

Afiliación a los servicios de salud en función del sexo, edad y actividad en dos municipios de Oaxaca

Karla I. Mijangos Fuentes*

RESUMEN

Las determinantes socioeconómicas, políticas y ambientales socavan el acceso de las personas a una atención y servicio de salud. El objetivo de esta investigación fue describir la afiliación a servicios de salud en función del sexo, la edad y la actividad entre los pobladores de los municipios de Tlacolula de Matamoros y Ocotlán de Morelos en el Estado de Oaxaca México. Se realizó un estudio descriptivo transversal usando los datos obtenidos de la encuesta intercensal 2015_INEGI. La muestra se compuso por adultos entre 18 y más años. Los datos se procesaron y analizaron a través del procesador SPSS v.24.0, mediante estadística descriptiva y análisis paramétrico (Chi-cuadrada). En ambos municipios se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la afiliación de los servicios de salud en función del sexo, la edad y la actividad entre ambos municipios, siendo más diferenciado en las mujeres ($p < .000$). La mayoría de los habitantes se encuentran afiliados al seguro popular, siendo más pronunciado en las mujeres; sin embargo, los hombres se ven más favorecidos a tener un trabajo estable y remunerado, por consiguiente, las mujeres se ubican en trabajos donde no reciben un sueldo, ni son beneficiadas por servicios de salud, tal es el caso de las mujeres que se dedican a los quehaceres del hogar.

Palabras clave: afiliación a servicios de salud, condiciones sociodemográficas, pobreza, género.

Affiliation to health services by sex, age and activity in two municipalities of Oaxaca

ABSTRACT

Socio-economic, political and environmental determinants undermine people's access to health care and service. The objective of this research was to describe the affiliation to health services based on sex, age and activity among the residents of the municipalities of Tlacolula de Matamoros and Ocotlán de Morelos in the State of Oaxaca Mexico. A descriptive cross-sectional study was conducted using data obtained from the 2015_INEGI intercensal survey. The sample was composed by adults between 18 and

* Licenciada en Enfermería y especialista en Enfermería Pediátrica. Máster en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería. Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales en la Universidad Autónoma del Estado de México.

Fecha de recepción: 30 de octubre de 2019.
Fecha de aceptación: 18 de febrero de 2020.

older. The data was processed and analyzed through the SPSS v.24.0 processor, using descriptive statistics and parametric analysis (Chi-square). In both municipalities, statistically significant differences were found in the affiliation of health services according to sex, age and activity between both municipalities, being more differentiated in women (p .000). The majority of the inhabitants are affiliated to the popular insurance, being more pronounced in the women; however, men are more favored to have a stable and paid job, therefore, women are placed in jobs where they do not receive a salary, nor are they benefited by health services, such is the case of women who are engaged to household chores.

Keywords: affiliation to health services, sociodemographic conditions, poverty, gender.

Introducción

Las determinantes socioeconómicas, políticas y ambientales socavan el acceso de las personas a una atención y servicio de salud. Tal y como lo afirma la Organización Mundial de la Salud, la exclusión, pobreza y marginación no sólo se identifican como factores asociados a la falta de equidad, sino como uno de los principales determinantes para el progreso, desarrollo y cobertura de la salud entre todas las naciones (2005, en Fajardo, 2015).

En este sentido, Castel (1995) ve en la exclusión formas de discriminación negativa que obedecen a las normas de una sociedad dada; esto corresponde a un status y a un orden social. Al respecto, García (2014) exhorta a no utilizar el término de exclusión como toda situación de desequilibrio social, sino como resultado y efecto último de una serie de condiciones que la anteceden.

En tanto, la pobreza definida por Anta apunta a

Un estado, una condición en la que siempre puede observarse la carencia de uno o más bienes, pero no necesariamente implica marginación. En

tanto que la marginación debe entenderse como un fenómeno que afecta a las localidades y no necesariamente a las personas que viven en ellas, es decir la marginación evidencia el acceso diferenciado de la población al disfrute de los beneficios del desarrollo (1998, en García, 2014: 128).

Como señala Anta, la pobreza contempla un estado de carencia en uno o varios bienes, por tanto, este factor debe estudiarse como un problema unido a desigualdades e inequidades, incluyendo la exclusión desigual para el acceso a los sistemas de salud. En el caso de México, 43.6% de su población está en pobreza, en tanto que 7.6% de sus pobladores se encuentra en pobreza extrema (CONEVAL, 2016).

Al respecto, y de acuerdo al informe *Panorama Social de América Latina 2018 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*, a México le costaría 16 años para poder alcanzar la meta de reducción de pobreza. Estos datos fueron consensuados a partir de los indicadores: activos financieros y de acceso a la vivienda propia; los cuales describen que en México 46% de la población no cuenta con una casa propia, en tanto que los activos financieros se localizan

en un nivel bajo (CEPAL, 2018). Datos que son alarmantes para alcanzar las metas de desarrollo e igualdad de oportunidades entre los mexicanos.

En este tenor, para los investigadores de la pobreza en México cobran relevancia los estudios que analizan y comparan las consecuencias de este factor con la salud de las personas, pero sobre todo emanados de las desigualdades caracterizadas por la variable sexo que se observan en estos contextos de pobreza. Tal y como apunta Tepichin (2011b) la división sexual del trabajo, la incorporación de las mujeres al mercado laboral, el protagonismo de éstas en las estrategias de sobrevivencia, la migración, la capacidad de agencia y participación política, la violencia, el uso del tiempo, el rol cultural del cuidado de los hijos y del hogar, entre otras características que se suman y relacionan con indicadores de pobreza y, que han sostenido la permanencia, cronicidad y transformación de las enfermedades; mismas que ya no son posibles de mirar como consecuencias directas de un factor biológico y/o epidemiológico, sino como efectos, sí de la pobreza, pero también de los nuevos roles que hombres y mujeres ejercen actualmente, los cuales limitan el acceso a la atención de la salud y el tiempo que éstos le dedican a acciones de autocuidado y cuidado de la familia y del hogar.

En una aproximación más cercana al fenómeno de estudio, Oaxaca mantiene el 70.4% de su población en situación de pobreza, 43.5% en pobreza moderada y 26.9% en pobreza extrema (CONEVAL, 2016). Esta información coincide con el informe anual elaborado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), el cual enuncia que Oaxaca es el primer Estado con mayor pobreza a nivel nacional (Coello, 2018).

Por tanto, estos datos cobran interés, cuando se estudia el comportamiento de cada uno de los indicadores de pobreza, por ejemplo, la carencia social y el rezago educativo en Oaxaca corresponden al 27.3% de la población, en tanto, la carencia por acceso a los servicios de salud equivale a 15.9% de las personas; por el contrario, quienes no tienen acceso a la seguridad social asciende a 77.9% de las personas (CONEVAL, 2016). Finalmente entre la medición individual de los indicadores, se apunta que la carencia por calidad de los espacios en la vivienda se ubica en un 26.3%, la falta de acceso a los servicios básicos 62% y el escaso acceso a la alimentación en 31.4% (CONEVAL, 2016). Una posible explicación a estos resultados subyace, tal y como afirma Coello (2018) en que existe una falta de transparencia por parte de los Gobiernos Federal y Estatal para el uso de los recursos que combaten la pobreza y en la fiscalización, por ende, estos factores influyen negativamente para la erradicación de la pobreza en el Estado.

Cabe mencionar que, la población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo corresponde a 40.2%, en tanto, la población con ingreso inferior a la línea de bienestar alcanza una proporción igual a 72.7% (CONEVAL, 2016). Cifras que revelan un severo problema social y económico, pero también de salud, porque muchas de las familias oaxaqueñas, ni siquiera cuentan con el ingreso mínimo para adquirir alimentos.

Sobra decir que, Oaxaca es uno de los Estados con mayores índices de pobreza, pero también con mayor población rural e indígena que corresponde al 16.3% del total nacional. Esto se traduce que, 3 de cada diez oaxaqueños de tres años y más habla alguna lengua indígena, es decir sólo el 14.3% no habla el idioma español (INEGI, 2015).

Esta última condición, genera aún mayores desigualdades entre los oaxaqueños.

Asimismo, Oaxaca está compuesto geográficamente por 570 municipios y ocho regiones, entre ellas se mencionan: Istmo, Costa, Cañada, Papaloapan, Mixteca, Sierra Sur, Sierra Norte y Valles Centrales. Los valles centrales, se reconocen por su cercanía a la Ciudad de Oaxaca; teniendo como base esta premisa, se esperaría que los municipios de los valles centrales, fueran los que tuviesen un mayor acceso a los sistemas de salud, sin embargo, dicha región, también cuenta en su extensión territorial con comunidades ampliamente marginadas y situadas en zonas casi inaccesibles. En el caso de los municipios de Ocotlán de Morelos y Tlacolula de Matamoros se localizan a una distancia de 30 a 45 minutos de la Ciudad, en Ocotlán, en 2016 se hablaba de 21 mil 676 habitantes, en tanto, para el caso de Tlacolula correspondía a 22 mil 545 personas (CONEVAL, 2016).

Para el caso de Ocotlán, en 2015, se describía un rezago social medio. En relación con el acceso a los servicios de salud, sólo 26.2% de la población representaba una carencia de ellos (SEDESOL, 2015). Según datos derivados de SEDESOL (2015), Tlacolula también se localiza en un grado medio de rezago social, y sólo el 38.8% de la población presenta carencia por acceso a los servicios de salud.

Con base en todo este bagaje teórico y demográfico, se llega a la discusión que, para el estudio del comportamiento en el estado de la salud de los oaxaqueños, se deben añadir, aparte de las variables de causalidad biológica y psicológica, variables asociadas a factores socioeconómicos y ecológicos, mismas que permitan explicar el acceso a los sistemas de salud, así como el propio estado

de salud de dichas poblaciones diferenciadas entre mujeres y hombres. A partir de todas estas premisas, el presente trabajo plantea la siguiente pregunta: ¿Existen diferencias significativas para el acceso a los servicios de salud en función del sexo, la edad y la condición de actividad entre los pobladores de dos Municipios del Estado de Oaxaca?

Metodología

El presente trabajo corresponde a una investigación cuantitativa descriptiva de corte trasversal. La comparación entre los municipios de Ocotlán de Morelos y Tlacolula de Matamoros se hizo a través de la fuente y base de datos correspondiente a la Encuesta intercensal 2015_INEGI. Los datos obtenidos a través de esta encuesta se analizaron por medio del procesador SPSS v.24.0, utilizando estadística descriptiva con frecuencias absolutas y porcentajes de la muestra estudiada. Para establecer la correlación de la muestra en la afiliación a los servicios de salud en función del sexo, la condición de actividad y la edad, se utilizó el análisis paramétrico de chi-cuadrado para probar la significación de la diferencia ($p < 0.05$).

Resultados

Los resultados de la estadística descriptiva refieren a una población de 5 416 para el caso de Ocotlán y 7 035 para Tlacolula. En ambas comunidades existe más mujeres que hombres; y su población se caracteriza como joven adulta, debido a que el 60.6% (Ocotlán) y 66.9% (Tlacolula) de su población se concentran en la categoría de 18 a 45 años que corresponde con la edad productiva de las personas. Con relación al Municipio de Ocotlán, se destaca que el 56.1% de su población se encuentra afiliado al seguro popular, a diferen-

cia de Tlacolula donde prevalecen más personas no afiliadas a los servicios de salud (39%), en tanto, sólo el 30.5% es captada por el seguro popular. Finalmente, en la variable condición de actividad, en ambos municipios, la mayor parte de su población que corresponde con la edad productiva, se mantiene trabajando 49.4% (Ocotlán) y 55.9% (Tlacolula). Sin embargo, cobran relevancia los datos correspondientes a la etiqueta quehaceres del hogar que se pronuncia como la segunda actividad más desarrollada por la población femenina

de ambos Municipios. Para mayor observación y análisis de los datos, se muestra la tabla 1, la cual describe más detalladamente a la población de estudio.

Municipio de Ocotlán de Morelos

Edad de 18 a 45 años: a través de las tablas cruzadas, se puede observar que hay 1 157 hombres y 619 mujeres. Así, 594 hombres (38.4%) y 293 mujeres (16.8%) que están trabajando tienen se-

Tabla 1. Descripción de la muestra estudiada

	Ocotlán de Morelos N= 5 416		Tlacolula de Matamoros N= 7 035	
	N	%	N	%
Edad				
18-45 años	3 283	60.6	4 703	66.9
46-65 años	1 409	26.0	1 631	23.2
≥ 66 años	724	13.4	701	10.0
Sexo				
Hombres	2 507	46.3	3 183	45.2
Mujeres	2 909	53.7	3 852	54.8
Afiliación a los servicios de salud				
Seguro Popular	3 041	56.1	2 146	30.5
Otros seguros*	867	16.0	2 142	30.4
No afiliado	1 508	27.8	2 747	39.0
Condición de actividad: entonces, la semana pasada				
Trabajo	2 675	49.4	3 930	55.9
Estudiante	303	5.6	315	4.5
Quehaceres del hogar	1 600	29.5	1 710	24.3
Limitación física	160	3.0	151	2.1
No trabajo	416	7.7	453	6.4
Otra actividad	262	4.9	476	6.7
* Otros seguros: IMSS; ISSSTE; ISSSTE estatal; Pemex; Defensa o Marina; seguro privado; otra institución; no especificado.				

Fuente: elaboración propia, con datos de la Encuesta Intercensal_INEGI (2015)

guro popular (ver tabla 2). Asimismo, llama la atención que, entre los 153 hombres estudiantes, 62 de ellos (4.01%) no están afiliados, en comparación con las mujeres, que sólo 49 de ellas (2.81%) no cuentan con algún servicio de salud, y el resto de las mismas (4.13%) es captada por el seguro popular, principalmente. Finalmente, se observa que 868 de las mujeres se dedican a los quehaceres del hogar, en comparación con los hombres (n= 4). Cabe mencionar que 613 de dichas mujeres pertenecen al seguro popular, pero es muy alarmante que 181 de ellas (10.4%) no estén afiliadas a ningún servicio de salud. También cobra importancia que, hay una mayor presencia de hombres (n=16) que presentan alguna limitación física, o no trabajan (n=124); siendo alarmante que existe una cifra cuantiosa, tanto para hombres como mujeres quienes no trabajan y tampoco están afiliados (n=36 hombres; n=15 mujeres) (ver tabla 2).

Edad de 45 a 65 años: Hay 639 hombres y 770 mujeres; de los hombres (n=478) y las mujeres (n=255) quienes trabajan, éstos se encuentran afiliados al seguro popular principalmente. Asimismo, los datos despuntan a las mujeres hacia los quehaceres del hogar (n=469), no obstante, solo 38.8% de ellas tienen seguro popular. Finalmente, las estadísticas siguen apuntando a los hombres hacia una mayor prevalencia de limitaciones físicas y a la condición de no trabajo; es decir, a mayor edad mayor limitación física, menor posibilidades de trabajo y mayor aumento en la no afiliación de los hombres (ver tabla 3).

Edad de 66 y más años: existe un total de 325 hombres y 399 mujeres. Al respecto, se observa que aún persiste una cifra cuantiosa de mujeres y hombres que trabajan en estas edades, pero se distingue que la no afiliación en las mujeres va

en aumento (n=46, 5.01%). Otro dato relevante, es que el trabajo del hogar sigue desarrollándose mayormente por las mujeres (n=244 versus n=3) quienes también están afiliadas por el seguro popular; o en su defecto no tienen acceso a ninguno de estos servicios. En los últimos datos se observa, que el aumento de mujeres de 66 y más años hacia la limitación física y el no trabajo se ve agravado, pero no sólo por la condición de salud, sino por el aumento en la carencia del acceso a los servicios de salud.

Municipio de Tlacolula de Matamoros

Edad de 18 a 45 años: existe un total de 2 173 hombres y 3 852 mujeres. A diferencia de Ocotlán, en Tlacolula se ven menos favorecidos tanto hombres (31.2%) como mujeres (11%) para el acceso a los servicios de salud. Asimismo, en Tlacolula los hombres estudiantes son más en cantidad (n=162) que las mujeres (n=152), pero a diferencia de Ocotlán, aquí tanto hombres como mujeres estudiantes no cuentan con acceso a los servicios de salud (3.91%; 1.76%) respectivamente. Finalmente, la categoría de limitación física y la de no trabajo, favorecen a la población masculina, no obstante, tanto hombres y mujeres presentan una alta proporción a la no afiliación a los servicios de salud, en comparación con el municipio de Ocotlán (ver tabla 3).

Edad de 45 a 65 años: existe una población de 718 hombres y 913 mujeres. En estos resultados llama la atención que existe una mayor proporción de mujeres que se dedican al hogar (n=464) y que no están afiliadas (n=197, 21.5%), en comparación con las mujeres que trabajan (n=325) y no están afiliadas (n=107, 11,7%); sin embargo, también los hombres que trabajan se ven poco favorecidos hacia la afiliación (n=228, 31.7%). Con

Tabla 2. Acceso a los servicios de salud en función del sexo, la edad y la condición de actividad: Ocotlán de Morelos

Edad	Condición de actividad	Afilación Hombres			Afilación Mujeres			Total H 2 507	Total M 2 909
		Seg. Pop.	Otro Seg.	No Afil.	Seg. Pop.	Otro Seg.	No Afil.		
18-45 ^a	Trabajo	594 (38.4)	196 (12.7)	367 (27.7)	293 (16.8)	126 (7.24)	200 (11.4)	1157	619
	Estudiante	49 (3.17)	42 (2.72)	62 (4.01)	72 (4.13)	28 (1.60)	49 (2.81)	153	149
	Quehaceres del hogar	2 (0.12)	1 (0.06)	1 (0.06)	613 (35.2)	74 (4.25)	181 (10.4)	4	868
	Limitación física	10 (0.64)	1 (0.06)	5 (0.32)	6 (0.34)	0	3 (0.17)	16	9
	No trabajo	81 (5.24)	7 (0.45)	36 (2.33)	33 (1.89)	3 (0.17)	15 (0.86)	124	51
	Otra actividad	58 (3.73)	3 (0.18)	28 (1.8)	20 (1.13)	5 (0.27)	19 (1.07)	89	44
Valor P*	<i>df 16 p .000</i>			<i>df 16 p .000</i>			n= 1 543	n= 1 740	
46-65 ^a	Trabajo	254 (39.7)	87 (13.6)	137 (21.4)	122 (15.8)	62 (8.05)	71 (9.22)	478	255
	Estudiante	0	0	0	1 (0.12)	0	0	0	1
	Quehaceres del hogar	5 (0.78)	4 (0.62)	3 (0.46)	299 (38.8)	65 (8.44)	105 (13.6)	12	469
	Limitación física	7 (1.09)	3 (0.46)	6 (0.93)	6 (0.77)	0	1 (0.12)	16	7
	No trabajo	36 (5.63)	6 (0.93)	26 (4.06)	12 (1.55)	2 (0.25)	4 (0.51)	68	18
	Otra actividad	39 (6.09)	15 (2.33)	11 (1.69)	8 (1.01)	11 (1.42)	1 (0.12)	65	20
Valor P*	<i>df 16 p .000</i>			<i>df 14 p=.000</i>			n= 639	n= 770	
≥ 66 ^a	Trabajo	74 (22.7)	17 (5.23)	29 (8.92)	24 (6.01)	2 (0.50)	20 (5.01)	120	46
	Estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0
	Quehaceres del hogar	2 (0.61)	1 (0.30)	0	143 (35.8)	42 (10.5)	59 (14.7)	3	244
	Limitación física	47 (14.4)	8 (2.46)	8 (2.46)	32 (8.02)	4 (1.00)	13 (3.25)	63	49
	No trabajo	61 (18.7)	24 (7.38)	21 (6.46)	21 (5.26)	6 (1.50)	22 (5.51)	106	49
	Otra actividad	14 (4.3)	15 (4.61)	4 (1.1)	3 (0.75)	7 (1.75)	1 (0.25)	33	11
Valor P*	<i>df 14 p.000</i>			<i>df 16 p .000</i>			n= 325	n= 399	
Total n= 5 416 <i>df 18 p .000</i>									
*Valor $p < 0.005$; †prueba chi- cuadrado.									

Fuente: elaboración propia, con datos de la Encuesta Intercensal_INEGI (2015)

Tabla 3. Acceso a los servicios de salud en función del sexo, la edad y la condición de actividad: Tlacolula de Matamoros

Edad	Condición de actividad	Afilación Hombres			Afilación Mujeres			Total H 3 183	Total M 3 852
		Seg. Pop.	Otro Seg.	No Afil.	Seg. Pop.	Otro Seg.	No Afil.		
18-45 ^a	Trabajo	403 (18.5)	649 (29.8)	679 (31.2)	261 (6.77)	511 (13.2)	425 (11)	1731	1197
	Estudiante	29 (1.33)	48 (2.20)	85 (3.91)	33 (0.85)	51 (1.32)	68 (1.76)	162	152
	Quehaceres del hogar	3 (0.13)	4 (0.18)	5 (0.23)	404 (10.4)	226 (5.86)	380 (9.86)	12	1010
	Limitación física	8 (0.36)	6 (0.27)	8 (0.36)	6 (0.15)	1 (0.02)	4 (0.10)	22	11
	No trabajo	33 (1.51)	16 (0.73)	59 (2.71)	19 (0.49)	18 (0.46)	41 (1.06)	108	78
	Otra actividad	67 (3.06)	11 (0.49)	60 (2.75)	34 (0.86)	19 (0.47)	29 (0.73)	138	82
Valor P*		<i>df 18 p .000</i>			<i>df 18 p .000</i>			n= 2 173	n= 3 852
46-65 ^a	Trabajo	138 (19.2)	155 (21.5)	228 (31.7)	102 (11.1)	116 (12.7)	107 (11.7)	521	325
	Estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0
	Quehaceres del hogar	3 (0.41)	0	0	187 (20.4)	80 (8.76)	197 (21.5)	3	464
	Limitación física	10 (1.39)	2 (0.27)	6 (0.83)	5 (0.54)	4 (0.43)	7 (0.76)	18	16
	No trabajo	18 (2.50)	4 (0.55)	43 (5.98)	12 (1.31)	8 (0.87)	8 (0.87)	65	28
	Otra actividad	46 (6.37)	35 (4.86)	30 (4.14)	21 (2.26)	44 (4.8)	15 (1.61)	111	80
Valor P*		<i>df 16 p .000</i>			<i>df 16 p=.000</i>			n= 718	n= 913
≥ 66 ^a	Trabajo	37 (12.6)	19 (6.50)	42 (14.3)	22 (5.37)	10 (2.44)	26 (6.35)	98	58
	Estudiante	0	0	0	0	0	1 (0.24)	0	1
	Quehaceres del hogar	2 (0.68)	0	3 (1.02)	101 (24.6)	39 (9.53)	76 (18.5)	5	216
	Limitación física	15 (5.13)	5 (1.71)	20 (6.84)	11 (2.68)	6 (1.46)	27 (6.60)	40	44
	No trabajo	53 (18.1)	16 (5.47)	29 (9.93)	33 (8.06)	16 (3.91)	27 (6.60)	98	76
	Otra actividad	23 (7.87)	17 (5.81)	11 (3.75)	7 (1.7)	6 (1.46)	1 (0.24)	51	14
Valor P*		<i>df 14 p.000</i>			<i>df 14 p .016</i>			n= 292	n= 409
Total n= 7 035 <i>df 18 p .000</i>									
*Valor $p < 0.005$; †prueba chi- cuadrado.									

Fuente: elaboración propia, con datos de la Encuesta Intercensal_INEGI (2015)

respecto a la categoría de limitación física, hay más hombres ($n=18$) que mujeres ($n=16$) con esta condición. Finalmente, hay una mayor frecuencia de hombres sin trabajo ($n=65$) y no afiliados ($n=43$, 5.98%), que mujeres sin trabajo ($n=28$) y no afiliadas ($n=8$, .87%) (Ver tabla 3).

Edad de 66 años y más: hay 292 hombres y 409 mujeres; de los 98 hombres, 14.3% trabaja y no está afiliado, así mismo, de 58 mujeres el 6.35% trabaja y no está afiliada. Asimismo, se observa que hay más mujeres dedicadas al hogar y que no están afiliadas ($n=76$, 18.5%). La limitación física afecta más a las mujeres de este municipio ($n=44$ limitación) y tampoco están afiliadas ($n=27$, 6.60%). Empero, sigue habiendo más hombres ($n=98$) en condiciones de no trabajo que mujeres ($n=76$) (ver tabla 3).

En general, con la prueba chi-cuadrada se observa que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p .000$), tanto a nivel global como estratificado por edad en la afiliación de la población a los servicios de salud, en función de la condición de actividad y el sexo, tanto para el Municipio de Ocotlán como el de Tlacolula (ver tabla 2 y 3).

Discusión y conclusiones

A partir de los datos obtenidos en este estudio, se establece que ambos municipios se encuentran ubicados en la categoría de afiliación al seguro popular y/o no afiliación. En el caso de Ocotlán existe una mayor proporción de mujeres que se encuentran afiliadas al seguro popular. Partiendo de estos hallazgos cuantitativos y comparándolos con los datos históricos acumulados, se dice que las mujeres utilizan los recursos y programas federales de manera más eficiente que los hombres, porque ellas reconocen que es un recurso

económico y en especie que les ayuda a reducir la situación de pobreza de sus hogares, por consiguiente, ellas lo usan pensando en el bienestar de los miembros de sus familias (Tepichin, 2010a).

Como apunta Tepichin (2010a) estos programas sociales (Prospera, Diconsa, comedores comunitarios, etcétera) para el mejoramiento y prestación de servicios, se han promocionado ampliamente entre las mujeres, justificando el trabajo no pagado de éstas, el cual consiste en el rol de cuidado de la familia y la comunidad, propiciando que absorban los costos sociales del ajuste. Al respecto, se observa que en Ocotlán el 54.3% y en Tlacolula el 43.8% de las mujeres se dedican a los quehaceres del hogar, mismos que no son remunerados y subsumen a las mujeres en un amplio estado de pobreza.

Estos resultados son semejantes a los obtenidos por Gómez (2002), en donde se observó que existe una sobrerrepresentación femenina en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social como el trabajo en el sector informal y el empleo a tiempo parcial, por ende, Gómez (2002) refiere que el acceso a los beneficios del seguro de salud por parte del trabajo, es más limitado para las mujeres. Así, se resume que estos programas buscan mejorar las condiciones de vida y reducir la desigualdad de ingresos sin una perspectiva de género, por ende, dejan la búsqueda de la equidad en el tintero (Tepichin, 2010a).

De forma similar, los resultados de Tlacolula favorecen más a las mujeres hacia estos tipos de programas, no obstante, la diferencia entre ambos municipios, es que en Tlacolula en mayor porcentaje, tanto hombres y mujeres se ven poco favorecidos para el acceso a los servicios de salud. Al respecto, Gómez (2002) en su estudio desarrollado en Perú y Ecuador, observó que en

los lugares de menor ingreso o de estratos más pobres, el acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres dejó de ser mayor que la masculina. Esto tiene relación con la ubicación geográfica de las comunidades, en las cuales, el difícil acceso excluye a las poblaciones para recibir la atención médica. En el caso de Tlacolula, pese a que la distancia con la zona conurbada es muy próxima, el municipio cuenta con muchas comunidades indígenas que se encuentran ubicadas en zonas altamente marginadas, en donde el primer contacto con un servicio de salud se ubica a más de tres horas.

A esto se suma, que las unidades médicas más cercanas a estas zonas marginadas presentan un gran desabasto de medicamentos, de material de curación básico y de recursos humanos. Como señala Carrillo (2010):

Generalmente una clínica o consultorio médico atiende a rancherías aledañas para cuyos habitantes los medicamentos no alcanzan (...) por tanto, los habitantes de dichas comunidades afirman que se privilegia la aplicación a niños y ancianos, en tanto que a los hombres y mujeres jóvenes y adultos se les trata con alternativas comunitarias basadas en la herbolaria (en Navarrete, 2014: 95).

En relación al beneficio y uso de estos programas de salud, Gómez (2002) señala que existen múltiples diferencias caracterizadas por el sexo, no sólo haciendo alusión a la función reproductiva, sino en función de las enfermedades asociadas a la longevidad del ser humano, que en este caso se ve más pronunciado en las mujeres, quienes ostentan una esperanza de vida mayor al hombre, debido a que éstos desarrollan trabajos que los posiciona en mayor exposición para situaciones de riesgo, lesión, accidente o muerte. Por tanto,

resulta lógico que las mujeres usen los servicios de salud más frecuentemente que los hombres.

Finalmente, los datos obtenidos demuestran que, en ambos municipios existe una mayor limitación física y condición de no trabajo en hombres más que en mujeres, sin embargo, los hombres de Ocotlán muestran mayor tendencia a la limitación física que los del Municipio de Tlacolula (3.78%; 2.51%) respectivamente, así como una condición poco favorable para el trabajo en hombres de Ocotlán (11.8%) versus hombres de Tlacolula (8.51%). No obstante, la escasa afiliación a los programas de salud se ve más alarmante en las mujeres que en los hombres, sobre todo, la situación se agrava conforme se va avanzando en la edad.

Al respecto, las estadísticas nacionales e internacionales afirman que la esperanza de vida es más alta en las mujeres que en los hombres, eso explica porque la mayor parte de hombres de ambos municipios presentan altos porcentajes de limitaciones físicas a tempranas edades, y porque muchas mujeres de 66 años y más aún permanecen laborando. Estos datos no son nuevos, como señala Caro y Navarrete (2014) desde la década de los sesenta, la participación económica de las mujeres en los mercados laborales se ha visto aumentado, sin embargo, su presencia la ubicamos en los sectores del comercio, la elaboración de productos y los servicios. Por ende, gran parte del empleo femenino se concentra dentro de la precariedad laboral, lo que las posiciona en una condición de vulnerabilidad constante.

Como afirma Navarrete,

en cuanto a la vulnerabilidad en el ámbito laboral. Los pueblos indígenas deberían poder revalorar los saberes comunitarios con la finalidad de des-

plegar competencias capaces de insertarlos en la lógica de la productividad mundial, porque los saberes ancestrales son parte del conocimiento dep-

urado por las comunidades, conocimiento altamente pertinente para la resolución de problemas contemporáneos (2014: 98).

Referencias bibliográficas

- Barreto, S.; Kalache, A. y Giatti, L. (2006). “¿El estado de salud explica la disimilitud de género en el uso de la atención médica entre los adultos mayores?”, *Canalla. Saúde Pública, Río de Janeiro*, vol. 22, Núm. 2: 347-55.
- Castel, R. (1995). “De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso”, *Archipiélago*, vol. 21: 27-36.
- Coello, R. (2018). Pobreza ataca a la población en Oaxaca (México), Nota de Hispantv nexos latino. <https://www.hispantv.com/noticias/mexico/390853/informe-sedesol-pobreza-poblacion-oaxaca> (consulta 9 de septiembre de 2019).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2018). Panorama Social de América Latina 2018. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051_es.pdf (consulta 9 de septiembre de 2019).
- Consejo Nacional de evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2016). Medición de la pobreza. México: CONEVAL. www.coneval.org.mx (consulta 9 de septiembre de 2019).
- Fajardo, D.; Gutiérrez, J. y García, S. (2015). “Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud”, *Salud pública de México*, vol. 57, Núm. 2: 180-6.
- García, H. (2014). “Un recorrido por los conceptos de pobreza, marginación, exclusión social y vulnerabilidad”. En: Navarrete, E. y Caro, L. *Poblaciones vulnerables ante la salud y el trabajo*. México: el Colegio Mexiquense A.C., 15-48.
- Gómez, G. (2002). “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica”, *Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, Vol. 11, núm. 5/6: 327-34.
- Instituto Nacional de Información Estadística y Geografía. (2015). Encuesta Intercensal Nacional. México: INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/> (consulta 9 de septiembre de 2019).
- Navarrete, E. y Caro, L. (2014). *Poblaciones vulnerables ante la salud y el trabajo*. México: Colegio Mexiquense. A.C., 9-213.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). (2015). Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2017: Ocotlán de Morelos, Oaxaca. Oaxaca: Diario Oficial de la Federación. http://diariooficial.gob.mx/SEDESOL/2017/Oaxaca_068.pdf (consulta 9 de septiembre de 2019).
- Tepichin, V.; Tinat, K. y Gutiérrez, L. (2010a). *Los grandes problemas de México: relaciones de género. México: el Colegio de México*, 9-315.
- Tepichin, V. (2011b). *Género en contextos de pobreza*. México: Colegio de México. A.C., 9-231.