leche LICONSA, Programa de Coinversión Social y Programa de Estancias Infantiles (SEDESOL, 2017).

demográfico, tomando como referencia el índice de rezago social establecido por el CONEVAL y el índice de marginación establecido por el CONAPO.

El programa opera a través de los siguientes tres componentes:

- Componente Educativo, orientado a “apoyar la inscripción, permanencia y asistencia regular a la educación primaria, secundaria y media superior de las hijas e hijos de las familias beneficiarias” (ROP PROSPERA, 2017: 10), así como apoyar en la transición hacia la educación superior.
- Componente de Salud, se compone de cuatro estrategias: 1) Paquete Básico Garantizado de Salud que se amplía a 27 intervenciones de Salud Pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud en el primer nivel de atención médica con base en las Cartillas Nacionales de Salud de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida de cada persona; 2) Consultas médicas y entrega de suplementos alimenticios para dar seguimiento y control al estado nutricional de las mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia y menores de cinco años; 3) Capacitación para el cuidado de la salud mediante talleres comunitarios en los centros de salud; y 4) Apoyo monetario mensual a personas de 70 años o más integrantes de las familias beneficiarias que no sean atendidos por el Programa de Pensión para Adultos Mayores de la SEDESOL.
- Componente de Alimentación, otorga apoyos monetarios directos mensuales a las familias beneficiarias para mejorar la cantidad, calidad y diversidad de la alimentación, apoyos complementarios para paliar el alza de los precios de los alimentos, apoyos monetarios mensuales por cada niño o niña entre 0 y 9 años, Apoyo Alimentario Sin Hambre y Apoyo Especial de Transición en un esquema sin corresponsabilidad (ROP PROSPERA, 2017).

#### ***5.2.2.2. Programas de la Ciudad de México***

Los programas sociales que emanan del ámbito federal son implementados en todas las entidades federativas, incluyendo a la Ciudad de México, pero también en esta demarcación operan de manera simultánea diversos programas que pretenden contribuir al cumplimiento de los derechos sociales, dependientes de diversas Secretarías y Órganos Desconcentrados. De acuerdo con el Sistema de Información del Desarrollo Social, actualmente se encuentran en marcha en la Ciudad

de México 61 programas sociales a cargo de diversas dependencias en apoyo a la alimentación, educación, salud, discapacidad, deporte, adicciones, servicios públicos, vivienda, violencia, inclusión social, empleo, productividad, patrimonio, cultura, entre otros.<sup>21</sup> (SIDESO, 2017a).

De todo este entramado programático, específicamente existen activos diversos programas sociales que abordan el tema del derecho a la salud en la Ciudad de México, tales son: Va Seguro, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, El Médico en Tu Casa, Sistema de Servicios para el Bienestar: Capital Social, Atención Integral al Cáncer de Mama y Apoyo para Personas de Escasos Recursos que requieren de Material de Osteosíntesis, Prótesis, Órtesis, Apoyos funcionales y Medicamentos fuera del Cuadro Básico y Catálogo Institucional<sup>22</sup>, los cuales se revisan brevemente a continuación.

### ***Programa Seguro contra Accidentes Personales de Escolares “Va Segur@”***

Este programa inició en 2008 a cargo del Fideicomiso Público Educación Garantizada del Distrito Federal, a través de la Dirección de Educación Garantizada y de la Coordinación de Aseguramiento Contra Accidentes, con el objetivo de “garantizar que los estudiantes desde el nivel preescolar, hasta el nivel medio superior que estudian en escuelas públicas de la Ciudad de México, reciban la atención médica de urgencia de calidad e inmediata para preservar su integridad física, psicológica y social en caso de requerirlo” (Gaceta Oficial CDMX, 2017: 474), mediante la prestación de un seguro contra accidentes escolares o muerte accidental de los estudiantes durante el desarrollo de sus actividades escolares, dentro de los planteles educativos, en el trayecto de escuela-casa, en actividades extraescolares autorizadas y organizadas por las escuelas públicas del sistema educativo o por instituciones del Gobierno de la Ciudad de México. El servicio de aseguramiento también incluye servicios hospitalarios y gastos médicos por parto prematuro o aborto ocasionado por accidente.

En 2013 se mejora la atención del programa a partir del incremento de la suma básica de gastos médicos y coberturas adicionales para casos especiales o de extrema urgencia, la incorporación de un centro de atención telefónica y un módulo de atención personalizada en la

---

<sup>21</sup> El listado de los programas sociales publicados en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México y las Secretarías y Órganos Desconcentrados a cargo de los mismos puede consultarse en el Anexo 1.

<sup>22</sup> Los programas El Médico en Tu Casa, Medicamentos y Servicios Médicos Gratuitos, Sistema de Servicios para el Bienestar: Capital Social, no se encuentran listados en el Anexo 1 debido a que sus Reglas de Operación no fueron publicadas en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México para 2017, sin embargo, se encuentran vigentes.

coordinación del programa, la capacitación contra accidentes a personas docente y campañas de comunicación para el autocuidado de la salud.

### ***Programa de Servicios Médicos y Medicamentos y Servicios Médicos Gratuitos “Gratuidad”***

Este programa, a cargo de la Secretaría de Salud de la actual Ciudad de México (SEDESA), entró en operación en 2001 cuando se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal la Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos gratuitos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral. En ese momento, los servicios se constituían por un Paquete Básico de 14 intervenciones, 19 medicamentos y urgencias médicas, pero es hasta 2007 que se institucionaliza como “programa social” y se publican las Reglas de Operación (ROP) (EVALÚA CDMX, 2014a).

En este sentido, las ROP de 2014 – las más actualizadas – publicadas en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, señalan que el programa se dirige a la población abierta que vive en el Distrito Federal y que carecen de seguridad social laboral para “garantizar el acceso a los servicios de salud integrales que prestan en las unidades médicas y los centros de salud del Gobierno del Distrito Federal incluyendo el acceso a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos” (Gaceta Oficial D.F., 2014a: 114).

Actualmente, el programa brinda atención a la población beneficiaria y a sus dependientes mediante unidades de primer y segundo nivel donde se ofrecen los servicios de consulta externa general y de especialidad, estudios de laboratorio y de gabinete disponibles, control del embarazo, consulta odontológica, actividades preventivas y de promoción a la salud, cirugía general, medicina interna, ginecoobstetricia, pediatría, otorrinolaringología, traumatología, ortopedia, dermatología, anatomía patológica, laboratorio clínico, anestesiología, radiología, atención de urgencia y el otorgamiento de medicamentos de acuerdo con el Cuadro Básico y Catálogo Institucional.

### ***Apoyo para Personas de Escasos Recursos que requieren de Material de Osteosíntesis, Prótesis, Órtesis, Apoyos funcionales y Medicamentos fuera del Cuadro Básico y Catálogo Institucional***

Este programa tiene su antecedente en las acciones que la SEDESA y una empresa privada realizan desde 2001 para atender secuelas de enfermedades, proveer de insumos y medicamentos

que no están cubiertos por los cuadros básicos de la Secretaría de Salud y del Programa de Gratuidad, aunque es hasta 2007 cuando asume el carácter de Programa Social, a pesar de que ya operaba con recursos de la Secretaría de Salud y con Reglas de Operación (EVALÚA CDMX, 2014b).

Esta intervención es complementaria al Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la Ciudad de México y también se dirige a personas que vive en la Ciudad de México, que carecen de Seguridad Social Laboral y que son atendidos en las unidades hospitalarias y centros de salud de la Secretaría de Salud y Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, para brindarles “algún tipo de material de osteosíntesis, prótesis, órtesis, ayudas funcionales y/o medicamentos fuera del cuadro institucional” (Gaceta Oficial D.F., 2014b: 122), los cuales son entregados a solicitud de un médico especialista de las clínicas u hospitales de atención y la presentación de la documentación solicitada.

### ***El Médico en Tú Casa***

Esta intervención inicia en 2014 bajo la operación de la SEDESA para reducir la mortalidad materna-infantil en Iztapalapa, pero se amplió a toda la Ciudad de México para brindar atención médica casa por casa a población vulnerable (personas que no pueda trasladarse a los servicios de salud, adultos mayores, personas con discapacidad, embarazadas sin control prenatal, enfermos postrados o con enfermedad en etapa terminal y personas en situación de abandono), a través de la prestación de los siguientes servicios (SEDESA, 2017):

- Detección de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sobrepeso.
- Atención podológica a adultos mayores y diabéticos.
- Afiliación a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la CDMX y Seguro Popular.
- Cuidados paliativos a enfermos crónicos.
- Atención odontológica a domicilio con equipo móvil.
- Orientación al paciente y su familia sobre el padecimiento y los cuidados en general.
- Control prenatal a embarazadas y entrega de canastas nutricionales.
- Orientación nutricional a pacientes con enfermedades crónicas o mujeres embarazadas.

- Entrega de medicamentos en domicilio.
- Toma de estudios de laboratorio a domicilio.
- Atención a personas con adicciones, por medio de la prevención, detección y tratamiento.
- Asesoría de Ley de Voluntad Anticipada.
- Medición y diagnóstico auditivo para detectar la sordera a mediana, corta o avanzada edad.

Las acciones de este programa se realizan con brigadas médicas, unidades móviles y un centro de atención telefónica a la población beneficiaria que debe estar afiliada al programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la Ciudad de México o al Sistema de Protección en Salud (Seguro Popular).

### ***Sistema de Servicios para el Bienestar: Capital Social***

En octubre de 2013 se decreta la creación del Sistema de Servicios para el Bienestar: Capital Social que, a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social de la Ciudad de México, busca contribuir a mejorar la calidad de vida de la población entre 18 a 67 años, con residencia comprobable por los últimos tres años en la Ciudad de México, mediante las siguientes estrategias (Gaceta Oficial D.F., 2013b):

- Descuentos en comercios participantes.
- Red de asistencia médica telefónica gratuita, las 24 horas, los 365 días del año.
- Revisión médica anual, gratuita.
- Acceso a una Red de clínicas y laboratorios para análisis clínicos.
- Acceso a consultas médicas de especialista, a precio preferente.
- Seguro de vida para gastos por fallecimiento para el titular, cónyuge e hijos menores de 25 años.
- Seguro de gastos médicos por accidente para el titular, hasta por 5 mil pesos, con periodicidad anual.
- Acceso a los beneficiarios del Programa a una red de servicios para el hogar, a precio preferente, como cerrajería, plomería y electricidad, vía telefónica.

Para acceder a estos beneficios, el Sistema se integra por tres componentes, a saber, una tarjeta electrónica, una plataforma de información en línea y un mecanismo de seguimiento y monitoreo (Gaceta Oficial D.F., 2013a).

### ***Atención Integral al Cáncer de Mama***

El Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama, a cargo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), brinda atención a mujeres de 40 a 69 años de edad con antecedentes familiares de cáncer de mama valoradas por un médico, sin seguridad social y residentes en la Ciudad de México para promover al auto cuidado y apropiación del cuerpo para la detección oportuna del cáncer de mama. Para lograr este objetivo, el Instituto de las Mujeres colabora con la SEDESA para ofrecer jornadas de mastografías de pesquisa o tamizaje gratuitas e itinerantes en todas las delegaciones de la Ciudad de México, en donde también se brindan pláticas informativas, apoyo psicológico en grupos y terapias individuales (INMUJERES CDMX, 2017).

Finalmente, además de estos programas sociales, en la Ciudad de México se implementan diversas acciones para el cuidado de la salud a cargo del Gobierno de la Ciudad de México y de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, tales como Chequeo Médico Obligatorio en las estaciones del Sistema de Transporte Colectivo Metro, Medibuses itinerantes, Jornadas de Vacunación, Medicina a Distancia vía telefónica, Clínicas Especializadas, Cartilla 0 a 6 años, Ola Blanca para la toma de presión arterial, Jornadas de Salud en Gimnasios Urbanos, entre muchas otras (Gobierno CDMX, 2016).

#### ***5.2.2.3. Programas de Iztapalapa***

A nivel municipal, la delegación Iztapalapa, a través de la Dirección General de Desarrollo Social, implementa 12 programas en materia de desarrollo social en los ámbitos de alimentación, desarrollo social y calidad de vida, deporte, educación y salud, tal como se puede revisar en el Cuadro 23.

En materia de salud, solo opera actualmente el Programa Poder de la Diversidad que atiende a personas entre 19 a 60 años de edad que pertenezcan a la población Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Travesti, Transexual e Intersexual (LGBTTTI) residentes en zonas de

muy bajo o bajo índice de desarrollo social de la Delegación Iztapalapa y que se encuentren en tratamiento médico u hormonal.

Sin embargo, otros programas delegacionales atienden la salud de la población en condiciones más vulnerables a través de apoyos monetarios y en especie para contribuir a la nutrición y seguridad alimentaria, tales como los programas Poder Alimentario, Poder es Calidad de Vida y Poder Infantil, mientras otros contribuyen a mejorar el estado físico general a través de apoyos monetarios que fomentan el deporte, como es el caso de los programas Poder Alcanzar la Meta y Poder Ganar.

**Cuadro 23. Programas sociales en Iztapalapa en el ejercicio fiscal 2017**

Ámbito	Programa	Objetivo general	Población beneficiaria
Alimentación	Poder Alimentario	Contribuir a la seguridad alimentaria de las mujeres jefas de familia de 17 a 35 años de edad y sus hijos o hijas menores de edad, que habitan en la Delegación Iztapalapa en zonas de bajo y muy bajo índice de desarrollo social, a través de un apoyo económico mensual de \$300.00 por un máximo de 12 meses.	Mujeres de 17 a 35 años de edad que tengan hijas o hijos menores de edad y que habiten dentro de la Delegación Iztapalapa en colonias con bajo y muy bajo índice de desarrollo social, que se encuentre en situación de vulnerabilidad por ingreso y en consecuencia sufran de carencia por acceso a la alimentación.
	Poder es Calidad de Vida	Contribuir a mejorar la alimentación de adultos mayores de 62 a 64 años de edad, que vivan en zonas de bajo y muy bajo desarrollo social de la Delegación Iztapalapa, que presente carencia por acceso a la alimentación mediante la entrega de apoyos alimentarios (despensa) con un valor aproximado de \$166.50 en hasta 6 ocasiones al año.	Personas adultas mayores de 62 a 64 años de edad que habitan en zonas de muy bajo y bajo desarrollo social de la Delegación Iztapalapa que no cuentan con derechohabencia social.
	Poder Infantil	Contribuir a la seguridad alimentaria, para procurar el derecho a la alimentación de niñas y niños de 45 días de nacidos a 5 años 11 meses de edad, a través de las raciones alimentarias que se brindan en los Centros de Desarrollo Infantil Delegacionales (CENDI's), en Iztapalapa.	Niñas y niños de 45 días a 5 años 11 meses residentes de la Ciudad de México, hijas o hijos de madres padres o tutores trabajadores inscritos en los CENDI's de la Delegación Iztapalapa.
Deporte	Poder Alcanzar la Meta	Fomentar la cultura física y del deporte entre la población que habita en la Delegación Iztapalapa, independientemente de su origen étnico, condición jurídica, social o económica, migratoria, de salud, de edad, discapacidad, sexo, orientación o preferencia sexual, estado civil, nacionalidad, apariencia física, forma de pensar o situación de calle, entre otras; mediante la participación comunitaria de 290 promotoras y promotores deportivos que recibirán un estímulo económico de \$3,000.00 por hasta 12 ocasiones, que impartirán clases y actividades en espacios públicos de la demarcación dentro de los deportes en los que se especializan.	Personas de 15 a 39 años de edad que habitan en la Delegación Iztapalapa que participan en las actividades de promoción del deporte, a través de 290 mujeres y/o hombres promotores deportivos certificados.

	Poder Ganar	Contribuir a la participación de los talentos deportivos de la Delegación en competencias inter delegacionales, juegos populares de la Ciudad de México, juegos deportivos infantiles, juveniles y paralímpicos de la Ciudad de México, otorgando hasta 12,000 apoyos económicos de \$500.00 pesos a deportistas de la Delegación Iztapalapa, siendo posible hasta 12 apoyos en el año.	Personas de 10 a 29 años de edad deportistas de alto rendimiento, que habitan en zonas de muy bajo y bajo índice de desarrollo social de la Delegación Iztapalapa.
Inclusión social y calidad de vida	Poder con la Discapacidad	Contribuir al mejoramiento de la economía familiar de las personas con algún tipo de discapacidad que vivan en hogares ubicados en zonas de bajo y muy bajo desarrollo social de la Delegación Iztapalapa, mediante el otorgamiento de un apoyo económico de \$200.00 mensuales con un máximo de 6 apoyos al año que favorezca a la integración y desarrollo de este sector de la población.	Personas de entre 1 mes hasta 59 años de edad que viven con algún tipo de discapacidad con limitación en las actividades cotidianas y que habiten zonas de bajo y muy bajo índice de desarrollo social de la Delegación Iztapalapa y que no cuenten con apoyo de algún otro programa social.
	Poder Cruzar Seguro	Favorecer la inclusión de personas de 60 y 61 años de edad, que habiten en la Delegación Iztapalapa, mediante el otorgamiento de un apoyo económico de \$400.00 mensuales en un máximo de 10 apoyos al año y coadyuven en la generación de una cultura cívica de seguridad en la movilidad en su comunidad.	Personas de 60 a 61 años de edad que habitan en la delegación Iztapalapa.
	La Cultura Vial es Poder	Contribuir a mejorar la economía de las mujeres jefas de familia residentes en Iztapalapa incorporándolas a actividades que permitan fomentar una cultura de seguridad vial con la corresponsabilidad de la ciudadanía, mediante el otorgamiento de un apoyo económico mensual de \$3,000.00 con un máximo de 12 apoyos al año.	Mujeres jefas de familia que no trabajan de 25 a 59 años de edad y que habiten en zonas de bajo y muy bajo índice de desarrollo social.
	Poder Divertirnos	Facilitar la participación y acceso de la población a los bienes y servicios culturales ofreciendo mayor oportunidad de apreciación estética, goce y disfrute del tiempo libre y el sentido de comunidad artística que garantice el derecho al acceso a la cultura mediante el otorgamiento de apoyos económicos por \$4,000.00 mensuales con un máximo de 10 apoyos al año a personas organizadas en grupos o colectivos que lleven actividades de esta índole a la población en general que habita en Iztapalapa.	Colectivos o grupos de vecinos organizados que habiten en Iztapalapa conformados por un mínimo de 3 y hasta 5 personas por colectivo, las cuales fortalecerán el acceso a las actividades, mediante presentaciones en las diferentes unidades territoriales, difundiendo la cultura, directamente en su entorno social.

Educación	Poder Estudiar	Contribuir a la disminución de la deserción escolar de los jóvenes de 11 a 17 años de edad, que cursan el nivel secundaria, en Instituciones públicas dentro de la Ciudad de México y habitan en la Delegación Iztapalapa, con un apoyo económico de \$400.00 pesos mensuales con un máximo de 12 apoyos, con la finalidad de mantener la permanencia en las escuelas y fortalecer las competencias que se requieren para el desarrollo educativo.	Estudiantes regulares en secundarias públicas de la Ciudad de México de 11 a 17 años de edad, que habitan en zonas de bajo y muy bajo índice de desarrollo social y habiten en la Delegación Iztapalapa.
	Poder Graduarte	Contribuir a que las alumnas o alumnos de 18 a 24 años de edad, que habitan en unidades territoriales de muy bajo y bajo índice de desarrollo social de la Delegación Iztapalapa y que están inscritos en el último año de estudios de nivel superior en alguna institución pública de la Ciudad de México, concluyan de manera satisfactoria sus estudios profesionales y técnicos superior, mediante un apoyo económico de \$750.00 mensuales con un máximo de 12 apoyos.	Estudiantes del último año de estudios a nivel superior inscritos en alguna institución pública dentro de la Ciudad de México y que habiten en zonas de bajo o muy bajo índice de desarrollo social de la Delegación Iztapalapa.
Salud	Poder de la Diversidad	Contribuir al empoderamiento e inclusión social de las personas de 19 a 60 años de edad pertenecientes a la población Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Travesti, Transexual e Intersexual (LGBTTTI), mediante orientación sobre Derechos Humanos y un apoyo económico de \$300.00 mensuales hasta por 12 meses que permita la obtención de servicios médicos de calidad con perspectiva de no discriminación.	Personas de entre 19 a 60 años de edad que pertenezcan a la población LGBTTTI residentes en zonas de muy bajo o bajo índice de desarrollo social de la Delegación Iztapalapa y que se encuentren en tratamiento médico u hormonal.

Fuente: Tomado de las Reglas de Operación 2017 publicadas en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México (ROP, 2017).

## **6. Más allá de las estadísticas: experiencias de desigualdad de género en la atención a necesidades de salud de mujeres jóvenes en Iztapalapa**

Las estadísticas sobre la condición de salud y pobreza en la Ciudad de México y en Iztapalapa evidencian los grandes avances en materia de acceso a servicios de salud, el abatimiento de numerosas enfermedades y las mejoras en dotación de servicios e infraestructura. Para las mujeres, estos avances se han materializado en mayores oportunidades de acceder a la derechohabencia en servicios públicos de salud y en servicios privados, en la reducción de la mortalidad materna, en la detección oportuna de enfermedades y en la mayor apertura a tratar su salud sexual, reproductiva, materna y emocional, por poner tan solo algunos ejemplos.

Sin embargo, la extensa numeralia sobre el tema de salud y pobreza de las mujeres invisibiliza la producción y reproducción de múltiples desigualdades que estas viven y que se encuentran enraizadas en las estructuras sociales, impidiéndoles participar como pares plenas en la interacción social, tales como desigualdades en los mercados de trabajo, en el acceso a bienes y servicios, en los roles de género o en la toma de decisiones en los puestos de poder; desigualdades que además no son captadas en las estadísticas sobre salud y pobreza.

En este sentido, el objetivo del capítulo consiste en evidenciar cuáles son las desigualdades de género que mujeres jóvenes en pobreza experimentan cuando atienden sus necesidades de salud a partir de las voces de las propias mujeres, recopiladas mediante entrevistas individuales a profundidad, denotando así que la pobreza vivida por las mujeres se entrecruza con otras desigualdades sociales como el género y la edad. Atendiendo a lo anterior, el capítulo se estructura en tres partes, en la primera se presenta la estrategia metodológica seguida para la realización de las entrevistas, en la segunda parte se resumen las principales características de las mujeres entrevistadas y en la parte final se exponen las experiencias de desigualdad que viven las mujeres jóvenes entrevistadas en el proceso de atención a su salud.

### **6.1. Estrategia metodológica**

Este apartado tiene el objetivo de presentar la metodología empleada para documentar las experiencias de desigualdad de género en la atención a las necesidades de salud de mujeres jóvenes en pobreza. En el apartado se revisa de manera general el abordaje de la metodología

cualitativa, la herramienta metodológica empleada y la forma en que se seleccionaron las unidades de observación.

### ***Metodología cualitativa***

La revisión estadística hasta ahora realizada sobre salud, pobreza y género para acercarse a las condiciones de vida y bienestar de mujeres jóvenes, supone que es posible medir y cuantificar los fenómenos sociales para analizar e interpretar la realidad de manera objetiva.

Sin embargo, esta no es la única forma de aproximarse a la realidad ni de entender los procesos sociales, más aún, constituye una mirada parcial en el conocimiento sobre la manera en que la pobreza se vincula con las desigualdades de género porque en la búsqueda de métodos de medición de la pobreza cada vez más refinados estadísticamente, no se incorporan expresiones subjetivas que den cuenta de procesos sociales subyacentes.

En este sentido, desigualdades sociales estructurales como las derivadas de las diferencias de género, llegan a ser invisibilizadas en los métodos de medición de la pobreza y en diversas estimaciones, ocultando así los privilegios sociales de los cuales gozan los varones en la interacción social y que se traducen en obstáculos para que las mujeres se conviertan en pares plenas en la estructura social.

Con el propósito de contestar a las preguntas de investigación sobre las experiencias de desigualdad de género en la atención a las necesidades de salud de mujeres jóvenes en pobreza que viven en Iztapalapa, se plantea una estrategia metodológica cualitativa que parte del supuesto de que “la realidad se construye socialmente y no es independiente de los individuos” (Mateo, 2002: 64) ante lo cual es fundamental interpretar su subjetividad, siendo entonces posible aproximarse a la realidad a través del entendimiento de los fenómenos y procesos sociales en su complejidad.

### ***Herramienta metodológica***

Existen diversas herramientas cualitativas para obtener información, pero en esta investigación se seleccionó la entrevista a profundidad, la cual es “un tipo de conversación” (Mateo, 2002: 71) que permite extraer información de las y los entrevistados para profundizar en sus percepciones y experiencias individuales sobre algún tema de interés. El propósito no es la medición sino la

aproximación a la realidad mediante la comprensión de los fenómenos y de los procesos sociales a través de los sujetos (Martínez-Salgado, 2012).

Las entrevistas realizadas en esta investigación tienen el objetivo de mostrar las diversas manifestaciones de desigualdades de género que enfrentan mujeres jóvenes entre 15 y 29 años de edad cuando resuelven las necesidades de atención a la salud en contextos de pobreza, teniendo o no acceso a la derechohabencia a servicios de salud públicos y privados, y atendiendo a las diferentes posiciones que estas mujeres ocupan en los arreglos familiares.

Las entrevistas se realizaron a partir de una guía de temas en cuatro bloques:<sup>23</sup>

- 1) El primer bloque está compuesto por una serie de preguntas sobre características generales de las mujeres y sus hogares para identificar el rango de edad (15-29 años), la colonia de Iztapalapa según grado de marginación, quiénes son los miembros de la familia y cuál es la posición de la entrevistada respecto al jefe o jefa de hogar, las actividades que desempeña la entrevistada (trabajo, estudio, quehaceres, acarreo, trabajo comunitario, etc.), si tiene acceso a servicios de salud (públicos/privado), cuáles son y el tipo de derechohabencia (directa, indirecta o sin derechohabencia).
- 2) En el segundo bloque se exploran las desigualdades de género en la dimensión de la distribución (división sexual del trabajo) que enfrentan las mujeres jóvenes entrevistadas en contextos de pobreza en Iztapalapa al resolver necesidades de salud en las áreas de la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, así como salud mental y emocional.
- 3) El tercer bloque indaga sobre las desigualdades de género en la dimensión del reconocimiento (estatus de la mujer) que enfrentan las mujeres jóvenes entrevistadas en contextos de pobreza en Iztapalapa al resolver necesidades de salud en las cuatro áreas de la salud femenina.
- 4) En el cuarto bloque se identifican las desigualdades de género en la dimensión de la representación política (participación social/comunitaria) que enfrentan las mujeres jóvenes entrevistadas en contextos de pobreza en Iztapalapa al resolver necesidades de salud en las cuatro áreas de la salud femenina.

---

<sup>23</sup> El esquema general del guion de entrevistas y el guion desglosado pueden consultarse en el Anexo 2.

### ***Selección de las entrevistas***

Los criterios de selección de las mujeres a entrevistar fueron dos: 1) el rango de edad entre 15 y 29 años, que constituye el segmento de la población joven de acuerdo con la clasificación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y a diversos estudios sociodemográficos y 2) el contexto de pobreza, el cual está dado por la elección de colonias en Iztapalapa cuyo grado de marginación sea Alto y Muy Alto, de acuerdo con el índice de desarrollo social de las unidades territoriales de la Ciudad de México en 2010, establecido por el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal.<sup>24</sup>

La selección del número de unidades de observación no se determinó con antelación, sino que la estrategia se realizó en campo utilizando la técnica de bola de nieve que consiste en identificar “los casos de interés a partir de alguien que conozca a alguien que puede resultar un buen candidato [*o candidata*] para participar” (Martínez-Salgado, 2012: 616), hasta lograr la saturación teórica, es decir, “el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos” (Martínez-Salgado, 2012: 617).

En este sentido, se realizaron en total once entrevistas en cinco colonias de Iztapalapa – la localización de las colonias se representa en el Mapa 4 – con grados de marginación Alto y Muy Alto, tal como se muestra en el cuadro 24. Las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares de las mujeres jóvenes y en sitios que ellas eligieron para garantizar su comodidad. Todas las entrevistas fueron grabadas y se desarrollaron sin contratiempos.

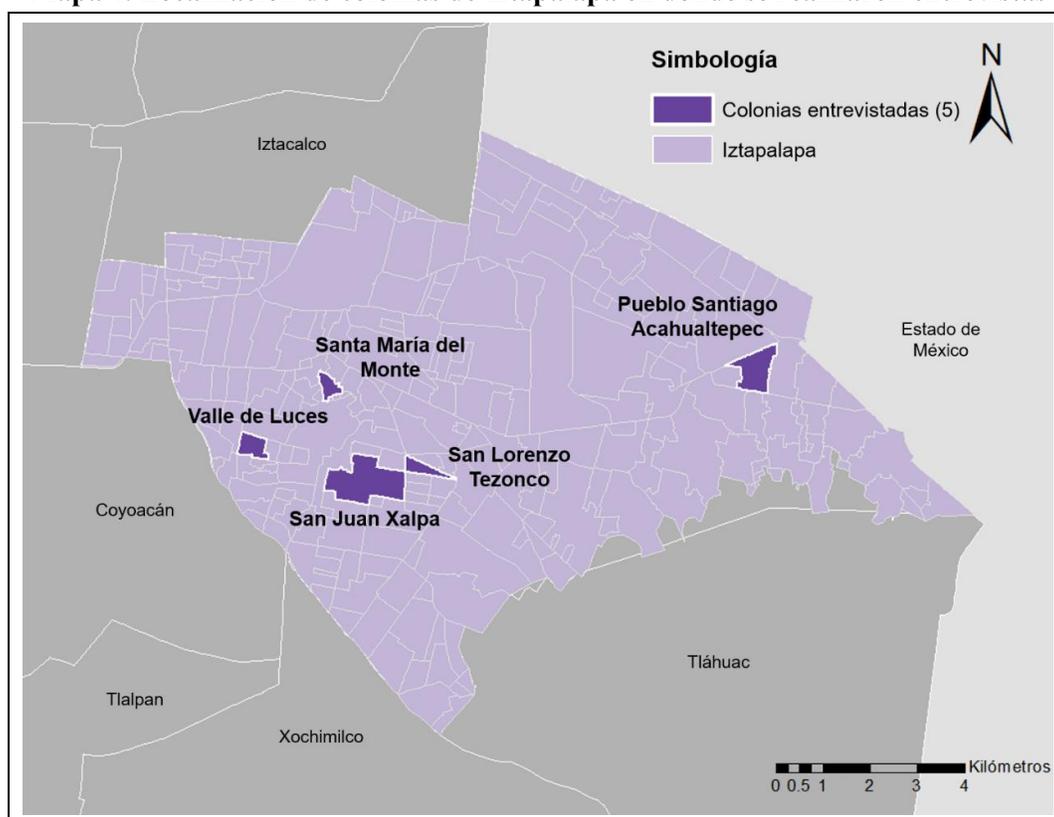
**Cuadro 24. Colonias donde se realizaron entrevistas**

<b>Colonia</b>	<b>Grado de marginación</b>	<b>Número de entrevistas</b>
San Juan Xalpa	Alto	6
Santa María del Monte	Alto	1
Valle de Luces	Alto	1
Pueblo Santiago Acahualtepec	Muy Alto	1
San Lorenzo Tezonco	Muy Alto	2

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas y del SIDESO (2017b).

<sup>24</sup> El Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal tiene la obligación de estimar y publicar el Índice de desarrollo social de las unidades territoriales del Distrito Federal para las escalas de manzana, colonia y delegación del Distrito Federal a partir del Censo de Población y Vivienda de 2010, considerando las siguientes dimensiones: calidad y espacio de la vivienda, acceso a salud y seguridad social, rezago educativo, bienes durables, adecuación sanitaria y adecuación energética (SIDESO, 2017b).

**Mapa 4. Localización de colonias de Iztapalapa en donde se realizaron entrevistas**



Fuente: Elaboración propia a partir del Marco Geoestadístico Nacional 2010.

## 6.2. Caracterización de las mujeres entrevistadas

La información proporcionada por las once mujeres entrevistadas, además de brindar una visión sobre las desigualdades de género que experimentan, permitió caracterizarlas en términos de condiciones generales al interior de los hogares y sobre el estado de su salud, tal como se sistematizó en los Cuadros 25 y 26.

En general, las mujeres jóvenes se caracterizan por una escolaridad de nivel bachillerato y por desempeñar diversas actividades simultáneamente, dado que en su mayoría se dedican al trabajo doméstico no remunerado que incluye: lavar, planchar, limpiar la casa, barrer, trapear, comprar alimentos, preparar la comida, cuidar a los hijos e hijas, cuidar de personas mayores y acarrear agua. Desempeñan actividades no remuneradas como tareas escolares y voluntariado, y también realizan actividades económicas remuneradas en empleos de asistentes.

Estas actividades les consumen todo el día y en algunos casos el trabajo doméstico se reparte entre los miembros del hogar, aunque son las entrevistadas o alguna figura femenina en su familia quien contribuye en mayor medida a su realización.

Por otro lado, la composición de los hogares de las entrevistadas es diversa ya que depende mucho de su edad. En general, las mujeres más jóvenes viven con la madre o con ambos padres, así como con sus hermanos y hermanas, mientras las mujeres que superan los 20 años suelen vivir con la pareja, hijos e hijas, incluso, con la familia extendida de parte de la pareja, es decir, suegros y cuñados, pero ninguna entrevistada vive sola.

En lo tocante al parentesco respecto al jefe o jefa de hogar, destaca que ninguna entrevistada es jefa de hogar, sino que en su mayoría son hijas o parejas del jefe de hogar. Solo en el caso de una de las mujeres, ella se auto denomina jefa de hogar junto con su pareja debido a que realiza una actividad económica remunerada y aporta al gasto del hogar.

En términos del acceso a servicios de salud, en el Cuadro 26 se muestra que todas las mujeres recurren a servicios privados en consultorios médicos que generalmente paga una figura masculina (padre o pareja), a pesar de tener derechohabencia en instituciones públicas de salud. Quienes acceden a servicios públicos, están afiliadas al IMSS, ISSSTE y Seguro Popular mediante derechohabencia indirecta del padre, en la mayoría de los casos.

Finalmente, sobre las condiciones de salud, la gran mayoría de las entrevistadas tiene una percepción favorable sobre su estado de salud a pesar de presentar diversas enfermedades de manera recurrente. Las principales enfermedades que afectan a las mujeres jóvenes están relacionadas con padecimientos de las vías respiratorias, gastrointestinales, dentales, alimenticios y emocionales, estos últimos vinculados con estrés ansiedad, nervios, tristeza y depresión debido a las cargas de trabajo, peleas matrimoniales, separación de los padres, salud de hijas e hijos, así como inseguridad en sus colonias de residencia.

**Cuadro 25. Características generales de las entrevistadas**

Seudónimo	Edad	Colonia de residencia	Grado de marginación	Escolaridad	Ocupación y actividades	Composición del hogar	Relación de parentesco con jefe(a) de hogar
Ana	23	Pueblo de San Lorenzo Tezonco	Muy alto	Bachillerato con carrera técnica	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estudiante (Belleza y estilismo)</li> <li>– Trabajo doméstico no remunerado</li> </ul>	Pareja, hijos, suegros y cuñado	Pareja (esposa)
Clavel	23	Valle de Luces	Alto	Bachillerato	Trabajo doméstico no remunerado	Pareja	Pareja
Gabriela	17	Santa María del Monte	Alto	Bachillerato	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estudiante (Bachillerato)</li> <li>– Trabajo doméstico no remunerado</li> <li>– Voluntariado en la Cruz Roja</li> </ul>	Padres, hermano y cuñada	Hija
Iliana	24	Pueblo de San Lorenzo Tezonco	Muy alto	Licenciatura incompleta	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trabajo remunerado (Asistente)</li> <li>– Trabajo doméstico no remunerado</li> </ul>	Pareja e hijos	Pareja (esposa)
Montserrat	26	Pueblo Santiago Acahualtepec	Muy alto	Licenciatura incompleta	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trabajo remunerado (Asistente)</li> <li>– Trabajo doméstico no remunerado</li> <li>– Estudio (Conclusión de tesis)</li> </ul>	Madre y hermana	Hija
Carmen	21	San Juan Xalpa	Alto	Bachillerato	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trabajo remunerado (Asistente)</li> <li>– Estudio (Bachillerato)</li> <li>– Trabajo doméstico no remunerado</li> </ul>	Madre y hermano	Hija
Alejandra	17	San Juan Xalpa	Alto	Secundaria trunca	Trabajo doméstico no remunerado	Madre	Hijastra
Diana	14	San Juan Xalpa	Alto	Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estudiante (Secundaria)</li> <li>– Trabajo doméstico no remunerado</li> </ul>	Madre y padre	Hija
Claudia	16	San Juan Xalpa	Alto	Bachillerato	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estudiante (Bachillerato)</li> <li>– Trabajo doméstico no remunerado</li> </ul>	Madre y hermanos	Hija
Susana	29	San Juan Xalpa	Alto	Bachillerato	Trabajo doméstico no remunerado	Pareja e hijo	Pareja (esposa)
Viridiana	29	San Juan Xalpa	Alto	Licenciatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trabajo remunerado (Asistente)</li> <li>– Trabajo doméstico no remunerado</li> </ul>	Pareja	Pareja (esposa) y se reconoce como jefa de hogar

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recolectada en las entrevistas (marzo, 2017).

**Cuadro 26. Características de salud de las entrevistadas**

Seudónimo	Tipo de servicios de salud	Servicios de salud	Afiliación	Percepción sobre la salud	Enfermedades y padecimientos referidas por las entrevistadas
Ana	Privado	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hospital Ángeles y centros médicos particulares</li> <li>– Farmacias Similares (antes de casarse)</li> </ul>	<p>Indirecta (paga el esposo)</p> <p>Directa (ella pagaba en Farmacias)</p>	Buena	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anginas</li> <li>– Malestares durante el embarazo (náuseas, vómito, alto riesgo)</li> <li>– Infección en vías urinarias</li> <li>– Lactancia dolorosa (fiebre)</li> <li>– Úlceras en el cuello de la matriz</li> <li>– Tristeza (problemas matrimoniales)</li> <li>– Aborto espontáneo a los 16 años</li> <li>– Muela del juicio</li> <li>– Urgencia médica (herida en asalto)</li> </ul>
	Público	IMSS (antes de casarse)	Directa		
Clavel	Privado	Consultorios médicos privados	Indirecta (paga la pareja)	Regular	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asma</li> <li>– Bronquitis</li> <li>– Varicela</li> <li>– Ansiedad (sobrecarga de trabajo)</li> <li>– Trastornos alimenticios (dejaba de comer)</li> </ul>
Gabriela	Privado	Consultorios médicos privados	Indirecta (paga el padre)	Buena	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gastritis</li> <li>– Gripe</li> <li>– Estrés (sobrecarga de trabajo)</li> <li>– Depresión (problemas familiares)</li> <li>– Trastornos alimenticios (dejaba de comer)</li> <li>– Endodencia</li> <li>– Sangrado menstrual abundante y anormal</li> </ul>
Iliana	Público	<ul style="list-style-type: none"> <li>– IMSS</li> <li>– Seguro Popular</li> </ul>	Directa	Buena	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gripe</li> <li>– Caries</li> <li>– Control de embarazo (embarazo de riesgo)</li> <li>– Tristeza (problemas de salud de la hija)</li> <li>– Nervios (sobrecarga de trabajo)</li> </ul>
	Privado	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Consultorios médicos privados</li> <li>– Farmacias Similares</li> </ul>	Indirecta (paga el esposo)		

Montserrat	Privado	Consultorios médicos privados	In/Directa (ella y el padre pagan)	Buena	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alergias</li> <li>- Urgencia médica (mordida por un perro)</li> <li>- Quistes</li> <li>- Anemia</li> <li>- Caries</li> <li>- Estrés (sobrecarga de trabajo)</li> <li>- Depresión (problemas familiares)</li> </ul>
	Público	IMSS	Indirecta (afiliación por padre)		
Carmen	Privado	Consultorios médicos privados	Directa (ella paga)	Buena	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gripe</li> <li>- Migraña (sobrecarga de trabajo)</li> <li>- Caries</li> <li>- Tristeza (no sabe a qué se debe)</li> </ul>
	Público	ISSSTE	Indirecta (afiliación por padre)		
Alejandra	Privado	Consultorios médicos privados	Indirecta (paga la pareja de la madre)	Buena	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gripe</li> <li>- Tos</li> <li>- Control de embarazo</li> <li>- Depresión (embarazo adolescente, delincuencia)</li> </ul>
	Público	Seguro Popular			
Diana	Privado	Consultorios médicos privados	Indirecta (pagan el padre y la madre)	Buena	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gripe (mala alimentación)</li> <li>- Fiebre</li> <li>- Tos</li> <li>- Dolor estomacal</li> <li>- Depresión (no sabe a qué se debe)</li> </ul>
Claudia	Privado	Consultorios médicos privados	Indirecta (paga la madre)	Buena	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gripe</li> <li>- Infección estomacal</li> <li>- Vértigo</li> <li>- Urgencia médica (fractura mano)</li> <li>- Dentista (brackets)</li> <li>- Jotes (mala alimentación)</li> </ul>
	Público	IMSS	Directa (escuela)		
Susana	Privado	Consultorios médicos privados	Indirecta (pago y afiliación por el esposo)	Regular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemia (mala alimentación)</li> <li>- Presión baja (mala alimentación)</li> <li>- Control de embarazo</li> <li>- Hemorragia después del parto</li> </ul>
	Público	ISSSTE			

Viridiana	Privado	Consultorios médicos privados	Directa (ella paga)	Regular	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Infertilidad</li> <li>– Quistes</li> <li>– Hipotiroidismo</li> <li>– Gripe</li> <li>– Caries</li> <li>– Estrés (sobrecarga de trabajo)</li> <li>– Tristeza (problemas para embarazarse)</li> <li>– Nervios (conducta familiar aprendida)</li> </ul>
	Público	Seguro Popular			

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recolectada en las entrevistas (marzo, 2017).

### **6.3. Experiencias de pobreza y desigualdades de género en la atención a las necesidades de salud**

Este apartado tiene el objetivo de sistematizar las experiencias de las mujeres jóvenes entrevistadas en torno a factores ligados a la pobreza y a desigualdades de género – dimensiones de distribución, reconocimiento y representación – en la atención a sus necesidades de salud, así como identificar los obstáculos de género que se entrelazan con las condiciones de escasez. Lo anterior se documenta en los siguientes dos apartados que versan sobre los factores ligados a la pobreza y a desigualdades de género en voz de las once mujeres jóvenes entrevistadas en contextos de pobreza en Iztapalapa.

#### ***6.3.1. Factores ligados a la pobreza***

La pobreza multidimensional, definida y medida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social en México (CONEVAL)<sup>25</sup>, constituye la no garantía en el ejercicio de al menos uno de los derechos para el desarrollo social y que los ingresos sean insuficientes para adquirir los bienes y servicios que se requieren para satisfacer las necesidades básicas.

Aunque la definición propuesta por el CONEVAL solo contempla una serie de elementos mínimos de acceso y no de calidad para garantizar el bienestar, constituye una aproximación para conocer las condiciones de vida de las mujeres entrevistadas en términos de derechos sociales fundamentales, a saber, alimentación, educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos y cohesión social.

Atendiendo a este punto, en esta sección se presentan los factores identificados que contribuyen a la pobreza de las mujeres entrevistadas en Iztapalapa en diversos ámbitos de su vida cotidiana. Dichos factores son referidos por las propias entrevistadas y otros basados en la observación de las condiciones de vida en sus viviendas, y se agrupan en los ámbitos de los derechos sociales.

##### ***6.3.1.1. Alimentación***

El derecho a la alimentación representa uno de los derechos fundamentales para la vida y la dignidad humana, ya que de acuerdo con la Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria

---

<sup>25</sup> Remitirse a la nota 1 del capítulo 3 para revisar la descripción y funciones del CONEVAL.

Mundial “toda persona tiene derecho a tener acceso a alimentos sanos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación apropiada y con el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre” (FAO, 1996), aunque el contenido de una alimentación apropiada pueda variar entre sociedades.

Las referencias de las entrevistadas sobre su alimentación tienen que ver con dos elementos, por un lado con el acceso en cantidad y calidad, y por otro lado con enfermedades vinculadas a la alimentación. En el primero de los casos, algunas de las mujeres (Montserrat, Diana, Claudia y Susana) refieren que su alimentación nunca ha sido buena porque no consumen una amplia variedad de frutas y verduras desde su infancia, no porque no les gusten, sino porque sus familias no las adquirirían, lo cual ha tenido consecuencias en su salud como las siguientes enfermedades: anemia, bajo peso, presión baja, manchas en la piel y frecuentes infecciones en las vías respiratorias.

Por otro lado, algunas entrevistadas (Clavel, Gabriela y Viridiana) mencionaron haber padecido trastornos alimenticios vinculados a problemas emocionales, pero que también han repercutido en su salud física al detonar otras problemáticas como resfriados frecuentes, dolores de cabeza y gastritis.

Es importante mencionar que, tanto el conjunto de las entrevistadas como algunos miembros de sus familias, han utilizado programas sociales relacionados con la alimentación como Desayunos Escolares Fríos del DIF<sup>26</sup> y el Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> El Programa de Desayunos Escolares es coordinado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y operado por los Sistemas Estatales, en las modalidades Frío y Caliente. Se encuentra dirigido a niñas, niños y adolescentes en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, que asisten a planteles oficiales del Sistema Educativo Nacional, ubicados en zonas indígenas, rurales y urbano-marginadas, preferentemente, mediante la entrega de un desayuno o comida caliente preparados en los comedores escolares o un desayuno frío (DIF Nacional, 2016).

<sup>27</sup> El Programa de Abasto Social de Leche, operado por la Secretaría de Desarrollo Social, está dirigido a niñas y niños de 6 meses a 12 años de edad, mujeres adolescentes de 13 a 15 años, mujeres en periodo de gestación o lactancia, mujeres de 45 a 59 años, personas con enfermedades crónicas, personas con discapacidad, personas adultas de 60 y más años y personas en instituciones de asistencia social. Se otorga apoyo en especie a partir de la venta de leche fortificada en la modalidad de precio subsidiado a partir de un registro y estudio socioeconómico previo, para determinar la cantidad de litros de leche por semana (la dotación de leche por beneficiario es de 4 litros por semana, siendo 24 litros la cantidad máxima por hogar) y el calendario de entrega. Los centros de venta y el abastecimiento de leche se encuentran a cargo de Liconsa S.A. de C.V. (ROP PASL, 2017).

Aunque los programas sociales constituyen un importante apoyo para hacer frente a las carencias alimenticias, las condiciones de acceso a una correcta alimentación en cantidad y calidad no están saldadas entre las mujeres entrevistadas, colocándolas en una grave posición de vulnerabilidad.

### **6.3.1.2. Educación**

Tradicionalmente, la educación formal se ha considerado como un medio para frenar el círculo de reproducción de la pobreza y promover la movilidad social (Kaztman, 2001) porque permite la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y la inserción en el mercado de trabajo. Cuando no se tiene acceso al sistema educativo o cuando no se ha alcanzado el nivel de escolaridad necesario y adecuado a la edad, la inserción laboral y social puede ser desventajosa y conducir a condiciones de vida más precarias.

En este sentido, un elemento fundamental para conocer el contexto de vida de las entrevistadas, radica en examinar cómo la escolaridad puede influir en sus condiciones de pobreza. De manera general, todas las entrevistadas comentan que han tenido acceso al sistema educativo y la mayoría cursaron o se encuentran cursando el nivel bachillerato en instituciones públicas como el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) y el Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios (CETIS), tres de las entrevistadas iniciaron estudios superiores de licenciatura (Clavel, Iliana y Montserrat), pero no han concluido por falta de tiempo y dinero, dos cursan el nivel secundaria (Alejandra y Diana), aunque Alejandra dejó la secundaria porque está embarazada, y solo Viridiana ha terminado una licenciatura.

El nivel de estudios alcanzado por las entrevistadas ha influido en su acceso al mercado de trabajo y en su colocación en empleos como asistentes, aunque no todas tienen un trabajo remunerado. Asimismo, el nivel educativo alcanzado se combina con la edad de las mujeres, ya que quienes actualmente estudian, si se encuentran en la edad correspondiente a cada nivel, pero las entrevistadas que concluyeron hasta el nivel bachillerato, actualmente tienen más de 20 años y no tienen planes de continuar en la escuela por sus diversas actividades diarias como el trabajo doméstico no remunerado, solo Ana decidió comenzar a estudiar Belleza y Estilismo.

Por lo tanto, las condiciones educativas de las mujeres restringen sus posibilidades de inserción laboral formal y de generar mayores ingresos.

### **6.3.1.3. Trabajo e ingresos**

El acceso al mercado de trabajo en condiciones adecuadas permite la generación de ingresos y el reconocimiento de diversos derechos sociales como la atención a la salud y a la seguridad social, que son condiciones mínimas para paliar las desventajas sociales, aunque no garantiza la movilidad social y salir de la pobreza (Kaztman, 2001).

En este sentido, de las once mujeres entrevistadas, solo cuatro realizan una actividad económica remunerada (Iliana, Montserrat, Carmen, y Viridiana) en empleos como asistentes. En los casos de Iliana y Carmen, ambas tienen empleos de medio tiempo para poder realizar otras actividades, y en el caso de Viridiana, esta tiene un empleo en el Estado de México, específicamente en Texcoco, a pesar de vivir en Iztapalapa, lo cual le supone largos y desgastantes desplazamientos durante la semana. El resto de las entrevistadas estudian y solo Carmen combina el estudio con el trabajo remunerado.

Todas realizan trabajo doméstico no remunerado en sus casas, aunque algunas se dedican exclusivamente a ello (Alejandra, Clavel y Susana), incluso Iliana y Ana tuvieron que dejar sus antiguos empleos para dedicarle tiempo al cuidado de hijos e hijas, por lo que una constante entre las mujeres es que dedican sistemáticamente más tiempo al trabajo doméstico y de cuidados que al trabajo remunerado, así como en comparación con sus parejas.

Esta escasa participación laboral les supone menor reconocimiento de derechos sociales ligados al empleo, tales como el acceso a servicios de salud y a la seguridad social, así como una menor generación de ingresos y, por ende, una mayor dependencia económica respecto al jefe o jefa de hogar.

La dependencia económica sin duda vulnera las condiciones de bienestar de las mujeres al dejarlas económicamente desprotegidas en el momento en el que el jefe o jefa de hogar no se ocupe de sus gastos, especialmente porque no poseen una fuente de autoconsumo o de ingresos adicionales como las transferencias monetarias. Asimismo, esta condición de vulnerabilidad se combina con el nivel educativo de las mujeres en el sentido de limitar las opciones de inserción laboral en caso de no tener un soporte económico, impidiendo a las mujeres entrevistadas dejar el contexto de pobreza.

#### **6.3.1.4. Salud**

La protección a la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales consagrados en el Artículo 4 de la Constitución, pero que en la práctica se encuentra atado a la participación económica en el mercado laboral formal, excluyendo así a una importante proporción de la población denominada abierta. La no garantía de este derecho, sea cual sea la condición de actividad económica, vulnera el bienestar causando daños físicos, emocionales y sociales, teniendo también impactos en el patrimonio de la población cuando requiere efectuar gastos no previstos para la atención de alguna enfermedad o accidente (CONEVAL, 2014b).

En términos del acceso a la salud como prestación laboral, tres de las entrevistadas (Iliana, Montserrat y Carmen) disponen de derechohabencia directa al IMSS y al ISSSTE, Susana accede al ISSSTE por derechohabencia indirecta y Claudia es derechohabiente del IMSS por parte de la escuela. Tres de las entrevistadas (Iliana, Alejandra y Viridiana) también acceden al Seguro Popular y cuatro (Ana, Clavel, Gabriela y Diana) recurren solo a servicios privados a falta del acceso a servicios públicos, aunque el conjunto de las mujeres utilizan o han utilizado alguna vez servicios privados para tratar algún padecimiento.

En este sentido, los gastos asociados al cuidado de la salud en instituciones privadas representan entre 100 y 300 pesos en estudios clínicos y entre 300 y 600 pesos por consulta médica, dinero que generalmente es pagado por la persona jefa de hogar, y en algunos casos por las propias entrevistadas, vulnerando el patrimonio económico.

Por otro lado, la opinión sobre los servicios de salud, si bien subjetiva, puede ser un indicador de su calidad, más allá del acceso o no acceso a los servicios. En general, la opinión sobre las instituciones privadas se asocia con buen trato, rapidez y cercanía, aunque considerando el costo de las consultas de especialidad, es posible que la calidad no sea tan buena en comparación con otras instituciones de salud. Mientras sobre las instituciones públicas se tiende a opinar negativamente sobre el trato del personal, la tardanza y los malos diagnósticos, no obstante, se reconoce la calidad de las consultas especializadas y la atención en maternidad.

Sin duda, el no acceso de las mujeres a servicios de salud públicos, por la vía directa o indirecta, vulnera el bienestar de las entrevistadas al implicarles preocupaciones para conseguir

dinero ante los mayores gastos de consultas privadas, estudios clínicos y compra de medicinas, costos que no siempre son absorbidos por ellas sino por la pareja, el padre o la madre.

#### **6.3.1.5. Seguridad social**

Los mecanismos de la seguridad social corresponden a prestaciones de ley derivadas de la adherencia a un trabajo remunerado formal e incluyen el acceso a servicios de salud en instituciones públicas o privadas; asistencia médica; incapacidad pagada por enfermedad, accidente o maternidad; guarderías y cuidado de personas; créditos para vivienda; sistema de jubilaciones o pensiones para el retiro; entre otros (CONEVAL, 2014b). Estos mecanismos salvaguardan la integridad física, emocional, social y económica de la población beneficiaria al proteger su vida y su patrimonio ante gastos no previstos.

Atendiendo a lo anterior, solo las entrevistadas que acceden a instituciones como el IMSS e ISSSTE, tanto por derechohabencia directa como indirecta, gozan de los mecanismos de seguridad social. Por ejemplo, Iliana utiliza los servicios de guardería del IMSS por afiliación directa para el cuidado de su hijo de 3 años, mientras Ana, que no tiene acceso a servicios públicos, recurre al Programa Estancias Infantiles para Madres Trabajadoras y Padres Solos para llevar a su hijo de 3 años y a su hija de 2 años a una escuela-guardería que está afiliada a las becas de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), de forma que su esposo solo paga la mitad de la colegiatura al mes por cada infante.

Salvo los anteriores mecanismos de protección social, el resto de las entrevistadas no tiene ningún tipo de afiliación ni tienen información sobre cuáles son los derechos relacionados con la seguridad social. Por lo tanto, esta carencia representa un factor que contribuye de manera importante a la pobreza de las mujeres, especialmente en etapas posteriores del ciclo de vida si requieren algún tipo de cobertura por incapacidad, pensión o crédito para la vivienda.

#### **6.3.1.6. Vivienda y servicios básicos**

La vivienda representa un espacio de seguridad y protección ante las inclemencias del medio ambiente, de amenazas naturales y de enfermedades, por ello es tan importante que sus características físicas y la dotación de servicios sean las adecuadas para preservar el bienestar de la población. En este sentido, es primordial que los materiales con lo que está construida la vivienda (muros, techos y pisos) sean resistentes y adecuados, y que la dotación de servicios de

agua, electricidad y saneamiento (disposición de residuos y drenaje) sea accesible, frecuente y esté en buenas condiciones (CONEVAL, 2014b).

Especialmente, el tema del derecho a servicios básicos como el agua representa una de las problemáticas más acuciantes en la Delegación Iztapalapa que no solo debe medirse mediante la disposición de tubería en el terreno o dentro de la casa, sino que es muy importante determinar el número de tomas de agua dentro de la vivienda, la frecuencia de distribución y la calidad del agua.

En este sentido, una de las entrevistadas (Alejandra) que vive en la colonia San Juan Xalpa, mencionó que no disponen de agua en absoluto, ya que el lugar en el que viven ella y su mamá era anteriormente un comedor comunitario que ahora ocupan muchas familias, por lo que no cuenta con las adaptaciones necesarias de servicios públicos, tampoco dispone de puertas y otros elementos materiales necesarios. La alternativa que tienen estas familias es acarrear agua todos los días de casas vecinas o de familiares y juntarse con los vecinos para pedir pipas.

En casos como los de Carmen, Diana, Claudia, Susana y Viridiana, que también viven en la colonia San Juan Xalpa, comentan que el suministro de agua es escaso pues tienen agua entre una y tres veces por semana y de mala calidad. Su alternativa ha sido esperar a que llegue el agua para juntar en tambos, pero si tarda mucho solicitan pipas. Por su parte, Montserrat, quien vive en la colonia Pueblo Santiago Acahualtepec, señala que antes tenían ese problema pero ha mejorado el abastecimiento de agua a raíz de la unión de varios vecinos que solicitaron en la delegación la regularización del servicio, afirma que actualmente el flujo es mayor pero siguen juntando agua en tinacos.

Otro problema comentado por las entrevistadas es la disposición de residuos sólidos, Gabriela, quien vive en Santa María del Monte e Iliana, quien vive en el Pueblo de San Lorenzo Tezonco, mencionan que hay mucha contaminación porque la gente suele tirar mucha basura en las calles. Iliana comenta que saliendo de su casa hay personas con tiraderos de basura que generan muy mal olor. Viridiana y Susana, habitantes de San Juan Xalpa, comentan que el camión de la basura pasa cada tercer día y que no tiene contenedores separadores.

En términos generales, las privaciones en servicios básicos y las carencias en los espacios de las viviendas tienen importantes consecuencias en la salud física, les angustia la carencia de

agua y les implica mucho tiempo y desgaste el acarreo de agua, dificultándoles realizar otras actividades. Estas condiciones de pobreza sin duda vulneran el bienestar de las mujeres entrevistadas y de sus familias.

#### **6.3.1.7. Redes sociales**

El capital social es definido por Putnam como las “características de la organización social, tales como la confianza, las normas y redes que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad mediante la facilitación de las acciones coordinadas” (1994, citado en Gordon y Murillo, 2012: 122). Las investigaciones sobre el capital social han dado luz sobre sus efectos positivos sobre el bienestar de las personas y han señalado que tiene una estrecha relación con la pobreza al permitirle a los sectores más pobres utilizar dicho capital en una suerte de mecanismo para paliar las desventajas sociales, aunque no para superar la pobreza (Gordon y Murillo, 2012).

Las entrevistas realizadas con las mujeres jóvenes de Iztapalapa no tienen por objetivo dar cuenta sobre la complejidad del concepto de capital social, pero si arrojan información sobre algunos elementos que integran el concepto, tales como la existencia de redes sociales y de confianza.

En términos generales, las redes que configuran las entrevistadas están relacionadas con su familia más cercana para el cuidado de la salud y la descarga de trabajo, por ejemplo, lo más común entre las mujeres es recurrir al apoyo de una figura femenina – madre, hermana, suegra y tía – para pedir consejos sobre su salud, solicitar que las acompañen al médico y acudir a ellas cuando necesitan que alguien cuide de sus hijos o hijas, estableciendo vínculos de confianza y soporte mutuo.

Entre quienes son actualmente madres, recurren a los servicios de guarderías de instituciones públicas (IMSS) y privadas (escuela con beca SEDESOL) para el cuidado de hijos e hijas, y también se suelen apoyar en el padre o la pareja para compartir tiempos de cuidados o actividades domésticas, pero principalmente para fungir el rol de proveedor.

La conformación de redes sociales más allá del círculo familiar más cercano es limitada entre las entrevistadas, si bien afirman salir con sus amigas, no recurren a ellas para descargarse de trabajo o para el cuidado de su salud. En general, las mujeres y sus familias están abocadas a

resolver sus necesidades en el día a día y no tienen interés o tiempo para involucrarse en problemas de la comunidad.

Aunque este no es el caso de Gabriela, quien es voluntaria en la Cruz Roja durante los fines de semana, y afirma que ha generado “lazos de hermandad” (Gabriela, marzo 2017) y participa para llevar información sobre el cuidado de la salud a escuelas, aunque ninguna escuela se encuentra en su colonia o en la delegación Iztapalapa.

En conclusión, los factores que contribuyen al empobrecimiento de las mujeres jóvenes entrevistadas se vinculan con el nivel educativo, la pobre alimentación, la limitada participación económica para generar ingresos y que deriva en dependencia económica, las condiciones del acceso a la salud, pocas o nulas prestaciones sociales laborales, la calidad de los servicios básicos de la vivienda y las pocas redes sociales.

### ***6.3.2. Factores ligados a desigualdades de género***

El marco analítico para analizar las desigualdades de género en la atención a las necesidades de salud de mujeres jóvenes en pobreza en Iztapalapa, propone mirar las desigualdades en tres dimensiones que revelan los obstáculos estructurales para que las mujeres participen como pares con los hombres en la interacción social. Tales dimensiones son la distribución, el reconocimiento y la representación política, que atañen a las esferas económica, cultural y política, respectivamente.

En este sentido, la presente sección se aboca a analizar qué factores asociados a desigualdades de género están presentes en la vida de las mujeres jóvenes entrevistadas cuando resuelven sus necesidades de atención a la salud. Cada dimensión se presenta de manera independiente para examinar sus características específicas, aunque en la realidad cotidiana de e mujeres estas desigualdades se viven entrelazadas.

#### ***6.3.2.1. Dimensión de la distribución***

Retomando el planteamiento de Fraser (2007), la dimensión de la distribución implica la forma diferencial en que hombres y mujeres pueden acceder a los recursos materiales y económicos, teniendo como fundamento la división sexual del trabajo. En este sentido, las desigualdades que las mujeres jóvenes entrevistadas experimentan cuando resuelven sus necesidades de salud se

relacionan con la división sexual del trabajo, tanto remunerado como no remunerado, incluyendo las condiciones de dichas actividades y la sobrecarga de trabajo derivada de la combinación de múltiples actividades.

### **Trabajo remunerado y acceso a servicios de salud**

En la Ciudad de México, el acceso al Sistema Mexicano de Salud puede darse en instituciones públicas y privadas. La incorporación al mercado de trabajo formal permite a la población ocupada acceder a los servicios públicos de salud, tales como IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa o Marina, por la vía directa que depende de la contratación formal y el otorgamiento de prestaciones sociales por parte del empleador, o en su caso, mediante la afiliación indirecta de algún familiar.

Para el resto de la población abierta, otra forma de acceder al Sistema Mexicano de Salud consiste en la afiliación indirecta a través de un familiar que si disponga de servicios públicos de salud, bajo la modalidad de contratación personal, o bien, mediante la capacidad de pago para acceder a instituciones privadas.

Por lo tanto, un primer elemento que condiciona la forma en que las mujeres atienden su salud tiene que ver con el tipo de derechohabencia derivada del trabajo remunerado.

Las mujeres entrevistadas fueron seleccionadas en el rango de edad de 15 a 29 años, perteneciendo todas ellas a la población en edad de trabajar. De entre ellas, solo cuatro de las entrevistadas tienen un trabajo remunerado, pero en realidad solo dos acceden directamente a una institución pública por la vía directa (IMSS). El resto de las entrevistadas se dedica a estudiar, al trabajo no remunerado en el hogar o realizan todas estas actividades simultáneamente, por lo que solo pueden acceder a instituciones de salud privadas o por afiliación indirecta.

En este sentido, la afiliación indirecta entre las mujeres entrevistadas se da por parte de un familiar varón, en uno de los casos al ISSSTE por parte del padre y en otro al IMSS por parte del esposo.

Entre las entrevistadas no hay contratación personal o afiliación voluntaria en servicios públicos de salud como el IMSS o el ISSSTE, aunque si inscripción voluntaria en el Seguro

Popular cuya atención se otorga en centros de salud, clínicas y hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Respecto a la resolución de necesidades de salud atendiendo al tipo de trabajo y condiciones en las que lo realizan, encuentro que para las mujeres entrevistadas, las desigualdades de género en el mercado de trabajo se expresan en ocupaciones más precarias y con menores salarios, lo cual reduce sus alternativas de atención médica. Esto significa que al ocuparse en actividades económicas donde el ingreso es bajo y donde no gozan de todas las prestaciones de ley como el aseguramiento en instituciones públicas de salud, sus alternativas se reducen a los servicios médicos privados que, además, no necesariamente pueden pagar porque sus ingresos son insuficientes.

Las mujeres entrevistadas que tienen un trabajo remunerado se ocupan principalmente de actividades de asistencia y en el tipo de trabajos que desempeñan no tienen prestaciones laborales relacionadas con acceso o afiliación al IMSS. Ello es cierto aún en el caso de Carmen, quien trabaja media jornada como auxiliar administrativo en la Delegación Iztapalapa y no recibe servicios de salud, a pesar de tratarse de una institución pública de la Ciudad de México.

Sin embargo, como parte de las prestaciones que tiene Carmen por trabajar en una Delegación de la Ciudad de México, tiene la posibilidad de acudir a un consultorio médico dentro de la misma Delegación Iztapalapa y obtener descuentos.

Trabajar una jornada completa de 8 horas tampoco garantiza el acceso a servicios de salud. Tal es el caso de Viridiana, cuya contratación es por honorarios y no tiene acceso a seguridad social. Tuvo que tramitar el Seguro Popular y comenta que cuando necesita atender su salud han sido flexibles en su trabajo, ya que tiene la posibilidad de trabajar desde casa o apurarse y sacar los pendientes.

En una situación similar se encuentra Iliana, quien trabaja en la ferretería de su cuñado haciendo facturas y llevando documentos a empresas entre 8 de la mañana y 2 de la tarde. Aunque tiene derechohabencia directa en el IMSS, comenta que en caso de que requiera acudir al médico por las mañanas, tiene que reponer durante los fines de semana las horas que faltó. Asimismo, señala que utiliza parte del dinero que gana trabajando para cubrir sus necesidades de salud y las de sus hijos, por ejemplo, en consultas pediátricas privadas y en medicinas, pero que

no le alcanza con lo que gana y su esposo le da más dinero porque “*el gana más completo*” (Iliana, marzo 2017).

Otras desigualdades que viven las mujeres en el trabajo remunerado se relacionan con la discriminación de la cual son víctimas. Una de las entrevistadas (Iliana) narra que tenía un trabajo remunerado y estaba asegurada en el IMSS, pero al estar embarazada de 5 meses de su primer hijo se salió de trabajar por las condiciones laborales impuestas:

Yo estaba trabajando en un hotel pero me tuve que salir porque mi jefe, como que al principio que yo le dije que estaba embarazada como que no le pareció mucho, entonces como que no me lo dijo porque ahorita ya sería como un delito, pero si como que me metía más horas o me metía trabajos pues muy pesados, entonces pues yo me tuve que salir, pues esa fue la parte en que mi esposo tuvo que trabajar solo (Iliana, marzo 2017).

He identificado que, cuando las entrevistadas dejaron de trabajar – los casos de Ana e Iliana –, también renuncian a los derechos sociales que derivaban de esa actividad económica. Se refuerza la dependencia económica y acceden a la derechohabiencia indirecta de la pareja, lo cual se aprecia en afirmaciones como: “*Me tuve que salir de trabajar, si porque de hecho cuando trabajaba cotizaba en el Seguro [IMSS], entonces para que mi esposo me pudiera dar de alta en su seguro, en su aseguradora, yo tenía que depender cien por ciento de él, entonces me tuve que salir de trabajar*” (Ana, marzo 2017).

Estos testimonios dan cuenta de las condiciones laborales que enfrentan las mujeres, en muchos casos más restrictivas que las que enfrentan los varones porque suelen trabajar en actividades de medio tiempo o peor pagadas, restándoles la posibilidad de acceder a servicios públicos mediante derechohabiencia directa o les restan la posibilidad de generar ingresos propios para atender su salud en las instituciones que deseen.

La forma en que las entrevistadas resuelven sus necesidades de salud no depende exclusivamente de la afiliación directa o indirecta a servicios públicos, sino que tiene que ver también con el tipo de servicio al que acuden. Gran parte de las entrevistadas (cinco de ellas) son no derechohabientes y recurren a servicios privados y a programas gubernamentales como el Seguro Popular. Lo más frecuente entre las entrevistadas consiste en utilizar simultáneamente servicios públicos y privados de salud, independientemente de su condición de afiliación.

La utilización de servicios de salud privados por parte de las mujeres entrevistadas requiere que dispongan de capacidad de pago, esto se restringe si no pueden generar ingresos propios mediante actividades remuneradas y, además, si las condiciones de sus actividades son precarias.

En este sentido, las entrevistadas que actualmente cuentan con un trabajo remunerado enfatizan que con su ingreso no es posible mantener todos sus gastos y atender su salud en servicios privados, más aún, el resto de las mujeres no tienen un empleo y eso las coloca en una condición de dependencia económica respecto al miembro o miembros del hogar que generan mayores ingresos o que tienen la posibilidad de darles dinero para atender su salud.

Todas las entrevistadas refieren que han utilizado al menos una vez servicios privados de salud, incluso aquellas que tienen acceso a instituciones públicas de salud. Los gastos de los servicios privados en ocasiones son absorbidos por las entrevistadas, pero en la mayoría de los casos es el padre o el esposo, la figura del jefe del hogar, quien funge como el proveedor de todos los gastos necesarios dentro del hogar, incluyendo el dinero para la atención médica y medicamentos que requieren las mujeres.

Lo anterior ocurre en la mayoría de los casos, aunque para Carmen, Alejandra y Claudia, son sus madres, las jefas de hogar, las que cubren estos gastos.

No obstante, independientemente del tipo de servicio de salud al que se acceda y de si es un hombre o una mujer quien ostenta la jefatura del hogar, todas las mujeres entrevistadas son económicamente dependientes en algún grado. Entre las entrevistadas con mayor dependencia económica se encuentran aquellas que viven con sus parejas o con el jefe de hogar y que no realizan una actividad económica remunerada.

En el caso de Ana, que actualmente se dedica al cuidado de los hijos y a estudiar Belleza y Estilismo, relata que su esposo le da una cantidad quincenal de su ingreso para pagar la escuela, pagar sus pasajes y comprar lo que necesite. Su esposo también se hace cargo de llevarla al médico y pagar el seguro de gastos médicos mayores que la cubre. Una situación similar experimenta Susana, quien tiene afiliación indirecta al ISSSTE por parte de su esposo y también recurre a servicios privados pagados por su esposo.

También Clavel es dependiente económicamente de su pareja debido a que actualmente no tiene un ingreso, pero su escenario es más endeble que en las dos situaciones anteriores porque ella no dispone de servicios públicos de salud, su pareja no trabaja actualmente y ambos se apoyan del dinero que la suegra de Clavel puede darles, el cual generalmente solo alcanza para los gastos mínimos. En este sentido, Clavel debe pagar sus propias consultas y medicamentos en instituciones privadas con el dinero de su suegra y usualmente les pide dinero a sus padres para la compra de medicinas.

Es evidente que la forma en que las mujeres entrevistadas pueden resolver sus necesidades de salud depende en gran medida de la posibilidad de generar ingresos propios y de qué tan económicamente dependientes sean, razón por la cual las condiciones laborales del propio jefe del hogar, sea el padre o la pareja, repercuten invariablemente en el bienestar de las mujeres.

Aunque destaca entre el conjunto de las mujeres entrevistadas la condición de vulnerabilidad de Alejandra, quien a sus 17 años dejó la escuela por su embarazo y actualmente vive con su madre. Ninguna de las dos tiene un trabajo remunerado ni medios para generar ingresos, por lo que ambas dependen económicamente del novio de la madre de Alejandra para atender las consultas médicas periódicas y la compra de suplementos alimenticios que le supone su embarazo.

En este contexto, la dependencia económica determina en gran medida la forma en que se pueden satisfacer las necesidades de atención a la salud, pero también importa de quién se depende económicamente, ya que la condición de dependencia de Alejandra hacia el novio de su madre vulnera aún más su bienestar porque la posibilidad de acceder a la atención médica pende de un frágil equilibrio.

### **Sobrecarga de trabajo**

La situación de precariedad de las mujeres se agrava cuando se mira el ámbito de lo doméstico dentro de la división sexual del trabajo, y es que socialmente se ha asignado a las mujeres el rol de “amas de casa” o “amas de hogar”, es decir, de las encargadas de la reproducción del trabajo no remunerado, mientras los hombres fungen el rol de “proveedor” abocados al trabajo remunerado, razón por la cual las mujeres destinan su tiempo al trabajo doméstico no

remunerado en jornadas completas o en medias jornadas que también combinan con actividades remuneradas.

Las diversas cargas de trabajo que tienen las mujeres entrevistadas condicionan en gran medida la forma en que se satisfacen las necesidades de salud, en principio porque se limita de forma importante el tiempo disponible para atender sus necesidades.

Todas las mujeres entrevistadas realizan trabajo doméstico no remunerado en alguna proporción, además de realizar actividades remuneradas y otras como estudio y trabajo comunitario, siendo diferente el tiempo que destinan al conjunto de sus actividades. Por ejemplo, en el caso de las entrevistadas que actualmente se encuentran estudiando, es común que destinen en promedio al menos ocho horas diarias a asistir a clases y a realizar tareas académicas. A ese tiempo se suman en promedio dos horas diarias de los quehaceres domésticos que incluyen lavar, planchar, barrer, trapear y ordenar la casa, aunque generalmente son sus madres quienes más contribuyen en las actividades domésticas porque se quedan en casa.

Quienes realizan trabajo remunerado de media jornada o jornada completa, refieren que además destinan entre una y dos horas diarias a hacer compras, a preparar comida, a lavar ropa, a planchar y a limpiar antes de irse o al llegar a sus casas. Mientras las entrevistadas que no tienen un trabajo remunerado y que se asumen como “amas de casa”, señalan que sus actividades domésticas les ocupan todo el día.

Otro factor que entra en juego es la composición del hogar y la presencia de personas que requieran cuidados. Esto torna las cargas de trabajo más largas para tres de las entrevistadas que son madres y se ocupan del cuidado de sus hijos e hijas (Ana, Iliana y Susana), así como para una de las mujeres (Viridiana) que cuida ocasionalmente a su padre, un adulto mayor de 80 años.

En todos los casos, las actividades de quehaceres domésticos y de cuidado de personas suelen repartirse entre los miembros que componen los hogares de las entrevistadas, pero todas refieren que son las mujeres quienes más contribuyen, al ser las propias entrevistadas, sus madres, hermanas o suegras, las que destinan una mayor proporción de su tiempo al trabajo no remunerado, respecto a los varones que viven con ellas.

Por lo tanto, es usual que las mujeres que tienen múltiples jornadas de trabajo remunerado y no remunerado se planteen diversas estrategias para el cuidado de su salud, siendo

posible distinguir al menos tres formas de solventar las necesidades de atención a la salud frente a la sobrecarga de trabajo.

Una primera forma de resolver sus necesidades consiste en tratar de buscar momentos de asistir al médico una vez que han terminado con el trabajo, es decir, retrasan la atención de su salud al final de las jornadas porque “descuidar” sus actividades diarias les supone faltar al trabajo o a la escuela e incluso no atender a sus hijos e hijas.

Este es el caso de Iliana, que prefiere atenderse los fines de semana cuando su esposo también está en casa para que entre los dos puedan cuidar a su hijo e hija y tener más tiempo. Mientras en el caso de Ana, generalmente realiza sus actividades durante el día y acude a centros de salud durante la tarde o noche: *“Pues por ejemplo, como lo normal siempre es un resfriado o una tos, pues no dejo la verdad de hacer mis actividades, entonces realmente ya cuando él llega [su esposo] en la tarde pues vamos todos al doctor y luego a seguir haciendo cosas o si si me siento muy mal él me ayuda a ver a los niños, bañarlos, cositas así”* (Ana, marzo 2017).

Otra de las formas para lidiar con las cargas de trabajo tiene que ver con la búsqueda de un espacio durante la jornada para cuidar su salud, en cuyo caso las mujeres no dejan de hacer sus actividades diarias sino que aprovechan la existencia de redes familiares o institucionales que las apoyen durante un tiempo mientras ellas van a comprar alguna medicina o acuden a alguna cita médica.

Esto cobra especial importancia cuando en el hogar hay presencia de niños y niñas menores que requieren cuidados. Para Iliana, por ejemplo, el apoyo de su madre es fundamental en el cuidado de su hija de 7 meses y la prestación de guarderías del IMSS, a la que puede acceder por su trabajo remunerado para dejar a su hijo de 3 años, de 8 de la mañana a 3 de la tarde. Por su parte, Ana accede al Programa Apoyo a Madres Solteras para reducir el costo de la colegiatura en una escuela privada a la que lleva a su hija e hijo, de 9 de la mañana a 4 de la tarde.

Sin embargo, una constante en las narraciones de las mujeres es que ellas continúan realizando sus actividades diarias a pesar de encontrarse enfermas o sentirse mal. Es común escuchar que sus padecimientos no son graves y que al mismo tiempo “van realizando sus quehaceres poco a poco”.

En este sentido, el caso de Susana es ilustrativo porque tiene un hijo de 10 años, se dedica al trabajo doméstico no remunerado y nadie más colabora con estas actividades, por lo que señala: “[los quehaceres] los voy haciendo como puedo, mientras me sienta mal poquito a poquito los voy haciendo”. Incluso asegura que nadie más cuida de su hijo cuando ella se enferma, sino que “él [su hijo] se cuida solito, nos vamos cuidando entre los dos” (Susana, marzo 2017).

Ana, por ejemplo, señala que combinaba el trabajo no remunerado con el periodo de recuperación de su segunda hija nacida por cesárea: “...con la bebé así salí al tercer día del hospital y ni modo a hacer mis cosas porque lo tenía a él chiquito [su primer hijo]...pues sí, era complicado pero teniendo a un bebé pues no me podía dar el lujo de estar así acostada ni nada, entonces ese día llegué y a darle de comer y hacer cositas” (Ana, marzo 2017).

Es evidente que la edad de los hijos e hijas influye en la forma en que las mujeres sortean las necesidades de atenderse porque niños y niñas muy pequeños requieren atención de tiempo completo y las mujeres suelen recurrir a la redes de apoyo, o bien, se quedan en casa a cuidarlos. Pero cuando los hijos e hijas son más independiente por su edad, las mujeres pueden utilizar su tiempo de una manera más flexible y no necesariamente acudir a otras personas o instituciones.

Finalmente, una tercera forma de atender las necesidades de salud radica en priorizar el estado de salud frente a las cargas de trabajo remunerado y no remunerado, lo cual les supone a las mujeres postergar sus actividades diarias como el trabajo o la escuela, así como los quehaceres del hogar para ir antes a consultas médicas.

Esto no implica que ya no realicen dichas actividades, sino que las hacen posteriormente, aunque en algunos casos otros miembros del hogar suelen cooperar para descargar de trabajo a las entrevistadas y que puedan recuperar su salud. Ejemplos de ello se encuentran en mujeres como Diana y Claudia que son estudiantes y realizan trabajo doméstico, pero sus madres absorben sus quehaceres cuando se enferman.

Montserrat, quien desempeña un trabajo remunerado comenta “Hay cosas que si no puedo delegar, que no puedo como dejar de hacer, mi tesis, también por muchas otras cosas también la voy pausando y si tengo algo que hacer [en referencia a los quehaceres domésticos]

*siempre mi hermana o mi mamá también me ayudan si me siento mal”* (Montserrat, marzo 2017).

En el caso de la colaboración de las parejas, algunas de las entrevistadas mencionan que esto solo ocurre cuando se encuentran enfermas. Clavel afirma *“Ah cuando me enfermo me ayuda [su pareja], ahí si se pone a hacer quehacer [ríe], si, nada más cuando ya me ve en cama así muriéndome”* (Clavel, marzo 2017).

Viridiana afirma *“No pues siempre si las hago [refiriéndose a los quehaceres domésticos], así como que más lento pero si las hago y mi esposo a veces me ayuda”* (Viridiana, marzo 2017).

Resalta, además, el significado que le otorgan al trabajo doméstico no remunerado y a la colaboración de otros miembros del hogar, porque todas las entrevistadas se refieren al reparto de actividades como “ayuda en los quehaceres” y no como una asignación que le corresponde a todos y todas dentro del hogar.

Sin embargo, no todas asumen de la misma manera esta división del trabajo y en especial la sobrecarga de actividades. En algunos casos refieren que tener un trabajo remunerado, estudiar, realizar quehaceres en el hogar y cuidar de los hijos las cansa mucho o las agobia, repercutiendo incluso en su salud física y emocional. En este sentido, la sobrecarga de trabajo de Clavel le ha ocasionado cansancio, ansiedad y padecer trastornos alimenticios:

E: ¿Alguna vez te has levantado cansada?

C: Si

E: ¿A qué se lo atribuyes?

C: Creo que por las preocupaciones de...no sé tener trabajo o pagar la colegiatura, este...tener que hacer quehacer, tener que mantener todo en orden.

E: ¿Crees que esas preocupaciones han tenido consecuencias en tu salud?

C: Yo digo que si, por ansiedad igual por tanta preocupación, como que a veces como demasiado, un tiempo este...no podía haber demasiada comida en mi plato porque me daba asco y no me lo comía.

En este mismo sentido Iliana comenta:

Pues sí, mira la verdad yo siento que la etapa que ahorita estoy viviendo con mis bebés pues si te cansa mucho, es lo que yo le decía a mi esposo, te cansas más en casa que trabajar, la verdad es que es muy pesado estar en casa, entonces este pues sí, hay veces que quedo así como rendida no, porque la verdad si me cansa mucho estar cuidando, no tanto que cuide, pero si tienes que estar ahí con ellos [refiriéndose a su hija e hijo], lavar, limpiar, osea todo eso (Iliana, marzo 2017).

Gabriela afirma que tuvo que abandonar el trabajo porque estaba muy estresada con todas las actividades que debía cumplir, escuela, trabajo, tareas, voluntariado, y por ende no podía dormir y padeció gastritis. Por su parte, para Carmen la sobrecarga de trabajo ha repercutido en su salud generándole migrañas que originalmente las atribuía a no comer bien o a asolearse.

Por lo tanto, la sobrecarga de trabajo de las mujeres no solo condiciona la forma en que las entrevistadas pueden hacer uso de su tiempo y las estrategias que deben idear para atender su salud, sino que en diversos casos puede tener consecuencias en la propia salud física y emocional, limitando la posibilidad de resolver las necesidades de su vida cotidiana y agravando sus condiciones de precariedad.

### **6.3.2.2. *Dimensión del reconocimiento***

La dimensión del reconocimiento hace referencia al ámbito cultural y a las prácticas sociales que define las normas y los valores que estratifican el orden social en el que las mujeres ocupan un estatus de subordinación, al privilegiar los rasgos masculinos y devaluar los femeninos (Fraser, 2007 y 2008b). Las desigualdades de género en la dimensión del reconocimiento que experimentan las mujeres entrevistadas cuando atienden sus necesidades de salud, se relacionan con la posición de subordinación que ocupan al interior de sus hogares y que se traduce en una limitada autonomía y poder de decisión sobre sus propias condiciones de salud, así como en riesgo de violencia.

#### **Autonomía y poder de decisión**

De acuerdo con Tepichin (2005), retomar el concepto de autonomía permite explorar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en libertad y no como una medida de poder, que además no es algo tangible sino que corresponde más bien a “una relación social que determina el acceso y el control de diferentes tipos de recursos” (García, 2003: 227).

Uno de los elementos a explorar sobre la autonomía y la toma de decisiones de las mujeres en relación con la atención a su salud reside en la elección de los servicios utilizados. En este sentido, la mayoría de las entrevistadas utilizan servicios como el IMSS y el ISSSTE porque tienen acceso a través de la derechohabiencia directa e indirecta, mientras otras emplean el Seguro Popular porque no tienen acceso a instituciones públicas.

Sin embargo, todas las entrevistadas emplean servicios privados, a pesar de contar con seguridad social, lo cual obedece a diversas razones. En principio, la utilización de los servicios privados en muchos de los casos se debe a la falta de acceso a instituciones públicas que les garanticen el derecho a la salud, por lo tanto, la única alternativa consiste en recurrir a clínicas cercanas para atenderse, a pesar de la existencia de diversos programas sociales en la Delegación Iztapalapa y en la Ciudad de México, de los cuales refieren no tener conocimiento.

Solo en el caso de una de las entrevistadas (Clavel) hubo mención del interés por afiliarse en el Seguro Popular, pero ha desistido porque en su momento no tenía toda la documentación necesaria (credencial de elector) y ahora espera encontrar un trabajo en donde le den todas las prestaciones de ley, incluyendo el acceso a servicios de salud.

Otra razón para optar por los servicios privados, aún con acceso a servicios públicos, se encuentra asociada con la percepción sobre estos: la rapidez del servicio, la cercanía, la mejor atención, la necesidad de atender una urgencia y la costumbre, a pesar de que entrañan un costo económico. Y es que la opinión que priva en todas las mujeres sobre los servicios públicos tiende a ser negativa y a asociarse con lentitud, deficiencias y negligencia médica, tal como se percibe en los comentarios siguientes:

No confío en el Seguro [Social], si tengo la oportunidad de un particular pues sí, sino ni modo, pero si puedo tener la opción de tener la atención particular pues la prefiero mil veces [...] hace unos años me asaltaron y me dieron tres navajazos entonces la ambulancia nunca llegó [...] no me querían atender en ninguna clínica de urgencias porque no estaba asegurada (Ana, marzo 2017).

Por cuestión de atención y así prefiero el privado porque vas y luego luego te atienden y en cuestión de... ay como del gobierno has tu cita muy muy temprano para tenerla ya sea en la noche, por eso se me hace más el privado (Gabriela, marzo 2017).

[...] me he atendido en el Seguro, pero es que la verdad no se me hace así como muy bueno entonces por eso mejor me atendí aparte, [...] [además] de ella [señala a su hija], por ejemplo

cuando le iban a hacer este lo de la manita [refiriéndose a la operación que necesita su hija], le iban a tomar unas placas, bueno tenían que haberle tomado unas placas pero nunca se las tomaron y nada más como que la iban a operar así (Iliana, marzo 2017).

[...] no le tengo como que mucha confianza al Seguro [Social], sé que igual si me fuera a dar de alta tampoco lo usaría mucho porque ya me acostumbré a ir con mi doctora y no me cobra mucho y le tengo confianza, entonces sé que no lo usaría mucho [...] siento que el trato no es tan bueno porque seguramente tienen muchos pacientes y lo que quieren es sacarlos ya rápido y pues te digo tardé muchísimo tiempo en que me diagnosticaran lo que era, que era una simple alergia, me acuerdo como que me pasaba mucho tiempo en el hospital y así y nunca hubo un tratamiento que me funcionara hasta después de muchos muchos años (Montserrat, marzo 2017).

[En el ISSSTE] tengo que llegar muy temprano para que alcance porque las fichas, creo que nada más dan cierto límite de fichas [...] y cuando llegas muy tarde o que se te pasa tantito tu cita y ya no te la quieren dar (Carmen, marzo 2017).

Asociado con la opinión que las entrevistadas tienen sobre los servicios públicos, otro factor que interviene en la elección de los servicios privados se relaciona con el tipo de padecimiento a tratar, ya que usualmente se atienden por consultas dentales, estudios clínicos, consultas especializadas de ginecología y psicológicas, para los cuales consideran que la atención brindada en servicios públicos no es buena o completa. También recurren a los servicios privados para atender enfermedades de las vías respiratorias y gastrointestinales porque consideran que lo más rápido y práctico es atenderse en una clínica cercana a sus domicilios para no “perder todo el día”, sobre todo cuando van a trabajar, a la escuela y además realizan trabajo doméstico no remunerado.

La toma de decisiones sobre los servicios de salud a los que las entrevistadas acceden tiene un importante componente económico y que tiene que ver con la provisión de servicios públicos a los cuales están afiliadas, es decir, si las mujeres pueden acceder por la vía de la derechohabencia, directa o indirecta, su primer alternativa son los servicios públicos.

En caso de no disponer de servicios públicos, no tienen otra alternativa que recurrir a lo más inmediato que resultan los servicios privados, aunque también acceden a programas sociales pero en una menor medida porque la afiliación implica tiempo y cumplir con una serie de requisitos.

Las mujeres refieren que las decisiones de acudir a servicios privados se deben a que las clínicas u hospitales están cerca (no más de 20 minutos caminando) y que esto les ayuda a no interferir con sus actividades. Incluso, las entrevistadas que actualmente trabajan y pueden pagar los servicios privados, refieren que la decisión de utilizarlos se debe a características como la cercanía, el tiempo y el buen trato.

Por lo anterior, es más frecuente acudir a servicios privados, pero incluso esa decisión está mediada por otro componente económico que es la capacidad de pago, ya que todas las entrevistadas son económicamente dependientes de sus parejas y familias en algún grado, llevando a que la decisión no sea completamente autónoma sino que dependa en gran medida de otra persona.

La dependencia económica tiene una importante influencia en la autonomía que las mujeres tienen para usar el dinero en el pago de consultas, estudios, medicinas y costos de desplazamientos en el momento en el que ellas lo requieran, colocándolas en una posición de vulnerabilidad.

De manera general, las entrevistadas que no generan ingresos propios refieren que las personas que encabezan el hogar – el padre, la pareja o la madre – suelen pagar los gastos asociados al cuidado de la salud, y que este dinero es adicional al que usualmente les dan a manera de gasto mensual o quincenal, de forma que tiene la posibilidad de emplear el gasto en otras compras o para cubrir emergencias relacionadas con su salud. Por su parte, las mujeres con un trabajo remunerado señalan que utilizan su dinero cuando ellas lo deciden, pero que recurren a sus redes de apoyo cuando el costo de los servicios es superior a lo que pueden pagar.

Por lo tanto, las decisiones sobre acceso a servicios privados se constituyen como libres en la medida en que pueden elegir entre la oferta de instancias privadas, pero tales decisiones están mediadas por el contexto en el que viven las entrevistadas, en términos del no acceso a seguridad social pública, de la dependencia económica y de las condiciones laborales.

Otro elemento que se relaciona con la autonomía de las mujeres tiene que ver con el momento en que deciden atenderse. En términos generales, existe una coincidencia en las narraciones de las entrevistadas sobre la influencia que tiene la sobrecarga de trabajo en la disponibilidad de tiempo para asistir a los servicios de salud, pero también toman en cuenta otros

factores como la gravedad de la enfermedad y las opiniones de sus familiares para decidir si ya es momento de acudir al médico.

En el caso de la gravedad de las enfermedades, las entrevistadas refieren que cuando se trata de algún padecimiento “no grave” relacionado con las vías respiratorias o malestares gastrointestinales, prefieren no acudir al médico y seguir con sus actividades.

Si por el contrario, se trata de malestares importantes como migrañas, fiebre, dolores agudos, sangrados anormales, vértigo, o bien, condiciones que requieren supervisión médica como los cuidados en el embarazo, las entrevistadas acuden siempre a los servicios de salud.

Las opiniones de los familiares cuentan mucho en la decisión de atenderse y cuidar su salud dado que las mujeres normalmente consultan a su pareja, padre o madre para pedir consejos sobre si es tiempo de atenderse o sobre qué tomar, pero es mucho más común escuchar entre las mujeres que recurren principalmente a sus madres o abuelas para que les den remedios caseros o pastillas.

[...] si me siento mal yo trato de no tomar nada si solo es una gripa o algo así [...] y trato de tomarme cosas como jugos o tés, pero ya cuando de verdad me siento muy mal si le pregunto a mi mamá como qué me puedo tomar y mi mamá tiene mil medicinas en la casa, me da lo que se le ocurre y trato de ir también al doctor porque a veces me tomo antibióticos o cosas así que no me curan (Montserrat, marzo 2017).

[...] cuando me duele un poco el estómago o cuando apenas empiezo con el picor de la garganta pues vamos con su abuelita [la abuela de su pareja], luego ella tiene así como medicamentos y ya me tomo ya sea un paracetamol o lo que sea (Clavel, marzo 2017).

Sin embargo, las opiniones de los familiares también pueden ser prohibitivas en el sentido de sugerirle a las mujeres no tomar medicamentos. Destaca la experiencia de Viridiana que refiere haber abandonado el uso de pastillas anticonceptivas recetadas por un ginecólogo para regular su ciclo menstrual por las opiniones de su madre.

En el ambiente en el que yo vivía era como muy cerrado, aparte soy la única mujer, puros hombres, entonces cuando mi mamá vio el medicamento [pastillas anticonceptivas], yo le había dicho que me lo habían recetado, entonces se asustó y me dijo [enfatisa] ¡por qué tienes esto! y le dije mamá es un tratamiento, y entonces así como que dije bueno ya no me lo voy a tomar y ya no

continué hasta que me casé y ya la espera un año y no llegó [refiriéndose a un embarazo] y me empecé a tratar como a los 3 años [presenta infertilidad] (Viridiana, marzo 2017).

La autonomía para tomar decisiones sobre la salud de las mujeres se refieren también a las áreas de la sexualidad, la reproducción y la maternidad como condiciones fundamentales de su bienestar. La toma de decisiones sobre el inicio de las relaciones sexuales, la elección de parejas, el uso de métodos anticonceptivos, elegir ser madre o no, elegir el número de hijas e hijos y sobre las condiciones del parto, sin duda están influidas por diversos factores como la edad, el auto conocimiento, la posición de parentesco, la capacidad de generar ingresos y el control de los recursos, que evidencian que tan autónomas son en realidad las decisiones.

Las decisiones sobre la salud sexual de las entrevistadas se refieren al inicio de la vida sexual, el uso de anticonceptivos y sobre las condiciones de las relaciones sexuales. En términos generales, las mujeres comentan haber recibido información sobre su sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual por parte de sus padres, en la escuela y en instituciones de salud.

Pero al indagar sobre la práctica, algunas de las mujeres reconocen no utilizar métodos anticonceptivos porque no han iniciado su vida sexual. Quienes sí lo han hecho, comentan que no utilizan porque hasta ahora no se han embarazado o porque métodos como el condón y las pastillas anticonceptivas les resultan incómodos y dañinos.

También resaltan los casos de Ana e Iliana que actualmente viven con sus parejas y son madres, pero que han decidido que después de su segundo embarazo les practicaran la salpingoclasia<sup>28</sup> como método anticonceptivo para prevenir futuros embarazos. Ellas afirman que la decisión fue propia y de común acuerdo con sus parejas, pero evidencian que tal decisión fue el recurso más viable para no ceder a la presión de sus parejas por tener más hijos e hijas.

Por otro lado, las decisiones sobre la reproducción y salud materna de las entrevistadas se relacionan con la elección de ser madre, el número de hijas e hijos y las condiciones del parto, por lo que, considerando las narraciones de las entrevistadas, es posible plantear que solo las mujeres que actualmente viven con sus parejas estando casadas planearon tener hijos (Ana, Iliana

---

<sup>28</sup> La Salpingoclasia u Oclusión Tubaria Bilateral es un método de anticoncepción que consiste en cortar y ligar las trompas de Falopio para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides y que puede realizarse después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento (IMSS, 2017).

y Susana), mientras Alejandra que tiene 17 años y 7 meses de embarazo comenta que no pretendía tener hijos en esta etapa de su vida, aunque ya lo asumió.

Las entrevistadas que actualmente son madres comentan que ellas decidieron la cantidad de hijos que querían tener, aunque Susana solo ha tenido un hijo y afirma que a pesar de no utilizar anticonceptivos no se ha vuelto a embarazar. Ana e Iliana concluyen que la segunda hija fue no planeada (cada una tuvo primero un varón y después una mujer), aunque están felices con el número de hijos e hijas que tienen.

No ya lo decidí y ya me operé, cuando tuve a mi bebé decidí operarme, sí, yo quería dos bebés, la verdad no los quería así seguiditos pero si quería dos bebés, ahora sí que yo lo decidí [...], bueno de Ceci [su segunda hija] se nos chispó [ríe], pero mi primer hijo si fue así como planeado (Ana, marzo 2017).

[...] bueno mi idea era nada más tener uno [ríe], pero bueno salió mi niña y la verdad ya hasta ahí, la verdad si dije no, por todo no, tiempo, económicamente, no ya (Iliana, marzo 2017).

Con relación al nacimiento de los hijos e hijas, Iliana y Susana comentan que se atendieron en el IMSS y en el ISSSTE y tuvieron partos naturales porque esa es la forma en que comúnmente sucede en las instituciones públicas, más que obedecer a una decisión personal: *“fue porque la verdad en el Seguro es así como de que es mayor probabilidad de parto natural que cesárea, osea de cesárea tiene que ser así como muy necesario”* (Iliana, marzo 2017).

Mientras Ana, que acudió al Hospital Ángeles Metropolitano porque lo cubre el seguro de gastos médicos mayores de su esposo, refiere:

Solamente nació él por cesárea [su primer hijo] porque tenía infección urinaria y entonces la doctora me dijo que por seguridad cien por ciento del bebé tenía que ser así, para que no tuviera un contagio por muy leve que haya sido la infección, pero por seguridad del bebé [...] y ella [su segunda hija] nació a los ocho meses, se me adelantó el parto [...], pero ella venía con el cordón enredado y no se había girado, venía de pompis, entonces me tuvieron que hacer la cesárea de emergencia (Ana, marzo 2017).

Con relación a los cuidados y acompañamiento cuando las mujeres se enferman, se distingue claramente el rol que las entrevistadas les asignan a hombres y a mujeres. Todas suelen depositar en la figura femenina el rol de cuidado y atención a la salud, ya que las madres,

abuelas, suegras o hermanas son las que aconsejan, las que acompañan al doctor y las que cuidan en casa.

Por otro lado, se asocia con la figura masculina el papel de proveduría, es decir, la pareja o el padre es la persona que paga los gastos asociados al cuidado de la salud o quien las lleva, pero no constituye la figura que cuida, tal como se aprecia en los comentarios de diversas mujeres que viven con sus parejas al enfatizan que nadie las cuida y ellas solas se curan cuando están enfermas.

Asimismo, la posición que las mujeres ocupan en las relaciones de parentesco influye en los cuidados y atención de las mujeres a su salud. Diversas entrevistadas que viven con la jefa de hogar o con ambos padres, refieren que las alientan a cuidar su salud y reconocen la importancia de atenderse oportunamente, pero es frecuente entre las mujeres que viven con sus parejas aplacen cuidarse por anteponer el cuidado de hijas e hijos o las cargas de trabajo, o bien, que nadie les insista en que vayan al médico.

El caso de una de las entrevistadas (Clavel) que vive con su pareja y padece asma es muy ilustrador porque menciona que tiene gatos y aunque es alérgica, su pareja minimiza sus problemas.

E: ¿Cuál fue la opinión de tu familia y tu pareja sobre ese problema de salud?

C: Pues mi mamá me dijo que sacara a los gatos [ríe] y mi novio nada más me dijo que este pues que los iba a mantener lejos [...] yo procuro no tocarlos o no acercarme mucho a ellos porque si luego luego se me irritan los ojos, me empieza así a bueno el flujo nasal, empiezo así como a estornudar mucho [ríe].

E: ¿Cuál ha sido la posición de tu familia y de tu pareja sobre el cuidado de tu salud?

C: Pues mi mamá siempre ha dicho que me tengo que cuidar mucho y por ejemplo mi abuelita padece también de las vías respiratorias, [mí mamá] me dice que vea a mi abuelita, que voy a terminar igual, todo eso. Mi novio pues igual, dice que me cuide pero cuando me cuido mucho pues se enoja y mi papá también es de que me cuide, de que me vaya a checar, si me siento mal vaya al doctor, que me compre medicinas y eso.

E: De lo que me comentas de tu pareja ¿a qué te refieres con que te cuidas mucho?

C: Eh por ejemplo luego no hace tanto frío pero salgo y me llevo suéter y me llevo chamarra, casi casi hasta bufanda y guantes y pues se enoja porque también le digo que él se lleve pero pues luego me anda quitando mi suéter cuando él no lleva.

También influye la edad de las entrevistadas y su composición familiar en el significado que le otorgan al acto de ir al médico. De manera general, las mujeres que viven con sus padres y son menores de edad, suelen avisarles que se sienten mal y alguien las acompaña, mientras las mujeres que viven con sus parejas o son mayores de edad acuden acompañadas o por su cuenta.

En lo que se refiere a ir solas al médico, hay dos posiciones. Algunas mujeres señalan que van solas porque se sentían muy mal y no podían esperar a que alguien fuera con ellas: *“Pues regularmente siempre me lleva mi esposo, sino...pues no siempre me voy con mi esposo, nunca me he ido sola porque no es que me sienta tan mal como para irme yo sola, siempre voy con mi esposo”* (Ana, marzo 2017).

Por otro lado, algunas entrevistadas refieren que van acompañadas al médico solo cuando se sienten muy mal, de lo contrario pueden ir ellas solas: *“Al inicio [refiriéndose al tratamiento para la infertilidad] me acompañaba mi esposo, ahorita sola porque digamos que no requiere que vaya él, ya hasta cuando sea el proceso más complicado si me acompaña, osea cuando ya esté en las transferencias [la fertilización in vitro]”* (Viridiana, marzo 2017).

Específicamente sobre los problemas de salud emocional, elementos que intervienen en la atención son la edad, el auto conocimiento y los factores causantes. Es común entre las mujeres más jóvenes y sin tanta experiencia en el cuidado de su salud, que no sepan nombrar qué es lo que sienten o cómo afrontarlo. En algunos casos, la madre o el padre las han llevado a servicios de salud para recibir terapia psicológica y medicación.

En el caso de las mujeres más grandes y con mayor experiencia en el cuidado de su salud, distinguen si han padecido tristeza, cansancio, estrés, enojo y depresión, también identifican los factores causantes de sus padecimientos y hasta se plantean cómo resolver estos problemas de manera individual.

Por ejemplo, señalan que sus emociones se deben a las cargas de trabajo, a los problemas económicos, a los problemas matrimoniales y a la inseguridad en sus colonias, es decir, a factores externos de índole social o económica, por lo que suelen implementar estrategias

personales para lidiar con los problemas: “echarle ganas”, realizan actividades físicas u otras actividades que les gusten como salir a dar la vuelta, ir al cine, escuchar música o leer.

Asimismo, es común escuchar entre las entrevistadas que no buscan ayuda médica especializada porque lo consideran un problema manejable que puede ser postergado ante las cargas de trabajo diario y otros problemas más importantes, de manera que anteponen el bienestar de sus hijos o de sus familias a su propia estabilidad, tal como lo refleja la situación de Ana:

Pues actualmente mal [refiriéndose a su relación de pareja]. pues yo creo que gran parte del querer estar bien, del yo sentirme bien emocionalmente es gracias a ellos [a sus hijos], digo yo los veo a ellos y digo por ellos tengo que echarle ganas, por ellos tengo que intentar salvar la relación, y también por mí no, pero gran parte son ellos los que te motivan, no merecen crecer con papás separados, no merecen estar viviendo problemas a cada rato, sí yo creo que es como a veces estás bien a veces estás [mal] y ni modo te agarras y otra vez vamos de nuevo, pero si es como difícil (Ana, marzo 2017).

En términos generales, las decisiones que las mujeres entrevistadas toman al interior de sus hogares suelen ser limitadas, especialmente cuando viven en pareja porque la posición del jefe del hogar representa para ellas un peso importante en la toma de decisiones, tanto del cuidado de su salud como en temas generales, incluidas decisiones económicas y sobre los hijos e hijas.

Las decisiones que las mujeres toman sobre la atención a su salud se relacionan con el tipo de servicios a los que acceden, cuándo ir al médico, con quién acudir, cuándo descansar, si utilizar o no anticonceptivos, cuántos hijos e hijas tener, cuándo y en qué forma. De acuerdo con las respuestas de las mujeres, dichas decisiones son limitadas y están sujetas a factores como alta dependencia económica, escaso control del dinero, sobrecargas de trabajo, limitado apoderamiento, poco auto conocimiento y subordinación frente a las figuras masculinas dentro del hogar.

### **6.3.2.3. *Dimensión de la representación política***

La dimensión de la representación se sitúa en la esfera política “que remite a la naturaleza de la jurisdicción del Estado y a las reglas de decisión con las que se estructura la confrontación” (Fraser, 2008a: 41). En esta participan tanto los tomadores de decisiones como la ciudadanía a través de la conformación de demandas, que pueden constituirse en problemáticas que se insertan en la agenda política y que finalmente legitiman o no la reivindicación de injusticias sociales.

En el terreno de la representación política, las experiencias de las mujeres jóvenes entrevistadas operan en el nivel del “des-enmarque” planteado por Fraser, que “conciene al aspecto político de delimitación de fronteras” (Fraser, 2008a: 45) y que se refiere al marco político que impide que diversos grupos sociales puedan hacerse escuchar, incluso desde el ámbito local.

A partir de las voces de las entrevistadas, es claro que las condiciones que les permiten participar como pares plenas en la interacción social no se han alcanzado. Las políticas implementadas en materia de salud, tanto a nivel del Gobierno Federal, de la Ciudad de México y de Iztapalapa, distan de incorporar acciones tendientes a revertir las desigualdades de género estructurales que enfrentan las mujeres.

Dichas políticas atienden generalmente la redistribución económica de los recursos en función del papel que se ha asignado a las mujeres como madres, administradoras de los recursos al interior de los hogares y cuidadoras, mediante la entrega de apoyos mensuales monetarios o en especie, pero cuyo impacto no modifica el estatus de subordinación de las mujeres.

Incluso, muchos de los programas sociales que pretenden abatir las desigualdades en el plano económico, tienen impactos negativos sobre el bienestar de las mujeres al aumentar las cargas de trabajo y el riesgo de violencia, el cual se deriva, al decir de Tepichin (2016), al trastocar el delicado balance de responsabilidades en el hogar.

Otro elemento central en la representación política de las mujeres, es el que se refiere a la participación social para posicionar en la comunidad los intereses no resueltos. Para las mujeres entrevistadas, la participación social puede ser un mecanismo para paliar las desventajas sociales derivadas de desigualdades económicas y de género que tienen su expresión cuando las mujeres atienden sus necesidades de salud.

Las experiencias de diversos grupos comunitarios y vecinales para el cuidado de la salud, constituyen un recurso valioso para acceder a condiciones de bienestar no provistas por el Estado. En este sentido, el conjunto de las mujeres afirma percibir problemas en su Delegación y en su colonia relacionados con la salud, tales como la falta de acceso a instituciones públicas de salud, falta de programas sociales, embarazos adolescentes, adicciones, escasez de agua y contaminación.

Sin embargo, en el caso de las mujeres entrevistadas, la participación social es prácticamente nula. A pesar del reconocimiento de problemáticas locales, la sobrecarga de trabajo y la falta de interés lleva a las mujeres a centrarse en su círculo familiar más cercano y a resolver de manera individual problemas de atención a la salud que resultan comunes para una gran mayoría.

Destaca el caso de Gabriela, una joven que entre sus actividades destina los fines de semana a trabajar como voluntaria en la Cruz Roja, donde ha aprendido a dar primeros auxilios y realiza, junto con otras personas que colaboran ahí mismo, pláticas sobre el cuidado de la salud para personas mayores y sobre la sexualidad en la juventud.

No obstante, tales actividades las desarrolla fuera de su Delegación dado que acude a escuelas cercanas a la Cruz Roja de Polanco. Aunque reconoce que los problemas que trata de prevenir en las escuelas también ocurren en su colonia – embarazos adolescentes y enfermedades de transmisión sexual – no tiene mucho interés en llevar esta información a sus vecinos y vecinas.

Al mismo tiempo, la no participación social tiene una de sus expresiones en el desconocimiento sobre la existencia de programas sociales en materia de atención a la salud, y más aún, en su utilización. Del amplio espectro de programas sociales existentes, las entrevistadas comentaron utilizar el Seguro Popular, Abasto Social de Leche Liconsa y Desayunos Escolares, y mencionaron conocen los programas Médico en Tu Casa, Apoyo a Madres Solteras, Jornadas de Mastografías, campañas de vacunación y Gimnasios al aire libre.

Por lo tanto, las desigualdades de género en la dimensión de la representación determinan en gran medida el acceso de las mujeres a instrumentos de política que mejoren verdaderamente

sus condiciones de bienestar, e influyen también en los mecanismos que utilizan para resolver sus necesidades de salud, los cuales son individuales y desconectados de toda acción social.

Finalmente, independientemente de las circunstancias de desigualdad que las entrevistadas enfrenten, sea en la distribución, el reconocimiento o la representación, la forma en que resuelven las necesidades de salud está mediada por diversas características personales, del arreglo familiar y por factores externos, tal como se analizó en las secciones previas y se sintetiza en el Cuadro 27.

**Cuadro 27. Categorías y variables que pueden influir en la forma en que se resuelven las necesidades de salud**

<b>Categorías</b>	<b>Variabes</b>	<b>Descripción</b>	
Necesidades de salud	Edad	Las necesidades de atención a la salud son variables de acuerdo con la edad	
	Causas	Diversos factores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biológicos</li> <li>• Ambientales</li> <li>• Sociales</li> <li>• Económicos</li> </ul>	
Recursos	Servicios	Tipo de servicios de salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Públicos</li> <li>• Privados</li> <li>• Ambos</li> </ul>	
	Derechohabencia	Tipo de derechohabencia a servicios públicos de salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Directa</li> <li>• Indirecta</li> <li>• Sin derechohabencia</li> </ul>	
	Monetarios	Generación o disposición de un ingreso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo remunerado</li> <li>• Beca</li> <li>• Apoyos familiares</li> <li>• Programas de gobierno</li> </ul>	
	Redes	Existencia de diversas redes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiar</li> <li>• Amigos</li> <li>• Vecinos</li> <li>• Otros</li> </ul>	
	Tiempo		La ocupación puede influir en el tiempo disponible: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo remunerado</li> <li>• Trabajo no remunerado</li> <li>• Estudio</li> <li>• Otros</li> </ul>
			La composición familiar puede influir en el tiempo disponible: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de miembros de la familia que requieran cuidados</li> <li>• Presencia de miembros de la familia independientes</li> </ul>
Conocimiento	Adquisición de conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de escolaridad</li> <li>• Frecuencia de enfermedades</li> <li>• Información de instituciones de salud</li> <li>• Consejos de familia o redes sociales</li> </ul>		
Jerarquía de género	Composición del hogar	Miembros del hogar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres</li> <li>• Hijos</li> <li>• Pareja</li> <li>• Otros miembros</li> </ul>	
	Posición en el hogar	Posición de parentesco: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecto al jefe de hogar (hija, esposa, nieta, hermana, otros)</li> <li>• Jefa de hogar</li> </ul>	

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de la literatura documentada en la Bibliografía y de las entrevistas.

## **7. Conclusiones**

### ***Sobre la investigación en general***

El desarrollo de esta investigación surge del interés por analizar el vínculo existente entre género y pobreza en la Ciudad de México. Es claro que no existe una relación de causalidad directa entre ser pobre y vivir desigualdades de género, dado que estas desigualdades permean el conjunto de las relaciones sociales y son experimentadas independientemente de la condición de pobreza.

Por ende, el interés se centró en identificar una esfera de la vida cotidiana de las mujeres en que se pudieran conjugar diversos ejes de inequidad social, lo cual derivó en la revisión de estadísticas que abordan el tema de pobreza y género en México, denotando la existencia de importantes brechas entre hombres y mujeres en el acceso a satisfactores básicos, específicamente en el acceso a servicios de salud entre la población joven en la Ciudad de México.

Sin embargo, la mera revisión estadística poco permite conocer sobre la existencia de desigualdades de género. Si bien la cuantificación de las brechas ya está aportando información valiosa, no nos dice por qué se presenta tal diferencia entre hombres y mujeres, y tampoco da cuenta de cómo las desigualdades de género son vividas en el día a día por mujeres jóvenes urbanas.

Es así, que el abordaje presentado en la investigación busca rescatar las experiencias, en voz de las mujeres, para atender sus necesidades de salud viviendo en contextos de pobreza, abonando así al conocimiento sobre la relación entre género y pobreza, con énfasis en la salud femenina.

### ***Sobre el marco analítico empleado***

A partir de la revisión teórica sobre los aportes del género, destaca el trabajo de Joan Scott que introduce, entre una de las acepciones del término, su capacidad analítica para analizar las condiciones de vida de hombres y mujeres en un sentido relacional, es decir, lo que se concibe como ser hombre o mujer responde a una construcción social basada en diferencias sexuales, integrando prácticas, normas, símbolos e identidades en un escenario donde el poder juega un rol

central jerarquizando las relaciones entre hombres y mujeres, y en donde lo femenino es subordinado a lo masculino.

Visto así, el género como categoría analítica permite conocer y explicar relaciones de desigualdad social entre mujeres y hombres, y al ser instrumentado en diversas disciplinas y campos del conocimiento, permite ampliar la mirada a la existencia de diversos ejes de inequidad social, tal es el caso de los estudios sobre la pobreza.

Tradicionalmente, la conceptualización de la pobreza y los métodos de medición instrumentados han estado orientados por dos enfoques, el método absoluto de requerimientos mínimos biológicos y el método relativo que involucra la insatisfacción de necesidades básicas en términos de lo que es socialmente aceptable en un lugar y momento determinado.

Dichos enfoques han inundado el campo de estudios sobre la pobreza con el objetivo de definir los criterios que debe cumplir un individuo para ser pobre y para cuantificar el número de pobres en una sociedad. Estos enfoques mantienen un grado de generalización muy elevado, tal como plantean López y Salles (2004), porque recogen discusiones filosóficas sobre las necesidades humanas y sobre lo que se considera el bienestar del ser humano sin tener en cuenta la heterogeneidad de las condiciones de pobreza.

La capacidad analítica del género en los estudios de pobreza, permite mirar las diferencias en la forma en que las condiciones de escasez son vividas por mujeres y por hombres, al evidenciar que existen diferencias de orden estructural que jerarquizan la posición de las mujeres en la sociedad, situándolas en un estatus de subordinación, y moldeando la forma en que pueden acceder y transformar los recursos.

Por ende, entre las contribuciones más importantes de la incorporación de la categoría de género a los estudios de pobreza, se encuentran los avances conceptuales y metodológicos que exploran aristas sobre la pobreza antes invisibilizadas. Desde el punto de vista conceptual, ha incrementado las dimensiones de análisis, ha quebrantado supuestos sobre las características de los hogares, permite incorporar subjetividades y reconoce el cruce de diversos ejes de desigualdad. Mientras en el aspecto metodológico, muy vinculado al avance conceptual, ha permitido el desglose de estadísticas por características poblacionales, ha incrementado las dimensiones de análisis y el número de indicadores.

A la luz de esta revisión, retomo la propuesta de Nancy Fraser de mirar al género en tres dimensiones, distribución, reconocimiento y representación política, porque permite diferenciar claramente el ámbito del cual proceden las diferencias estructurales que configuran el orden social, es decir, si se trata de desigualdades de índole económica, cultural o política.

Asimismo, el marco analítico planteado por Ana María Tepichin, permite aterrizar la propuesta de Fraser al conocimiento de la pobreza e identificar los factores ligados a desigualdades de género que se enlazan con la pobreza. Asimismo, se identifican los obstáculos, dentro de cada factor, que las mujeres enfrentan en las dimensiones de desigualdades de género. Los factores y obstáculos identificados son la división sexual del trabajo, que comprende la sobrecarga de trabajo, las reducidas alternativas y la devaluación de la fuerza de trabajo; mientras el factor de escaso poder de negociación comprende los obstáculos de limitados apoderamiento, autonomía, libertad de movimiento y riesgo de violencia.

Si bien la construcción del marco analítico se sustenta en hallazgos de investigación enfocados en las experiencias de programas de proyectos productivos para mujeres rurales y de transferencias condicionadas para mujeres rurales y urbanas, los factores ligados a desigualdades de género en contextos de pobreza identificados parecen estar presentes en la vida de las mujeres, independientemente de si viven en localidades urbanas y rurales o reciben programas focalizados, tal como se constató mediante las entrevistas realizadas a mujeres jóvenes urbanas.

### ***Sobre las estadísticas de género, pobreza y salud en la Ciudad de México***

El abordaje presentado es fundamental para complementar los hallazgos derivados de la información estadística nacional sobre pobreza y género. En este sentido, mediante las estimaciones de pobreza multidimensional en 2014, fue posible un acercamiento a las condiciones de bienestar que tienen hombres y mujeres en el acceso a recursos, siendo uno de los principales resultados la identificación de un menor acceso de las mujeres jóvenes entre 15 y 29 años en la Ciudad de México a servicios de salud, en comparación con mujeres pobres del conjunto de las localidades urbanas y rurales del país, a pesar de la existencia de un importante número de centros de salud, hospitales y programas sociales de atención a la salud en la Ciudad de México.

Sin embargo, también se evidenció que una mayor cantidad de mujeres jóvenes en pobreza en la Ciudad de México tienen derechohabiencia a instituciones públicas de salud respecto a varones pobres de la misma demarcación. Dicha derechohabiencia proviene de afiliación indirecta, es decir, las mujeres pobres de la Ciudad de México que tienen entre 15 y 29 años tienen derecho a acceder a instituciones públicas de salud por parte de algún familiar, principalmente al IMSS, aunque también se afilian al Seguro Popular. Mientras los hombres jóvenes en pobreza acceden con mayor frecuencia a instituciones privadas de salud, lo cual puede obedecer a que siendo jefes de hogar requieren de atención médica expedita que no suponga la pérdida de días laborables y de ingreso a los hogares.

En complemento a lo anterior, se señaló que las mujeres en la Ciudad de México tienen una mayor esperanza de vida que los varones, y que enfrentan problemáticas de salud derivadas de enfermedades de las vías respiratorias, de vías urinarias, gastrointestinales y dentales. Las principales causas de muerte entre las mujeres son los padecimientos cardíacos, diabetes mellitus, tumores malignos, infecciones de las vías respiratorias y complicaciones relacionadas con la maternidad. Entre las mujeres jóvenes de 15 a 29 años de edad, las principales causas de muerte son los accidentes de tráfico, tumores malignos (leucemias, cuello del útero y mama), lesiones auto infligidas intencionalmente, agresiones, enfermedades del corazón y diabetes mellitus.

En ello radica la importancia de garantizar el derecho a la salud de la población y atender las necesidades de salud para una población femenina que cada vez alcanza mayores años de vida y para quienes persisten diversas enfermedades.

Estos resultados son indicativos de avances importantes en materia de protección a la salud, dado que las mujeres jóvenes pueden acceder a servicios de salud, pero tal como mostraron las estadísticas sobre género y pobreza, suelen ser las mujeres en pobreza las que comienzan a tener hijos en edades más tempranas y se incorporan a actividades económicas remuneradas más tardíamente, impidiéndoles acceder por la vía directa a los derechos sociales.

En este sentido, es fundamental cuestionar si la condición de acceso implica automáticamente mejoras en el bienestar de las mujeres, más aún, las estadísticas muestran una realidad muy parcial al concentrarse exclusivamente en la condición de acceso o no acceso, sin medir o incorporar el contexto en que dicho acceso ocurre. Las estadísticas revelan información

importante sobre un fenómeno específico, pero invisibilizan o dejan de ver procesos estructurales que impiden o favorecen las condiciones de acceso a servicios de salud para las mujeres jóvenes en pobreza.

### ***Sobre las desventajas sociales acumuladas y el marco analítico de desigualdades de género-pobreza-salud***

Tal como se describía, la incorporación de la categoría de género permite ver la existencia de inequidades sociales, tanto en la conceptualización de la pobreza como en los métodos de medición. En el caso de este trabajo, resultaba insuficiente limitarse a presentar las estadísticas oficiales sobre pobreza, sino que constituían un primer indicio, un referente en la identificación de un caso que requiere ser analizado con más detalle.

Por tanto, el marco analítico expuesto sobre desigualdades de género en contextos de pobreza, permite partir del “dato duro” para abrir la perspectiva hacia las experiencias de desigualdad que no son capturadas en los métodos de medición de la pobreza.

Asimismo, la revisión teórica sobre mujeres jóvenes en pobreza permitió comprender que se trata de un segmento poblacional en condiciones de vulnerabilidad por la posible acumulación de desventajas sociales que supone conjuntar desigualdades de género, edad, nivel socioeconómico, entre otras, que condicionan el bienestar de las mujeres.

Los hallazgos de investigación denotan que mujeres jóvenes de estratos económicos bajos tienen mayor propensión a abandonar la escuela a edades más tempranas y retrasan la entrada al mercado de trabajo, generalmente porque dejan la casa de los padres para unirse a una pareja, tener al primer hijo o hija, realizar labores domésticas y de cuidados. Esto condiciona de manera importante las alternativas de las cuales disponen las mujeres jóvenes para su desarrollo futuro y para su bienestar, especialmente cuando se encuentran en la etapa reproductiva y experimentan el primer embarazo.

También se ha avanzado conceptual y metodológicamente en la investigación sobre la salud de las mujeres al reconocer la existencia de múltiples ejes de desigualdad social como el género, la edad, la raza, la clase y el parentesco, y mediante la aproximación empírica a las condiciones de salud en diversos contextos, que han permitido modificar la forma tradicional de conceptualizar la salud femenina, la cual estaba ligada exclusivamente a la maternidad y al

cuidado infantil, para explorar ahora temas como salud y trabajo femenino, salud mental, salud sexual, salud y violencia de género, salud y pobreza, entre otros.

Específicamente sobre el vínculo entre género, pobreza y salud, diversos hallazgos de investigación también han transitado de la revisión de estadísticas nacionales e internacionales sobre las condiciones de morbilidad y mortalidad de las mujeres pobres en áreas urbanas y rurales, hacia estudios que evidencian que factores como la pobreza y desigualdades en la edad, género y parentesco, influyen en la forma en que las mujeres conciben su salud y la cuidan, condicionando también el tipo de enfermedades que padecen, el tipo de servicios médicos a los que acuden y trastocando diversas áreas de su salud.

Por ende, el análisis de desigualdades de género entrelazadas con la pobreza puede abordarse a partir de la identificación de cuatro áreas de la salud femenina, física, sexual, reproductiva y materna, así como mental y emocional. Al incorporar las tres dimensiones de desigualdades de género y la condición de pobreza a la forma en que mujeres jóvenes atienden su salud en las cuatro áreas identificadas, permite desmenuzar las experiencias de vida de las mujeres.

### ***Sobre las características de las entrevistadas***

Para entender las condiciones de vida y salud de mujeres urbanas en pobreza, era fundamental caracterizar a las once mujeres entrevistadas en el contexto en el que viven, es decir, en contraste con la población de Iztapalapa.

En este sentido, destaca que las mujeres representan el 52% de la población de la Delegación Iztapalapa y el grupo de edad entre 20 y 24 años es el más numeroso, en correspondencia con la edad promedio de las entrevistadas (21.7 años).

El nivel promedio de escolaridad de las entrevistadas es el bachillerato, al igual que el mayor porcentaje de las mujeres en la Delegación que cuentan con nivel medio superior (28.2% o 211,975 personas).

En términos de actividades económicas remuneradas, las estadísticas de la Encuesta Intercensal 2015, revelan que 36.5% de las mujeres entre 15 y 29 años de Iztapalapa pertenecen a la Población Económicamente Activa, es decir, realizaron o tuvieron una actividad económica

(población ocupada) o buscaron activamente realizar una en algún momento (población desocupada). Mientras en el caso de las entrevistadas, la proporción se eleva al 45% (cinco de once mujeres) dado que cuatro trabajan actualmente como asistentes en los sectores público (Delegación) y privado (empresas) y una declara estar buscando empleo.

En términos del trabajo no remunerado, los resultados de la Encuesta Intercensal 2015 señalan que 85% de las mujeres entre 15 y 29 años en Iztapalapa realizan trabajo doméstico y de cuidados, principalmente cuidado de personas sanas menores de 6 años y entre 6 y 14 años. En el caso de las entrevistadas, todas realizan trabajo doméstico no remunerado (las once), sobre todo limpieza de la casa y preparación de alimentos, pues solo tres de las once mujeres (27.7%) tienen hijos menores de 10 años y destinan la mayor parte de su tiempo a cuidados.

Destaca que la participación masculina (padres, parejas y hermanos de las entrevistadas) es muy limitada en la realización de trabajo doméstico, ya que declaran que ellas y sus madres son las que más contribuyen en los quehaceres del hogar.

En términos de las condiciones de pobreza multidimensional de la población de Iztapalapa en 2010, 41.3% (804,277 personas) presentaban privaciones en términos de derechos sociales, mientras el conjunto de las mujeres entrevistadas (las once) viven en condiciones de pobreza y habitan en colonias con grados de marginación Alto y Muy Alto, según el índice de desarrollo social del Sistema de Información del Desarrollo Social de la Ciudad de México en 2010 (SIDESO, 2017b).

Sobre las carencias sociales que componen las mediciones de pobreza multidimensional, el rezago educativo en la población de Iztapalapa afectaba a 11.4% de la población (222,692 personas) en 2010, mientras para las mujeres entrevistadas, una desertó del nivel secundaria y dos mujeres tienen licenciatura inconclusa, el resto (ocho de once) cuentan con la educación media superior de acuerdo con su edad.

La carencia por acceso a servicios de salud afectaba a 41.3% de la población de Iztapalapa en 2010, es decir, 804,277 personas no accedían a instituciones públicas o privadas de salud. En el caso de las entrevistadas, todas afirman acceder al menos a una institución, de tal suerte que tres están afiliadas en el IMSS, dos acuden al ISSSTE, tres recurren al Seguro

Popular, tres utilizan solo servicios privados y, en general, todas han accedido a servicios médicos privados.

Por otro lado, las principales enfermedades que han presentado las entrevistadas son: padecimientos de las vías respiratorias (bronquitis, gripa y asma), gastrointestinales (infecciones y gastritis), dentales, alimenticios (anemia, manchas en la piel y trastornos alimenticios) y emocionales (cansancio, tristeza, estrés y depresión).

Sobre la seguridad social, destaca que 58.6% de la población de Iztapalapa en 2010 (1,140,410 personas), carecía de acceso a prestaciones de ley derivadas del empleo. Para el caso de las entrevistadas, solo una refirió estar empleada y contar con la prestación de Guarderías del IMSS, pero no goza de otros derechos debido a que su empleo es de confianza y labora media jornada.

Por otro lado, destaca que la carencia por acceso a servicios básicos en la vivienda solo afecta a 2.3% de la población de Iztapalapa (43,941 personas), lo cual responde a que los hogares cuentan con conexión de agua corriente en sus viviendas o terrenos, pero el indicador no mide la disponibilidad real de agua corriente, su frecuencia y calidad. En este sentido, siete de las once entrevistadas (64%) aseguraron que la falta de agua es un problema recurrente en sus colonias ya que puede faltar más de cuatro días a la semana o no haber definitivamente.

Finalmente, sobre el acceso a la alimentación, 19.5% de la población de Iztapalapa en 2010 presentaba un grado moderado o severo de inseguridad alimentaria, es decir, tenían una dieta poco variada, las cantidades ingeridas eran pocas y la frecuencia de consumo de alimentos era limitada. En esta situación se encuentran cuatro de las once mujeres entrevistadas (36%) que presentan anemia y enfermedades derivadas de la mala alimentación.

Otro elemento importante sobre la caracterización de las mujeres entrevistadas se refiere al uso de programas sociales para la atención a las necesidades de salud. La revisión emprendida sobre la política social en atención a la salud, evidenció que existe un amplio entramado de programas sociales y acciones, tanto universales como focalizados, operando desde el ámbito del Gobierno Federal, de la Ciudad de México y de la propia Delegación Iztapalapa.

Dichos programas pretenden garantizar el acceso a los derechos sociales como la alimentación, la educación, el empleo y la salud, entre otros. Atendiendo a este amplio espectro,

se indagó sobre la utilización de tales programas por parte de las entrevistadas, siendo evidente su desconocimiento sobre acciones gubernamentales en materia de salud.

Los programas que las entrevistadas comentaron utilizar son el Seguro Popular, Abasto Social de Leche Liconsa y Desayunos Escolares. Aunque también han escuchado o alguien de su familia ha utilizado los programas: Médico en Tu Casa, Apoyo a Madres Solteras, Jornadas de Mastografías, campañas de vacunación y Gimnasios al aire libre.

### ***Sobre las experiencias de desigualdad de género en la atención a la salud femenina***

El análisis de las experiencias de desigualdad que viven las mujeres entrevistadas en la atención a sus necesidades de salud, constituye el objetivo central de esta investigación. Atendiendo a este punto, a continuación se sintetizan los hallazgos de investigación en función de los objetivos, preguntas e hipótesis propuestos.

Con relación al objetivo general de analizar los factores ligados a desigualdades de género en la forma en que mujeres jóvenes (15 a 29 años) de la Ciudad de México (Iztapalapa) en condiciones de pobreza resuelven las necesidades de atención a la salud, la propuesta de Fraser y el planteamiento del marco analítico de Tepichin, permiten evidenciar que las mujeres jóvenes entrevistadas enfrentan desigualdades de género ligadas a la división sexual del trabajo, al escaso poder de negociación y a la limitada participación social.

Dichos factores, vinculados a las tres dimensiones del género, determinan la forma en que las mujeres pueden satisfacer sus necesidades de atención a la salud.

En términos de la división sexual del trabajo, las mujeres tienen empleos de medio tiempo y sin acceso a todas las prestaciones de ley, lo cual influye en el tipo de afiliación a servicios de salud, dado que no disponen de derechohabiencia directa a instituciones públicas. Al mismo tiempo, la división sexual del trabajo determina las asignaciones de trabajo remunerado y no remunerado a las mujeres, sobrecargándolas de actividades que limitan el tiempo disponible para atender su salud.

Con relación al poder de negociación de las mujeres, las entrevistas permitieron derivar que la autonomía y poder de decisión de las mujeres se centra en la elección del tipo de servicio

al que acudir, cuándo hacerlo y a quién recurrir para las funciones de cuidado y acompañamiento al médico, que es generalmente en figuras femeninas.

Sin embargo, las decisiones de las mujeres están acotadas a la provisión de recursos monetarios del jefe de hogar, ya sea el padre o la pareja, dado que todas las entrevistadas son económicamente dependientes.

Por lo tanto, la forma en que configuran sus decisiones, en un marco restringido por su posición de limitada autonomía en el hogar, determina la forma en que acceden a instituciones médicas, y por ende, al cuidado de su salud.

En el marco de la representación política de las mujeres, las entrevistadas enfrentan una limitada participación social que configura la forma en que atienden sus necesidades de salud. Esto significa que las mujeres jóvenes en pobreza desconocen la amplia oferta de la política social en materia de salud, al mismo tiempo, no tienen una participación comunitaria activa para resolver los problemas de salud.

Por lo tanto, los medios de los cuales disponen para el cuidado de su salud son las instituciones públicas y privadas de salud tradicionales, esto es, IMSS, ISSSTE, Seguro Popular y consultorios médicos privados, así como los consejos de sus familiares más cercanos, que constituyen soluciones individuales de atención.

Los hallazgos identificados son consistentes con investigaciones previas (Tepichin, 2016; Schteingart 1997a y 1997b), que señalan la existencia de mayores dificultades para que las mujeres accedan a condiciones de bienestar y a la atención de la salud, respecto a los varones. Máxime cuando las mujeres se encuentran en condiciones de pobreza, tanto en zonas rurales como urbanas.

En este sentido, es posible sugerir que las mujeres jóvenes entrevistadas entre 15 a 29 años de edad en condiciones de pobreza en Iztapalapa, *siempre* experimentan desigualdades de género en la atención a sus necesidades de salud porque se entrecruzan diversos ejes de inequidad social, tales como la edad, el género y la clase, tal como se anotaba en la hipótesis general de la investigación.

Otro de los objetivos de la investigación consistía en indagar si variables como la edad, la composición familiar y la posición de las mujeres en los arreglos familiares, influye en la manera en que se resuelven las necesidades de salud.

En este sentido, las entrevistas permitieron identificar que la edad influye de diversas maneras. En principio, es un determinante del tipo de padecimientos a tratar y del auto conocimiento sobre la salud, ya que usualmente las mujeres más jóvenes tienden a presentar un menor número de enfermedades y resultan un tanto inexpertas sobre cómo atender su salud. Es así que la figura de la madre o la hermana aparece como fundamental para ofrecer cuidados y consejos sobre el tratamiento a seguir.

Por otro lado, las mujeres con mayor edad, suelen presentar padecimientos relacionados a la salud materna y a la salud sexual, además poseen mayor conocimiento sobre los síntomas que presentan y normalmente saben qué medicinas tomar.

La composición del hogar también es determinante en el tiempo del que las mujeres disponen para el cuidado de su salud. Generalmente, los hogares que están compuestos por personas dependientes, ya sea niños y niñas pequeñas y adultos mayores, les supone a las mujeres mayores cargas de trabajo y las lleva a posponer la ida al médico, por ejemplo, o a buscar redes de apoyo para el cuidado de personas.

Mientras las mujeres que viven con personas independientes, ya sean los miembros del hogar adultos o hijos e hijas mayores, disponen de su tiempo para atender su salud de manera más flexible.

La posición de las mujeres en el arreglo familiar también influye en la manera en que se resuelven las necesidades de salud, porque dicha posición está vinculada a la subordinación en la jerarquía de parentesco. De tal suerte que las mujeres que viven en pareja con hijos e hijas, suelen supeditar sus condiciones de bienestar a las del resto de los miembros del hogar, priorizando entonces las actividades domésticas y el bienestar de los demás antes del propio. Estas mujeres no son tomadas en cuenta y sus necesidades no son consideradas importantes en la mayoría de los casos.

En esta situación se encuentran diversas entrevistadas que salieron de casa de sus padres para unirse en pareja y tener al primer hijo. Sus condiciones de acceso a servicios de salud

mejoraron relativamente dado que sus parejas se ocupan de los gastos en instituciones privadas, pero pasaron a una posición de subordinación mayor y de dependencia económica.

Por otro lado, las entrevistadas que suelen vivir con padre y madre o solamente con su madre, presentan una mejor posición en la jerarquía de parentesco y una menor subordinación. Tal circunstancia se manifiesta en los mayores cuidados y atenciones que reciben cuando están enfermas, dado que son llevadas prontamente a instituciones de salud y les son descargadas las actividades de trabajo doméstico.

Por lo tanto, las entrevistas arrojan información suficiente para argumentar que las mujeres jóvenes entrevistadas de Iztapalapa en contextos de pobreza que tienen menor edad, que ocupan una posición de subordinación en el arreglo familiar y quienes viven en hogares compuestos por la pareja, hijas e hijos, enfrentan más obstáculos de género para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional.

Finalmente, sobre el objetivo de analizar si el tipo de derechohabiencia a servicios de salud (derechohabiencia directa, derechohabiencia indirecta o no derechohabiencia) influye en la manera en que se resuelven necesidades de atención a la salud, es claro que el acceso a instituciones de salud está supeditada a prestaciones sociales derivadas de un empleo formal.

Sin duda, la no garantía en el acceso a instituciones de salud públicas a través de la derechohabiencia directa o indirecta, supone que las mujeres deben buscar otras alternativas de atención, como la afiliación a programas sociales, la adquisición de algún seguro, el pago en servicios privados o los consejos familiares.

Esta forma de resolución depende del tipo de afiliación, pero no es posible afirmar, como planteaba la hipótesis final, que las mujeres jóvenes de Iztapalapa en contextos de pobreza, que acceden a la derechohabiencia directa a servicios de salud, enfrentan menos obstáculos de género para resolver necesidades de atención a la salud física general, salud sexual, salud reproductiva y materna, y salud mental y emocional, respecto a quienes acceden mediante la derechohabiencia indirecta o no tienen derechohabiencia.

### *Elementos pendientes de la investigación*

La revisión hasta ahora expuesta ha permitido ahondar en las experiencias de desigualdad de género que enfrentan las mujeres jóvenes en pobreza de Iztapalapa entrevistadas, más allá de la información reportada en las estadísticas nacionales sobre las condiciones de bienestar de las mujeres.

Sin embargo, es fundamental profundizar en el acceso de las mujeres jóvenes a diversos programas sociales en la Ciudad de México y sobre las experiencias de participación social en grupos vecinales que pretendan resolver problemáticas de salud. El grupo de mujeres seleccionado no es representativo de la población femenina en Iztapalapa, y por ende, considero pertinente incorporar la voz de otros actores con mayor conocimiento sobre las políticas sociales para las mujeres con el objetivo de dar cuenta de otras experiencias que no fue posible captar en las entrevistas realizadas.

Asimismo, es pertinente revisar cuál es la evolución de las carencias sociales de la población en la Ciudad de México y de la brecha identificada entre mujeres y hombres jóvenes en la misma demarcación, mediante la actualización de estadísticas sobre pobreza y género para 2016, de acuerdo con las próximas estimaciones del CONEVAL. Dicha revisión permitiría evidenciar la ampliación o reducción de brechas en el acceso a satisfactores mínimos entre hombres y mujeres, así como indagar sobre nuevas vetas de análisis.

Finalmente, considero necesario seguir indagando en los elementos que influyen en la forma en que mujeres jóvenes urbanas en pobreza resuelven sus necesidades de atención a la salud, más allá de las hasta ahora expuestas como la edad, la composición del hogar o el tipo de derechohabencia, por poner algunos ejemplos. Lo anterior no solo contribuye al conocimiento sobre la forma en que se enlazan las desigualdades de género con la pobreza, sino que abona para entender la forma en que es posible atender diversas necesidades que experimentan las mujeres, con miras a revertir sus problemáticas, o al menos, contribuir a mejorar sus condiciones de vida.

## 8. Bibliografía

- Aguilar, Paula (2011), “La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas” en *Revista Katálysis*, Brasil, vol. 14, núm. 1, enero-junio, pp. 126-133.
- Alatorre, Javier; Langer, Ana y Lozano, Rafael (1994), “Mujer y Salud”, en Javier Alatorre, et. al. (coords.) *Las Mujeres en la pobreza*, México, El Colegio de México, Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza, pp. 217-241.
- Álvarez, Lucía (2004), “Participación ciudadana y política de salud en la ciudad de México. La Red por la Salud de las Mujeres y el gobierno del Distrito Federal” en Alicia Ziccardi (coord.) *Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Desarrollo Social y Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, pp. 273-296.
- Ariza, Marina y De Oliveira, Orlandina. (2001), “Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición”, en *Papeles de Población*, Universidad Autónoma del Estado de México, vol. 7, núm. 28, abril-julio, pp. 27-39.
- Arriagada, Irma (1998), “Nuevas dimensiones de género y pobreza: Una introducción”, en Irma Arriagada y Carmen Torres (eds.) *Género y Pobreza Nuevas dimensiones*, Santiago de Chile, Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres, núm. 26, pp. 1-15.
- (2005), “Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género” en *Revista CEPAL*, abril, núm. 85, pp. 101-113.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (1948), *Declaración Universal de Derechos Humanos*, en la Página oficial de Naciones Unidas <<http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>> (10 de febrero de 2017).
- Avenidaño, Martha (2010), “La paridad participativa en la obra de Nancy Fraser”, en *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, núm. 26, pp. 58-70.
- Barajas, Gabriela (2010) “Políticas de bienestar social del Estado posrevolucionario: IMSS, 1941–1958”, en *Política y Cultura*, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, primavera, núm. 33, pp. 61-82.
- Barquet, Mercedes (1994), “Condicionantes de género sobre la pobreza de las mujeres”, en Javier Alatorre, et. al., (coords.) *Las mujeres...* op.cit., pp. 73-89.
- Brachet-Márquez, Viviane (2004) “El estado benefactor mexicano: nacimiento, auge y declive (1822-2002), en Boltvinik, J, y Damián, A. (coords.), *La pobreza en México y el Mundo. Retos y desafíos*, México, Siglo XXI Editores, pp. 240-272.
- Boltvinik, Julio (2004a), “Métodos de medición de la pobreza. Una Tipología. Limitaciones de los métodos tradicionales y combinados”, en Julio Boltvinik y Araceli Damián (coords.) *La pobreza en México y el mundo. Realidades y desafíos*, México, Siglo XXI Editores, pp.437-475.
- (2004b) “Políticas focalizadas de combate a la pobreza en México. El Progreso/Oportunidades”, en Julio Boltvinik y Araceli Damián (coords.) *La pobreza en...* op cit., pp. 315-347.
- (2012), “Evolución de la pobreza en México y en el Distrito Federal, 1992-2000. Valoración crítica de las metodologías de medición, las fuentes y las interpretaciones”, en Gerardo Ordóñez Barba (coord.) *La pobreza urbana en México: Nuevos enfoques y retos emergentes para la acción pública*, México, El Colegio de la Frontera Norte y Juan Pablos Editor, pp. 23-90.

Bradshaw, Jonathan (2000), "Preface For the Centennial Edition of Poverty: a Study of Town Life, en Rowntree, E. Seebohm [1901/2000] *Poverty, A Study, of Town Life*, Policy Press and the Joseph Rowntree Charitable Trust, pp. xix-xxxii.

Brito, Roberto (1998), "Hacia una sociología de la juventud. Algunos elementos para la deconstrucción de un nuevo paradigma de la juventud", en *Última Década*, núm. 9, Chile, Centro de Estudios Sociales, pp. 1-7.

Burín, Mabel (1995), "Subjetividad femenina y salud mental", en Sara Elena Pérez-Gil, Juan Carlos Ramírez y Patricia Ravelo (coords.) *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, Universidad de Guadalajara e Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán", pp. 81-107.

Burr, et.al. (2011), *Guía para el paciente participativo. Atrévete a saber, atrévete a exigir*, México, Centro de Contraloría Social y Estudios de la Construcción Democrática CCS-CIESAS y Fundación Pfizer.

Careaga, Gloria y Jiménez, Patricia (coords.) (2011), *La feminización de la pobreza en México*, México, Cámara de Diputados, Comisión de Equidad y Género.

Castro, Roberto (1996), "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comp.) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México, pp. 57-85.

Chant, Sylvia (2003), *Nuevas contribuciones al análisis de la pobreza: desafíos metodológicos y conceptuales para entender la pobreza desde una perspectiva de género*, Chile, Unidad Mujer y Desarrollo/CEPAL (Serie Mujer y Desarrollo, 47).

CONEVAL (2014a), *Pobreza y género en México: hacia un sistema de indicadores. Información 2008-2012*, México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

----- (2014b), *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*, 2ª ed., México.

----- (2017a), Creación del CONEVAL en la Página oficial del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social., México < <http://www.coneval.org.mx/quienessomos/Paginas/Creacion-del-Coneval.aspx>> (8 de febrero de 2017).

----- (2017b), Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social en la Página oficial del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social., México < <http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPFE/Paginas/default.aspx>> (28 de marzo de 2017).

Damián, Araceli (2003), "Tendencias recientes de la pobreza con enfoque de género en América Latina" en *Papeles de Población*, Universidad Autónoma del Estado de México, octubre/diciembre, núm. 38, México, pp. 27-76.

DIF Nacional (2016), *Lineamientos de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria*, México, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario.

Echarri, Carlos (1999), "Salud materno-infantil y condición de la mujer", en Brígida García (coord.) *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México y la Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 103-165.

Echarri, Carlos y Pérez Amador, Julieta (2007), “En tránsito hacia la adultez: eventos en el curso de vida de los jóvenes en México”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, El Colegio de México, vol. 22, núm. 1, pp. 43-77.

Enríquez, Rocío (2001), “Malestar emocional femenino en contextos de pobreza urbana: un estudio de caso”, en Mónica Gendreau (coord.) *Los rostros de la pobreza. El debate*, Tomo IV, México, Universidad Iberoamericana Puebla, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Universidad Iberoamericana Torreón, Universidad Iberoamericana León, Universidad Iberoamericana Tijuana, Universidad Iberoamericana Ciudad de México, pp. 129-163.

EVALÚA CDMX (2014a), *Aviso por el que se da a conocer la Evaluación Interna del Programa de Acceso a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, correspondiente al Periodo 2013, a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal*, México, Consejo de Evaluación para el Desarrollo Social de la Ciudad de México, Disponible en: [http://www.evalua.cdmx.gob.mx/ev\\_int\\_sedesa\\_14.php](http://www.evalua.cdmx.gob.mx/ev_int_sedesa_14.php).

----- (2014b), *Aviso por el que se da a conocer la Evaluación Interna del Programa de Apoyo para Personas de Escasos Recursos que requieren de Material de Osteosíntesis, Prótesis, Órtesis, Apoyos funcionales y Medicamentos fuera del Cuadro Básico y Catálogo Institucional de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, correspondiente al Periodo 2013*, México, Consejo de Evaluación para el Desarrollo Social de la Ciudad de México, Disponible en: [http://www.evalua.cdmx.gob.mx/ev\\_int\\_sedesa\\_14.php](http://www.evalua.cdmx.gob.mx/ev_int_sedesa_14.php).

FAO (1996), “Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial”, Cumbre Mundial sobre la Alimentación, Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 13 a 17 de noviembre.

Flamand, Laura y Moreno, Carlos. (2014) *Seguro Popular y federalismo en México. Un análisis de política pública*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas.

Flores, Eugenia (1995), “Las mujeres de los grupos de salud de las organizaciones urbano populares”, en Sara Elena Pérez-Gil, Juan Carlos Ramírez y Patricia Ravelo (coords.) *Género y...* op.cit., pp. 181-192.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (1990), *La situación de la mujer pobre en México*, México.

Fraser, Nancy (1996), “Social Justice in the Age of Identity Politics: Redistribution, Recognition, and Participation”, en *The Tanner Lectures on Human Values*, vol. 19, Grethe B. Peterson ed., Salt Lake City, pp. 1-67.

----- (2007), "Feminist Politics in the Age of Recognition: A Two-Dimensional Approach to Gender Justice" en *Studies in Social Justice*, vol. 1, núm. 1, pp. 23-35.

----- (2008a), *Escalas de justicia*, España, Herder Editorial,

----- (2008b), “La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación”, en *Revista de Trabajo*, año 4, núm. 6, Agosto – Diciembre, pp. 83-99.

Gaceta Oficial CDMX (2017), “Aviso por el que se dan a conocer las Reglas de Operación del Programa Seguro contra Accidentes Personales de Escolares, ‘Va Segur@’ 2017”, en *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, Administración Pública de la Ciudad de México, Décima Novena Época, No. 255 Tomo III, 31 de enero de 2017, pp. 474-503.

Gaceta Oficial D.F. (2013a), “Acuerdo por el que se ordena la creación del “Sistema de Servicios para el Bienestar: Capital Social” que con un enfoque incluyente otorgue beneficios que contribuyan a mejorar el bienestar y la calidad de vida de los habitantes de la Ciudad de México”, en *Gaceta Oficial del Distrito*

*Federal*, Administración Pública del Distrito Federal, Décima Séptima Época, No. 1704, 3 de octubre de 2013, pp. 4-5.

----- (2013b), “Aviso por el que se dan a conocer los Lineamientos del Sistema de Servicios para el Bienestar: Capital Social”, en *Gaceta Of...op.cit.*, No. 1767, 31 de diciembre de 2013, pp. 9-12.

----- (2014a), “Aviso por el que se dan a conocer las Reglas de Operación 2014 del Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que carecen de Seguridad Social Laboral”, en *Gaceta Of...op.cit.*, No. 1788, 30 de enero de 2014, pp. 113-120.

----- (2014b), “Aviso por el que se dan a conocer las Reglas de Operación 2014 del Programa de Apoyo para Personas de Escasos Recursos que requieren de Material de Osteosíntesis, Prótesis, Órtesis, Apoyos funcionales y Medicamentos fuera del Cuadro Básico y Catálogo Institucional de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.”, en *Gaceta Of...op.cit.*, No. 1788, 30 de enero de 2014, pp. 121-128.

García, Brígida (2003), “Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, México, El Colegio de México, pp. 221-253.

Giorguli, Silvia (2011), "Camino divergentes hacia la adultez en México", en Georgina Binstock y Joice Melo Vieira (coords.) *Nupcialidad y familia en la América Latina actual*, México, Campinas. UNICAMP/ALAP, pp. 123-163.

Gobierno de la Ciudad de México (2016), *Cuarto Informe de Gobierno de la Ciudad de México*, Secretaría Particular del Jefe de Gobierno.

Gómez, et. al., (2011), “Sistema de Salud de México”, en *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2, pp. 220-232.

Gordon, Sara (1999), “Del universalismo estratificado a los programas focalizados. Una aproximación a la política social en México”, en Martha Schteingart (coord.) *Políticas sociales para los pobres en América Latina*, México, Miguel Ángel Porrúa, pp. 49-79.

----- y Murillo, Sandra (2012), “Confianza, redes y cooperación entre los pobres”, en Gerardo Ordóñez Barba (coord.) *La pobreza urbana...op. cit.*, pp. 119-150.

Hernández, Bernardo, et. al. (2004), “Salud, desigualdades de género y pobreza: cáncer cérvico-uterino, mortalidad materna y uso de la atención médica”, en María de la Paz López y Vania Salles (coords.) *Siete estudios y una conversación*, México, Observatorio de Género y Pobreza Indesol/Colmex/UNIFEM, pp. 185-210.

Iglesias, Clara (2012), “Justicia como redistribución, reconocimiento y representación: Las reconciliaciones de Nancy Fraser”, en *Investigaciones Feministas*, vol. 3, pp. 251-269.

IMSS (2017), Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia en la Página oficial del Instituto Mexicano del Seguro Social, México <<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>> (17 de abril de 2017).

INEGI (2014), Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH (MCS-ENIGH) 2014 en la Página oficial del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México <<http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/modulos/mcs/2014/doc/presentacion.pdf>> (8 de febrero de 2017).

----- (2015), *Anuario Estadístico y Geográfico del Distrito Federal 2015*, México, INEGI y CDMX.

----- (2017a), Glosario en la Página oficial del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/cem07/texcom/glosario/glosario.htm>> (30 de marzo de 2017).

----- (2017b), Sistema de Cuentas Nacionales de México en la Página oficial del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/scn/>> (14 de febrero de 2017).

INMUJERES (2017), Vida sin violencia en la Página oficial del Instituto Nacional de las Mujeres, México < <http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/vidasinviolencia/?q=clasificacion> > (2 de febrero de 2017).

INMUJERES CDMX (2017), Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en la Página oficial del Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México, México <<http://www.inmujeres.cdmx.gob.mx/programas/programa/paicma-cdmx>> (27 de marzo de 2017).

Jiménez, René (1995), “Cincuenta años de sobrevivencia desigual de los mexicanos”, en Sara Elena Pérez-Gil, Juan Carlos Ramírez y Patricia Ravelo (coords.) *Género y... op.cit.*, pp. 273-284.

Kaztman, Rubén (2001), “Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos”, en *Revista de la CEPAL*, No. 75, Chile, pp. 171-189.

Lamas, Marta (1995) “Introducción”, en Marta Lamas (comp.) (2013) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*, México, Porrúa/UNAM-Programa Universitario de Estudios de Género, pp. 9-20.

Langer, Ana y Lozano, Rafael (1998), “Condición de la mujer y salud”, en Juan Guillermo Figueroa Perea (comp.) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 33-82.

Langer, Ana y Tolbert, Kathryn (eds.) (1996), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, México, EDAMEX y The Population Council.

Lara, María Asunción (1998), “Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas”, en Juan Guillermo Figueroa Perea (comp.) *La condición de la mujer...op.cit.*, pp. 131-160.

----- y Salgado, Nelly (1994), “Mujer, pobreza y salud mental”, en Javier Alatorre, et. al. (coords.) *Las Mujeres... op.cit.*, pp. 243-291.

Leal, Gustavo, Sánchez, Héctor y León, Jorge (2016) “Sobre la propuesta de “universalidad” en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto”, en *Estudios Políticos*, Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 9, núm. 38, mayo-agosto, pp. 117-141.

López, María de la Paz y Salles, Vania (2004), “Antecedentes y aspectos sobresalientes del proyecto Observatorio de Género y Pobreza”, en María de la Paz López y Vania Salles (coords.) *Siete estudios... op.cit.*, pp. 15-41.

----- (2006), “La pobreza: conceptualizaciones cambiantes, realidades transformadas pero persistentes” en *Estudios Sociológicos*, vol. XXIV, núm. 71, México, El Colegio de México, pp. 463-490.

Lovera, Sara (2011), “Violencia de género y pobreza”, en Careaga, Gloria y Jiménez, Patricia (coords.) (2011), *La feminización de la pobreza en México*, México, Cámara de Diputados, Comisión de Equidad y Género, pp. 71-82.

Luna, Margarita (2005), “Los derechos sociales en la Constitución mexicana”, ponencia presentada en el Coloquio sobre Derechos Sociales, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación en coordinación con el Senado de la República, 25 al 28 de octubre.

Márquez, Margarita; Talamante, Cecilia y Garduño, María de los Ángeles (1995), “La salud-enfermedad de las maestras: una experiencia participativa”, en Sara Elena Pérez-Gil, Juan Carlos Ramírez y Patricia Ravelo (coords.) *Género y...* op.cit., pp. 259-270.

Marshall, Thomas (1964), “Citizenship and social class”, en T.H. Marshall *Class, Citizenship and Social Development*, A Doubleday Anchor Book, United States of America, pp. 71-134.

Martínez-Salgado, Carolina (2012), “El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 17, núm. 3, pp. 613-619.

Mateo, Miguel A. (2002), “La perspectiva cualitativa en los estudios sobre pobreza”, en *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, España, núm. 5, pp. 69-85.

Medeiros, Marcelo y Costa, Joana (2008), “Is there a feminization of poverty in Latin America?” en *World Development*, vol. 36, núm. 1, julio, pp. 115-127.

Mora, Minor (2010), “El desafío del análisis multidimensional de la pobreza”, en Minor Mora (coord.) *Medición multidimensional de la pobreza en México*, México, El Colegio de México y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, pp. 11-41.

----- y De Oliveira, Orlandina (2009). “Los jóvenes en el inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades”, en *Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, vol. 28, núm. 79, pp. 267-289.

----- (2011). “Las diversas formas de hacerse adulto en México: diferencias de clase y género a principios del siglo XXI”, en Ana María Tepichin (coord.) *Género en contextos de pobreza*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, pp. 35-55.

----- (2014), “Los caminos de la vida: acumulación, reproducción o superación de las desventajas sociales en México”, en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, Universidad Nacional Autónoma de México, Nueva Época, Año LIX, núm. 220, enero-abril, pp. 81-116.

Naciones Unidas (2017), Página oficial del Sistema de Naciones Unidas, < <http://www.un.org/es/globalissues/youth/> > (31 de enero de 2017).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948), Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en la Página Oficial de la OMS <<http://www.who.int/about/es/>> (20 de enero de 2017).

----- (2001), *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva*. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra.

----- (2010), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Suiza, Social Determinants of Health Discussion Paper 2, Debates, Policy & Practice, Case Studies.

----- (2017), Temas de Salud en la Página Oficial de la OMS < <http://www.who.int/topics/es/> > (20 de enero de 2017).

Padilla, Ernesto (2001), “Los doblemente pobres del México actual”, en Luis Rigoberto Gallardo Gómez y Joaquín Osorio Goicoechea (coords.) *Los rostros de la pobreza. El debate*, Tomo II, México, Limusa Noriega Editores, pp. 281-388.

- Ramírez, Juan Carlos (1995), “¿Cómo se ve la mortalidad desde la perspectiva de género?”, en Sara Elena Pérez-Gil, Juan Carlos Ramírez y Patricia Ravelo (coords.) *Género y...* op.cit., pp. 301-328.
- Ravelo, Patricia (1995), “Perspectivas teórico-metodológicas para el estudio de la salud en el trabajo femenino”, en Sara Elena Pérez-Gil, Juan Carlos Ramírez y Patricia Ravelo (coords.) *Género y...* op.cit., pp. 217-242.
- Riquer, Florinda (2001), “Mujer, género y pobreza: estado de la discusión en los noventa”, en Luis Rigoberto Gallardo Gómez y Joaquín Osorio Goicoechea (coords.) *Los rostros...* op.cit., pp. 195-243.
- Rodríguez, Katya (2012), “¿Existe feminización de la pobreza en México? La evidencia a partir de un cambio del modelo unitario al modelo colectivo de hogar”, en *Papeles de Población*, vol. 18, núm 72, abril-junio, pp. 181-212.
- ROP (2017), “Aviso por el cual se dan a conocer las Reglas de Operación de diversos Programas Sociales para el Ejercicio Fiscal 2017 de la Delegación Iztapalapa”, en *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, Décima Novena Época, No. 255 Tomo II, 31 de enero de 2017.
- ROP PASL, (2017), “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, S.A. de C.V., para el ejercicio fiscal 2017”, en *Diario Oficial de la Federación*, Secretaría de Desarrollo Social, Cuarta sección, 28 de diciembre de 2016.
- ROP PROSPERA (2017), “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social para el ejercicio fiscal 2017”, en *Diario Oficial de la Federación*, Secretaría de Desarrollo Social, Tercera sección, 29 de diciembre de 2016.
- Rubin, Gayle (1986), “El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo”, en *Nueva Antropología*, Asociación Nueva Antropología A.C., vol. 8, núm. 30, noviembre, pp. 95-145.
- Salles, Vania y Tuirán, Rodolfo (1996), “Mitos y creencias sobre la vida familiar”, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 58, núm. 2, abril-junio, pp. 117-144.
- (1999), “¿Cargan las mujeres con el peso de la pobreza? Puntos de vista de un debate”, en Brígida García (coord.) *Mujer, género...* op.cit., pp. 431-481.
- Sandoval, Areli (2005), “Los rostros de la pobreza: el estado de la discusión. Respetar, proteger y realizar los Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales para combatir la pobreza”, en Mónica Gendreau (coord.) *Los rostros de...*, op. cit., pp. 289-311.
- Saraví, Gonzalo (2007), “Atmósfera familiar y transición a la adultez en México. Factores de riesgo asociados con transiciones tempranas”, en Rosario Esteinou (ed.) *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México*, México, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 341-384.
- (2009), *Transiciones vulnerables. Juventud, desigualdad y exclusión en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 249-274.
- Schteingart, Martha (coord.) (1997a), *Pobreza, condiciones de vida y salud en la Ciudad de México*, México, El Colegio de México.
- (1997b) “Pobreza y políticas sociales en México y Estados Unidos de Norteamérica”, en *Revista Mexicana de Sociología*, Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 59, núm. 2, abril-junio, pp. 161-184.

-----, Aguilar, Guadalupe y Ortiz, Laura (2010), “Género, pobreza y ciudad”, en Ana María Tepichin (coord.) *Género en... op.cit.*, pp. 121-148.

Scott, Joan (1986), “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en Marta Lamas (comp.) (2013) *El género... op.cit.*, pp. 265-302.

SEDESA (2015), *Agenda Estadística de la Ciudad de México 2015*, México, Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

----- (2017), Programa El Médico en Tú Casa en la Página Oficial de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, México < <http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/medico>> (5 de abril de 2017).

SEDESOL (2017), Reglas de Operación de los Programas Sociales 2017 en la Página oficial de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno Federal, México < <http://www.gob.mx/sedesol/documentos/reglas-de-operacion-de-los-programas-sociales-2017>> (24 de marzo de 2017).

Sen, Amartya (1992), “Sobre conceptos y medidas de pobreza”, en *Comercio Exterior*, vol. 42, núm., abril, pp. 310-316.

SIDESO (2017a), Programas Sociales del Gobierno del Distrito Federal 2017 publicados en la Gaceta Oficial en la Página oficial del Sistema de Información del Desarrollo Social de la Ciudad de México, México < <http://www.sideso.cdmx.gob.mx/index.php?id=674>> (24 de marzo de 2017).

----- (2017b) Índice del Desarrollo Social de las Unidades Territoriales del Distrito Federal 2010 por colonia en la Página oficial del Sistema de Información del Desarrollo Social de la Ciudad de México, México <<http://www.sideso.cdmx.gob.mx/index.php?id=13>> (8 de marzo de 2017).

Tepichin, Ana María (2005), *Equidad de Género y Pobreza. Autonomía en mujeres beneficiarias del Programa Oportunidades. Estudio de caso*, México, Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) y Luna Quintana Editores.

----- (2008), "El género en la pobreza: hacia un balance del avance conceptual", en Mercedes Prieto (ed.) *Mujeres y escenarios ciudadanos*, FLACSO Sede Ecuador / Ministerio de Cultura, pp. 83-95.

----- (2013), “La actividad económica de las mujeres: espacio por excelencia para explorar el vínculo entre género y pobreza” en *Revista Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, Vol. 31, número extraordinario, pp. 143-166.

----- (2014), “Género, pobreza y política social”, en Tonatiuh Guillén López y Gerardo Ordóñez Barba (coords.) *Desafíos de la pobreza para la agenda del desarrollo en México*, México, El Colegio de la Frontera Norte y el Colegio de México, pp. 85-111.

----- (2016), *Conocimiento de la pobreza desde un enfoque de género: propuesta de un marco analítico*, México, El Colegio de México.

----- (en prensa), *Estudios de género*, México, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México.

Townsend, Peter (1993), “Theoretical Dispute about Poverty”, en *The International Analysis of Poverty*, Gran Bretaña, Harvester, Wheatsheaf, pp. 113-138.

----- (2003), “La conceptualización de la pobreza”, en *Comercio Exterior*, vol. 53, núm. 5, mayo, pp. 445-452.

## 9. Bases de datos

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2010), *Medición multidimensional de la pobreza por municipio 2010*, (Tabulados) Consultado el 10 de octubre de 2016, Disponible en: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Anexo-estad%C3%ADstico-municipal-2010.aspx>

----- (2015a), Medición multidimensional de la pobreza en México, (Microdatos) Consultado el 10 de octubre de 2016, Disponible en: [http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Programas\\_BD\\_10\\_12\\_14.aspx](http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Programas_BD_10_12_14.aspx)

----- (2015b), Pobreza y Género en México: Hacia un sistema de indicadores, información 2010-2014, (Microdatos) Consultado el 10 de octubre de 2016, Disponible en: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/pobreza-y-genero-en-mexico-2010-2014.aspx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010), Marco Geoestadístico Nacional 2010, Consultado el 17 de marzo de 2017, Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/m\\_geoestadistico.aspx](http://www.inegi.org.mx/geo/contenidos/geoestadistica/m_geoestadistico.aspx)

----- (2015), Tabulados básicos estatales y municipales de la Encuesta Intercensal 2015, Consultado el 14 de marzo de 2017, Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>

----- (2017), Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas del INEGI, Consultado el 3 de abril de 2017, Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/mapa/denue/>

## 10. Anexos

### Anexo 1. Listado de programas sociales de la Ciudad de México en 2017 por Secretaría y Órgano Desconcentrado

Dependencia		Programas Sociales
Secretarías	Secretaría de Desarrollo Social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programa Coinversión para el Desarrollo Social de la Ciudad de México</li> <li>2. Programa Reinserción Social para las Mujeres y Mujeres Trans Víctimas de Violencia Familiar de la Ciudad de México</li> <li>3. Programa Seguro Contra la Violencia Familiar</li> <li>4. Programa Comedores Comunitarios de la Ciudad de México</li> <li>5. Programa Comedores Públicos</li> <li>6. Programa Atención Integral a Personas Integrantes de las Poblaciones Callejeras</li> <li>7. Programa Financiamiento para la Asistencia e Integración Social (PROFAIS)</li> <li>8. Programa Pensión Alimentaria para Personas Adultas Mayores de 68 Años residentes en la Ciudad de México</li> <li>9. Programa Agua a Tu Casa CDMX</li> <li>10. Programa Aliméntate</li> <li>11. Programa Mejoramiento Barrial y Comunitario</li> <li>12. Programa Útiles Escolares Gratuitos</li> <li>13. Programa Uniformes Escolares Gratuitos</li> </ol>
	Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Programa Desarrollo Agropecuario y Rural</li> <li>15. Programa Impulso a la Mujer Rural</li> <li>16. Programa de Fortalecimiento y Apoyo a Pueblos Originarios</li> <li>17. Programa de Recuperación de la Medicina Tradicional y Herbolaria</li> <li>18. Programa de Turismo Alternativo y Patrimonial</li> <li>19. Programa de Equidad Para La Mujer Rural Indígena Huésped y Migrante</li> <li>20. Programa de Equidad para los Pueblos Indígenas Originarios y Comunidades de Distinto Origen Nacional</li> <li>21. Programa Ciudad Hospitalaria Intercultural y de Atención a Migrantes</li> <li>22. Programa Agricultura Sustentable a Pequeña Escala</li> <li>23. Programa de Cultura Alimentaria, Artesanal, Vinculación Comercial y Fomento de la Interculturalidad y Ruralidad</li> </ol>
	Secretaría de Educación	<ol style="list-style-type: none"> <li>24. Programa Formación y Actualización en Educación Inicial y Preescolar para las Personas que ofrecen Atención Educativa Asistencial en los Centros de Atención y Cuidado Infantil (CACI) en la Modalidad Públicos y Comunitarios de la Ciudad de México</li> </ol>

		<p>25. Programa Maestr@ en Tu Casa</p> <p>26. Programa de Servicios Saludarte</p>
	Secretaría de Medio Ambiente	27. Programa de Fondos de Apoyo para la Conservación y Restauración de los Ecosistemas a través de la Participación Social (PROFACE)
	Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo	<p>28. Programa de Fomento al Trabajo Digno en la Ciudad de México</p> <p>29. Programa Social Mi Primer Trabajo</p> <p>30. Programa Inclusión Laboral para Personas en Condición de Integración Social (Poblaciones Callejeras)</p> <p>31. Programa Apoyo para el Desarrollo de las Sociedades Cooperativas de la Ciudad de México (Cooperativas CDMX 2017)</p> <p>32. Programa Social Seguro de Desempleo</p> <p>33. Programa Social de Apoyo a la Capacitación en el Trabajo y Fomento a la Productividad</p>
Órganos Desconcentrados	Autoridad de la Zona Patrimonio Mundial Natural y Cultural de la Humanidad en Xochimilco, Tláhuac y Milpa Alta	34. Programa para la Preservación y Difusión de la Zona Patrimonio en Xochimilco, Tláhuac y Milpa Alta
	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia	<p>35. Programa Becas Escolares para Niñas y Niños en Condiciones de Vulnerabilidad Social (Más Becas, Mejor Educación)</p> <p>36. Programa Educación Garantizada</p> <p>37. Programa Apoyo Integral a Madres Solas Residentes de la Ciudad de México</p> <p>38. Programa de Fomento para la Creación de Sociedades Cooperativas</p> <p>39. Programa Cunas CDMX</p> <p>40. Programa Hijas E Hijos de la Ciudad</p> <p>41. Programa Comedores Populares</p> <p>42. Programa de Desayunos Escolares</p> <p>43. Programa de Entrega De Despensas (Apoyos Alimentarios) A Población en Condiciones de Vulnerabilidad</p> <p>44. Programa Bebé Seguro CDMX</p> <p>45. Programa de Atención a Personas con Discapacidad en Unidades Básicas de Rehabilitación</p> <p>46. Programa de Apoyo Económico a Personas con Discapacidad Permanente</p> <p>47. Programa de Apoyo Económico a Policías y Bomberos Pensionados de la CAPREPOL con Discapacidad Permanente</p> <p>48. Programa de Niñas y Niños Talento</p>

	Instituto del Deporte	49. Programa de Conformación de Comunidades Deportivas 50. Programa de Estímulos Económicos a Deportistas de la Ciudad de México 51. Programa De Estímulos Económicos a las Asociaciones Deportivas de la Ciudad de México que promuevan el Deporte Competitivo Rumbo a la Olimpiada y Paralimpiada Nacional
	Instituto de la Juventud	52. Programa Jóvenes en Desarrollo 53. Programa Jóvenes en Impulso
	Fideicomiso Educación Garantizada	54. Programa de Estímulos para el Bachillerato Universal “Prepa Sí” Ciclo Escolar 2016-2017 55. Programa Seguro contra Accidentes Personales de Escolares, “Va Segur@” 2017
	Instituto de la Vivienda	56. Programa Social “Mejoramiento de Vivienda” 57. Programa Social “Vivienda en Conjunto”
	Instituto de Educación Media Superior	58. Programa Becas del Instituto de Educación Media Superior del Ciclo Escolar 2016-2017
	Procuraduría Social	59. Programa Social “Ollin Callan” para las Unidades Habitacionales
	Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones	60. Programa de Otorgamiento de Ayudas para la Prestación de Servicios de Tratamiento contra el Consumo de Sustancias Psicoactivas a Organizaciones de la Sociedad Civil, Organismos Públicos y Privados en la Ciudad de México (PROSUST)
	Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México	61. Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama

Fuente: Elaboración propia con información del SIDESO (2017a).

## Anexo 2. Guion de entrevistas a profundidad a mujeres jóvenes en contextos de pobreza en Iztapalapa

### Esquema general

TEMA		OBJETIVO	
1	Características generales y de control	Identificar el rango de edad (15-29 años), la colonia de Iztapalapa (marginación), características del arreglo familiar, actividades (trabajo, estudio, quehaceres, acarreo, trabajo comunitario, etc.), si tiene acceso a servicios de salud (públicos/privado), cuáles son y tipo de derechohabiencia (directa o indirecta)	
2	Desigualdades de género	Identificar desigualdades de género que enfrentan las mujeres jóvenes que viven en contextos de pobreza en Iztapalapa al resolver necesidades de salud en las siguientes áreas:	
3			Distribución (división sexual del trabajo)
4			Reconocimiento (status de la mujer)
	Representación política (comunitaria)		
		Salud física general	
		Salud sexual y reproductiva	
		Salud materna	
		Salud mental y emocional	

## Guion de entrevistas

Tema	Especificaciones	Preguntas
<b>Características generales y de control</b>	Se pretende la diversidad de edades entre los 15 y 29 años	1. ¿Cuál es su edad?
	Se pretende controlar por grado de marginación la colonia de residencia en Iztapalapa	2. ¿Cuál es su colonia y delegación de residencia? ¿Cuánto tiempo lleva viviendo ahí?
	Se busca la diversidad de posiciones en el arreglo familiar como hija, hermana, pareja, madre, etc.	3. ¿Actualmente con quién vive? Estructura familiar/jefe de hogar
	Indagar si se trata de un cambio reciente o es posible relatar experiencias de desigualdad	4. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo con...? ¿Antes con quién vivía?
	Explorar si trabaja, estudia, trabaja y estudia, trabajo doméstico, etc., para conocer el ámbito en el que se reproducen las desigualdades de género	5. ¿Actualmente a qué se dedica?
	Indagar sobre el sector, empresa, tipo de actividad	6. ¿En dónde realiza esas actividades...?
	Indagar sobre el cuidado de niños, ancianos, enfermos, quehaceres domésticos, acarreo de agua o leña, actividades comunitarias, estudio, etc.	7. Además de... ¿qué otras actividades realiza?
	Indagar sobre la distribución del tiempo de las mujeres jóvenes	8. ¿Cuánto tiempo dedica al día a desempeñar esas actividades? ¿La ayudan? ¿Cómo se reparten?
	Identificar si tiene acceso a servicios de salud	9. ¿Dispone de servicios de salud públicos o privados?
	Identificar si pertenece al IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa, Marina, Seguro Popular, programas sociales o servicios privados	10. ¿Cuáles son esos servicios? ¿Dónde? ¿Pagos?
	Indagar sobre el tipo de afiliación a servicios de salud (derechohabiencia directa, derechohabiencia indirecta o no derechohabiencia)	11. ¿Se encuentra afiliada por su trabajo, escuela, pago o por algún familiar?

Dimensiones de desigualdad de género	Área de la salud femenina			
	Salud general	Salud sexual	Salud reproductiva y materna	Salud mental y emocional
Necesidades de salud	– En general, ¿cómo considera su estado de salud?			
	– ¿De qué se enferma regularmente o por qué acude al médico?			
	– ¿A qué se debe que usted haya presentado esos problemas de salud?			
	– Desde los 15 años hasta el día de hoy, ¿ha tenido problemas relacionados con su salud en general?	– Desde los 15 años hasta el día de hoy, ¿ha tenido problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva?	– Desde los 15 años hasta el día de hoy, ¿ha tenido problemas relacionados con su salud materna? ¿Ha estado embarazada?	– Desde los 15 años hasta el día de hoy, ¿ha tenido problemas relacionados con su salud emocional?
Distribución (División sexual del trabajo)	– ¿Qué hace cuando se enferma? Indagar si se atiende ella misma, pide consejos o va al doctor			
	– ¿Tiene la ayuda de algún programa del gobierno?			
	– ¿Dispone de dinero para poder atender de sus necesidades de salud, los gastos de consultas, medicinas o traslados? Indagar qué hace para pagar			
	– ¿Cómo combina las necesidades de atención a su salud con otras actividades? ¿Tiene tiempo de ir al doctor? Indagar cómo combina sus actividades			
			– ¿Dispone de licencia de maternidad? – ¿Tiene permisos y espacios para la lactancia?	– ¿Le han brindado orientación en su trabajo, escuela, etc., para recibir atención?
Reconocimiento (estatus de la mujer)	– ¿Usted usa su dinero para pagar sus gastos de salud? Indagar si puede o no trabajar y si decide sobre el dinero			
	– ¿Cuándo decide que ya tiene que ir al doctor? Indagar si decide cuándo atenderse, pide permiso o avisa			
	– ¿Usted va sola o alguien la lleva o acompaña? Indagar si tiene libertad de movimiento y de decisión			
	– ¿Alguien la cuida a usted?			
	– Ya sea algún familiar, pareja o personal médico, ¿le han ignorado o dicho que no es necesario atenderse, negado la atención o información, han sido groseros con usted? ¿Quién? – Indagar sobre algún tipo de violencia			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Usted decide cuándo acudir al ginecólogo?</li> <li>– ¿Usted decide cuándo y con quién tener relaciones sexuales?</li> <li>– ¿Usted decide si usar métodos anticonceptivos? ¿Cuáles? ¿Dónde los adquiere?</li> <li>– ¿Usted ha abortado? ¿Lo decidió usted?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Usted decide cuántos hijos tener y cuándo?</li> <li>– ¿Tuvo parto o cesárea? ¿Usted lo decidió?</li> <li>– ¿Pudo regresar a trabajar si así lo quiso o desempeñar otras actividades?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ¿Usted decide cuándo acudir a terapia psicológica o psiquiátrica?</li> <li>– ¿Se han burlado de usted o la han hecho menos?</li> </ul>
<b>Representación política (participación socia/comunitaria)</b>	– ¿Existen en su colonia o delegación campañas de instituciones de salud o del gobierno? Por ejemplo, de vacunación, de derechos en salud, de primeros auxilios, de prevención, capacitaciones, etc.			
	– ¿Existen en su colonia o delegación participación o acciones sobre la salud? Por ejemplo, organizaciones vecinales, movimientos, grupos o proyectos para saneamiento, tener agua, consultorios, medicinas, información sobre salud, cursos, capacitaciones, alimentación, etc.			
	– De existir ¿quién las organiza? ¿cómo funcionan? ¿hay representación femenina? ¿qué acciones se desarrollan?			
	– ¿Existen en su colonia o delegación programas de gobierno en el tema de la salud? Por ejemplo, programas o proyectos para saneamiento, tener agua, consultorios médicos, medicinas, información sobre salud, alimentación, deporte, etc.			
	– ¿Usted participa o se ha involucrado de alguna forma en actividades comunitarias para el cuidado de la salud? ¿Cómo participa? ¿qué ha significado para usted?			
	– ¿Dispone de información sobre su salud (sexual y reproductiva, materna)? ¿Conoce sus derechos? ¿Le han dado informes en la escuela o en el doctor?			
	– ¿Acude con alguien en la comunidad o con conocidos para el cuidado de su salud sexual? Por ejemplo, parteras, medicina tradicional, etc.			