

# Interseccionalidad en salud, pobreza y vulnerabilidad

## Intersectionality in health, poverty and vulnerability

Abraham Granados-Martínez

*Instituto de Investigaciones Económicas  
de la Universidad Nacional Autónoma de México, México*

### *Resumen*

El objetivo de este artículo es identificar los factores que influyen en la relación entre la interseccionalidad en salud y la pobreza multidimensional. Se estiman cuatro modelos logísticos para identificar la relación de los problemas de salud con la pobreza multidimensional vinculada con factores sociodemográficos, desigualdad de género y geográficos. Se encuentra que los problemas de salud para mujeres y hombres en pobreza son distintos como consecuencia de la interseccionalidad. El cúmulo de inequidades afecta más a las mujeres. Las normas de género contribuyen a explicar los problemas de salud por sexo. Resulta prioritario atender las cargas socialmente asignadas a las mujeres que afecten su salud, como pueden ser el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, así como asegurar el pleno ejercicio de sus derechos y su bienestar.

*Palabras clave:* Interseccionalidad, inequidad, salud, pobreza, vulnerabilidad, género.

### *Abstract*

The objective of this article is to identify factors that influence the relationship between intersectionality in health and multidimensional poverty. Four logistic models are estimated to identify the relationship of health problems with multidimensional poverty, linked to sociodemographic, gender inequality and geographic factors. The findings highlight that health problems for women and men in poverty are different as a consequence of intersectionality. The accumulation of inequities affects women more. Gender norms explain health problems by sex. It is a priority to attend to socially assigned burdens on women that affect their health, such as unpaid domestic and care work, and to ensure the full exercise of their rights and well-being.

*Keywords:* Intersectionality, inequity, health, poverty, vulnerability, gender.

## INTRODUCCIÓN

**E**l estado de salud humana se conforma por la influencia de componentes multidimensionales, ya que “factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos pueden fomentar la salud o perjudicarla” (OMS, 2009: 110). Por ello, los problemas de salud de la población no son homogéneos y requieren ser atendidos con acciones diferenciadas. Asimismo, las condiciones de salud para mujeres y hombres son diferentes por regiones y países, consecuencia del desarrollo, del sistema de salud, así como por las estructuras sociales y económicas. En particular, la condición de pobreza influye en el estado de salud de mujeres y hombres, ya que se expresa en dimensiones sociales, económicas y políticas (Ruch y Geyer, 2017), así como la vulnerabilidad que padecen ciertos grupos de población de forma diferenciada (Coneval, 2019b).

En relación con la investigación en salud es relevante involucrar factores multidimensionales y acciones colectivas para mejorar el estado de salud de las personas, principalmente de la población más vulnerable. Un adecuado estado de salud es básico para realizar actividades cotidianas y para el pleno rendimiento de mujeres y hombres, en el entendido de que la salud no solamente conlleva la ausencia de molestias o de enfermedades, también se refiere a vivir con bienestar físico, mental y social (OMS, 2009). Por el contrario, la inadecuada condición de salud genera limitaciones, precariedades e inequidades que afectan a muchas sociedades.

Al respecto, la inequidad en salud se relaciona con las diferencias innecesarias, evitables e injustas que presentan las personas en su estado de salud (Urrutia y Cianelli, 2010). Sin duda, los esfuerzos para revertir esta condición inequitativa son urgentes y prioritarios. No obstante, a pesar de investigaciones y acciones gubernamentales prevalecen diferencias en la atención y en el estado de salud para distintos grupos de población, por sexo, por edad, por regiones, por etnia y por condición social. Además, otro factor fundamental para considerar en la salud es la suma de inequidades, ya que se potencializan los problemas por enfermedades y se generan limitaciones para el desarrollo.

En este sentido, el concepto de interseccionalidad resulta de utilidad para explicar diversas inequidades,<sup>1</sup> ya que involucra retos multidimensionales y complejos, vinculados con disparidades de salud y desigualdad

<sup>1</sup> La interseccionalidad es un aporte sustantivo de la teoría feminista al estudio e investigación de las inequidades (La Barbera, 2016).

social entre personas históricamente oprimidas y marginadas (Bowleg, 2012). A su vez, la interseccionalidad contribuye a evidenciar relaciones complejas y medios de opresión para generar conocimientos y representaciones holísticas sobre las condiciones de marginalidad y sus influencias, con el fin de comprender mejor la salud y ofrecer soluciones integrales (Abrams *et al.*, 2020).

Por su parte, las investigaciones sobre pobreza y vulnerabilidad suelen priorizar las categorías de forma independiente entre sí y relacionarlas de forma aditiva; es decir, se suele enfatizar la relevancia de alguna condición sobre el resto de las variables. Sin embargo, al analizar desde la interseccionalidad se entiende que las categorías son interdependientes y su relación es multiplicativa, así la importancia de las categorías resulta homogénea (Saatcioglu y Corus, 2014).

Cabe destacar que la vulnerabilidad se considera como un estado multidimensional asociado con desventajas múltiples. El cual está condicionado por factores de precariedad institucionalizadas y fundamentadas por el estatus social, así ciertos grupos enfrentan opresión de forma multiplicativa, cuando son sistémicamente vulnerables. Son diversos los factores que generan las condiciones de desventaja, tanto de vulnerabilidad como de pobreza, entre ellos destacan: los estructurales, como el racismo o limitadas oportunidades educativas; los comunitarios, por ausencia de redes de apoyo; y los individuales, por ejemplo, en caso de problemas familiares o generados por enfermedades (Saatcioglu y Corus, 2014).

Así, la interseccionalidad en salud es un área de conocimiento poco explorada en México y en América Latina. Con este artículo se contribuye al estudio y desarrollo de esta metodología en el sector salud desde la ciencia económica. No existe una determinada metodología aceptada para estimar y calcular la interseccionalidad en salud (Sen, Iyer y Mukherjee, 2009). Sin embargo, resulta pertinente y conveniente generar estrategias metodológicas como políticas para revertir las condiciones de inequidad acumuladas prevaletentes.<sup>2</sup>

## INTERSECCIONALIDAD

De acuerdo con Crenshaw (1989 y 1991), el concepto de interseccionalidad se utilizó para destacar el cruce de inequidades que padecían las mujeres afrodescendientes en Estados Unidos a finales de los ochenta e

<sup>2</sup> La pandemia por la enfermedad Covid-19 evidenció y agudizó las inequidades en general. En relación con la salud es urgente solventar las inequidades y permitir un acceso efectivo adecuado a servicios de salud, preventivos y reactivos ante la pandemia, así como a otras posibles enfermedades que representen amplios riesgos a mujeres y hombres.

inicios de los noventa del siglo XX.<sup>3</sup> La autora destacó que las diferentes condiciones de discriminación que padecían las mujeres afrodescendientes no resultaban excluyentes, es decir, las condiciones inequitativas no eran idénticas a lo que padecían las mujeres de raza blanca y los hombres afrodescendientes.

Desde esta perspectiva, Crenshaw (1991) sostenía que las diversas formas de discriminación, por raza, por género o por condición social, no se podían separar, ya que representaban eslabones encontrados en intersecciones e implicaban mayores desigualdades a las identificadas de forma aislada. Con ello, Crenshaw contribuyó a analizar la combinación de factores discriminatorios, al mismo tiempo, con este tipo de análisis se logró evidenciar resultados contradictorios que generan algunas políticas públicas fundamentadas en una sola condición de discriminación (La Barbera, 2016). Así, desde esta visión analítica se logró considerar a la población marginada por múltiples condiciones y consecuentemente se puede superar la perspectiva de sumar inequidades de forma independiente, al cambiar los efectos por múltiples interacciones simultáneas (Choo y Ferree, 2010). Asimismo, la interseccionalidad ofrece una perspectiva analítica robusta para comprender y examinar la interconexión de las identidades construidas socialmente (Abrams *et al.*, 2020).

Con estos antecedentes, la interseccionalidad contribuye a posicionar a la perspectiva de género como un concepto de análisis crítico y no exclusivamente como categoría descriptiva (Blidon, 2018). A su vez, la interseccionalidad favorece la investigación de las inequidades en salud, debido a que permite posicionar una visión que cuestiona los posicionamientos sociales desiguales que inciden en diversas condiciones de inequidad, los cuales enfrentan algunos grupos de población, manifestados en problemas con el estado de salud consecuencia de carencias y limitaciones de grupos de población históricamente excluidos.<sup>4</sup>

Al mismo tiempo, la interseccionalidad contribuye de forma analítica a la investigación, debido a que considera acciones sociales, estructuras y arreglos culturales (Davis, 2008). A su vez, representa una estrategia teórica y metodológica para cuestionar contextos históricos sobre el acceso

<sup>3</sup> Para Crenshaw (1989) el proceso de discriminación era similar a como se presenta el tráfico en una intersección, debido a que las condiciones discriminatorias se presentan en diversos sentidos y se encuentran en una intersección para ciertos grupos de población, como las mujeres afrodescendientes.

<sup>4</sup> La interseccionalidad agrupa factores teóricos-normativos y contribuye a generar investigaciones empíricas donde interaccionan distintas categorías, como son la raza, el género y la clase social (Hancock, 2007).

desigual del poder, sobre limitaciones sociales e institucionales que se articulan para intensificar las relaciones injustas (Lykke, 2010).

Con la perspectiva de la interseccionalidad se logran escuchar las voces de grupos marginados, con ello, se permite una interpretación de múltiples desigualdades que incluyen condiciones complejas que se conjugan y derivan en condiciones de discriminación (Choo y Ferree, 2010). Así, con la interseccionalidad se pueden concretar investigaciones más allá de explicaciones adjudicadas exclusivamente a condiciones como sexo o género, debido a que incluyen diversas condiciones sociales que determinan las inequidades (Hankivsky, 2012), ya que busca trascender la perspectiva de un patrón universal de desigualdades (Ruiz *et al.*, 2021).

En suma, la interseccionalidad se entiende como un conjunto de procesos mutuos y relacionados, los cuales permiten analizar múltiples inequidades, como es la condición de salud; asimismo, representa un método analítico y teórico que involucra a diversas disciplinas para facilitar la comprensión de las inequidades (Ruiz *et al.*, 2021). Con ello, se busca superar las metodologías entendidas como reduccionistas en favor de otras que involucren mayor complejidad (McCall, 2005), al considerar distintos factores de inequidad de forma acumulada.

## INTERSECCIONALIDAD EN SALUD

La interseccionalidad ofrece a la disciplina de la salud un marco analítico e interpretativo crítico para replantear la conceptualización, la investigación, el análisis y la forma de abordar disparidades y desigualdades sociales (Bowleg, 2012). Además, genera información sobre la estructura y la función de las desigualdades que inciden en los resultados del estado de salud, en particular en las poblaciones desatendidas (Ruiz *et al.*, 2021).<sup>5</sup>

Así, la interseccionalidad en salud se vincula con los determinantes sociales de la salud, debido a los componentes que se conjuntan para influir en el estado de salud de forma diferenciada para diversos grupos la población, por condiciones de género, clase, raza y etnia (Sen, Iyer y Mukherjee, 2009). Los cuales, derivan en condiciones de pobreza médica disímil para mujeres y hombres (Artazcoz *et al.*, 2004; Sen y Östlin, 2007), resultado de normas de género que determinan los papeles sociales por sexo. Lo cual, de acuerdo con Sen y Östlin (2007) contribuye a explicar cómo las desigualdades de género influyen en las condiciones inequitativas de salud.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Se considera que la salud implica “bienestar físico, mental y social” (OMS, 2009: 34).

<sup>6</sup> Se considera la inequidad desde una perspectiva normativa, la cual busca la justicia social (Palmer, 2008).

La interseccionalidad destaca la interacción simultánea de diversas inequidades que influyen en el estado de la salud de las personas. Esta perspectiva combina el modelo biomédico, el cual considera que los resultados de la salud son consecuencia del comportamiento y conducta de la población (López y Gadsden, 2017). Para Kapilashrami y Hankivsky (2018), la interseccionalidad es de utilidad para analizar procesos que provocan y sostienen las inequidades en salud, porque contribuye a visibilizar las relaciones de poder individual, institucional y estructural; además, contribuye a elaborar e implementar estrategias para alcanzar la justicia social (López y Gadsden, 2017).

Con ello, se puede ir más allá de la perspectiva establecida con la epidemiología social y fomentar el uso de métodos mixtos que inciden en la salud,<sup>7</sup> debido a que prioriza interacciones y relaciones complejas entre condiciones sociales y sistemas de poder; al mismo tiempo destaca la simultaneidad entre el privilegio y la opresión, factores que suelen ser relegados en las investigaciones sobre inequidades en salud. Además, privilegia las fuentes de conocimiento que sobrepasan la típica concepción de la epidemiología social y ofrecen importancia a otros métodos mixtos que contribuyan a mostrar evidencias de la inequidad (Hankivsky *et al.*, 2017).

Además, el uso de la interseccionalidad en salud facilita el mapeo de las inequidades y contribuye a promover políticas públicas que incluyan diversos factores y aseguren mejores logros en efectividad y en eficiencia (Kapilashrami y Hankivsky, 2018). Al mismo tiempo, la interseccionalidad representa un paradigma para generar transformaciones sustantivas, al cuestionar el *statu quo* y los sistemas de privilegio, porque se compromete con la equidad y la justicia social (López y Gadsden, 2016).

En este sentido, para identificar las diferencias de género en salud resulta adecuado la estrategia de interseccionalidad, ya que favorece la investigación en condiciones no homogéneas, basada en estructuras inequitativas de cada sistema de estudio (López y Gadsden, 2016). En el entendido que el estado de salud de mujeres y hombres no es idéntico, resultado de factores sociales y económicos (Artazcoz *et al.*, 2004; Sen y Östlin, 2007),<sup>8</sup>

<sup>7</sup> La epidemiología social surgió después de la década de 1950, bajo el Estado de bienestar europeo y fundamenta la creación en 2005 de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Morales-Borrero *et al.*, 2013). Desde esta perspectiva, las desiguales formas de vida resultan de condiciones estructurales, establecidas por la organización de cada sociedad, sin embargo, la epidemiología social no debate sobre temas como: exclusión social, el sistema de mercado y la explotación (Morales y Eslava, 2014).

<sup>8</sup> Con base en la investigación de Sen y Östlin (2007) se pueden considerar cuatro componentes que inciden en inequidades en salud de forma diferenciada para mujeres y hombres influyen: factores de discriminación por normas y costumbres; el grado de vulnerabilidad y exposición a

y por factores biológicos (Breilh, 2013; OPS, 2018). Con ello, se avanza hacia la igualdad sustantiva y a ejercer los derechos a una salud adecuada para todas y todos.

En síntesis, el uso de la interseccionalidad discute el orden establecido y las relaciones de poder que inciden en las relaciones sociales y sistemas de poder, a su vez busca la equidad y la justicia social para revertir condiciones estructurales, cuestiona la incidencia de factores sociales y económicos conjuntos que repercuten en el estado de salud de las mujeres y los hombres de forma diferenciada.

## **INTERSECCIONALIDAD EN SALUD Y POBREZA**

La interseccionalidad contribuye a generar una reflexión sobre identidades sociales entrelazadas y mutuamente constitutivas. Así, la investigación empírica desde esta perspectiva permite incluir múltiples condiciones y posiciones de mujeres y hombres, respecto de los sistemas de inequidad en que se desenvuelven (López y Gadsden, 2017).

La medición empírica de la interseccionalidad en salud tiene aportes científicos considerables, como los realizados por Bowleg (2012); Kapilashrami y Hankivsky (2018); Gutierrez y Hopkins (2014); Goicolea, Öhman y Vives-Cases (2017); Krause y Ballesteros (2018); Abrams *et al.* (2020); Huang *et al.* (2020) y Holman y Walker (2021). En estas investigaciones se hacen análisis de los cúmulos de inequidades que enfrentan mujeres y hombres, donde se incluyen simultáneamente factores sociales, económicos y de género. Sin embargo, todavía hay áreas y estrategias para explorar, ya que la condición de clase social, raza, etnicidad y otras inequidades, como la pobreza, se agrupan en deterioro del estado de salud (Sen, Iyer y Mukherjee, 2009). En este contexto, el presente artículo busca aportar a las investigaciones académicas vinculadas con el estado de salud y la condición de pobreza.

La pobreza se puede entender, de acuerdo con Sabates (2008), cuando la población cuenta con un nivel de vida mínimo, respecto del resto de personas; es decir, esta condición alude a la incapacidad de tener un conjunto de necesidades básicas de forma aceptable (Ruch y Geyer, 2017). La pobreza se manifiesta como una condición compleja, la cual se caracteriza por la ausencia de recursos, capacidades, opciones, seguridad y poder, elementos fundamentales para contar con adecuado nivel de vida; además, re-

---

ciertos padecimientos de salud; limitaciones del sistema de salud; y restricciones en investigaciones sobre el estado de salud humana.

presenta limitaciones a derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales (ONU, 2011; Ruch y Geyer, 2017).

También, la pobreza es una condición multifacética (ONU, 2011) y puede ser consecuencia de diversas causas, como por variaciones económicas, limitada educación, condiciones de género, problemas estructurales, sobrepoblación, enfermedades, conflictos ambientales, entre otros (Tshabangu, 2018). Así, resulta clave comprender el carácter interseccional de la pobreza (Atrey, 2018).

Se reconoce que la población en condición de pobreza mantiene una carga desmedida de inadecuada salud, ya que mueren más jóvenes, presentan mayores niveles de mortalidad materna y enfermedades, acceso restringido a la atención médica y a la protección social; además, las mujeres y niñas padecen más la desigualdad de género; así las acciones en favor de la igualdad de género resultan fundamentales para reducir la pobreza en todas sus dimensiones (OECD and WHO, 2003).

A su vez, cuando se intersectan las inequidades, algunas categorías sociales se ven particularmente afectadas por la pobreza extrema, donde se ven fuertemente afectadas las poblaciones indígenas, los grupos minoritarios y socialmente excluidos, los refugiados o personas desplazadas, así como las personas con discapacidades, ya que son sectores que suelen ubicarse entre los más pobres y requieren atención particular de parte del Estado para revertir su condición (OECD and WHO, 2003).

En México, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) tiene la obligación de definir, identificar y medir la pobreza (Diario Oficial de la Federación, 2018). Así, con base en la metodología del Coneval (2019b), este artículo define la pobreza con base en espacios de bienestar económico y de derechos sociales. Con ello, clasifica de forma individual a la población en alguna de las siguientes condiciones (Coneval, 2019b):

1. Pobreza multidimensional: personas con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos (recursos insuficientes para adquirir bienes y servicios) y cuando padecen al menos una carencia social (ya sea por rezago educativo, servicios de salud, seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda o alimentación nutritiva).
2. Vulnerable por carencias sociales: personas con una o más carencias sociales, pero con ingreso igual o superior a la línea de pobreza por ingresos.



3. Vulnerable por ingresos: personas sin carencias sociales y con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos.
4. No pobre multidimensional y no vulnerable: personas con ingresos iguales o superiores a la línea de pobreza por ingresos y sin carencias sociales.

De acuerdo con el Coneval (2019a) para 2018 se registraron 42.4 por ciento de mujeres y 41.4 por ciento de hombres en pobreza multidimensional; 28 por ciento de mujeres y 30.7 por ciento de los hombres vulnerables por carencias sociales; 7.3 por ciento de mujeres y 6.5 por ciento de hombres vulnerables por ingresos; y 22.3 por ciento de mujeres y 21.4 por ciento de hombres no se registraron en pobreza multidimensional y tampoco como vulnerables (por ingresos, ni por carencias sociales).

Alguna literatura especializada sobre pobreza y género registra un proceso de feminización de la pobreza, como destaca Chant (2007). Sin embargo, los datos en México no corroboran esta hipótesis plenamente. A su vez, se considera que prevalece una relación entre las políticas para la igualdad de género con la promoción del crecimiento económico y con la disminución de la pobreza. Asimismo, los programas para contrarrestar la pobreza se caracterizan por su feminización, al dirigirse principalmente a las mujeres (Chant, 2007), en consideración de que las mujeres son quienes distribuyen el ingreso de forma más equitativa que los hombres, lo cual deriva en pocos resultados en favor de la igualdad de género cuando se busca combatir la pobreza, ya que generan mayores cargas de trabajo no remunerado, poco reconocimiento y mantienen su papel como especialistas en cuidados, sin cuestionar ni modificar las normas de género prevalecientes.

Los datos en México indican que 27.3 millones de mujeres y 25.1 millones de hombres estaban en condición de pobreza en 2018. Sin embargo, en términos porcentuales se emparejan los datos por sexo, ya que 42.4 por ciento de mujeres y 41.4 por ciento de hombres se encuentran en esta condición, de acuerdo con el Coneval (Coneval, 2019a). Es decir, mujeres y hombres presentan una proporción similar en la condición de pobreza. No obstante, las implicaciones y repercusiones de vivir en pobreza son distintas por sexo, consecuencia de la estructura de género.

## **ESTIMACIÓN DE INTERSECCIONALIDAD EN SALUD, POBREZA Y VULNERABILIDAD**

En este artículo se estiman cuatro modelos para buscar acumular inequidades. Con ello, se puede evidenciar la relación de los problemas de salud

con las desventajas prevalecientes y corroborar si se cumplen los supuestos que la literatura indica, en relación con el vínculo entre las desventajas sociales y los peores estados de salud de la población.

La variable dependiente utilizada en esta investigación es relacionada con el estado de salud, la cual identifica a las personas quienes presentaron algún problema de salud en los últimos cinco años y les impidió realizar sus actividades diarias, con ello, se tiene una variable *proxy* a la autoterminación de la salud.<sup>9</sup> De acuerdo con datos de la ENIGH 2018, fueron 45,412,841 mujeres (74.8 por ciento) y 50,501,423 hombres (78.4) quienes presentaron de problemas de salud (INEGI, 2020).

Las variables explicativas utilizadas se clasifican en cuatro dimensiones, las cuales interactúan como condicionantes de inequidades y son utilizadas para estimar cada modelo:

*Pobreza y vulnerabilidad por sexo:* hombres pobres (referencia), mujeres pobres, hombres y mujeres vulnerables por carencias sociales, hombres y mujeres vulnerables por ingresos, hombres y mujeres no pobres y no vulnerables, estimado con la metodología del Coneval (2019b).<sup>10</sup>

*Factores sociodemográficos:* grupo de edad, población indígena, condición de discapacidad y tipo de hogar.

*Factores de género:* realizar trabajo doméstico no remunerado, red social económica (generada con dos variables: contar con personas que les prestarían dinero y tener apoyo para conseguir trabajo) y red social de cuidados (incluye dos variables: ayuda para ser cuidado ante una enfermedad y ayuda para que cuiden a niñas o niños en el hogar).

*Factores geográficos:* localidad urbana y rural, y regiones: norte, centro y sur.

## **DATOS Y MÉTODO**

Este artículo utiliza como base de datos a la ENIGH 2018, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). La cual, se comenzó a recopilar en 1984 y desde 1992 se levanta en un periodo bial.

<sup>9</sup> La pregunta utilizada del cuestionario de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018 para integrar esta variable es: ¿cuándo fue la última vez que sufrió algún dolor, malestar, enfermedad o accidente que le impidiera realizar sus actividades cotidianas? (INEGI, 2020), las respuestas pueden ser por años anteriores a la encuesta, es decir, se considera a la población que cinco años atrás presentó problemas de salud que afectaron sus actividades cotidianas, con ello, se tiene una representación amplia de la población con estas limitaciones a su estado de salud.

<sup>10</sup> A pesar de que la carencia de servicios de salud podría ser relevante por su incidencia directa en la inequidad en salud para mujeres y hombres, no se considera como una variable, debido a que ya forma parte de las condiciones de pobreza multidimensional y vulnerabilidad por carencias sociales que considera el Coneval (2019b).

La ENIGH tiene representatividad a nivel nacional y para las 32 entidades federativas, en zonas urbanas (localidades de 2,500 y más habitantes) y rurales (localidades de menos de 2,500 habitantes); el periodo de recopilación de información se realizó del 21 de agosto al 28 de noviembre de 2018; el tamaño de muestra fue de 87,826 viviendas, que representaron 125,091,790 personas, de las cuales 60,741,451 eran hombres (48.6 por ciento) y 64,350,339, mujeres (51.4 por ciento) (INEGI, 2018).

El objetivo de la ENIGH 2018 es presentar un escenario estadístico sobre las conductas de ingresos y gastos de los hogares con relación a su monto, procedencia y distribución, a su vez, ofrece datos sociodemográficos de ocupación de las y los integrantes del hogar, así como información de infraestructura y equipamiento de la vivienda (INEGI, 2018).

La Tabla 1 presenta la estadística descriptiva de las variables utilizadas en esta investigación. Se identifica que tres de cada cuatro mujeres y hombres presentaron problemas de salud, en los últimos cinco años. Se registra pocas diferencias por sexo entre las condiciones de vulnerabilidad y pobreza, ya que 70 por ciento de la población está en condición de pobreza o es vulnerable por carencias sociales (Tabla 1).<sup>11</sup>

En tanto, dos terceras partes de la población se concentra en el grupo de edad entre 15 y 64 años de edad, es decir, no son población dependiente, alrededor de seis por ciento de mujeres y hombres hablan lengua indígena; se registra que nueve de cada diez personas no presentan una discapacidad, seis de cada diez personas viven en hogares nucleares y una de cada tres personas habita un hogar ampliado (Tabla 1).

Por su parte, se registran diferencias sustanciales por sexo en el trabajo no remunerado de los hogares, ya que 33.3 por ciento de mujeres realizó este trabajo; en tanto, solamente 1.5 por ciento de hombres reportaron esta actividad no remunerada. Asimismo, más de 60 por ciento de las mujeres no contaron con red social económica, ante 56.2 por ciento de hombres en la misma situación (Tabla 1).

La distribución geográfica de la población en el país presenta una similitud por sexo, ya que tres de cada cuatro personas viven en zonas urbanas y la mitad de la población se localiza en la región centro de México (Tabla 1).

<sup>11</sup> La pobreza se estima con la ENIGH 2018 y con fundamento en la metodología del Coneval (2019a y 2019b).

Tabla 1: Estadística descriptiva, distribución por sexo, México, 2018

Características de la población	Hombres (N = 60,741,451)	Mujeres (N = 64,350,339)	Hombres (48.6%)	Mujeres (51.4%)
<i>Problemas de salud en los últimos cinco años</i>				
Sin problemas de salud	15,303,021	13,874,504	25.2	21.6
Con problemas de salud	45,412,841	50,501,423	74.8	78.4
<i>Pobreza y vulnerabilidad</i>				
Pobres	25,148,183	27,277,704	41.4	42.4
Vulnerables por carencias sociales	18,665,212	18,011,163	30.7	28.0
Vulnerables por ingresos	3,924,177	4,703,828	6.5	7.3
No pobres y no vulnerables	12,997,176	14,354,973	21.4	22.3
<i>Factores sociodemográficos</i>				
Grupo de edad: 0 - 14 años	16,683,339	15,671,196	27.5	24.3
Grupo de edad: 15 - 64 años	39,262,136	43,067,961	64.7	66.9
Grupo de edad: 65 +	4,770,387	5,636,771	7.9	8.8
No habla lengua indígena	54,510,881	58,103,134	94.0	94.1
Habla lengua indígena	3,465,934	3,625,120	6.0	5.9
No presenta discapacidad	56,201,388	59,443,275	92.7	92.4
Presenta discapacidad	4,417,113	4,893,350	7.3	7.6
Unipersonal	2,121,221	1,907,029	3.5	3.0
Hogar nuclear	37,958,435	38,171,786	62.5	59.3
Hogar ampliado	19,766,519	23,524,574	32.6	36.5
Hogar compuesto	620,466	636,070	1.0	1.0
Hogar coresidente	249,222	136,470	0.4	0.2
<i>Factores de género</i>				
No realizar trabajo doméstico no remunerado	45,975,787	34,506,014	98.5	67.0
Realiza trabajo doméstico no remunerado	713,403	17,010,914	1.5	33.0
Sin red social económica	21,074,462	28,513,584	56.2	62.6
Red social económica	16,446,145	17,030,655	43.8	37.4
Sin red social de cuidados	29,591,144	29,243,665	48.7	45.4
Red social de cuidados	31,129,725	35,137,053	51.3	54.6
<i>Factores geográficos</i>				
Localidades urbanas	45,653,977	48,780,488	75.2	75.8
Localidades rurales	15,087,474	15,569,851	24.8	24.2
Región norte	16,800,773	17,274,131	27.7	26.8
Región centro	29,970,745	32,281,753	49.3	50.2
Región sur	13,969,933	14,794,455	23.0	23.0

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2018.

## ESTIMACIÓN Y RESULTADOS

De forma similar a la metodología utilizada en este artículo, Blanco (2020) identifica las condiciones de discriminación étnico-racial con relación a las oportunidades educativas con la estimación de modelos de mínimos cuadrados ordinarios y modelos logísticos para identificar las repercusiones de lengua, identidad y color de la piel, con la consideración de ajustar por condición social, condición social al cuadrado, edad, edad al cuadrado, sexo, tamaño de la localidad, lugar de residencia, estructura y tamaño del hogar. En tanto, para esta investigación se realizan cuatro regresiones logísticas, con base en la metodología de Cooper (2002), para registrar cómo influyen la pobreza y la vulnerabilidad en las condiciones de salud de mujeres y hombres, con base en los determinantes sociales de la salud.

Para ello, se ubica a mujeres y hombres en cuatro ejes sobre su posición socioeconómica, vinculados con la condición de salud, con la consideración de múltiples indicadores que permiten realizar un ajuste adecuado y robusto sobre las diferencias de pobreza y vulnerabilidad con el género. Primero, se agregan las condiciones de pobreza y vulnerabilidad para mujeres y hombres, con base en la medición de pobreza multidimensional que realiza el Coneval, con la perspectiva de que la interseccionalidad integra condiciones inequitativas que conllevan discriminación (Choo y Ferree, 2010), por ello, no se utiliza solamente el sexo como una variable independiente, en cambio, se incluyen mujeres y hombres en condiciones de pobreza y vulnerabilidad como factor de desigualdad (Hankivsky, 2012); después, se consideran factores sociodemográficos, por la importancia que representa para la interseccionalidad incluir condiciones y características de los arreglos sociales (Davis, 2008); se acumulan diferencias de género en el trabajo no remunerado, ya que la interseccionalidad requiere incluir las desigualdades de género como factor de análisis (Blidon, 2018); finalmente, se incluye información de la localización geográfica, porque las regiones determinan las inequidades en salud (González *et al.*, 2008).

Así, con la estimación de cuatro modelos de regresión logística se revisa cómo varían las diferencias de género y las condiciones de pobreza y de vulnerabilidad en los problemas de salud. Para ello, se utilizan factores sociodemográficos, de género y geográficos en el mismo análisis. Se pretende estimar hasta qué nivel la inequidad en salud entre grupos en pobreza, vulnerabilidad y por sexo se puede explicar por características diferenciales demográficas, sociales, de género y geográficas; con fundamento en la metodología utilizada por Cooper (2002).

Los modelos logísticos consideran grupos de  $p$  variables explicativas que se presentan en un vector  $x' = (x_1, x_2, \dots, x_p)$ , por su parte, la probabilidad de presentarse un evento determinado genera una probabilidad condicional  $Pr(Y = 1/x) = \pi(x)$  (Hosmer *et al.*, 2013). Así, el modelo logístico se sintetiza de la siguiente forma:

$$g(x) = \ln\left(\frac{\pi(x)}{1-\pi(x)}\right) = \beta_0 + \beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \dots + \beta_px_p \text{ donde: } \pi(x) = \frac{e^{g(x)}}{1+e^{g(x)}}$$

La variable dependiente utilizada en los cuatro modelos es una dicotómica, con valor de 1 si las personas presentaron algún problema de salud en los últimos cinco años y con valor de 0 cuando no presentaron algún problema de salud en los últimos cinco años.

En el primer modelo se utiliza la interacción entre la pobreza y la vulnerabilidad por sexo como variable independiente. Se presenta la razón de momios de las probabilidades de problemas de salud en los últimos cinco años, para mujeres y hombres, la variable de referencia son los hombres en condición de pobreza.

Resulta relevante que hombres y mujeres en pobreza y vulnerables (por carencias sociales y por ingreso) presentan una relación positiva con los problemas de salud. No obstante, resultó no significativa la variable de hombres no pobres y no vulnerables que se esperaba se asociara con menores problemas de salud. A su vez, un resultado destacable e inesperado es que las mujeres no pobres y no vulnerables mantienen la relación positiva con los problemas de salud. Es decir, pareciera que los problemas de salud no cambian por condiciones de pobreza y de vulnerabilidad, por lo menos para el caso de las mujeres (Tabla 2).

La relación de los padecimientos de salud se modifica al controlar con diferentes características. El Modelo 2 incluye factores sociodemográficos. La población envejecida (de más de 65 años) presentó mayor probabilidad de tener problemas de salud, consistente con el incremento de enfermedades con la edad, como es el caso de las crónico-degenerativas; algo semejante se presenta para la población con discapacidad, quienes también tienen más probabilidad de tener estos problemas de salud (Tabla 2).<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Se utilizan tres grupos de edad para diferenciar a la población dependiente, menores de 15 años de edad y de 65 o más años de edad, y la población de 15 a 64 años de edad, con la finalidad de identificar diferencias entre grupos de la población para identificar cúmulos de inequidades en salud. Además, para evitar limitaciones de representatividad de la muestra.

Tabla 2: Modelos de regresión logística sobre problemas salud, razón de momios (*odds ratio*)

VARIABLES INDEPENDIENTES	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
<i>Pobreza y vulnerabilidad por sexo</i>				
Mujeres pobres	1.23 ***	1.257 ***	1.25 ***	1.257 ***
Hombres vulnerables por carencias sociales	1.033 *	1.032 *	1.033	1.028
Mujeres vulnerables por carencias sociales	1.327 ***	1.345 ***	1.334 ***	1.334 ***
Hombres vulnerables por ingresos	1.13 ***	1.123 ***	1.07	1.066
Mujeres vulnerables por ingresos	1.251 ***	1.27 ***	1.204 ***	1.202 ***
Hombres no pobres y no vulnerables	0.992	0.988	0.961	0.953 *
Mujeres no pobres y no vulnerables	1.243 ***	1.256 ***	1.227 ***	1.218 ***
<i>Factores sociodemográficos</i>				
Grupo de edad: 15 - 64 años		0.927 ***	0.991	0.995
Grupo de edad: 65 +		1.141 ***	1.175 ***	1.179 ***
Habla lengua indígena		0.898 ***	0.929 **	0.916 ***
Presenta discapacidad		1.634 ***	1.701 ***	1.7 ***
Hogar nuclear		0.955	0.962	0.964
Hogar ampliado		0.931 *	0.925 **	0.927 *
Hogar compuesto		1.018	0.999	1
Hogar coresidente		0.928	1	1.003
<i>Factores de género</i>				
Realiza trabajo doméstico no remunerado			1.062 ***	1.055 **
Red social económica			1.025 *	1.022
Red social de cuidados			1.212 ***	1.218 ***
<i>Factores geográficos</i>				
Localidades rurales				1.009
Región centro				0.874 ***
Región sur				0.955 **

\*p &lt; 0.05; \*\*p &lt; 0.01; \*\*\*p &lt; 0.001

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH 2018.

Por el contrario, la población en edad de trabajar (de 15 a 64 años) tiene una relación negativa con los problemas de salud, lo cual resulta consistente, ya que los padecimientos de salud se suelen agravar al incrementar la

edad. En el mismo sentido, los hogares ampliados presentan una relación negativa con los padecimientos de salud (Tabla 1), lo cual se puede explicar por las relaciones asociadas con el respaldo y cuidado familiar, ya que representan un paliativo de factores de riesgo en salud.

También, la población indígena presenta una relación negativa con la probabilidad de presentar problemas de salud (Tabla 2), se esperaba que se presentara una relación inversa, debido a que es grupo de población que enfrenta altos niveles de discriminación y desventaja, cargan con restricciones históricas y privaciones (Kirmayer y Brass, 2016). Sin embargo, este resultado se podría explicar por otros factores como la alimentación o las dinámicas sociales que pueden influir en sus condiciones de salud.

Para el caso de los hombres vulnerables por carencias sociales y por ingreso, los factores sociodemográficos representaron poca diferencia en la proporción de probabilidades respecto de los problemas de salud, ya que se registran resultados similares al primer modelo. En tanto, se presenta cierto incremento de la razón de momios para las mujeres pobres y vulnerables por carencias sociales, en relación con los padecimientos en salud (Tabla 2). Así, los factores demográficos tienen cierta influencia en las relaciones de género.

Por su parte, el Modelo 3 evidencia como los factores sociodemográficos y los condicionantes de género se vinculan con los padecimientos de salud. Se encuentra que la probabilidad de tener problemas de salud se incrementa al realiza trabajo doméstico no remunerado, lo cual era esperado ya que genera mayores cargas sociales y, consecuentemente, presiones. La variable que resulta contrario a lo esperado es contar con redes de apoyo social, como para atención de cuidado y de solvencia financiera, debido a que mantiene una relación positiva con los problemas de salud (Tabla 2). Se puede interpretar estos resultados debido a que estas redes sociales no son suficientes para solventar los riesgos de salud para la población.

A su vez, al controlar con los factores de género no se encuentran variaciones relevantes entre las variables de pobreza y vulnerabilidad para mujeres y para hombres respecto de los modelos 1 y 2.

Por su parte, en el Modelo 4 se incluyen factores de localización geográfica de la población, adicional a los factores sociodemográficos y de género, debido a que la población ubicada en zonas marginadas enfrenta mayor propensión a la exclusión social e inseguridad (WHO, 2008). Se encuentra una relación ligeramente negativa entre la ubicación en el centro y sur del país con los problemas de salud (Tabla 1). Lo cual, muestra un



panorama en donde no hay amplia evidencia de que alguna región del país presente mayores o menores problemas de salud.

En tanto, resulta muy relevante que la variable de hombres no pobres y no vulnerables resulta significativa y presenta una relación inversa con los problemas de salud. Este resultado contrasta con el caso de las mujeres no pobres y no vulnerables, variable que fue significativa para los cuatro modelos estimados, en los cuales mantienen una relación positiva con los problemas de salud (Tabla 1). Así, se identifica una diferencia clara de género. En la siguiente sección se analiza con mayor especificación.

## DISCUSIÓN

La condición de desventaja social y económica, como la pobreza y la vulnerabilidad, se vincula con mayores inequidades en salud, como resultado de la relación entre factores sociales desiguales y las condiciones de salud (Benach y Muntaner, 2005). Existe evidencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la influencia de los determinantes sociales de la salud. Con la creación en 2005 de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud se enfatizó la importancia para que los países mejoraran las condiciones de vida de niñas, niños y mujeres; desarrollaran la primera infancia y la educación, combatieran la distribución desigual del poder, estimaran las inequidades sanitarias y evaluaran las políticas e intervenciones para revertirlas (OMS, 2009); con el objetivo de reducir los problemas sanitarios injustos y remediables.

En este sentido, este artículo contribuye a evidenciar diferencias de salud y la interseccionalidad. Se aporta con diferencias de género en relación con la pobreza y la inequidad en el estado de salud de mujeres y hombres. La literatura especializada reconoce a las desigualdades de género como uno de los principales determinantes de la pobreza y del inadecuado estado de salud, ya que las mujeres y las niñas en pobreza suelen estar en peores condiciones con relación en los bienes y derechos a nivel de los hogares y en la sociedad, debido a que las normas de género fomentan las desigualdades (OECD and WHO, 2003).

No obstante, en esta investigación al considerar múltiples inequidades para el caso de las mujeres en México, se encuentra que mantienen problemas de salud relativamente constantes a pesar de no estar en condición de pobreza y vulnerabilidad (por carencias sociales y de ingreso), es decir, aun cuando las mujeres no son pobres ni vulnerables mantienen una relación positiva con los problemas de salud; por ello, como argumenta La Barbera (2016), es importante no implementar políticas públicas solamen-

te basadas en una condición de discriminación. Lo cual, no implica que las mujeres no enfrenten inequidades de género y mayores desigualdades por la condición de pobreza, sin embargo, se encuentra que los problemas de salud se mantienen en niveles similares para mujeres en pobreza o sin pobreza, lo cual se asocia con la interseccionalidad de inequidades que enfrentan mujeres por diversos factores discriminatorios, similar a lo que destaca la investigación de Choo y Ferree (2010).

A su vez, al revisar este resultado se debe considerar que la variable dependiente utilizada en esta investigación no incluye inequidades en salud sexual y reproductiva, en nutrición y otros problemas de salud que no impidan realizar las actividades cotidianas de mujeres y hombres. A su vez, no se debe relegar la prioridad de atender las necesidades de las personas más pobres y minimizar las consecuencias económicas que pueden ser potencialmente catastróficas como resultado de inadecuados estados de salud (McIntyre y Mooney, 2007).

Asimismo, es relevante que esta correlación, con la condición de pobreza y de vulnerabilidad, es distinta para el caso de los hombres. Cuando los hombres están en pobreza, son vulnerables por carencias sociales y vulnerables por ingresos, presentan una relación positiva con los problemas de salud (en los cuatro modelos estimados), pero cuando no se encuentran en estas condiciones, es decir, no son pobres ni vulnerables (por carencias sociales y por ingresos) se presenta una relación negativa con los problemas de salud en el Modelo 4, ya que en los primeros tres modelos la variable no fue significativa. Es decir, en el caso de los hombres se cumplen lo que se esperaba de acuerdo con los determinantes sociales de la salud (OMS, 2009), la relación entre los factores sociales precarios y la afectación en el estado de salud.

En cambio, para el caso de las mujeres el reto es mayúsculo y requiere acciones e intervenciones estructurales, debido a que los problemas de salud se presentan a pesar de no estar en condición de pobreza y vulnerabilidad. Lo cual evidencia una intensa condición de desventaja para las mujeres que sobrepasa el nivel de ingresos y el pleno ejercicio de sus derechos sociales, es decir, conllevan retos asociada a la interseccionalidad (Kapilashrami y Hankivsky, 2018).

Estos resultados no se contraponen con las propuestas de la OMS (2009), sin embargo, enfatiza la necesidad de implementar acciones diferenciadas por sexo y asegurar condiciones de salud adecuados para todas y todos, desde una perspectiva de género y de interseccionalidad, en donde se modifiquen las normas de género, como las cargas socialmente asigna-

das al trabajo no remunerado, en actividades domésticas y de cuidados, por ser donde se mantienen amplias desigualdades de género y por el potencial de revertir la participación social y el empoderamiento de las mujeres, como lo argumenta la investigación de López y Gadsden (2016).

Asimismo, es urgente reducir y si es posible erradicar las inequidades en salud para mujeres y hombres. Al mismo tiempo, es fundamental terminar con las desigualdades de género y asegurar mejores estados de salud en especial para las mujeres, con énfasis en el desmantelamiento del cúmulo de inequidades que se intersectan y derivan en mayores desventajas sociales y de salud, con el objetivo de avanzar hacia la justicia social.

## CONCLUSIONES

Las inequidades en salud resultan del conjunto de factores de discriminación que se suman e inciden en el estado de salud de mujeres y hombres (Urrutia y Cianelli, 2010). El concepto de interseccionalidad resulta ser de utilidad para estimar y revisar estas condiciones de inequidad, ya que ofrece un marco teórico crítico para guiar la teoría, la investigación y las políticas de salud pública (Bowleg, 2012).

Son todavía pocos los avances en la interseccionalidad en salud y con este artículo se busca contribuir a la materia. Con base en la ENIGH 2018 se utiliza información de mujeres y hombres que reportaron problemas de salud y se vincula con inequidades relacionadas con factores sociales, demográficos, de género y de localización geográfica. El uso de esta encuesta es porque la metodología se fundamenta en la medición de la pobreza multidimensional que realiza el Coneval y la ENIGH es la base central que se utiliza desde 2008 para medir la pobreza (Coneval, 2019a) y porque cuenta con información para identificar los determinantes sociales de la salud.

Se confirma, con evidencia estadística, la incidencia de los determinantes sociales de salud en los problemas de salud reportados por la población, como los explica la OMS (2009). Se identifican que las inequidades tienen bases estructurales y son resultado de factores institucionales y sistémicos, los cuales mantienen marginados a grupos de la población, como es el caso de las mujeres. Asimismo, se mantienen y se postergan las desventajas, como la inadecuada atención médica (Saatcioglu y Corus, 2014).

Destacan los resultados encontrados para el caso de las mujeres en México, ya que enfrentan distintos problemas de salud que los hombres, es decir, no se explican por las condiciones de pobreza y de vulnerabilidad. De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, la condición de pobreza y

de vulnerabilidad (por carencias sociales y por ingresos) prácticamente no inciden en los problemas de salud de las mujeres, pero sí para los hombres.

Son diversos los retos para solventar esta información. En primera instancia, se requiere evitar que las condiciones de pobreza y vulnerabilidad contribuyan a peores estados de salud de la población y es necesario atender y mejorar las condiciones de salud de las mujeres para todas las condiciones definidas por el Coneval (pobres multidimensionales, vulnerables por carencias sociales, vulnerables por ingresos, no pobres multidimensionales y no vulnerables).

Una estrategia para solventar la interseccionalidad en salud, es lo que implementaron los países de Costa Rica, Cuba y Sri Lanka, con base en un enfoque de desarrollo denominado *support-led security* (seguridad basada en el apoyo), fundamentado en no esperar que el crecimiento económico se distribuya para promover el desarrollo social y se enfoque a reducir las desigualdades, en cambio, esta estrategia prioriza el financiamiento público y la provisión de servicios sociales de forma gratuita, en particular para la educación y la salud (McIntyre y Mooney, 2007).

Asimismo, es relevante cerrar brechas de género y asegurar el derecho a la salud para todas las mujeres y para hombres en condiciones de pobreza y vulnerabilidad. Ante estas condiciones, se requiere atender las desventajas acumuladas para las mujeres, como las cargas laborales no remuneradas y su posición de desventaja en el mercado de trabajo; al mismo tiempo, será necesario limitar los privilegios y el *statu quo*, en favor de los derechos y la justicia (López y Gadsden, 2016).

Adicionalmente, para el análisis y la implementación de acciones de política desde la interseccionalidad se pueden retomar estrategias de la equidad horizontal.<sup>13</sup> La cual destina esfuerzos desproporcionados para asegurar a quienes tienen más necesidades de utilizar los servicios de salud cuando los necesiten, asimismo, considera un sistema de salud integral y promueve elementos redistributivos mediante subsidios cruzados (McIntyre y Mooney, 2007).

A su vez, es pertinente mejorar la atención de los sistemas de salud públicos, con mayor inversión y estrategias integrales de salud, ya que todavía son las personas con pobreza y vulnerabilidad quienes más padecen problemas de salud. En este sentido, el desarrollo equitativo es fundamental para mejorar los sistemas de salud, así como el estado de salud de muje-

<sup>13</sup> La equidad vertical se define como un trato desigual, pero equitativo para los desiguales (Mooney, 1996).

res y de hombres (McIntyre y Mooney, 2007). Con ello, se puede avanzar hacia la equidad en salud para mujeres y hombres.

Los problemas de salud de mujeres y hombres no son idénticos, el sistema de salud requiere ser fortalecido y considerar la interseccionalidad, así como incluir distintas dependencias públicas en favor de asegurar una salud adecuada para todas y todos, con prioridad en la prevención y en la igualdad de género.

### Agradecimientos

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT IA301922 “Discriminación y vulnerabilidad en salud en la era post-Covid-19. Políticas públicas de igualdad de género y equidad territorial”.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, J., Tabaac, A., Jung, S. y Else-Quest, N., 2020, “Considerations for employing intersectionality in qualitative health research”, in *Social science & Medicine*, 258, pp. 113–138. Available in <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113138>

Artazcoz, L. *et al.*, 2004, “Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions among Gender, Family Roles, and Social Class”, in *American Journal of Public Health*, 94(1), pp. 82–88. Available in 10.2105/AJPH.94.1.82

Atrey, S., 2018, “The intersectional case of poverty in discrimination law”, in *Human Rights Law Review*, 18(3), pp. 411–440. Available in 10.1093/hrlr/ngy021

La Barbera, M. C., 2016, “Interseccionalidad, un ‘concepto viajero’: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea”, en *Interdisciplina*, 8, pp. 105–122. Disponible en 10.22201/ceiich.24485705e.2016.8.54971

Bowleg, L., 2012, “The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality- an Important Theoretical Framework for Public Health”, in *American Journal of Public Health*, 102(7), pp. 1267–1273. Available in <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>

Benach, J. y Muntaner, C., 2005, *Aprender a mirar la salud ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* Maracay, Venezuela: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”. Disponible en [http://www.bvs.org.ve/libros/Aprender\\_a\\_Mirar\\_la\\_Salud.pdf](http://www.bvs.org.ve/libros/Aprender_a_Mirar_la_Salud.pdf)

Blanco, B. E. E., 2020, “Discriminación étnico-racial y oportunidades educativas en México”, en *Sociológica*, 35(101), pp. 139–180.

Blidon, M., 2018, “Reception and use of intersectionality. A reading from French perspective”, in *Gender, Place and Culture*. Routledge, 25(4), pp. 591–602. Available in 10.1080/0966369X.2018.1457015

Breilh, J., 2013, “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, en *Revista Facultad*

*Nacional de Salud Pública*, 31, pp. 13–27. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028727002.pdf>

Chant, S., 2007, *Gender, Generation and Poverty*. Cheltenham, Reino Unido y Northampton, Estados Unidos: Edward Elgar. Available in 10.4337/9781847206886

Choo, H. Y. y Ferree, M. M., 2010, “Practicing Intersectionality in Sociological Research: A Critical Analysis of Inclusions, Interactions, and Institutions in the Study of Inequalities”, in *Sociological Theory*, 28(2), pp. 129–149.

Coneval, 2019a, *Medición de la pobreza. Anexo estadístico 2018*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Disponible en [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE\\_pobreza\\_2018.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2018.aspx). Consultado el 3/12/2019.

Coneval, 2019b, *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. Ciudad de México. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Disponible en <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Metodologia.aspx>

Cooper, H., 2002, “Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health”, in *Social Science and Medicine*, 54(5), pp. 693–706. Available in 10.1016/S0277-9536(01)00118-6

Crenshaw, K., 1989, “Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics”, in *University of Chicago Legal Forum*, 1, pp. 57–80.

Crenshaw, K., 1991, “Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color”, *Stanford Law Review*, 43(6), pp. 1241–1299. Available in <https://www.jstor.org/stable/1229039>. Consultado el 23/08/2018.

Davis, K., 2008, “Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful”, in *Feminist Theory*, 9(1), pp. 67–85. Available in 10.1177/1464700108086364

Diario Oficial de la Federación, 2018, *Ley General de Desarrollo Social*.

Goicolea, I., Öhman, A. y Vives-Cases, C., 2017, “Intersections between gender and other relevant social determinants of health inequalities”, in *Global Health Action*. Taylor & Francis, 10(sup2), p. 1397909. Available in <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1397909>

González-Pérez, G., M. G. Vega-López, S. Romero-Valle, A. Vega-López y C. E. Cabrera-Pivaral, 2008, “Exclusión social e inequidad en salud en México: un análisis socio-espacial”, en *Revista de Salud Pública*, 10(1), pp. 15–28.

Gutierrez, C. O. y Hopkins, P., 2014, “Introduction: young people, gender and intersectionality”, in *Gender, Place & Culture*. Taylor & Francis, pp. 383–389. Available in 10.1080/0966369x.2014.917820

Hancock, A. M., 2007, “Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm”, in *Politics and Gender*. Universidad Nacional de Mexico (UNAM), 3(2), pp. 248–254. Available in 10.1017/S1743923X07000062

- Hankivsky, O., 2012, “Women’s health, men’s health, and gender and health: Implications of intersectionality”, in *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd, 74(11), pp. 1712–1720. Available in [10.1016/j.socscimed.2011.11.029](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029)
- Hankivsky, O. *et al.*, 2017, “The odd couple: using biomedical and intersectional approaches to address health inequities”, in *Global health action*. Taylor & Francis, 10(0), p. 1326686. Available in [10.1080/16549716.2017.1326686](https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1326686)
- Holman, D., y Walker, A., 2021, “Understanding unequal ageing: towards a synthesis of intersectionality and life course analyses”, in *European Journal of Ageing*, 18(2), pp. 239–255. Available in <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00582-7>
- Hosmer, D., Lemeshow, S. y Sturdivant, R., 2013, *Applied Logistic Regression*, Tercera Edición, Nueva Jersey, John Wiley & Sons.
- Huang, Y. Te, Ma, Y. T., Craig, S. L., Wong, D. F. K., & Forth, M. W., 2020, “How Intersectional Are Mental Health Interventions for Sexual Minority People? A Systematic Review”, in *LGBT Health*, 7(5), pp. 220–236. Available in <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0328>
- INEGI, 2018, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018. Nota Técnica*, Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- INEGI, 2020, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2018 Nueva serie*. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>. Consultado el 20/08/2020.
- Kapilashrami, A. y Hankivsky, O., 2018, “Intersectionality and why it matters to global health”, in *The Lancet*, 391(10140), pp. 2589–2591. Available in [10.1016/S0140-6736\(18\)31431-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31431-4).
- Kirmayer, L. J. y Brass, G., 2016, “Addressing global health disparities among Indigenous peoples”, in *The Lancet*. Elsevier Ltd, 388(10040), pp. 105–106. Available in [10.1016/S0140-6736\(16\)30194-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30194-5).
- Krause, M. y Salvador Ballesteros, M., 2018, “Interseccionalidad en desigualdades en salud en Argentina: discusiones teórico-metodológicas a partir de una encuesta poblacional”, en *Hacia la Promoción de la Salud*, 23(2), pp. 13–33. Disponible en [10.17151/hpsal.2018.23.2.2](https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.2.2)
- López, N. y Gadsden, V. L., 2016, *Health Inequities, Social Determinants, and Intersectionality*, NAM Perspectives. Discussion Paper, pp. 1–15. Available in <https://nam.edu/wp-content/uploads/2016/12/Health-Inequities-Social-Determinants-and-Intersectionality.pdf>. Consulted the 23/08/2018.
- López, N. y Gadsden, V. L., 2017, “Health Inequities, Social Determinants, and Intersectionality”, in Bogard, K., Murry, V. M., y Alexander, C. (eds.) *Perspectives on health equity and social determinants of health*. Washington, DC, pp. 3–24. Available in <https://lccn.loc.gov/2017036543>. Consulted the 23/08/2018
- Lykke, N., 2010, *Feminist Studies: A Guide to Intersectional theory, Methodology and writing*. Routledge, Editado por N. Lykke. New York: Routledge.

McCall, L., 2005, “The Complexity of Intersectionality”, in *Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), pp. 1771–1800. Available in <https://www.jstor.org/stable/10.1086/426800>

McIntyre, D. y Mooney, G., 2007, “Where now with equity?”, in McIntyre, D. y Mooney, G. (eds.) *The economics of health*. Nueva York: Cambridge University Press, pp. 249–268. Available in 10.2307/3438943

Mooney, G., 1996, “Guest Editorial and Now for Vertical Equity ? Some Concerns Arising From Aboriginal Health”, in *Health*, San Francisco, vol. 5, pp. 99–103.

Morales-Borrero, C. et al., 2013, “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, en *Revista de Salud Pública*, 15(6), pp. 797–808. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>. Consultado el 22/06/2018.

Morales, C. y Eslava, J. C., 2014, *Tras las huellas de la determinación. Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud*. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en 10.1017/CBO9781107415324.004

OECD and WHO, 2003, *Poverty and health*. Organisation for Economic Co-operation, Development (OECD) and World Health Organization (WHO).

OPS, 2018, *Indicadores de Salud. Aspectos conceptuales y operativo*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Disponible en <http://iris.paho.org>

OMS, 2009, *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Organización Mundial de la Salud (OMS), Buenos Aires. Disponible en <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm%0A>

ONU, 2011, *Informe de la relatora especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos*. Nueva York. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Disponible en [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Poverty/A-66-265\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Poverty/A-66-265_sp.pdf)

Palmer, N., 2008, “Access and equity. Evidence on the extent to which health services address the needs of the poor”, in Bennett, S., Gilson, L., y Mills, A. (eds.) *Health, Economic Development and Household Poverty. From understanding to action*. Nueva York, Routledge. Taylor & Francis Group, pp. 61–74.

Ruch, W. y Geyer, H. S., 2017, “Public capital investment, economic growth and poverty reduction in South African Municipalities”, in *Regional Science Policy and Practice*, 9(4), pp. 269–284. Available in 10.1111/rsp3.12104

Ruiz, A. M., Luebke, J., Klein, K., Moore, K., Gonzalez, M., Dressel, A. y Mkan-dawire-Vallmu, L., 2021, “An integrative literature review and critical reflection of intersectionality theory”, in *Nursing Inquiry*, 28(4). Available in <https://doi.org/10.1111/nin.12414>

Saatcioglu, B. y Corus, C., 2014, “Poverty and Intersectionality: a multidimensional look into the lives of the impoverished”, in *Journal of Macromarketing*, 34(2), pp. 122–132. Available in <https://doi.org/10.1177/0276146713520600>



Sabates, R., 2008, *The Impact of Lifelong Learning on Poverty Reduction*. Londres. Available in 10.1002/anie.199310851

Sen, G., Iyer, A. and Mukherjee, C., 2009, “A Methodology to Analyse the Intersections of Social Inequalities in Health”, in *Journal of Human Development and Capabilities*, 10(3), pp. 397–415. Available in 10.1080/19452820903048894

Sen, G. y Östlin, P., 2007, *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla*. Disponible en [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2007/La\\_inequidad\\_de\\_genero\\_en\\_la\\_salud\\_desigual\\_injusta\\_ineficaz\\_e\\_ineficiente.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2007/La_inequidad_de_genero_en_la_salud_desigual_injusta_ineficaz_e_ineficiente.pdf)

Tshabangu, I., 2018, “The intersectionality of educational inequalities and child poverty in Africa: a deconstruction”, in *Educational Research for Policy and Practice*. Springer Netherlands, 17(1), pp. 69–82. Available in 10.1007/s10671-017-9216-0

Urrutia, M. T. y Cianelli, R., 2010, “Disparidad en salud: Un fenómeno multidimensional”, en *Hispanic Health Care International*, 8(1), pp. 23–35. Disponible en 10.1891/1540-4153.8.1.23

WHO, 2008, *Our cities, our health. Acting on social determinants for health equity in urban settings*. World Health Organization (WHO). Available in [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/knus\\_final\\_report\\_052008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf) Consulted the 23/08/2018.

## RESUMEN CURRICULAR DEL AUTOR

*Abraham Granados Martínez*

Doctor en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Estudió la Maestría en Estudios Urbanos en El Colegio de México. Publicó el libro *Inequidad e interseccionalidad en salud desde la ciencia económica*, (2020), en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Es coautor del artículo “La desigual participación de las mujeres mexicanas en el acceso y en los beneficios de la seguridad social”, con Berenice Patricia Ramírez López, Isalia Nava Bolaños y Gabriel Badillo González, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 30, enero-junio 2020.

Dirección electrónica: [abramgm@gmail.com](mailto:abramgm@gmail.com)

Artículo recibido el 16 de diciembre de 2020 y aprobado el 23 de marzo de 2022