

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Arquitectura | Licenciatura en Urbanismo
Centro de Investigaciones en Arquitectura, Urbanismo y Paisaje CIAUP
Seminario Permanente: Estudios Críticos sobre el Espacio Público

Inaccessibilidad a los servicios de salud para mujeres en la Zona Metropolitana del Valle de México

*Un acercamiento desde la teoría feminista y del desarrollo desigual a las condiciones
espaciales bajo las cuales las mujeres buscan hacer valer su derecho a la salud.*

Tesis que para obtener el título de Urbanista
presenta

Valeria Pérez Ramos

Directora de tesis:
Carla Alexandra Filipe Narciso

Ciudad Universitaria, Cd. de Méx. 30 de octubre de 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Directora de Tesis

Dra. Carla Alexandra Filipe Narciso

Comité Tutorial

Dra. María Carolina Agoff Boileau

Mtra. Erika Angélica Alcantar García

Sinodales

Dra. Carmen Valverde Valverde

Mtra. Jessica Karina Bautista Vergara

Inaccessibilidad a los servicios de salud para mujeres en la Zona Metropolitana del Valle de México.

Un acercamiento desde la teoría feminista y del desarrollo desigual a las condiciones espaciales bajo las cuales las mujeres buscan hacer valer su derecho a la salud.

Resumen

La planeación urbana perpetúa el orden patriarcal y androcéntrico al organizar las ciudades en pro de las necesidades de producción sin tomar en cuenta las actividades reproductivas ni las necesidades de las mujeres y niñas. Si analizamos la forma en la que la ciudad es organizada, podremos observar cómo los servicios de salud son distribuidos de manera desigual en el territorio en relación con los espacios que habitan las personas, y en especial las mujeres, ya que esa distribución es marcada por un desarrollo desigual, una expresión geográfica sistemática de las contradicciones propias de la estructura del capitalismo neoliberal, que además se visualiza en un marco diferencial entre centro y periferia, clase, género, raza y etnia.

Por lo anterior, es fundamental revisar, en clave feminista, la distribución espacial y territorial de los servicios de salud en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM) como un mecanismo de marginación y despojo de las mujeres. Esto a través de la realidad cotidiana de estas, considerando la labor reproductiva y la división sexual del trabajo.

Si bien la derechohabiencia no es lo mismo que el acceso, no se puede dejar de lado la seguridad social como un factor estrechamente vinculado a la condición laboral de las personas, y el cómo ésta impacta en el acceso de las mujeres a los servicios de salud, pues la participación femenina en las actividades económicas remuneradas y no remuneradas es desigual, por lo tanto, la facilidad de obtener un seguro de salud es diferenciado.

Asimismo, fue determinante entender que el problema de los servicios públicos de salud respecto a las mujeres no es únicamente en relación al acceso, sino, que enfrentan otros obstáculos al acudir a los servicios de salud, como lo es la integridad y calidad de los servicios, ya que es común que las mujeres sean víctimas de algún tipo de violencia

(sexual, psicológica, obstétrica y ginecológica), criminalizadas o revictimizadas en hospitales, clínicas, y/o consultorios.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, los fundamentos teóricos-metodológicos que permitieron construir la ruta que organiza los objetivos del presente trabajo, provienen del análisis feminista sobre la distribución espacial de los servicios de salud y su relación con la falta (así como la dificultad del mismo) de acceso de las mujeres a estos, además de la discriminación y violencia que se ven involucradas, así como de la teoría del desarrollo geográfico desigual, lo cual nos permitió hacer una lectura crítica de cómo se organiza espacialmente la estructura desigual de acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres bajo el paradigma de la planeación tradicional.

Para tal, se realizó un análisis estadístico descriptivo y cartográfico sobre la demografía de las mujeres de la ZMVM, pasando por la derechohabiencia, el sexo, la edad, ocupación laboral y escolaridad, marginación y pobreza. A la par de un análisis espacial de la localización de los servicios de salud y la crítica a los radios de influencia institucionales desde lo territorial.

A través del análisis reflexivo y teórico-crítico se pudo observar que los servicios de salud de los tres niveles de atención (primer-medicina preventiva, segundo- hospitalizaciones y tercero- especialización) de diferentes instituciones presentan una concentración en la ciudad central¹, dejando completamente desprovistas las zonas periféricas. De igual manera, se pudo comprender de mejor manera, cómo el acceso a los servicios de salud se ve influenciado negativamente por la planeación urbana y las políticas públicas. Así como las características que hacen de las mujeres una población en desventaja a la hora de buscar hacer valer su derecho a la salud en la ZMVM.

Palabras clave: mujeres, feminismo, acceso a la salud, desarrollo desigual, planeación urbana, servicios de salud, salud de mujeres.

¹La noción de centralidad implica la comparación de los atributos de un territorio con los de los territorios vecinos, y alude implícitamente a un posicionamiento de jerarquía y atracción; por ello el de centralidad es un concepto relativo que compara el volumen de un atributo en un territorio con el volumen de ese mismo atributo en una superficie mayor. (Salazar E. & Sobrino J. 2010)

Dedicada a todas las mujeres que somos mereedoras de una salud oportuna, digna y libre de violencia machista.



Pega por el paro académico de la facultad de arquitectura de ciudad universitaria (cdmx) por violencia machista, 2021.

Agradecimientos

Después de concluir mi licenciatura, y este gran proceso de investigación no encuentro palabras más sinceras para agradecer a todas las personas que me apoyaron a lo largo de estos años.

Agradezco profundamente el acompañamiento y guía sin descanso de mi directora de tesis, Carla Filipe, quien vio crecer la semilla del proyecto y que en todo momento estuvo cercana para resolver dudas y apoyarme en aquellos momentos en que escribir parecía casi imposible. Por abrir las puertas de sus espacios para recibirme y siempre compartir su tiempo conmigo.

A la Licenciatura en Urbanismo y en especial a la Urb. Tere Guzmán, quien me vio crecer y acompañó mi desarrollo académico a cada paso. De igual manera a todas y cada una de las docentes que me enseñó sobre urbanismo y sembró en mí más y más inquietudes para nunca dejar de crecer como profesional y estudianta.

A todas las mujeres de la facultad de arquitectura, pero en particular a las Mujeres Organizadas de la Facultad de Arquitectura por nunca dejar de pelear por hacer valer nuestro derecho a una vida libre de violencia machista, así como por inspirar esta investigación.

A mi pareja, Mario, por no sólo acompañarme mientras estudiaba, sino por leerme, ayudarme, motivarme, echarme porras, y apapacharme cuando más lo necesitaba. A mi familia, Marce, Sofi y Gustavo, por su compañía y cariño. A Benito, mi gato, mi gran compañero de noches sin dormir, por tanto ronroneo.

En último, a mí, por creer en mí misma, por tener la perseverancia, dedicación y amor que es necesario para escribir una tesis.

Índice

Introducción	10
Antecedentes	10
Dimensión espacial	14
Brecha de género en el acceso a los servicios de la salud	15
Dimensión sexual y de violencia: La violencia en los servicios de salud	16
Dimensión normativa	17
Planteamiento del Problema de Investigación	19
Objetivo general	20
Supuestos Teóricos	20
Marco teórico	21
Metodología	25
Capítulo I. Descripción de la situación espacial de los servicios de salud en la ZMVM	28
1.1 Línea temporal	28
1.2 Presentación de los diferentes servicios de salud ofertados en la ZMVM.	32
1.3 Mapeo y descripción espacial de los servicios de salud	36
1.4 Las mujeres y el acceso diferenciado a los servicios de salud (especialmente)	43
Capítulo II. Población de mujeres y su acceso a la seguridad social	52
2.1 Demografía de las mujeres	53
2.1.1 Población y grupos de edad	53
2.1.2 Características educativas	61
2.2 Características económicas	68
2.3 Marginación	71
2.3.1 Grado de marginación	71
2.4 Derechohabiencia y seguridad social	75
2.4.1 Población derechohabiente y no derechohabiente	76
2.4.2 Instituciones de salud	82
2.4.3 Acceso a los servicios de salud	83

Capítulo III. Centro-periferia y su dinámica de segregación hacia las mujeres de la ZMVM	87
3.1 Centralización y distribución espacial de los servicios de salud	88
<i>3.1.1 Modelos hegemónicos y herramientas de planificación</i>	89
3.3 Planeación con perspectiva de género y ciudades cuidadoras	94
<i>3.3.1 Ciudades cuidadoras</i>	97
3.4 La configuración geográfica del territorio como clave de la supervivencia del capitalismo global: implicaciones para las mujeres	101
<i>3.4.1 Feminización de la pobreza</i>	106
Capítulo IV. La división sexual del trabajo como obstáculo en el acceso a servicios de salud por parte de las mujeres	110
4.1 El espacio como herramienta política de discriminación y desigualdad hacia las mujeres	114
4.2 Desigualdad en las oportunidades laborales: por lo tanto, desigualdad en el acceso a la asistencia social y el derecho a la salud	116
4.3 Más allá de una consulta médica: violencia hacia las mujeres en los servicios de salud y otros espacios	119
4.4 Política de salud sexista y privatizadora	122
4.5 Reflexiones finales	124
Bibliografía	127
Imágenes	136

Índice de mapas

Mapa #1 Delimitación de la ZMVM.	36
Mapa #2. Presentación de los servicios de salud de primer nivel por institución dentro de la ZMVM.	38
Mapa #3. Presentación de los servicios de salud de segundo nivel por institución dentro de la ZMVM.	39
Mapa #4. Presentación de los servicios de salud de tercer nivel por institución dentro de la ZMVM.	40
Mapa #5 Densidad poblacional general y servicios de salud de primer nivel para la ZMVM. 2016	45
Mapa #6 Densidad poblacional de mujeres y servicios de salud de primer nivel para la ZMVM. 2016	46
Mapa #7 Densidad poblacional general y servicios de salud de segundo nivel para la ZMVM. 2016	47
Mapa #8 Densidad poblacional de mujeres y servicios de salud de segundo nivel para la ZMVM. 2016	48
Mapa #9 Densidad poblacional general y servicios de salud de tercer nivel para la ZMVM. 2016	49
Mapa #10 Densidad poblacional de mujeres y servicios de salud de tercer nivel para la ZMVM. 2016	50
Mapa #11 Índice de envejecimiento 2010, ZMVM.	56
Mapa #12 Índice de envejecimiento 2020, ZMVM.	57
Mapa #13 Índice de infantes 2010, ZMVM.	58
Mapa #14 Índice de infantes 2020, ZMVM.	59
Mapa #15 Grado de escolaridad de mujeres. 2010.	64
Mapa #16 Grado de escolaridad de hombres. 2010.	65
Mapa #17 Grado de escolaridad de mujeres. 2020.	66
Mapa #18 Grado de escolaridad de hombres. 2020.	67
Mapa #19 Grado de Marginación por municipio. 2010.	73
Mapa #20 Grado de Marginación por municipio. 2020.	74
Mapa #21 Porcentaje de hombres sin derechohabiencia, 2010.	78
Mapa #22 Porcentaje de mujeres sin derechohabiencia, 2010.	79
Mapa #23 Porcentaje de mujeres sin derechohabiencia, 2020.	80
Mapa #24 Porcentaje de hombres sin derechohabiencia, 2020.	81

Índice de figuras

Figura #1. Esquema de uso y entendimiento de la teoría feminista - “ <i>las gafas moradas</i> ”	13
Figura #2. Línea del tiempo	29
Figura# 3. Diagrama Teoría de Localización de Christaller	90
Figura #4. Plano de divulgación de Zonificación y normas de ordenación.	92
Figura #5. Distribución de viviendas particulares habitadas por tipo de localidad según grado de satisfacción con la distancia-tiempo entre la vivienda y diferentes servicios. (ENVI, 2020)	93
Figura #6. Mural Senderos Avenida 8, CDMX.	99
Figura #7 y 8. Mujeres en el campo en diferentes épocas.	112
Figura #9. Esquema de análisis	113

Índice de graficas

Gráfica #1 Pirámide poblacional agregada de la ZMVM por grupos de edad, 2010	54
Gráfica #2 Pirámide poblacional agregada de la ZMVM por grupos de edad, 2020	54

Introducción

Antecedentes

Las mujeres representamos cerca del 52% de la población de todo México. Y de acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 1º, todas las personas gozan de los derechos humanos reconocidos en la constitución y los tratados internacionales de que México haga parte, así mismo hace mención de que las autoridades, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Así mismo, la constitución en su artículo 4º establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. De la misma manera, los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

En consecuencia, el estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. Sin embargo, este parece no garantizar la igualdad sustantiva, sobre todo al garantizarnos a las mujeres el acceso que tenemos a diferentes derechos, servicios y oportunidades, ya que no hay instrumentos para hacer valer los derechos constitucionales, lo cual se manifiesta desde una violencia sistemática que se perpetúan a lo largo del tiempo en una multiplicidad de escalas espaciales. El impacto negativo que tiene la inaccesibilidad² a los servicios de salud en la vida de las mujeres representa una problemática social y sistemática, además de deficitaria, limitada, y que en muchas circunstancias esa asistencia médica está permeada por formas diferenciadas de violencia, obstaculizando la igualdad humana que niega a las mujeres que puedan desarrollar la vida en calidad.

² Se entiende por inaccesibilidad, no tener acceso a la seguridad social, también por la cuestión espacial que no permita o dificulte este mismo, y por último el sexo, que desde la disponibilidad del tiempo hasta las diferentes violencias que se atraviesan al ser mujer, pueden significar un impedimento al buscar hacer valer su derecho a la salud.

La ZMVM es la zona metropolitana más poblada de México (21 804 515 de habitantes), así como la más desigual. Dentro de esta zona están de los municipios más violentos³ del país, que según datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2021) son Ecatepec, Naucalpan, Ciudad Nezahualcóyotl, Cuautitlán Izcalli y Tlalnepantla. Y para 2020, los estados que comprenden la ZMVM fueron aquellos donde la afiliación a los servicios de salud se encontró por debajo de la media nacional⁴. Además de ser la ZM donde crecí, por las razones antes expuestas me parece de extrema relevancia analizar la organización de los servicios de salud en relación al perfil socio-demográfico y condición espacial de las mujeres.

Esta investigación tiene como motivación, acercar a las urbanistas al análisis de temas que como mujeres impactan en nuestras vidas, día a día, acercarnos a la investigación y la crítica del acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres y ahondar cada vez más en todos los factores que se encuentran dentro de la problemática. Se pretende hacer consciencia de cómo el urbanismo, la política y planeación urbana tienen un impacto importante en la vida de las mujeres; y que las formas actuales sobre las cuales se toman decisiones de orden espacial están transversalizada por un sistema económico neoliberal patriarcal que ha deteriorado la vida de estas, donde el espacio no es neutral, pero manifiesta una serie de relaciones de poder que dan como resultado una distribución desigual de los servicios en el espacio mismo.

Por ello y para ello es fundamental entenderlo desde una postura contrahegemonía y contracultural, propia de la epistemología feminista, ya que el feminismo académico constituye la revolución epistemológica del siglo veinte. Desde su campo conceptual que es abarcativo, complejo e interdisciplinario ya que busca centrar su atención en comprender, explicar, interpretar y de ser necesario, desmontar los conocimientos que han sustentado el androcentrismo en la ciencia. Y para esto, se han elaborado teorías, conceptos y categorías que develan los sesgos que ignoran, invisibilizan, niegan y/o distorsionan la desigualdad que subordina a las mujeres (Castañeda, 2008).

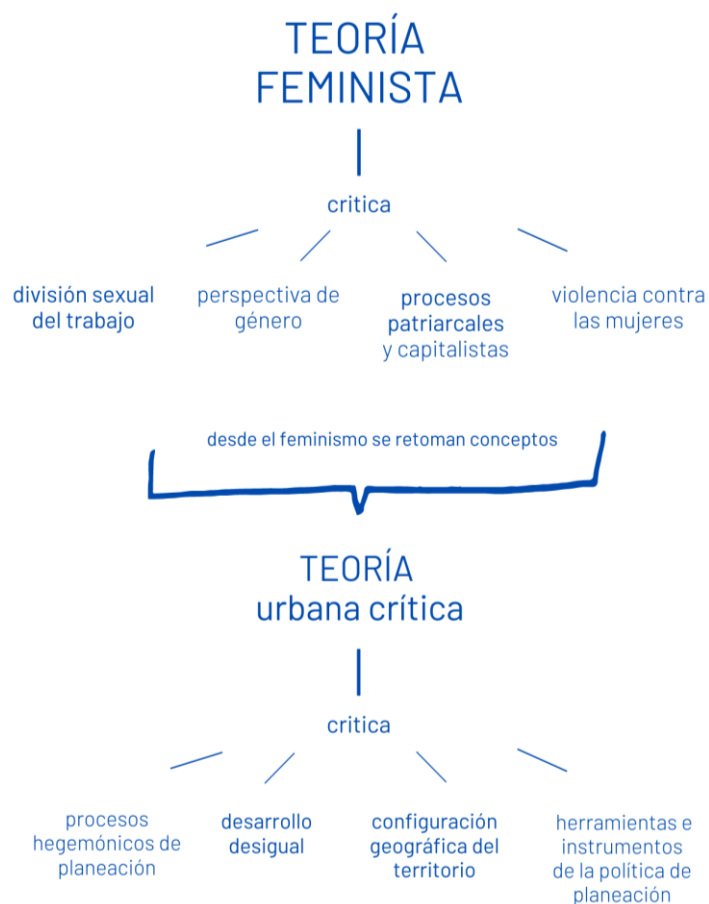
³ En los 4 años comprendidos entre 2014 y 2017 en todo el país fueron asesinadas 8.904 mujeres, según los cálculos de la organización, hechos con datos oficiales. **1.420 de estos asesinatos ocurrieron en el Estado de México**, siendo Ecatepec el municipio con más crímenes... 243 de ellos, un 17%, fueron considerados feminicidios. BBC News Mundo, 2018.

⁴ Censos y Conteos de Población y Vivienda, INEGI, 2020.

Según Castañeda (2008) se buscan generar cambios desde la investigación feminista a través de la incorporación de las mujeres a la epistemología, la reelaboración de las consideraciones epistemológicas en torno a la/el sujeta/o cognoscente, la reflexión constante respecto a las características y la viabilidad de una metodología feminista, así como el uso de la multidireccionalidad del conocimiento. En este sentido, la construcción del conocimiento refleja una mirada crítica y propositiva a un cambio transformador donde el género sea transversal como categoría analítica/operativa contribuyendo “a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres” (Lagarde, 1996).

A través de la teoría de género, la investigación feminista ha contribuido a la comprensión integral de la dominación, la subordinación y la opresión de las mujeres, al exponer como cada una de ellas se basa en la articulación del género con otros referentes de organización y diferenciación social (Castañeda, 2008), por lo cual me parece fundamental integrar el marco de la teoría urbana crítica del desarrollo geográfico desigual, por las bases de reflexión contrahegemónica a la teoría endogámica sobre la ciudad y su estructura urbana, desde la crítica al urbanismo capitalista neoliberal.

Figura #1. Esquema de uso y entendimiento de la teoría feminista - “*las gafas moradas*”.



Fuente: elaboración propia.

Partiendo de esta relación epistemológica, el trabajo rompe con las estructuras ortodoxas y positivistas de *construcción de conocimiento*, para situar a las mujeres de la ZMVM dentro de una estructura de desarrollo desigual y a partir de ello construir teoría. Por lo tanto, de primera instancia no se parte de un caso de estudio, ya que no se pretende analizar las particularidades de un espacio acotado, sino se busca acercarnos a la multidimensionalidad territorial de la problemática de acceso de las mujeres a los servicios de salud, haciendo una lectura relacional desde y con la teoría. En segundo lugar, a través de la investigación feminista que busca desentrañar esta construcción hegemónica en toda su amplitud y, al mismo tiempo, en su particular localización espaciotemporal, no se pretende hacer una evaluación cuantitativa de los servicios de salud de la ZMVM.

Desde mi experiencia personal, y cómo objetivo ético-personal, atravesé un problema de salud gastrointestinal que afectó mi desempeño académico y en general mi estilo de vida

durante dos años. Diferentes médicos del sector público y privado me diagnosticaron con negligencia y en alguna ocasión hasta fui violentada. A pesar de esta violencia, tuve la oportunidad y los medios económicos para encontrar una médico que me diagnosticara de manera acertada. Afortunadamente tengo familiares con la capacidad de pagar consultas externas en hospitales privados y el apoyo psicológico para no dejar de buscar una solución a mis problemas de salud; esta situación me hizo reflexionar sobre la realidad a la cual la mayoría de las mujeres se enfrentan a la hora de buscar atención médica, pero no cuentan con la seguridad social, el tiempo y/o el dinero para ello. ¿Qué pasa con todas ellas?

Dimensión espacial

El espacio geográfico, como lo define Neil Smith (2020), en su sentido más general es aquel de la actividad humana, desde la escala más pequeña (cuerpo) hasta la más grande como lo sería toda la superficie de la tierra. Si bien el espacio puede funcionar como un medio de producción dentro de la lógica capitalista, también es utilizado como una herramienta para perpetuar el control y dominación de los sectores vulnerados como lo son las mujeres.

El espacio organiza y es organizado por actividades económicas que irán dando como resultado patrones geográficos que se van repitiendo tanto como le sean útiles al capital, pero es clave poner en evidencia que estos patrones son determinados y no determinantes. Al entender el desarrollo desigual se suele obviar que este no sucede al mismo tiempo, ni en todo el espacio existente, este es en realidad un proceso bastante específico que tiene lugar exclusivamente en sociedades capitalistas y que se relaciona directamente con las relaciones sociales de este modo de producción (Smith, 2012).

“la desigualdad de clase, la destrucción ambiental, la pobreza, la injusticia racial, el imperialismo y los genocidios son peores que hace 25 años” (Smith, 2020)

Por lo tanto, las actividades económicas que se dan en el espacio son organizadas a través del poder y la maximización de las ganancias capitalistas. En este sentido el espacio y su organización no es neutral, desde el orden colonial y la exigencia del orden heteronormado del género establece una jerarquía de género, raza y etnia. Así, la disposición espacial de las actividades humanas, está en realidad poco ligada a la naturaleza humana y la condición misma del espacio natural, pero está mucho más

relacionada a decisiones e intereses particulares de grupos de poder, los cuales segregan y marginan a determinados sectores.

El acceso a los servicios de salud, tema fundamental de la planeación urbana y de los derechos está sujeto a una lógica del desarrollo geográfico desigual donde se busca aprovechar las tasas de ganancia más elevadas en el territorio para movilizarse, dejando como resultado regiones subdesarrolladas y otras super desarrolladas, llevando a un proceso de marginación y condena en mayor medida a las mujeres (sobre todo de las clases bajas) de las periferias, además de que se deja de lado que son las mujeres quienes más acuden a los servicios de salud, no solo por ellas sino también por las personas a su cuidado.

En este sentido, el acceso a los servicios de salud, se configuran en una dicotomía centro-periferia, señalando los procesos desiguales de planeación territorial, mismos que reproducen una segregación por género en las ciudades, y que se configura a través de los modelos hegemónicos que definen el crecimiento urbano de las ciudades latinoamericanas.

Ahora bien, Peinado M. (2008) nos dice que la teoría centro-periferia tuvo en sus inicios una estructura centrada en el comercio internacional y en general abstrae el espacio a algo global cuasi genérico, o en su defecto mantienen la estructura y límites internacionales.

Los conceptos de la teoría centro periferia enfrenta grandes inconsistencias ya que no se define en qué se produce, sino en cómo se produce. Y estas inconsistencias se ven magnificadas al postular como eje de análisis la esfera productiva, entonces se hace ineludible considerar la estructura y el conflicto que representan las clases sociales que se ven interpuestas en la producción.

Brecha de género en el acceso a los servicios de la salud

Para poder vislumbrar la desigualdad en el acceso a la salud entre hombres y mujeres, existen factores como el acceso a la educación, la ocupación laboral, la brecha salarial, el trabajo reproductivo y su nula remuneración, y la gestión del tiempo, que añaden a la configuración de una serie de desigualdades sociales, que sumadas al sexo incrementan la brecha de acceso a los servicios de salud (Durán, 2012).

Estefany Licon (2021) nos presenta, para el caso mexicano, que la desigualdad de género en el acceso a la seguridad social es aún más evidente cuando se analiza el caso de las personas mayores, donde cuatro de cada diez adultos mayores hombres tienen acceso a una pensión contributiva y sólo el 22.7% de las mujeres cuentan con la misma condición.

Las mujeres no sólo se enfrentan a barreras para tener acceso a los servicios de salud para ellas mismas, sino que en muchas ocasiones son responsabilizadas por el cuidado de la salud de sus familiares o personas cercanas, como es el caso de la *Alfabetización materna* (Ur-Rehman, 2010), donde se plantea cómo a través de la educación de las madres, en contextos rurales, la mortandad de las infancias puede disminuir; desde otros programas de salud, la mujer es vista como medio para atender necesidades sanitarias dentro de las familias, desatendiendo otras necesidades que tienen como individuales.

“La mujer destaca como receptora de los programas de alimentación, planificación familiar y responsable en la instrumentación de programas de vacunación universal, nutrición, y control del niño sano.” (OMS, 2009).

En la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo de 2009⁵ (México), sí es considerado el trabajo remunerado y el no remunerado en conjunto, las mujeres trabajan 8 horas más en promedio a la semana que los hombres. La mayor parte de este trabajo no remunerado de cuidados para la salud, en que el 96.5% se dio dentro de los hogares, fue realizada por mujeres.

Para el 2020⁶ sólo el 16.65% de las mujeres contaban con acceso a la salud, y un 24.49% de los hombres tenían este derecho cubierto, para la ZMVM.

Dimensión sexual y de violencia: La violencia en los servicios de salud

La violencia como es comprendida hoy en día tiene muchas formas de presentarse en la vida de las mujeres, y es que desde el cómo somos criadas hasta la manera en que las instituciones y los espacios que habitamos son organizados son violentos.

Roberto Castro (2014) ha dedicado numerosas investigaciones para destacar y reconocer la violencia que las mujeres tienen que enfrentar una vez que acceden a los servicios de

⁵ Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009. ENUT. Metodología y tabulados básicos. <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825495640>

⁶Dato obtenido de la ENIGH 2020.

salud. Es en particular dentro de los servicios de salud reproductiva donde se constituyen espacios en los que se ejerce la violencia contra las mujeres. Muchas veces esta violencia (sexual, institucional, psicológica, estructural) es producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional dentro del sector salud.

Dimensión normativa

Por décadas se han realizado esfuerzos internacionales para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Desde el 2011 se reconoció el avance fundamental que representa la reforma constitucional en materia de derechos humanos, que establece en un rango constitucional aquellos acuerdos que se derivan de los tratados internacionales. Por lo que se decretan una serie de obligaciones ineludibles con los derechos humanos en el contexto de su universalidad, interdependencia, interrelación y complementariedad.

Se entiende entonces, que el estado está obligado a proteger, respetar y garantizar a todas las personas todos los derechos establecidos firmemente en tales tratados.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, si las personas hacen uso de los servicios de salud tienen el derecho de obtener prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables (CNDH, 1983).

En el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Por su parte la CEDAW, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 12 y 14 nos plantean la relevancia del papel del estado como clave para eliminar desigualdades y discriminaciones hacia las mujeres en cuanto a la atención de la salud se trate. Ya que el estado debe adoptar las medidas necesarias para eliminar la discriminación en todas sus esferas, económicas, de clase, raza, contra las mujeres en la atención médica.

Por su parte la Ley de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano (LGAHOTDU), en el artículo 53° apartado VII establece que, la legislación estatal en la materia establecerá las disposiciones para la dotación de espacios públicos primarios (...) equipamiento en áreas carentes de ellas a manera de garantizar en éstos

acceso universal (...) en especial para mujeres, niños, niñas, adultos mayores y personas con discapacidad.

De la misma ley, pero en el artículo 74° apartado IV establece que los planes o programas municipales de Desarrollo Urbano buscarán definir la mejor localización y dimensiones de los equipamientos colectivos de interés público o social en cada Barrio con relación a la función que tendrán y a la ubicación de los beneficiarios, como centros docentes y de salud.

A pesar de todo esto, para la mayoría de las mexicanas y mexicanos ni las condiciones de salud ni el acceso a los servicios se encuentran cubiertos. En números duros las tasas de mortalidad general han disminuido y se ha incrementado la esperanza de vida, pero también es verdad que, en las zonas rurales, casi la tercera parte de las y los menores de cinco años tiene talla baja para su edad; la mortalidad materna de México es la más alta en el grupo de la OCDE; además somos el país con la prevalencia de obesidad femenina más alta del mundo (López-Moreno, 2015).

El impacto negativo que tiene la inaccesibilidad a los servicios de salud en la vida de las mujeres, a nivel individual y a una escala nacional, sigue representando una problemática por la falta de acceso, ya que no son consideradas en la planeación espacial y política⁷, y por la calidad de la asistencia médica que ellas reciben.

En *Las Mujeres y La Salud (OMS, 2009)*, ponen de ejemplo que si bien las mujeres tienen mayores gastos de salud que los hombres debido a que utilizan más estos servicios⁸, en comparación con los hombres, las mujeres son más propensas a ser (más) pobres, estar desempleadas y/o trabajan a tiempo parcial y casi siempre en el sector informal. Por lo que el acceso a la salud también es un tema de clase socioeconómica y de raza.

Además, resulta inadmisibles que a pesar de que los sistemas de salud dependen⁹ de las mujeres como cuidadoras principales de la familia y como prestadoras de asistencia

⁷ Entendiendo la planeación política como el diseño, actualización y modificación de políticas.

⁸ Ya sea por cuidados propios o cuidados a terceras personas (gestación, cuidado de personas mayores o con alguna dificultad).

⁹ Considero que el sistema depende de las mujeres por la fuerte responsabilidad que cae en ellas de educarse y acercarse a los servicios de salud para procurar y asegurar el bienestar infantil y de la familia en general.

sanitaria fuera de los hospitales, el estado desatiende las necesidades sanitarias y de salud en general de las mujeres.

Planteamiento del Problema de Investigación

El área de estudio, la ZMVM, es un gran ejemplo de las dicotomías espaciales como la centro-periferia, campo-ciudad, lo formal y lo informal, lo público y lo privado, estas no sólo definen las actividades que se dan en el espacio si no la vida de quienes las realizan. ¿Cómo han perdurado a lo largo del tiempo e impactado en la vida de las mujeres?

Los derechos de las mujeres y las niñas, a pesar de estar en la agenda política, no son tomados en cuenta a la hora de diseñar políticas públicas ni espacios. Es desde el orden capitalista y patriarcal que se siguen instaurando políticas que sólo toman en cuenta las actividades productivas. En este caso la distribución de los servicios de salud es desigual en el territorio en relación con los espacios que habitan las personas, y en particular las mujeres.

Es de suma importancia que la revisión bibliográfica y estadística retome claves feministas como la labor reproductiva y la división sexual del trabajo para tener una mirada más acertada de las mismas; para lograr entender cómo la distribución socioespacial de los servicios de salud funge como un mecanismo de marginación para las mujeres.

La seguridad social, por lo tanto el trabajo formal, es un factor decisivo a la hora de que las mujeres puedan tener acceso a una atención médica oportuna e integral, y dada la brecha de género laboral que existe en el país¹⁰, se torna en un obstáculo más en la vida de las mujeres.

A la par será importante revisar otros obstáculos que las mujeres enfrentan al acudir a los servicios de salud, tomando en cuenta la calidad de los servicios, ya que es común que las mujeres sean víctimas de algún tipo de violencia, criminalizadas o revictimizadas en hospitales, clínicas, y consultorios, sin importar si el servicio es público o privado.

¹⁰ Para el 2022 la brecha era del 14%, es decir, por cada 100 pesos que recibe un hombre en promedio por su trabajo al mes, una mujer recibe 86 pesos. (IMCO, 2022)

Por último, ¿derechohabiencia es lo mismo que acceso? No, ¿por qué? y ¿Cuáles son las implicaciones en la vida de las mujeres el acceder o no a los servicios de salud? A partir de ello surgen los cuestionamientos que organizan la presente investigación:

¿En qué medida la geografía del desarrollo desigual, desde una mirada feminista, determina las condiciones bajo las cuales las mujeres de la ZMVM acceden (o no) a los servicios de salud?

¿Y cómo la distribución de los servicios de salud toma en cuenta la geografía espacial de las mujeres?

Objetivo general

Analizar la geografía social y espacial de organización de los servicios de salud pública en relación a las mujeres y su demografía, desde la teoría feminista en la ZM del Valle de México, del 2010 al 2020.

Objetivos específicos

- Describir la situación espacial de los servicios de salud en la ZMVM.
- Definir la población de mujeres y su acceso a la seguridad social por alcaldía/municipio.
- Describir la relación centro-periferia de la ZMVM y su dinámica de segregación hacia las mujeres.
- Establecer cómo la división sexual del trabajo incide en el acceso a servicios de salud por mujeres.
- Plantear la situación de desigualdad de oportunidades laborales y por lo tanto de acceso a la seguridad social de las mujeres.

Supuestos Teóricos

La distribución espacial de los servicios de salud y la dinámica centro-periferia, son condiciones de marginación para las mujeres de la ZMVM. La división sexual del trabajo, la desigualdad de oportunidades en el trabajo reproductivo, y la exclusividad del trabajo de cuidados dirigido hacia las mujeres, generan patrones y marcan una guía de las necesidades y oportunidades del acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres.

Marco teórico

Los fundamentos teóricos-metodológicos que permiten construir la ruta que organiza los objetivos del presente trabajo, se han construido desde el análisis feminista de la disposición espacial de los servicios de salud y su relación con la falta de acceso de las mujeres a estos y la discriminación y violencia que se ven involucradas. Así mismo, se hace uso de la teoría urbana crítica, desde el ámbito del desarrollo geográfico desigual, lo cual nos va a permitir hacer una lectura de cómo se organiza espacialmente una condición desigual en el acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres.

- a. La teoría feminista y la división sexual del trabajo como eje de análisis.
Genealogía del concepto y definición para esta investigación
 1. División sexual del trabajo reproductivo y productivo
 2. Feminización de la pobreza
 3. Ciudades cuidadoras
 4. Brechas de género en las oportunidades laborales y de asistencia social
 5. Crítica a la ciudad funcionalista y dispersa
 6. Modelos hegemónicos de planeación urbana

- b. El desarrollo desigual de Neil Smith.
 1. Desarrollo geográfico desigual
 2. Acceso diferenciado a los servicios de salud
 3. La configuración geográfica del paisaje como clave de la supervivencia del capitalismo
 4. La estructura de clases dentro del capitalismo

Tabla #1 Matriz de aproximación teórica-metodológica.

Pregunta de Investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos	Conceptos	Ejes de análisis	Métodos de análisis	Indicadores
¿En qué medida la distribución de los servicios de salud toman en cuenta la geografía espacial de las mujeres en la ZMVM, a partir de una mirada feminista?	Analizar la geografía espacial de la organización de los servicios de salud pública en relación a las mujeres, desde la teoría feminista en la ZM del Valle de México, del 2010 al 2020.	<p>Describir la situación espacial de los servicios de salud en la ZMVM.</p> <p>Definir la población de mujeres y su acceso a la seguridad social por alcaldía/municipio.</p> <p>Describir la relación centro-periferia de la ZMVM y su dinámica de segregación hacia las mujeres.</p> <p>Establecer como la división sexual del trabajo incide en el acceso a servicios de salud por parte de las mujeres.</p> <p>Plantear la situación de desigualdad de oportunidades laborales y por lo tanto de acceso a la seguridad social de las mujeres.</p>	<p>Desarrollo geográfico desigual</p> <p>Centralización de los servicios</p> <p>Marginalización de las mujeres</p> <p>Accesibilidad a la seguridad social por parte de las mujeres</p> <p>Geografía social</p> <p>Dinámica centro-periferia</p> <p>División sexual del trabajo</p> <p>Accesibilidad a los servicios de salud</p> <p>Desigualdad laboral: brecha de género (salarios, puestos), techo de cristal</p>	Teoría feminista > división sexual del trabajo desarrollo desigual	<p>Análisis socio espacial</p> <p>Análisis teorico - critico</p> <p>Análisis socio espacial</p> <p>Análisis estadístico descriptivo</p> <p>Análisis estadístico descriptivo</p> <p>Análisis teorico - critico</p> <p>Análisis teorico - critico</p>	<p>Identificación de hospitales, clínicas y ver posibilidad de mapear consultorios tipo simi</p> <p>Generación de radios de alcance de acuerdo a la política y a la realidad</p> <p>Relación con medios de transporte, rutas cercanas y vialidades</p> <p>Hablar sobre cluster y su beneficio económico pero no humano</p> <p>Mapeo de mujeres por edad y municipio</p> <p>Descripción de las mujeres que habitan, su condición socioeconómica, gráficas y mapas</p> <p>Situación de acceso a la seguridad social (IMSS, ISSSTE, Seguro popular) por parte de las mujeres</p> <p>Índice de masculinidad por municipio</p> <p>Índice de marginación</p> <p>Reflexivo</p> <p>Reflexivo</p>

Tabla #2 Marco teórico- conceptual.

Concepto	Definición	Autores	Año
Desarrollo geográfico desigual	El desarrollo desigual del capitalismo como la expresión geográfica de la más fundamental contradicción entre valor de uso y valor de cambio, y la diferencia de accesibilidad.	Neil Smith	2020
Accesibilidad a la seguridad social por parte de las mujeres	Las políticas de salud también deben tener en cuenta las desigualdades de género, lo que se debe visualizar en los siguientes aspectos: en la construcción social de los problemas de salud, en la toma de decisiones y en la formulación, implantación y evaluación de las políticas de salud.	Carme Borrell y Lucía Artazcoz	2008
Centro-periferia	Aunque empezó centrada en la estructura del comercio internacional, la conceptualización Centro/Periferia se consolidó al centrarse especialmente en las características más de cómo se produce que del qué se produce para exportar.	Martínez Peinado, Javier Doreen Massey	2011
División sexual del trabajo	La diferenciación basada en el sexo es una de las formas más extendidas de explotación humana.	Linda McDowell	1984
Desigualdad laboral: brecha de género (salarios, puestos), techo de cristal	El tipo de empleo que se está creando, en general, y en mayor medida en el caso de las mujeres, es un empleo de baja calidad y precario.	Inmaculada Cebrián y Gloria Moreno	2018
Ciudades cuidadoras	Un paradigma urbano que tiene en cuenta la diversidad y los cuidados asume que las personas somos funcionalmente diversas.	Colectiu punt 6	2019
Geometrías del poder	Las entidades cerradas eran la manera de domesticar el espacio-tiempo de la época, de fijarlo y estabilizarlo, o de intentar fijar y estabilizar significados e identidades con relación al tiempo-espacio.	Doreen Massey	2012
Globalización y su impacto en las vidas de las mujeres	El quiebre del modelo económico de desarrollo implica el mercantilismo, la explotación de la naturaleza y la marginación de las mujeres. La globalización ha agudizado estas	María Candelaria Ochoa Avalos	2007

	condiciones, porque se ha subordinado la política a un modelo económico que implica menos inversión en seguridad social y dejar al arbitrio del mercado el acceso a bienes y servicios.		
El poder y la política dentro de la comunidad	Las mujeres han desempeñado siempre un papel fundamental en todo lo relacionado con la reivindicación del acceso a unos bienes y recursos que se hallan desigualmente distribuidos en el plano espacial por las actuaciones políticas locales.	Linda McDowell	1984
Participación femenina en el mercado de trabajo	Las mujeres no son mano de obra marginal, sino una fuerza de trabajo permanente.	Shirley Dex	1997
Feminización de la pobreza	Un predominio de mujeres entre los pobres; el impacto no fortuito, con sesgo de género, de las causas de la pobreza.	Paula Lucía Aguilar	2011

Fuente: elaboración propia con base en la revisión bibliográfica.

Con la revisión bibliográfica se tuvo como objetivo hacer una reflexión crítica sobre los modelos hegemónicos de la planeación urbana, su incidencia en la distribución de los servicios de salud, desde una lectura feminista, ya que:

“La teoría feminista es un vasto campo de elaboración conceptual cuyo objetivo fundamental es el análisis exhaustivo de las condiciones de opresión de las mujeres. El centro de su reflexión es la explicación de la multiplicidad de factores que se concatenan para sostener la desigualdad entre mujeres y hombres basada en el género, la cual está presente en todos los ámbitos de desempeño de las personas que formamos parte de sociedades marcadas por la dominación patriarcal” (Castañeda, 2008:12).

Así mismo, se hace uso de la teoría del desarrollo desigual (Smith, 2020), porque toda la política es más bien especializada, y los patrones adquieren formas en diferentes escalas espaciales. De esta interconexión es que se puede tener una relación del impacto de la falta de servicios de salud en la vida de las mujeres. En este sentido, nos parece determinante la revisión de autoras feministas para tener un acercamiento desde esta teoría a las problemáticas, tanto espaciales como sociales, planteadas en la investigación, integrado con la teoría urbana crítica.

Metodología

El universo temporal que se eligió fue de 2010 a 2020, en primer lugar por la accesibilidad a la información que presentan algunas de las plataformas gubernamentales (INEGI, CONEVAL, CONAPO) y en segundo término, para asegurar que la homologación de datos fuera la mayor posible, a manera de contar con datos comparables (y cuantificados de la misma manera) por las instancias.

Por otra parte, el universo espacial que se definió, que es la Zona Metropolitana del Valle de México, se contempló desde un inicio a manera de resaltar y rescatar la importancia de hablar de la periferia y la descentralización de los servicios de salud en un contexto metropolitano como lo es el de la Ciudad de México. Ello implica un cambio de escala importante que el estudio del acceso a la salud la impone.

Los datos utilizados para el análisis fueron obtenidos a través de INEGI, se utilizaron los datos ITER por municipio para los años 2010 y 2020, los datos de población y derechohabiencia a través de los tabulados interactivos, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) desde CONEVAL, para los años 2010 y 2020; por su lado para la cartografía se utilizó información por municipio de INEGI SCINCE (2016) y la demás información cartográfica del paquete de datos de Mapa Digital de INEGI 2015.

Los programas utilizados para el análisis fueron: Excel y Stata para el análisis estadístico de la información, y por su parte Quantum Gis (Qgis) para el análisis cartográfico.

Con esta información se busca definir y representar la realidad cuantitativa de las mujeres en la ZMVM, para generar una cartografía lo más acertada posible. Dando espacio a conocer la desde las edades, pasando por su escolaridad, sus características económicas y llegando hasta la derechohabiencia y el acceso a los servicios de salud.

Cabe señalar que existieron varios obstáculos en el uso de esta información por estar referida en distintos espacios de descarga y no encontrarse en un mismo formato, como fue el caso de la ENIGH, la cual tenía la información requerida en formato R o Stata, siendo esto un factor que disminuye la facilidad de acceso a la información por medio de otras plataformas.

Esta información fue descargada de CONEVAL, para los años 2010 y 2020, se decidió por usar esta fuente por los indicadores que generan a partir de la base de datos de INEGI.

Posteriormente se revisaron todos los campos generados por estas instituciones para decidir cuáles iban a ser los utilizados, buscando aquellos que dieran más “luz” en temas de pobreza, acceso a los servicios de salud y feminización de algunas problemáticas. Se procedió a la extracción de la información de esos campos, para dar tratamiento a estos y que tuvieran representación a nivel municipal para toda la ZMVM para su posterior análisis.

De manera sintética, se presenta a continuación el análisis estadístico y cartográfico que se realizará:

- Análisis estadístico descriptivo / demografía de la ZMVM
 - derechohabiencia
 - edad y sexo
 - ocupación laboral y escolaridad
 - jefatura de los hogares
 - marginación y pobreza
- Análisis espacial
 - demografía en el territorio
 - ubicación geográfica de los servicios de salud
 - radios de influencia determinados por SEDESOL, 1999.
 - mapeo y análisis de grados educativos y de marginación

Una vez llevados a cabo estos análisis, se interpretó la información de manera particular y traslapando entre sí la cartografía y el análisis estadístico, para posteriormente junto con la bibliografía revisada entretejer los resultados de la información cuantitativa con la teoría feminista y la teoría del desarrollo desigual, con relación a la ZMVM.

En cuanto a la tesis, ésta se encuentra dividida en cuatro capítulos. El primero, donde se busca presentar de manera espacial, pero también histórica la trayectoria de los servicios de salud en la ZMVM. En el segundo capítulo nos encontraremos con un análisis estadístico-descriptivo y un análisis espacial de las mujeres que habitan la ZMVM, desde sus características educativas, pasando por la estructura del mercado laboral, hasta llegar a la estructura de las derechohabientes. En el tercer capítulo, ahondaremos en las características de los modelos de planeación urbana hegemónicos y cómo han impactado en la distribución de los servicios de salud, revisaremos cuál ha sido el papel de la perspectiva de género en la

planeación y por último, cómo el contexto sociopolítico ha tenido repercusiones en la vida de las mujeres. Para cerrar, en el último capítulo se reflexiona en torno a cuatro dimensiones que son planteadas a raíz del análisis hecho en la investigación, traslapando estas con la división sexual del trabajo, todo desde la teoría feminista.

Capítulo I. Descripción de la situación espacial de los servicios de salud en la ZMVM.

En este capítulo revisaremos la estructura institucional de los servicios de salud concebida desde la derechohabiencia y los diferentes niveles de atención que son ofrecidos, así como cuáles son los radios de atención que se establecen y cómo estos en su localización no toman en cuenta la vida de las mujeres usuarias.

Teniendo en cuenta las teorías y lógicas bajo las cuales la planeación territorial perpetúa la segregación de las mujeres y la inaccesibilidad de estas a los servicios de salud, a través de patrones espaciales.

Se expondrá la densidad poblacional de mujeres en relación a los servicios de salud, para poder identificar dónde están las mujeres y dónde están los equipamientos, para poder definir si existe alguna relación en sus patrones espaciales que puedan perpetuar la segregación de las mismas.

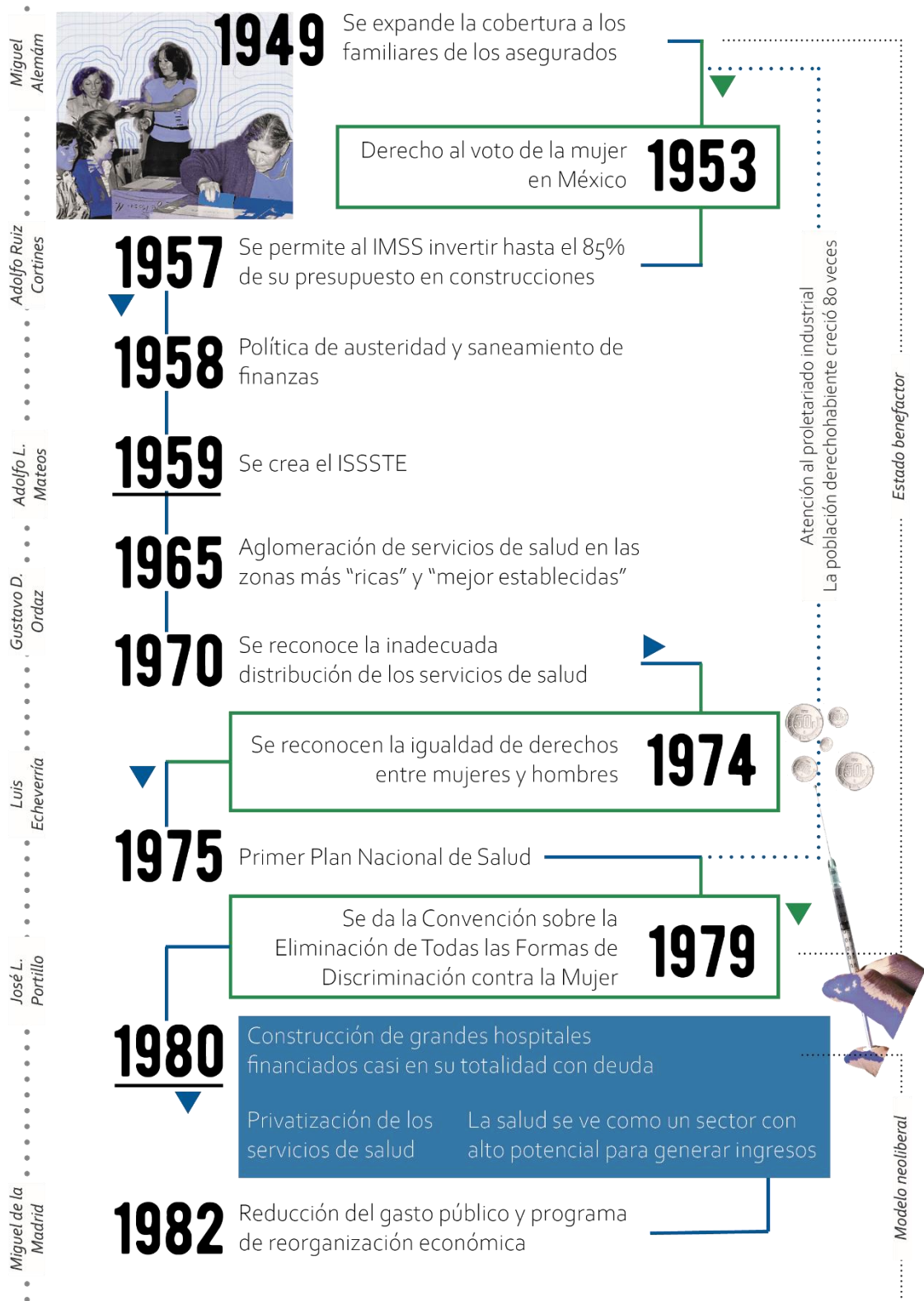
Será importante rescatar el enfoque de la interseccionalidad a la hora de realizar el análisis, para tener en cuenta la clase, el género y otras divisiones sociales, teniendo presente que estas problemáticas tienen dos dimensiones¹¹, en lo individual y en lo estructural e institucional (Krause y Ballesteros, 2018).

1.1 Línea temporal

Podemos hacer un recorrido temporal que busca resaltar el camino histórico tanto de los servicios de salud, así como de los derechos de las mujeres, desde los 1800 hasta los 2000 en México, resaltando que no hay un enfoque específico a los derechos de salud de las mujeres porque estos se enfocan principalmente y casi exclusivamente a los derechos reproductivos de las mujeres, dejando de lado todas las demás esferas de la salud *femenina*.

¹¹ Las cuales tienen construcciones sociales de poder y privilegio.

Figura #2. Línea del tiempo “entre los derechos de las mujeres y el derecho a la salud en México”



Miguel de la Madrid

Carlos S. Gortari

Ernesto Zedillo

Vicente Fox

Felipe Calderón

1984

Se incorporan estudiantes de nivel medio y superior al IMSS

En EUA se crean comités de género para atender casos sobre el tema

1988

1994

Se refuerzan las medidas de saneamiento fiscal + se firma el TLCAN

Convención Interamericana para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer

1995

1995

Se detienen contrucciones del IMSS
*construcciones de hospitales y clínicas.

1999

Sistema normativo de equipamiento, SEDESOL

2000

Cambio de partido político en el poder
Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación

Se garantiza la adecuada participación de las mujeres en cargos públicos

2000

2004

Seguro Popular de Salud

Se modifica la penalización por violencia intrafamiliar

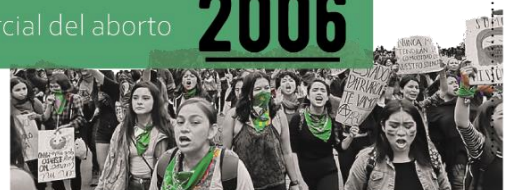
2004

2006

Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y medicamentos

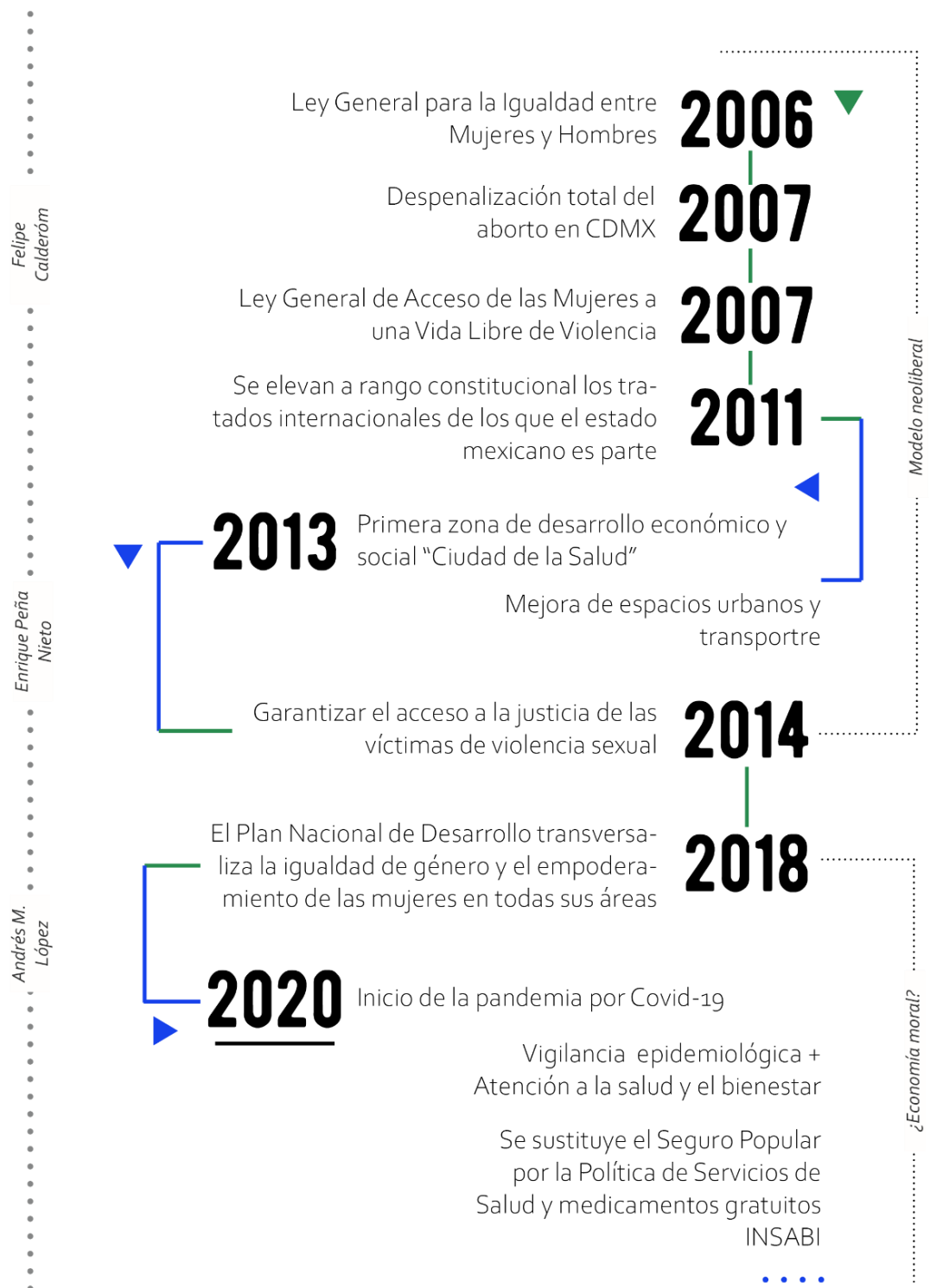
Despenalización parcial del aborto
En la CDXM

2006



El ISSSTE se reduce al mínimo

Modelo neoliberal



Fuente: elaboración propia, 2022

La razón de que esta línea tenga su inicio hace casi cien años es para enfatizar lo poco que se ha avanzado en torno a los derechos de las mujeres¹², y cómo los avances que sí existen son más recientes, y que han estado impulsados por **colectivas e individuales**. Se busca resaltar también el poder político que ha ido permeando la agenda política y los modelos que se han seguido a lo largo de los años.

1.2 Presentación de los diferentes servicios de salud ofertados en la ZMVM.

Estructura y cobertura

De acuerdo con el discurso oficial (aunque en la práctica no se cumpla), existe un Sistema Nacional de Salud que tiene por objetivos proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, a la vez que se atienden los problemas sanitarios prioritarios y los factores que condicionen y causen daños a la salud, además de realizar promoción, implementación e impulsar acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas (LGS, 1984).

Está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones.

Como ya se mencionó se comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público encontramos las instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones y programas que tienen como objetivo la población sin seguridad social donde son la Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), y el Seguro Popular de Salud (SPS). Por otra parte, el sector privado comprende a los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados que son acompañados por las compañías aseguradoras.

¹² En esta línea del tiempo no se consideran temas de corte sexual, ya que más allá del aborto son pocos los casos que buscan dar autonomía a la mujer.

A través del Sistema Nacional de Salud (SEDESOL, 1999) se presentan tres niveles con los cuales se brindará la atención médica de la siguiente manera:

Primer nivel: Se pretende que en este nivel se resuelvan aproximadamente 85% de las patologías generales, este atiende a través de la red de servicios de primer nivel que se despliega en localidades rurales dispersas y localidades urbanas concentradas. Integrado por las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSa) y las Clínicas Familiares (ISSSTE), donde se proporcionan servicios de salud básicos, en su mayoría que van enfocados a la atención médica preventiva, como la consulta de medicina familiar, planificación familiar, fomento a la salud, orientación nutricional, medicina preventiva, odontología, entre otros.

Se expone que el contacto de primer nivel también promueve la participación en programas a la salud que permitan integrar al binomio madre-hijo, por primera vez nos enfrentamos a la responsabilización de las mujeres en la salud de otras personas.

Segundo nivel: Este nivel busca proporcionar atención ambulatoria, hospitalizaciones y tratamientos quirúrgicos o clínicos específicos para solucionar problemas de mediana complejidad, se atiende a los pacientes remitidos desde el primer nivel de atención. Al mismo tiempo se llevan a cabo prácticas académicas y de investigación. Se comprende en cuatro especialidades básicas: gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, y cirugía general. El ISSSTE establece que se dará atención a derechohabientes de las localidades donde se encuentra el hospital y aquellas localidades ubicadas a menos de dos horas de distancia¹³.

Se encuentran en localidades mayores de 500,000 habitantes, tomando en cuenta la población de la ciudad donde se ubican y del área regional de influencia.

Tercer nivel: Es destinado exclusivamente para resolver padecimientos complejos, que requieren servicios de alta especialidad y se estima que atiende al 3% de la demanda total. Esto se hace a través de los hospitales generales y regionales de especialidad/es. También funcionan como centro de investigación y docencia especializada. Es a donde se canalizan

¹³ Sin especificar una distancia, algún medio de transporte, u obstáculos físicos que se podrían tener en los trayectos.

las y los pacientes de segundo nivel con algún requerimiento médico-quirúrgico poco frecuente y que no pudo ser resuelto en hospitales del nivel anterior.

Se les designa una cobertura regional y en algunos casos nacional dependiendo de su especialidad y de su capacidad de resolución de problemas muy complejos. Está integrado por los Centros Médicos Nacionales, Unidades Médicas de Alta Especialidad, Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Tabla #3 Sistema Normativo de Equipamiento del IMSS

Criterios para la localización y dotación regional y urbana

Jerarquía urbana y nivel del servicio		Rango de población	Unidad de Medicina Familiar	Hospital General
Localización	Regional	más de 500 mil	x	x
	Estatad	100 mil a 500 mil	x	x
	Intermedio	50 mil a 100 mil	x	x
	Medio	10 mil a 50 mil	x	v
	Básico	5 mil a 10 mil	o	v
	Rural	2500 a 5 mil	v	v
	Radio de servicio regional recomendable		15 km (20 min)	30 a 200 km (30 min a 5 hrs)
	Radio de servicio urbano recomendable		5 km (10 min)	1 hora (al centro de población)
Dotación	Población usuaria potencial		Población derechohabiente total del IMSS (50% de la población total aproximadamente)	Población derechohabiente total del IMSS (50% de la población total aproximadamente)
	Unidad Básica del Servicio		Consultorio de medicina familiar	Cama de hospitalización
	Capacidad de diseño por UBS		24 consultas por consultorio por turno	78 pacientes por cama por año
	Turnos de operación		2 de 6 horas cada uno	1 de 24 horas
Fuente: Galindo C. 2022		x Indispensable	o Condicionado	v Localidades

Tabla #4 Radios de influencia a nivel regional de los servicios de salud

Centro de salud	5 a 15 km (60 min)
Centro de salud con hospitalización	6 a 15 km (60 min)
Hospital General	60 km (2 hrs máx.)
Unidad de Medicina Familiar	30 a 60 min
Módulo de urgencias	más de 2 hrs
Clínica de Medicina Familiar	30 min
Clínica Hospital	2 hrs máx.
Hospital Regional	3 a 4 hrs
Puesto de Socorro	10 a 30 km
Centro de Urgencias	20 a 30 km
Hospital 3er nivel	20 a 30 km

Fuente: SEDESOL, 1999.

A pesar de que el sistema nacional de salud tiene por objetivos proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de estos, la realidad geográfica de las mujeres y las condiciones, como acompañantes y cuidadoras de enfermas/os, así como los medios de transporte a los cuales tienen acceso espacial, económico y de tiempo, jugarán un importante papel en el acceso o la falta de este, a los servicios de salud por parte de las mujeres. Existe una diferencia importante entre el discurso oficial y la realidad de acceso a los servicios de salud que difiere mucho de lo institucional.

¿En qué transporte público podemos hacer 5km en 10 min?

Se tendrá que tener en mente que las mujeres no sólo se enfrentan a barreras para tener acceso a los servicios de salud para ellas mismas, sino que como se mencionó anteriormente, son responsabilizadas por el cuidado de la salud de sus familiares o personas cercanas, como en el caso de la *Alfabetización materna (Ur-Rehman, 2010)*, donde se plantea cómo a través de la educación de las madres la mortandad de las infancias puede disminuir. Además desde muchos otros programas de salud, la mujer es vista como medio para atender necesidades sanitarias dentro de las familias, desatendiendo otras necesidades que tienen como individuales.

La ZMVM no escapa de las dicotomías espaciales como lo es su característica centro-periferia, campo-ciudad, lo formal y lo informal, ¿cómo estas han perdurado y se han reforzado con los años?

El caso de la Cuenca¹⁴ de México, es un claro ejemplo de la expansión urbana, ¿qué implicaciones tiene para sus habitantes? Robert W. y Michelle B. (2006) plantean que este modelo impone mayores costos a la sociedad que los que se hubieran generado si un crecimiento proporcional hubiera ocurrido en zonas del área central, lo cual expone la ineficiencia del modelo urbano para las personas que habitan en la metrópoli.

La realidad que se enfrenta en las zonas metropolitanas de México es que, si bien tienen relevancia económica y demográfica, se encuentran totalmente desprotegidas en cuanto a políticas, instrumentos y herramientas de gestión urbana. Al inicio de los 2000's municipios¹⁵ de la periferia de la ZMVM fueron intervenidos por grandes proyectos de vivienda unifamiliar extensivos, promovidos por el sector privado pero financiados en colaboración con organismos públicos, lo que ocasionó más segregación, espacios más fragmentados y poco funcionales para las personas que habitan la ciudad y distancias más largas que recorrer (Lara *et al.* 2017).

Ahora bien, en los mapas 2, 3 y 4, podemos observar los servicios de salud de los tres niveles de atención de diferentes instituciones. Se podría decir que existe dotación a lo largo de la ZM, sin embargo, la concentración de estos en la ciudad central es evidente y la presencia de la Secretaría de Salud es mayor que la de las demás instituciones, lo cual podría ser útil debido a la necesidad de derechohabencia para ser atendida/o en las demás instituciones. ¿Se podría considerar que se dobletean esfuerzos al tener más de un equipamiento que cumpla con las mismas características pero de diferentes instituciones?

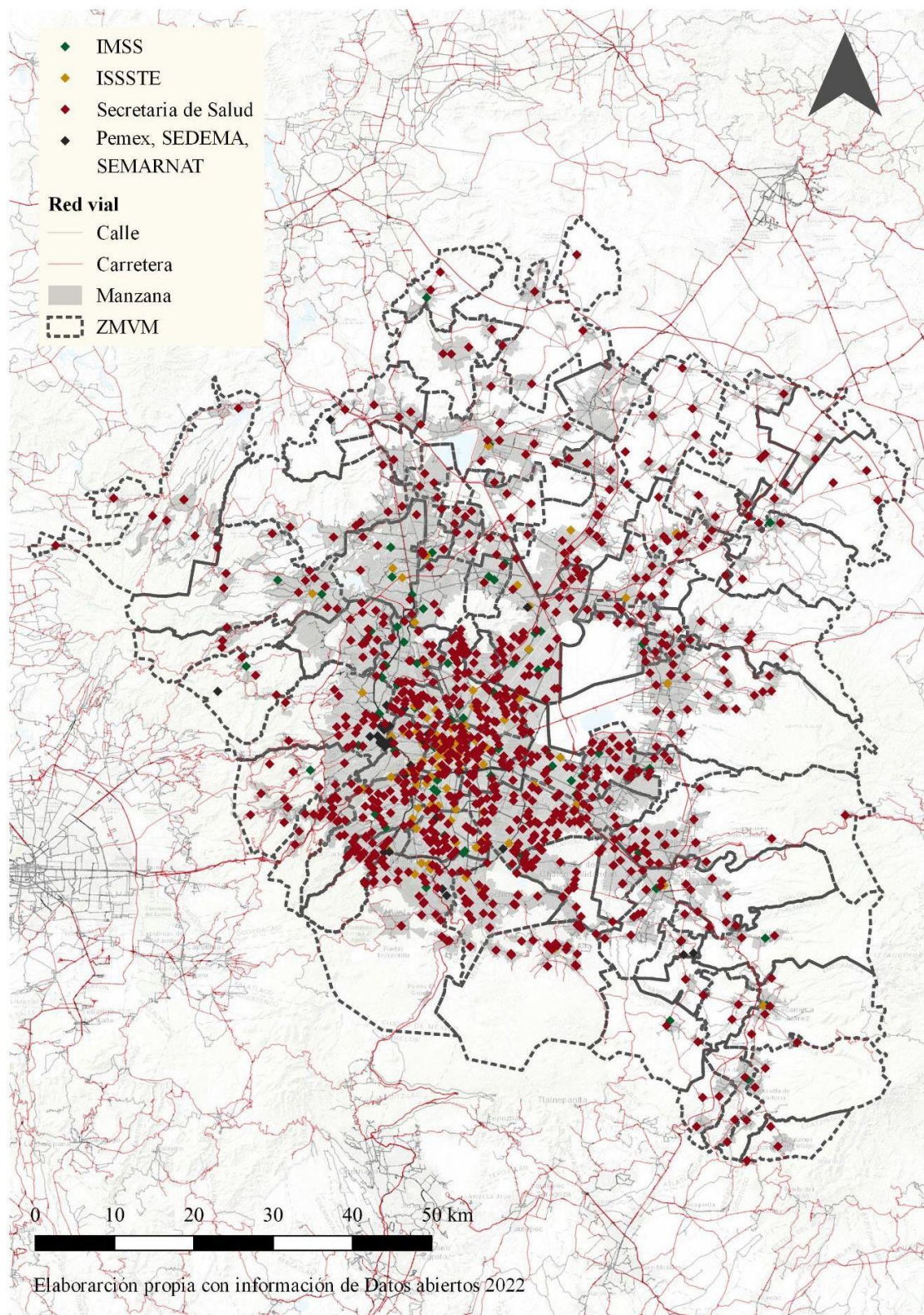
Se tiene que tener en consideración que dentro del primer nivel de atención, el cual se enfoca a la medicina preventiva, se toman en cuenta desde clínicas y unidades familiares de atención hasta unidades móviles que pueden no contar con todos los medios necesarios para dar una atención integral a las y los usuarios. En cuanto a los servicios de tercer nivel, que son aquellos que brindan atención de especialidades médicas, se ven

¹⁴ Conocido popularmente como Valle de México.

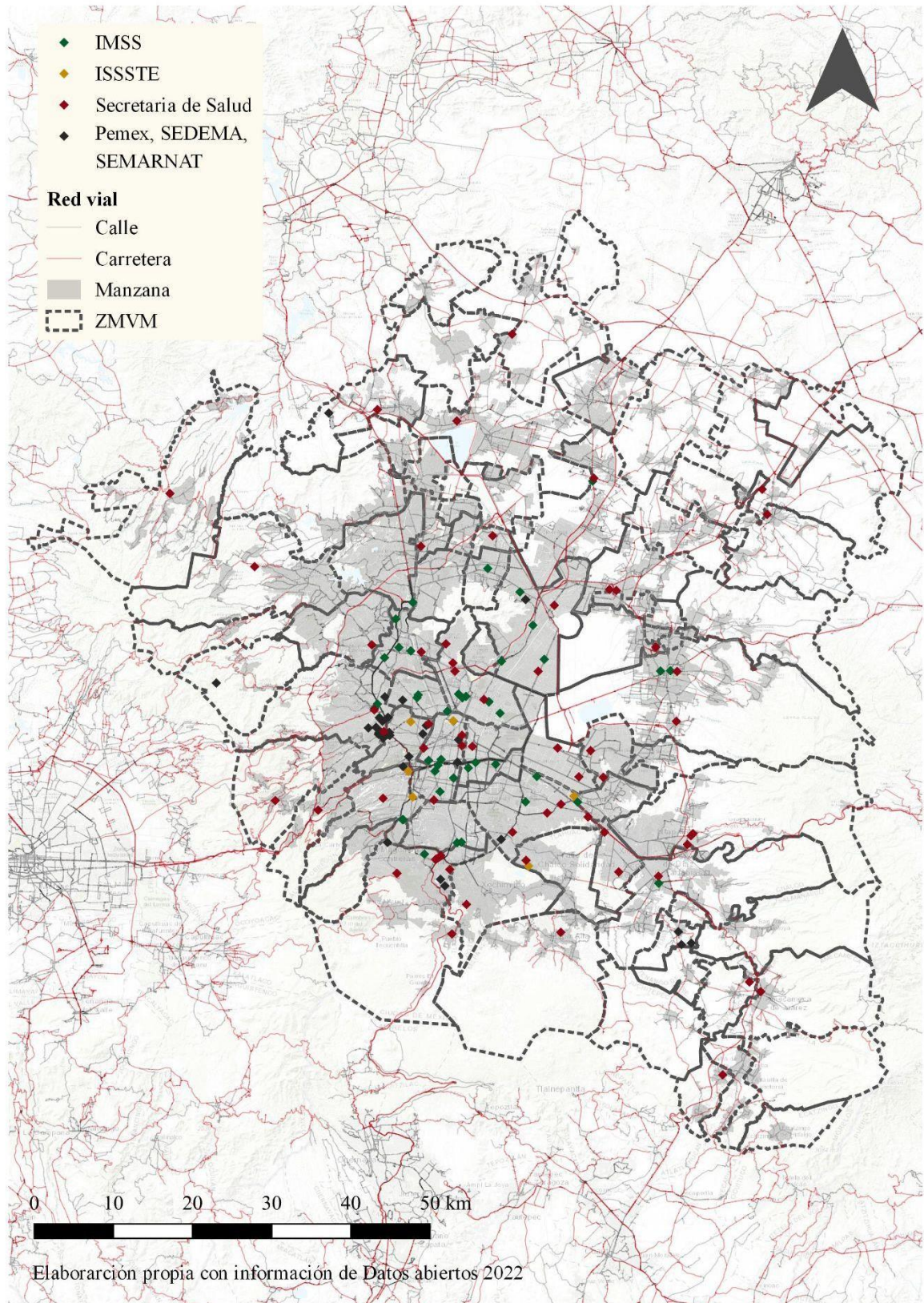
¹⁵ Zumpango, Tecámac, Huehuetoca, Almoloya de Juárez, Atlacomulco y Jilotepec. (Solís, 2022)

focalizados al centro y al oeste (poniente) de la ciudad, que será interesante resaltar con los niveles socioeconómicos de la población que reside en ambos polos de la ZMVM.

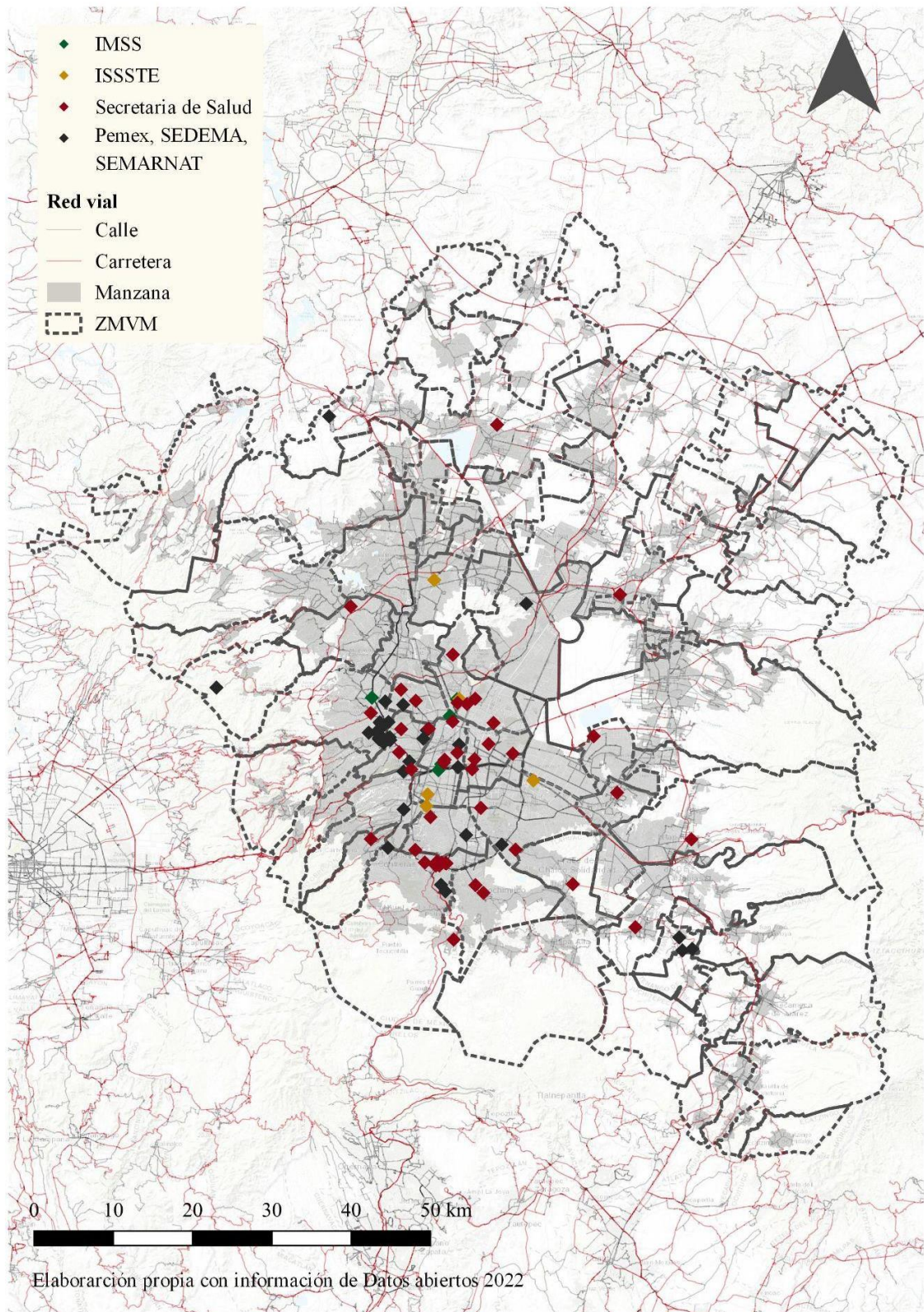
Mapa #2. Servicios de salud de primer nivel por institución dentro de la ZMVM.



Mapa #3. Servicios de salud de segundo nivel por institución dentro de la ZMVM.



Mapa #4. Servicios de salud de tercer nivel por institución dentro de la ZMVM.



¿Cómo se han localizado estos servicios de salud dentro del espacio? ¿Quién lo ha elegido?

Para comenzar se busca plantear que es el espacio geográfico y la influencia de este en la vida de las mujeres, como lo define Neil Smith (2020), en su sentido más general es aquel de la actividad humana, desde la escala más pequeña hasta la más grande como lo sería toda la superficie de la tierra. Si bien el espacio puede funcionar como un medio de producción dentro de la lógica capitalista, también es utilizado como una herramienta para perpetuar el control y dominación de los sectores vulnerados como lo somos las mujeres bajo una lógica de distribución espacial de los servicios de salud que sirven al capitalismo al determinar no sólo el acceso en términos físicos, sino también en términos sociales y laborales como lo es la derechohabencia. ¿A quién sirve el espacio?

El espacio y la localización de los servicios juega un papel importante a la hora de determinar el acceso y la calidad de los mismos a los cuales las mujeres, dentro de la misma geografía médica, la dotación de equipamiento médico como una estrategia para asegurar la protección de la salud, por lo tanto, la ausencia de estos se traducen como factores agravantes y perjudiciales para la salud.

Una de las razones por las cuales las teorías de localización urbana no pueden ni deben aplicarse del todo es que en realidad la función de los servicios de salud no es proveer bienes y servicios, sino de cubrir un derecho y una necesidad de las personas (López y Aguilar 2004).

Los modelos de pensamiento y de diseños urbanos hegemónicos y patriarcales han establecido patrones espaciales¹⁶ que si bien pueden o no propiciar enfermedades, si restringen el acceso a la atención médica para prevenir y tratar padecimientos de la comunidad, lo cual tiene un efecto directo en la salud. El aplicar/seguir estos modelos y teorías contribuye, sin lugar a dudas, a reforzar la tendencia de centralización de la atención médica, donde tampoco se cumple la funcionalidad del sistema de salud.

Para sumar a lo anterior, tenemos a la corriente de la geografía médica que nos presenta Melissa Meade (2010), pone sobre la mesa la consideración del comportamiento humano para el estudio de esta corriente, la cual condiciona de manera crítica el nivel de salud de

¹⁶ Que atienden las necesidades de unas cuantas personas.

las poblaciones, ya que el comportamiento genera determinadas condiciones ambientales que propician la aparición de enfermedades. Por su lado, la geografía de la salud tiene como uno de sus temas centrales el estudio de la distribución de los servicios de salud y lo relaciona con las condiciones socioeconómicas de la población. En realidad ambas relaciones son pertinentes para poder identificar y entender los patrones de distribución de los servicios de salud, teniendo presentes dos factores territoriales que son clave para lo anterior, que son la cobertura y la accesibilidad.

El foco real de la discusión es en primer lugar asegurar la buena salud de las personas, así como disminuir y prevenir enfermedades; a la par de cubrir zonas periféricas con infraestructura hospitalaria que fortalezca y garantice una mejora en su calidad de vida a través del bienestar de la salud (López y Aguilar 2004).

Entonces, ¿por qué si la localización de servicios de salud es una herramienta tan útil para mejorar y asegurar la salud de todas las personas, en este caso de las mujeres, el acceso no es prioritario?

La lógica a la que responde esta organización espacial, evidentemente no es la de las/os usuarias/os en general, mucho menos a las mujeres que son usuarias y acompañantes. Las instituciones públicas buscan maximizar los recursos para obtener el mayor beneficio, mayor cobertura al menor costo, en el otro extremo existe el ideal para las/os usuarias donde el costo de traslado al servicio se reduce para que el mayor número posible de usuarias/os reciban la atención médica.

En la actualidad los criterios de localización de los servicios de salud están dados en función de la distancia y el tiempo y no en función del tamaño de la población usuaria de cada institución, es decir que no toda la población es derechohabiente, y de la que sí lo es no toda es usuaria de los servicios, siendo una de las razones que no esté dentro del alcance de los radios de influencia.

La cercanía es uno de los factores decisivos para garantizar el acceso a los servicios de salud, sin embargo, la solución que se ha establecido es definir altos niveles de cobertura lo que puede llegar a incrementar el flujo de usuarios, lo que tendría como resultado una saturación por sobredemanda de los servicios.

El espacio en el cual se desenvuelven las mujeres y todas las labores que realizan puede permitir o no un desarrollo más factible de las actividades, ¿cuál es la pertinencia de analizar particularmente el acceso de las mujeres a los servicios de salud?

1.4 Las mujeres y el acceso diferenciado a los servicios de salud (espacialmente)

¿Por qué las mujeres?

“...Ella no le opone ni el silencio enemigo de la Naturaleza, ni la dura exigencia de un reconocimiento recíproco; a causa de un privilegio único es una conciencia, y, sin embargo, parece posible poseerla en su carne. Gracias a ella hay un modo de escapar de la implacable dialéctica del amo y el esclavo, que se origina en la reciprocidad de las libertades”

Simone de Beauvoir (1981, p.182)

Desde dónde viven las mujeres hasta cómo llegan a sus destinos se ven influenciadas/afectadas por la planeación urbana de las ciudades y los espacios, cada decisión que se ha tomado en el urbanismo tiene un carácter patriarcal y capitalista. ¿Por qué?

Desde la división sexual del trabajo se han producido y reproducido roles de género¹⁷ que se trasladan a lo espacial, M. Ángeles Durán (2008) expone que las mujeres son aquellas que quedan relegadas a las tareas reproductivas, limitadas al seno familiar, mientras que los hombres se encargan de las tareas productivas, aquellas relacionadas con el mercado y que se dan en el ámbito de lo público. Esto se ve reforzado y justificado a través de la diferencia biológica donde se utiliza como “prueba irrefutable” al ser natural la distinción que socialmente se ha construido entre los sexos.

La segregación espacial de las mujeres refuerza estos patrones y conductas al empobrecer y condenar a las mujeres en el tiempo que emplean para realizar sus traslados de trabajo y cuidados¹⁸. Pareciera¹⁹ entonces que la importancia de la presencia, la pertenencia y el reconocimiento de las mujeres en el espacio público y privado no es relevante para el

¹⁷ Entendiéndose como lo masculino y lo femenino.

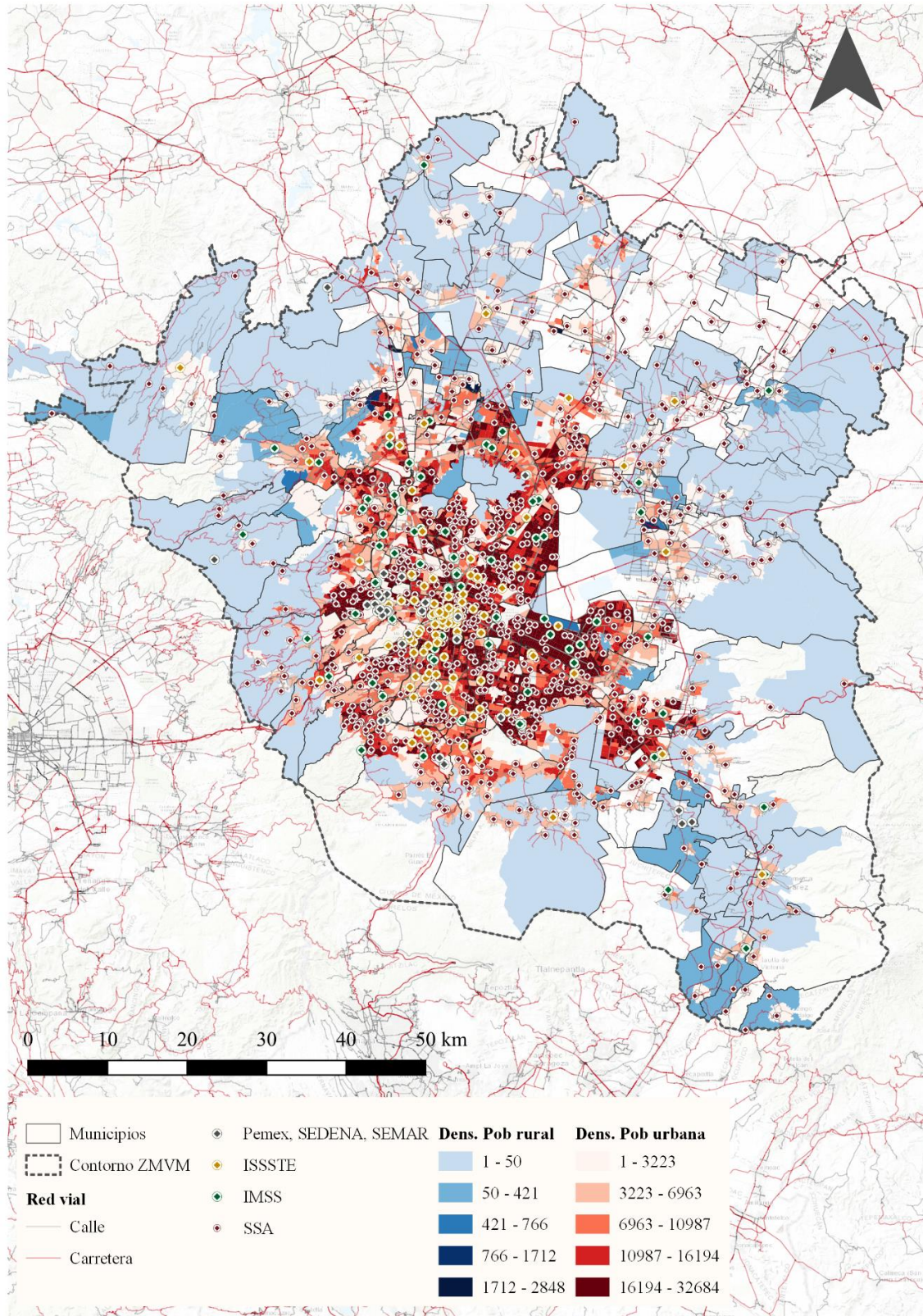
¹⁸ Que no están igualmente distribuidas entre mujeres y hombres.

¹⁹ Si fuéramos bondadosas y diéramos el privilegio de la duda.

desarrollo de las actividades que se dan en las ciudades. Sin embargo, la realidad es muy diferente.

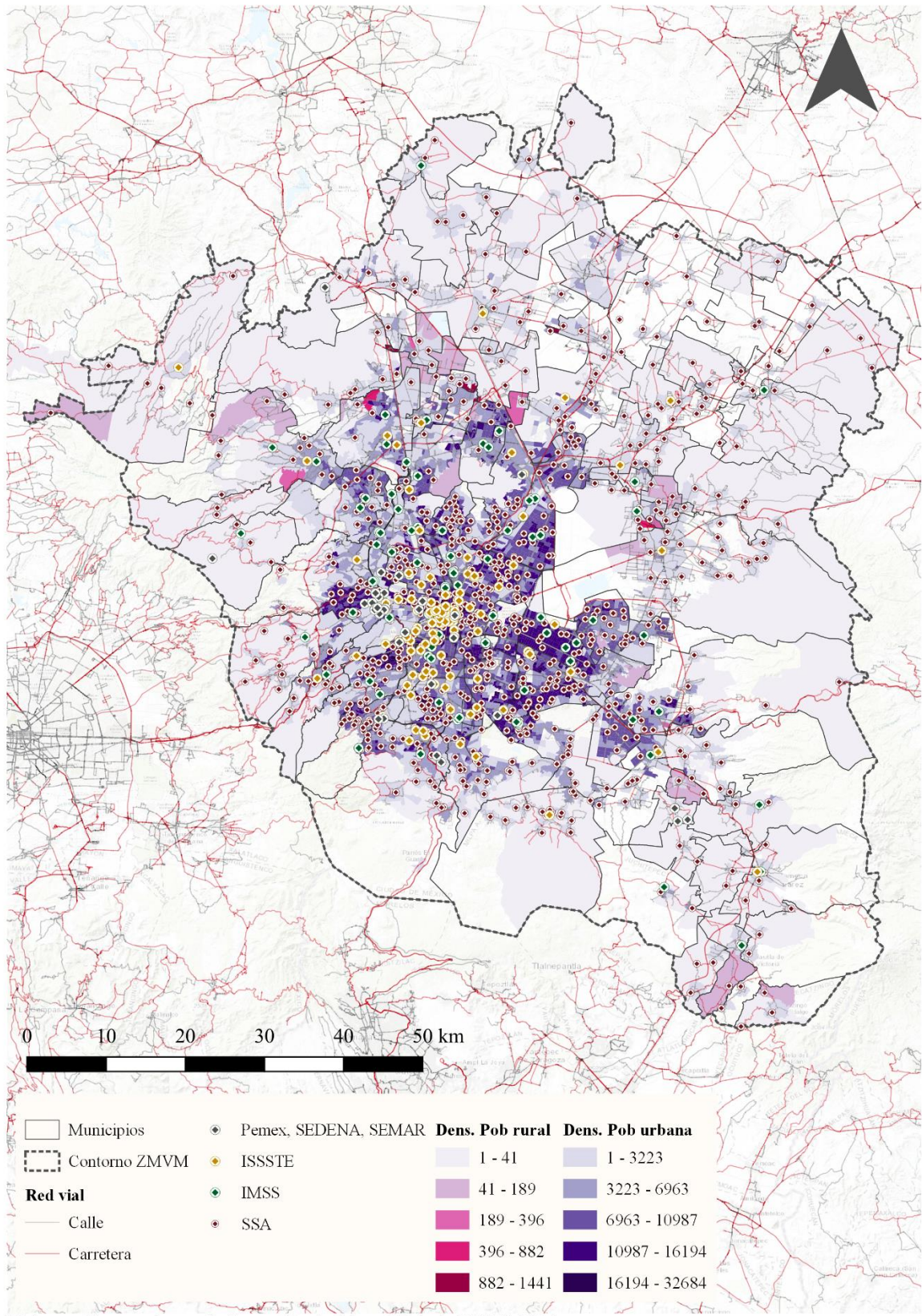
En este caso sólo estamos analizando el acceso a los servicios de salud y por lo tanto a la atención médica, tristemente la lista de análisis podría ser muy larga por lo que haría falta más de una tesis para siquiera intentar esbozar todos las área de análisis de la vida de las mujeres y los espacios (físicos y sociales) que nos implican.

Mapa #5 Densidad poblacional general y servicios de salud de primer nivel para la ZMVM. 2016



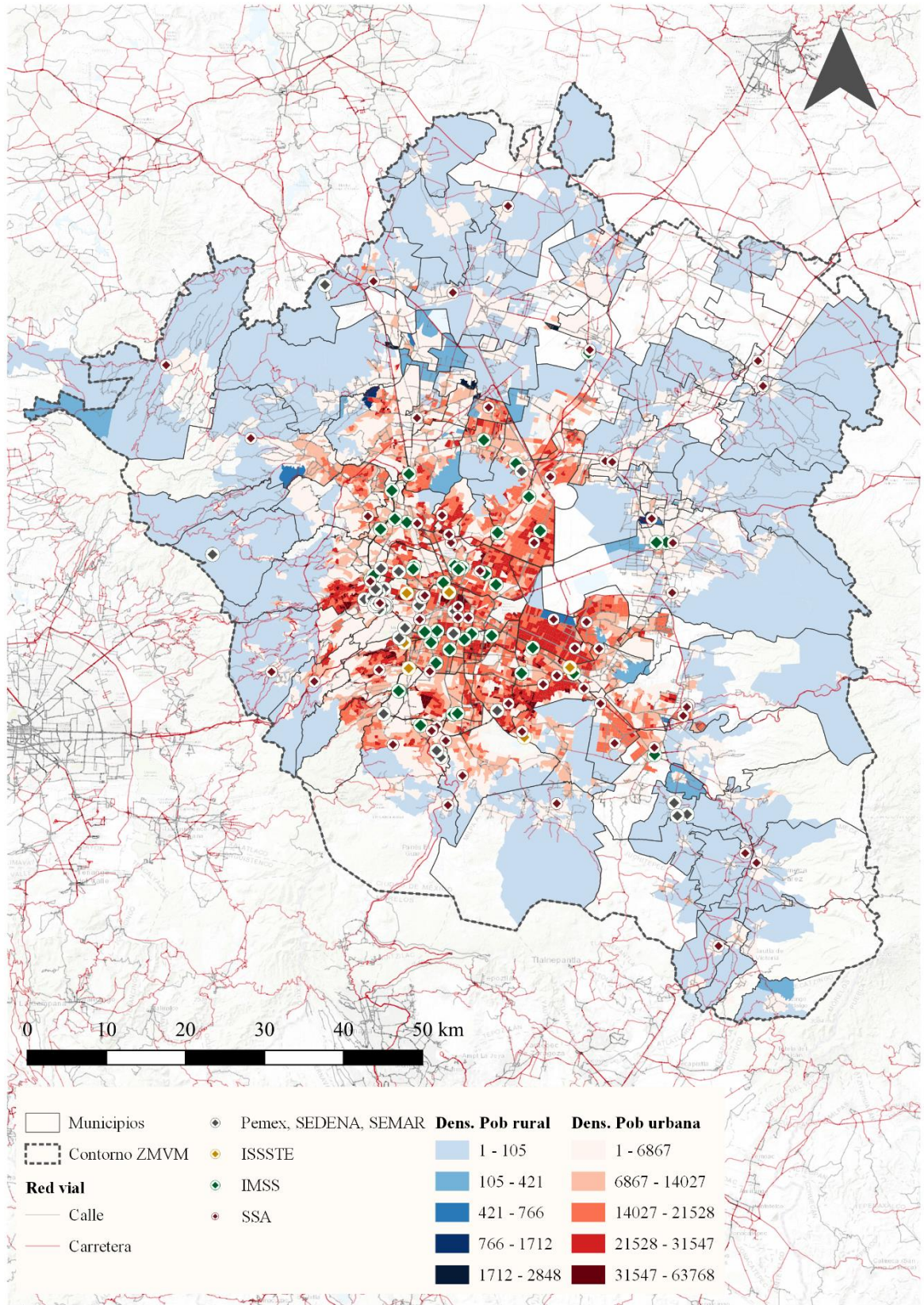
Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016

Mapa #6 Densidad poblacional de mujeres y servicios de salud de primer nivel para la ZMVM.
2016



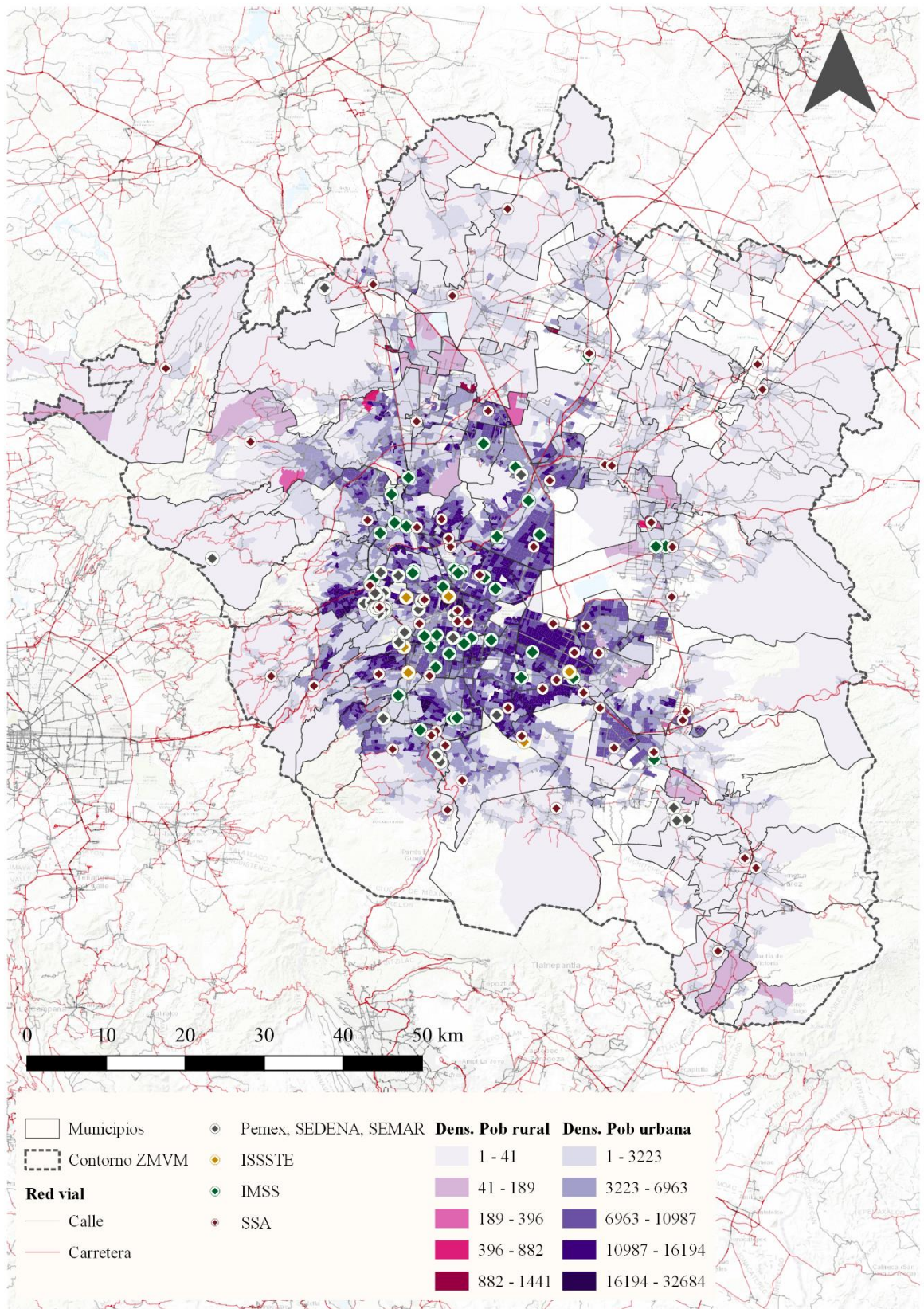
Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016

Mapa #7 Densidad poblacional general y servicios de salud de segundo nivel para la ZMVM.
2016



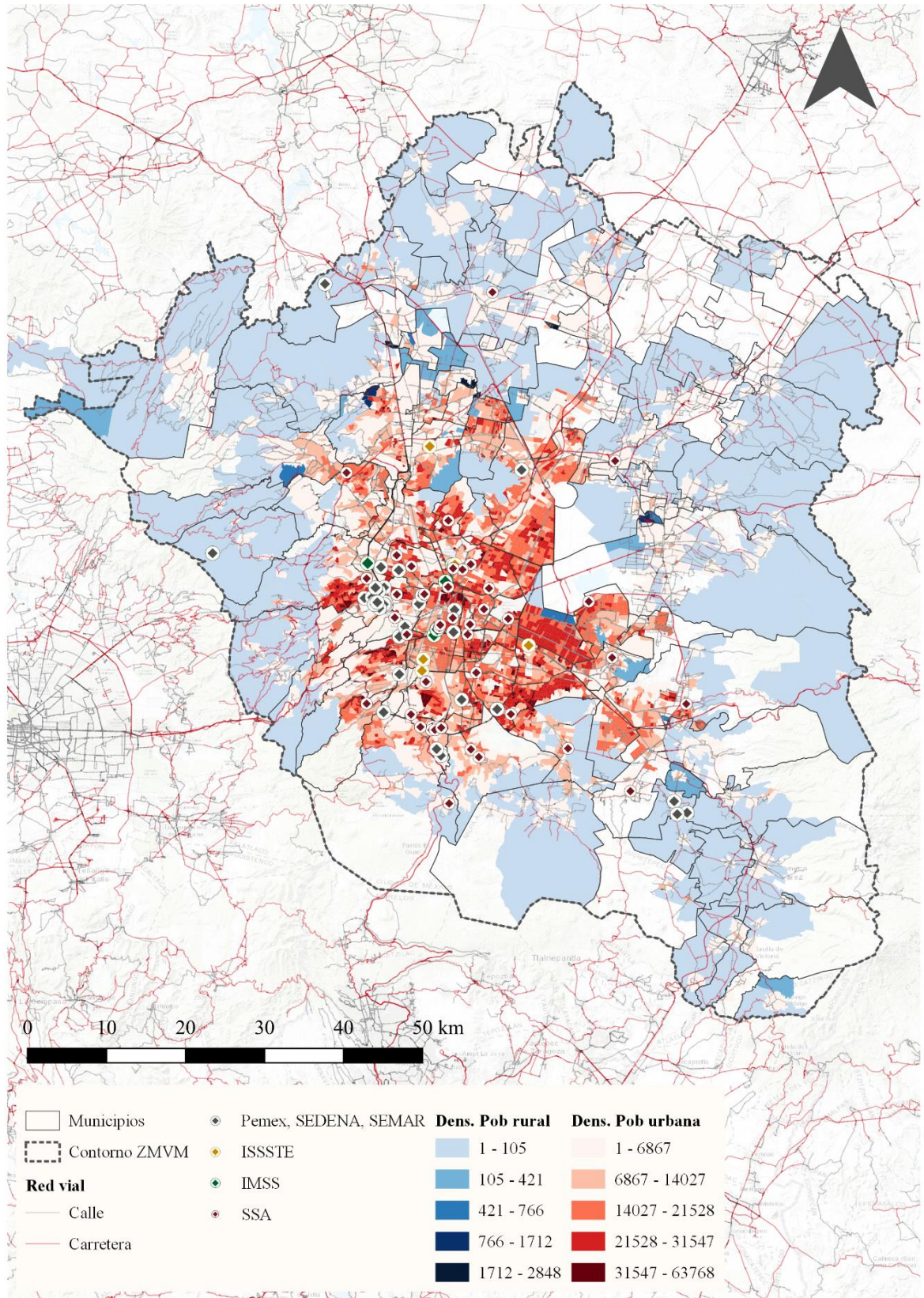
Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016

Mapa #8 Densidad poblacional de mujeres y servicios de salud de segundo nivel para la ZMVM.
2016



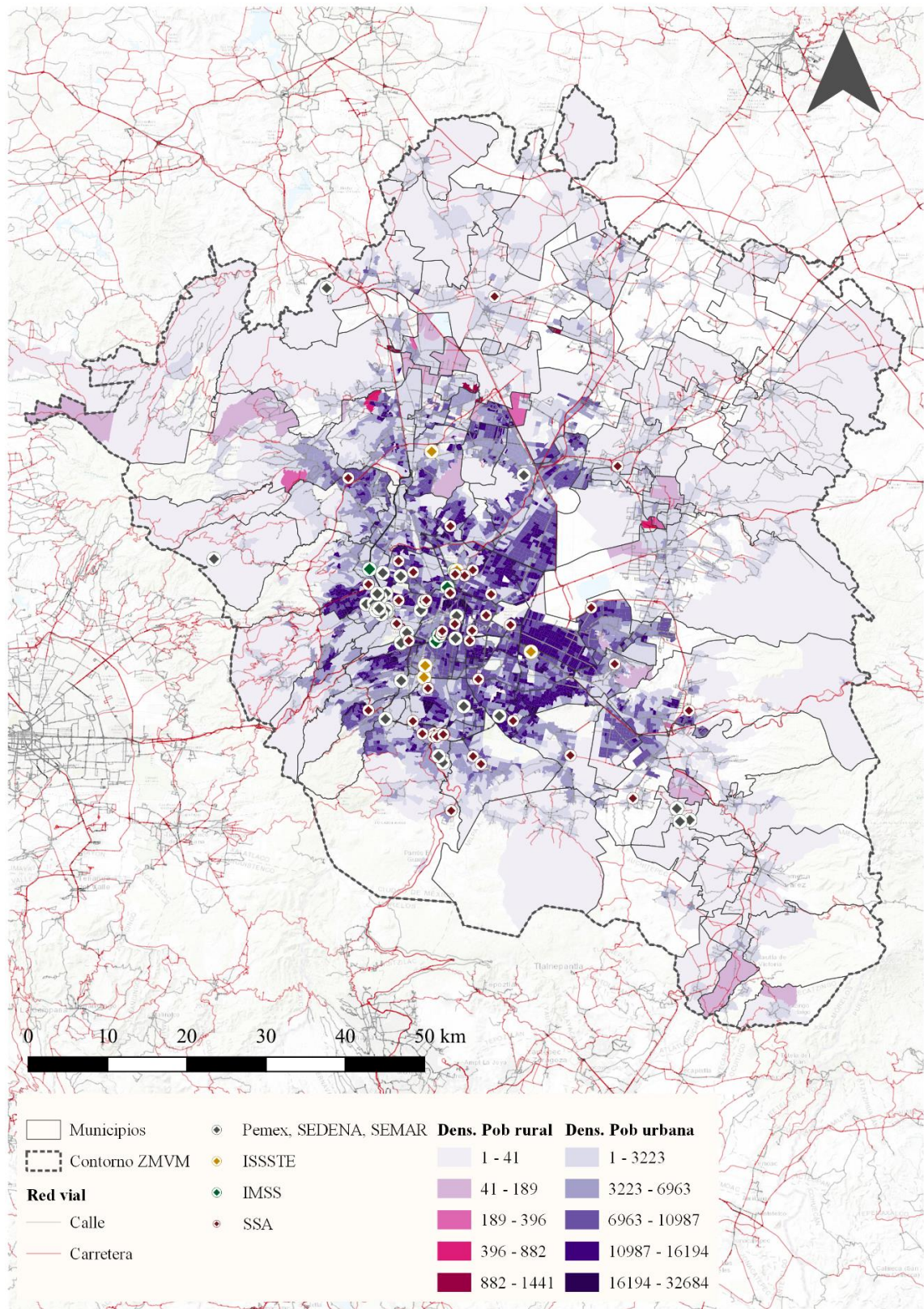
Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016

Mapa #9 Densidad poblacional general y servicios de salud de tercer nivel para la ZMVM. 2016



Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016

Mapa #10 Densidad poblacional de mujeres y servicios de salud de tercer nivel para la ZMVM.
2016



Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016

Los mapas antes presentados nos muestran: en primer lugar, la densidad poblacional²⁰ dentro de los AGEBs²¹ rurales y urbanos, presentando la población en general y en específico la población de mujeres, en segundo lugar su relación con la localización de los servicios de salud -divididos por nivel- y su relación con el espacio.

Inevitablemente hay patrones espaciales que sin analizar específicamente a la población de mujeres se pueden distinguir, como es la centralización de servicios y su clara tendencia a ofertarse al oeste (poniente) de la ZMVM. ¿Cuáles son las verdaderas implicaciones y cómo estas afectan directamente a las mujeres?

Desde los servicios de primer nivel hasta los de tercer nivel, que son los más especializados, se pueden identificar que las zonas donde la población de mujeres tiene una mayor densidad el acceso es más restringido y mucho menos “a la mano” que donde hay más mujeres habitando la ZM. Lo cual evidencia una distribución desigual, sin embargo, será importante revisar la derechohabiencia y la seguridad social de las mujeres.

Dentro de las dicotomías que se ven reflejadas en el espacio, Linda McDowell (1984), nos expone que el modelo de ciudad del siglo XX es la cúspide de la separación del puesto de trabajo y la casa; la ciudad y la periferia; la vida pública y la vida privada y familiar; todo de lo cual se puede revisar en los mapas presentados mediante la distribución de la población, la cual se acumula en la periferia, la población de mujeres que tiene patrones de distribución similares al de toda la población, y significativamente en la distribución de los servicios de salud; de los cuales podemos observar una concentración en la parte poniente (oeste) de la ZMVM, dando una sobre oferta al centro de la misma y por el contrario un desabasto en el oriente (este) de la ciudad.

Además de la distribución ya revisada, que tiene un patrón muy específico, se puede resaltar que los AGEBs rurales donde la población de mujeres es mayor (de 882 a 1,441 mujeres), quedan totalmente desprovistos de los servicios de salud. La realidad de la restricción a la atención médica que atraviesan las mujeres está sostenida por la estructura espacial que margina la periferia y las zonas de menor valor económico, lo cual resalta la importancia de saber quiénes son las mujeres que habitan las ZMVM.

²⁰ Relación que hay entre la cantidad de personas que viven en un lugar y la extensión del espacio que habitan, expresado en habitantes/kilómetros cuadrados. INEGI de <https://n9.cl/fix13>

²¹ Extensión territorial que corresponde a la subdivisión de las áreas geoestadísticas municipales. Constituye la unidad básica del Marco Geoestadístico Nacional y, dependiendo de sus características, se clasifican en dos tipos: rural o urbano. INEGI de <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=localidades>

Capítulo II. Población de mujeres y su acceso a la seguridad social

En este capítulo se presentará una cartografía de la distribución y configuración espacial que presentan las mujeres que habitan la ZMVM, desde una mirada de la geografía del desarrollo desigual y la teoría feminista. Se revisarán las características demográficas - como edad y escolaridad-, su ocupación laboral, el estado de pobreza y marginación, y por último su derechohabiencia y el acceso a la seguridad social. Esto para poder comprender la existencia de factores que condicionan el acceso a los servicios de salud.

Estos factores cuentan con una gran implicación social, ya que pueden marcar la diferencia a la hora de disminuir o incrementar la brecha de salud, dónde la distribución geográfica de los servicios juega uno de los papeles más definitivos, aunque otros factores como la educación, el tipo de ocupación, la brecha salarial, el trabajo no remunerado y el uso del tiempo, también tienen un carácter definitorio.

La realidad, es que el sexo tiene una gran influencia en las oportunidades y derechos que como personas nos comprenden. Por ejemplo, Estefany Licona y José N. Cruz (2021) nos presentan que el sexo de la/el jefa/e de hogar tiene un gran impacto en la probabilidad de acceder a los servicios de salud y a la seguridad social, donde si es una jefa de hogar - mujer- la probabilidad disminuye. Ello converge en el sentido de lo que menciona Lagarde (s/f:2):

Las diferencias entre las mujeres –derivadas de su posición de clase, de su acceso a la tecnología, de su relación con las diferentes sabidurías, de su modo de vida rural, selvático o urbano-, son significativas al grado de constituir a partir de ellas vivencias opresivas comunes: las mujeres sometidas a la doble opresión genérica y de clase; quienes sólo están sujetas a opresión genérica pero no de clase; mujeres que viven la triple opresión de género, de clase y étnica o nacional; mujeres que comparten la vivencia de formas exacerbadas de violencia; mujeres que viven todo esto agravado por hambre, enfermedad y muerte.

En este sentido, es fundamental entender cómo el acceso a los servicios de salud dentro de la ZMVM en su centralización deja de lado a las mujeres que, en su condición de clase, raza, etnia quedan fuera del sistema de salud, mismo que según la Constitución es un derecho.

2.1 Demografía de las mujeres

El objetivo de este primer apartado es resaltar la importancia de saber quiénes son las mujeres que habitan el territorio, las posibles usuarias de los servicios de salud y cómo es su distribución espacial en la ZMVM.

Buscamos a través de la cartografía y la estadística poder darnos una idea de cómo la ZMVM evolucionó en este periodo de estudio (2010-2020), y poder identificar patrones geográficos que puedan sumar al análisis de la geografía del desarrollo desigual.

2.1.1 Población y grupos de edad

El primer parámetro de análisis fue la población (2010-2020) y su división por grandes grupos de edad, que se definieron en 3 segmentos: de 0 a 14 años, de 15 a 59 y de 60 años y más; lo anterior con base en la disponibilidad de información y contemplando las etapas de productividad laboral²². A grandes rasgos podemos apreciar en las gráficas 1 y 2 que la estructura de la pirámide poblacional son muy parecidas entre sí, aunque la tendencia se inclina al aumento de la población de adultas y adultos mayores y la disminución de las infancias.

Entre 2010 y 2020 las mujeres representaron, en promedio, el 51.70%²³ de la población de la ZMVM, en este caso en los grupos de edad de 15 a 59 años y de 60+ años hay un predominio de las mujeres, con la excepción del grupo de 0 a 14 años donde la población de hombres sobrepasa a la población de mujeres por 0.33 puntos base. Por su parte la población de hombres representó en promedio un 48.30% del total de la población (véase tabla #5).

La tasa de crecimiento simple²⁴ de la población de mujeres es del 10.43% mientras que la de los hombres es del 10.09%, es decir que el crecimiento de ambas poblaciones ha sido muy equiparable (véase tabla #5)

Otro rasgo que se estudió fue el índice de envejecimiento, que es la proporción de personas mayores de 60 años sobre el total de la población, en el caso de las mujeres adultas mayores este fue superior al de los hombres, siendo el 14.68% y 12.48%

²² Cuando las personas pueden o no laborar y ser productivas.

²³ Promedio entre los dos años analizados (2010 y 2020).

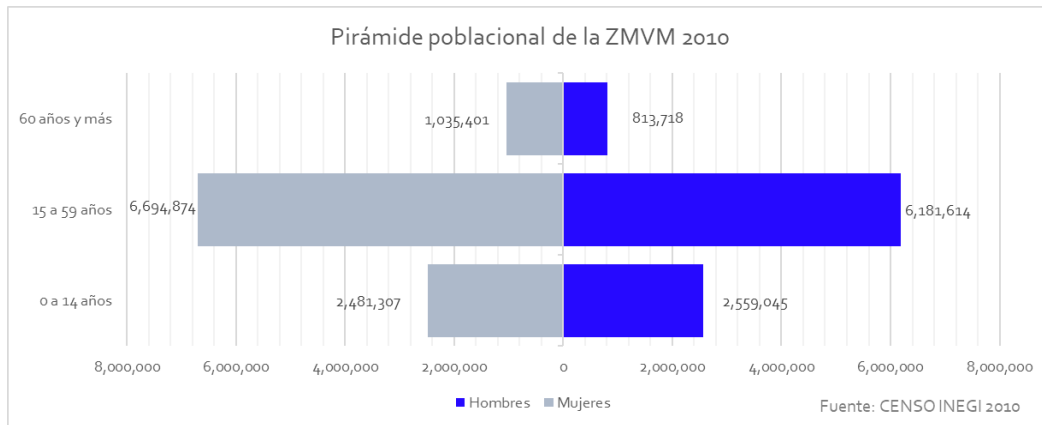
²⁴ Dado que no se harán proyecciones para este trabajo no se contempló una tasa de crecimiento media anual.

respectivamente. Sin embargo, podemos observar en la tabla #5 que la tasa de crecimiento es mayor por 1.77 puntos porcentuales para la población de hombres que para las mujeres.

Por otro lado tenemos el índice de infantes, que es la proporción de personas de 14 años o menos sobre el total de la población, es mayor la representación de la población masculina, sin embargo, este índice ha decrecido a lo largo del periodo (17.89% para hombres y para mujeres de 17.77%).

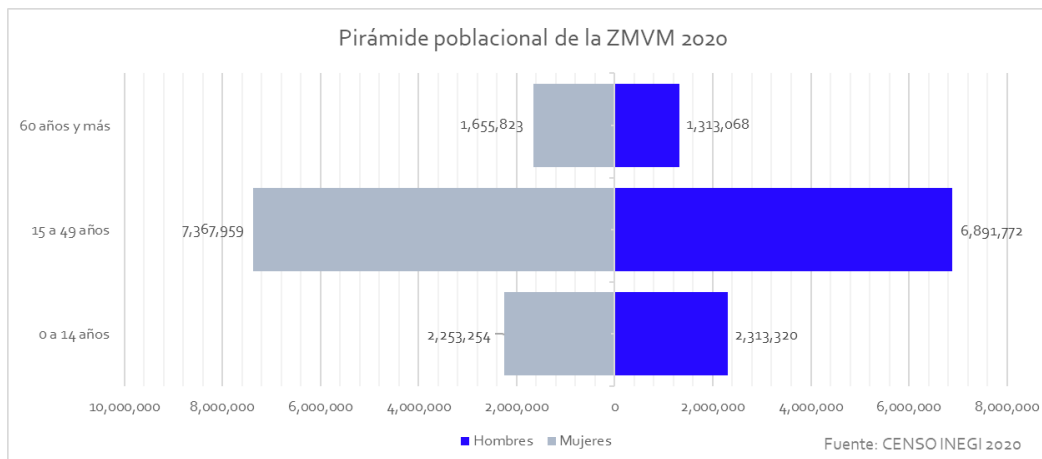
Al ser estos últimos datos (índice de envejecimiento y de infantes) tan similares para hombres como para mujeres los mapas se realizaron para la población en general, lo cual nos da una idea del crecimiento y de la disposición demográfica de la población.

Gráfica #1 Pirámide poblacional agregada de la ZMVM por grupos de edad, 2010²⁵



Fuente: Elaboración propia en base al Censo 2010 y 2020 INEGI.

Gráfica #2 Pirámide poblacional agregada de la ZMVM por grupos de edad, 2020



Fuente: Elaboración propia en base al Censo 2010 y 2020 INEGI.

²⁵ Se trabajó por grandes grupos de edad y no por grupos quinquenales considerando el objetivo del trabajo y que ello no aportaría más allá en relación a los mismos.

Tabla #5 Porcentaje de población de mujeres y hombres por grupos de edad, tasa de crecimiento simple, 2010 y 2020.

Variable	2010		2020		Tasa de crecimiento	
	Hombres*	Mujeres*	Hombres*	Mujeres*	Hombres	Mujeres
0 a 14 años	2,559,045	2,481,307	2,313,320	2,253,254	-9.60%	-9.19%
15 a 59 años	6,181,614	6,694,874	6,891,772	7,367,959	11.49%	10.05%
60 años y más	813,718	1,035,401	1,313,068	1,655,823	61.37%	59.92%
Total	9,554,377	10,211,582	10,518,160	11,277,036	10.09%	10.43%

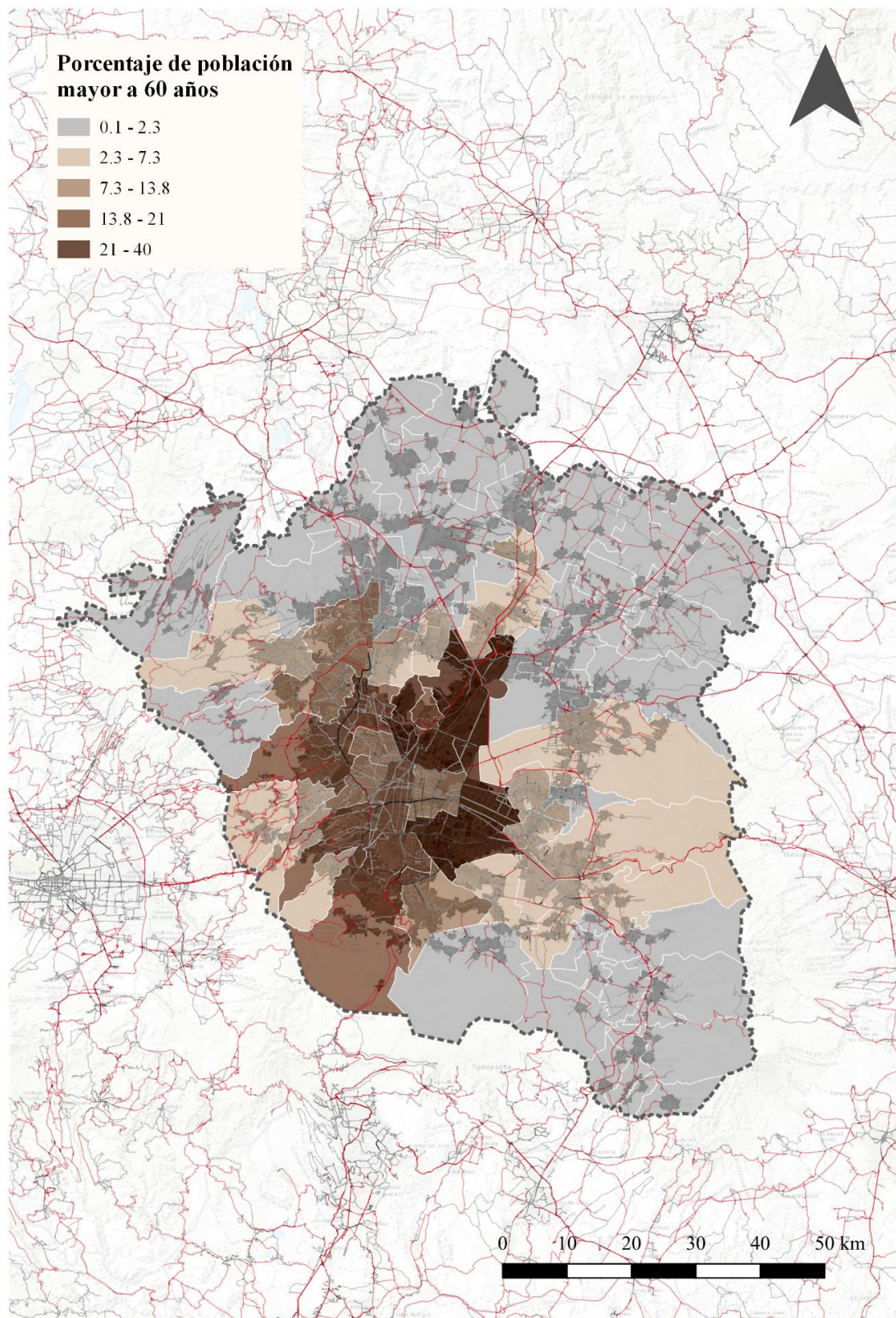
*Nota: millones de personas

Tabla #6 Índice de envejecimiento y de infantes de hombres y mujeres, para el 2010 y 2020, con su respectiva tasa de crecimiento simple.

Variable	2010		2020		Crecimiento en el tiempo	
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres	Mujeres
Índice de envejecimiento	8.52	10.14	12.48	14.68	3.97	4.54
Índice de infantes	26.78	24.30	21.99	19.98	-4.79	-4.32

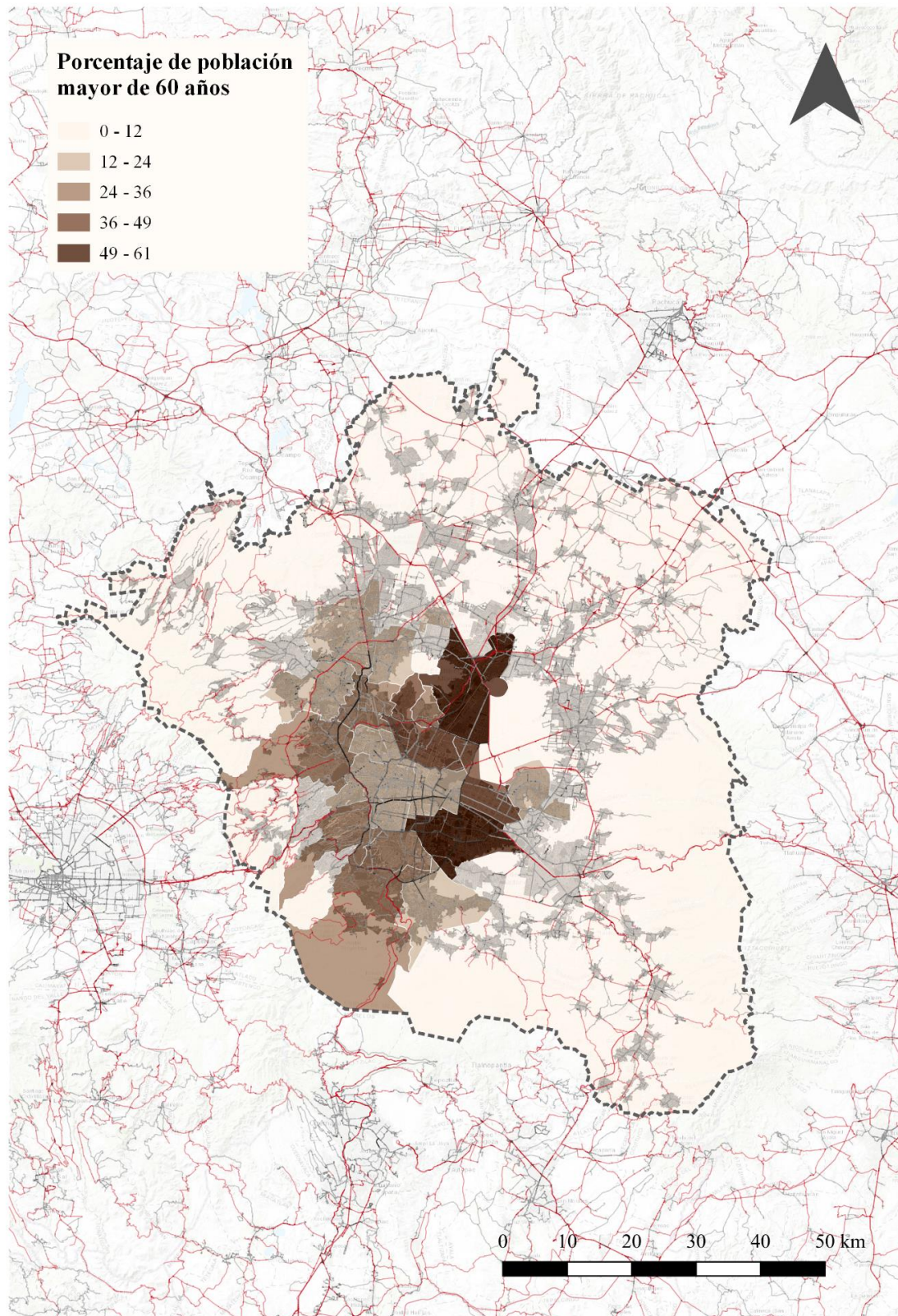
Fuente: Elaboración propia en base al Censo 2010 y 2020 INEGI.

Mapa #11 Índice de envejecimiento 2010, ZMVM.



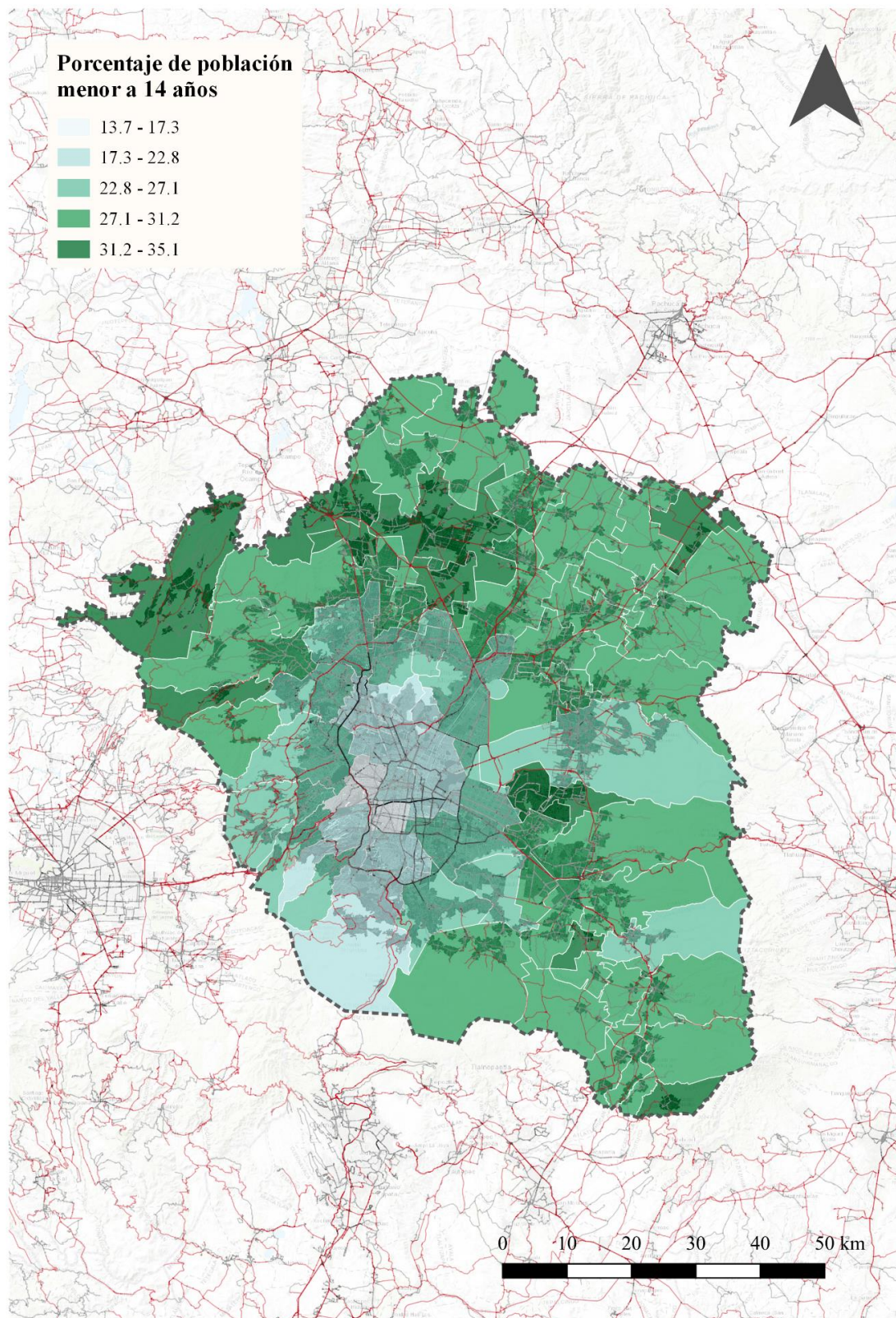
Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2010

Mapa #12 Índice de envejecimiento 2020, ZMVM.



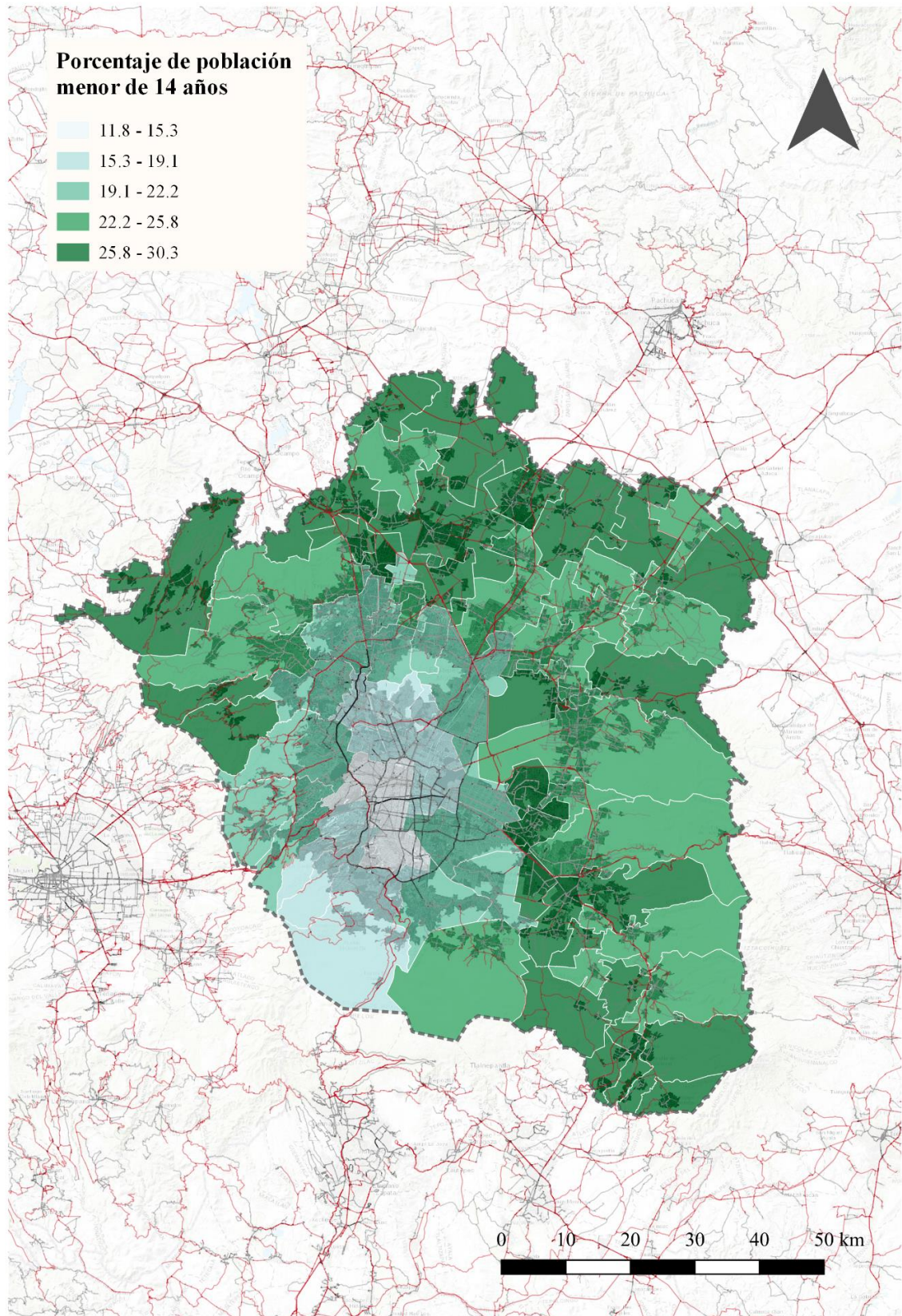
Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2020

Mapa #13 Índice de infantes 2010, ZMVM.



Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2010

Mapa #14 Índice de infantes 2020, ZMVM.



Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2020

Verónica Montes de Oca (2011) nos explica que las proyecciones de crecimiento de la población se han ido modificando, ya que el número de personas adultas y adultas mayores ha ido creciendo, lo que nos deja entrever la tendencia hacia el envejecimiento. Este fenómeno también se puede observar en el descenso de las tasas de fecundidad²⁶.

Existen distintos factores que contribuyen a la disminución de la fecundidad, como son un mayor nivel educativo²⁷, el costo económico y oportunidades de tener una hija o hijo, lo cual hace que algunas mujeres posterguen cada vez más su primer embarazo. Sin embargo, esto no quita del panorama la gran problemática que enfrenta México con los embarazos adolescentes²⁸.

Se considera la edad mediana de la población como un indicador del grado de envejecimiento de la estructura por edades, donde se expone el progresivo, pero constante incremento de la edad promedio de la población. A su vez, la tasa de natalidad se ve paulatinamente reducida (Montes de Oca, 2011).

Como pudimos observar en el análisis anterior el índice de envejecimiento ha incrementado lo que quiere decir que la proporción de personas mayores de 60 años sobre el total de la población en el periodo de diez años ha crecido. A la par podemos comprobar que esta población ya se encontraba (véase mapa #11 y #12) concentrada en los municipios de la “ciudad central” de toda la ZMVM, y al paso de los años esta concentración sólo ha ido resaltando e incrementando en los municipios centrales y urbanos.

Del otro lado de la pirámide poblacional tenemos la población de 0 a 14 años, la cual ha disminuido y ha tenido un decrecimiento bastante considerable, con una diferencia de 4 puntos porcentuales entre cada año de estudio. En los mapas #13 y #14 podemos observar cómo al centro de la ZM la población infantil ha ido disminuyendo (fenómeno al cual se han sumado más municipios centrales) y en la periferia la relación de esta población ha ido en aumento.

²⁶ Dicho fenómeno no es homogéneo en el país, hay entidades que tienen una tasa de natalidad alta influenciada por más nacimientos, como algunos estados del sur, y otras que crecen por el aumento de inmigrantes, como Quintana Roo; aunque también existen estados que registran una tasa de crecimiento menor.

²⁷ Podremos corroborar y contrastar la información en el apartado de características educativas.

²⁸ La violencia de género y específicamente la violencia sexual es uno de los factores principales que contribuyen a la elevada tasa de embarazos en mujeres menores de 14 años.

¿Qué ciudades estamos promoviendo? ¿Quiénes son las madres de las infancias en la periferia? ¿Quiénes son las personas que se encargan de las adultas y adultos mayores en la centralidad? ¿Qué ciudades estamos construyendo para las infancias?

2.1.2 Características educativas

Fuchs²⁹ (1982) expone que más allá de una relación causal, se puede encontrar una correlación positiva entre las personas con mayor nivel educativo y que están dispuestas a invertir más en salud. Desde otras perspectivas³⁰ se enfatiza la situación laboral de las personas como una vía para acceder a la salud, ya que personas con mayor educación tienen más probabilidades de ser empleadas formalmente, lo cual tiende a reflejarse en su acceso a la salud ya sea a través de la seguridad social o simplemente la liquidez económica para atender su salud.

Si bien existen variables de carácter económico y social³¹ que influyen en el acceso a la salud, la educación juega un papel clave ya que a través de esta se pueden introducir procesos de aprendizaje como la alfabetización para la salud³², que puede llegar a ser un factor que corrija y disminuya las desigualdades sociales en la infancia y adolescencia.

En cuanto a la ZMVM, la población de 8 a 14 años analfabeta³³ de mujeres ha aumentado 2.20 puntos porcentuales más que la de los hombres, sin embargo la de hombres es mayor en general aunque su incremento en el periodo estudiado ha sido muy bajo (0.03%).

En cuanto a la población de 15 años y más, se dividen en dos grupos, aquella analfabeta y aquella sin escolaridad, en ambos casos la población de mujeres es mayor que la de hombres. Para el 2010 las mujeres de 15 años y más analfabetas eran 146,745 personas (en realidad mujeres) más que la población de hombres analfabetas. Tanto para mujeres como para hombres hubo un decrecimiento, (-22.22%, -14.02% respectivamente) a pesar

²⁹ Hace mención de “future-oriented persons” lo cual es discriminatorio, sin embargo, su explicación resulta útil para entender la correlación.

³⁰ Véase: Grossman, M., "The Human Capital Model of the Demand for Health", NBER Working Paper Series núm. 7078, National Bureau of Economic Research, 1999. <https://www.nber.org/papers/w7078>

³¹ Oportunidades laborales, acceso a la seguridad social, clases sociales.

³² La alfabetización para la salud es un concepto relacional que no solo contempla el desarrollo de las habilidades personales, sino también la interacción de las personas y su medio ambiente, y el aumento del empoderamiento individual y colectivo.

³³ Edad en la que usualmente se cursan algunos años de la primaria y los primeros de la secundaria en el sistema educativo de la SEP.

de que el decrecimiento fue mayor para las mujeres, la cantidad de mujeres analfabetas sigue rebasando la población de hombres analfabetas por más del 50%. (véase tabla #7)

Las mujeres de 15 años y más sin escolaridad en el 2010 eran 331,671 y en el 2020 hubo un decrecimiento dejando el *dato*³⁴ en 269,770, lo cual representó un -18.66% de mujeres sin escolaridad. Y si bien el decrecimiento de la población sin escolaridad de hombres fue menor (-4.45%) la población para el 2020 fue de 171,449 hombres de 15+ sin escolaridad, que evidencia una diferencia significativa entre el acceso a la educación por parte de las mujeres.

Tabla #7 Población de mujeres y hombres para diferentes características educativas, con su tasa de crecimiento simple, 2010 - 2020.

Variable	2010		2020		Tasa de crecimiento	
	Mujeres*	Hombres*	Mujeres *	Hombres*	Mujeres	Hombres
Población de 8 a 14 años analfabeta	14,866	19,290	15,198	19,295	2.23%	0.03%
Población de 15 años y más analfabeta	264,821	118,076	205,979	101,525	-22.22%	-14.02%
Población de 15 años y más sin escolaridad	331,671	179,436	269,770	171,449	-18.66%	-4.45%

Fuente: Elaboración propia en base al Censo 2010 y 2020 INEGI.

* Nota: miles de personas

En los mapas #15, #16, #17 y #18 se puede revisar que el grado de escolaridad³⁵ para ambos sexos ha aumentado, sin embargo, podemos rescatar dos cosas: la primera, dentro de los municipios urbanos y cercanos al centro de la ZMVM es donde el grado de escolaridad es mayor (casi el doble que en los municipios periféricos) lo cual evidencia la centralización del acceso a la educación y la capacidad de concluir exitosamente un

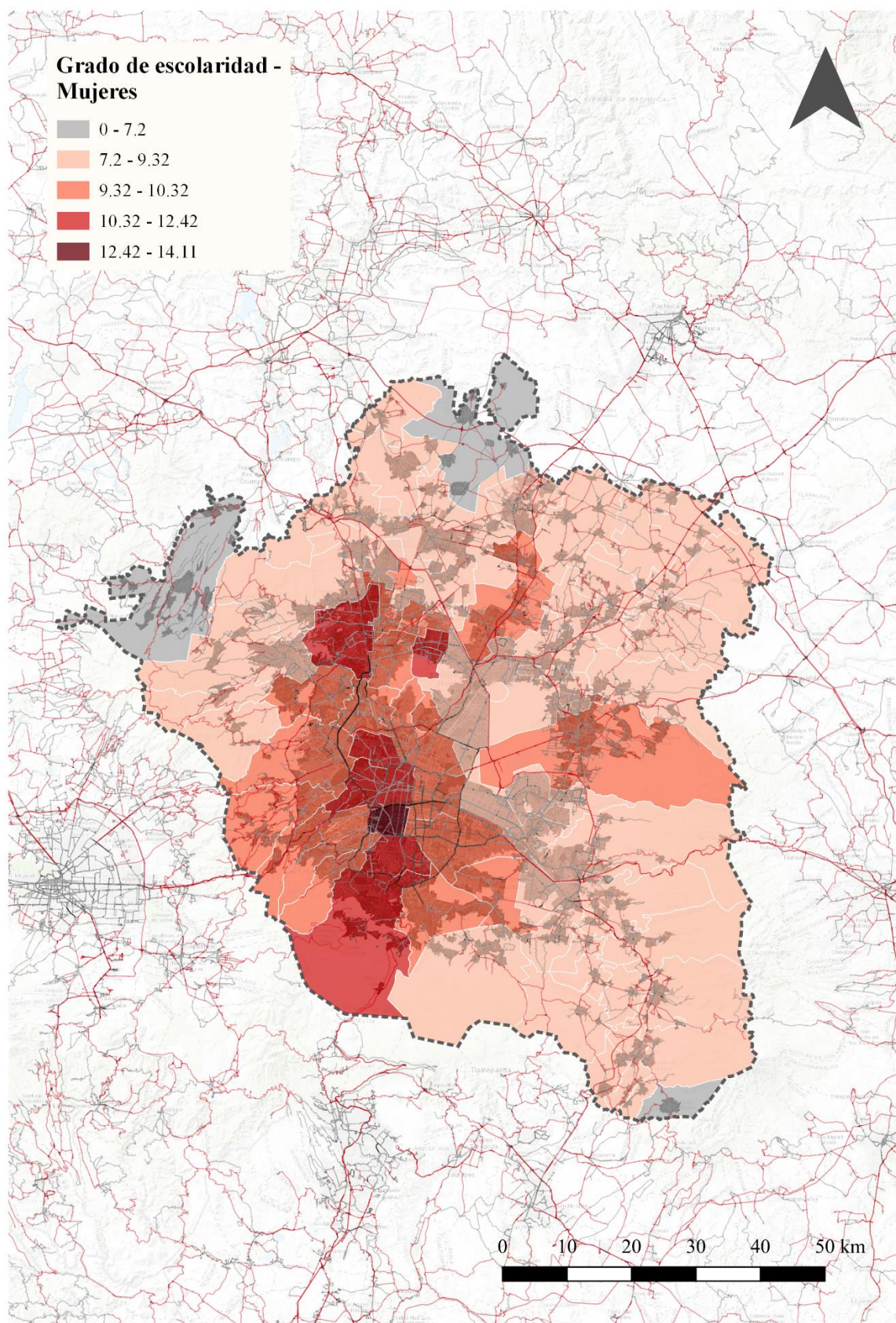
³⁴ En realidad, número de mujeres.

³⁵ El grado de escolaridad mide el número promedio de grados escolares aprobados por la población. (SEP, INDISEP)

mayor número de niveles educativos; y en segundo lugar que el grado de escolaridad de las mujeres es menor en relación al de los hombres y más contrastante en la periferia.

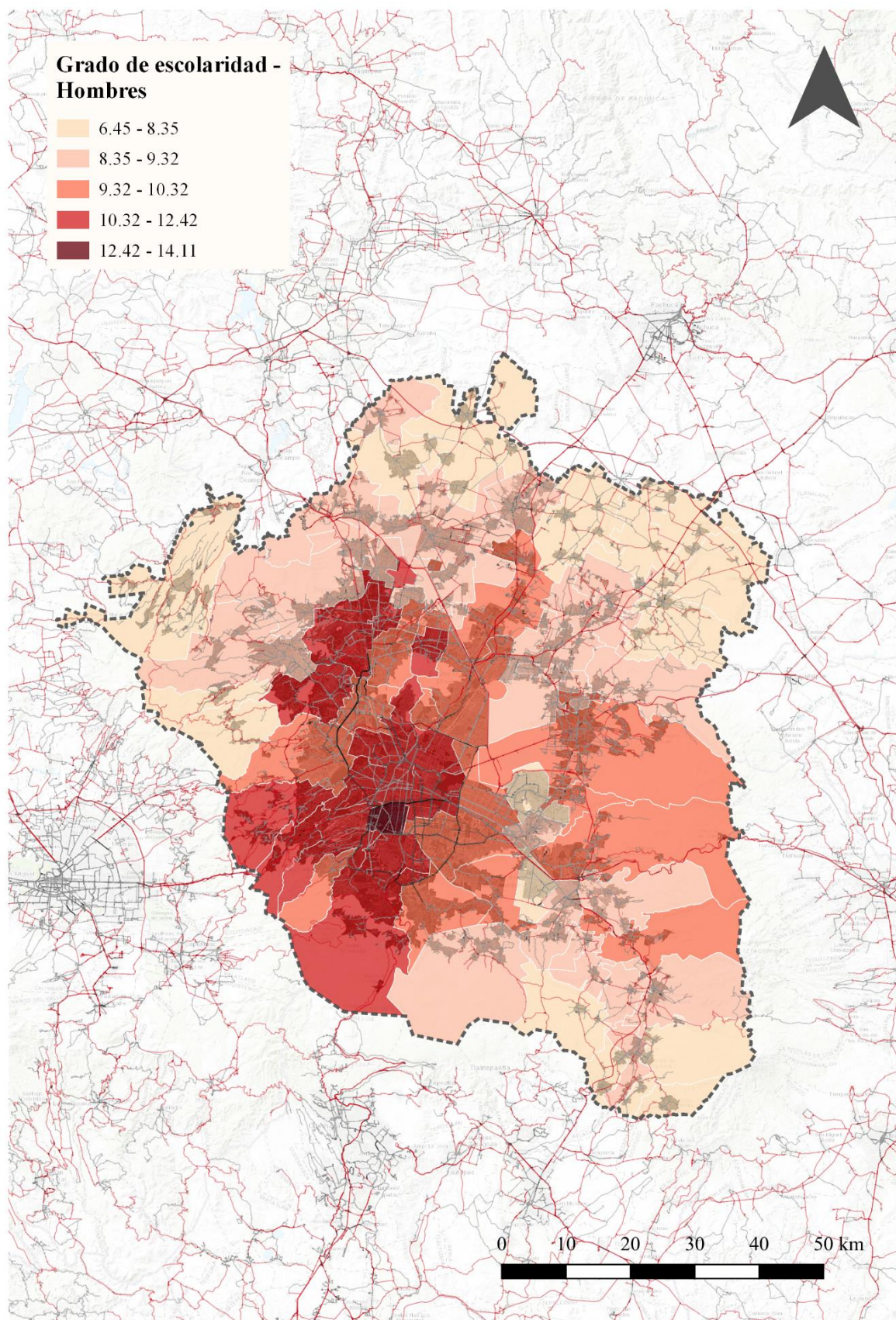
En 1995 más de 180 estados miembros de la ONU aprobaron la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, en la cual se incluyen la educación y la capacitación de las mujeres como una especial preocupación a atender. Dentro de sus compromisos se encontraban, la igualdad de acceso y recursos financieros para la educación durante toda la vida de las mujeres y las niñas, y la eliminación del analfabetismo entre las mujeres. Y si bien existe un progreso a nivel global, para las mujeres y niñas continúa siendo insuficiente.

Mapa #15 Grado de escolaridad de mujeres. 2010.



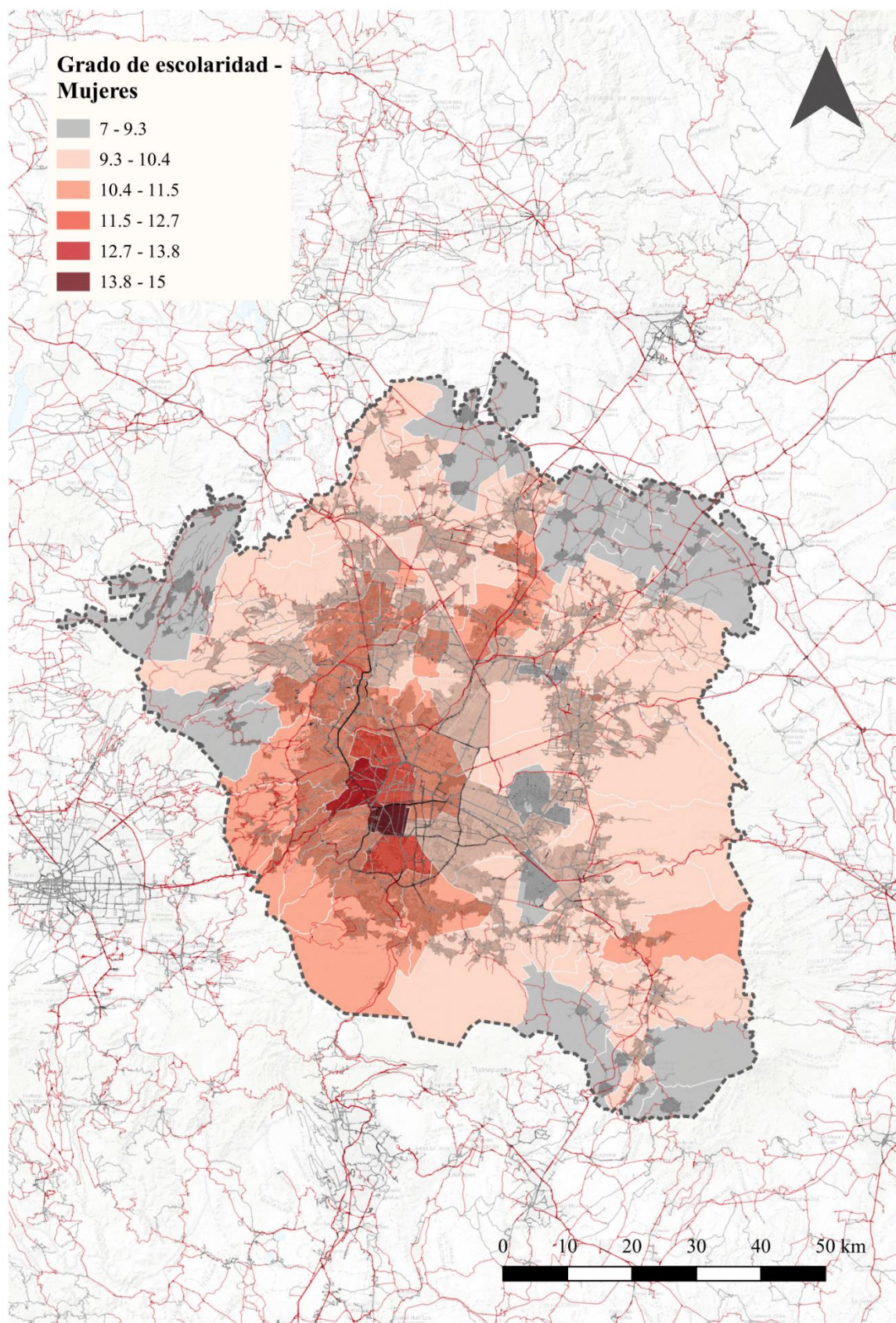
Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2010

Mapa #16 Grado de escolaridad de hombres. 2010.



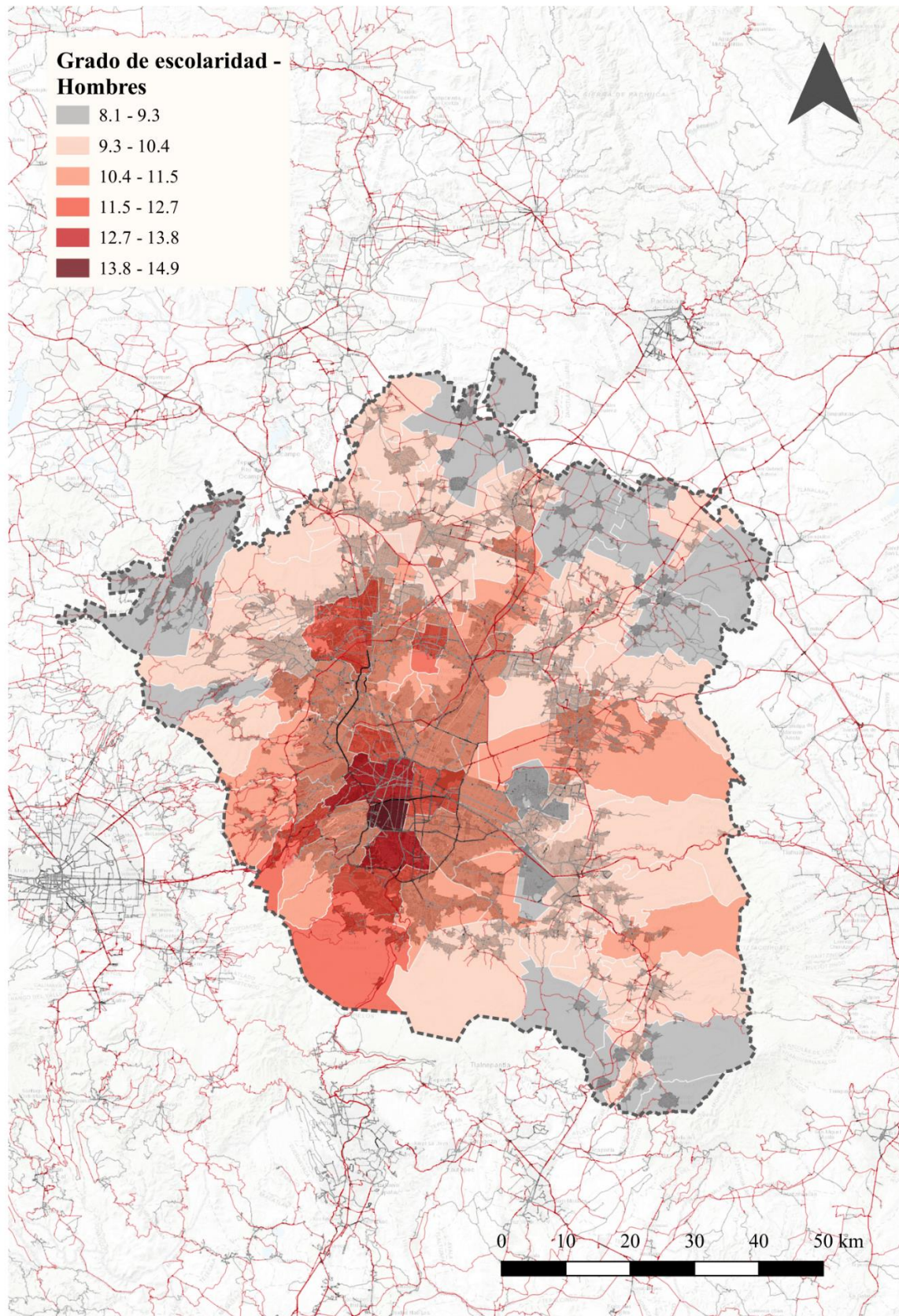
Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2010

Mapa #17 Grado de escolaridad de mujeres. 2020.



Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2020

Mapa #18 Grado de escolaridad de hombres. 2020.



Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2020

Como revisamos con anterioridad la educación y el acceso a los servicios de salud está fuertemente relacionado, por lo tanto, se hace imperativa una efectiva coordinación entre las políticas de salud y las políticas de educación, promoviendo la igualdad sustantiva de derechos y oportunidades para las mujeres mexicanas. Pero ¿habrá más detrás de estas relaciones que parecen condenar a las mujeres?

2.2 Características económicas

A través del análisis de las características económicas se busca hacer un acercamiento de las oportunidades que tienen las mujeres en el mercado laboral y cómo esto las acerca más o menos al acceso a los servicios de salud. Ello tiene como objetivo dar un panorama general de la configuración económica de las mujeres.

Se dará una breve descripción del lenguaje utilizado para su mejor entendimiento:

- PEA: población económicamente activa, integrada por todas las personas de 12 y más años que realizaron algún tipo de actividad económica, o que buscaron activamente hacerlo en los dos meses previos a la semana de levantamiento. Esta se divide en la población ocupada y la población desocupada. INEGI (2022)
- PEI: población económicamente inactiva, integrada por todas las personas de 12 y más años que no realizaron actividades económicas en la semana de referencia, ni buscaron hacerlo en los dos meses previos de la semana de referencia. La PEI de acuerdo a su condición de inactividad se clasifica en: estudiantes, personas dedicadas a los quehaceres domésticos, pensionados y/o jubilados; personas de edad avanzada; incapacitados para trabajar por el resto de su vida, entre otros INEGI (2022).
- Población ocupada: comprende las personas de 12 y más años que durante la semana de referencia: trabajaron al menos una hora o un día para producir bienes y servicios a cambio de una remuneración monetaria o en especie; tenían empleo pero no trabajaron por alguna causa sin dejar de percibir su ingreso; tenían empleo pero no trabajaron por alguna causa, dejando de percibir su ingreso pero con retorno asegurado a su trabajo en menos de 4 semanas; no tenían empleo, pero iniciarán con seguridad uno en 4 semanas o menos; trabajaron al menos una hora o un día en la semana de referencia, sin recibir pago alguno INEGI (2022).

Actualmente INEGI categoriza en dos grupos la población desocupada, desocupados activos y desocupada encubierta, sin embargo en ninguno de los censos (2010, 2020) esta información es recabada, sólo se contempla como desocupada, la cual se refiere a las personas que integran la PEA que asisten al mercado de trabajo, pero no consiguen empleador.

Dicho lo anterior, la PEA de mujeres del 2010 era del 31.96% y para el 2020 de 44.18%, lo que significó una tasa de crecimiento del 12.22 puntos porcentuales, un incremento muy significativo de aquellas mujeres que para el 2020 ya realizaban algún tipo de actividad económica o que estaban activamente buscando realizar alguna actividad. Por otro lado, la PEI de mujeres decreció en un 17% mientras que la de hombres se mantuvo casi igual con un incremento del 0.1%, lo anterior habla de una alza en la inserción laboral de las mujeres

Tanto para mujeres como para hombres, la tasa de desempleo disminuyó, sin embargo, resultaría interesante conocer la condición de los trabajos en los cuales se incorporó la población de la ZMVM.

Uno de los grandes problemas que enfrenta México a la hora de hablar de empleo, es la precarización laboral. Esta es definida por Boffi (2015) como un fenómeno multidimensional que comprende diferentes tipos de empleo que coinciden al estar debajo del estándar normativo y que son (o eran) socialmente aceptados. Se contemplan cuatro dimensiones donde los empleos tienen una distribución desigual para los y las trabajadoras, estas son: el tiempo, la organización, la economía y la social.

La precarización laboral no es hablar de un sólo empleo que está por debajo de la norma, ni de un sólo contrato al que se enfrentan las personas, sino es hablar de la poca progresión laboral que existe en México, donde cada vez más el ser *freelance* y ser *tu propia/o jefa/e* es más común. A su vez, la precariedad laboral implica una falta al acceso de la seguridad social y el poco efecto de las leyes que protejan a las/os trabajadoras/es.

En México la falta de empleo representa un factor determinante de la pobreza, ya que al ser mal pagados restringen a la economía de los hogares, en términos de acceso a la educación y salud, por lo tanto impactan en la calidad de vida de las personas (Martínez-Licerio et. al. 2019).

Tabla #8 Porcentaje de características económicas de mujeres y hombres, para el 2010 y 2020, y su respectiva tasa de crecimiento simple.

Variables	2010		2020		Cambio en el tiempo	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Población Económicamente Activa (PEA)	31.96%	57.00%	44.18%	61.81%	12.22	4.80
Población Económicamente Inactiva (PEI)	48.22%	20.76%	40.05%	20.77%	-8.18	0.01
Tasa de ocupación	96.30%	94.31%	98.27%	97.44%	1.97	3.12
Tasa de desempleo	3.70%	5.69%	1.73%	2.56%	-1.97	-3.12

Fuente: Elaboración propia en base al Censo 2010 y 2020 INEGI.

Se debe tener en cuenta la pandemia por COVID-19 y el hecho de que los efectos de esta no se pueden ver reflejados en el censo 2020, ya que el levantamiento se realizó del 2 al 27 de marzo de ese mismo año, y es el 31 de marzo³⁶ que se declara en México emergencia sanitaria la epidemia generada por COVID-19³⁷.

De acuerdo con cifras de la ENOE (Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo) del INEGI, en el primer trimestre del 2022, se registró que aproximadamente 22.9 millones de trabajadoras/es se encuentran ocupadas/os en micronegocio, es decir, que 4 de cada 10 trabajadoras/es en México trabajan en un micronegocio. De estos micro negocios, gran parte son negocios familiares que no cuentan con un establecimiento fijo, sino en locales sobre ruedas o móviles (García K. 2022).

Durante el proceso de expulsión del mercado laboral formal por la pandemia (COVID-19) y transitando un proceso de recuperación, muchas personas se trasladaron a este tipo de actividades, que son en su mayoría para el autoempleo y la generación de ingresos en el hogar, no precisamente para emprender o liderar empresas más grandes.

³⁶ del mismo año, 2020.

³⁷ Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, Gobierno de México (2021) Se declara emergencia sanitaria la epidemia generada por COVID-19.

¿Qué hay detrás de un mercado laboral tan precarizado e informal? ¿Y cuáles son las consecuencias en la vida de las mujeres y su acceso a la salud en la ZMVM?

2.3 Marginación

La marginación, nos explica el Coneval (2011), es un fenómeno multidimensional y que tiene origen estructural, esto por el modelo de producción económica expresado en la desigual distribución del desarrollo, así como en la estructura productiva y en la exclusión de diversos grupos sociales que ésta perpetua. Por lo tanto, la marginación es asociada directamente a la carencia de oportunidades sociales, a la poca o nula capacidad para adquirirlas, y también a la inaccesibilidad a bienes y servicios fundamentales para el bienestar. Como consecuencia las comunidades marginadas enfrentan escenarios donde son vulnerados/as constantemente, cuya mitigación o erradicación queda fuera de las decisiones individuales y/o familiares, ya que las situaciones son causadas por un modelo productivo/económico que no brinda a todas/os las mismas oportunidades.

2.3.1 Grado de marginación

El índice de marginación (IM) es una medida-resumen que permite diferenciar los estados y municipios del país según el impacto global de las carencias que padece la población, toma en cuenta las variables: falta de acceso a la educación, residencia en viviendas inadecuadas, percepción de ingresos monetarios insuficientes y vivir en localidades con menos de cinco mil habitantes (CONAPO, 2021).

Es a partir del índice que se puede obtener el grado de marginación, a través de este los valores obtenidos se clasifican en cinco categorías. El método utilizado por la CONAPO busca formar estratos de manera que la varianza sea mínima al interior de cada uno y máxima entre cada uno de ellos, es decir, que sean lo más homogéneos posibles.

Gutiérrez y Gama (2010) hacen una crítica al IM donde señalan que este tiene ciertas limitantes, siendo una de ellas que no permite evaluar los cambios en la marginación a lo largo del tiempo, debido a que está medido en una escala de intervalo, por lo que las comparaciones que se presentan con base en esta metodología solamente son válidas en términos relativos, pero no absolutos. Lo que significa que no pueden ser comparados de manera directa los cambios observados en el valor de los índices de marginación de una unidad geográfica particular en dos momentos en el tiempo. Es decir, los valores del IM

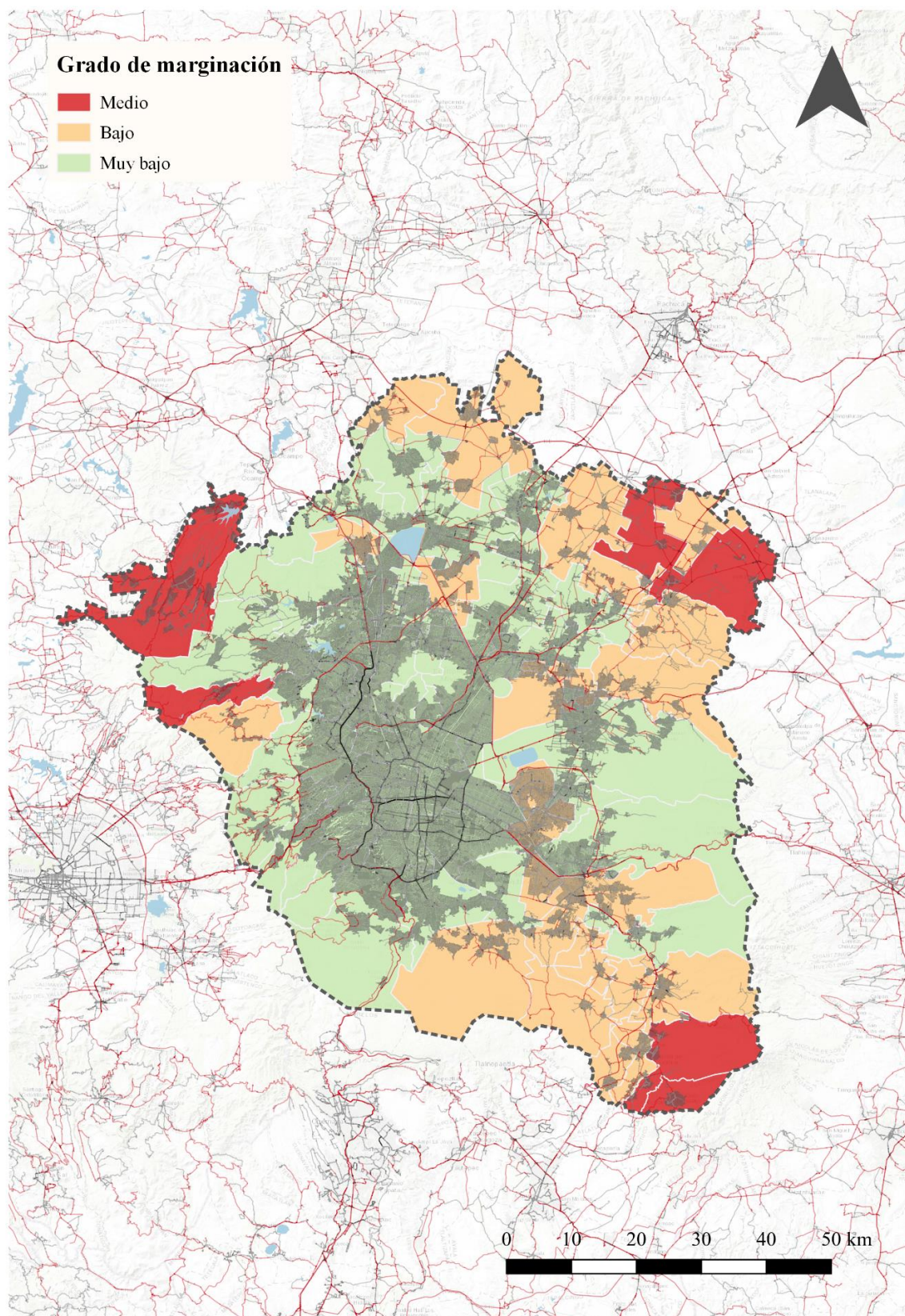
para algún municipio no son comparables entre sí a través del tiempo, y sólo tienen sentido al compararlos con los de otros municipios dentro del mismo año de análisis.

Otros autores³⁸ señalan la limitante del IM, en el sentido de que no es posible emplearlo para medir la efectividad de programas gubernamentales orientados a disminuir el rezago social.

Por lo tanto, al hablar de IM y Grado de Marginación (GM) habrá que ser *cuidadosas* con la interpretación que se le puede dar en el territorio. Además, este indicador no toma en cuenta en el sexo de las personas por lo que los mapas que se generaron sólo pueden aproximarnos a la marginación (bajo los términos que la Conapo dicta) que cada municipio tenía en el año en el que se realizó la estimación. Tanto en el mapa #19 como en el #20, podemos observar que, si bien los municipios de la ZMVM no tienen un grado de marginación bajo, sí destaca que para ambos casos los municipios que se ubican en la periferia son los peor graduados/calificados, por lo tanto, aquellos donde la población tiene menor acceso a la educación, reside en viviendas inadecuadas, y percibe ingresos monetarios insuficientes para vivir.

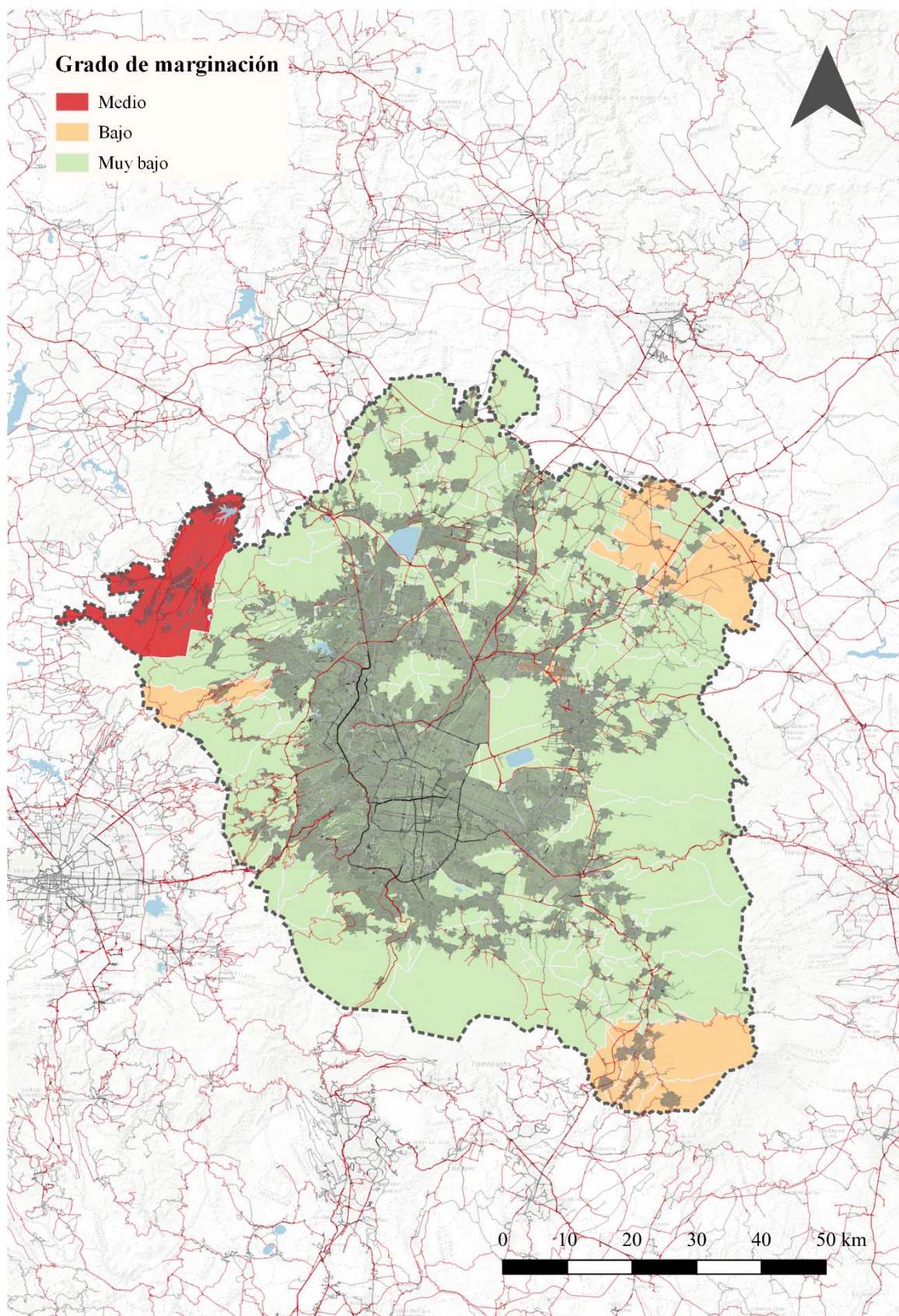
³⁸ Véase: Gutiérrez-Pulido, Humberto, & Gama-Hernández, Viviana. (2010). p. 237-239

Mapa #19 Grado de Marginación por municipio. 2010.



Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CONAPO 2010

Mapa #20 Grado de Marginación por municipio. 2020.



Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CONAPO 2020

En el caso de la ZMVM, para el año 2010 podemos observar (mapa #19) que en la periferia aún sigue habiendo municipios que tienen un grado de marginación medio y bajo. A pesar de que el grado de marginación no lo podemos comparar entre sí, si podemos analizar que con base en las variables que se consideran, para el año 2020 el grado de marginación era en su mayoría muy bajo. Aunque se tendría que revisar que, por ejemplo, la variable de “vivir en localidades con menos de cinco mil habitantes” ya que podría no estar siendo suficiente para explicar si una localidad tiene o no marginación.

2.4 Derechohabiencia y seguridad social

“En nuestro país el diseño institucional de los servicios de salud...se erigió sobre la idea de la protección a los trabajadores y sus familiares y en la búsqueda del pleno empleo esperando que los servicios de salud alcanzaran a casi toda la población.” Instituto Nacional de las Mujeres, 2018.

Las instituciones y programas más importantes de salud funcionan como seguros sociales vinculados al empleo asalariado; como lo vimos anteriormente el IMSS, el ISSSTE, SEDENA, SEMAR y PEMEX, son estructuras que al menos durante la primera mitad del siglo pasado atendían la protección en salud a través de los seguros sociales, los cuales en muchas ocasiones condicionaban a casi todas las mujeres a ser beneficiarias de un seguro médico, por medio de un titular generalmente hombre (Inmujeres, 2018).

La existencia de trabajos no asalariados y sin prestaciones ha obligado a que se encuentren nuevos esquemas de aseguramiento y acceso a la salud que estén desligados del empleo “formal”. Así se ha integrado el Seguro Popular, que ha cambiado de nombre con los años, el cual está orientado principalmente a brindar atención a la población marginada.

¿Cómo está conformada la distribución poblacional de mujeres derechohabientes y no derechohabientes? Bajo qué esquema encuentran las mujeres acceso a la atención de la salud y de qué manera ellas pueden incluirse a estos esquemas ya existentes.

2.4.1 Población derechohabiente y no derechohabiente

Si bien los datos nos muestran que tanto para mujeres como para hombres ha habido un incremento de 7 puntos porcentuales en la población derechohabiente, por su parte la población sin derechohabiencia ha disminuido 9 puntos porcentuales para ambos sexos.

Resulta interesante que para ambos años estudiados, el porcentaje de mujeres derechohabientes es mayor que el de hombres a pesar de que la proporción de la población de mujeres que estaban incorporadas a la PEA eran 25 puntos porcentuales³⁹ menos que la proporción de hombres (31.96 vs 57.00). Sin embargo una vez analizando cuales son los motivos por los cuales las mujeres tienen afiliación, podemos percatarnos que, justamente las mujeres que tienen derechohabiencia como una prestación laboral es menor que el porcentaje de los hombres, y por otro lado, pero sumando al análisis el porcentaje de mujeres que tienen derechohabiencia por parte de un familiar en el hogar (y hasta de otros hogares) es 18 puntos porcentuales mayor que el de los varones.

Tabla #9 Porcentaje de población con y sin derechohabiencia, para el 2010 y 2020 y su cambio en el tiempo.

Variable	2010*		2020*		Cambio en el tiempo	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Con derechohabiencia	61.76%	58.40%	69.00%	65.55%	7.23	7.14
Sin derechohabiencia	37.96%	41.13%	28.85%	32.11%	-9.11	-9.02

Fuente: Elaboración propia en base al Censo 2010 y 2020 INEGI.

*Nota: la suma total de los porcentajes de la población no es el 100% debido a que la población total que reportan los datos ITER y los tabulados para temas específicos (en este caso derechohabiencia) son diferentes.

³⁹ Aproximadamente. Véase página 36.

Tabla #10 Porcentaje del motivo de afiliación para inscripción médica, porcentaje del total de afiliados, para el 2010 y 2020.

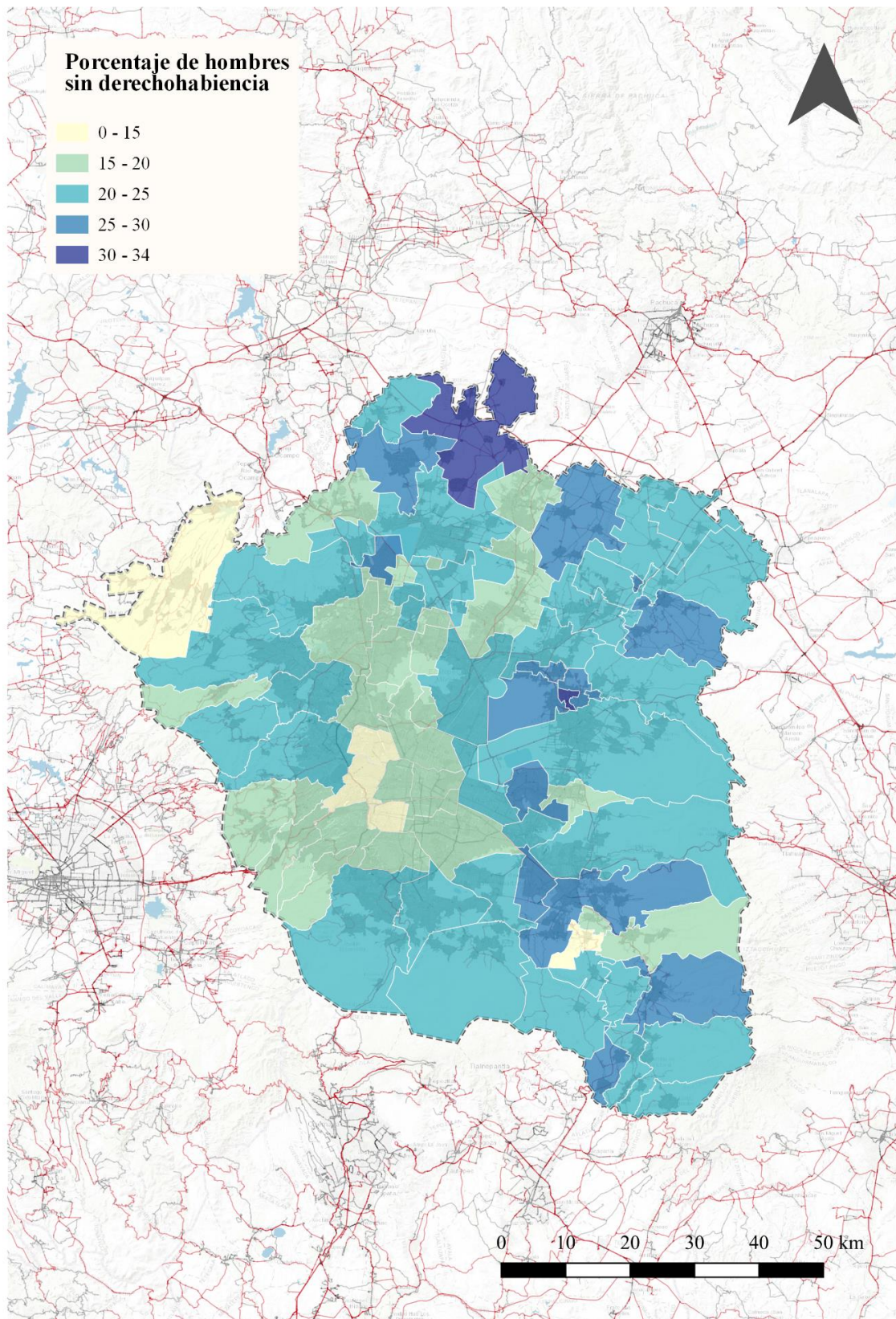
Variable	2010		2020		Cambio en el tiempo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Prestación en el trabajo	40.17%	29.71%	47.49%	31.53%	-7.3200	-1.8200
Jubilación o invalidez	9.55%	5.20%	12.80%	7.11%	-3.2500	-1.9100
Familiar en el hogar	29.24%	52.46%	26.74%	45.16%	2.5000	7.3000
Muerte del asegurado	0.31%	3.11%	0.48%	3.50%	-0.1700	-0.3900
Ser estudiante	6.27%	5.36%	9.68%	8.16%	-3.4100	-2.8000
Contratación propia	1.20%	1.61%	0.64%	0.57%	0.5600	1.0400
Algún familiar de otro hogar	2.98%	5.57%	3.83%	5.69%	-0.8500	-0.1200
No sabe	0.28%	0.35%	0.17%	0.05%	0.1100	0.3000

Fuente: Elaboración propia en base a la ENIGH 2010 - 2020.

*Nota: la suma total de los porcentajes de la población es superior al 100% debido a que puede haber personas que tengan más de una afiliación.

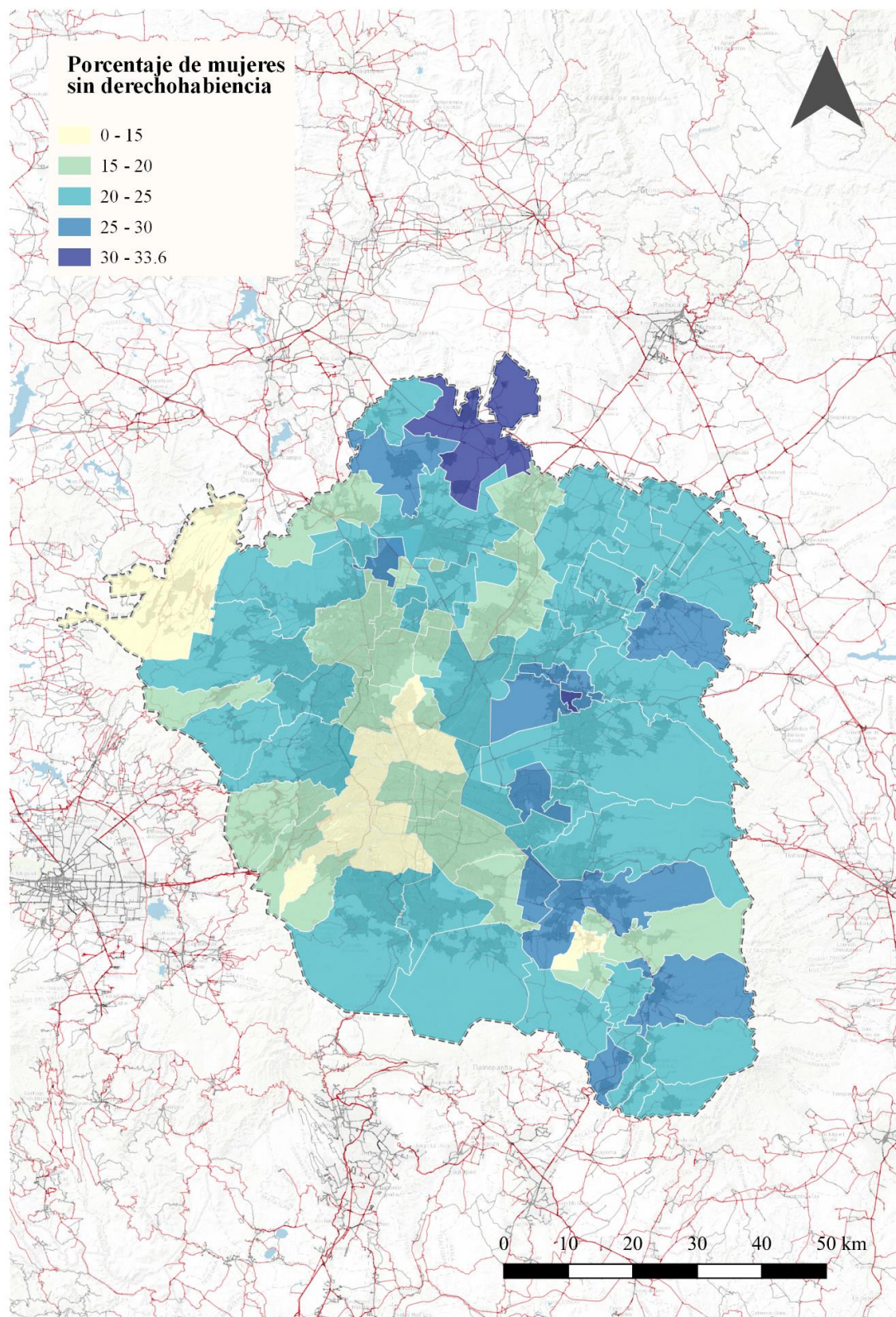
Las demás variables de los motivos de afiliación también dejan entrever la exclusión que sufren las mujeres, por ejemplo, en el caso de las y los estudiantes es mayor el porcentaje de hombres afiliados por esta razón. También en el caso de los y las jubiladas, los varones afiliados por esta razón es mayor lo cual refleja la brecha laboral a la cual las mujeres se enfrentan. ¿Pero a qué se deberán esas diferencias?

Mapa #21 Porcentaje de hombres sin derechohabiencia, 2010.



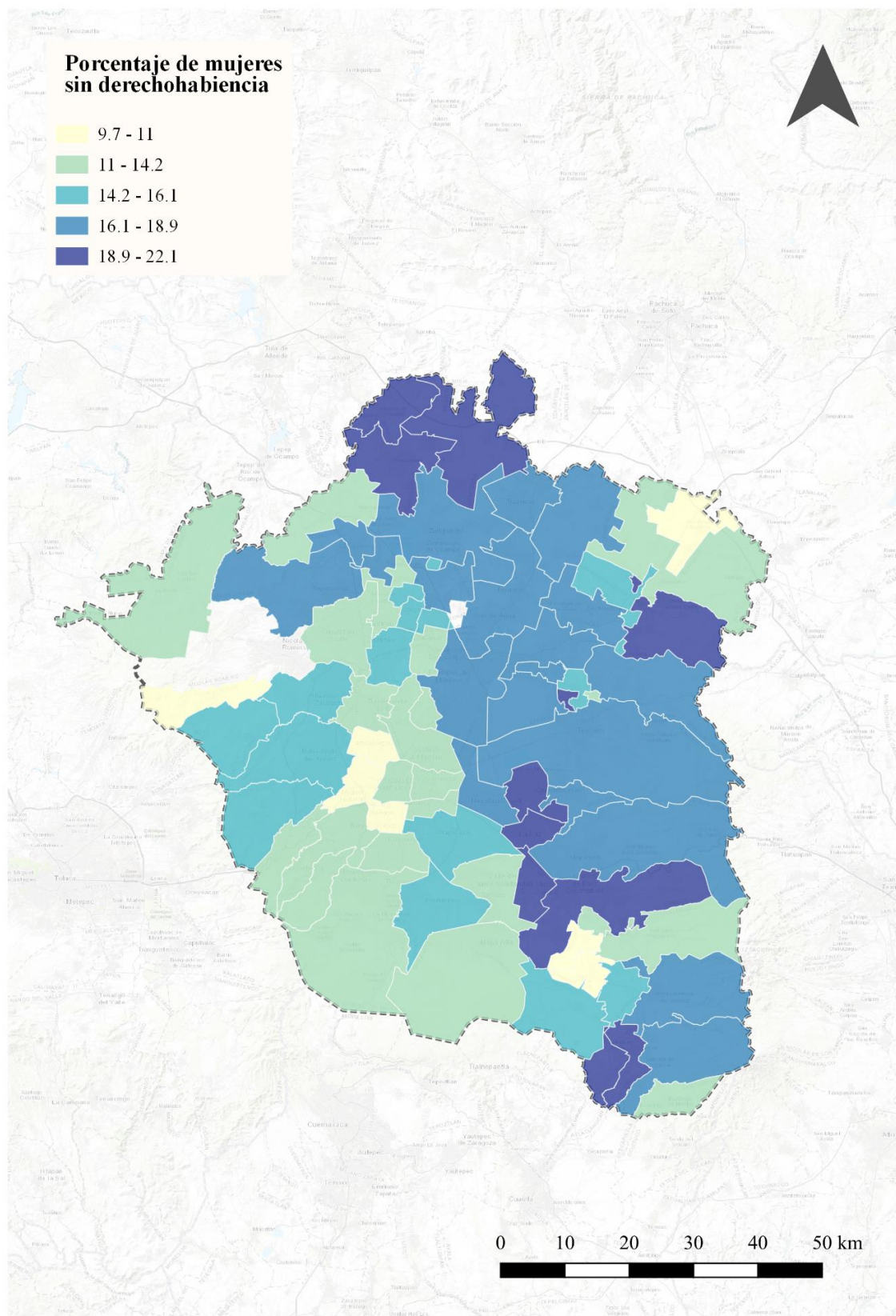
Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2010

Mapa #22 Porcentaje de mujeres sin derechohabiencia, 2010.



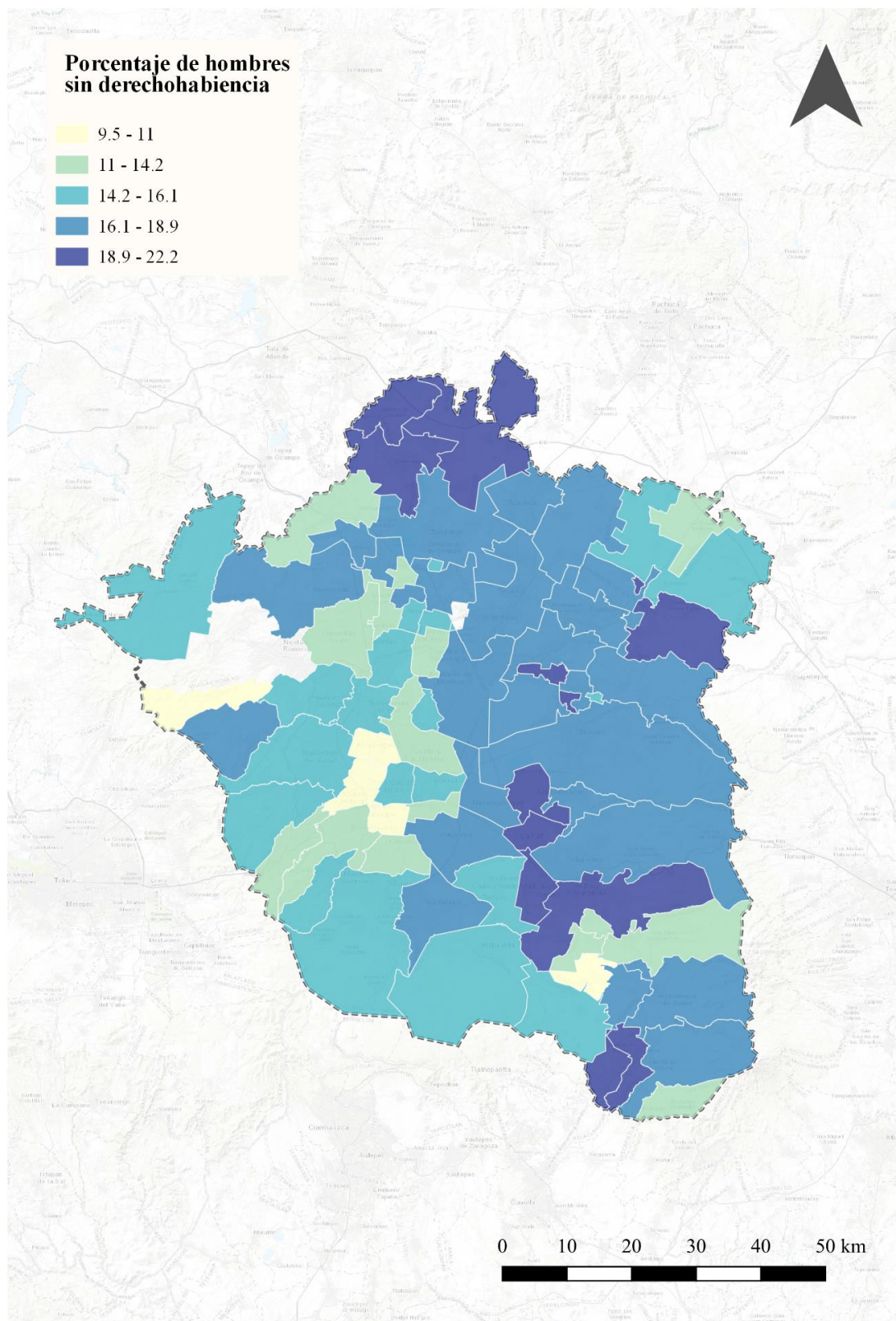
Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2010

Mapa #23 Porcentaje de mujeres sin derechohabiencia, 2020.



Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2020

Mapa #24 Porcentaje de hombres sin derechohabiencia, 2020.



Elaboración propia con información de Mapa Digital, INEGI 2016 y CENSO 2020

2.4.2 Instituciones de salud

Como se estableció con anterioridad, el Sistema Nacional de Salud tiene por objetivos proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de estos, etc. Por lo tanto, IMSS, ISSSTE, Seguro Popular y algunas instituciones como Pemex, SEDENA y la Marina, son las principales fuentes de seguridad laboral en el país. Es a través de estas que la población puede acceder a la atención médica.

Podemos observar en la Tabla #11 que el IMSS es el que tiene una mayor población de ambos sexos afiliada, aunque existe una diferencia de dos puntos porcentuales entre la población afiliada de mujeres y de hombres (58% y 60% respectivamente).

Resalta que tanto Pemex, Defensa Nacional, Marina e ISSSTE, tienen un decrecimiento de su población lo que deja entrever una menor incorporación de personas al sector gubernamental.

Tabla #11 Porcentaje de la población afiliada a su respectiva institución, para el 2010 y 2020.

Variable	2010		2020		Cambio en el tiempo	
	Mujeres *	Hombres *	Mujeres *	Hombres *	Mujeres	Hombres
IMSS	56.90%	58.47%	58.00%	60.36%	1.09	1.90
ISSSTE	14.94%	13.62%	12.41%	11.06%	-2.53	-2.56
Pemex, Defensa o Marina	1.90%	2.09%	1.50%	1.59%	-0.41	-0.51
Seguro Popular	18.31%	16.81%	21.51%	19.74%	3.19	2.93

Fuente: Elaboración propia en base al Censo 2010 y 2020 INEGI.

*Nota: respecto a la población derechohabiente.

Es de notar que el antes Seguro Popular, ahora INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar), ha logrado afiliar a más población en general, y en lo particular a más mujeres que son objetivo de más programas sociales⁴⁰.

⁴⁰Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2020) Políticas Públicas para el Bienestar de las Mujeres.

2.4.3 Acceso a los servicios de salud

¿Qué es el acceso a la salud?

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas tengan acceso, sin **discriminación alguna**, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad.

En la ZMVM para el año 2020, el 83.35% de las mujeres no contaban con un acceso directo a la salud, según el CONEVAL, es decir, que **8 de cada 10 mujeres no tienen acceso** a un servicio integral, adecuado, oportuno, de calidad, ni seguro de **salud**, 8 de cada 10 mujeres no tienen acceso a un derecho humano.

¿Qué implicaciones tiene esto en la vida de las mujeres?

Tabla #12 Porcentaje de la población con acceso directo a servicios de salud, para el 2020.

Variable	2020	
	Hombres	Mujeres
Sin acceso	75.51%	83.35%
Con acceso	24.49%	16.65%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENIGH 2020.

Nota: sólo se obtuvieron datos para el 2020 ya que esta categoría no estaba contemplada en el cuestionario 2010.

De manera general, con una pregunta realizada en la ENIGH, podemos ampliar un poco nuestra perspectiva al porqué una persona, en específico una mujer, no se atendió cuando lo requería.

Las principales causas para no acudir a un servicio de salud fue porque se decidió que no era necesario o en su caso decidió automedicarse, y aunque en porcentaje aquellas personas que no se atendieron por falta de dinero es mucho menor, en numerosas ocasiones es la principal razón para decidir que no es necesario y/o automedicarse.

¿Qué representa la automedicación? ¿Quién nos ha enseñado a automedicarnos y por qué?

En una entrevista la Dra. Adela Alba académica de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO-UNAM)⁴¹, nos comparte que automedicarse tiene impactos negativos ya que puede enmascarar y agravar una enfermedad, no permitir un diagnóstico preciso, alergias, contraindicaciones con otros medicamentos sin conocimiento, y la muerte en los peores casos. La realidad es que se trata de una problemática a nivel nacional, desde el desempleo, la pobreza, cuestiones culturales y hasta los medios han propiciado cada vez más el uso indiscriminado de fármacos.

La Dra. Alba, presenta en un estudio realizado a estudiantes de la ENEO (Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia) que más del 42% se automedican por falta de tiempo, el 37.4% porque tiene accesibilidad a los medicamentos y 14% por problemas de economía.

Automedicarse *ayuda* a que los sistemas de salud pública tengan una menor demanda de consultas lo cual reduce sus costos económicos, además de así poder evitar la interacción con los burocráticos y tardados sistemas públicos de salud, y por el otro lado *se ahorran* el gasto de una consulta privada. Y cuando decimos ahorrar en realidad nos debemos preguntar ¿Cuántas familias, personas, mujeres, tienen en realidad la disponibilidad económica de agendar una consulta privada de especialidad, que puede llegar a más de \$1,500 pesos mexicanos?

Tabla #13 Porcentaje de los motivos por el cual las personas no se atienden cuando lo requieren, para el 2010 y 2020.

Variable	2010		2020		Cambio en el tiempo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
No hay donde atenderse	1.76%	3.27%	0.82%	0.57%	0.94	2.7
Sin atención por falta de dinero	34.65%	47.74%	4.60%	5.91%	30.05	41.83
No le tiene confianza al personal de la unidad médica	9.14%	6.17%	1.43%	1.13%	7.71	5.04
Hay que esperar mucho para ser atendido	14.23%	16.13%	1.42%	0.75%	12.81	15.38

⁴¹ <https://www.gaceta.unam.mx/la-automedicacion-puede-enmascarar-y-agravar-enfermedades/>

La unidad médica no estaba abierta	0.00%	0.43%	0.52%	1.26%	-0.52	-0.83
No tuvo tiempo	7.09%	10.49%	4.01%	3.17%	3.08	7.32
No hubo quien lo llevara	4.94%	3.75%	1.36%	2.03%	3.58	1.72
No quiso o no era necesario	22.51%	13.58%	43.70%	40.43%	-21.19	-26.85
Se automedicó o auto recetó	16.03%	16.56%	54.37%	52.76%	-38.34	-36.2

Fuente: Elaboración propia en base a la ENIGH 2010 - 2020.

Posteriormente al análisis espacial y estadístico relacional sobre la distribución de los servicios de salud y su relación con las mujeres en la ZMVM (en distintas dimensiones), surgen varias reflexiones enmarcadas dentro del marco teórico. Los datos nos dan una idea muy clara que se puede establecer en tres reflexiones fundamentales:

1. La estructura institucional que tienen las afiliadas y afiliados: cuales son aquellas instituciones que siguen teniendo un incremento (IMSS y Seg. Pop.), cuáles no y de ellas cuales tienen más afiliadas mujeres que hombres. Podemos encontrar luz en el tema, al analizar el apartado de características económicas, donde vemos que las mujeres incorporadas a la PEA son muchas menos que los hombres, y de estas las que tienen acceso a un seguro de salud son menos. Lo anterior también nos aproxima a conocer la estructura laboral del mercado de la ZMVM y la división laboral y sexual del mismo, que enfatiza una “división sistemática de las experiencias sociales sobre las que la naturaleza humana es modelada y remodelada de manera incesante” (Smith, 2020: 68).
2. Por otra parte, podemos observar la dependencia que existe por parte de las mujeres: en primer lugar, a otra persona para poder tener acceso a un seguro de salud, y en segundo lugar a los programas sociales que buscan acercar los servicios de salud a través de la afiliación por el ahora INSABI. La realidad es que no se han construido más clínicas ni hospitales para aumentar la población que se puede atender, y los existentes tienen deficiencias de infraestructura, recursos humanos y recursos económicos. ¿Tiene sentido aumentar la población afiliada cuando los servicios y el número de hospitales que se pueden ofrecer siguen siendo los mismos?

3. La realidad aplastante de la automedicación y la creencia de que no se necesita atención médica hasta que los problemas de salud ya son críticos, exhibe la poca creencia en el sistema de salud y el difícil acceso que tienen los servicios ofertados.

A lo largo de este segundo capítulo hemos ido develando la situación espacial y administrativa a la cual las mujeres se enfrentan para poder acceder a la salud. El acceso desigual en términos de los servicios, muestra las características diferenciadas de la geografía del capitalismo y como el acceso desigual y las condiciones del mismo es parte del proceso de producción de naturaleza capitalista que tiene consecuencias en la producción del espacio, que es al mismo tiempo un reflejo del capital mismo (Smith, 2020). Hemos creado una idea cuantitativa de qué condiciones tienen las mujeres que habitan la ZMVM, pero ¿qué papel juega la planeación urbana en mejorar o perpetuar estas desigualdades?

Capítulo III. *Centro-periferia*⁴² y su dinámica de segregación hacia las mujeres de la ZMVM

En el capítulo anterior tuvimos la oportunidad de revisar la disposición espacial de los equipamientos de salud, su relación con la ocupación del territorio por parte de las mujeres, así como algunas de las características que juegan un papel importante a la hora de que las mujeres accedan (o no) a los servicios de salud. Ahora bien, en este capítulo se tiene como objetivo hacer una reflexión crítica sobre los modelos hegemónicos de la planeación urbana, el cómo se ha incorporado la perspectiva de género y el concepto de ciudades cuidadoras desde su institucionalización en el marco del capitalismo global, todo esto analizado desde la teoría urbana crítica (Geógrafo Neil Smith) y la teoría feminista marxista y socialista (Geógrafa Doreen Massey, Geógrafa Cindi Katz, Filósofa Celia Amorós, Filósofa Nancy Fraser, y la Antropóloga Marcela Lagarde).

Es en este capítulo que buscamos conectar toda la información procesada anteriormente con las teorías de planificación urbana que han sido usadas en la ZM en los últimos años. Asimismo se analizarán las implicaciones de la feminización de las problemáticas dentro de la ZMVM, como consecuencias del capitalismo en la vida de las mujeres, haciendo especial énfasis en su relación con los servicios de salud y la condición social y espacial de estas.

⁴² Al referirme al concepto de centro periferia es importante aclarar que no retomo la teoría neoclásica centro periferia de los años 50 - 60, sino que busco hacer referencia a un proceso que establece una marcada división espacial a partir de una centralización de los servicios públicos que reprime toda la posibilidad de acceso por parte de las mujeres, que dificulta y limita ese acceso, ya que ese proceso integra distintas variables como movilidad, la división sexual del trabajo, la vivienda, que contribuye a una marcada desigualdad de género, clase, raza y etnia. Así mismo es importante mencionar que desde la teoría feminista se establece una crítica a la teoría centro periferia, misma que busca explicar la diferencia espacial desde los modelos absolutos, y que no integran la realidad territorial.

3.1 Centralización y distribución espacial de los servicios de salud

“Las representaciones del espacio son notablemente dependientes de imágenes de fractura y división. La premisa de la discontinuidad es el punto de partida para teorizar el contacto, el conflicto y la contradicción.”

Doreen Massey, 2012.

El espacio organiza y es organizado por actividades económicas que dan como resultado patrones geográficos⁴³ que se repiten tanto como le sean útiles al capital (Smith N. 2020). Por lo tanto, se tiende a relacionar la localización de los equipamientos de salud con la economía urbana y las teorías que acompañan a esta, las cuales siguen leyes que proponen y evalúan opciones para identificar y modificar, si es necesario, los patrones de localización de las actividades económicas, de las cuales el interés está definido por el principio de incrementar la tasa de ganancia, para ubicarse lo más cercano a mercados para obtener las ventajas de las economías de escala.

Vale la pena señalar nuevamente que el espacio **no** es neutral, es desde su organización concebido bajo una jerarquía de género, clase y etnia. Por lo que el cómo las actividades que desarrollamos en el espacio, están mucho más ligadas a intereses económicos tanto en lo individual como en lo colectivo y que determinan cómo hacemos uso del mismo.

En este sentido, el acceso a los servicios de salud, es configurado en una dicotomía centro-periferia, resaltando los procesos desiguales de planeación territorial, mismos que reproducen una segregación por género en las ciudades, y que se configura a través de los modelos hegemónicos que definen el crecimiento urbano de las ciudades latinoamericanas, con las particularidades específicas de cada contexto.

Como pudimos revisar en el primer capítulo, el espacio y la localización de los servicios son claves para determinar el acceso por parte de las mujeres, esta distribución podría llegar a ser una estrategia para asegurar la protección de la salud. Por las mismas razones es que la ausencia de estos en la ZMVM juega como factores agravantes y perjudiciales para la salud de las mujeres.

Los modelos de planeación hegemónicos y patriarcales han establecido patrones espaciales que restringen el acceso (a ciertos grupos de población) a la atención médica

⁴³ Es clave definir que estos patrones son determinados y no determinantes.

para prevenir y tratar padecimientos médicos. El seguir aplicando estos modelos y teorías refuerza la tendencia de centralización de la atención médica, donde **no** se cumple la premisa del sistema de salud⁴⁴.

¿Acaso las teorías de localización urbana tienen sentido dentro de la distribución de los servicios de salud? ¿Cuál es la premisa de estas teorías? ¿Es válido tratar un derecho como un producto?

3.1.1 Modelos hegemónicos y herramientas de planificación

Comúnmente se tiende a utilizar las mismas estrategias de localización para las actividades económicas y para los servicios públicos, en este caso los de salud. Los recursos de planeación utilizados se limitan, bajo el argumento de la maximización de ganancias y/o capacidad de atención, sin embargo el fin dista mucho uno de otro, siendo un producto en las actividades económicas y el derecho a la salud en el otro. ¿Cuáles son las repercusiones de estas decisiones?

Uno de los recursos más comunes de análisis para las grandes metrópolis es la teoría del centro-periferia (C-P). En sus inicios, presentada por R. Prebisch, tuvo un gran impacto en la CEPAL, sin embargo, teniendo en cuenta su gran bibliografía resultó cuestionable la amplitud y el carácter difuso del enfoque C-P, si bien en su momento logró explicar la estructura histórica de desarrollo desigual en el sistema mundial, esta estructura histórica determinó una fecha de caducidad a la estructura de análisis misma (Peinado, 2011).

La definición de la centro-periferia no se materializa en **qué** se produce, sino en **cómo** se produce, lo que se asevera al postular como eje de análisis la esfera productiva, donde imposible no considerar la estructura de poder y el conflicto que representan las clases sociales que se ven involucradas en la producción.

Otro gran referente de las teorías de localización es Christaller⁴⁵, en este caso la teoría de localización del mismo autor (imagen #1) fue diseñada para analizar sistemas urbano-regionales, donde planteó que la distribución de las ciudades de manera ordenada se daba a través del tamaño y las funciones que las ciudades realizaban. Christaller también afirma

⁴⁴ Qué es proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos.

⁴⁵ Desde aquí también se hace una crítica a quienes son los autores que han sido reconocidos por escribir sobre la ciudad, ya que en su mayoría son hombres que no toman en cuenta la vida y necesidades de las mujeres.

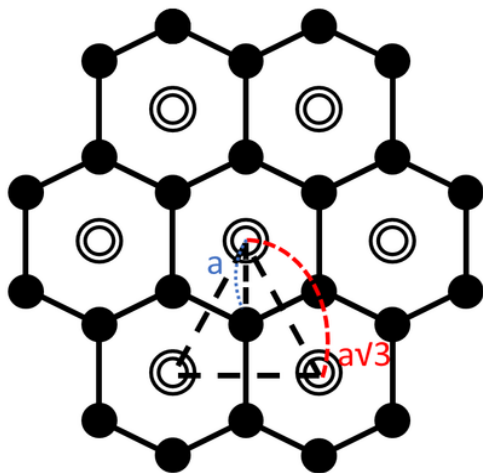
que los servicios tienden a concentrarse y centralizarse espacialmente dando lugar a una ciudad, cuyo tamaño y características dependen de su área de complemento a la que sirve. El principio fundamental de explicación corresponde a la formación de lugares centrales, el que se define como una zona del espacio que concentra y centraliza actividades económicas dirigidas a la población que está alrededor de él (Asuad, 2014).

Se asume entonces que los centros urbanos existen, casi de manera inherente al espacio mismo, en el lugar donde los bienes y servicios deben ser comercializados y que su tamaño y la jerarquía del sistema de ciudades dependen de la producción del **tipo** de servicios que se ofertan.

Christaller plantea una serie de supuestos básicos para lograr generalizar la teoría del lugar central, dentro de los cuales están:

- Las características ambientales y de recursos no representan ventajas o desventajas para los agentes, se considera una superficie isotrópica⁴⁶.
- Sólo existe un tipo de transporte y es igual para todos.
- La población se distribuye de manera uniforme.

Figura #3. Diagrama Teoría de Localización de Christaller



Fuente: Wikimedia commons (2022)

⁴⁶ Que tiene propiedades idénticas en todas direcciones.

Se ha llegado a señalar que, a pesar de muchas críticas, los planteamientos de la Teoría del Lugar Central han sido verificados empíricamente en diferentes partes del mundo. La pregunta correspondiente sería, ¿cuáles han sido los efectos de la materialización de estos planteamientos en la realidad?

Galindo⁴⁷ (2015) equipara una localidad de primera jerarquía rodeada de localidades de menor jerarquía, con una Unidad Médica de Alta Especialidad (Umae), encabezando a un grupo de Hospitales Generales (segundo nivel), y éstos a su vez a un conjunto de Unidades y Clínicas de Medicina Familiar (de primer nivel). Y busca adaptar la idea de que los equipamientos de atención médica de mayor especialidad pueden ofrecer atención en mayor número y grado de especialización, por lo que los consumidores⁴⁸ (en este caso los pacientes) tendrán⁴⁹ que recorrer mayores distancias para ser atendidos.

“De esta forma se reconoce que en función de la especialización se establecen dos principios básicos: 1) a mayor especialización del bien o servicio, menor será el número de lugares centrales que los ofrezcan; y 2) la especialización demarcará el alcance o la distancia máxima que un consumidor estará dispuesto a recorrer para adquirirlo, lo que definirá el área de influencia de ese bien o servicio.” (Galindo, 2015: pp21)

La realidad de las clínicas, hospitales, consultorios de carácter público es que, a pesar de tener un gran número de unidades dentro de la ZMVM, estas no siempre atienden a todas las personas por el tema de afiliación, en segundo lugar, estas en la mayoría de los casos se encuentran al tope de su capacidad de atención, y por último, en más casos de los que nos gustaría tener cuenta las mujeres son violentadas al acudir a los servicios de salud.

En relación con lo que Smith (2020) reconoce sobre las cualidades que le son otorgadas al espacio, tenemos otra de las grandes herramientas del siglo XIX para la planificación urbana moderna, la **zonificación**. Esta es definida como un instrumento de la planificación, que implementa el plan de uso del suelo mediante la división de ciudad en zonas (áreas /distritos) y la implantación de regulaciones que controlen el uso de suelos y la localización, volumen, altura, forma, uso, densidad y edificabilidad de las construcciones de cada zona (Alccamari, 2017).

⁴⁷ En todo tipo de temas siempre habrá una mirada sin perspectiva de género, que pocas veces tendrá en cuenta las necesidades de las mujeres y grupos prioritarios.

⁴⁸ Se enfatiza el carácter capitalista con el que se hace el análisis.

⁴⁹ Como si no se tratase de un derecho de las personas.

Figura #4. Plano de divulgación de Zonificación y normas de ordenación.



Fuente: Programa Parcial de Polanco, SEDUVI. (2014)

Se pretende que la zonificación permita a las autoridades regular (ejemplo imagen #2) y controlar el territorio y la propiedad, para asegurar la complementariedad de usos de suelo, además puede dar la oportunidad de estimular o desacelerar el “desarrollo” en áreas específicas (Banco mundial, 2016).

¿Cuáles han sido los resultados de este instrumento? ¿Cuáles han sido sus consideraciones?







Para comenzar, esta herramienta responde a una época racionalista de la planificación urbana y como se definió anteriormente este busca regular el espacio urbano, lo que puede traer como resultado la pobreza morfológica de las ciudades y sus alrededores. La concepción de la zonificación tiene como objetivo una racionalización del ordenamiento territorial al extremo, que responde con la intención de sobre simplificar y ser funcional, dejando de lado consideraciones de lo perceptivo, lo necesario, lo cultural y lo que es un derecho (Mawromatis, 2000).

Resulta interesante comparar los programas de desarrollo urbano contra la realidad de la ciudad, donde son pocos los lotes que responden a la norma y mejor dicho, responden a las necesidades de las personas que las habitan, pero ¿por qué la zonificación sí representa una problemática? ¿Y cómo es que el modelo económico bajo el cual nos encontramos es clave para perpetuar la segregación socio-espacial de las ciudades?

Podemos revisar casos en distintos países⁵⁰ donde la zonificación se ha utilizado para marginar y segregar a las personas tanto de una vivienda digna como el acceso a servicios básicos (véase imagen #3). Por ejemplo, después de la pandemia por COVID-19, en 3.1 millones de viviendas se reportaron dificultades económicas para solventar los pagos relacionados con la vivienda, ya sea un crédito de vivienda o problemas con el pago de la renta (ENVI, 2020).

¿Cuáles son las oportunidades y las condiciones a las que las mujeres se enfrentan para vivir una vida digna y plena en la ZMVM? Por ejemplo, para el 2020, el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit) reportó que sólo el 34%⁵¹ de los créditos se otorgan a mujeres, mientras que el 66% son créditos otorgados a hombres. Esto sólo evidencia una parte de los problemas⁵² a los que se enfrentan las mujeres para 1. acceder a la vivienda, 2. encontrar un trabajo digno⁵³ que permita la autonomía económica, y por último 3. lograr una vida plena dentro de la ciudad.

Figura #5. Distribución de viviendas particulares habitadas por tipo de localidad según grado de satisfacción con la distancia-tiempo entre la vivienda y diferentes servicios. (ENVI, 2020)

	Muy satisfechos		Algo satisfechos		Poco satisfechos		Nada satisfechos	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
 Trabajo	51.9%	36.8%	27.4%	27.6%	12.7%	21.5%	8.0%	14.2%
 Centros escolares	58.5%	47.6%	27.0%	26.9%	9.9%	16.3%	4.6%	9.1%
 Centros de salud	46.9%	33.5%	28.6%	24.6%	16.4%	22.2%	8.1%	19.8%
 Mercados o centros comerciales	53.1%	16.8%	27.0%	19.3%	13.5%	24.2%	6.5%	39.7%
 Parques o espacios deportivos	47.2%	23.7%	26.2%	20.4%	15.9%	21.5%	10.7%	34.5%
 Centros de recreación o instalaciones culturales	30.4%	10.1%	24.9%	12.0%	21.6%	19.7%	23.1%	58.2%

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Vivienda 2020.

Al final del día, las políticas de planificación urbana cargan mucha responsabilidad en tanto a disponer dentro del territorio espacios excluyentes y elitistas, dónde solo algunas/os cuántas pueden acceder a lo que es un derecho para todas y todos. Es el tan usado análisis sectorial, que ha dado pie a programas y planes de desarrollo urbano

⁵⁰ Manhattan, Brooklyn, Miami, St. Louis. por nombrar algunos casos de EUA.

⁵¹ <https://onuhabitat.org.mx/index.php/mujeres-y-vivienda-adeuada>

⁵² Estas problemáticas derivan de un modelo de producción de vivienda neoliberal que en la mayoría de los casos conllevan a una crisis inmobiliaria (burbuja inmobiliaria).

⁵³ En México, las mujeres tienen un menor número de semanas cotizadas y además los incrementos salariales son poco frecuentes, condiciones que dificultan la adquisición de vivienda.

durante décadas, es uno de los principales factores que han guiado las decisiones de los organizadores del territorio, los cuales actualmente son entornos urbanos segregados, en los que la residencia, el trabajo, la salud, el abastecimiento y el ocio se comprenden y se diseñan en consecuencia como áreas independientes que responden a un mercado capitalista, unidas por calles/carreteras.

Sumando al capítulo dos, podemos darnos cuenta de que los servicios de salud están ofertados de manera centralizada por la ZMVM, y que el crecimiento de la población se ha dado, principalmente en los municipios periféricos de la misma; nos cuestionamos entonces ¿qué clase de ciudades estamos planificando? ¿Esta condena a las mujeres? La respuesta rápida, es que la ciudad no, pero las políticas que se siguen utilizando y aquellas que se deciden ignorar, sí.

3.3 Planeación con perspectiva de género y ciudades cuidadoras

Para comenzar esta sección se hará una breve pero necesaria introducción hacia la perspectiva de género y algunos otros conceptos clave, a manera de establecer una base para una mejor comprensión de los siguientes temas.

¿Qué es la perspectiva de género? Marcela Lagarde (1996) expone que esta perspectiva critica la concepción androcéntrica de la humanidad, en la cual se dejó fuera a la mitad de ella: a las mujeres. Donde resalta, que a pesar de que existimos en un mundo patriarcal, las mujeres realmente hemos sido existentes. El fin de esta es contribuir a la resignificación de la historia de la humanidad, de la cultura, la sociedad y de la política desde las mujeres, con y para las mujeres.

La perspectiva de género reconoce la diversidad y existencia de mujeres y hombres, y define esta diferencia como un principio constitutivo de la humanidad; y aun así se da la dominación de un género sobre otro que obstaculiza la conformación de una sociedad equitativa y democrática.

En la academia, en los movimientos y organizaciones feministas, y hasta en los ámbitos de la política pública, se ha desarrollado una visión crítica, explicativa, y alternativa a lo que acontece en el orden de géneros, y se le denomina perspectiva de género, a esta visión creada desde el feminismo (Lagarde, 1996).

Entonces hoy en día cuando se utiliza el concepto perspectiva de género, este es aceptado como uno que hace referencia a la concepción académica, ilustrada y científica, que sintetiza la teoría y la filosofía liberadora, creadas por las mujeres y forma parte de la cultura feminista, aunque esto último no sea totalmente aceptado.

“La mirada a través de la perspectiva de género feminista nombra de otras maneras las cosas conocidas, hace evidentes hechos ocultos y les otorga otros significados.”
(Lagarde, 1996)

Aunque, lamentablemente, en la realidad la categoría de análisis “género” es utilizado muchas veces totalmente sin su contenido filosófico feminista y sus contenidos teórico-políticos, y muchas veces se usa como un término técnico homologable a “mujer”, que termina convirtiendo a la perspectiva de género como algo neutro⁵⁴. ¿Qué pasa entonces cuando se decide sustituir la palabra mujer por género y viceversa?

Realmente, al omitir la palabra mujer, se neutralizan el análisis y la comprensión de los procesos, y al mismo tiempo se dejan de lado la crítica, la denuncia y las propuestas que nacen desde el feminismo. Lagarde nos dice “con la aséptica perspectiva de género se elimina la manufactura feminista para evitar la contaminación”, es decir que una vez que nos quedamos con “la perspectiva de género” es posible que las denuncias feministas sean ignoradas a conveniencia.

En esta misma línea, este concepto ahora es difundido por canales que antes no se tenían a la mano, como la academia y algunos cuerpos internacionales, a partir de 1995 cuando la perspectiva de género se institucionaliza en la 4ta conferencia mundial sobre mujeres en Pekín, China; pero no todas las personas que la aprenden y la aplican están de acuerdo, ni siquiera están compenetradas con ella; y en realidad, muchas veces se concibe como una técnica más, que lleva a que se comparta y se conozca de manera superficial.

¿Existe algún peligro del mal-uso de estos conceptos? Por ejemplo, en fechas recientes desde personas, hasta grupos e instituciones, que se oponen y niegan al feminismo, se atreven y usan a conveniencia la perspectiva de género.

⁵⁴ Lagarde (1996) nos menciona, que la separación del paradigma feminista es costosa.

Por otro lado, el estado de la vida social, política y académica de las ciudades se ha visto inundada de demandas y protestas feministas que exigen la reivindicación de los derechos de las mujeres y un alto a la ola de violencia que vivimos las mujeres día a día.

Pero aún tenemos una duda sin resolver, *¿cómo la perspectiva de género ha incidido en la planeación? ¿y cuáles han sido los efectos?*

Al nivel de la política y planeación urbana y el ordenamiento territorial, la perspectiva de género también encabeza las agendas políticas. Desde ONU-Hábitat, los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) y otros organismos internacionales se han creado manuales, guías, acciones y algunos instrumentos de diseño y política en los que se busca la incorporación de la perspectiva de género para posicionar este concepto a manera de legitimar social y políticamente las acciones y políticas llevadas por instituciones a través de un discurso de transformación social. Dejando totalmente de lado las necesidades y exigencias de las mujeres.

A raíz de este panorama existe una línea crítica del modelo de urbanismo funcionalista y de separación de usos, que cuestiona su forma de pensar el territorio de manera segregada. Y se reconoce el impacto negativo que ha tenido el capitalismo en las ciudades y en las personas que las habitan. De manera tal que, a partir de estas críticas se han generado diferentes propuestas de planeación urbana⁵⁵ en distintas escalas que intentan incorporar la perspectiva de género, desde donde empiezan a surgir conceptos como ciudad cuidadora y ciudad de derechos que pretenden generar propuestas enfocadas hacia los derechos de las mujeres y el respeto a la diferencia.

“La Nueva Agenda Urbana destaca la urbanización con perspectiva de género como un camino a seguir para la reducción de la pobreza y la cero discriminación contra mujeres y niñas” ONU-Hábitat, 2021.

La realidad de la legislación mexicana y su relación con la perspectiva de género, es una dónde hay aún cosas por explorar, entender y aplicar. Por ejemplo, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), menciona el género como parte de una configuración de los derechos humanos. Pero las menciones que se hacen sobre las

55 Aquí podemos tomar el caso de Bogotá y Montevideo para América Latina cuyas alcaldes incorporaron la perspectiva de género en intervenciones en el espacio público, y Castellón de la Plana en el contexto iberoamericano en que la alcaldesa ha integrado la transversalización de la perspectiva de género en su proyecto de gobierno en todas las escalas de acción.

mujeres son específicamente en relación con las mujeres indígenas, la paridad de género y la salud reproductiva⁵⁶.

Sobre la planeación y la política urbana, la Ley General de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano (LGAHOTDU) el género se menciona como algo que se debe incorporar en distintos ámbitos urbanos, por ejemplo la movilidad, el espacio público, la vivienda. **Pero no se termina de entender como algo que atraviesa todos y cada uno de los ámbitos de la vida de las mujeres.**

3.3.1 Ciudades cuidadoras

“... las herramientas del amo nunca desmontarán la casa del amo” Audre Lorde, 1979.

Colectivo punt 6, es una cooperativa de arquitectas, sociólogas y urbanistas. En su publicación *Urbanismo feminista* (2019), nos presenta el modelo de ciudades cuidadoras que parte de un paradigma urbanístico, donde se pretenden replantear y criticar el actual modelo de planeación de ciudades.

Dentro del libro, se plantea un cambio de modelo de ciudad, apostando por uno que valore la proximidad a manera de facilitar⁵⁷ la vida cotidiana, y la cohesión e integración social. Aseguran que: *“Los barrios con usos mixtos y distancias cortas, dotados de espacios para el cuidado de los niños y niñas, tiendas, servicios y sistemas de transporte públicos frecuentes y accesibles, representan una ciudad capaz de satisfacer las necesidades de las mujeres.”*

La propuesta que ellas hacen sobre el paradigma urbano se concreta en pensar y planificar ciudades cuidadoras, que cuiden y permitan los cuidados, entendiendo la interdependencia que existe entre las y los seres humanos. A lo largo del libro hacen apuntes desde el diseño de la calle, el hogar y hasta los equipamientos y servicios que se ofertan en el espacio, sin embargo, es muy importante aterrizar dichas ideas y utopías en herramientas, acciones y políticas públicas que puedan hacer frente a la desigualdad y violencia a las que las mujeres se enfrentan diariamente.

⁵⁶ ¿Sorpresa? No, al parecer sólo importa cubrir cuotas y hablar sobre la salud que de alguna manera tiene relación con el hombre.

⁵⁷ O hacer en realidad de la ciudad algo vivible en primer lugar, y luego disfrutable.

Ya que de no ser así, más que un impulso, es en realidad una forma más de institucionalizar la perspectiva de género en la planeación de manera subjetiva y por encima de las áreas que requieren una atención inmediata.

Podría parecer exagerado decir que hasta puede resultar peligroso para las mujeres y las acciones que tienen que ser llevadas en el espacio (a favor de estas), que se sigan trayendo a la mente temas como la iluminación y/o mantenimiento de los espacios. ¿Por qué? Si bien es importante que estos temas se tengan en mente para las autoridades de las alcaldías/municipios, la problemática ha escalado a todas las esferas de atención gubernamental lo largo de los años, y en más de una ocasión la respuesta del gobierno ha sido la implementación de programas vacíos con muy poca o nula reflexión del impacto en la vida de las mujeres.

Ejemplos podríamos poner muchos, desde los silbatos implementados en el 2016 por el Gobierno de la Ciudad de México y Miguel Ángel Mancera (que tuvieron un presupuesto de aproximadamente 11 millones de pesos⁵⁸), pasando por los más recientes como es el caso de Senderos Seguros, programa para el cual en el periodo del 2020 - 2022 se ha otorgado un presupuesto de 924,100,000 millones de pesos⁵⁹, y en el cual se contemplan como elementos *clave* para la generación de espacios seguros:

- rehabilitación de áreas verdes,
- banquetas con adoquines de material reutilizado,
- cámaras y botones de emergencia conectados al sistema de videovigilancia C5,
- iluminación,
- murales artísticos (puede verse un ejemplo en imagen #3)

⁵⁸ Dos años y 11 millones después, los silbatos anti-acoso no se han usado ni una vez, Plumas Atómicas, Gabriela Castillo 17/09/18. <https://plumasatomicas.com/noticias/cdmx/silbatos-antiacoso-pito-mancera-fracaso-resultados-dos-anos/>

⁵⁹ Información obtenida de nota de transparencia solicitada al Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales (2022).

Figura# 6. Mural Senderos Avenida 8, CDMX.



Fuente: Noticias pasajero 7, <http://www.pasajero7.com/inaugura-cdmx-sendero-seguro-camina-libre-camina-segura/>

Otro gran ejemplo dentro de la Ciudad de México son los vagones rosas dentro del Sistema de Transporte Colectivo Metro, Metrobús y Trolebús. Desde el año 2000⁶⁰, se implementó de forma oficial, que los dos primeros vagones de cada tren serían para el uso exclusivo de mujeres y menores de 12 años, en las líneas 1, 3, 7, 8, 9 y A. Para el 2007 se definió la asignación de un tercer vagón; y de tal manera se han sumado transportes donde se designa una sección especial y en algunos casos *exclusiva* para las mujeres. Lo anterior ha sido criticado por muchas personas, desde miradas que lo apuntan como discriminación del sexo masculino, hasta otras que lo miran como una medida meramente paliativa que no ha tenido manera de evolucionar con el tiempo.

De ninguna manera se pretende asumir que los vagones o algunas de estas medidas no tengan un impacto a corto plazo positivo en la vida de las mujeres, la verdadera pregunta es ¿cómo esto logra impactar en la sociedad que hoy en día somos? ¿Si los vagones rosas desaparecieran mañana, el acoso dentro del transporte se habría ya solucionado después de más de 20 años en operación?

Por su parte el Edo. de México en el año 2018, el gobernador Alfredo del Mazo lanzó el programa “Salario Rosa”, el cual hoy en día tiene dos versiones, el primero que va enfocado a las mujeres *vulnerables* y el segundo que busca *el desarrollo integral de las*

⁶⁰ ¿Desde cuándo y por qué hay vagones del Metro para mujeres?, El Universal, 08/03/2019 <https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/cdmx/desde-cuando-y-por-que-hay-vagones-del-metro-para-mujeres>

familias⁶¹. El objetivo de dicho programa es contribuir a elevar el ingreso económico de las mujeres de 18 a 59 años de edad que viven en el Edo. de México, que se encuentren en condición de pobreza y que se dediquen a las labores del hogar sin remuneración, además de ser madres, estar embarazadas y/o cuidar a una o más personas con alguna discapacidad. Esto a través del otorgamiento de una transferencia monetaria bimestral de \$2,400.00 MXN, así como capacitación para el desarrollo humano, comunitario y de emprendimientos. (DIF EDOMEX, 2023)

Alfredo del Mazo, asegura que El Salario Rosa es un apoyo que las mujeres pueden invertir en lo que ellas deseen, como la educación para sus hijos, **atender un problema de salud** o para generar más ingresos para sus hogares.

“Sabemos que está en las mejores manos, porque está en las manos de las mujeres, porque cuando un ingreso, o un apoyo le llega a las mujeres, lo invierten de la mejor manera, lo hacen rendir... lo invierten pensando en la familia, por eso sabemos que el Salario Rosa está en las mejores manos, porque está en las manos de ustedes de las mujeres” Alfredo del Mazo para los medios de comunicación, 2018⁶².

Sin embargo, en el año 2023 el presidente de la Comisión Electoral y de Desarrollo Democrático, Isaac Montoya Márquez, hizo hincapié en que este apoyo debería ser retirado en temporada electoral por *no tener un sustento más allá del electoral*.

Para el 2021⁶³ en todo el país, el valor del trabajo no remunerado respecto al PIB que llevan a cabo las mujeres realizando labores domésticas y de cuidados de la población de 12 y más años asciende a un 19.1% respecto al de los hombres que fue de 7.2%. Ahora bien, pareciera que la problemática de las amas de casa es entendida y que se pretende recompensar la gran labor de estas. Sin embargo, el programa se queda en una medida paliativa que no genera cambios estructurales en los sistemas educativos ni de salud para reconocer y dejar de vulnerar el tiempo y vida de las mujeres. Y hasta podría parecer que acepta la ineptitud de las autoridades para generar estos cambios, además de redirigir la

⁶¹ DIF, EDOMEX. Recuperado el 08/02/2023 de: <https://difem.edomex.gob.mx/salario-rosa-vulnerabilidad#:~:text=El%20Programa%20de%20Desarrollo%20Social,perciban%20remuneraci%C3%B3n%20y%20que%20se>

⁶² Alejandro Carrillo, 2018. Las mujeres siempre invierten el Salario Rosa en beneficio de sus familias: Alfredo Del Mazo. Periódico en línea “Péndulo Online”. Recuperado el 08/02/2023.

⁶³ INEGI Sistema de Cuentas Nacionales de México. Trabajo no remunerado de los hogares. 2021. Recuperado el 08/02/2023.

responsabilidad, una vez más, a las propias mujeres de atender y cuidar de su salud y de la de sus familias (entre otras cosas).

La realidad es que sin una red de equipamientos de salud que sea suficiente, accesible, de calidad y seguro para las mujeres que la habitan, estas seguirán siendo marginadas y segregadas a la hora de buscar atención médica o de cumplir con las impuestas tareas domésticas y de cuidados que hasta día de hoy tienen que seguir llevando a cabo.

En cuanto a los servicios de salud, la ubicación de estos tiene que fomentar la autonomía y la accesibilidad de las mujeres, priorizando los medios de transporte (y sus horarios) usados por estas, e impulsando políticas e instrumentos que busquen satisfacer de manera digna e integral un derecho.

3.4 La configuración geográfica del territorio como clave de la supervivencia del capitalismo global: implicaciones para las mujeres

Dentro de los efectos causados por el neoliberalismo, podemos reconocer la privatización de los espacios urbanos, el uso mercantilizado de la ciudad y la centralización de servicios y equipamientos. Este pensamiento funcionalista y racionalista que incide en el urbanismo simplifica la complejidad urbana y social, mientras que el sistema capitalista y patriarcal, que se beneficia a sí mismo, va resolviendo de manera paliativa los problemas que el propio sistema genera.

¿Pero cómo ha sido posible esta centralización de los servicios? ¿Cómo se ha dado lugar a esta separación de las actividades que se dan en el territorio? A lo largo de la historia se han construido y reafirmado dicotomías/dualidades en las que nos hemos acostumbrado a vivir, como lo son trabajo-casa, ciudad-campo, centro-periferia, público-privado. Y no ha sido coincidencia, estas dicotomías permiten que el capitalismo explote a las personas, defina y no permita el traslape de espacios ni de actividades.

Neil Smith (2008), expone al capitalismo como una economía muy particular ya que por una parte contiene o crea una clase que posee los medios de producción sin realizar ningún trabajo, y en el otro extremo una clase que sólo posee su propio cuerpo como base de la fuerza de trabajo, la cual es indispensable que se venda para subsistir.

Es esta misma configuración que ha permitido no sólo que el capitalismo siga existiendo, sino que a través del espacio se refuerce la separación de las clases y de los sexos. Engels

(1884) mostró que con el desarrollo de la economía de mercancías, «la familia» se había convertido en la «unidad económica de la sociedad». Sin embargo, su función económica ha poco a poco, dejado de ser la unidad económica de la sociedad, no por la *emancipación de la mujer*, sino porque el mismo capitalismo ha empezado a desarticular dicha unidad, esto al necesitar cada vez más la integración a las mujeres en la fuerza de trabajo y transferir las ganancias generadas dentro de la familia a los espacios laborales y a los lugares públicos de trabajo.

Como pudimos ver en el apartado de características económicas (ver tabla #14), las mujeres se encuentran en una desventaja, ya que el trabajo *formal* ha sido confinado a la esfera de lo público, lo cual ha desvinculado de los deberes del hogar a los hombres que han estado por excelencia en el espacio público, fuera de los hogares. Se ha reforzado por generaciones que las encargadas de todo lo doméstico son las mujeres, pero esto no las ha excluido del trabajo fuera de casa, y en muchas ocasiones dentro de esta misma.

Para el año 2020, se estima que en México de las 21.8 millones de mujeres que se encuentran dentro del sector económicamente activo, sólo el 56% cuentan con un empleo *formal*⁶⁴. Por lo tanto no sólo es importante que las mujeres se incorporen al mercado laboral, sino que lo hagan en las mejores condiciones posibles.

⁶⁴ Casi el 50% de las mujeres en México trabajan en la informalidad: INEGI (2022) Cristina Herrera. tinyurl.com/54apsrep

Tabla #14 Características económicas.

Variables	2010		2020	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Población Económicamente Activa (PEA)	31.96%	57.00%	44.18%	61.81%
Población Económicamente Inactiva (PEI)	48.22%	20.76%	40.05%	20.77%

Fuente: Elaboración propia en base al Censo 2010 y 2020 INEGI.

Es a través del estado y el sistema jurídico, que se organizan y controlan las formas en las que las personas viven, el ejemplo más claro es la familia ya que a través de esta ha logrado perpetuar la opresión de las mujeres con legislación en temas de matrimonio, divorcio, aborto, herencia, entre otros.

“La esclavitud salarial, las desigualdades y la base clasista de posesión de propiedades que definen el proceso de producción son disueltas en el mercado, donde el comprador y el vendedor se presentan como iguales. Todos somos consumidores. Con el consumo de masas, la publicidad, la televisión... La ideología burguesa establece la más exitosa separación entre la conciencia y el proceso de producción directa. Donde resulta más exitosa, como en los Estados Unidos, esta separación conduce a la conclusión de que las diferencias de clase ya no existen, pues en apariencia todos forman parte de la clase media.” (Neil Smith, 2020, pp 84-85).

Smith expone que es el cómo se nos presenta la información desde los gobiernos, hasta de los medios de comunicación y redes sociales es clave para que las mujeres a través de este discurso de perspectiva de género, instrumentos sin causa y datos sin contexto creamos que hemos alcanzado una igualdad que nos ha sido casi **otorgada/donada/dada desde la caridad**, cuando en realidad las mujeres a lo largo de los siglos han tenido que luchar por todos y cada uno de sus derechos, además de que estos siempre se pondrán en peligro ante cualquier disputa política o moral, como bien nos lo recuerda Simone de Beauvoir (1908-1986): **“No olvidéis jamás que bastará una crisis política, económica o religiosa para que los derechos de las mujeres vuelvan a ser cuestionados. Estos**

derechos nunca se dan por adquiridos, debéis permanecer vigilantes toda vuestra vida”.

En este sentido, los patrones espaciales surgen de las relaciones de poder que se dan en este, entonces estas determinan normas y actividades que no sólo buscan dictar sobre lo legal sino sobre lo social y lo espacial per se; se pretende delimitar a quién pertenece un lugar y a quien no, quien tiene derecho de usar o **no** un lugar o servicio.

¿Cómo surgen estas relaciones de poder? ¿De dónde vienen?

Cindi Katz (2001) presenta que la primera evidencia de la globalización es la reestructuración económica, y propone que esta se basa en el desarrollo desigual, ¿por qué? porque son clave para lograr la acumulación de capital. Es a través de la reestructuración que se logra movilizar el capital, en regiones y clases sociales, que este mismo ha propiciado.

Por ejemplo, en 1995, se llevó a cabo el “rescate” económico de México con las políticas monetarias sugeridas por el Fondo Monetario Internacional (FMI), dentro de las cuales se definió la eliminación de subsidios alimentarios, y se apostó por una economía basada en la exportación, el famoso modelo de sustitución de importaciones. Sin embargo, se comprometió el ingreso del país, lo cual ha sido fuertemente cuestionado ya que las personas pobres y en peores condiciones son aquellas que cargan con el costo económico que esto significó.

Katz (2001), ejemplifica con el caso de Howa (Japón), donde las condiciones socioeconómicas que azotan las comunidades más vulneradas, hacen que las familias tomen decisiones que ponen en desventaja a las mujeres y niñas de las comunidades, en este caso la necesidad de que alguien recoja madera, busquen agua, cuiden a las infancias, y se atiendan los quehaceres del hogar, las cuales por el orden patriarcal se les son asignadas a las niñas⁶⁵. Y fueron estas decisiones, impulsadas por la crisis económica, que reforzaron las desigualdades entre mujeres y hombres, niñas y niños.

⁶⁵ Menos del 5 por ciento de las niñas de Howa entre siete y doce años asistían a la escuela a principios de la década de 1980. (Katz, 2001)

“Da por sentado que el espacio es tanto el portador como el reforzador de las relaciones sociales, y que si estas relaciones han de cambiar, también deben cambiar sus fundamentos materiales.” Katz, 2001 pp 1231.

Sumado a lo anterior, Doreen Massey (2004) nos presenta la globalización como un fenómeno que atraviesa las relaciones espaciales y de poder en la actualidad. Para empezar ¿qué es la globalización?

Se relaciona a la globalización con la desaparición del Estado de bienestar y la entrada de un nuevo modelo económico a la sociedad, el neoliberalismo. Esto se ve reflejado en la competencia dentro del mercado mundial, que trae consigo la pérdida de empleos, la precarización laboral, la pérdida de la seguridad laboral y una nueva forma de pobreza. A esto se le suma, una creciente desigualdad e inseguridad en las ciudades. En los peores escenarios es reconocida como la pérdida de poder de las y los ciudadanos, la despolitización y el retroceso de la democracia. Sin embargo, hay personas que encuentran en la globalización una era de riqueza y crecimiento con oportunidades para nuevos actores (Bodemer, 1998).

La realidad de la globalización es que tiene un origen local, dentro de los barrios de las ciudades, y estos llegan a llamarse globales por las relaciones *globales* de poder en las cuales se encuentran inmersos. Esta idea de globalización se ha visto acompañada de un proceso de desterritorialización, que busca gestar imágenes de lugares sin raíces en la tierra, aunque sabemos muy bien que todo proceso tiene sus bases en lugares y locaciones específicas (Massey, 2012).

Y a la par de entender la importancia de territorializar la problemática también es clave, rescatar que la globalización tiene diferentes matices para las diferentes clases, por lo tanto, cada forma de globalización tiene consecuencias territoriales distintas, hoy en día la globalización neoliberal es dominada por el sector financiero.

La globalización, explica Massey (2012), plantea que permite que existan dos verdades casi indiscutibles, que son manejadas completamente por separado. Dicotomías que son en extremo contradictorias, pero que así funcionan y son reforzadas a través de las políticas, con las cuales se *predica* la libertad espacial y el derecho al propio lugar, pero que funcionan sólo a favor de los que ya tienen algún tipo de poder.

“...tenemos perros rastreadores para detectar a personas ocultas en las bodegas de los barcos, personas muriendo al intentar cruzar el Río Grande, y botes cargados de personas que intentan «buscar las mejores oportunidades» hundiéndose en el Mediterráneo.” Massey (2012)

Las diferencias se buscan desvanecer cuando de derechos se habla, esperando que la mayoría nos sintamos conformes con los servicios/artículos/situaciones a las cuales tenemos acceso. Sin embargo, cuando se lleva a cabo un análisis medianamente exhaustivo enfrentaremos que las diferencias se han ido marcando más y más para sostener el modelo económico que beneficia a unos cuantos.

Específicamente en el caso de la planeación urbana y sus consecuencias en la vida de las mujeres, Cecilia Tacoli (2013), expone que esta es comúnmente entendida y reproducida como algo de tinte totalmente técnico y apolítico, a pesar de que los resultados de la planeación tiene un fuerte impacto en la perpetración de la segregación socioespacial, y desde el transporte hasta la localización de los equipamientos refleja diferencias de ingresos, educativos y de género.

3.4.1 Feminización de la pobreza

El concepto “feminización de la pobreza”, fue acuñado en los EUA hacia finales de los años 70 's. Varias autoras⁶⁶ coinciden en atribuir la primera mención del mismo a un trabajo de la investigadora Diana Pearce, de 1978, titulado: *The feminization of poverty: Women, work, and welfare*, (La feminización de la pobreza: Mujeres, trabajo y bienestar).

La realidad es que distintos organismos, como el Banco Mundial que tiene evaluaciones sobre pobreza basadas en los estándares de vivienda para 76 países, sin embargo, los datos que resultan de estos no vienen desagregadas por sexo (Moghadam, 2005).

Diana Pearce (1978) se pregunta “¿Cuáles son las consecuencias de ser mujer que resultan en tasas más altas de pobreza?”, analiza la posición desigual en que las mujeres se encuentran para obtener ingresos y seguridad laboral por la participación que tienen en el mercado formal, así como las formas en que los programas de ayuda gubernamental

⁶⁶ CHANT, S. (2003) *Dangerous Equations? How Female-headed Households became the Poorest of the Poor: Causes, Consequences and Cautions.*
MOGHADAM, V. (2005) *The “Feminization of Poverty” and Women's Human Rights.* SHS Papers in Women's studies/Gender Research, n. 2, Jul. Paris: UNESCO.

reproducen e institucionalizan estas desventajas frente a las situación de pobreza que las mujeres enfrentan.

Para Medeiros y Costa (2008), la “feminización” de la pobreza representa un cambio en los niveles de pobreza, que evidencia una tendencia en contra de las mujeres y/o de los hogares con jefatura de mujeres. Y exponen que lograr una definición exacta, depende de entender dos conceptos complejos: ¿Qué es la pobreza? y ¿Qué es la feminización? Se aclara que la palabra feminización define la acción de ser “más común o extendido entre las mujeres”.

Ahora bien al hablar de pobreza es importante identificar y contextualizar el tipo de pobreza al que se hace referencia en estas afirmaciones, dónde generalmente la pobreza se relaciona a aquella por ingresos y análisis que se dan por medio del análisis de agregados estadísticos (Aguilar, 2011). En este sentido, Sylvia Chant (2005) critica que el ingreso económico sea el principio fundamental al hablar de la feminización, lo cual deja de lado la producción académica sobre el carácter complejo de la pobreza en términos objetivos y subjetivos, así como la discriminación de las mujeres (Tabla #15); ya que este énfasis se ha prestado para el descuido analítico de otras dimensiones de la pobreza y la marginación de las mujeres.

Como ya se mencionó anteriormente, Marcela Lagarde (1996) nos recuerda la importancia del uso generalizado de la categoría de género, como sinónimo y reemplazo *políticamente correcto* de la categoría mujer, y que esto juega como un elemento para reforzar las imprecisiones del análisis. En este sentido, el análisis de la *feminización* de la pobreza incluye el aumento de la proporción de mujeres entre la población pobre, pero se deja de fuera todas las relaciones de poder entre mujeres y hombres en el interior de los hogares, y en todas las demás esferas de la vida de las mujeres que construyen estas condiciones desiguales de vida (Aguilar, 2011).

El efecto marginal más fuerte sobre la probabilidad de acceso a los servicios de salud fue el desempleo, seguido por la educación superior (secundaria y profesional), y de las características socioeconómicas. Cuando Cruz y Licona (2021) presentan los escenarios de su investigación, se enfatiza que características como el sexo, la condición de pobreza, el ámbito de residencia y si la persona habita en un hogar indígena hacen que la probabilidad estimada de que se vulnere su acceso a la salud aumente. Se presenta que el

mejor escenario encontrado es el de un hombre no indígena, no pobre y que habita en un ámbito urbano, para el cual la probabilidad estimada de acceso a la salud es de 69.2%. En contraste con el 35.1% del **peor escenario**, correspondiente al de una **mujer** indígena, pobre por ingresos y que habita en un ámbito rural (Cruz y Licona, 2021).

Tabla #15 Porcentaje de población con ingreso menor a la línea de pobreza por ingresos, para el 2020.

Variable	2020	
	Hombres	Mujeres
Población con ingreso superior a la línea de pobreza por ingresos	47.76%	47.05%
Población con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	52.24%	52.95%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENIGH 2020.

Nota: sólo se obtuvieron datos para el 2020 ya que esta categoría no estaba contemplada en el cuestionario 2010.

A lo largo de este tercer capítulo, podemos rescatar como las posturas de los autorEs varones como Vön Thünen, Lösch y Christaller, han sido replicadas sin cambios y para todos los lugares del mundo, y se han utilizado para explicar el crecimiento de muchas de nuestras ciudades, las cuales en realidad son diferentes entre ellas, desde la historia que les antecede, hasta su ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas. La política ha utilizado estas herramientas e instrumentos, que priorizan las geometrías circulares y hexagonales para la explicación de los servicios y que usan las centralidades y la distancia como elementos fundamentales del análisis, dejando de lado la experiencia de las usuarias/os, así como los análisis complejos que se pueden realizar al respecto (Filipe y Ramírez, 2021).

Es de suma importancia rescatar, que la perspectiva de género dentro de la planeación, si bien es necesaria para seguir repensando nuestras ciudades y territorios, no es válido su uso para legitimar discursos políticos que no contemplen la perspectiva feminista. Ya que en lugar de brindar luz a las problemáticas que aquejan a las mujeres (más de la mitad de la población) siguen perpetuando e impidiendo cambios estructurales que son indispensables para erradicar la discriminación y la violencia hacia estas. Igualmente,

importante es reconocer que el cambio no puede y no debe estar en la securitización del espacio público, ni en su mantenimiento, ya que el problema que existe es uno que se ha acarreado por años, y que necesita una valoración profunda.

La realidad que enfrentan las mujeres de la ZMVM para poder acceder a la salud, es que si no existe una red de equipamientos de salud que sea suficiente, accesible (espacial y económicamente), de calidad y segura para ellas, sólo seguiremos perpetuando su marginación. Cuando el sistema de salud en México se instauró, fue formado con políticas de distribución que fomentaban una movilidad lineal, contraria totalmente a la movilidad *poligonal* que tienen la mayoría de las mujeres.

De igual manera, es clave comprender que las ciudades per sé no son las generadoras de la discriminación socio-espacial, ni de la violencia hacia las mujeres. Si no, los procesos de urbanización y las personas tomadoras de decisiones, lo cual puede agravar los factores de riesgo para las mujeres, vulnerando más a estas.

El contexto sociopolítico que nos envuelve es capitalista, de corte neoliberal y al mismo tiempo patriarcal y sexista, por tanto es necesario, entender que los centros urbanos son capaces de proveer de manera equitativa e igualitaria, acceso a los servicios y recursos que las mujeres necesitan para ser personas autónomas y tener una vida libre de violencia. Y a la par, es necesario idear y formular herramientas, políticas, instrumentos y teorías que nos permitan lograr estas metas dentro de nuestras ciudades y para todas sus ciudadanas.

Doreen Massey (2012) nos recuerda que el capitalismo sigue vigente hoy en día a través de la fragmentación del espacio físico y social que vivimos a diario, creando división entre las personas por todas las características que nos enriquecen como sociedad. Y es esta vigencia lo que permite que a día de hoy, las mujeres sigamos siendo un grupo de atención prioritaria y mal llamado *vulnerable*, pero que si existimos en una desventaja económica, educativa y política.

Capítulo IV. La división sexual del trabajo como obstáculo en el acceso a servicios de salud por parte de las mujeres

“Danger and drudgery - el peligro y el trabajo penoso” McDowell & Massey (1984)

En este último capítulo se pretende hacer una recapitulación de lo analizado en los capítulos anteriores, y establecer cuáles fueron los alcances, límites y nuevas rutas que surgen de la presente investigación a título de conclusiones. Ello, no sin antes esbozar qué es la división sexual del trabajo y cómo esta tiene una gran incidencia en la vida de las mujeres, en específico a lo que se refiere al acceso a la salud. Lo anterior, con el objetivo de posicionarme y formar un eje que guíe los cuestionamientos de cada capítulo, ya que es un eje transversal al tema de investigación en todas sus dimensiones. Desde el trabajo de las geógrafas feministas Linda McDowell y Doreen Massey, la psicóloga Ester Kandel y la socióloga Claudia Anzorena, se irá desglosando este concepto a la par de integrarlo en las conclusiones de este trabajo, partiendo los hallazgos obtenidos.

Como se ha establecido con anterioridad, existen dicotomías que se han perpetuado y reforzado constantemente en la vida de las mujeres y de las ciudades mismas, una de las más significativas es la de hombre-mujer⁶⁷. ¿De dónde viene? Desde el espacio familiar hasta el espacio laboral, esta división ha permeado siglos. McDowell y Massey (1984) lo ejemplifican a partir de las dinámicas que se vivían en las mineras de Durham, donde los hombres eran quienes arriesgaban la vida al tener un trabajo peligroso y las mujeres no tenían muchas más opciones que ocupar la mayoría sino es que todo su tiempo en los quehaceres del hogar, ya que los trabajos para las mujeres eran pocos y los que existían eran mal pagados.

“Me voy a la cama sólo los domingos en la noche” dice la esposa de un minero; “mi esposo y mis tres hijos tienen todos diferentes turnos, y alguno de ellos está entrando o yéndose de casa y requiriendo una comida cada tres horas de las veinticuatro que tiene el día” (Webb, 1921, pp 71-2).

⁶⁷ Estas dicotomías las menciona Simone de Beauvoir en el Segundo Sexo, a las que añade en esa diferenciación Cultura/Naturaleza; Mente/Cuerpo; Razón/ Emoción; Sujeto/Objeto, siempre en asociación entre hombre y mujer.

Desde un punto de vista histórico, Kandel (2006), revisa que la estructuración de la división sexual del trabajo (trabajo remunerado/trabajo no remunerado) tiene su origen a la par que el capitalismo, y destaca que la relación salarial no hubiera sido posible si el trabajo *doméstico*, no remunerado no hubiera existido.

Pero este no era el único escenario posible, en otros espacios donde había trabajos que eran destinados a las mujeres por su mano de obra *más delicada*, posteriormente también fueron arrebatados de ellas, mismos que más tarde se denominaron de trabajo especializado cuando quien lo llevaba a cabo era un hombre. McDowell y Massey (1984) también mencionan que, en el caso de las fábricas algodoneras, cuando eran mujeres y niñas/os quienes eran empleadas para llevar a cabo las labores, mientras que los hombres estaban desempleados, estos últimos fueron organizándose para no perder los privilegios que el ser hombre conllevaba. *“La permanencia de los privilegios de los hombres frente a la amenaza que el empleo de las mujeres representaba, fue consciente y organizado”* (McDowell & Massey, 1984: pp 200). Entonces sucedió, se habían gestado intereses en común entre todas las clases de hombres⁶⁸ quienes cooperaron para reducir el trabajo infantil y de mujeres, así como limitar la duración de la jornada laboral”.

El binomio que prevaleció por miles de años donde lo público era sólo para los hombres y lo doméstico/privado era responsabilidad de las mujeres, fue poco a poco cambiando, pero no bajo un criterio de equidad e integración de las mujeres a la esfera pública, sino más bien por necesidad y en pro de la supervivencia (una vez más) del capitalismo. Además de que esta incorporación fue en completa desigualdad, donde no sólo percibían salarios inferiores, había una brecha de experiencia y los hombres en más de una ocasión se opusieron a que las mujeres ocuparan lugares que no les *correspondían*. Incluso podemos constatar que la inserción de la mujer en la “vida pública” a través del mercado laboral se da en un contexto de mayor violencia y subordinación, por lo cual los límites entre lo público y lo privado no se diluyen sino más bien se acentúan.

La sociedad heteropatriarcal ha establecido y asegurado en el tiempo y el espacio a través de su reconfiguración, los roles que deben asumir las mujeres en el seno de la familia y de la sociedad, como procreadoras y responsables de todos los trabajos domésticos, y ahora también responsables de aportar a la economía familiar **sin descuidar sus labores**

⁶⁸ representados por los sindicatos y el movimiento cartista (Hall, 1982, 25).

de mujer y/o madre. Marta Roldán (2000) afirma que “la subordinación del género femenino en las prácticas y representaciones de la organización de toda práctica de trabajo no ha desaparecido, sino que continúa y posiblemente se haya exacerbado en el transcurso del pasaje”. O sea, que la práctica laboral de las mujeres se da en contextos de violencia, precarización y elevada marginación, que en lugar de mejorar sus condiciones de vida la explota más.

A partir de lo anterior podemos cuestionar a modo de ejemplo ¿Cuál es la diferencia entre las mujeres en los campos de algodón de hace más de 50 años y las cosechadoras de fresa migrantes en EUA, de la actualidad? Parece ser que ninguna, pero las consecuencias de esa inserción se han exponenciado.

Figura #7 y #8. Mujeres en el campo en diferentes épocas.



Fuente: Retrato de la mujer rural a lo largo de la historia, Laura de Grado Alonso, 15 octubre, efeminista (2020)



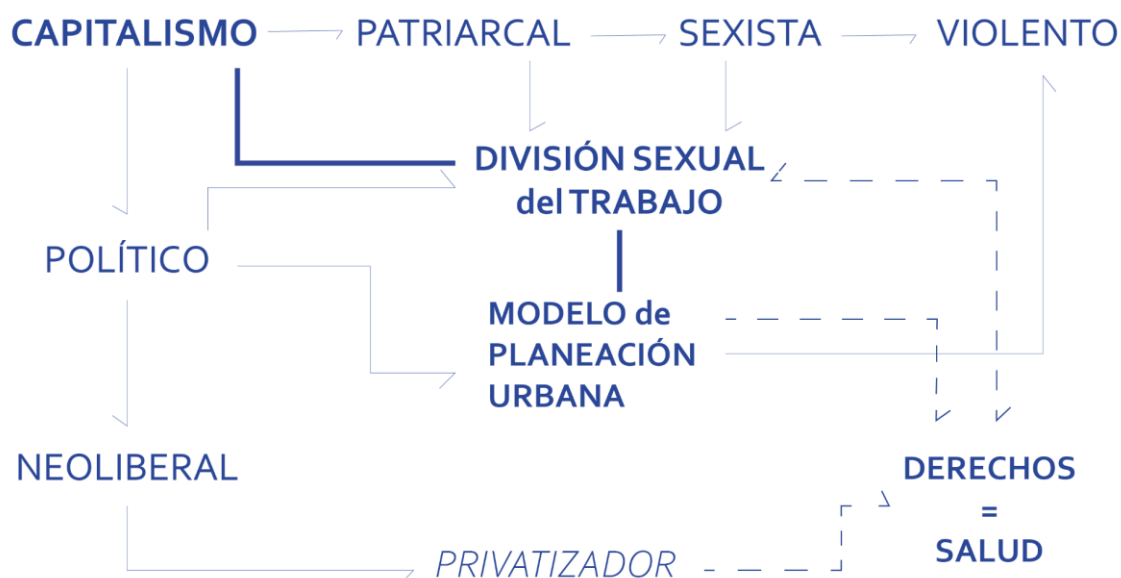
Mujer pisando fresa en Salinas California 2021. Facebook (2021)

El cuestionamiento nos regresa al inicio de los planteamientos que impulsaron esta investigación ¿En qué medida la geografía del desarrollo desigual, desde una mirada feminista, determina las condiciones bajo las cuales las mujeres de la ZMVM acceden (o no) a los servicios de salud? ¿Y cómo la distribución de los servicios de salud toma en cuenta la geografía espacial de las mujeres⁶⁹? Es a través de la teoría feminista y la teoría del desarrollo desigual que hemos recorrido una ruta crítica, donde existen cuatro dimensiones que nos han permitido profundizar en el análisis del problema y establecer directrices que están en la base. Las cuales no se excluyen entre sí, si no que se entrelazan e integran.

⁶⁹ Pensada desde el acceso a los servicios públicos, centros de trabajo, etc.

1. Política - Espacial (planeación urbana e instrumentos)
2. Política - Económica
3. Sexual
4. De derechos (normativa)

Figura #9. Esquema de análisis



Fuente: elaboración propia

Este esquema (imagen #7) es una síntesis de la estructura relacional que se generó al entretrejer los conceptos del capitalismo, la división sexual del trabajo, los modelos de planeación urbana y el derecho a la salud. Donde el carácter político y neoliberal del capitalismo se relaciona con la división sexual del trabajo mediante su naturaleza patriarcal, sexista y violenta; y el cómo convergen con los modelos de planeación urbana a la hora de influir en el cómo las mujeres hacen valer su derecho a la salud.

A razón de la interconexión de estas dimensiones, los siguientes apartados responden en parte al capitulado de la tesis y en otra a las dimensiones ya mencionadas. Se presentan entonces, un conjunto de reflexiones desde la teoría feminista, el desarrollo desigual y la división sexual del trabajo, pasando por los siguientes temas: el espacio y sus políticas, la desigualdad en oportunidades laborales, la violencia cómo un tópico en el cual se tenía que reparar para hacer algunos apuntes específicos, y la política de salud hacia las mujeres.

4.1 El espacio como herramienta política de discriminación y desigualdad hacia las mujeres

A lo largo del capítulo 1 y 3 analizamos información cuantitativa (bases de datos) e investigación bibliográfica, que nos permitió ver que en el territorio existen patrones espaciales en la distribución de los servicios de salud, los cuales no son una casualidad si no el resultado de la toma de decisiones del estado que favorecen los intereses de algunas personas. La tendencia más marcada dentro de la ZMVM es la centralización con una inclinación hacia el poniente, de los servicios de salud.

En el 1er capítulo podemos reconocer que las normas bajo las cuales fue instaurado el sistema de salud tiene más de 30 años sin actualizarse, ni ha buscado una mejora en su estructura, muchas veces justificado por el abandono que existe por parte del estado hacia el derecho a la salud, aunque la privatización y el beneficio de las empresas privadas han sido entes beneficiados de este cambio.

Es de suma importancia recordar que el espacio y la localización de los servicios es clave a la hora de determinar el acceso y la calidad de los mismos por parte de las mujeres, la dotación de equipamiento médico puede ser utilizado como una estrategia para asegurar la protección de la salud, por lo que sí existe un desabasto de estos, los resultados se trasladan como factores agravantes y perjudiciales para la salud de todas.

Espacialmente, la distribución de los servicios de salud evidencia la falta de acceso y cercanía que tienen las zonas donde existe más población de mujeres dentro de la ZMVM. Además se acentúa el desabasto en las zonas más pobladas, de menor jerarquía económica así como las zonas rurales.

Esto se relaciona fuertemente con la planeación urbana y la distribución de las actividades en el territorio, ya que en el modelo de ciudad de mitad del siglo XX la meta era la separación de los espacios de trabajo y la casa, así como la separación de las actividades que hombres y mujeres llevan a cabo día a día; que dio como resultado las famosas ciudades dormitorio, modelo transnacionalizado desde estados unidos y que tuvo como

resultado más de 5 millones de viviendas abandonadas en México⁷⁰ por su poco funcional localización.

A partir de lo anterior, y de los datos empíricos, en el tercer capítulo se revisaron las teorías hegemónicas coloniales que se siguen enseñando hoy en día a la hora de hablar de distribución espacial y modelos urbanos, con autores como Vön Thünen, Lösch y Christaller. Sus teorías han sido replicadas sin una adaptación ni modificación para los diferentes lugares y actividades y derechos que se pretenden satisfacer a través de la planeación. Son explicativas de los modelos urbanos sin contexto. Es la política urbana que permite y perpetúa, a través de la utilización de herramientas e instrumentos como la zonificación y los radios de influencia, una priorización de las geometrías circulares y hexagonales donde las centralidades y la distancia lineal son elementos determinantes de la disposición espacial, que invisibiliza la experiencia de las usuarias/os, así como la movilidad ahora llamada poligonal que tienen las mujeres al hacer más de dos recorridos en su día a día.

En los últimos años se ha buscado incorporar la perspectiva de género en la planeación urbana, que es fundamental para cambiar la estructura que sigue oprimiendo a las mujeres, pero que lamentablemente ha sido usada para legitimar discursos políticos que no contemplan la perspectiva de las mujeres y la gran diversidad que dentro de la categoría mujer se comprende. Hoy en día, se siguen perpetuando e impidiendo cambios estructurales que son indispensables para erradicar la discriminación y la violencia hacia las mujeres, y en muchas ocasiones es el mismo sistema político que define la política urbana y los modelos a usar que son violentos per se (McDowell, 1989).

De no existir una red de equipamientos de salud que satisfaga las necesidades y cumpla con el derecho a la salud de las mujeres, sólo se seguirá perpetuando su marginación. Vale la pena recordar que las ciudades por sí mismas no son las generadoras de la discriminación socioespacial, ni de la violencia hacia las mujeres, pero lo son los procesos de urbanización, las actoras y actores políticos, y las políticas que se siguen aplicando que no contemplan a las mujeres y las actividades que desempeñan.

⁷⁰ Casas abandonadas en México: por qué hay 5 millones de viviendas deshabitadas en el país, Animal Político (2019) shorturl.at/chzFX

4.2 Desigualdad en las oportunidades laborales: por lo tanto, desigualdad en el acceso a la asistencia social y el derecho a la salud

Me parece pertinente establecer que el espacio y la manera en que este es organizado fomenta un acceso desigual a oportunidades laborales y de servicios básicos, sin embargo, existe también una estructura política y socioeconómica que respalda y recrudece estas diferencias. Por lo tanto es clave entender cómo es que este contexto sociopolítico, económico y neoliberal forma parte de los factores determinantes del acceso que tienen las mujeres a una salud digna y oportuna.

En el capítulo 3, establecimos que es en el marco del capitalismo global y neoliberal, que se desarrolla una idea de estado mucho más desobligada de la cobertura de los servicios básicos, por la entrada de las políticas neoliberales. En México, es en la década de los ochentas que se suma a la *modernidad* en la cual se incorpora un modelo de mercado abierto, que busca reconfigurar todas las relaciones⁷¹ que el estado tenía con sus habitantes. Entonces con este nuevo modelo incorporado en la política económica del país, las condiciones laborales también son modificadas y el trabajo formal se ve deteriorado con lo cual muchas más personas deciden apostar por el trabajo informal. (Medina & López, 2019)

Lo anterior deja como resultado un gran número de personas fuera de la *formalidad* por lo tanto fuera de la posibilidad de acceder a la derechohabencia dentro de algún instituto del estado que provea por su salud. Si bien existen programas como Seguro Popular, ahora INSABI, para poder lograr la afiliación y cobertura universal y efectiva, esta cobertura universal a los servicios de salud se ha estancado en la afiliación de la población bajo grandes problemas de infraestructura y recursos humanos, lo que sí se logró fue crear un mercado ideal para empresas privadas que podrían *subsananar* las faltas del estado en materia de salud.

⁷¹ Como el conjunto de instituciones, normas, políticas, programas, servicios y recursos públicos empleados por el Estado para contribuir al ejercicio pleno de los derechos a la seguridad social, la salud, la educación, la vivienda y la alimentación; entre otro tipo de relaciones.

“El desempleo, el subempleo, el deterioro salarial y el desmantelamiento del sistema público de protección social, aunado a la privatización del sistema de pensiones conforman un contexto adverso para la garantía de derechos.” (Medina & López, 2019, pp 2589)

Pero esta serie de eventos desafortunados para las y los trabajadores no se detiene ahí, con la firma del Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLCAN) en 1994, Medina & López, (2019) exponen como a raíz de esto se busca (y logra) acelerar la flexibilización del trabajo con propuestas de salarios por hora, simplificación de la conclusión de contratos, jornadas laborales flexibles y adecuación de prestaciones económicas a la capacidad de las empresas.

Por ejemplo, en México a este año (2022) se destina el 3.03%⁷² del PIB para la función pública de la salud, del cual se desglosa en los siguientes ramos:

- IMSS: \$356, 940.22 MMDP
- SALUD: \$185, 989.45 MMDP
- Aportaciones federales: \$117, 537.35 MMDP
- ISSSTE: \$69, 586.00 MMDP
- PEMEX: \$60, 967.39 MMDP
- SEDENA: \$7, 339.37 MMDP
- SEMAR: \$2, 944.23 MMDP

De las cuales, las principales partidas presupuestarias para la función educación⁷³:

Para atención a la salud	\$ 337, 596.33 MMDP
Para el Instituto de Salud para el Bienestar	\$ 103, 366.79 MMDP
Para actividades de apoyo administrativo	\$ 93, 280.34 MMDP
Para atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral	\$ 77, 572.69 MMDP
Para dirección general de programación y presupuesto “A”	\$ 51, 739.49 MMDP
Para centro nacional para la salud de la infancia y la adolescencia	\$ 28, 825.17 MMDP
Para programa de vacunación	\$ 28, 734.34 MMDP

⁷² <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ASS-13-21.pdf>

⁷³ de acuerdo al documento <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ASS-13-21.pdf>

Para programa IMSS-PROSPERA	\$ 23, 689.94 MMDP
Para suministro de claves de medicamentos	\$ 19, 495.52 MMDP

Mientras que otros países⁷⁴ destinaban más o menos en salud que México;

- en Alemania el gasto público (gp) en salud aumentó al 11.02% de su PIB para 2021, para 2019 10.91%,
- en EUA el gp en salud aumentó al 15.95% de su PIB en 2021, para 2019 13.81%
- en Argentina el gp en salud disminuyó al 5.95% de su PIB en 2021, para 2019 5.97%
- en Francia el gp en salud creció al 10.34% de su PIB en 2021, para 2019 9.27%
- en España el gp en salud creció al 7.85% de su PIB en 2021, para 2019 6.45%
- en Reino Unido el gp en salud disminuyó al 9.9% de su PIB en 2021, para 2019 9.92%
- en Suiza el gp en salud aumentó al 8.22% de su PIB en 2021, para 2019 7.54%
- en Chile el gp en salud fue del 9.1% de su PIB en 2021.

Esta estructura exhibe los intereses del estado frente al esquema de salud, al mismo tiempo que evidencia que a pesar de que las mujeres somos históricamente un grupo marginado y segregado no somos un tema prioritario a la hora de crear estrategias y partidas presupuestarias que pongan en primer lugar nuestra salud, que es la salud de todas y todos. Y es esta misma, la que permite que la división sexual del trabajo tenga un impacto tan grande a la hora de que las mujeres:

1. busquen un empleo formal; y
2. busquen acceder a la seguridad social y por medio de esta a los servicios de salud.

Aunque necesaria, la inserción laboral de las mujeres fue y es en total desventaja en relación a los hombres, por ejemplo, por el aumento de los costos sociales de la maternidad; un acceso al mercado laboral limitado por la tecnificación y cualificación necesaria, de tal manera que las mujeres enfrentan un estado desapegado de sus responsabilidades mientras buscan el bienestar familiar.

En el capítulo 2 revisamos la estructura institucional que tienen las afiliadas y afiliados, donde dimos cuenta de que instituciones tienen más afiliadas mujeres que hombres, lo cual se puede ir entretejiendo con la información recabada sobre sus características

⁷⁴ Todos los datos aquí expuestos fueron obtenidos de la siguiente fuente: <https://datosmacro.expansion.com/estado> (Recuperados el 02/10/2022)

económicas donde vemos que las mujeres incorporadas a la PEA son muchas menos que los hombres, y de estas las que tienen acceso a un seguro de salud son aún menos.

Para muchas mujeres, la familia no es sólo un espacio donde se producen las relaciones sociales opresivas o, menos aún, donde únicamente se realiza un trabajo doméstico, sino también un terreno de realización personal a través de la satisfacción que proporciona el amor romántico y la relación con los hijos y otros familiares dependientes. Y lo mismo podría decirse de la seguridad social, ya que si, por una parte, refleja la dependencia femenina del hombre, por otro, dispone de políticas y programas que brindan apoyo a las mujeres y a sus hijos, y proporcionan a muchas de ellas la oportunidad de un trabajo remunerado (Pateman, 1989).

Además, un hallazgo importante de la investigación es que se dio luz a un tema de total relevancia que es la **dependencia** que existe por parte de las mujeres a otra persona (normalmente a un hombre) para poder tener acceso a un seguro de salud, pero también la dependencia que el mismo estado genera a los programas sociales que no terminan por dar autonomía a las mujeres para ejercer sus derechos.

4.3 Más allá de una consulta médica: violencia hacia las mujeres en los servicios de salud y otros espacios

“En todo el planeta tierra la gente sufre y realiza violencia una sobre otra. Las mujeres tienen el dudoso triunfo de soportar un índice muy elevado de violencia justo por una razón que no pueden cambiar: porque son mujeres.” (Amelia Valcárcel, 2007, pp 401.)

El tema de la violencia fue nombrado en algunas ocasiones a lo largo de esta investigación, pero al hablar de un sistema capitalista y heteropatriarcal, que además es sexista y por lo tanto violento, hace que hablar sobre violencia en esta, una tesis sobre y para las mujeres, sea obligatorio además de necesario.

En primer lugar, quiero enlistar y detallar brevemente algunos de los tipos de violencia a los cuales las mujeres nos enfrentamos, para poder reconocerlas y nombrarlas cuando las encontremos en nuestro día a día, así como a la hora de realizar investigación. Esto reconociendo que como tal este reconocimiento es en muchas ocasiones doloroso y complejo, en gran parte por la normalización tan grave que hay de la violencia. Sin

embargo, sumamente necesario para darle un nombre y reconocer y abrazar los sentimientos que puede traer consigo la violencia (M.O.F.A. et al. 2021).

1. **Económica:** se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de las percepciones económicas de las mujeres. Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de otorgar salarios menores por la misma labor, y dejar toda la carga del trabajo de cuidados sin remuneración.
2. **Estructural:** procesos de estructuración social desde el patriarcado, que se replican desde la escala pública, sistema-mundo, hasta los que se producen en el interior de las familias o en las interacciones interindividuales y perpetúan ideas de supremacía masculina sobre las mujeres, intentando justificar la opresión.
3. **Familiar:** Es el acto abusivo de poder u omisión intencional dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato, o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.
4. **Feminicida:** forma extrema de violencia contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres.
5. **Física:** todo acto de violencia no accidental que hace uso de la fuerza física o algún tipo de arma u objeto contra la mujer que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico. También se incluyen las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.
6. **Institucional:** actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden institucional que discriminen o tengan como obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.
7. **Patrimonial:** cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, parcial o total de pertenencias comunes o propias de la víctima: objetos, aparatos de teléfono, documentos personales, bienes, dinero, ropa, valores, derechos patrimoniales, recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o estropear cualquier instrumento de trabajo de las mujeres son formas de violencia patrimonial contra estas, relacionadas a su sustento.
8. **Política:** comprende todas aquellas acciones u omisiones tanto en la esfera pública o privada, que busquen o tengan por objeto o resultado limitar, anular o menoscabar el ejercicio de los derechos político electorales de una o varias mujeres, el acceso al ejercicio de un cargo, labor o actividad, el libre desarrollo de la función pública, la toma de

decisiones, la libertad de organización o bien el acceso y ejercicio a los derechos cuando se trate de precandidaturas, candidaturas, funciones o cargos públicos del mismo tipo.

9. **Psicológica:** cualquier acto, desvalorización u omisión que dañe la estabilidad psicológica y busque disminuir o eliminar los recursos internos que la persona posee para hacer frente a las diferentes situaciones de su vida cotidiana; estos pueden consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.
10. **Obstétrica:** apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, mediante el uso de técnicas de aceleración para practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
11. **Sexual:** Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto, y cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.
12. **Simbólica:** La violencia simbólica contra las mujeres está constituida por la emisión de mensajes, iconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación que naturalizan o justifican la subordinación y la violencia contra las mujeres en la sociedad. El desprecio, la desvalorización, la burla, temor o desconfianza por lo que son y/o hacen las mujeres; y la justificación de la subordinación femenina y/o de la violencia contra las mujeres. Este tipo de violencia contribuye al borrado histórico de las mujeres en diferentes ámbitos tanto públicos como privados.

Hemos de reconocer que desde el ejercicio de la elaboración de políticas públicas de carácter urbano y/o de salud y hasta en la práctica médica las mujeres estamos siendo vulneradas en muchas y diferentes maneras. Roberto Castro (2014) reconoce que dentro de los servicios de salud reproductiva es donde se constituyen espacios en los que se ejerce la violencia contra las mujeres. Muchas veces esta violencia es producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional dentro del sector salud.

Además de la violencia que las mujeres atraviesan para poder llegar a una consulta médica para ser atendidas, en más de una ocasión son violentadas por los servidores de

salubridad, dejando como resultado que estas dejen de asistir a consultas vitales para detectar enfermedades en etapas tempranas, para no volverse a exponer a ser violentadas.

Y no sólo es un problema de los servicios públicos, ya que existen foros de denuncias mediáticas, donde mujeres han sido acosadas, abusadas y hasta violadas por personal médico en instituciones privadas, lo que refuerza que la violencia que nos atraviesa como mujeres no se detiene en las instituciones públicas.

Cuando se habla de violencia estructural nos referimos a aquella violencia que tiene raíz en el sistema patriarcal, androcéntrico, y se sostiene mediante los estereotipos de género, los códigos normativos sobre lo femenino y masculino, y el tejido social del que es parte la familia (Ochoa, 2007).

Pero la violencia no sólo está en la usurpación del cuerpo de las mujeres sino en las políticas que no las consideran, que las siguen oprimiendo y obligando a ser responsables de la salud de sus hijas e hijos, de sus ancianas/os, de sus esposos, la violencia está en las políticas de salud que sólo las contempla como prestadoras de servicios, como seres destinados para la reproducción, pero no como seres que pueden enfermar, está en todos los estudios donde los sujetos de análisis son los varones, donde no se contempla la anatomía de nuestras cuerpoAs.

4.4 Política de salud sexista y privatizadora

A lo largo del tercer capítulo se pudo desglosar el contexto sociopolítico que nos envuelve, donde damos cuenta de que este es capitalista, de corte neoliberal y al mismo tiempo patriarcal y sexista. Ello, nos permite darle lectura territorial al análisis espacial del segundo capítulo, para entender que las ciudades son entes capaces de proveer de manera equitativa e igualitaria acceso a los servicios y recursos que las mujeres necesitan para ser personas autónomas.

La toma de decisiones en la planeación urbana tiene mucho peso en el acceso a servicios de salud diferenciado que tienen las mujeres de las periferias contrastado con aquellas que viven en la centralidad, pero no deja de lado la necesidad de un estado que provea de seguridad social y más oportunidades laborales, que sean dignas, formales, que permitan una vida con autonomía y sin carencias a las mujeres (Kandel, 2006).

Es a través y por el capitalismo, que las ciudades y los derechos de sus ciudadanas/os, siguen siendo fragmentados, lo que genera división entre las personas y no permite que se vea la problemática que nos aqueja como sociedad (Massey, 2012). En este tono, la privatización de los servicios que da inicio en la década de los ochentas en México, crea una falsa ilusión de que el tener acceso a un servicio médico de calidad, oportuno e integral sólo es para aquellas personas que lo puedan pagar; olvidando por completo que la salud, así como la vivienda y la educación⁷⁵, son derechos que tenemos todas las personas y que parecen ser olvidados cuando no es retribuable para el estado satisfacerlos. Y en el caso de nosotras las mujeres, el carácter sexista de este modelo hace posible que sigamos siendo un grupo, mal llamado vulnerable⁷⁶, pero que existe en una desigualdad económica, educativa y política.

Es este mismo esquema privatizador que orilla a las familias que no tienen la capacidad económica, por lo tanto también a las mujeres en esta misma condición de pobreza y/o de bajos ingresos, a no atender sus problemas de salud bajo la creencia de no necesitarla, reforzada por esta falta de acceso a la salud, muchas veces acompañada, suplida por la automedicación o por los servicios básicos gratuitos o de bajo costo como las farmacias similares; lo único que exhibe es la poca creencia en el sistema de salud y el déficit de los servicios ofertados, así como la proliferación de estos servicios de carácter privado que ahora juegan un papel clave en las familias mexicanas (Guzmán, 2021).

El capitalismo ha encontrado la fórmula más eficiente para organizar el trabajo, los servicios y las ciudades en sí mismas, para hacer más ricos a los ricos, donde la idea liberal de familia configuraba un arquetipo de mujer, la *añada palabra de preferencia*⁷⁷ perfecta, que se recargaba en la responsabilidad de los cuidados domésticos y la maternidad como máxima aspiración de las mujeres.

En la línea del tiempo, presentada en el primer capítulo, podemos observar como el avance, ni siquiera en derechos de salud de las mujeres, sino en los derechos en general de estas están completamente atrasados con el avance que han tenido las instituciones de salud en este caso. A pesar de esto, las mujeres han sido las más afectadas, ya que con el

⁷⁵Entre otros derechos humanos. <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/cuales-son-los-derechos-humanos>

⁷⁶ Ya que la vulnerabilidad no es una condición inherente a las mujeres, sino que son las condiciones en las que se desenvuelven las que las vulneran.

⁷⁷ Mamá, esposa, ama de casa, cocinera, cuidadora, etc.

cumplir de las tareas domésticas no ha sido suficiente, y ante las crisis económicas, se han tenido que insertar en el mercado laboral, teniendo ahora una doble jornada laboral, además de que cómo podemos revisar el incremento de los hogares con jefatura femenina (véase tabla #16) también ha influido en esta dinámica.

Tabla #16 Porcentaje de los hogares con jefatura de hombres y mujeres, para el 2010 y 2020.

Variable	2010		2020		Cambio en el tiempo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Jefatura del hogar	72.51%	27.49%	68.09%	31.91%	4.42%	-4.42%

Fuente: Elaboración propia en base a la ENIGH 2020.

Este sistema es el que permite que se vea a las mujeres como únicas responsables de los cuidados de las infancias, de lo cual se hace mención en el capítulo 1, dónde el esquema de vacunación se deja en total responsabilidad de las madres, y con conceptos como la alfabetización materna, donde se busca que específicamente las madres tengan conocimiento de las necesidades y cuidados de sus hijas e hijos. Además de que su salud se ve relegada a hablar de salud sexual y reproductiva, dejando de lado la salud integral de las mujeres.

4.5 Reflexiones finales

Llegando a este punto, surgen distintas reflexiones, que considero muy relevantes para el urbanismo y que cuestionan la forma tradicional y estratégica sobre la cual se lleva a cabo la planeación urbana hoy en día. De las reflexiones más relevantes a nivel espacial y territorial, es la importancia de este tipo de investigaciones a la escala regional, ya que ello permite entender la complejidad de las relaciones territoriales que atraviesa las prácticas cotidianas de las mujeres desde las redes y configuraciones distributivas que va desde lo habitacional, hasta los centros de empleo.

Así mismo, la mirada regional permite analizar la mercantilización de la mano de obra y la división sexual del trabajo, como las causas estructurales para que la falta de acceso y el acceso controlado a la salud por parte de las mujeres se vea más vulnerado y constantemente perpetuado, ya que la política pública y de planeación, no visualiza la multiescalaridad sobre la cual se dan los procesos, sino que esta política es sectorial y

centralizada. En ese sentido, siempre va a haber una diferencia importante entre la periferia que concentra mayor población de mujeres y mujeres de bajos recursos y menor accesibilidad a los servicios de salud y el centro con mayor oferta de servicios de salud y población de mujeres menor y con un nivel de pobreza y marginación menor.

Entender este proceso, solo fue posible porque hubo la necesidad de entender las dinámicas territoriales a las escalas de la ZMVM, y solo así fue posible identificar los patrones de desarrollo desigual (Smith, 2020) que se dan en el territorio, los cuales refuerzan estas dicotomías que siguen fragmentando el espacio físico y social (Massey, 2012).

Cabe apuntar que si bien las mujeres como un grupo en general nos vemos en desventaja en la cobertura de nuestras necesidades y derechos, este grupo tiene una gran diversidad que en muchas ocasiones hace más difícil el acceso a un trabajo digno, vivienda, salud, educación, etc. Por lo que las políticas que se planteen para salvaguardar nuestra vida y satisfacer nuestros derechos tienen que contemplar que no somos sólo un gran grupo de análisis y mucho menos que las mujeres como tal somos homogéneas entre sí, sino más bien, hay una necesidad de entender la diversidad de las mujeres, y solo así se puede establecer políticas públicas que atienden a las necesidades de cada grupo de mujeres.

A lo largo de toda esta investigación, lo que podemos ver es que pareciera que nada de lo que se ha hecho ha acertado o aproximado a soluciones verdaderas, ni siquiera a comprender la dimensión de las problemáticas que existen dentro del sector salud para las mujeres. Más bien lo que podemos visualizar es que la política neoliberal ha acentuado esas diferencias a partir de formas mucho más sutiles de control y dominación. Y eso nos indica que aún quedan muchas preguntas por hacer y muchas soluciones por buscar; ¿De qué manera a través de una política urbana podemos aumentar y en algún momento asegurar que todas las mujeres tengan acceso a los servicios de salud? ¿Qué políticas se tendrían que pensar al hablar de la salud de las mujeres?

Nos queda pensar y proponer nuevos modelos de planeación urbana que pongan al centro la total cobertura de nuestros derechos de manera gratuita, oportuna, integral y libre de cualquier tipo de violencia.

Al mismo tiempo quedan como tareas buscar indicadores que puedan acercarnos a una medición cuantitativa de la situación, sin olvidar la importancia de los análisis cualitativos para recuperar las historias de vida de las mujeres que habitamos las ciudades.

Bibliografía

Academia Nacional de Medicina / México (2014). *La mujer y la salud en México*.

Editorial Intersistemas, S.A. de C.V. Recuperado el 24/03/2022 de

<https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L4-La-mujer-salud-Mexico.pdf>

Aguilar Paula L. (2010) La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas. Recuperado en 28/09/2022 de

<https://www.scielo.br/j/rk/a/M7zzFssbz6WFhLhTbPpB6DH/?format=pdf&lang=es>

Albet, A., & Benach, N. Un sentido global del lugar, Barcelona, Icaria Editorial, 2012, 309 pp. Recuperado en 2/10/2022 de

<https://lecturayescrituraunrn.files.wordpress.com/2019/06/massey-un-sentido-global-del-lugar-recortado.pdf>

Albert, C., & Davia, M. A. (2011). Education is a key determinant of health in Europe: a comparative analysis of 11 countries. *Health promotion international*, 26(2), 163–170.

Recuperado el 08/07/2022 de: <https://doi.org/10.1093/heapro/daq059>

Alccamari Tucno, Y. (2017). Zonificación urbana, definición, normas legales y usos.

Anzorena, C. (2008). Estado y división sexual del trabajo: las relaciones de género en las nuevas condiciones del mercado laboral. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 13(41), 47-68. Recuperado en 25 de octubre de 2022, de

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162008000200003&lng=es&tlng=es

Amorós, C. (2009). Simone de Beauvoir: entre la vindicación y la crítica al androcentrismo. *Investigaciones feministas*, 9-27. Recuperado en 04/05/2022.

Barreto, L. (2018). Ciudades dormitorio, el modelo actual de estilo de vida. Artículo publicado en *Centro Urbano*. Recuperado el 12/08/2022 de

<https://centrourbano.com/opinion/blog-desde-centro-urbano/ciudades-dormitorio-modelo-actual-estilo-vida/>

BBC News Mundo (2018). ¿Por qué Ecatepec es el municipio de México más peligroso para ser mujer? para el periódico online Animal Político. Recuperado 10/01/2023 de <https://www.animalpolitico.com/2018/10/ecatepec-el-municipio-mas-peligroso-para-ser-mujer>

Beauvoir, Simone de (1981): El Segundo Sexo, Buenos Aires, Ediciones Siglo Veinte, traducción de Pablo Palant.

Bodemer, Klaus. (1998). La globalización. Un concepto y sus problemas. Nueva Sociedad Nro. 156 Julio-agosto 1998, pp. 54-71. Recuperado en 02/10/2022 de: https://static.nuso.org/media/articles/downloads/2697_1.pdf

Boffi, Santiago (2015). “Precariedad laboral en las regiones argentinas: Una cuestión pendiente”. Estudios deps. Desarrollo económico y Política Social. Recuperado en 08/02/2023 de <http://estudiosdeps.org/precariedad-laboral-en-las-regiones-argentinas-una-cuestion-pendiente/>

Borrel C. & Artazcoz L. (2008). LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD: RETOS PARA EL FUTURO. Recuperado en 28/09/2022 de <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n3/editorial.pdf>

Castañeda S. M., Patricia. (2008). METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN FEMINISTA. Recuperado en 25/01/2023.

Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Revista CONAMED, 19(1), 37-42.

Carrasquer P. El trabajo de la reproducción: diferencias y desigualdades en una actividad invisible. En: Carrasco C, Alabat A, Mayordomo M, Montagut T, editores. Mujeres, trabajos y políticas sociales: una aproximación al caso español. Serie Estudios 51. Madrid: Instituto de la Mujer, 1997. Recuperado el 25/07/2022 de <https://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n55/02102862n55p95.pdf>

Conapo (2013) Índice absoluto de Marginación 2000-2010. Recuperado en 08/02/2023 de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1755/1/images/IAM_00-04.pdf

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada en el DOF 18-11-2022. Recuperada en 28/05/2022 de

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, Gobierno de México (2021) Se declara como emergencia sanitaria la epidemia generada por COVID-19. Recuperado en 13/06/2022 de <https://www.gob.mx/cjef/documentos/se-declara-como-emergencia-sanitaria-la-epidemia-generada-por-covid-19>

Correa, E. (1998). Crisis y rescate bancario: Fobaproa. Problemas Del Desarrollo, 29(114), 207–212. Recuperado en 28/09/2022 de: <http://www.jstor.org/stable/43838118>

Cruz N. y Licona E. (14 mayo 2021). *Las brechas de acceso efectivo al Derecho a la Salud: Un análisis reciente de la trayectoria y determinantes en México*. Seminario Estrategias y Retos ante las Inequidad e Interseccionalidad en Salud, Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Recuperado el 24/03/2022 de <https://www.youtube.com/watch?v=ppU91PZzoVQ>

Dantés, Octavio Gómez, Sesma, Sergio, Becerril, Víctor M., Knaul, Felicia M., Arreola, Héctor, & Frenk, Julio. (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública de México, 53(Supl. 2), s220-s232. Recuperado en 11/04/2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) Derecho a la Salud, 1983. Recuperado en 08/02/2023 de <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/derecho-la-salud-0>

Durán, María-Ángeles. (2008) La ciudad compartida. Conocimiento, afecto y uso Santiago de Chile: Ediciones SUR. Recuperado en 06/05/2022 de: <http://www.sitiosur.cl/r.php?id=882>

Durán, María-Ángeles. (2012) LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL USO DEL TIEMPO. Recuperado en 27/10/2022 de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Seminarios/utiempo/2012/AngelesDuran.pdf>

Eje 19 (2023) Gobierno del Edomex debe suspender la entrega del Salario Rosa ante inicio de proceso electoral: Isaac Montoya. Periódico online. Recuperado en 08/02/2023 de

<https://eje19.com.mx/gobierno-del-edomex-debe-suspender-la-entrega-del-salario-rosa-ante-inicio-de-proceso-electoral-isaac-montoya/>

Filipe N. C. & Meza P. M. (2021). Paisaje, ordenamiento y sustentabilidad Diálogos multidisciplinares con la Arquitectura de Paisaje. Centro de Investigaciones en Arquitectura, Urbanismo y Paisaje. UNAM. Recuperado en 07/10/2022 de:

https://arquitectura.unam.mx/uploads/8/1/1/0/8110907/paisaje_ordenamiento_y_sustentabilidad_1.pdf

Fraser, N. (2016). Las Contradicciones Del Capital Y Los Cuidados. New Left Review 100. Recuperada en 19/04/2022, de <https://newleftreview.es/issues/100/articles/nancy-fraser-el-capital-y-los-cuidados.pdf>

Fuchs, V. R (1982) Time preference and health: an exploratory study. In Fuchs, V. R. (ed), Economic Aspects of Health. University of Chicago Press, Chicago, pp. 93–120.

Galindo C. Derechohabiencia y accesibilidad a servicios de salud para la atención médica en la ZMCM. (2015) Tesis de doctorado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperada en 19/04/2022, de https://tesiunam.dgb.unam.mx/F?func=find-b-0&local_base=TES01

García A. K. (2022). Informalidad laboral: 6 de cada 10 trabajadores en México no tienen acceso a salud. El Economista. Recuperado en 08/02/2023 de <https://www.economista.com.mx/empresas/6-de-cada-10-trabajadores-en-Mexico-no-cuentan-con-acceso-a-instituciones-de-salud-20220523-0028.html>

Gray, M. N. (2022). Cancel Zoning. The Atlantic Newspaper. Recuperado en 12/08/2022 de https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2022/06/zoning-housing-affordability-nimby-parking-houston/661289/?utm_source=copy-link&utm_medium=social&utm_campaign=share

Gutiérrez-Pulido, Humberto, & Gama-Hernández, Viviana. (2010). Limitantes de los índices de marginación de Conapo y propuesta para evaluar la marginación municipal en México. Papeles de población, 16(66), 227-257. Recuperado en 08 de julio de 2022,

de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000400008&lng=es&tlng=es.

Guzmán A. F. (2021) La automedicación puede enmascarar y agravar enfermedades. Gaceta UNAM. Recuperado en 05 de Agosto de 2022, de <https://www.gaceta.unam.mx/la-automedicacion-puede-enmascarar-y-agravar-enfermedades/>

Hls-Eu Consortium. (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU, 2.

INEGI Trabajo no Remunerado de los Hogares (2021) Recuperado en 08/02/2023 de <https://www.inegi.org.mx/temas/tnrh/>

INMUJERES. (2018). Proceso de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal 2012-2018: Memoria documental. Recuperado en 12 de julio de 2022, de

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415900/Memoria Estadisticas de Ge
nero.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415900/Memoria_Estadisticas_de_Genero.pdf)

Ipas México. (2017). Resumen ejecutivo de Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública y derechos humanos. Recuperado en 13/07/2022 de: <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1123>

Isunza Vizuet, Georgina, y Méndez Bahena, Benjamín. (2011). Desarrollo inmobiliario y gobiernos locales en la periferia de la Ciudad de México. EURE (Santiago), 37(111), 107-129. Recuperado en 06/05/2022, de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612011000200005>

Juvinyà-Canal, Dolors, Bertran-Noguer, Carme, & Suñer-Soler, Rosa. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. Gaceta Sanitaria, 32(1), 8-10. Recuperado en 12 de julio del 2022, de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>

Kandel E. (2006). División sexual del trabajo ayer y hoy. Editorial Dunken. Buenos Aires. Recuperado el 16 de octubre del 2022, de: <http://www.relats.org/documentos/HIST.KandelNuevolibro2.pdf>

Katz, C. (2001). On the Grounds of Globalization: A Topography for Feminist Political Engagement. *Signs*, 26(4), 1213–1234. Recuperado en 12 de septiembre del 2022 de: <http://www.jstor.org/stable/3175362>

Krause, Mercedes y Ballesteros Matías [2018], “Interseccionalidad en desigualdades en salud en Argentina: discusiones teórico-metodológicas a partir de una encuesta poblacional”, *Hacia la Promoción de la Salud*, 23(2): 13-33.

Lagarde, M. (1996). Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Ed. horas y HORAS, España, 1996, pp. 13-38. Recuperado en 18/08/2022 de: https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf

Lara Pulido J. A. Estrada Díaz G. Zentella Gómez, J. C. y Guevara Sanginés A. (2017). Los costos de la expansión urbana: aproximación a partir de un modelo de precios hedónicos en la Zona Metropolitana del Valle de México. *Estudios demográficos y urbanos*, 32(1), 37-63. Recuperado en 06 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102017000100037&lng=es&tlng=es.

Ley General de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano del 28-11-2016. Con últimas reformas publicadas en el DOF 01-06-2021. Recuperado en 08/02/2023, de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAHOTDU_010621.pdf

Ley General de Salud del 07-02-1984. Con últimas reformas publicadas el 30-03-2022. DOF: 07/02/1984. Recuperado en 12/04/2022, de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

López-Moreno, Sergio. (2015). Derecho a la salud en México. Recuperado el 11/04/2022 de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39646.pdf>

López, F. y Aguilar, A. G. (2004). Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México. *Investigaciones geográficas*, (53), 185-209. Recuperado en 05/05/2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-46112004000100011&lng=es&tlng=es.

- Martínez-Licerio, K. A., Marroquín-Arreola, J., & Ríos-Bolívar, H. (2019). Precarización laboral y pobreza en México. *Análisis económico*, 34(86), 113-131. Recuperado en 08/02/2023 de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-66552019000200113
- Massey, Doreen. (2012). Globalización espacio y poder. Primer encuentro de expertos gubernamentales en políticas de desarrollo territorial en América Latina y el Caribe. Recuperado en 2/10/2022 de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39736/S1420898_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mawromatis P., C. (2000). El divorcio entre los instrumentos de planificación y la morfología urbana en el perímetro Metropolitano de Santiago de Chile: el caso de Maipú. *Revista De Urbanismo*, (2). Recuperado en 11/08/2022 de <https://doi.org/10.5354/ru.v0i2.12313>
- McDowell, L., & Massey, D. (1984). A woman's place? In J. Anderson, S. Cunningham, C. Hamnett, & P. Sarre (Authors) & D. Massey & J. Allen (Eds.), *Geography Matters!: A Reader* (pp. 128-147). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781139167833.010 Recuperado el 15/10/2022 de <https://www.cambridge.org/core/books/abs/geography-matters/womans-place/81DCAEBE603BEDFD9E06201BF5E0D0D1>
- Meade M. Emch M. *Medical Geography*. (2010) Tercera edición. Recuperado en 28/04/2022 de https://books.google.co.cr/books?id=mh8uMs742c8C&printsec=frontcover&source=gb_s_book_other_versions_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
- Medina-Gómez, O., & López-Arellano, O. (2019). Informalidad laboral y derecho a la salud en México, un análisis crítico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2583-2592. Recuperado el 08/07/2022 de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.14342017>
- M.O.F.A. FemisFa, CIDIFems, Amozorrutia K., Mateos G., Álvarez S. (2021) Glosario para la identificación de violencia machista contra la mujer. Recuperado el 12/10/2022 de: https://drive.google.com/file/d/16KdShq68Ipi5ywByO5TPy_mG_nvkJdDw9/view

Moghadam, V. (2005) The “Feminization of Poverty” and Women’s Human Rights. SHS Papers in Women’s studies/Gender Research, n. 2, Jul. Paris: Unesco. Recuperado el 02/10/2022 de: <https://www.jstor.org/stable/24590324>

Montes de Oca, Verónica. (2021). MÉXICO, EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO. Boletín UNAM-DGCS-574. Ciudad Universitaria. Recuperado en 12 de julio del 2022, de: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_574.html

ONU-Hábitat (2021). Mujeres y vivienda adecuada. Recuperado en 26/09/2022 de <https://onuhabitat.org.mx/index.php/mujeres-y-vivienda-adecuada>

Organización Mundial de la Salud (2009). *Las mujeres y la salud: Los datos de hoy, la agenda de mañana*. Ediciones de la OMS. Recuperado el 24/03/2022 de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Osnaya, Martha Córdova. (2005). La mujer mexicana como estudiante de educación superior. *Psicología para América Latina*, (4) Recuperado el 25 de octubre de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2005000200002&lng=pt&tlng=es.

Pearce, D. (1978). The Feminization of Poverty: Women, Work and Welfare. *Urban and Social Change Review*, Washington, v. 11, p. 28-36. Recuperado el 06/10/2022 de <https://www.jstor.org/stable/4225831>

Peinado, J. M. (2011). *La estructura teórica centro/periferia y el análisis del Sistema Económico Global: ¿obsoleta o necesaria?* *Revista de Economía Mundial*, (29), 29-59.

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161–171. Recuperado en 06/05/2022 de: <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>

Roldán, Marta. (2000). ¿Globalización o mundialización? Universidad Nacional de la Patagonia- Delegación Trelew, Flacso-Eudeba. Recuperado el 17/10/2022.

Salazar, Clara E. & Sobrino J. (2010). La ciudad central de la Ciudad de México: ¿espacio de oportunidad laboral para la metrópoli? Recuperado en 08/02/2023 de

<https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/1361/1895#info>

Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2020) Políticas Públicas para el Bienestar de las Mujeres | Conferencias sobre Programas del Bienestar. Recuperado en 03/05/2022 de

<https://www.gob.mx/stps/es/articulos/politicas-publicas-para-el-bienestar-de-las-mujeres-conferencias-sobre-programas-del-bienestar-253447?idiom=es>

SEP. Sistema de indicadores educativos (INDISEP). Recuperado en 08/02/2023 de <http://planeacion.sep.gob.mx/estadistica/sisteseportal/sisteseportal.html>

Smith N. (2020) *Desarrollo desigual. Naturaleza, capital y la producción del espacio*. Traficantes de sueños. Recuperado el 21/03/2022 de

<https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Desarrollo%20desigual%20Neil%20Smith%20Traficantes%20de%20Sueños.pdf>

Smith N. (2012) *La nueva frontera urbana. Ciudad revanchista y gentrificación*.

Traficantes de sueños. Recuperado el 21/03/2022 de

<https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/La%20nueva%20frontera%20urbana-TdS.pdf>

Tacoli, C., & Satterthwaite, D. (2013). Gender and urban change. *Environment and Urbanization*, 25(1), 3–8. Recuperado en 12 de septiembre del 2022 de:

<https://doi.org/10.1177/0956247813479086>

Ur-Rehman K., Basel, Zimmer A., Bonn. (2010) Spatial patterns of child health inequalities in the province of Punjab, Pakistan the advantages of GIS in data analysis.

Valcárcel Bernaldo de Quirós A. 2007. La violencia contra las mujeres. Recuperado el

25/10/2002 de [https://www.cijc.org/es/seminarios/2011-](https://www.cijc.org/es/seminarios/2011-Antigua/Documentos%20CIJC/01%20I%20AMELIA%20VALCARCEL%202007%20-%20Violencia%20contra%20las%20mujeres.pdf)

[Antigua/Documentos%20CIJC/01%20I%20AMELIA%20VALCARCEL%202007%20-%20Violencia%20contra%20las%20mujeres.pdf](https://www.cijc.org/es/seminarios/2011-Antigua/Documentos%20CIJC/01%20I%20AMELIA%20VALCARCEL%202007%20-%20Violencia%20contra%20las%20mujeres.pdf)

Wassmer, Robert W. y Michelle C. Baass (2006), "Does a more centralized urban form raises housing prices?", *Journal of Policy analysis and Management*, vol. 25, núm. 2,

pp. 439-462. Recuperado en 07/05/2022, de:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pam.20180/epdf>

Webb, S. 1921. The Story of the Durham Miners. London: Fabian Society

Imágenes

- Logo IMSS. 1 de mayo de 1945, Salvador Zapata. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/>
- Papier (kariert). 11 July 2019. Recuperado de: [PantheraLeo1359531](#)
- Trabajo doméstico no remunerado, El Economista. Recuperado de: <https://acortar.link/3PLxJW>
- No es amor, es trabajo no pago, Infobae. Recuperado de: <https://www.infobae.com/sociedad/2020/01/23/no-es-amor-es-trabajo-no-pago-que-hara-el-nuevo-ministerio-de-las-mujeres-para-compensar-el-trabajo-en-casa-por-el-que-nadie-paga/>
- Eso que llaman amor... Hysteria revista. Recuperado de: <https://hysteria.mx/eso-que-llaman-amor/>
- El trabajo doméstico sostiene al capital. Sofía Osoria. @soffvaos
- Diagrama de Teoría de Localización Christaller, 2022. Recuperado de: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:K%3D3システム.png>
- Senderos seguros. Recuperado de: <http://www.pasajero7.com/inaugura-cdmx-sendero-seguro-camina-libre-camina-segura/>
- Retrato de la mujer rural a lo largo de la historia. Recuperado de: <https://efeminista.com/mujeres-rurales-fotografias-historia/>
- Mujer piscando fresa, 2021. Recuperado de: <https://www.facebook.com/watch/?v=421970282667016>