

# VULNERABILIDAD Y MERCANTILIZACIÓN

## Salud en contextos de desigualdad



Kim Sánchez Saldaña  
(coordinadora)

Universidad Autónoma del Estado de Morelos

# Vulnerabilidad y mercantilización: salud en contextos de desigualdad

Kim Sánchez Saldaña  
(coordinadora)



# Vulnerabilidad y mercantilización: salud en contextos de desigualdad

Kim Sánchez Saldaña  
(coordinadora)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



Vulnerabilidad y mercantilización : salud en contextos de desigualdad /  
Kim Sánchez Saldaña, (coordinadora) .– Primera edición.– México :  
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2025.

148 páginas

ISBN 978-607-2646-30-8

1. Salud – Aspectos sociales – México 2. Accesibilidad de la  
asistencia sanitaria – México 3. Bienestar

LCC RA418.3.M6

DC 362.10972

Esta publicación fue dictaminada por pares académicos.

*Vulnerabilidad y mercantilización: salud en contextos de desigualdad*  
Primera edición, 2025

D.R. 2025 Kim Sánchez Saldaña (coordinadora)

D.R. 2025 Universidad Autónoma del Estado de Morelos  
Av. Universidad 1001  
Col. Chamilpa, CP 62209  
Cuernavaca, Morelos, México  
publicaciones@uaem.mx  
libros.uaem.mx

Corrección de estilo: Aleida Martínez García

Formación: Elizabeth Pérez Trigo

Imágenes de portada: *Hard Drugs On Dark Table* (<https://elements.envato.com/hard-drugs-on-dark-table-N8M43T9>), autor ShiftDrive; *Rajada, Guanacaste, Costa Rica - April 11: Man In A Bicycle Herding Cows Down The Main Road* (<https://elements.envato.com/rajada-guanacaste-costa-rica-april-11-man-in-a-bic-WAB9X59>), autor NaturesCharm; *Psychotherapy meeting woman support group mantherapy psychology patient psychologist sad emotion* (<https://elements.envato.com/psychotherapy-meeting-woman-support-group-manthera-ZPNCMXP>), autor dvatri; Adriana Saldaña Ramírez, Kim Sánchez Saldaña y Karina Ramírez Villaseñor.

ISBN: 978-607-2646-30-8

DOI: 10.30973/2025/vulnerabilidad\_mercantilizacion

Cuidado editorial: Jefatura de Publicaciones en Ciencias Sociales del CICSER / Dirección  
de Publicaciones y Divulgación



Esta obra se distribuye bajo una licencia Creative Commons  
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Hecho en México

## CONTENIDO

Introducción	7
Pensar la mercantilización de la salud a través de una clínica de adicciones en Cuernavaca <i>Cristian de Jesús Sánchez Soto</i>	15
Mujeres, trabajo y salud en dos comunidades de los Altos de Morelos: San Agustín Amatlipac en Tlayacapan y San Sebastián La Cañada en Totolapan <i>Susana Beatriz Galindo Rentería</i>	37
Los cuerpos que no se enferman: masculinidades y salud entre comerciantes informales <i>Karina Ramírez Villaseñor</i>	65
Vivienda saludable para población jornalera en movilidad <i>Kim Sánchez Saldaña y Adriana Saldaña Ramírez</i>	91
Entornos saludables y asentamientos de migrantes indígenas en Costa de Hermosillo, Sonora, México <i>Alex Ramón Castellanos Domínguez</i> <i>y Armando Javier Pruñonosa Santana</i>	111



## INTRODUCCIÓN

La presente compilación es resultado de un esfuerzo colectivo llevado a cabo por investigadoras e investigadores convocados por el cuerpo académico “Grupos culturales, espacios y procesos regionales en la globalización” del Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales (CICSER) de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Se rescatan algunos de los trabajos presentados en el evento “Salud y Cultura en la Globalización”, realizado los días 13 y 14 de mayo de 2024, en el campus Chamilpa de la UAEM, cuyo objetivo era dialogar e intercambiar reflexiones sobre la problemática actual de la salud en distintos sectores y grupos sociales, basándose en estudios de caso. Esta edición mantiene el propósito principal de dicho encuentro.

A través del análisis de situaciones concretas y escenarios cotidianos en los que las personas viven diversos procesos de salud-enfermedad, así como las posibilidades u obstáculos para acceder a servicios de atención, este libro ofrece valiosas reflexiones desde diversas perspectivas sociales y humanísticas.

Los textos incluidos en esta compilación abordan importantes ejes transversales y buscan contribuir a los debates sobre la determinación social de la salud y el bienestar. Enfatizan en la necesidad de considerar la multidimensionalidad de los fenómenos de salud y enfermedad para lograr una comprensión integral.

Entre los ejes centrales destaca, en primer término y como común denominador, la premisa de que los fenómenos de salud-enfermedad analizados no pueden ser plenamente explicados ni atendidos sin considerar los factores económicos, sociales, culturales y políticos que influyen en los procesos y dinámicas que estructuran las sociedades.



Asimismo, el reconocimiento de los determinantes estructurales derivados del avance de la globalización bajo el modelo neoliberal es un eje que atraviesa todos los escritos. Los diversos escenarios documentan las múltiples expresiones del desmantelamiento y las carencias del sistema público de salud, al mismo tiempo que evidencian el costo social y económico de la mercantilización de la salud, promoviendo que el individuo y la familia asuman la responsabilidad principal de su atención (Tavares, 2013).

En tercer lugar, los textos revelan cómo la presencia o ausencia del Estado afecta la problemática de la salud-enfermedad. Algunos de los estudios de caso identifican dificultades y limitaciones en las estrategias para la promoción de la salud, es decir, en la mejora de las condiciones de vida y la adopción de estilos de vida saludables. Estos estudios pueden proporcionar, modestamente, elementos útiles para el diseño o implementación de políticas públicas destinadas a atender grupos específicos como mujeres rurales, comerciantes ambulantes o jornaleros agrícolas migrantes o asentados, en tanto ofrecen evidencia y aportan información detallada sobre los inconvenientes, retos y posibilidades en la promoción de la salud en contextos particulares.

Finalmente, otro eje transversal en estos trabajos es la búsqueda de enfoques teóricos, conceptos y nociones que permitan comprender fenómenos complejos resultantes de la interacción de variables como género, edad, clase, oficio, escolaridad, origen étnico, entre otras, que inciden en el proceso de atención y cuidado de la salud. En este sentido, las humanidades y las ciencias sociales pueden contribuir a realizar estudios integrales sobre las condiciones de salud de la población, analizando casos concretos y proponiendo alternativas inclusivas y sostenibles.

Este libro compila cinco estudios de caso, la mayoría de ellos han construido sus observatorios sociales en Morelos, tanto en áreas rurales como urbanas. Además, incluye valiosos

hallazgos de una investigación en una comunidad de población migrante indígena en Sonora, una realidad que comparte similitudes con la situación en Morelos en las últimas décadas.

Cristian de Jesús Sánchez Soto presenta un análisis crítico de una clínica de adicciones en Cuernavaca, la capital del estado, a través de un ejercicio de observación participante. Su estudio revela que el proceso de rehabilitación se cimenta en la mercantilización de la salud, en el cual la vida, la salud y los servicios médicos se alinean con la lógica de mercado. Este proceso va acompañado de la progresiva medicalización de la vida cotidiana, en busca de una gran salud. Con base en entrevistas y una descripción densa, el investigador ofrece agudas reflexiones sobre estos espacios de atención a personas consideradas adictas y expone las estrategias de mercadotecnia utilizadas por los directivos y los terapeutas de estos recintos.

En un escenario rural, Susana Beatriz Galindo Rentería analiza las condiciones de salud, del trabajo de cuidados y de autocuidado de las mujeres en dos comunidades de la región de los Altos de Morelos: San Agustín Amatlipac y San Sebastián La Cañada. Su investigación intersecta género, trabajo y salud en el contexto de nuevas ruralidades; incorpora teorías de género y la emergente línea de investigación sobre los cuidados; examina el papel crucial, aunque a menudo subestimado, de las mujeres como proveedoras de bienestar para sus familias (Batthyány, 2021). Utiliza el concepto de “sostenibilidad de la vida” para cambiar el enfoque de los análisis de la reproducción del capital a la reproducción de la vida (Batthyány, 2021).

Por su parte, Karina Ramírez Villaseñor presenta los hallazgos derivados de su estudio sobre varones comerciantes informales de Yecapixtla, Morelos; al analizar la interacción entre género, empleo y los procesos de salud-enfermedad. Toma como referente teórico los estudios de las masculinidades y con una metodología cualitativa, indaga cómo los

hombres viven los procesos de salud-enfermedad, qué factores favorecen o limitan su acceso a la salud y cómo el modelo de masculinidad dominante influye en su (des)atención personal. Al igual que la anterior colega, la autora introduce, desde la teoría feminista (Fischer & Tronto, 1990), la importancia del cuidado y el autocuidado en su revisión crítica sobre las alternativas y retos para la atención de los hombres comerciantes informales.

El siguiente capítulo, de autoría de Kim Sánchez Saldaña y Adriana Saldaña Ramírez, argumenta a favor del uso de los albergues públicos para la población jornalera agrícola migrante como espacios promotores de entornos saludables, que permiten implementar programas de atención a la salud y promoción social para los trabajadores y sus familias. Basándose en la trayectoria del Albergue de Jornaleros Agrícolas Migrantes en Atlatlahucan, Morelos, y en los programas sociales desarrollados ahí, se busca demostrar que los albergues públicos son eficaces para poner en marcha estrategias de atención en lugares similares, al proporcionar un lugar de pernocta seguro y saludable a la población jornalera, al mismo tiempo que garantizan el ejercicio de sus derechos humanos y laborales.

Para concluir esta compilación, Alex Ramón Castellanos Domínguez y Armando Javier Pruñonosa Santana comparten su experiencia en un proyecto de planeación rural participativa y sustentable en zonas pluriétnicas de México, específicamente en el poblado Miguel Alemán, municipio de Hermosillo, Sonora. Este proyecto consistió en diseñar propuestas de atención a familias indígenas en asentamientos pluriculturales complejos con el fin de crear entornos saludables. Es una investigación aplicada que busca ofrecer alternativas a comunidades expuestas a problemas de salud emergentes, agravados por el alto nivel de movilidad de jornaleros y jornaleras agrícolas en la región, una situación recurrente en zonas de producción agrícola intensiva como las existentes en Hermosillo.

Al analizar la situación de la población trabajadora en campos agrícolas en Sonora, Jesús Armando Haro (2007) señalaba que, desde el punto de vista de las condiciones de vida y salud a nivel mundial, la globalización:

constituye una ideología basada en tres principios negativos para el bienestar y la salud de los trabajadores y la población en general: a) el fundamentalismo del mercado, que fomenta el flujo libre de capitales, mercancías y factores de la producción; b) el desmantelamiento de los Estados nacionales, bajo la llamada “monarquía del capital” y c) la homogeneización de las culturas, con la difusión consiguiente de patrones de consumo similares (p. 77).

Como se puede inferir de este breve repaso por los trabajos reunidos en esta compilación, se pretende hacer una contribución modesta a la discusión sobre las problemáticas de la salud y el acceso a servicios de atención. Son, a fin de cuentas, reflexiones que giran en torno a la mercantilización de la salud y los costos asociados para quienes no pueden pagarla. En este sentido, el libro se relaciona con la categoría de la construcción social del riesgo, ya que revela cómo la sociedad crea contextos frágiles que aumentan las dimensiones de la vulnerabilidad (García, 2005). El empleo informal de los comerciantes, la condición migratoria y otras formas de exclusión social, ofrecen fundamento para plantear no sólo que la desigualdad es un factor determinante de la salud, sino también que el acceso a la salud es un importante factor de desigualdad.

El cuerpo académico “Grupos culturales, espacios y procesos regionales en la globalización” se ha caracterizado por promover estudios etnográficos y de caso contemporáneos –principal, pero no exclusivamente en Morelos–, que registran y analizan las respuestas de actores locales frente a políticas nacionales o globales de ajuste estructural en los

ámbitos económicos y ocupacionales, sociales, culturales y políticos. En este sentido, se han estudiado las repercusiones de las transformaciones macrosociales en las dinámicas comunitarias o regionales, así como las respuestas de los diferentes actores a estos procesos (resistencias, contradicciones y recomposiciones).

Con la participación de tesisistas y colaboradores del cuerpo académico, esta ocasión ha servido para compartir resultados y reflexionar sobre diversas problemáticas vinculadas a la salud-enfermedad, entendidas también como expresiones locales y regionales de la globalización.

*Chamilpa, 12 de septiembre de 2024*

Kim Sánchez Saldaña

Representante del cuerpo académico

“Grupos culturales, espacios y procesos regionales  
en la globalización”

## Referencias

- Batthyány, Karina (2021). Miradas latinoamericanas al Cuidado (Introducción). En Karina Batthyány (coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados* (pp. 11-52). CLACSO/Siglo XXI Editores.
- Fisher, Berenice, & Tronto, Joan (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. En Emily Abel and Margaret Nelsol (Eds.), *Circles of Care: Work and identity in Women's Lives* (pp. 35-62). State University of New York Press.
- García Acosta, Virginia (septiembre-diciembre 2005). El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos. *Desacatos* (19), 11-24.
- Haro Encinas, Jesús Armando (septiembre-diciembre 2007). Globalización y salud de los trabajadores. Jornaleros agrícolas y producción de uva en Pesqueira, Sonora. *Región y Sociedad*, XIX (40), 73-105.
- Mejía O., Luz M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la teoría de la salud. *Revista de la Facultad de Salud Pública*, 31, 28-36.
- Tavares Riveiro Soares, Laura (comp.) (2013). *Salud, desigualdad y pobreza en América Latina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires/CLACSO. E-Book.



# PENSAR LA MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD A TRAVÉS DE UNA CLÍNICA DE ADICCIONES EN CUERNAVACA

Cristian de Jesús Sánchez Soto<sup>1</sup>

## *Introducción*

Mientras realizaba mi trabajo de campo en una clínica privada para la rehabilitación en adicciones,<sup>2</sup> escuché que algunos usuarios<sup>3</sup> reían mientras veían la revista *Foro Magazine*. Me acerqué a ellos para preguntarles qué les había causado gracia. Uno de ellos, el usuario G, me miró y me dijo “la paradoja”, mientras sostenía la revista. Le pedí que me la enseñara y en ella había dos publicidades: una era de la mezcalera Junior Lara con el *slogan* “La nueva generación del tequila”; la otra era del establecimiento en el que se encontraban internados para tratar su adicción de manera involuntaria. El interno G trataba su adicción al alcohol y recitaba el discurso “todos los días 164 personas mueren por adicciones, aún estás a tiempo de rehabilitarte”.

<sup>1</sup> Maestro en Humanidades, Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades (CIIHU), UAEM.

<sup>2</sup> Realicé un trabajo etnográfico de un año y nueve meses en una clínica privada para la rehabilitación de las adicciones ubicada en Cuernavaca, Morelos, como parte del trabajo de investigación que desarrollé durante la Maestría en Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM).

<sup>3</sup> La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para el tratamiento y control de las adicciones define al usuario como “aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas”.



La aparente paradoja —la presencia de dos publicidades superficialmente opuestas, una que sugiere el consumo de alcohol; la otra que señala a la posibilidad de morir por el abuso de drogas— realmente no tiene una lógica tan lejana. Ambas comparten un mismo objetivo, llegar a la mayor cantidad de posibles clientes a través de la revista, o incluso más allá, llegar al mismo cliente, al consumidor de alcohol.

El tratamiento de rehabilitación en adicciones y el fomento del uso de sustancias psicoactivas parecen no pertenecer a mundos opuestos, en nuestra época actual el mandato de gozar y la felicidad son elementos culturales clave para entender los procesos psicológicos de nuestra modernidad (Illouz, 2007) lo cual lleva al sujeto a buscar el placer evitando el dolor (Cabanas & Illouz, 2021).

En este capítulo se aborda la noción de que el proceso de rehabilitación que la clínica para adicciones propone, se sustenta en los procesos de mercantilización de la salud. Para fundamentar esta tesis, planteo cinco apartados: 1) Fuentes y método da a conocer cómo realicé la recolección de información; 2) Mercantilización de la salud muestra el marco teórico desde el que entiendo la mercantilización de la salud; 3) La mercantilización de la salud en la clínica para la rehabilitación expone el análisis de los datos recabados; 4) Mercantilización de la salud y el mito de la gran salud revela los datos hallados; 5) Reflexiones finales es la conclusión de lo trabajado en todo el texto.

El proceso de mercantilización de la salud, además, se observará en dos elementos puntuales que permiten la vinculación con la lógica económica neoliberal (Méndez, 2017, pp. 1-30): a) el servicio de salud es brindado por un particular que ha encontrado en el tratamiento de rehabilitación en adicciones un nicho para emprender un negocio (p. 562),<sup>4</sup> depende

<sup>4</sup> Méndez (2017) hace una distinción entre liberalismo y neoliberalismo, aunque ambos fenómenos parten del ideal de libertad, la libertad que

totalmente del financiamiento del usuario y de la familia y compite con otros establecimientos similares, haciendo que la salud se convierta en un bien de lujo; *b*) el usuario es el único responsable de su salud y de él depende aprovechar el trabajo interdisciplinar de especialistas en la rehabilitación de su adicción. El discurso neoliberal no sólo se vincula con procesos de producción y reproducción del capital económico, sino que estructura subjetividades y configura el yo de los pacientes (Cabanas, 2013) como un proyecto (Han, 2014).

### *Fuentes y método*

El trabajo de investigación etnográfica fue realizado en una clínica privada para la rehabilitación de pacientes con adicciones, a la que se identificará como clínica de rehabilitación A. Durante ese tiempo, se recabó información relevante sobre el ejercicio del poder disciplinar que se lleva a cabo en dicha institución y elementos donde se percibe el proceso de la mercantilización de la salud; se entrevistaron a varios usuarios durante su proceso de rehabilitación por el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y hubo participación en eventos sociales de la clínica.

Los usuarios entrevistados fueron seleccionados por el método “bola de nieve”, eran referidos por usuarios anteriormente encuestados. Se realizaron entrevistas semiestructuradas centrando la atención en la experiencia del interno acerca del ejercicio del poder disciplinar durante el tratamiento. Los pacientes participaron con consentimiento informado

---

busca cada una es diferente: mientras el liberalismo parte de la libertad del sujeto para hacer intercambios económicos, se trata de un sujeto que calcula sus posibles beneficios en función de los datos del mercado; el neoliberalismo busca la libertad del sujeto para emprender y se “asume como el promotor del escenario en el cual obtendrá unos mayores beneficios”.

y se mantiene el anonimato de ellos, así como del establecimiento, por lo que los nombres fueron sustituidos por letras o monosílabos.

La clínica de rehabilitación A se caracteriza por ser de contención física y forma parte de una cadena de otros cuatro establecimientos. A esta institución solamente llegan varones involuntarios que no auto perciben un problema con el uso de SPA; también son internados usuarios con depresión y ansiedad, así como pacientes que tienen conflicto con las normas morales, sociales o legales<sup>5</sup> y que son denominados ingobernables.

La población de usuarios ronda entre 20 a 25 internos durante todo el año. Los procesos de rehabilitación de adicciones son de 90 días. En la población había consumo de varias sustancias, pero predominaba la metanfetamina y el alcohol.

### *Mercantilización de la salud*

Por mercantilización de la salud se entiende al proceso por el cual la vida, la salud y los servicios médicos se alinean al desarrollo mercantil. Se considera este fenómeno en tres acepciones consecuentes: 1) la mercantilización parte del discurso de una gran salud (Stolkiner, 2013); 2) la creación del valor de uso de los conocimientos de las ciencias biológicas, químicas y farmacéuticas en servicios clínicos a partir del significativo vacío que es el concepto de salud (Rodríguez, 2002); 3) la salud como un proceso neoliberal y autogestivo con el mandato de la administración de riesgos, de la prevención y del tratamiento (Castro, 2009, pp. 7-25).

La mercantilización de la salud parte del “mito de la gran salud” (Stolkiner, 2013, p. 5) consistente en la búsqueda constante del bienestar recurriendo a la medicalización de

<sup>5</sup> Con acentuación de rasgos de personalidad antisocial o límite.

todos los aspectos de la vida cotidiana, lo que ha ocasionado que los aspectos culturales, políticos y sociales que circundan los procesos de salud-enfermedad sean minimizados, y hacen que la búsqueda de esa salud ideal sea el motor para la venta de servicios de salud y atención médica; lo cual conlleva a la reducción del paciente a un rasgo de personalidad o a un elemento disfuncional de la conducta, sin tener la posibilidad de una valoración interseccional de sus procesos de salud y enfermedad.

Esta reducción de la persona a un rasgo de su personalidad o comportamiento (Basaglia, 1976, pp. 129-172; Szasz, 2001, p. 255), está presente en los tratamientos residenciales para la rehabilitación de las adicciones. Los usuarios son reducidos a un comportamiento escogido dentro de la extensa gama de pensamientos, emociones, conductas que una persona tiene.

La mercantilización de la salud puede ser entendida, además, desde la salud como un significante vacío que se llena con lo que los poderes políticos y económicos convengan o requieran, para luego atribuirle un valor de uso. El significante de salud puede ser enlazado de este modo con los conocimientos generados por la biología, la química, la fisiología, la anatomía, siendo el profesional de la salud (médico, psicólogo, enfermero, consejero, etc.), el responsable de traducir el lenguaje científico en productos y servicios de salud como el diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico (Rodríguez, 2022).

Foucault (1999, pp. 343-362) sostiene que la mercantilización de la salud atraviesa el cuerpo del paciente en dos vectores: 1) la potencia del cuerpo del paciente para reproducir el capital económico y 2) por los procesos de enfermedad y sufrimiento de las corporalidades. Castro (2009) agrega que la mercantilización de la salud en el sistema neoliberal significa que la salud se vuelve un asunto de autogestión de sí mismo, lo que hace que las personas hagan consumo de productos de la salud puestos a la venta, como

fármacos, talleres de gestión emocional, libros de autoayuda y conferencias sobre el manejo del conflicto.

### *Emociones capitalizadas*

Las emociones son convertidas en medios de producción del capital ya que permiten incrementar la producción, el rendimiento y el consumo de bienes de la salud. La vergüenza, la culpa o el miedo permiten apuntalar diferentes bienes de consumo terapéutico y de servicios de salud, por ejemplo: *talk shows*, programas de asesoramiento, grupos de apoyo, sesiones de terapia y programas de rehabilitación o libros de autoayuda (Illouz, 2007).

El uso de las emociones para la venta de los productos antes mencionados inicia con el discurso que conjuga la autorrealización (de la psicología humanista y más reciente de la psicología positiva) y la salud, concluyendo que una vida plena es una vida sana (Cabanas & Illouz, 2021). Que la autorrealización y la salud son dos lados del mismo sendero y, pensando que el concepto de autorrealización proviene de las psicologías del yo,<sup>6</sup> podemos decir junto a Illouz (2007) que la salud se convierte en una responsabilidad de sí mismo, sin importar condiciones materiales de existencia, clase social, género o raza, pues depende del individuo sacar todo el provecho de sus condiciones. Puedo sugerir que el “enfermo mental” es aquel que no busca autorrealizarse bajo los paradigmas sociales de los discursos de la salud.

<sup>6</sup> Las psicologías del yo son postulados teóricos que se separaron de los fundamentos del psicoanálisis freudiano (complejo de Edipo). Algunos representantes de la psicología del yo son Alfred Adler, Karen Horney, Heinz Hartmann, Erich Fromm, entre otros, quienes con sus teorías pusieron en el Yo de las personas herramientas que se pueden desarrollar y mejorar con terapia.

## *La mercantilización de la salud en la clínica privada para la rehabilitación*

En este apartado se describen algunas herramientas de marketing usadas para llevar al público que consumirá algún paquete clínico para la rehabilitación de un familiar que tiene un uso nocivo de SPA, las condiciones de los procesos de rehabilitación de la clínica versus los centros de rehabilitación y la capitalización de emociones performativas.

Entre las principales herramientas de marketing está la revista *Foro Magazine*, trípticos y sus páginas en internet, donde el posible cliente puede mantener contacto con el personal de marketing (Figura 1).

**Figura 1.**  
**Revista con publicidad de la clínica de rehabilitación y de la marca de bebidas alcohólicas**



Fuente: Revista *Foro Magazine*, trípticos y sus páginas en internet.

En sus páginas de internet resaltan dos aspectos: el número de personas rehabilitadas “+ 9 879 personas transformadas” y se habla de una diferencia de personas que ingresan al establecimiento “la clínica más exclusiva para tus pacientes”. Lo cual muestra que la salud se ha convertido en un lujo (Foucault, 1999) más que en un derecho humano.

Además, es común que se realicen tours dentro de la institución de rehabilitación con posibles familias para mostrar la infraestructura del establecimiento, así como las dinámicas diarias que tienen los internos. Resaltan en este tour que la institución se dedica a los pacientes que necesitan contención física por falta de conciencia de enfermedad.

### *Diferencia entre clínica y anexo*

Después del proceso en el que la familia ha contactado al personal de ventas de la clínica, inicia el proceso de adquisición de paquetes clínicos. Uno de los primeros elementos de venta es la diferencia entre una clínica de rehabilitación y un centro de rehabilitación (más comúnmente denominados anexo). El costo de la clínica es un indicador para saber que se trata de un espacio diferente a un anexo, que respeta los derechos humanos y la alimentación, y es menos violenta con los usuarios: “depende del costo: mayor costo, mejor comida, más variado; menor costo, pues no variado y no muy sano. El trato también es mejor, aunque sí se lleva cierta disciplina” (Gu, 2022).

La clínica de rehabilitación A, que forma parte de una cadena de clínicas, también está jerarquizada en función de su costo y de las personas que llegan a esta institución. Las clínicas más costosas de la cadena son aquellas que atienden a personas que asisten de manera voluntaria –sean hombres o mujeres– y cursan un proceso de rehabilitación de menor tiempo, al cual se le denomina “tratamiento ejecutivo”,



mientras que las instituciones más económicas tratan a personas involuntarias con “tratamientos de trastornos mentales” (Figura 2).

**Figura 2.**  
**Anuncio de los diferentes servicios, duración y costos**



Fuente: Clínica de rehabilitación A.



Las nociones de “tratamiento ejecutivo” y “tratamiento de trastornos mentales” muestran que existe un prestigio social definido por la posibilidad económica de acceder a un tratamiento o a otro, lo cual no sólo se da entre la cadena de clínicas, sino que se hace también entre la cadena de clínicas y los anexos. Al respecto, el usuario Mi, quien estuvo primero en un centro de rehabilitación y luego se trasladó a la clínica, menciona la siguiente razón para abandonar el lugar anterior e ingresar al actual, donde fue entrevistado.

Decidí venirme acá por mi esposo. Me dijo que iba a estar más tranquilo si estaba aquí. Él es gringo, es americano. Sí, tenemos un nivel económico bueno y varias de nuestras amistades son, ya sabes, [...] un poco especialones: “¡ay no, cómo lo dejaste ahí! ¡qué horror! ¡con criminales y asesinos y violadores!” y le metieron ese como miedo. Entonces, él ya dijo: “mira vente acá, que es mejor” y pues ya estoy aquí. (Mi, 2022)

En el proceso de mercantilización de la salud se acentúan las diferencias entre clases sociales (Stolkiner, 2013; Focauly, 1999), entre mayor costo hay mayor prestigio y, además, mejores condiciones físicas, emocionales, sociales y de infraestructura para el proceso de rehabilitación, pero esto mismo ocasiona que haya mayor discriminación por clase social, ya que se asocia al anexo una clase baja que a la vez es estigmatizada, patologizada y criminalizada, aunque en ambos espacios (clínicas y anexos), se trabajen los mismos problemas de consumo, incluso, con las mismas sustancias psicoactivas. En los procesos terapéuticos de la misma clínica existen estos conflictos para llevar a cabo el mejor tratamiento posible. Hay servicios como la consulta psiquiátrica, neurológica u odontológica que no están previstos en el costo del internamiento y las familias deben pagarlas por su cuenta, lo cual hace que el

proceso de rehabilitación dentro de la clínica también tenga diferencias por la capacidad económica de las familias.

[Una dificultad para un tratamiento adecuado] sería la economía de la familia. No se recibe subsidios por parte del Gobierno. Entonces, quien paga totalmente todo este tratamiento es la familia y cuando se necesita un especialista, un psiquiatra, neurólogo, implica un gasto más. A veces, odontología... los que consumen cristal principalmente [lo requieren]. Es un gasto bastante importante. Entonces, ya no se acceden a ciertos servicios de salud por falta de dinero. (Director, 2022)

Los conocimientos sobre los procesos mentales, neurológicos y odontológicos se vuelven un producto rentable económicamente más que un derecho del paciente que sufre las consecuencias de una adicción y la mercantilización de la salud, con su sentido moral y práctico, hace de él un bien que es posible o no consumir de acuerdo con la autogestión de la vida que puede hacer el usuario o su familia sobre el fundamento de la economía.

### *Emociones performativas y venta del producto de salud*

Las emociones parecen ser un factor determinante que permiten la entrada de las narrativas terapéuticas y, posteriormente, el ingreso a lógicas mercantiles. En este sentido, las emociones como vergüenza, culpa, miedo o falta de adecuación han desarrollado toda una industria de la terapéutica que enmarcan las dinámicas de venta de paquetes que se desarrollan dentro de la clínica de rehabilitación privada. Las emociones pueden ser capitalizadas porque son performativas, consolidan acciones, son intencionales y finalistas (Han, 2014).

## *Miedos y culpa*

En palabras del director de la clínica, el miedo es el motor de venta de un proceso de rehabilitación.

El principal motor [de la venta de un paquete clínico] es el miedo. Cuando hablo con mi personal y hablamos principalmente de temas de marketing. ¿Cómo le hacemos para convencer a las personas para que ingresen a su familiar, en muchas ocasiones, en contra de su voluntad con nosotros? Es a través de meterles miedo. (Director, 2022)

Para el personal de la clínica, hay dos tipos de miedo: que el familiar a internar se resienta con ellos y termine los vínculos de pareja o familia, que el costo de la clínica no valga la pena o que busquen venganza al egreso; y el miedo a que muera. De estos dos miedos, el que debe ser estimulado es el miedo a la muerte del usuario a partir de generar sentimiento de culpa.

Cuando se abordan de esta manera, que la familia tiene miedo a todas estas circunstancias y por lo tanto no quiere hacer nada en contra de la voluntad de la persona ¿qué tenemos que hacer? pues meterles más miedo. Decirles: bueno, va a quedar en tus manos el no haber hecho algo por la vida de tu familiar. Se va a morir. Tú te vas a quedar con la sensación de que lo hiciste. (Director, 2022)

El miedo y la culpa son emociones hiperestimuladas para romper el dilema sobre qué hacer con el familiar consumidor e internarlo en contra de su voluntad. Las emociones primarias, como el miedo, no sólo son usadas para llevar a cabo acciones, también se valen de los sentimientos (como el de

culpa) para generar estados constataivos<sup>7</sup> que les permita a las familias visualizar y reflexionar (Han, 2014) acerca de la necesidad de actuar sobre su familiar consumidor para que inicien un proceso de rehabilitación en una clínica, sobre todo cuando se las hace cargo de la vida o muerte del consumidor.

Les digo [a las familias que dudan de internar a su paciente]: ¿por qué quieren dejar en manos de alguien que claramente está alterado su juicio una decisión tan importante? ¿se quieren lavar las manos? Al final ustedes no habrán hecho nada por la vida de esta persona. Si se muere: responsabilidad tuya, porque no hicimos lo necesario para detener a una persona que se está matando. (Director, 2022)

El miedo y la culpa son vinculados con el discurso de que el adicto es un sujeto que está muriendo, lo cual convierte inmediatamente al servicio clínico en un espacio de curación que puede hacer “lo necesario para detener a una persona que se está matando”<sup>8</sup>, que tiene las herramientas técnicas y profesionales para hacer vivir a una persona que está consumiendo su vida. Reacomodando la célebre frase de Foucault (2011) al fenómeno de salud, a la clínica que atiende a personas que no desean ser curadas, puedo pensar que el establecimiento ofrece el servicio clínico de hacer vivir y no dejar morir,<sup>9</sup> con el fundamento en los discursos de una gran salud, convirtiéndolo en una mercancía a la

<sup>7</sup> Los enunciados constataivos son aquellos enunciados a los que se les puede adjudicar verdad o falsedad, a partir de la verificación o constatación de hechos (Galicia, 2012).

<sup>8</sup> Entrevista al director en el 2022.

<sup>9</sup> La frase de Michel Foucault es “hacer vivir o arrojar a la muerte” (Foucault, 2011, sección Derecho de muerte y poder sobre la vida, párrafo cuatro, formato EPUB).

venta (Córdova, 2018, p. 344) que permite la posibilidad de recontractar el servicio de la clínica frente a las recaídas del paciente.

A la familia luego les venden este tipo de cosas, de que “ya que lo vea otra vez mal, pues háblenos” o “sí, vamos por ellos”, y luego la familia, su primera reacción, cuando otra vez tiene una recaída uno... tal vez la recaída no es tan fuerte, nada más fue por alguna situación X y fue esa su manera de reaccionar rápido a la desesperación. (Gu, 2022)

El miedo a la muerte con su cualidad performativa posibilita la acción del tratamiento involuntario. La institución de rehabilitación, en este caso, “vende[mos] miedo [...] Ellos [la familia] compran el proceso de rehabilitación”<sup>10</sup> y junto al tratamiento, se compra la noción de una salud escindida de la enfermedad y de la muerte. Las emociones no son eliminadas o reprimidas,<sup>11</sup> como se maneja en los modelos psicoanalíticos clásicos y disciplinarios (Han, 2017) sino que deben ser impedidas. Esto se observa cuando se hace una hiperestimulación del miedo, lo cual parece provocar la compra del paquete clínico pues el “capitalismo del consumo introduce emociones

<sup>10</sup> Entrevista al director, 2022.

<sup>11</sup> Para profundizar sobre la función de la represión en el psicoanálisis freudiano, en las sociedades disciplinares, en las sociedades de rendimiento y en las psicologías postfreudianas, véase: Han, Byung-Chul, *Topología de la violencia* (2017, p. 200). En ese texto, Han menciona que, en las sociedades neoliberales o sociedades de rendimiento, el mecanismo de represión ha dejado de ser el elemento principal de la sociedad, dando paso a una sociedad sin límites, pues el neoliberalismo en su necesidad productiva y reproductiva no necesita la negatividad de la represión sino la estimulación de los deseos, emociones de los individuos para que éstos se vean a sí mismos como proyectos.

para estimular la compra y generar necesidades” (Han, 2014). No se provoca el miedo, se le incrementa.

Si bien, a nivel manifiesto se compra un tratamiento, en lo latente se compra un tapón que niega la complejidad de la salud y de la enfermedad. Lo que está en juego es tratar de anular la pérdida del otro, la posibilidad de que elija morir; trata de escindir los procesos de vida de los procesos de muerte, manteniendo una noción de la salud impoluta, o en términos psicoanalíticos, sin falta.<sup>12</sup> Los procesos de rehabilitación en adicciones bajo los discursos mercantiles apuntalan hacia una salud sin falta, una salud que no conoce los límites y que supera la muerte.<sup>13</sup> En ellos, la enfermedad es acechada y tratada de ser extirpada de la vida del usuario, mientras que se trata de mantener en las mejores condiciones posibles al interno en su tratamiento. El proceso de rehabilitación dentro de su mercantilización trata de escindir la salud de la enfermedad.

### *La autogestión de los procesos de salud*

Así como la clínica A participa en los discursos de mercantilización a nivel de la compraventa, partiendo del discurso de la gran salud, los discursos terapéuticos que han interiorizado los usuarios también están sujetos a los procesos neoliberales de subjetivación (Cabanas, 2013) y a la búsqueda de escindir la enfermedad. La gestión de la propia salud es un discurso común entre los internos. Al respecto, en una entrevista con

<sup>12</sup> Por “falta” se entiende en psicoanálisis aquello que permite al sujeto entrar al mundo del lenguaje y por lo tanto al mundo del otro, es decir, implica una carencia que posibilita el principio de realidad y el vínculo con los otros a partir de la ley del lenguaje. Sin la falta, no hay principio de realidad y, por ende, elementos que sostengan al yo.

<sup>13</sup> Tal vez por esto es que el tratamiento de rehabilitación de la adicción en grupos de Alcohólicos Anónimos se fundamenta en una teología con base en un poder superior, como Jesús quien venció a la muerte.

un usuario sobre los obstáculos para un tratamiento adecuado, él mencionó que el mayor obstáculo es uno mismo cuando no quiere realizar cambios en su estilo de vida.

A veces creo que son las conductas, las actitudes que toman los compañeros hacia las clases, hacia los psicólogos y hacia la clínica y si no quieren trabajarlos, no es problema de la clínica. Creo que los obstáculos serían ellos mismos, más que nada, más que otra cosa. Serían ellos mismos: las personas que no quieren cambiar. (H, 2023)

Algo similar dijo el usuario Mi.

En ningún lugar hay obstáculo alguno. El único obstáculo que siempre hay es el de uno mismo. Yo creo que aquí o en el anexo o incluso allá afuera, cuando uno se da la oportunidad para poder mejorar y para poder sanar una parte que le duele y que tiene que mejorarla para cambiar su estilo de vida, ese es el mayor obstáculo. (Mi, 2022)

En los testimonios se insiste en que no importa el lugar, ni las condiciones, incluso que no depende de los especialistas, sino de la disposición que tenga uno de cambiar hábitos y costumbres. Este pensamiento puede ir más allá todavía, cosificando a las personas que trabajan como simples herramientas para elaborar los problemas emocionales, indistintamente si se trata de un psicólogo o de otro, sino que son solamente funciones.

Ellos [psicólogos, operativo, cocinera, director] no significan nada para mí. Los veo como trabajadores, como personal de una empresa que es clínica A, pero yo no los veo ni como padre ni como una madre ni como una autoridad, como nada. A mi psicólogo lo considero como un psicólogo, al director lo considero como un director,

al operativo como un operativo y a la cocinera como una cocinera, pero nada más. (Usuario, 2022)

En la gestión de la propia salud, desde la mercantilización de la salud, parece existir el imaginario dentro de los mismos usuarios que no importan los procesos sociales, económicos, de raza o de género en la propia historia de vida para propiciar estados de salud dignos, pues el yo es un proyecto técnico que debe realizarse a sí mismo (Han, 2014) a partir de la adquisición de herramientas para el manejo emocional, como lo menciona el usuario Pa.

Mi problema me lo confirmó el psicólogo T. No son las sustancias, porque esas las sé controlar bastante bien. Lo que no sé controlar son mis emociones. Mis sustancias que consumía eran un reflejo de cómo estaba yo. Siempre he sido muy acelerado, con el alcohol y la marihuana me relajaba y estaba en un estado más neutro. (Pa, 2022)

El posesivo “mi” indica que el paciente piensa que el problema surge sólo de él y de su gestión emocional. Centra su abuso de sustancias en la mera técnica emocional y no en el ámbito de su relación con el mundo y con la historia de vida que le dan forma a éste. La posición con un responsable de resolver la sintomatología de la toxicomanía posibilita pensar al yo como proyecto tecnificado que, a la manera de un ser mecánico, puede mejorar con herramientas que le brinda el psicólogo-mecánico.

### *Mercantilización de la salud y el mito de la gran salud*

A este punto, cabe decir que la clínica está inserta en los discursos de la mercantilización de la salud y que parten de



un principio de salud que es imposible de alcanzar para las familias a nivel económico y para los usuarios, a nivel personal, pero que se proyecta como un ideal sobre los internos.

Este principio de salud parece basarse en el proceso de dejar de consumir, pero que va más allá de esto, se trata de alcanzar, algún tipo de estado de renegación de conductas desadaptativas, donde el sujeto violento deje de ser violento, donde la sexualidad atrofiada se equilibre, que la persona sin motivación para vivir, tenga una motivación para seguir. Es una separación de la salud y de la enfermedad con el tajo de la contención física.

Usuarios que han participado de la violencia, también hablan de un control de la ira enseñada dentro de la clínica o del control de sus prácticas sexuales. Pero, ¿realmente es saludable eliminar una conducta violenta a una persona que ha aprendido a vivir con violencia para subsistir? Una persona que tiene dificultades para sentir deseo sexual -y que para ello consume sustancias- ¿debe eliminar de manera abrupta el síntoma? Con los procesos de rehabilitación basados en la mercantilización de la salud y con el yo como proyecto técnico, ¿no se está dejando por fuera del síntoma la complejidad de la situación que llevó al paciente a consumir y a tener conductas como la violencia instrumental?

### *Reflexiones finales*

Más que simples procesos de salud-enfermedad, la propuesta de la gran salud y de su mercantilización es escindir al sujeto para poder producir capital económico con los dos estados presentes y separados: el bienestar y el sufrimiento, salud y enfermedad, la rehabilitación y la adicción. Así, la “paradoja” de la publicidad de una mezcalera y de un tratamiento contra las adicciones vista por el usuario G puede ser entendida y explicada. En ambos casos, se trata de producir

capital económico a partir de estados escindidos del mismo sistema, con la mezcalera se genera capital a partir del consumo de alcohol –sin importar que esto llegue a un sujeto que tiene una dependencia a sustancias psicoactivas–; con la rehabilitación de la adicción, con el proceso de salud.

Con los mecanismos mercantiles que van más allá de la salud, pero que en ella encuentran una resonancia, se inhabilita la posibilidad de demorarse en la historia de vida de los mismos pacientes que tienen problemas con el consumo de drogas, y hacen del proceso de rehabilitación un proceso que “fabrica hombres” (Director, 2022), donde el proyecto terapéutico es acentuar la autogestión de sí mismo y eliminar los procesos de enfermedad, así como la posibilidad de morir.

El sufrimiento y la necesidad de curarse hacen que los servicios de salud psicológicos y terapéuticos comiencen a ser bienes de consumo. Los mismos usuarios tratan de escindir en la construcción de su subjetividad rehabilitada aquello que consideran enfermo de sí mismos, como pensamientos de consumo, deseos agresivos o sexuales sin tratar de analizar su propia historia, la cual está atravesada por situaciones que van más allá de la mera sintomatología toxicómana, como la condición de clase, raza o género, haciendo al yo del usuario una máquina que puede arreglarse con técnicas psicológicas.

El yo tecnificado o parchado con herramientas emocionales y medicamentosas es un yo que trata de ir en contra de los mismos procesos de salud y enfermedad, se trata de un yo que se pretende sin enfermedad, es decir: sin la falta y sin la posibilidad de morir.

## Referencias

- Basaglia, Franco (1976). La institución de la violencia. En F. Basaglia (Coord.), *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico* (pp. 129-172). Ediciones Corregidor.
- Cabanas, Edgar (16 de mayo de 2013). ¿Nacidos para ser felices? El lado oscuro de la psicología positiva. Radio UNED. [Archivo de audio]. <https://youtu.be/LWwosWd-5FS4?feature=shared>
- Cabanas, Edgar, & Illouz, Eva (2021). *Happycracia, Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controla nuestras vidas*. Editorial Paidós.
- Castro, Rodrigo (2009). Capitalismo y medicina: Los usos políticos de la salud. *Ciencia Política*, 4(7), 7-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3663189>
- Córdova, Jesús (2018). *Juegos de voluntades: el tratamiento de las adicciones en México*, [Tesis de doctorado inédita, Colegio de Michoacán]. <https://colmich.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1016/425/1/C%C3%B3rdovaNavaJes%C3%BAsRogelio2018Tesis.pdf>
- Echeverri, Óscar (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: El caso Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(3), 210-216. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v24n3/210-216/es>
- Foucault, Michael (1999). ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? En J. Varela & F. Álvarez (Eds.), *Foucault, Michel: Estrategias de poder* (pp. 343-362). Editorial Paidós.
- Foucault, Michael (2011). *Historia de la sexualidad* (Vol. 1). Fondo de Cultura Económica. [Formato EPUB].
- Frenk, Julio; López, Daniel; Bobadilla, José Luis, & Alagón, Alejandro (1976). Medicina liberal y medicina institucional en México. *Salud Pública de México*, 18(3), 481-493. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/1291/1275>
- Galicia, David (2012). Los enunciados constataivos y realizativos en el discurso administrativo para la construcción de organizaciones lucrativas. *Contaduría y Administración*, 57(4),

- 79-105. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-10422012000400005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422012000400005&lng=es&nrm=iso)
- Han, Byung-Chuk (2017a). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder Editorial.
- Han, Byung-Chul (2017b). *Topología de la violencia*. Editorial Herder.
- Illouz, Eva (2007). *Intimidades congeladas: Las emociones en el capitalismo*. Katz Editores.
- Laurell, Asa Cristian (2001). *Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social: Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas*. Editorial Planeta Mexicana.
- Méndez, Pablo Martín (2017). Neoliberalismo y liberalismo: La libertad como problema de gobierno. *Postdata*, 22(2), 1-30. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-96012017000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96012017000200005&lng=es&tlng=es)
- Rodríguez, Josué Iván (2022). *¡... no me diga tonterías, (Dr. Psiquiatra)... ! Esti(g)ma y (de)formación de los residentes del "batán"*. Tesis de maestría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/16086>
- Secretaría de Salud (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para el tratamiento y control de las adicciones*. Diario Oficial de la Federación. [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5176710&fecha=09/03/2010](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5176710&fecha=09/03/2010)
- Stolkiner, Alicia (2014). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. Lerner (Comp.), *Los Sufrimientos*, Colección FUNDEP, Psicolibro Ediciones. [https://www.psi.uba.ar/academica/carreras-degrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_2/stolkiner\\_medicalizacion\\_de\\_la\\_vida.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carreras-degrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkiner_medicalizacion_de_la_vida.pdf)
- Szasz, Thomas (2001). *Ideología y enfermedad mental*. Editorial Amorrortu.
- Valdermar, José (2021). Diagnóstico sobre la mercantilización de la salud en México y propuestas para la cons-

trucción de un sistema universal desde la perspectiva del derecho humano a la salud. *Serie estudios y perspectivas—sede subregional de la CEPAL en México*, 194. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47532/1/S2100843\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47532/1/S2100843_es.pdf)

MUJERES, TRABAJO Y SALUD EN DOS  
COMUNIDADES DE LOS ALTOS DE MORELOS:  
SAN AGUSTÍN AMATLIPAC EN TLAYACAPAN  
Y SAN SEBASTIÁN LA CAÑADA EN TOTOLAPAN

Susana Beatriz Galindo Rentería<sup>14</sup>

*Introducción*

Las mujeres en México han participado asumiendo labores que implican la reproducción de sus familias y de sus comunidades a partir de trabajos no reconocidos, no visibilizados y, en muchos casos, también desarrollan trabajos remunerados fuera de sus comunidades en municipios cercanos, o en ciudades lejanas y en países como Estados Unidos. Estas formas de participación han sido fundamentales para el sostenimiento de sus familias y comunidades.

El arribo del neoliberalismo ha provocado diversas crisis agrícolas en el campo que afectan las condiciones de vida de la población de la región de los Altos de Morelos y han impulsado a las mujeres a buscar ingresos en el sector de servicios donde tienen acceso a trabajos precarios al lado del trabajo doméstico y que, dada su intensidad, atentan contra su salud. Al mismo tiempo, las políticas del Estado no han logrado la cobertura suficiente para dotar de los servicios que requieren las comunidades.

Sin duda, el análisis de las repercusiones del trabajo femenino en la salud debe plantearse desde la perspectiva de género. A partir de los debates feministas en varias disci-

<sup>14</sup> Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

plinas, se han generado diversos enfoques, perspectivas teóricas y diferentes posicionamientos que dan importancia a la participación de las mujeres en distintos ámbitos de su vida. Se han documentado las desigualdades económicas, políticas y sociales de las mujeres, apoyadas en investigaciones que dan cuenta de su vida cotidiana. Asimismo, se han generado nuevas propuestas teóricas como la de la Salud en el Trabajo que analiza las relaciones de poder dentro y fuera de los hogares y en los lugares de trabajo para dar a conocer el deterioro, las condiciones y las formas de discriminación en el mundo laboral que sufren las mujeres.

Para nuestra investigación, nos basamos en datos documentales y en datos etnográficos<sup>15</sup> recolectados en el trabajo de campo realizado en las dos comunidades de los Altos: San Agustín Amatlipac en Tlayacapan y San Sebastián La Cañada en Totolapan.

### *Género, trabajo y salud*

La relación entre el género, la salud y el trabajo posibilita el diálogo de tres esferas en donde la condición humana de las mujeres y los hombres interactúa en los ámbitos de la familia, el hogar, el trabajo y la comunidad.

En un primer momento, las mujeres que habitan las comunidades de estudio realizan trabajos reproductivos, trabajos de cuidado dentro de su hogar y en otras casas, es decir, abarcan actividades construidas a partir de la identidad femenina. Estas labores se entienden y realizan desde un espacio de socialización en el que actúan directamente las reglas reconocidas a nivel familiar, comunitario y personal.

<sup>15</sup> Compartimos el enfoque de Rosana Guber (2015) en torno al método etnográfico de campo, no se hace “sobre” la población si no “con” la población y “a partir de ella”.

Los trabajos y servicios de la reproducción y cuidado de la vida generan un tipo de *bienestar social* que no es reconocido por el capital, por la sociedad, por la comunidad, ni por la familia. La simultaneidad de trabajos reproductivos y de cuidado impide que sean retribuidos en la familia porque todos los integrantes están inmersos en la realización de estrategias para sobrevivir; la mujer se inserta en dinámicas y tiempos que se ajustan a los diferentes trabajos y, casi siempre, están condicionados a las necesidades y ocupaciones de las personas que conforman la familia.

Los trabajos reproductivos y de cuidado son actividades desarrolladas dentro del hogar y no son valoradas social ni económicamente, pues no generan bienes ni servicios, aunque sea un trabajo efectuado de manera continua y muy importante para la reproducción de vida y de las familias. En cada familia se establecen las actividades para cada integrante según la construcción sociocultural de su contexto.

En un segundo momento, las mujeres generan bienestar para otras personas con sus trabajos reproductivos y de cuidado cuando los realizan fuera de su hogar, en otras casas; son actividades reconocidas socialmente como productivas y cuentan con la legitimidad de su importancia por las propias mujeres, ya que al salir a estos lugares de trabajo ellas contribuyen social y económicamente al bienestar de sus familias.

El análisis de la teoría de género permite entender y comprender que los trabajos reproductivos y de cuidado realizados por las mujeres en el espacio privado tienen que ver con una construcción sociocultural entre los géneros. La perspectiva de género permite el análisis de las relaciones diferenciadas entre varones y mujeres; se ha ampliado la capacidad explicativa de esta categoría vinculada con la salud y con el trabajo para reconocer y analizar la diferencia entre los tipos de trabajo hechos por las mujeres y los hombres en espacios comunitarios, en dos sentidos: primero, para sí mismas y también en relación con los integrantes de su familia; segundo, con otras



personas cuando salen a realizar trabajos remunerados fuera de sus comunidades. Al reconocer estas situaciones, las mujeres de las comunidades de estudio interiorizan las relaciones de poder dentro de la división sexual del trabajo en su hogar y fuera de él, lo que las lleva a procesos de concientización de cómo estos trabajos hacen sus jornadas laborales más largas que las de sus compañeros y que todas estas dinámicas de trabajo en diferentes lugares afectan su salud física y emocional.

El concepto de trabajo es uno de los ejes de análisis de diferentes enfoques y perspectivas dentro de las ciencias sociales. Las contribuciones específicas del marxismo han ayudado a explicar problemáticas sociales en diferentes contextos. El concepto de trabajo desde la perspectiva marxista es definido como el eje fundamental de la existencia social, pues a partir de éste se producen bienes y servicios e ideas que tienen por finalidad satisfacer las necesidades humanas. Pero este reconocimiento debe situarse en las especificidades de su realización en cuanto a los excesos, la intensidad y las condiciones que le son impuestas y que le resta componentes cualitativamente humanos, rebajando a quienes *lo realizan en lo espiritual y en lo corporal, a la condición de máquina* (Marx, 1974, p. 44).

El concepto de trabajo en Karl Marx recupera la parte espiritual y humana que surge en un contexto social, económico, político y cultural como parte fundamental de la vida de mujeres y varones.

Por otra parte, y desde una perspectiva diferente, el trabajo es una actividad fundamental de los seres humanos con la sociedad y con el sistema económico que impera en determinado periodo histórico: “El trabajo es fundamental en la vida del ser humano, puesto que ahí donde se crea física y mentalmente, y por tanto debería ser ámbito privilegiado para el desarrollo de sus capacidades” (Noriega, 1994 en Garduño, 2011, p. 7).

A partir del trabajo productivo, las mujeres rurales y sus familias implementan sus estrategias de supervivencia, el trabajo productivo ya forma parte de los trabajos diarios de las

mujeres y se le otorga la misma importancia para reproducir la vida; sin embargo, en la fase actual del sistema capitalista, el trabajo reproductivo y de cuidados puede ser integrado al trabajo productivo si las mujeres lo realizan en otros hogares. Las mujeres han sido expulsadas de sus hogares y comunidades en un proceso de desterritorialización y una forma de explotación de sus cuerpos, de su vida y su territorio. Esta situación también quita a las mujeres el tiempo necesario para atenderse y cuidar de su salud, no invierten tiempo para estar con sus seres queridos y con ellas mismas en aras de obligaciones que validan la apropiación de la vida.

La categoría de salud comprende varias dimensiones: la individual integra parte del contexto de la vida cotidiana familiar y personal, y la territorial se muestra en el desarrollo de la vida de las mujeres, en sus actividades de cultivo y en otros oficios dentro y fuera de la comunidad cuando desarrollan trabajos en diversos municipios y en ciudades más grandes.

En este proceso de reconocimiento de la salud desde las dimensiones territoriales, particulares y comunitarias quedan expuestas las condiciones específicas como se desarrollan laboralmente las mujeres rurales y perjudican su salud.

El sistema capitalista ha afectado los territorios de las mujeres, sus cuerpos, y sus formas de enfrentar los padecimientos y enfermedades. Los testimonios que presentamos muestran los elementos de su contexto familiar, comunitario y cultural.

El desarrollo teórico de la relación de los temas mujeres, trabajo y salud como objeto de estudio se ha realizado en las disciplinas de las ciencias naturales y las ciencias sociales. El fundamento de la medicina hegemónica se estudiaba especialmente sobre la salud en el trabajo. La salud en el trabajo es una rama de la medicina que ha ampliado sus horizontes desde dos perspectivas: la medicina social y la salud colectiva que han discutido los fundamentos del modelo hegemónico de la medicina. Al respecto, María de los Ángeles Garduño afirma que “se han basado en la biología como

estatuto ordenador de lo social, generando un paradigma que equipara lo natural, con lo deseable y con lo invariable” (2011, p. 18).

La salud en el trabajo, bajo la propuesta de la Medicina Social y la Salud Colectiva, discute el doble significado de lo natural como fundamento de la medicina hegemónica y específicamente de su rama dedicada al trabajo. “La crítica principal va orientada a la visión empirista extrema que sólo reconoce como objetos, la enfermedad y el daño y reducen sus respuestas al control directo de los llamados riesgos” (Garduño, 2011, p. 11). Por eso la medicina del trabajo en su visión más funcional, reduce las respuestas a la “protección” individual de los cuerpos, asumiendo que las condiciones de trabajo son invariables.

Las investigaciones sobre salud en el trabajo han recibido críticas, ya que, al estudiar sólo los daños y los riesgos, se han limitado a identificar de qué forma las personas, en los contextos laborales, resultan afectadas en su salud, sin embargo, consideramos importante retomar esta perspectiva para poder explicar qué sucede con la salud de las mujeres en las dos comunidades de estudio.

Otra perspectiva que estudia la salud en el trabajo vincula las diferentes formas de movilización social en torno al reconocimiento del derecho a la salud que han estado presentes en diferentes momentos de la historia. Sobre esto, Dejours sostiene:

Las luchas de protección de la salud en el trabajo están presentes a lo largo de la historia. Las más relevantes lograron reducir la jornada laboral en el siglo XIX, y establecer leyes sobre seguridad e higiene, prevención de accidentes y asignación de jubilaciones. También obtuvieron el reconocimiento de enfermedades profesionales y el establecimiento de la seguridad social. (1990, p. 17)

Es importante señalar que desde el siglo XIX ya existían leyes para atender la seguridad, la higiene, la prevención de accidentes y el sistema de jubilaciones. En este sentido, es muy interesante la mención de la protección a la salud ya que esto ha sido motivo de movilizaciones sociales constantes hasta nuestros días. La defensa de la salud y la salud en el trabajo sitúan al ser humano y a su actividad laboral como parte de un proceso creativo. Así lo considera Noriega:

Esta continua defensa de la salud se sitúa en la corriente de la Salud en el Trabajo que se aleja críticamente de la visión médica tradicional y parte de la complejidad de la relación sujeto objeto para promover que el trabajo es la actividad fundamental del ser humano, puesto que es ahí donde se crea física y mentalmente, y por tanto debería ser ámbito privilegiado para el desarrollo de todas sus capacidades, incluyendo la imaginación y la creatividad. El trabajo así concebido, no produciría enfermedad y promovería la vida humana misma. (Noriega, 1994 en Garduño, 2011, p. 7)

Es muy interesante el planteamiento de Eduardo Noriega porque expone su concepción de trabajo y de defensa de la salud, así como la relación trabajo y salud, en términos de fomentar las capacidades y habilidades de los seres humanos en torno al fomento a la creatividad; viéndolo así, el trabajo contribuiría al estado saludable de las personas y no a la enfermedad.

La defensa de la salud también integra un aspecto fundamental de la vida humana y las relaciones sociales, desde este enfoque, se incorpora a la investigación de la perspectiva de género. Bourdieu lo expone así:

Por otro lado, la lucha por revertir las relaciones desiguales entre los géneros se ha enfrentado en todos los espacios de la vida social, incluyendo el laboral, a la inequidad

y sus consecuencias. El punto de partida de esta lucha ha sido en contra de dar por supuesto que las diferencias corporales definen jerarquías y dominaciones, argumentos que se desprenden de *socializar lo biológico y de biologizar lo social*, para hacer aparecer lo femenino y lo masculino como simples hábitos sexuados e invisibilizar así, aspectos centrales de esa relación injusta. (2000, p. 14)

La teoría del género y la defensa de la salud tienen objetivos comunes: analizar las diferencias corporales que dan por hecho que lo biológico es social y lo social es una parte que está contenida en lo biológico; también el manejo del poder de modo diferente y la construcción de las identidades de las mujeres y de los hombres como parte de la desigualdad personal y social.

Uno de los aportes de la medicina social en defensa de la salud es considerar que ésta es parte fundamental en la vida de una sociedad y que cada integrante es importante para que el Estado garantice el derecho a la salud de todas las personas. Grandes movimientos sociales en torno a la salud han tenido sus manifestaciones en Occidente como Francia, Alemania, entre otros países. Además,

en el contexto latinoamericano se tiene documentado que es en los años setenta que se retoma toda esta movilización en torno al derecho y cuidado de la salud y generaron toda una corriente de pensamiento. En 1970, autores latinoamericanos del área de la salud retomaron esos fundamentos para mostrar la relación de los problemas de salud con la pobreza. (Breilh, 1986, p. 90)

Garduño señala la importancia de la medicina social que cuestiona el origen de la diferenciación entre hombres y mujeres y que también se tomen en cuenta los daños de las enfermedades que pueden padecer hombres y mujeres. Por su

parte, Cristina Laurell (1982) señala la necesidad de mirar a la salud y la enfermedad como un proceso, reconociendo los contextos específicos donde se quiera hacer un estudio para analizar las condiciones de salud de la población. Laurell (1982) en un trabajo antecesor proyectó:

La necesidad de comprender la salud-enfermedad como un proceso, en un sentido de movimiento y especialmente en su sentido histórico social. A partir de la comparación en tiempo y espacios sociales, se hizo una reflexión que condujo a la convicción de que la explicación casuística y biologicista de la medicina hegemónica, no daba cuenta de la situación de salud y la enfermedad de las sociedades, ni tampoco generaba alternativas a situaciones específicas como son, el resurgimiento de padecimientos infecciosos, el aumento alarmante de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como los accidentes y la violencia. (Laurell, 1982, p. 2, citado por Garduño, 2011, p. 9)

Para esta autora, la explicación de las causas desde el modelo hegemónico de la medicina ya no es suficiente; se necesita ampliar el conocimiento de la salud y la enfermedad como un proceso, ya que día con día aparecen nuevos padecimientos que muchas veces tienen que ver con las condiciones económicas y sociales en un momento histórico determinado.

Otra aportación que nos parece muy importante reconocer es cómo la teoría del género amplía la comprensión de las relaciones de mujeres y hombres como constitutivas de la condición humana; desde esta mirada, se pueden desarrollar investigaciones para presentar las condiciones y situaciones del trabajo y la salud de mujeres y de hombres en contextos rurales. Por ejemplo, para las autoras María de los Ángeles Garduño, Luz María Moreno y María del Pilar Paz.

Uno de los hallazgos menos destacados desde estos enfoques alternativos es el hecho de que por cuestiones biológicas,

y por condiciones que caracterizan la incorporación al trabajo, se centra el esfuerzo por hacer confluir los marcos teóricos y metodológicos de la salud en el trabajo y la perspectiva de género (Garduño, *et al.*, 2015, p. 211).

Como hemos visto a lo largo de este apartado, hay múltiples contribuciones históricas y teóricas a la teoría de género; en todas las geografías y desde muchas disciplinas se presentan las situaciones de vida de las mujeres en el marco de las relaciones de poder, las relaciones sociales y culturales, su inserción en el mundo del trabajo y las afectaciones en la salud que han padecido, buscando establecer una conexión con lo que sucede en el mundo rural y lo que sucede en sus comunidades que se encuentran inmersas también en relaciones económicas, sociales y políticas dentro de un mundo capitalista.

### *La región de los Altos de Morelos*

La población de la región de los Altos de Morelos ha encontrado formas de incorporarse al sistema económico, de manera desigual, a través de los mercados de trabajo como la agricultura, el comercio y los servicios en la misma entidad, en el país y en Estados Unidos, generando ingresos fundamentales para la subsistencia; así como la dependencia en los programas de apoyo que les han otorgado desde sexenios pasados y en el actual, además de las diferentes becas.

Varias investigaciones coinciden que en términos de administración política, la región de los Altos de Morelos está constituida por cuatro municipios: Totolapan, Tlayacapan, Tlanepantla y Atlatlahucan (Guzmán, 2006, p. 130).

La región, en términos económicos, es muy importante ya que las familias aún realizan actividades agrícolas que permiten producir bienes (maíz, caña de azúcar, frijoles, calabaza, jitomate, tomate, pepinos, nopales, aguacates, duraznos, ciruelas, etc.) que son comercializados en los municipios cercanos, en las ciudades medias de la entidad y en la Ciudad

de México. Sin embargo, los recursos económicos no llegan a ser suficientes por lo que, entre la gran mayoría de las familias, empezó a hacerse necesario el desplazamiento de la fuerza de trabajo de las zonas rurales a las zonas urbanas, lo cual provocó –al mismo tiempo– importantes cambios demográficos que reestructuraron la economía y los espacios de reproducción de las comunidades.

Las transformaciones territoriales ocasionadas en Morelos muestran cómo históricamente han trastocado la dinámica interna de los municipios y las comunidades, los cuales han tenido intercambios económicos, políticos, sociales, culturales, ambientales y demográficos con los lugares vecinos. A nivel interno de la entidad, las comunidades se conectan con las cabeceras municipales y con otros municipios, así como con ciudades importantes en cada región, con ciudades más grandes del estado, con la Ciudad de México y con Estados Unidos.

Dichas transformaciones trajeron cambios importantes para las poblaciones de las comunidades rurales de la región de los Altos de Morelos, donde se sitúan pueblos campesinos que son reconocidos por su lucha y resistencia ante las injusticias vividas en el campo; la entidad se distingue por su organización social y por su vocación agrícola.

Los Altos de Morelos es una región identificada por la fertilidad de sus tierras y por la variedad de cultivos, por la belleza de sus paisajes, así como por la diversidad y origen de sus actores sociales: indígenas, campesinos, urbanos y, en últimas fechas, algunas personas de origen afromexicano y extranjeros. Esta situación le da a la región características muy particulares reflejados en sus intercambios económicos, sociales y culturales, y por su movilidad, sea por cuestiones laborales, por el acceso a los servicios educativos y de salud o por sus lazos comerciales.

La implementación de las políticas económicas neoliberales sólo ha deteriorado el territorio. Es muy importante señalar la cuestión socioambiental: el agua es cada vez más escasa en la región, así como en las comunidades de estudio;



las familias tienen cada vez menos acceso a este recurso y la actividad agrícola ha decaído. Ante este panorama, hombres y mujeres tienen que desplazarse de manera semiforzada en busca de trabajo para sobrevivir junto con su familia, y así se han convertido en la fuerza laboral del sector de servicios en la entidad. Las implicaciones son muchas ante las transformaciones territoriales en la entidad y, en las comunidades de estudio es evidente el cambio en el paisaje debido a la creciente urbanización.

*Mujeres, trabajo y salud: un estudio comunitario en las comunidades de San Agustín Amatlipac en Tlayacapan y San Sebastián La Cañada en Totolapan*

**San Agustín Amatlipac, Tlayacapan**

Las mujeres de la comunidad de San Agustín Amatlipac, Tlayacapan, están vinculadas con los trabajos de la reproducción, los trabajos de cuidado y los trabajos productivos.

De acuerdo con las diferencias de género y la división social del trabajo en la comunidad, las mujeres realizan actividades domésticas, cuidan de los hijos de los otros integrantes de la familia dentro y fuera del hogar en un contexto económico, social y cultural enmarcado por la pobreza, la precariedad laboral y los bajos salarios. Así lo confirman los siguientes testimonios:

De todo, hombres y mujeres trabajan por igual, porque ya no alcanza el dinero, porque las cosas suben cada vez más de precio y por eso es necesario que todos trabajen, todos. Aquí, en la comunidad hay hombres que les gusta trabajar menos que las mujeres. (Mujer de 56 años. San Agustín Amatlipac, 21 de abril de 2022)

Mujeres y hombres trabajan por igual, porque se tienen necesidades económicas. (Mujer de 20 años. San Agustín Amatlipac, 21 de abril de 2022)

La incorporación de mujeres y hombres de la comunidad al mundo del trabajo remunerado siempre ha sido importante para la subsistencia de las familias. En el caso de las mujeres de esta comunidad, según los testimonios, siempre ha existido la relación con el trabajo en diferentes ámbitos de su vida. Ellas han logrado reconocer su faena dentro del hogar y fuera de la comunidad; realizan actividades físicas como lo mencionan en sus testimonios y necesitan estar bien de salud y tener fuerza para afrontar sus largas jornadas laborales.

Las mujeres de San Agustín Amatlipac recurren a la medicina actual y a los saberes ancestrales que son parte de su cultura campesina para atender malestares, enfermedades, accidentes en el trabajo, caídas, golpes, sustos o cualquier situación que amerite estar al pendiente del cuidado de su salud. Por ello, a la vez, cultivan alimentos y plantas medicinales que han utilizado principalmente mujeres y hombres como parte de la cultura tradicional de sanación y atención a la salud. Pero, sobre todo, son las mujeres quienes aún transmiten conocimientos ancestrales de generación en generación, de manera cotidiana, como una forma de cuidar la salud de la familia, su cuerpo y su entorno, como una forma de supervivencia y resistencia ante el modelo médico y hegemónico.

La salud de las mujeres y de los integrantes de sus familias es un signo visible en donde ellas pueden incidir. Ellas expresan que la enfermedad se puede sentir y vivir en su cuerpo y en sus emociones como expresión de su historia personal y laboral, y se manifiesta mediante síntomas y malestares que transcurren en el tiempo. Es ahí donde la construcción de lo femenino y lo masculino adquiere significados valiosos por considerar.

Dentro del mismo personal de salud ya hay médicos que integran los dos saberes médicos, el ancestral y el de la medicina alópata actual, para atender las enfermedades que aquejan a sus pacientes. Y en muchos casos, los habitantes de esta comunidad recurren a ambos saberes para el cuidado, atención y sanación de su salud como lo hemos visto en varios testimonios: “En el centro de Tlayacapan hay un doctor que cura con pastillas y también da plantitas para que se cure uno de las enfermedades” (Hombre de 23 años. San Agustín Amatlipac. 4 de noviembre de 2021).

De acuerdo con los testimonios en la comunidad, los habitantes sí acuden constantemente a solicitar los servicios de salud, tanto en el Centro de Salud de la cabecera municipal de Tlayacapan como en la Casa de Salud de la comunidad; estos servicios son importantes para el cuidado de la salud de las familias en la comunidad. También los testimonios señalan que la comunidad sí cuida su salud, puesto que las personas acuden a estos servicios, pero el medicamento se agota pronto.

También las mujeres recurren a acciones preventivas, o bien, en los casos en donde el paciente ya tiene un diagnóstico y la enfermedad es crónica mantienen sus cuidados y se atienden en sus propios hogares, con el fin de controlar el padecimiento. A partir de la reincorporación a las actividades presenciales en todos los ámbitos después de la pandemia del COVID-19, continuó el cuidado de la salud según los saberes transmitidos por los padres o los abuelos y también se buscó la atención en el sistema de salud.

Las mujeres retomaron los conocimientos sobre las plantas medicinales para el cuidado de la salud, ya que esos saberes ancestrales del cuidado, atención y sanación forman parte de su herencia cultural y son una forma de supervivencia y resistencia y, sobre todo, son saberes que se comparten entre las mujeres de diferentes edades. Van a los campos de la misma comunidad y recolectan plantas medicinales; las

conocen, saben qué planta es, para qué se utiliza, si se come o es tóxica, si es parte de rituales, si se toma en té (infusión), si se frota con alcohol, si se aplica como cataplasma, cuántas veces al día la tienen que tomar, etcétera.

Muchas de las plantas medicinales son usadas para tratar enfermedades o padecimientos específicos, como lo manifiesta el siguiente testimonio:

A mí me parece muy interesante saber de diferentes plantas y hierbas, porque las personas nos podemos beneficiar para nuestra salud. Y tengo muchos conocimientos de las plantas y yo sé dónde hay plantas que huelen a miel y hay abejas como en el árbol de la vaina. Las plantas nos sirven para muchas cosas. Cuando venimos de trabajar nos bañamos con ellas y nos relajamos y dormimos mucho. Hay gente que después del trabajo llegan muy cansados o se lastiman y nos preguntan... si se lastimaron o se cayeron me preguntan qué se pueden poner o tomar. Yo tengo sobrinos, y mi yerno que trabaja manejando combis, y ellos seguido están mal de los riñones, porque trabajan desde a las 5 y media de la mañana hasta las 7 de la noche y no toman bien agua, ¿dónde van al baño? Yo conozco una hierba de espinas y desde que vivía mi suegro se tomaba esa planta para el riñón y le ayudaba mucho. Igual hay plantas para limpiar de manchas y verrugas, con eso se disminuían. (Mujer de 55 años. San Agustín Amatlipac, 21 de abril 2022)

De acuerdo con este testimonio, las mujeres utilizan las plantas medicinales para diferentes enfermedades y situaciones o bien para seguir sus tratamientos médicos. Con el uso y conocimiento de las plantas medicinales, las mujeres mediante la medicina tradicional y la herbolaria logran una visión más completa del cuidado de la salud y del cuidado del paciente que, en muchos casos, es un familiar, pero también personas de la misma comunidad.

Algunas mujeres de la comunidad de estudio consideran que la medicina tradicional es una alternativa, pero también recomiendan atenderse en la Casa de Salud, en el Centro de Salud o en los hospitales cercanos para tratar enfermedades crónicas, cansancio, caídas a cualquier edad, entre otras afecciones.

Al presentar los hallazgos del trabajo etnográfico en la comunidad, se puede reconocer que sigue vigente en el sistema universal de salud el modelo hegemónico de lo que se entiende por salud y por enfermedad desde una visión que no integra las características particulares de la entidad, de la región y de la comunidad.

A través de los resultados del trabajo etnográfico en la comunidad de San Agustín Amatlipac, se observó que la participación de todos los miembros de la familia es muy importante para el sostenimiento de la vida. La aparición del neoliberalismo y las políticas que posteriormente se implementaron en el campo trajeron efectos en la comunidad: el más visible es que su economía familiar y comunitaria resultó afectada, así como las relaciones de género dentro de las familias, ya que todos sus miembros tuvieron que integrarse a diferentes mercados laborales para asegurar la subsistencia familiar.

Las mujeres de esta comunidad tienen la preocupación diaria de generar ingresos económicos, ya que la pobreza y la marginación aún están presentes en sus vidas por lo que buscan vínculos en diferentes lugares para conseguir la inserción laboral. Dentro de su comunidad trabajan en los campos de cultivo, pero buscan relacionarse laboralmente en las ciudades más importantes de la entidad, como Cuernavaca y Cuautla. Ambas ciudades se están expandiendo, y el aumento de su población ha alcanzado a estas comunidades, lo que hace que sus modos de vida se transformen.

Los habitantes de la comunidad, como ya se ha dicho, se desplazan laboralmente sin que esto represente un desarraigo, ya que hay diferentes formas de habitar el territorio de acuerdo con prácticas no capitalistas ni hegemónicas, según

la cultura campesina. Estas diferentes formas territoriales nos muestran cambios en las identidades y eso se plasma en los ámbitos laborales y de la salud.

Los lugares que habitan estas mujeres son la casa, la comunidad y los lugares de trabajo, en muchas ocasiones son casas en otros municipios y en otras ciudades que se están reconfigurando ante el vínculo de lo rural y lo urbano. Esto da origen a otras experiencias en diferentes ámbitos: el social, el cultural, el laboral y el económico. Ahí la construcción de la feminidad y la masculinidad también tiene modificaciones. En las familias de San Agustín Amatlipac, el aporte de los trabajos en la comunidad y en las ciudades que realizan las mujeres es vital para su economía ya que sin la aportación de sus ingresos se precarizaría más su vida. En el caso de las mujeres más jóvenes, hay cambios en la forma de ser mujer, en la elección de la pareja, en la elección de cuándo y cuántos hijos tener, en la necesidad de salir a trabajar fuera de la comunidad y negociar con sus parejas el cuidado de los hijos. Para las mujeres, ser lo otro, en relación con los otros, en otro territorio, cobra un nuevo significado; por ser mujer y estar en contacto con otras personas, su cuerpo y sus emociones también se encuentran en procesos de cambio. La percepción de las cosas adquiere otro significado: ser mujer en su sentir mismo, en relación con otras personas, en otros lugares y en otros territorios. La construcción de lo femenino está en constante movimiento ante las situaciones que se viven.

La mirada en torno a la salud, los malestares, los padecimientos y las enfermedades tienen diferentes formas de expresión en la concepción del ser en la cultura campesina, desde el ámbito individual, familiar y comunitario que trasciende a otros territorios.

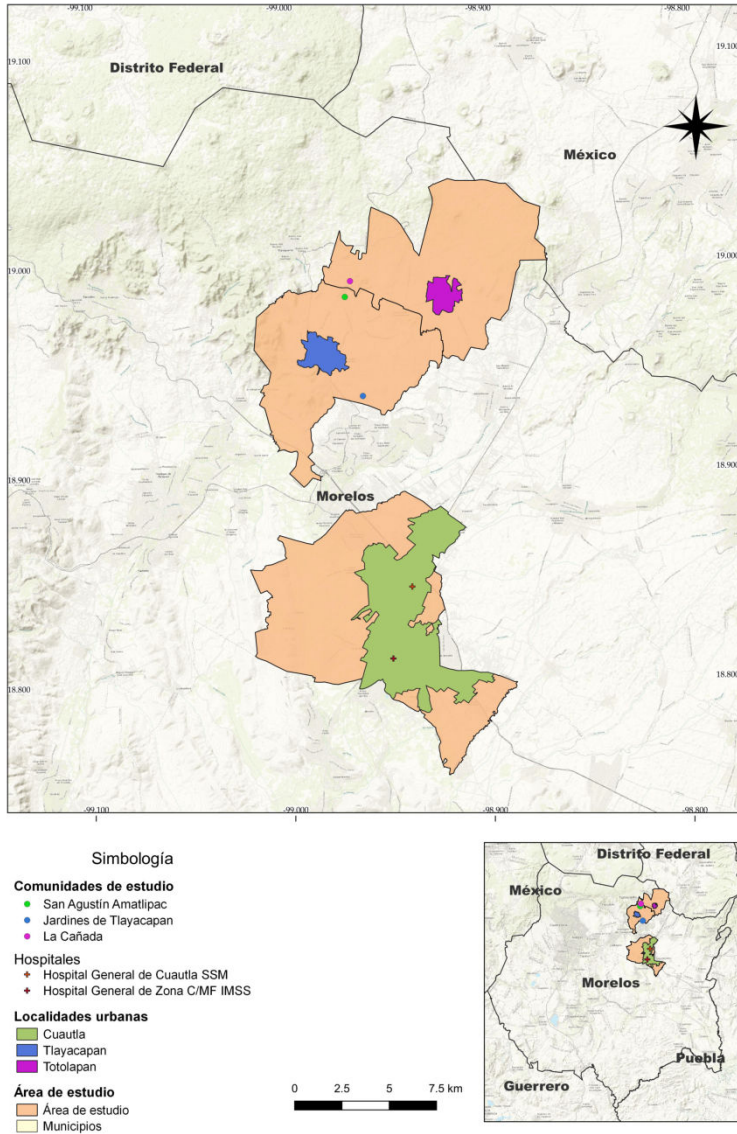
Hay una forma diferente de cómo conceptualizar la vida y la salud a partir de la relación con la naturaleza y el territorio, y es una expresión contraria al capitalismo, éste siempre ha querido expropiar la vida y los territorios. A esta forma opuesta

de entender la vida se ha enfrentado la comunidad de estudio al tener muy alejados los servicios de salud. La alternativa que han encontrado para preservar su vida y su salud ha sido incorporar saberes ancestrales familiares relacionados con el cuidado de la tierra y el campo, los cultivos, los suelos, el agua, la salud y la vida, lo cual constituye una forma de resistencia y subsistencia de su cultura, sus saberes y conocimientos que construyen y transforman su identidad integrando saberes tradicionales y otros saberes producto de la interacción con otras personas de entornos y ámbitos distintos.

Las mujeres de esta comunidad realizan prácticas vitales para asegurar la subsistencia de las personas que forman su hogar; resuelven muchas necesidades de los integrantes de la familia que tienen que ver con actividades de cuidado, reproductivas y productivas. Los trabajos que requieren fuerza física y emocional recaen en su cuerpo y éste tiene que afrontar doble o triple jornada laboral. Enfrentar todas estas situaciones implica que en su cuerpo y en sus emociones recae todo el peso para sostener la vida que se teje en torno a ella y a sus seres queridos.

El poder vincular el género con la salud y el trabajo en esta comunidad permite analizar la situación de salud de las mujeres y de algunos hombres, sobre todo, cómo las mujeres intervienen en el cuidado diario de la vida y la salud de los otros; ellas cumplen con un sostén vital, generando alternativas desde el conocimiento de sus saberes ancestrales del uso de plantas medicinales para atender malestares, padecimientos y enfermedades ya diagnosticadas por el sistema de salud universal. La explicación de la salud y la enfermedad desde el modelo hegemónico de la medicina no es posible; se necesita ampliar el conocimiento de la salud y la enfermedad como un proceso personal, familiar, comunitario y en relación con otros territorios por sus integraciones en los mercados laborales ya que muchas veces tienen que ver con las condiciones económicas y sociales en un contexto determinado.

**Figura 1.**  
**Área de estudio**



Fuente: Elaboración propia con bases en el marco geoestadístico nacional, con *shapes* de estados y municipios.



## **San Sebastián La Cañada, Totolapan**

Las mujeres y sus familias de esta comunidad tienen la necesidad de desplazarse a municipios más grandes y a ciudades cercanas y lejanas para integrarse a mercados laborales ante la necesidad de obtener ingresos y trabajos remunerados que permitan la supervivencia familiar. Para poder salir de su comunidad y solicitar un trabajo remunerado fuera de sus límites es necesario llegar a acuerdos dentro de la casa. Las relaciones de género entre las mujeres y los hombres, dentro de sus familias, llevan a acordar nuevas reglas, permisos dentro de la casa y en la familia. Así nos muestran una forma de reconfiguración y organización del mundo desde las relaciones de género en el hogar como prácticas cotidianas para desarrollarse en un orden social que está enmarcado por el uso del poder que se ha construido en forma desigual y sufre también modificaciones sociales. La movilidad laboral de las mujeres en la comunidad muestra la forma en que se integran a otros territorios en los ámbitos económicos y sociales, y muchos de ellos se dan en forma dispar. Las mujeres se integran a mercados de trabajo fuera de sus comunidades en espacios laborales de baja remuneración. Debido a su nivel socioeconómico y educativo, se enfrentan principalmente a cargas elevadas de trabajo en otras casas que las emplean como trabajadoras domésticas o cuidadoras de otras personas o de niños pequeños; estas jornadas laborales son muy intensas, las cuales afectan su salud, porque se intensifican sus cargas de trabajo al realizar tareas en su casa y en otras casas. Las mujeres combinan trabajos productivos, reproductivos y de cuidado, y cubren hasta tres jornadas laborales en un día. Su salud resulta indudablemente afectada, pero también se precariza su vida ya que abandonan a su familia por espacios prolongados de tiempo para cuidar y atender a otros en las casas donde trabajan. Las familias necesitan trabajos e ingresos que les permitan la supervivencia.

Las mujeres y los hombres de San Sebastián La Cañada se encuentran en la encrucijada de buscar un trabajo que les permita tener ingresos para poder sustentarse, o quedarse en la comunidad sin trabajo. Las jornadas de las mujeres dentro de la casa y fuera de su comunidad son muy extensas, inician desde muy temprano y terminan hasta muy tarde.

En esta comunidad, por su ubicación geográfica y por su perfil socioeconómico, las mujeres enfrentan discriminación cada que intentan solicitar los servicios y la atención médica, de acuerdo con lo que ellas mismas señalan. Los testimonios recabados nos permiten mostrar cómo se viven las diferentes situaciones de salud en la comunidad de estudio y la posición que tienen las mujeres frente al tema de la salud de su comunidad y al interior de sus familias.

Las mujeres se insertan en diferentes lugares dentro del mundo laboral, hacen determinado trabajo reproductivo en la vida cotidiana y en su comunidad y trabajo productivo en sus huertas, jardines y campos de cultivo para apoyar el abastecimiento de alimentos para su autoconsumo. Muchas veces, también las mujeres venden parte de lo cosechado en los mercados de las cabeceras municipales de Tlayacapan y de Totolapan y en la ciudad de Cuautla.

Aquí, se trabaja mucho el nopal, en temporada de lluvia se siembra maíz, jitomate y col y ahorita estamos sembrando árboles frutales, aguacates dentro de las casas, ojalá se den, también somos mujeres de campo y muy trabajadoras. (Mujer de 44 años. San Sebastián La Cañada, 9 de marzo de 2021)

Las mujeres de esta comunidad trabajan en actividades agrícolas dentro de la misma comunidad, lo cual es muy importante para incrementar sus ingresos, pero también en el trabajo reproductivo.

En esta comunidad muchas mujeres acompañan a sus esposos a cultivar nopales, limpian los terrenos con su esposo y sus hijos, cuando es tiempo de corte, ellas trabajan limpiando los nopales y después, ellas los venden en diferentes lugares en Tlayacapan, en Totolapan, en Atlatlahucan, en Cuautla, se van lejos a vender y llegan hasta la noche. (Mujer de 53 años. San Sebastián La Cañada, 22 de junio de 2022)

Desde hace varias décadas, la población de la comunidad de estudio ha presentado cambios debido a las crisis económicas que se han vivido en el país, generadas por la implementación de las políticas neoliberales aplicadas en las comunidades rurales. Uno de dichos cambios es la migración interna de personas pertenecientes a los estados de Guerrero y Oaxaca; son inmigrantes que llegaron a trabajar, que han tenido la oportunidad de adquirir tierra y se han asentado en la comunidad, contribuyen con sus costumbres y tradiciones, y amplían la heterogeneidad de la población rural local. De igual manera, las mujeres refieren que hay personas de todas partes del país, del Estado de México, de Michoacán y hasta de otros países; también hay personas, hombres y mujeres, que se han ido a trabajar a los Estados Unidos:

Antes las casas eran bien humildes, pero se fueron al gabacho, ahora puras casas buenas, digo, son casas más grandes con otro tipo de construcción, ahora el gobierno ya no quiere ayudar a la comunidad porque ven esas casas y consideran que ya no estamos en calidad de pobreza, antes se pensaba que éramos pobres, pero sí tenían terrenitos y ellos los fueron vendiendo a otras personas que vienen de lejos. Aquí hay gente de Guatemala, de Perú, de Ecuador. Hay hasta una pareja de ingleses y ellos construyeron sus casas aquí porque les gustó, pero

son casas de otro tipo, ya no son como las nuestras, la verdad sí se nota mucho la diferencia entre unas casas y otras. Por el trabajo de los migrantes en Estados Unidos ya no se considera que la gente de aquí viva en un pueblo marginado. Ya se vendió la tierra de un lado, falta del otro lado. (Mujer de 53 años. San Sebastián La Cañada, 20 de junio de 2022)

Las mujeres rurales de estas comunidades reflexionan en cómo se ha ampliado la población, pero también en cómo, a partir de vivir la pobreza, las familias tienen que buscar en la migración laboral una posibilidad para asegurar la subsistencia; también es una forma de mostrar la desigualdad que están viviendo en torno a la necesidad de vender sus tierras a causa de la crisis económica y ambiental a que se ha hecho referencia.

El panorama del derecho a la salud y los motivos por los cuales se busca la atención médica nos lleva a vincularlos con otros derechos, como el derecho al trabajo, a la vivienda y a una mejor calidad de vida. Una de las formas en las que las mujeres viven la salud, vinculada al mundo laboral, es cuando trabajan fuera de la comunidad como empleadas domésticas, en establecimientos comerciales o en restaurantes, en municipios cercanos y lejanos. Así lo afirma una de las mujeres encuestadas de San Sebastián La Cañada: “Sí, yo trabajo en un restaurante los fines de semana y días festivos cuando se trabaja muchas horas seguidas y no puedo ni tomar agua, ni ir al baño y eso hace que se sienta uno muy mal”. (Mujer de 54 años. 20 de junio de 2022)

Estos testimonios permiten ver que también inciden en la salud de las mujeres, la división sexual del trabajo en las familias.

Atiendo una tienda de 7 de la mañana a 10:30 de la noche y aparte hago mis quehaceres domésticos, levantar la

casa, hacer de comer para los hijos y mi esposo, les doy de comer y cenar y no tengo tiempo para nada y todo el día me duelen las piernas de tanto estar parada y ya tengo unas varices bien grandes en mis piernas, me preocupan, pienso que un día me van a estallar. (Mujer de 44 años. San Sebastián La Cañada, 26 de junio de 2022)

En cada sexenio hay un programa de atención a la salud, pero las regiones rurales del país aún tienen una baja cobertura de atención médica en los tres niveles. En el caso de la comunidad de San Sebastián La Cañada, según los testimonios proporcionados por los habitantes, es complicado acceder a la atención primaria, ya que en la comunidad no hay Casa de Salud y los Centros de Salud de Tlayacapan y Totolapan están muy lejos. El transporte es costoso y no es continuo, por lo cual la mayor parte de la población no acude a solicitar la atención primaria y mucho menos la atención del segundo y del tercer nivel y cabe señalar que el hospital más cercano es el Hospital General de Cuautla. Por estas razones, las mujeres aplican sus saberes ancestrales de atención y cuidado a la salud, aunque también acuden a los servicios privados de salud que hay en las cabeceras municipales.

En la comunidad de San Sebastián La Cañada persiste actualmente la visión de que los saberes médicos actuales son diferentes a los saberes ancestrales del cuidado y atención de la salud, y a la práctica cotidiana. Aquí, la relación con las instituciones de salud ha sido compleja, ya que sus habitantes, sobre todo las mujeres, siempre han solicitado a nivel municipal, a nivel estatal y a nivel federal la construcción de una Casa de Salud o un Centro de Salud en su comunidad, petición que no ha sido considerada.

Las mujeres de la comunidad nos reunimos para solicitar una Casa de Salud para la comunidad. Por eso cuando van a entrar, a los candidatos siempre les decimos

que queremos un Centro de Salud en la comunidad, nos hace mucha falta. Ellos nos dicen que sí pero que la población es muy poca. (Testimonio de una mujer en el taller de la comunidad de San Sebastián La Cañada, Totolapan, 13 de junio de 2022)

En este sexenio la salud en la comunidad se atiende mediante un camión que llega una vez a la semana con una brigada procedente del municipio cercano de Tlanepantla. Este tipo de jornadas médicas en la comunidad son de vital importancia pues es la forma en que se puede recibir atención médica.

El poblado de San Sebastián La Cañada ha tenido que vivir la desigualdad, la marginación y la precariedad en los servicios que recibe por lo que las mujeres se inconformaron para exigir el derecho a una vida digna y solicitaron la construcción de una Casa de Salud.

Los testimonios de mujeres y varones pobladores de estas comunidades cobran relevancia en esta investigación porque señalan la brecha histórica en cuanto a políticas de atención primaria para poblaciones pequeñas.

La crisis en la que viven las mujeres rurales y sus familias se muestra en los ámbitos de salud y de trabajo. Los habitantes han sido expulsados laboralmente de sus comunidades y han buscado trabajo e ingresos en territorios más grandes que les permitan la subsistencia; también es posible observar formas de movilidad obligada en las que, para el capital, la maternidad y el trabajo de las mujeres son incompatibles, ya que se integran a mercados laborales con jornadas muy largas.

Por otro lado, las mujeres que no pueden estar a cargo de sus hijos sufren de un sentimiento de culpa y tristeza ante una conciliación inexistente entre el trabajo productivo y la maternidad. Esta es una forma de apropiación que tiene el capital de la vida, el tiempo y el fortalecimiento de los vínculos y se

puede considerar como una forma de afectación a los cuidados y una forma de escisión en la vida familiar y comunitaria de las mujeres en sus comunidades.

### *Reflexiones finales*

La intención de este trabajo ha sido contribuir a la visibilización y al análisis de una problemática social de carácter estructural que afecta profundamente a amplios sectores de la población de nuestro país y que es la condición de muchos seres humanos, particularmente de mujeres con manifiesta vulnerabilidad por ser campesinas, pobres y rurales. A esas condiciones se añaden circunstancias que agudizan su situación.

Por otra parte, cabe considerar que la realización de esta investigación constituye un primer esfuerzo para aproximar, reconocer y analizar el tema Mujeres, salud y trabajo en la región de los Altos de Morelos.

Desde la acción cotidiana, las mujeres visibilizan las condiciones de desigualdad que viven y enfrentan en los ámbitos de la salud y el trabajo y reflexionan sobre las relaciones de género entre mujer y hombre como constitutivas a los seres humanos.

Dentro de este orden de ideas, pensamos que se ha considerado que la salud de las mujeres y de los integrantes de su familia sea respetada como un derecho humano, y que se reconozca a la mujer rural y su familia como un grupo de atención prioritaria.

Los resultados de esta investigación plantean la necesidad de generar nuevas formas para superar la división sexual del trabajo en el ámbito familiar y de ejercer mejores prácticas con verdaderos apoyos para el cuidado de la salud personal, así como de los integrantes de la familia, sin dejar de lado el cuidado de su vida en comunidad respetando el territorio como parte de la reafirmación de su identidad y como una forma de resistencia frente al sistema capitalista.

## Referencias

- Batthyány, Karina (2018). La organización Social del Cuidado. Políticas, desafíos y tensiones. En *Género y Cuidado, teorías escenarios y políticas* (pp.204-219). Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de los Andes.
- Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*. Anagrama, Col. Argumentos 238.
- Breilh, Jaime (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6 (1), 83-101.
- De la Peña, Guillermo (1980). *Herederos de promesas, Agricultura, política y rituales en los Altos de Morelos*. Ediciones de la Casa Chata-CIESAS.
- Dejours, Christophe (1990). *Trabajo y Desgaste mental: una contribución a la psicopatología del trabajo*. Ed. Humanitas.
- Garduño, María de los Ángeles (2011). *Confluencia de la Salud en el trabajo y la Perspectiva de género. Una nueva mirada*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud].
- Garduño, María de los Ángeles; Moreno, Luz María Ángela, & Paz, María del Pilar (2015). Salud de Hombres y Mujeres en el ámbito Laboral: una perspectiva de género. En: *Salud, ambiente y Trabajo* (pp. 210-225). McGraw Hill, México.
- Guber, Rosana (2015). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*, Siglo XXI Editores.
- Guzmán, Elsa, & León-López, Arturo (2014). Peculiaridades campesinas del Morelos Rural. *Economía, Sociedad y Territorio*, xiv (44), 175-200.
- Lagarde, Marcela (1986). La antropología feminista y la categoría de género. *Nueva Antropología* (30), 173-222.
- Laurell, Asa Cristina (1982). La salud enfermedad como un proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud* (2), 7-25.
- Marx, Karl (1974). *Manuscritos: Economía y Filosofía*. Alianza Editorial, 5ª edición.



### *Información estadística consultada*

- Secretaría de Empleo y Productividad Laboral Estado de Morelos, agosto 2017 [Documento impreso].
- Censo de Población y Vivienda INEGI (2010) (2015) (2020). INEGI (2010). <http://www.inegi.org.mx>
- INEGI (2015). <http://www.inegi.org.mx>
- INEGI (2020). <http://www.inegi.org.mx>
- Conteo de Población y Vivienda (2015). <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Anuario Estadístico y Demográfico Morelos (2017). <http://www.inegi.org.mx>
- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), primer trimestre 2017-2018. Morelos. Centro de Estudio de Finanzas Públicas y cámara de Diputados. (2018) Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), primer trimestre 2017-2018. Morelos. [Documento impreso].

LOS CUERPOS QUE NO SE ENFERMAN:  
MASCULINIDADES Y SALUD  
ENTRE COMERCIANTES INFORMALES<sup>16</sup>

Karina Ramírez Villaseñor

*Introducción*

En el mundo nacen más niños que niñas, según el Informe de Masculinidades de la Región de las Américas, en promedio nacen 105 niños por cada 100 niñas. Sin embargo, poco a poco estos números se invierten entre los 30 y 40 años de edad, a tal grado que, cuando se llega a la adultez, se reportan 190 mujeres por cada 100 hombres (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019, p. 19).

¿Por qué se dará este fenómeno en la densidad de la población por sexo? ¿Por qué será que en México existe una diferencia de seis años entre la esperanza de vida de los hombres y las mujeres? La respuesta a estas preguntas es, “sencillamente”, que los hombres mueren más jóvenes en comparación con las mujeres o, dicho de otra manera, que las mujeres viven más que los hombres; pero aún queda profundizar el por qué.

Con el desarrollo del feminismo se comenzó a reflexionar en torno a las implicaciones que tiene el género en la vida de las mujeres y se identificó que era un elemento fundamental para comprender cómo se construyen como

<sup>16</sup> Este trabajo es producto de la estancia posdoctoral financiada por Conahcyt en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM-UNAM), bajo la tutoría de la Dra. María Lucero Jiménez Guzmán.

sujetos genéricos debido a que permite o limita el acceso a ciertos espacios, recursos materiales y simbólicos e incluso ordena y estructura cada ámbito de la vida cotidiana. Posteriormente, con los *Men's Studies* se identificó que hacía falta investigar, explorar, visualizar y comprender a los hombres como sujetos, que al igual que las mujeres, se construyen. Esto implicó reconocer que además de enfatizar su posición de privilegio en el sistema sexo/genérico, también se debía profundizar en sus experiencias y condiciones de vida como sujetos genéricos.

Es así como surgen los estudios de las masculinidades, los cuales han explorado distintos ámbitos de la vida de los varones y han permitido identificar que al igual que las mujeres, ellos también aprenden significados y prácticas que están asociadas con valores, roles, funciones y atributos que en su contexto social, cultural e histórico están asociados con la(s) masculinidad(es).

De manera que los aprendizajes de género orientan a los hombres —y mujeres— a ser, sentir y actuar de una manera determinada, llevándolos a vivir los procesos de salud, enfermedad, cuidado y atención de una forma distinta a las mujeres. No es casual que entre las principales causas de muerte en los hombres, en nuestro país, se destaquen el cáncer de próstata, los homicidios, los accidentes viales y también la cirrosis hepática.

Desde luego que algunas de estas enfermedades, como lo es el cáncer, están relacionadas con su propia fisiología. Sin embargo, teóricos como Benno de Keijzer (De Keijzer *et al.*, 2022), Luis Bonino (2001) y Juan Guillermo Figueroa (2007) y organismos como la Organización Panamericana de la Salud han señalado que estas enfermedades y causas de muerte están asociadas con el ejercicio de la masculinidad hegemónica.

La masculinidad hegemónica “es un determinante en la reticencia a protegerse y cuidarse, porque eso no es de hombres” (Bonino, 2001, p. 182). Esto me recuerda la narrativa

de un trabajador de la construcción que fue entrevistado en el 2015, quien decía más o menos lo siguiente: “aquí se viene a trabajar, para andarse cuidando es mejor ir al zócalo”. Su respuesta fue a la pregunta sobre el uso de fajas, guantes, cascos o algún equipo de protección durante el desempeño de su trabajo. Además de señalar que “no se acomodaba” a trabajar usando algún equipo de protección, también mencionó que los compañeros de trabajo emiten bromas sobre la persona que decide protegerse.

Los aprendizajes de género llevan a los varones a tener un particular estilo de vida que favorece determinados problemas de salud (Bonino, 2001, p. 182). Además, de acuerdo con el informe de la Organización Panamericana de Salud, existen diferencias entre las principales causas de muerte entre los hombres, pues identificaron que en América Latina, la cirrosis hepática ocupa el primer lugar, mientras que en el Caribe es el VIH/SIDA y, en caso de México, así como en EUA y Canadá, sobresale el Alzheimer, el suicidio y el cáncer de próstata, colon y recto (OPS, 2019, pp. 20-21).

Esto permite comprender que en el proceso de salud, enfermedad, cuidado y atención de los varones, no sólo entra en juego el género, sino también otros órdenes sociales como lo es la raza, el origen étnico, la clase social, el nivel educativo, la edad e incluso el empleo en el que se desenvuelven. Por ejemplo, ¿qué sucede con los 32.1 millones de personas que están ocupadas en la informalidad en nuestro país? (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2024, pp. 1-18) ¿Cómo se cuida esa población?, ¿cómo viven los procesos de salud y enfermedad cuando no tienen acceso a un seguro médico?

El presente texto tiene por objetivo analizar cómo algunos hombres que laboran en el comercio informal, en la región nororiente de Morelos, viven los procesos de salud y enfermedad desde un enfoque interseccional y la investigación cualitativa. Para ello, se busca explorar cómo se

cuidan, cómo se atienden, qué favorece o limita su acceso a la salud y cómo influye el modelo dominante de la masculinidad en sus procesos de salud y enfermedad.

Para poder dar respuesta a este objetivo, se trabajó con la metodología cualitativa y se recurrió a la entrevista como herramienta de investigación, la cual se aplicó a 10 hombres que actualmente laboran en el comercio informal en el municipio de Yecapixtla en el estado de Morelos. La media de edad de estos varones es de 38 años y el 90 % de ellos sólo cuenta con educación básica.

A partir de su narrativa fue posible aproximarse a su trayectoria laboral y a los vínculos que tienen con el comercio informal desde temprana edad. Algunos de ellos por su familia de origen, otros por la pareja. Este acercamiento al comercio se reforzó debido a las barreras que encontraron para sumarse al trabajo formal, tales como la edad, el nivel educativo y la experiencia laboral. A esto se sumó la experiencia de desempleo que algunos de ellos tuvieron derivado de la pandemia COVID-19 y que los orientó a retomar el comercio como una alternativa laboral viable.

### *Ser hombre: aprendizajes, oportunidades y costos*

En las Ciencias Sociales, desde la década de 1980, se comenzaron a plantear diversas preguntas sobre los hombres como sujetos genéricos. Pues se comprendió que estos sujetos, al igual que las mujeres, se construyen y sus experiencias de vida están marcadas por el género. De manera que, a través del proceso de socialización, ellos aprenden una serie de significados y prácticas que cultural, social e históricamente se asocian a la masculinidad. Por ejemplo:

Los hombres están socializados para ser activos, tener el control, estar a la defensiva, ser fuertes, aguantar el dolor

de la lucha por la vida, valerse por sí mismos, usar el cuerpo como una herramienta de trabajo, no pedir ayuda y salir adelante pese a todo [...] (Bonino, 2001, p. 184).

Estas características forman parte de lo que autores como Connell han denominado masculinidad hegemónica (1997, pp. 17-30), la cual es aceptada, legitimada y demandada por la sociedad. Por lo que este modelo dominante “dispone de una serie de mandatos que operan intra e intersubjetivo, definiendo pautas, identidades afectivas, comportamentales y vinculadas” (Parrini, 2007, pp. 95-120).

De manera que el género impacta la realidad de todas las personas al establecer cómo se debe ser, qué se puede hacer, cómo se debe actuar e incluso qué y cómo debe sentir. En el caso de los hombres, el modelo de masculinidad hegemónica los ha llevado a vivir experiencias cotidianas de malestares físicos y emocionales que se han planteado como los costos de la masculinidad (Kauffman, 1995, pp. 123-146).

En este proceso de construcción de género, “la masculinidad es algo que los hombres deben ganar y para ello deben superar ciertas pruebas como soportar el dolor, demostrar su esfuerzo, hacer uso de su fuerza y haber conquistado mujeres” (Olavarría, 2000, pp. 11-29). Es por ello que los hombres deben demostrar su masculinidad de acuerdo a la etapa que se encuentren de su ciclo de vida. Por ejemplo, mientras en la infancia se revela a partir de la competencia en los juegos, en la vida adulta se denota a partir de la activa participación en el espacio laboral y el cumplimiento del rol de proveedor económico que le ha sido asignado (Fuller, 2001).

Por ejemplo, autoras como Norma Fuller (2001, p. 509), Alejandra Salguero (2009), Lucero Jiménez y Olivia Tena (2007, p. 522), en sus investigaciones realizadas en México y Latinoamérica, dan cuenta de la importancia que tiene el trabajo para los varones, incluso señalan cómo éstos se esfuerzan constantemente por permanecer en él.

Si bien es cierto que el desempeño de los hombres en el espacio público forma parte del mandato social del género, este también les permite acceder al éxito, al reconocimiento social, al poder y como señala Salguero (2009), les posibilita obtener bienes, ser proveedores, cumplir con la familia y “les hace sentir útiles y vivos”.

Esto permite comprender que existe una estrecha relación entre las masculinidades y el empleo y que es fundamental en el proceso de conformación de la identidad de estos sujetos. De acuerdo con Capella (2007, pp. 153-180), en las culturas occidentales actuales, el trabajo es uno de los ejes más importantes en el proyecto de vida de los varones, a tal grado que muchos de ellos definen quiénes son a partir de su participación en el ámbito laboral; es decir, cuál es su oficio y/o profesión y lo que pueden lograr: ingresos económicos, proveeduría y jefatura familiar.

Sin embargo, durante este proceso de hacerse hombre y de demostrar su masculinidad, muchos varones se explotan a sí mismos, a su cuerpo, su energía, su juventud y pasan por alto su salud, ignorando o minimizando los malestares que pudiesen presentarse. En ese sentido, los hombres utilizan su cuerpo como una máquina, como una herramienta de trabajo que es utilizada hasta donde pueda resistir (De Keijzer, 2006, pp. 137-152).

Por eso es común que los hombres acudan al trabajo estando enfermos o sintiendo algún malestar específico. Por ejemplo, los trabajadores de la construcción, en la región nororiente de Morelos, expresaban que acudían al trabajo con gripe, temperatura, malestares generados por diabetes o hipertensión, así como con dolores o heridas en alguna zona del cuerpo que son consecuencias del propio desempeño de su trabajo (Ramírez Villaseñor, 2017, p. 244).

Muchos de estos malestares los viven en silencio, pues han aprendido que como hombres son fuertes, resistentes y con mucha tolerancia al dolor, tienden a minimizar los padecimientos

(Otondo & Mazur, 2018) y expresan que “no pasa nada”, “no duele tanto”, “yo aguanto” o “ya se me pasará” y por tanto sólo acuden a la consulta médica en situaciones “extremas”.

Aunque la esperanza de vida de la población en México ha ido en aumento en la última década, existe una diferencia de poco más de seis años entre hombres y mujeres. De acuerdo con cifras del INEGI, a nivel nacional, la esperanza de vida para las mujeres, en el 2024, es de 78.9 años en comparación con los 72.4 años de los hombres (INEGI, 2024). Estudiosos de las masculinidades como Benno de Keijzer (2020), Luis Bonino (2001, p. 182), Juan Guillermo Figueroa (2007), entre otros, ya han señalado que la forma en cómo se vive la salud, la enfermedad y la atención está marcada por el género.

En México, según el reporte de Estadísticas de Defunciones Registradas (INEGI, 2023), durante el primer semestre de 2023, se identificó que las principales causas de muerte fueron: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del hígado, accidentes, enfermedades cerebrovasculares, influenza y neumonía, homicidios, enfermedades pulmonares e insuficiencia renal. Aunque estas son las principales causas de muerte en la población en general, el mismo reporte señala que la defunción causada por accidentes, agresiones y por enfermedades del hígado son más frecuentes en los hombres que en las mujeres.

Figueroa (2007, p. 79) señala que a partir de la adolescencia surgen como principales causas de muerte en los hombres, los accidentes, los homicidios, la cirrosis hepática, el VIH/SIDA y los suicidios. De acuerdo con este autor, estas causas de muerte se explican a partir de los aprendizajes de género, pues como parte del modelo hegemónico, los varones deben ser arriesgados, temerarios, aventureros, con una vida sexual activa, usar su cuerpo como una herramienta de trabajo y minimizar el cuidado. Esta última característica es entendida como una muestra de debilidad y asociada a la femineidad (p. 375).



Esta realidad, se complejiza cuando a la categoría de género se suman otras como la clase social, la edad, el nivel educativo, el origen étnico y claro, la ocupación. Pues la intersección entre estos elementos permite comprender que existen diferencias entre la población masculina y que juegan un papel importante en el proceso de cuidado y atención de su salud y de la enfermedad.

En ese sentido, cabe preguntarse por las experiencias de vida de grupos sociales como los trabajadores informales, quienes además de no contar con un salario fijo, tampoco tienen acceso a un seguro médico, prestaciones, días de descanso, incapacidades, entre otras cosas. En el estado de Morelos, según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (INEGI, 2023), se contabilizaron 566 663 personas que laboran en la informalidad, lo que representa el 64% de la población económicamente activa y de los cuales al menos el 57.6% son varones.

La ENOE en Morelos (INEGI, 2003, p. 10) también reportó que el 32.9% de los varones que están activos laboran más de 48 horas a la semana. Lo que permite intuir que como mínimo trabajan 8 horas diarias y descansan un día a la semana, en el mejor de los escenarios. Sin embargo, es importante mencionar que al menos las personas que laboran como comerciantes informales suelen tener diversas fuentes de empleo y que las lleva a trabajar hasta 15 horas diarias, según los datos encontrados en el trabajo de campo.

En ese sentido, es importante explorar las condiciones de vida bajo las que se encuentra este grupo social, cuáles son las medidas que toman para cuidar de su salud, qué enfermedades y malestares son los más frecuentes y qué tanto favorecen y/u obstaculizan la atención de su salud las condiciones estructurales de nuestra sociedad.

*“¡Llévele, güerita!”, “¿Qué le vamos a dar, cliente?”.*

*Comerciantes en Yecapixtla, Morelos*

En nuestro país, todos los días al transitar por las calles, las plazas o los mercados, al acudir a la escuela o en los espacios de trabajo, es común encontrarse a varias personas dedicadas al comercio, las cuales ofrecen diversos productos que van desde alimentos, antojitos, bebidas refrescantes, productos para la casa, hasta ropa y zapatos, pasando por una multiplicidad de productos locales, artesanales e importados.

En el municipio de Yecapixtla la situación no es distinta, pues aún no dan las siete de la mañana cuando ya se escucha el “pitido” del señor que vende tamales y atole. Poco después, toca la puerta la señora que vende gelatinas. Basta caminar unos cuantos metros para encontrarse el “puesto” de los jugos de naranja, los tacos de arroz, el de la barbacoa y el de las carnitas; así como el de las “picaditas” y las quesadillas. Pareciera que quienes comercializan iniciaron sus actividades temprano, antes de que los primeros rayos del sol iluminaran la calle.

La dinámica en el centro del poblado es similar. Desde las cinco de la mañana, ya se observa movimiento en las calles que rodean el mercado municipal y la música rompe poco a poco el silencio. El velador del mercado sabe que los comerciantes de frutas y verduras ya han iniciado su jornada de trabajo. Después llegarán los que venden café, atole, pan y tamales, todo calentito y recién hecho.

Los comerciantes narran que, por ejemplo, el martes, suelen llegar más temprano, porque ese día las clientas acostumbran ir muy temprano a realizar sus compras, porque “ese día se come caldo y la res suele terminarse rápido”. Esto implica que no sólo los carniceros y los de la verdura deben abrir su negocio antes de que salga el sol, también debe hacerlo el del pan, el de la tienda de abarrotes, el del yogurt, el de los churros, e incluso la de las flores.

En el municipio no existe un registro exacto de cuántas personas comercializan en los espacios públicos y que son comúnmente llamados “informales”, debido a que los negocios pueden colocarse en los zaguanes, las puertas de las casas, sobre las banquetas, en los cruces de las carreteras, en las paradas del transporte público y también pueden ser temporales, intermitentes o “fijos” con una larga trayectoria como comerciantes.

Sin embargo, de acuerdo con la ENOE, en el 2022, en Morelos existían 544 024 personas que laboraban en la informalidad y 566 663 para 2023 (INEGI, 2023). Según autores como Héctor Luna (2018, pp. 125-148), se trata de una población que trabaja al margen de las leyes laborales, por cuenta propia y en espacios precarios, por lo que se comprende que es un sector de la población que está “desprotegido, sin cobertura de seguridad social, sin sindicalización, sin remuneración de las vacaciones, sin seguro de desempleo y sin reflejo de la antigüedad en el salario” (Veleda da Silva, 2003, p. 57).

Debido a la “facilidad” con la que se pueden incorporar a esta actividad económica y contrario al trabajo formal donde se piden un sinnúmero de requisitos como el nivel educativo, la experiencia, la edad y el sexo, es que destaca la activa participación de algunos grupos sociales como lo son las mujeres, los jóvenes y personas de la tercera edad.

En el caso de los hombres entrevistados, se puede identificar que tienen una trayectoria en el comercio que comenzó desde temprana edad. Pues algunos de ellos crecieron en familias que tienen esta fuente de trabajo y, otros más, se incorporaron durante la adolescencia, cuando decidieron o tuvieron que dejar sus estudios para comenzar a generar ingresos económicos para ellos y para sus familias.

Para acceder a un empleo en el espacio informal, las redes de apoyo son fundamentales, pues en el caso de los hombres que buscaron su primer empleo durante la adolescencia, los

vecinos, las amistades y sus familiares fueron clave para que tuvieran su primer trabajo.

Actualmente, la actividad económica en Yecapixtla no se detiene a lo largo del día y, con el creciente fenómeno del turismo, cada vez existe mayor demanda de productos durante el día. Por ejemplo, mientras en la mañana se compran las frutas, las verduras, los atoles y los tamales, así como los jugos de naranja y los tacos de arroz; por la tarde noche comienza el comercio de los elotes, los esquites, las marquesitas, las crepas, las hamburguesas, los taquitos, los molotes, así como el café y el ponche. De manera que las actividades vinculadas al comercio informal no se detienen y dependiendo del producto que se ofrezca también se establecen rutinas y horarios de trabajo.

Una constante entre los comerciantes entrevistados es el tiempo que invierten en su actividad laboral, pues en promedio señalan que trabajan entre 12 y 15 horas diarias. Desde luego que esta cantidad de horas involucra distintos procesos que van desde la compra de la materia prima, la elaboración de los productos (en algunos casos como lo es el pan o los guisados) y la comercialización. Sin embargo, se trata de una actividad económica, que ellos refieren, los hace “correr”, por lo que se estresan y en muchas ocasiones sacrifican el tiempo para comer o descansar.

Además, este grupo social también se enfrenta a “las inclemencias del tiempo, a la delincuencia, sin atención médica en caso de enfermedades o accidentes, realización del trabajo en un ambiente de total incertidumbre en cuanto al ingreso económico, a la pertenencia del lugar donde vende, a su salud, a su seguridad, etcétera” (Gayoso Ramírez, 2009, p. 64). La vulnerabilidad de este grupo social, al igual que de muchos otros, quedó completamente expuesta durante la pandemia COVID-19, precisamente porque los comerciantes informales fueron parte del grueso de la población que no podía parar y no precisamente por no tener temor, sino por la necesidad de tener un ingreso económico diario,

pues de ello dependía el sostenimiento de su familia (Rodríguez Abad & Ramírez Villaseñor, 2022, pp. 241-268).

Sin duda, la pandemia fue una situación límite; pero justamente esta experiencia también nos lleva a reflexionar sobre lo que pasa en la cotidianidad, qué sucede con la salud de estos hombres comerciantes, qué malestares experimentan, cómo los resuelven, qué alternativas tienen o han desarrollado, cuáles son las barreras estructurales a las que se enfrentan. Es decir, qué sucede con la salud de estos sujetos que laboran en la informalidad, tienen bajos niveles educativos, trabajan jornadas de 12 a 15 horas diarias, experimentan malestar al descansar, no tienen seguros médicos, prestaciones, aguinaldos, ni vacaciones.

### *Retos y alternativas para el cuidado de la salud entre los comerciantes informales*

La gran mayoría de las personas hemos comprado, al menos una vez, en un negocio informal, ya que la oferta y demanda de productos que son comercializados son sumamente cotidianas. Sin embargo, es un grupo social sobre el cual aún falta profundizar desde las Ciencias Sociales para conocer y comprender sus experiencias de vida. Por ejemplo, ¿quiénes son estas personas?, ¿cómo es que “eligieron” dedicarse al comercio informal?, ¿qué les gusta y qué no de dicha actividad económica?, ¿cuáles son los principales retos a los que se enfrentan?, si partimos del supuesto de que viven a partir de sus ingresos diarios, que son variables y que no cuentan con seguro médico, ¿cómo atienden el cuidado de su salud?, ¿de qué suelen enfermar?, ¿cómo se cuidan y cuidan de sus familiares?

Desde la teoría feminista, Berenice Fisher y Joan Tronto señalan que es fundamental comprender el cuidado como “una actividad [...] que incluye todo lo que debemos man-

tener, continuar y reparar nuestro ‘mundo’ para que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nosotros mismos, nuestro medio ambiente [...]” (1990, pp. 35-62). En ese sentido, puntualizan que el cuidado compete a todas las personas y debe estar presente en cualquier etapa del ciclo de vida de las personas.

Sin embargo, en el día a día, nos enfrentamos a diversos retos que complican el ejercicio del cuidado. Desde luego que los aprendizajes de género están entre las principales barreras, pero a ésta se suman el sistema económico, las dinámicas laborales, el acceso a espacios de salud como lo son las clínicas u hospitales y también los aprendizajes culturales vinculados con la alimentación.

Los comerciantes entrevistados refirieron que los principales retos a los que se enfrentan para cuidar de su salud, están vinculados al empleo. Identificaron que éste les demanda estar activos largas jornadas laborales, no tener horarios para comer y más bien lo hacen “cuando pueden” y con los alimentos que tienen a su alcance, además de las condiciones de higiene y de inseguridad que permean el espacio donde trabajan. También hicieron mención de la prioridad que tiene el llevar el sustento económico para su familia y que debido a sus ingresos tampoco disponen de recursos para cuidarse. Por ejemplo, Luis, expresó lo siguiente:

Pues yo pienso que no sólo los hombres, yo pienso que todas las personas si deberían de cuidarse, o sea, tratar en todo, porque muchas veces como uno esta joven abusa uno de nuestro cuerpo y abusa uno en muchas cosas. Abusa uno en cargar más pesado de lo que el cuerpo quizá está permitido que cargue, nosotros lo sobrecargamos. No lo cuidamos, como te acabo de decir en la alimentación, porque le metemos de todo y yo pienso que eso también no es cuidar nuestro cuerpo. Otra cosa

que no lo cuidamos, es la exageración del trabajo, que es mucho trabajo para el pobre de nuestro cuerpo por eso cuando llega un fin de semana, nuestro cuerpo está pidiendo un descanso. Ahora sí que a gritos, porque ya trabajó toda la semana y por lo menos un día quisiera, para poder recuperarse. (Luis, comerciante informal, entrevistado en febrero de 2024)

Aunque Luis, al igual que otros comerciantes entrevistados, señalaron que identifican en su propia vida prácticas que no favorecen el cuidado de sí mismos, refieren que es complejo porque el mismo espacio laboral y sus aprendizajes de género, nos les dejan alternativa. Ellos, al igual que otros varones, aprendieron desde temprana edad que debían procurar a su familia desde el ejercicio de la proveeduría, que debían trabajar fuera de casa y que como hombres podían consumir alcohol, así como tener una vida sexual activa.

En este espacio de trabajo también se identifica que el consumo de alimentos altos en azúcares, en carbohidratos, en grasa, así como el consumo frecuente de bebidas azucaradas e incluso alcohólicas y energéticas es una constante. Incluso, cabe mencionar que compartirlas o invitarlas forma parte de la estrategia que tienen los comerciantes y que favorece la construcción de redes de apoyo y reciprocidad.

Entre los comerciantes entrevistados, se identificó que algunos de los principales malestares son las enfermedades gastrointestinales, de vías respiratorias, diabetes, hipertensión y estrés. La mayoría de estos padecimientos temporales o crónicos, los identifican, pero con respecto a los malestares mentales y emocionales, aún hace falta información.

Por ejemplo, Junior expresó: “acá lo único que me reventó una vez fue el estrés, yo no sabía pues que el estrés también te puede matar” (2024). Esta experiencia recuerda que la vivió en un periodo en el que tenía exceso de trabajo; pues se encontraba en una de las temporadas altas de venta

y eso le exigió trabajar diariamente sin descanso. Levantarse muy temprano para lavar, picar y freír las papas, empaquetar y por la tarde salir a comercializarlas en eventos políticos. Él recuerda que, en esa temporada, se dijo a sí mismo “no hay cansancio, no hay alcohol, te vas a enfocar en que vienen las campañas”, recalcándose a sí mismo que durante una temporada no tendría oportunidad de descansar y que su cuerpo debía resistir.

Benno de Keijzer (2006, p. 140) plantea que la socialización masculina es uno de los principales obstáculos en el proceso de autocuidado. Por lo que, “en general, el autocuidado, la valoración del cuerpo en el sentido de la salud es algo casi inexistente en la socialización de los hombres. Al contrario, el cuidarse o cuidar a otros aparece como un rol netamente femenino [...]”.

La narrativa de Junior permite comprender que como hombres han aprendido a mantenerse de pie aun ante el trabajo excesivo y el cansancio físico, pues deben ser fuertes, resistentes y proveedores. También, han comprendido que sí, que el cuerpo se cansa, pero que este cansancio está asociado a lo físico, mas no a lo mental, pues lo vinculan más al ámbito femenino, que son ellas las que pueden padecer algún malestar “emocional o mental” porque son más frágiles.

Cabe resaltar que los diez entrevistados mencionaron que es común que asistan a trabajar aun con malestares como puede ser una infección estomacal, dolor de cabeza, gripe o resfriado. Teo expresó que: “[...] ahora sí que para descansar en ese oficio sólo hay que estar enfermo, para descansar. Si me siento mal, mal, mal no puede ser que yo venga si me siento mal, pero si es una gripa ligera, sí vengo” (Teo, 2024).

En términos de Benno de Keijzer, estos comerciantes son un ejemplo de lo que el autor plantea como no saber “parar la máquina” (2016, pp. 278-300), pues aún con determinados malestares en su salud, acuden a trabajar. Desde luego que esta



idea de no tomar un descanso, también está asociada a que no cuentan con ahorros suficientes que les permitan tomarse unos días para recuperarse y a la par sostener a sus familias y a ello se suma que los productos que estos comerciantes venden tienen poco tiempo de vida. Es decir, comercializan alimentos, por lo que caducan rápido.

Es por ello que Capella subraya que “el tipo de trabajo y obviamente el salario recibido a cambio determinan el estándar de vida, el esquema familiar, las actividades relacionales, los entretenimientos colectivos e individuales, la rutina diaria, etc.” (2007, p. 153). Los comerciantes al vivir con un ingreso económico que depende de lo comercializado diariamente, es que generalmente eligen no descansar aun en procesos de enfermedad, como ocurrió durante la pandemia COVID-19, pues a pesar de la angustia ante un posible contagio, también existía la incertidumbre por las pocas opciones que les quedaban para subsistir y proveer a su familia (Rodríguez Abad & Ramírez Villaseñor, 2022, pp. 241-268).

Sin embargo, cuando sus cuerpos no resisten más y la enfermedad les demanda parar, lo hacen. Por ejemplo, Jorge –uno de los entrevistados– contrajo COVID-19 en 2021, y tuvo que dejar de trabajar al menos una semana y aunque recuerda que los primeros días intentó seguir laborando, el malestar era tan fuerte que comprendió que “se había enfermado de verdad”. Otras de las enfermedades que sobresalen son el dengue, tifoidea y diabetes.

Como ya han señalado algunos teóricos de las masculinidades, los varones aprendieron a no prestar tanta atención a su cuerpo y su salud (Bonino, 2001, p. 185). Por tanto, su presencia en las consultas médicas es escasa. Por ejemplo, en la narrativa de los comerciantes se identifica que la primera respuesta de atención ante algún malestar es la automedicación. Algunos de ellos mencionaron que rápidamente acuden a la farmacia más cercana y piden algún medicamento que conocen porque lo han consumido ante síntomas similares

o, en caso contrario, le explican rápidamente a quien atiende que les dé “una pastilla” para determinados síntomas.

Otra alternativa de autoatención es el consumo de medicina tradicional, entre los que destacan el gordolobo, la bugambilia, la miel, el propóleo y el aloe. Algunos de estos productos los compran con “los hierberos” el día de tianguis, otros los tienen en su traspatio y el aloe, en específico, lo consiguen en “clubs de nutrición”. Goyo menciona que cuando se enferma (d)el estómago

... luego tomamos algo y pues si [no] nos hace ya es cuando acudimos con el médico [...] pues no [es] seguido, pero una que otra vez al año, o que una gripita porque luego no se quiere quitar como en esta temporada de frío que pasó me tardó un poquito, fui como dos veces al médico, pero pues como que no me hizo, pues ya mejor me la dejé así [...].  
(Comerciante informal, entrevistado en febrero de 2024)

Entonces, las visitas al médico se dejan para cuando se viven procesos de enfermedad “complejos”, pero antes de acudir a una consulta particular, por lo general en Similares o con algún médico general particular, ellos ya han intentado atenderse con la medicina alópata y tradicional.

Cabe señalar que, en la narrativa de estos hombres, se identifican estrategias que han tejido para cuidar su salud, entre ellas está el consumo de vitamina B y C. Por lo general, consumen la primera después de acudir al médico y éste se las receta y la segunda suelen comprarla en farmacia, sobre todo en la temporada de frío.

Otra más es el descanso que le brindan a su cuerpo, por lo general, un día a la semana; Jorge refiere que el comercio

Es un trabajo físico, hay veces que uno termina bien molido del cuerpo, muy abatido y pues, tratar de relajar mi cuerpo es: acostarme un poquito más, tratar

de que mi espalda ahora sí que en la cama es como un masaje para mi cuerpo, tratar de darle un poquito menos de trabajo de lo que realmente trabaja durante la semana. (Jorge, comerciante informal, 2024)

En cuanto al reposo, recurren a él sólo cuando es obligatorio. Por ejemplo, Luis narra:

La otra vez ahora sí que me enfermé y pues me agarró mucha fiebre y mucha temperatura. El doctor me dijo: “Sabes que, no vas a poder ir a trabajar. Te vas a tener que descansar a la fuerza”, ahora sí que a la fuerza como dicen, “y tienes que estar reposando de dos a tres días”, me dijo el médico. Ahora sí que me dijo: “Si te quieres aliviar toma reposo, si no te quieres aliviar, sígueme”. Entonces, pues hay que obedecerlo [...].

Entonces, el reposo ocurre cuando el cuerpo ha colapsado, cuando éste ha enfermado y necesita recuperarse. Este periodo de descanso está justificado para los propios hombres como para quienes les rodean, pues entienden que “se enfermó”. Sin embargo, aún bajo ciertas condiciones de enfermedad, los varones se cuestionan, pues como el propio Luis expresa: “pues cuando toca ahora sí que enfermarte en los días que tienes tu venta, pues a lo mejor llega uno a pensar ¿por qué me enfermé?, ¿por qué no estoy vendiendo mejor?”.

La experiencia del reposo por enfermedad y el descanso les genera malestar. Debido a que su participación en el espacio laboral disminuye y por tanto sus ingresos económicos, es como si su valía como hombres, restara. Este sentir no sólo ocurre entre los comerciantes, también entre otros grupos sociales como lo son los trabajadores de la construcción en Sonora (Casas Tapia, 2018, p. 179), debido a que si se descansa “de más” se corre el riesgo de ser visto como una persona floja.

Si bien es cierto que, en la mayoría de los casos revisados, ante la enfermedad, el negocio no cierra, porque los comerciantes entrevistados cuentan con una red de apoyo que incluye a su pareja, hermanos, hermanas, hijos e hijas que se encargan de comercializar; sin embargo, los varones buscan ser y sentirse productivos de forma permanente y es a través de su desempeño laboral que demuestran su masculinidad.

La red que estos hombres han construido con otros comerciantes y clientes también juega un papel importante en el autocuidado de su salud, porque justamente con estas personas intercambian saberes y experiencias sobre distintos productos alópatas, tradicionales y alternativos que consideran “son buenos” o que les han ayudado ante determinados procesos de enfermedad.

Sin embargo, aunque estos varones han tejido una serie de estrategias para cuidar su salud, e incluso varios de ellos han repensado el consumo de bebidas alcohólicas y azucaradas como el refresco, también se enfrentan a barreras estructurales que no favorecen la atención y cuidado de su salud.

Un ejemplo de ello son las dinámicas laborales de este sector, que como ya se mencionó, les demanda estar activos un promedio de 12 a 15 horas diarias. Incluso, cabe señalar que los comerciantes entrevistados recurren a la multiactividad laboral, la cual curiosamente se realiza en aquellos días o espacios que ellos denominan “de descanso”. Estas experiencias entrelazan sus aprendizajes de género vinculadas a su rol como proveedores, pero también dejan ver las condiciones laborales en las que se encuentran, las cuales poco favorecen a su salud. Desde luego que estas dinámicas laborales precarias no son exclusivas de los comerciantes entrevistados, también se extienden a un gran sector de la población que laboran como plomeros, jardineros, albañiles, herreros, conductores, a ese 64 % de personas (hombres y mujeres) que también se encuentran en el sector informal en Morelos (INEGI, 2023, p. 12).

Otra barrera más a la que se enfrentan son los espacios médicos a los que pueden acceder, puesto que al trabajar en la informalidad carecen de un seguro médico y la alternativa que les queda para atenderse son los centros de salud y la atención médica privada, en donde destaca Similares. Sin embargo, en la narrativa de estos hombres resalta que el número de pacientes que pueden ser atendidos es limitado en el centro de salud y que los horarios de atención no siempre favorecen o coinciden con su jornada laboral.

Desde luego que atender el negocio es la prioridad, pues como uno de los comerciantes señala: “es el que me da el sustento de cada día, es el que me da para que comamos ahora sí que yo y mi familia” (Luis, 2024) y por tanto hay que “cuidarlo”.

Finalmente, a estas dos barreras mencionadas, se suman la alimentación, pues se consume lo que se tiene al alcance en términos espaciales, pero también económicos. Debido a la larga jornada laboral, en su mayoría desayunan, comen e incluso cenan en la calle, por lo que los tacos, las tortas, tamales, pan, atole y demás alimentos altos en carbohidratos y azúcares son consumidos de forma frecuente.

Esto genera que algunos de los comerciantes entrevistados presenten sobrepeso y aunque están conscientes de las posibles implicaciones que pueden generar a su salud, también refieren que para cuidar de su alimentación y realizar alguna actividad física de forma frecuente tendrían que buscar otro empleo.

### *Reflexiones finales*

Es evidente que los aprendizajes de género juegan un papel fundamental en el proceso de atención y cuidado de la salud, razón por la cual hombres y mujeres viven de forma diferenciada la salud y la enfermedad a lo largo del ciclo de vida. Sin embargo, esta realidad se complejiza cuando se entrecruzan otros elementos como la clase social, el empleo, el nivel educativo, la edad, la

raza y el origen étnico. En la experiencia de los comerciantes se conjugan varios de estos elementos, los cuales los llevan a vivir en condiciones de vulnerabilidad y con pocas alternativas para cuidar su salud.

Desde luego que las acciones cotidianas vinculadas al modelo hegemónico poco favorecen el cuidado de sí y de la salud de los varones, por el contrario, como la literatura expone, les orienta a vivir con un estilo de vida que exalta los riesgos y la transgresión de los límites que garantizan una vida segura.

En el caso de los comerciantes informales aprendieron desde temprana edad que los hombres se desenvuelven fuera de casa, trabajan, proveen y se esfuerzan. También aprendieron que el cuidado de su cuerpo, de su salud, de su bienestar físico y emocional no es prioridad.

Incluso, los malestares que refieren que padecen están relacionados con la forma en la que aprendieron a relacionarse con su cuerpo y con el cuidado del mismo. Sin embargo, es importante señalar que la realidad de estos varones se complejiza cuando el Estado no les garantiza un acceso a la vida digna y su derecho a la salud. Aun cuando existen servicios de salud como los proporcionados por los hospitales generales, comunitarios y los centros de salud, éstos no son suficientes ni con la cobertura necesaria para atender al grueso de la población que no cuenta con algún seguro médico adicional.

Si bien, entre los comerciantes se identificó que no comen a sus horas, descansan poco, duermen en promedio cinco a seis horas, por su misma actividad laboral cargan cosas pesadas; además de que viven en constante incertidumbre por la inestabilidad de sus ingresos económicos; cuando enferman y consideran asistir al médico, no siempre encuentran instancias médicas a las que puedan acudir.

Entonces, la conjugación de los aprendizajes de género vinculados al modelo hegemónico de la masculinidad, su clase social, su empleo, nivel educativo, la edad y las condiciones estructurales en las que viven, los llevan a vivir experiencias

que los distancia del cuidado. Más, cuando el propio sistema económico exalta que es responsabilidad de cada persona cuidar de sí misma y con ello le quita compromiso al Estado, quien aún debe diseñar políticas públicas focalizadas que den respuesta a problemáticas específicas como lo es el cuidado y la salud de los varones.

### Referencias

- Bonino, Luis (2001). Salud, varones y masculinidades. En *Seminario sobre mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa* (pp. 182-187). Instituto de la Mujer. [https://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material\\_masculinidades\\_0533.pdf](https://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0533.pdf)
- Capella, Santiago (2007). ¿Sólo trabajadores/proveedores? En M. L. Jiménez Guzmán & O. Tena Guerrero (Coords.), *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* (pp. 153-180). CRIM/UNAM.
- Casas Tapia, Juan Manuel (2018). *Autocuidado y masculinidad en los trabajadores albañiles de la ciudad de Hermosillo, Sonora: Altas temperaturas, riesgos laborales y significados*. [Tesis de maestría, El Colegio de Sonora].
- Connell, Raewyn (1997). La organización social de la masculinidad. En T. Valdés & J. Olavarria (Eds.), *Masculinidad/es: Poder y crisis* (pp. 17-30). FLACSO-Chile.
- De Keijzer, Benno (2006). Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud. En *Género y Salud* (pp. 137-152).
- De Keijzer, Benno (2016). “Sé que debo parar, pero no sé cómo”: Abordajes en torno a los hombres, la salud y el cambio. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, (22), 278-300.
- De Keijzer, Benno (2020). Masculinidades, salud, riesgo y cuidado. MenEngage Latinoamérica. [Archivo de video]. [https://www.youtube.com/watch?v=JDQIXuawezw&ab\\_channel=MenEngageLatinoam%C3%A9rica](https://www.youtube.com/watch?v=JDQIXuawezw&ab_channel=MenEngageLatinoam%C3%A9rica)

- De Keijzer, Benno; Cuellar, Alma Catharina; Valenzuela Mayorga, Alexis; Hommes, Carolina; Caffé, Sonia; Mendoza, Fernando; Cayetano, Claudina, & Vega, Enrique (2022). Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.151>
- Figueroa Perea, Juan Guillermo (2007). “El derecho a la salud en la experiencia de los varones: ¿un concepto ambivalente en los modelos de masculinidad vigentes?”. En *COEDUCANDO, Programa Coeducación, Género y Cultura de Paz*, (1), 77-97. <https://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/adolescentes/0087.pdf>
- Fisher, Berenice, & Tronto, Joan (1990). Toward a feminist theory of caring. In E. Abel & M. Nelson (Eds.), *Circles of care: Work and identity in women's lives* (pp. 35-62). Rutgers University Press.
- Fuller, Norma (2001). *Masculinidades, cambios y permanencias*. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Gayoso Ramírez, José Luis (2009). Los tianguistas de la Ciudad de México: De informales a trabajadores atípicos. *Iztapalapa: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 30(66), 53-67.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo: Morelos, noviembre 2022*. [Archivo PDF]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/enoeent/enoe\\_ie2022\\_11\\_Mor.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/enoeent/enoe_ie2022_11_Mor.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023). *Estadísticas de defunciones registradas, enero-junio 2023*. [Archivo PDF]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023\\_En-Jn.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_En-Jn.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, tercer trimestre 2023*. [Archivo PDF]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/enoeent/enoeent2023\\_11.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/enoeent/enoeent2023_11.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (s.f.). *Mortalidad*. <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px->



q=Mortalidad\_Mortalidad\_09\_b87a4bf1-9b47-442a-a5fc-ee-5c65e37648

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2024, marzo). *Comunicado de prensa número 241/24: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. [Archivo PDF]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENOE/ENOE2024\\_05.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENOE/ENOE2024_05.pdf)

Jiménez Guzmán, María Lucero, & Tena Guerrero, Olivia (2007). *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. CRIM/UNAM.

Kaufman, Michael (1995). Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En L. Santos Velázquez (Ed.), *Género e identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp. 123-146). Universidad Nacional de Colombia, Tercer Mundo.

Luna Acevedo, Héctor (2018). Trayectorias sociales y laborales de comerciantes informales de El Alto, La Paz, Bolivia. Cristina Bayón, Sara Ochoa, & José Guadalupe Rivera González (Coords.), *Desigualdades, pobreza, economía informal, precariedad laboral y desarrollo económico* (Vol. III de *Las ciencias sociales y la agenda nacional: Reflexiones y propuestas desde las Ciencias Sociales*, pp. 125-148). COMECOSO.

Olavarria, José (2000). De la identidad a la política: Masculinidades y políticas públicas. Auge y ocaso de la familia nuclear patriarcal en el siglo xx. En J. Olavarria & R. Parrini (Eds.), *Masculinidad/es: Identidad, sexualidad y familia. Primer encuentro de estudios de masculinidad* (pp. 11-29). FLACSO-Chile, Red de Masculinidad.

Organización Panamericana de la Salud (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud.

Otondo, Elena, & Mazur, Evangelina (2018). Masculinidades y salud: Aportes sobre el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en un hospital público en La Plata. En R. Segura & N. Artiñano (Coords.), *Haciendo visible lo invisible: La masculinidad como factor de riesgo en el partido de La*

- Plata (s.p.). Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Trabajo Social.
- Parrini, Rodrigo (2007). Un espejo invertido. Los usos del poder en los estudios de masculinidad: entre la dominación y la hegemonía. En A. Amuchástegui & I. Szasz (Coords.), *Sucede que me canso de ser hombre: Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México* (pp. 95-120). Colegio de México.
- Ramírez Villaseñor, Karina (2017). *Donde los niños se convierten en hombres: Masculinidades entre algunos albañiles del nororiente de Morelos*. [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma del Estado de Morelos].
- Rodríguez Abad, Angélica, & Ramírez Villaseñor, Karina (2022). Si no nos mata el coronavirus, nos mata el hambre. En G. Angelotti Pasteur (Coord.), *Hombres mayores y el comercio informal en tiempos de pandemia: Testimonios antropológicos de la pandemia por Covid-19* (Tomo III: Trabajo, migración y campesinado, pp. 241-268). UADY.
- Salguero Velázquez, Alejandra (octubre-diciembre 2009). Ser proveedor no es suficiente: Reconstrucción de la identidad de los varones. *La Manzana*, 4(7).
- Veleda da Silva, Susana (2003). *Trabajo informal, género y cultura: El comercio callejero e informal en el sur de Brasil*. [Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona].



## VIVIENDA SALUDABLE PARA POBLACIÓN JORNALERA EN MOVILIDAD

Kim Sánchez Saldaña<sup>17</sup>  
Adriana Saldaña Ramírez<sup>18</sup>

### *Introducción*

En este capítulo se argumenta que los albergues *públicos* para la población jornalera agrícola migrante constituyen una plataforma viable para promover el derecho a la salud durante el proceso migratorio y en el entorno laboral de este sector y sus familias acompañantes. Dado que este tipo de vivienda transitoria puede ser un espacio propicio para desarrollar estilos de vida saludables y reducir la exposición a riesgos, también puede servir como detonante para impulsar el acceso a otros derechos económicos, sociales y culturales.

Con base en un diagnóstico preliminar de nuestra autoría sobre estos albergues en México, que incluye fuentes documentales diversas, y el trabajo de campo en el Albergue para Jornaleros Agrícolas Migrantes de Atlatlahucan en Morelos, se pretende mostrar que estos espacios ofrecen una valiosa oportunidad para el diseño de políticas públicas que garanticen los derechos de las personas, especialmente de aquellos grupos que se encuentran en desventaja por su situación de movilidad.

Con este propósito, el capítulo está organizado en los siguientes temas:

<sup>17</sup> Profesora investigadora, tiempo completo del Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales de la UAEM.

<sup>18</sup> Profesora investigadora, tiempo completo del Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales de la UAEM.

- Cartografía social de los albergues para población jornalera migrante.
- Desigualdades en el acceso a derechos para población jornalera migrante.
- Escenario: Los Altos de Morelos y su demanda de mano de obra
- El Albergue de Atlatlahucan y sus usuarios.
- ¿Es posible un entorno saludable en el Albergue de Atlatlahucan?

### *Cartografía social de los albergues para población jornalera migrante*

En México, entre 1990 y 2018, el Estado financió la construcción y habilitación de 153 albergues *públicos* como parte de las políticas sociales dirigidas a la atención de la población jornalera migrante (Sánchez, 2022). Su antecedente en los ochenta fue el Fideicomiso para Obras Sociales de Cañeros de Escasos Recursos (FIOSCER), cuyas acciones se enfocaron específicamente en los trabajadores de la zafra azucarera.<sup>19</sup>

Desde los noventa, a través del Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas de la Secretaría de Desarrollo Social (PAJA-SEDESOL), se edificaron albergues *públicos* para trabajadores migrantes en las principales regiones agrícolas donde tenía presencia, también sirvieron como espacios para impulsar otras estrategias de intervención. Los albergues *públicos*, de

<sup>19</sup> En 1971 se fundó el Fioscer con el propósito de elevar el nivel de vida de los trabajadores y productores de caña. En ese marco, la Comisión Nacional de la Industria Azucarera acordó, en 1980, crear un fondo destinado a realizar programas sociales en beneficio de los trabajadores cortadores de caña. Uno de los objetivos de este fondo era ayudar a construir obras de infraestructura y servicios públicos indispensables en regiones cañeras (Ventura, 1999).

acuerdo a ciertos criterios de gestión y financiamiento, podían ser *comunitarios*, administrados por el PAJA con apoyo de las autoridades locales; o bien *sociales*, manejados por agrupaciones de pequeños productores, como las existentes en el sector cañero (CNC y CNPR), con apoyo del Estado (DOF, 28/12/2016). Cabe advertir que, sobre todo a partir de 2012, el PAJA fue paulatinamente desmantelado, lo que repercutió en la reducción o cierre de estos espacios públicos.<sup>20</sup>

Es relevante mencionar que el PAJA también cofinanció, junto con empresas agrícolas, la construcción de albergues *privados* en una cantidad cercana al doble de los *públicos* (271). Estos albergues *privados* se encuentran mayormente en regiones dominadas por grandes agroexportadoras, como las que hay en Sinaloa o Baja California.

En esta ocasión interesa centrarse en el potencial de los albergues *públicos* como espacios facilitadores para impulsar políticas de promoción social, especialmente en regiones agrícolas donde predominan unidades productivas de pequeña y mediana escala.

¿Dónde se encuentran estas regiones? En resumen, estas regiones agrícolas se concentran en los estados de Michoacán, Morelos, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz. Se caracterizan no sólo por el tamaño de sus unidades productivas (en superficie y en demanda de mano de obra), sino también porque producen bienes para el mercado interno más que para la exportación.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Este programa, dependiente de la SEDESOL, sufrió modificaciones desde su creación en 1989 en cuanto a su enfoque, acciones y líneas de trabajo, lo que resultó en una disminución de su impacto y cobertura. Se registró que, mientras en 2012 se atendieron a 798 154 personas, lo que representaban el 21.6 % de la población objetivo, en 2017 se atendieron a 76 342 personas, apenas el 1.2 % de esa población (Centro de Estudios para el Desarrollo Rural Sustentable y la Soberanía Alimentaria [CEDRSSA], 2019).

<sup>21</sup> Estas entidades fueron clasificadas por el PAJA como intermedias, ya que son al mismo tiempo receptoras y expulsoras de trabajadores agrícolas (Red Nacional de Jornaleros y Jornaleras Agrícolas [RNJA], 2019, p. 14).

En estos estados, donde existen regiones agrícolas de pequeña y mediana escala, se habilitaron 66 albergues *públicos* (*sociales* o *comunitarios*). Tal cifra representa más de una tercera parte de la totalidad de albergues *públicos* construidos a nivel nacional, ofreciendo una posibilidad importante de atención a la población jornalera que consideramos especialmente vulnerable.

**Tabla 1.**  
**Distribución de albergues públicos por entidad**

ESTADO	SOCIALES	COMUNITARIOS
Chiapas	6	0
Chihuahua	1	25
Coahuila	0	1
Durango	3	11
Guanajuato	0	1
Hidalgo	0	4
Jalisco	2	2
Michoacán	0	3
Morelos	0	5
Nayarit	5	8
Oaxaca	0	1
Puebla	0	9
Querétaro	0	1
Quintana Roo	13	2
San Luis Potosí	8	6
Sinaloa	0	9
Tabasco	1	0
Tamaulipas	0	8
Veracruz	18	0
Total	57	96

Fuente: Sánchez (2022).

## *Desigualdades en el acceso a derechos para población jornalera migrante*

Considerando lo anterior, es necesario mencionar que en las últimas décadas hemos asistido a un proceso de privatización de los servicios públicos para la población jornalera agrícola en México, así como a una progresiva exclusión de los más desprotegidos de este sector trabajador. Contar o no con algunos servicios de salud, educación y vivienda dependerá, para los trabajadores, de su fuente de empleo temporal: el tamaño del empleador y el mercado que abastecen.

Es decir, se observa que la población trabajadora y sus familias que se dirigen a laborar a regiones donde se instalan grandes empresas exportadoras cuentan con medidas de higiene, seguridad en las labores y mejoras relativas en las viviendas y transporte, entre otros aspectos. Todas estas acciones se desarrollan con el propósito de cumplir con los requisitos necesarios para la exportación o su colocación en el mercado nacional en cadenas de supermercados, que exigen certificaciones de los productos,<sup>22</sup> incluyendo el distintivo de Empresa Socialmente Responsable (ESR).<sup>23</sup> En suma, son

<sup>22</sup> La certificación más conocida se conoce como Buenas Prácticas Agrícolas (BPA), que hace constar que el productor ha cumplido con emplear métodos de cultivo, cosecha, selección, almacenamiento y transporte de productos agrícolas para asegurar su buena condición fitosanitaria y reducir los peligros de contaminación biológica, química y física. Recuperado 6 de agosto de 2024 en <https://www.gob.mx/agricultura/es/articulos/buenas-practicas-agricolas-en-pro-de-la-agricultura-y-el-medio-ambiente>

<sup>23</sup> En México, el distintivo de Empresa Social Responsable (ESR) fue iniciativa del Centro Mexicano para la Filantropía (CEMEFI) y de Alianza para la Responsabilidad Social Empresarial (ALIARSE). La primera es una asociación civil (sede en Ciudad de México), fundada en 1988, privada, no-lucrativa, sin filiación a partido político o religión, autorizada por el gobierno para recibir donaciones deducibles de impuestos (Marañón, 2008). Cabe mencionar que la certificación ESR adopta el



mejoras que, al final del día, obedecen a estrategias de mercadotecnia para aumentar la competitividad de las empresas.

Sin embargo, existen otros polos de atracción de trabajadores donde estas exigencias no existen, típicamente en las regiones donde se concentran productores de pequeña y mediana escala que abastecen de alimentos al mercado doméstico. En estas regiones agrícolas, la población jornalera no ha visto cambios sustanciales en sus condiciones de vida y trabajo, ya que los productores no están incentivados a ello. Al mismo tiempo, se ha registrado una paulatina desaparición de programas sociales para este sector de trabajadores, aumentando el riesgo y la vulnerabilidad de una población ya sujeta a una progresiva precarización y pérdida de derechos.

Un dramático testimonio de esta situación fue la pandemia por COVID-19, cuando el abandono previo de los albergues públicos para las y los trabajadores agrícolas migrantes temporales cerró la posibilidad de que el gobierno pusiera en marcha estrategias específicas de prevención y mitigación de contagios en muchas regiones agrícolas.

Para remover estos obstáculos al acceso a los servicios de salud y a un *entorno saludable*, se sostiene que los albergues *públicos* en regiones agrícolas de pequeña y mediana escala pueden ser un espacio de vivienda digna, además de lugares estratégicos para llevar a cabo políticas de promoción social, como en el pasado han demostrado algunas experiencias exitosas en México.

Este capítulo se basa en el conocimiento que tenemos del Albergue de Jornaleros Agrícolas Migrantes de Atlatlahucan, ubicado en Morelos, y sus programas de atención a la población objetivo entre 2003 y 2005, y en 2015.

---

modelo de corte internacional que convoca a que, de manera voluntaria, las empresas tengan “un comportamiento ético y solidario, frente a las crecientes necesidades sociales y ambientales que se registran en el mundo” (Marañón, 2008, pp. 82-83).

### *Escenario: Los Altos de Morelos y su demanda de mano de obra*

En Morelos, en el sector agrícola predominan las unidades productivas de pequeña escala (ejidatarios, propietarios, medieros, rentistas), cuyos recursos sociales, técnicos y financieros difieren de los grandes productores y empresas agroindustriales. Su contribución a la producción nacional es significativa y sirven como fuente de empleo en el medio rural, especialmente en la demanda estacional de trabajadores para cosechas como la caña, el jitomate, el tomate, el pepino, el ejote, el angú y otras hortalizas. La casi totalidad de esta población jornalera agrícola está compuesta por inmigrantes asentados y migrantes temporales, en su mayoría procedentes de comunidades indígenas de Guerrero y Oaxaca; una minoría de los trabajadores son oriundos de Morelos.

A diferencia de regiones agrícolas del noroeste del país, los mercados de trabajo temporal en Morelos se caracterizan por una menor distancia social entre trabajadores y empleadores, lo cual se traducen en peculiares prácticas de movilidad y en el desarrollo de redes sociales e interdependencia con la población local. Esto no significa que se diluya el carácter asimétrico de la relación laboral y de trato discriminatorio por la condición indígena de los jornaleros frente a sus patrones, pero sí introduce cierta gradación en las percepciones de la población jornalera migrante acerca de su entorno laboral (Piñeiro, 2007).

Una de las regiones agrícolas articulada con sistemas migratorios se localiza al norte de la entidad, en los Altos de Morelos, la cual abarca los municipios de Totolapan, Tlayacapan, Atlatlahucan y Yecapixtla. Esta región se especializa en cultivo de jitomate y otras hortalizas en primavera-verano (julio-octubre), con una extensión superior a las 5 mil hectáreas sembradas, la mayoría a cielo abierto

(94 %).<sup>24</sup> Atlatlahucan destaca por tener aproximadamente la mitad de la superficie sembrada de jitomate en la región. Es aún más notable saber que en 2023, el 80 % de las toneladas de tomate verde de Morelos provienen de los Altos, y el 56 % del jitomate rojo estatal se produce en esa misma región (Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera [SIAP], 2024). Esta producción abastece al mercado interno a través de una plaza regional, conocida como Plaza Mor-Mex, a donde llegan compradores de distintas entidades del centro del país (Ciudad de México, Puebla, entre otras). La producción está sustentada por productores de pequeña escala (con 1 a 3 hectáreas), quienes han transitado de ser campesinos de subsistencia a horticultores especializados con experiencia tecnológica y en el mercado (Guzmán & León, 2008).

A partir de julio, la demanda de trabajadores va en aumento para colocación de postes o varas, tendido de guías, podas y deshierbes, culminando en la cosecha, donde hay mayor contratación de jornaleros agrícolas provenientes de comunidades tlapanecas de Guerrero, mixtecas de Oaxaca y, en menor medida, nahuas y mixtecas guerrerenses. Se contratan entre 8 a 12 cortadores y de 2 a 6 envasadores, de acuerdo con la cantidad de superficie sembrada. Dependiendo del tamaño de cada huerta, este contingente de trabajadores puede emplearse por uno o más días.

Esta población flotante se concentra en las cabeceras municipales de Atlatlahucan y Totolapan, y en la localidad de Achichipico (municipio de Yecapixtla), además funcionan como centros de contratación, donde Atlatlahucan es el más antiguo e importante. Las contrataciones son por día y

<sup>24</sup> Esta cifra corresponde a la suma total de las superficies sembradas de jitomate rojo (1358 ha), tomate verde (1303.1 ha) y pepino (702 ha), en los municipios de Atlatlahucan, Tlayacapan, Totolapan y Yecapixtla (Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera [SIAP], 2023).

directas entre productores y jornaleros, lo que implica que diariamente haya cambio de patrón, y corren el riesgo de no conseguir empleo uno o más días de la semana. La ausencia de intermediarios ha permitido a los jornaleros negociar mejores condiciones laborales (salarios superiores a otras regiones, jornadas de siete horas y el pago de horas extras).

No hay datos estadísticos oficiales del volumen de la población trabajadora migrante, pero el PAJA estimaba que anualmente llegaban alrededor de 2000 personas, entre trabajadores y acompañantes.

En Atlatlahucan, los trabajadores hombres llegan en grupos de parientes y paisanos y, en menor medida, solos. En julio, durante las vacaciones escolares de verano, hay presencia de adolescentes. La mano de obra infantil es poco frecuente (Sánchez, 2008).

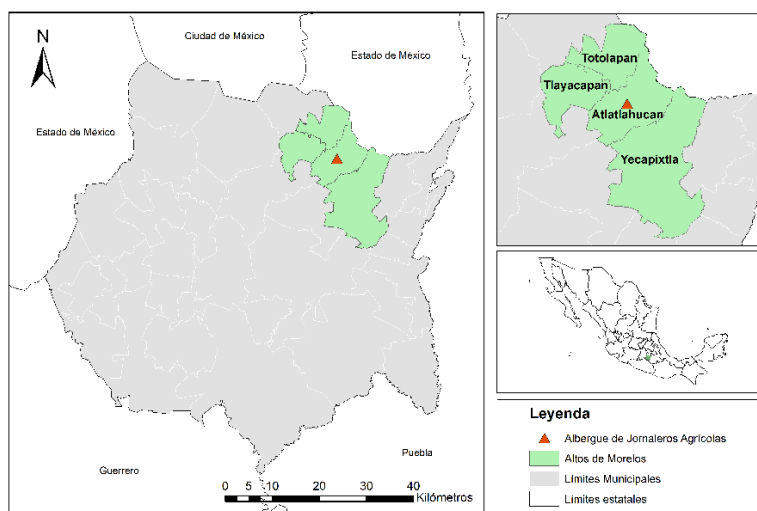
Una característica importante de estos trabajadores es que son campesinos y en sus pueblos siembran milpa. La mayoría deja gran parte de las tareas realizadas en su parcela antes del inicio de la temporada de trabajo en Morelos, y encargan su vigilancia a otros miembros de su familia o paisanos mientras están ausentes. La primera pisca la llevan a cabo los propios trabajadores cuando retornan a sus pueblos. El hecho de no contar con un empleador fijo les permite regresar a las comunidades de origen en alguna situación especial, debido a la relativa cercanía.

Los jornaleros migrantes permanecen en los Altos por periodos de uno a tres meses, interrumpidos por retornos temporales al pueblo. Es una modalidad pendular y sólo una minoría participa en circuitos migratorios más amplios en otras regiones tomateras como Michoacán, Jalisco y Sinaloa.

## *El Albergue de Atlatlahucan y sus usuarios*

La población jornalera reside temporalmente en las localidades de Atlatlahucan, Totolapan y Achichipico, municipio de Yecapixtla.

**Figura 1.**  
**Los Altos de Morelos y el Albergue de Jornaleros Agrícolas Migrantes de Atlatlahucan**



Fuente: Elaboración propia basada en datos del INEGI y trabajo de campo.

La mayoría de los trabajadores renta cuartos en poblaciones aledañas a los sitios de trabajo (cuarterías) o en casas en obra negra y en terrenos prestados o alquilados construye viviendas provisionales con materiales frágiles, algunos se instalan con familiares que ya viven asentados en Morelos. La mayor parte de estas viviendas no cuenta con servicios básicos, o estos son insuficientes.

Estas modalidades de vivienda transitoria están presentes en todas las regiones agrícolas del país que dependen

de flujos de trabajadores migrantes. Asimismo, albergues financiados por el Estado coexisten con estas modalidades, como es el caso de los que se edificaron en Atlatlahucan y Totolapan, ambos actualmente fuera de servicio.

El Albergue de Jornaleros Agrícolas Migrantes de Atlatlahucan comenzó a operar en 1996, con presupuesto federal, estatal y municipal, para dar alojamiento a 240 personas. Aunque la cantidad de huéspedes se duplicaba cada temporada debido a las constantes llegadas y salidas de los jornaleros migrantes, por lo que no había realmente problemas de hacinamiento.<sup>25</sup>

Fue considerado un albergue modelo, gestionado por el PAJA de 1996 a 2011, asignando promotores y programas sociales cada temporada. Luego estuvo desatendido por dos años, y el gobierno municipal lo reabrió de 2013 a 2015, con escaso presupuesto y un apoyo mínimo del gobierno federal. En abril de 2020, en el contexto de la contingencia sanitaria por COVID-19, se consideró un espacio de emergencia de atención municipal, por lo que los jornaleros no pudieron utilizarlo.

Está ubicado a las orillas de la localidad, alejado del centro de contratación. Su infraestructura consta de habitaciones con literas, baños, lavaderos, comedor, cocina, áreas comunes y una cancha de básquetbol. Ha sido utilizado casi exclusivamente por hombres, originarios de comunidades indígenas tlapanecas, mixtecas y nahuas de Guerrero y mixtecas de Oaxaca. Alrededor de la mitad eran hablantes de mixteco (incluyendo las variantes de Oaxaca y Guerrero), y una cuarta parte eran hablantes de lengua indígena me'phaa o tlapaneca, casi todos bilingües. La mayoría eran jóvenes de 29 años y menos, con algún grado de escolaridad, principalmente la primaria completa.

<sup>25</sup> Cabe destacar que el hacinamiento es uno de los problemas comunes en las viviendas de los jornaleros en México, tal como han denunciado diversos organismos y estudios (RNJJA, 2019).

De 1996 a 2011, el PAJA fue responsable de proporcionar comidas y cenas por una módica cantidad que se reinvertía para la compra de despensa. El gobierno municipal apoyaba con personal (cocinera y velador) y servicios de agua y luz. Los usuarios aportaban una tarifa semanal asequible por el alojamiento y tenían el compromiso de colaborar en el mantenimiento de áreas comunes. El propósito era hacer un proyecto autofinanciable con respaldo institucional para garantizar acciones de promoción social.

Así, mientras el gobierno federal estuvo implicado, administró este espacio programando actividades y asignando recursos en las áreas de educación y capacitación laboral, salud y recreación. Por ejemplo, el Instituto Nacional de la Educación para los Adultos (INEA) ofrecía cada temporada sus servicios, se impartieron cursos de capacitación con apoyo de diversos organismos públicos estatales (CETIS o CBTIS) y se otorgaban a los jornaleros becas por su asistencia a talleres de carpintería y electricidad, además de cursos de capacitación en manejo de agroquímicos por parte del Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) estatal. Por su parte, Servicios de Salud de Morelos (SSM) realizaron ferias de salud y otras acciones. En el área recreativa, el albergue contaba con una pequeña ludoteca, juego de futbolito de mesa, televisión de pantalla grande en el salón de comedor y una cancha de básquetbol.

Adicionalmente, en septiembre se realizaba un festival de bienvenida a los trabajadores migrantes para agradecer formalmente su apoyo a la economía regional. Estos eventos, aunque tenían el sello característico de actos políticos con autoridades estatales y locales, bandas de música y demás parafernalia, concluían con una modesta cena ofrecida a los trabajadores. Para ellos, era un momento de esparcimiento o la oportunidad de recibir algún apoyo. En 2005 se hizo entrega de los premios de un torneo de básquetbol, que incluía ropa deportiva, balones y trofeos.

Finalmente, vale mencionar que algunos jornaleros migrantes recibieron apoyo de la STPS para gastos de traslado desde sus comunidades hacia Morelos, a través del entonces Subprograma de Movilidad Laboral Interna (SUMLI).

Es evidente que el desmantelamiento progresivo y la posterior desaparición del PAJA en 2017 significaron para el albergue la reducción de la atención a la población jornalera que en otros años había ofrecido. A pesar de ello, la autoridad municipal, con su limitado presupuesto, lo mantuvo durante algunas temporadas agrícolas para las funciones elementales del albergue, esto es, la pernocta de los trabajadores en condiciones de higiene y seguridad, garantizando servicios de agua y saneamiento, así como vigilancia permanente, pero sin los restantes servicios descritos.

### *¿Es posible un entorno saludable en el Albergue de Atlatlahucan?*

Tomando aspectos centrales de esta experiencia y del contexto social en que tuvo lugar, se pueden subrayar posibilidades y alcances de los albergues *públicos* para generar *un entorno saludable* que dignifique a la población trabajadora.

Se entiende por *entorno saludable* a aquellos escenarios que brindan opciones a las personas que los ocupan para hacer elecciones saludables en espacios donde transcurre su vida. Además de promover la salud, deberían garantizar el ejercicio de los derechos humanos, fomentar la inclusión, el respeto y reconocimiento de la diversidad de género, etnia, discapacidad o situaciones sociales (Cruz-Licea *et al.*, 2023).<sup>26</sup>

<sup>26</sup> De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los entornos saludables son aquellos escenarios que favorecen el desarrollo humano sostenible, promueven las capacidades e impulsan el bienestar individual y colectivo. Además, producen y resignifican prácticas y normas



Entonces ¿qué elementos se pueden recuperar de las experiencias de este albergue para considerarlo un *entorno saludable*?

En primer lugar, se puede señalar la habitabilidad del mismo y una alimentación aceptable a módicos precios, el acceso a recursos educativos, las actividades recreativas y un sentimiento de respeto, todos decisivos para que los jornaleros seleccionaran al albergue como espacio de pernocta. Éste contrastaba con las cuarterías en la localidad por sus deficientes condiciones, que no sólo afectan la salud por ser insalubres, sino que atentan contra las normas mínimas de convivencia.

En segundo lugar, es necesario que estos sean espacios con recursos y acuerdos intersectoriales, a niveles federal, estatal y municipal. No menos relevante es la participación responsable de diferentes actores involucrados, tanto productores como trabajadores, así como la misma población local.

En ese sentido, es indispensable la vigilancia y control por parte de la STPS y la SSM, para que se cumplan las condiciones saludables en estos espacios y se pongan en marcha protocolos adecuados a las características de uso. Dotar de vivienda digna a los jornaleros, no sólo alude a la infraestructura, sino también debe ofrecer condiciones de seguridad y privacidad.

Si bien es realista asumir que los albergues temporales no cubrirán totalmente las necesidades de la demanda y no desplazarán otras modalidades de vivienda transitoria en pueblos adyacentes a las regiones agrícolas, consideramos que elevar los niveles de calidad en la infraestructura y saneamiento de los albergues sería en sí mismo un referente que obligaría a las

---

que se constituyen en formas de vida; potencian la salud integral; ofrecen protección, seguridad y confianza para la vida y la convivencia de las personas y colectivos; y permiten la gestión y el ejercicio de los derechos, así como mejores condiciones y calidad de vida (Cruz-Licea *et al.*, 2023).

modalidades informales a mejorar sus propias condiciones de habitabilidad.<sup>27</sup>

Por otro lado, es preciso mencionar que, desde 2011, la Secretaría de Salud emite una certificación de Albergue Saludable, actualmente denominado Albergue Promotor de Salud, que ha pretendido estimular a los productores a dotar a los trabajadores de infraestructura apropiada, así como facilitarles el acceso a servicios de salud. Para obtener este distintivo, los empleadores deben tener una participación activa para que se establezca una coordinación intersectorial con las instancias estatales de la Secretaría de Salud, cuestión que ha dificultado su aplicación en aquellos albergues públicos que no están vinculados con alguna empresa o representación formal de los productores, más aún en ausencia del PAJA u otra instancia que se haga responsable. Por otro lado, al igual que otras certificaciones para empresas del sector agrícola, esta medida ha sido usada más bien para aumentar la competitividad de las empresas en el mercado internacional o mejorar su imagen, antes que procurar el bienestar de la población trabajadora (Rojas, 2012, 52 y 53; *cf.* Castañeda *et al.*, 2016, p. 59).

Sin embargo, es una estrategia que bien podría adecuarse y potenciar su eficacia para albergues *públicos* en tanto los requisitos apuntan a cubrir infraestructura y servicios suficientes y de calidad con una perspectiva de derechos. Es decir, una infraestructura adecuada (con servicios de calidad) y segura, con espacios lúdicos y recreativos, que ofrezca servicios de atención médica, pero también de promoción y

<sup>27</sup> Es importante señalar que, desde su fundación, el componente de programas sociales del PAJA enfocados en la construcción y saneamiento de viviendas para la población jornalera agrícola migrante no logró, y posiblemente tampoco pretendió, que los albergues públicos cubrieran completamente la demanda de vivienda temporal en las respectivas regiones agrícolas (Sánchez y Saldaña, 2022).

prevención de la salud, capacitación en medidas de seguridad, entre otras.

La problemática planteada tiene la intención de resaltar la enorme relevancia de la vivienda en la salud de la población jornalera en contextos migratorios. El Plan Integral para la Población Migrante de la Secretaría de Salud ofrece un marco jurídico que debería traducirse en normas y mecanismos aplicables a las condiciones particulares y necesidades específicas para la población jornalera agrícola. Sin embargo, dicho plan está centrado en la figura del migrante internacional y, por ende, en el refugio temporal para migrantes en tránsito.

Es necesario que exista una coordinación efectiva entre la STPS y Secretaría de Salud para realizar inspecciones regulares sobre la infraestructura y el funcionamiento de los albergues, campamentos y otras viviendas transitorias, para asegurar que se creen entornos saludables, que incluyan los espacios que proporcionan servicios en los albergues, como las estancias infantiles y centros educativos (RNJJ, 2019). La experiencia del Albergue de Atlatlahucan muestra que la participación directa y organizada de los usuarios en la gestión de estos recursos es factible y que pueden sostenerse acciones conjuntas para alcanzar objetivos comunes que benefician a trabajadores y administradores.

Esto se relaciona con la posibilidad de que los jornaleros agrícolas migrantes encuentren espacios de reconocimiento que contrarresten la lógica del desprecio que naturaliza su exclusión social (Honneth, 2019, citado por Pedreño, 2020, p. 12).

### *Reflexiones finales*

En este capítulo se ha mostrado que los albergues *públicos* pueden ser una plataforma de atención para la población jornalera agrícola migrante, y permiten ofrecer un *entorno*

*saludable* para pernoctar y poner en marcha estrategias de promoción social que faciliten el acceso a los derechos humanos y laborales. Esto contribuye a la inclusión y reconocimiento de las poblaciones jornaleras migrantes e indígenas.

La propuesta se basa en la experiencia del Albergue de Atlatlahucan en el estado de Morelos, donde se reunieron las condiciones propicias para fomentar un clima de respeto y reconocimiento de los derechos sociales de los trabajadores. Su gestión facilitó vínculos de intercambio entre grupos de trabajadores con intereses comunes y representantes del Estado, quienes también mediaban la relación con otros actores sociales.

Se sostiene la hipótesis de que las condiciones que permitieron estas prácticas y relaciones son el resultado de la interdependencia económica entre las comunidades mestizas anfitrionas en Morelos y las comunidades indígenas de origen de los trabajadores, así como de la menor distancia social y cultural en comparación con otras regiones agrícolas. Un factor determinante ha sido la presencia de políticas públicas orientadas a satisfacer las demandas de esta población trabajadora.

En suma, se considera que la experiencia de este albergue *público* en Morelos podría ser replicada en otras regiones agrícolas intermedias con características similares y que ya cuenten con esta infraestructura.

## *Referencias*

- Castañeda, Norma; Cruckshank, Susana; Guercke, Lene, & Verduzco, María Isabel (2016). *Diagnóstico sobre la situación de las políticas públicas y legislación para personas jornaleras agrícolas migrantes en México*. Centro de Estudios en Cooperación Internacional y Gestión Pública, A.C. (CECIG).
- Centro de Estudios para el Desarrollo Rural Sustentable y la Soberanía Alimentaria (CDRSSA) (2019). *Reporte: Jornaleros en*

- México, Palacio Legislativo de San Lázaro, Ciudad de México: Cámara de Diputados LXIV Legislatura.
- Cruz-Licea, Verónica, Moreno Sánchez, Ana Rosa, Iñarritu Pérez, María del Carmen, & González Varela, Luz Adrian (2023). *Entornos saludables, estrategia de promoción de la salud y prevención de enfermedades*. [Archivo PDF] <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2023/07/Entornos-Saludables.pdf>
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2008). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas, para el ejercicio fiscal 2017, 28/12/2016.
- Guzmán Gómez, Elsa, & León López, Arturo (2008). *Campesinos jitomateros. Especialización diversificada en los Altos de Morelos*. UAEM/ Plaza y Valdés Editores.
- Hernández Trujillo, José Manuel, & Barrón P., María Antonieta (2016). *Trabajando para vivir, entre la pobreza y la miseria. El caso de los jornaleros agrícolas en México*. UAM-Azcapotzalco.
- Marañón Pimentel, Boris (2008). “Responsabilidad Social Empresarial en la Horticultura de exportación mexicana. Sus límites en materia laboral. El caso de Agrícola Ponderosa”. En J. L. Seefoó (Coord.) *Desde los colores del maíz. Una agenda para el campo mexicano*, Vol. I. El Colegio de Michoacán, pp. 81- 112.
- Pedreño, Andrés (agosto-septiembre 2020). “En los márgenes de las cadenas globales agrícolas. La cuestión jornalera en la crisis sanitaria”. *Trabajo agrario y ruralidades en transformación* (1), 24-40, CLACSO.
- Piñeiro, Diego (2007). *El trabajo precario en el campo uruguayo*. Universidad de la República.
- Red Nacional de Jornaleros y Jornaleras Agrícolas (RNJJA) (2019) *Violación de derechos de las y los jornaleros agrícolas en México*. [Primer informe].
- Sánchez Saldaña, Kim (2008). “Cosechas y peones en Morelos: especialización y segmentación en los mercados de trabajo rural”. *Análisis Económico*, XXIII(53), 201-225.

- Sánchez, Kim (2022). *Diagnóstico Preliminar Sobre Albergues Públicos para Población Jornalera Migrante*. [Informe Técnico]. Programa Nacional Estratégico Movilidad y Derechos Humanos, CONAHCYT.
- Sánchez Saldaña, Kim, & Saldaña Ramírez, Adriana (27 de noviembre al 2 de diciembre de 2022). “Un recuento intencionado de albergues públicos para población jornalera agrícola migrante en México”. [Ponencia], *XI Congreso de la Asociación Latinoamericana en Sociología Rural*, Oaxaca.
- Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera (SIAP), Gobierno de México, Cierre Agrícola 2023. <https://nube.siap.gob.mx/cierreagricola/>
- Ventura, J. (1999). *Espacio de vida, trabajo y salud, de la población migrante al corte de caña: un estudio de caso*. [Tesis de licenciatura en Antropología Social, División de Ciencias Sociales y Humanidades, UAM-Iztapalapa].



# ENTORNOS SALUDABLES Y ASENTAMIENTOS DE MIGRANTES INDÍGENAS EN COSTA DE HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO

Alex Ramón Castellanos Domínguez<sup>28</sup>  
Armando Javier Pruñonosa Santana<sup>29</sup>

## *Introducción*

El proyecto Pronaces 309757 de CONACYT<sup>30</sup> titulado: “Diseño, validación y evaluación de un modelo de actuaciones sobre determinantes sociales de la salud para la prevención y control de enfermedades emergentes de alto riesgo en entornos comunitarios con alto índice de migración interna en Sonora, México”, se propuso como una experiencia que pensamos, enriquecería las posibilidades de mejorar los derechos de las personas en condición de movilidad en todo el país, a una vida en condiciones de salud.

El objetivo propuesto para el proyecto Pronaces fue el de diseñar, validar y evaluar un modelo de actuaciones sobre

<sup>28</sup> Profesor investigador del Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales (CICSER), de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

<sup>29</sup> Profesor invitado del Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales (CICSER), de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

<sup>30</sup> Se refiere a los proyectos aceptados en la Convocatoria 2019-09 de CONACYT “Para la elaboración de propuestas de proyectos de investigación e incidencia orientados a la construcción de andamiajes y prácticas institucionales y sociales que promuevan el acceso a derechos de las personas y grupos en movilidad”. FORDECYT/11SE/2020/05/20- 05.



determinantes sociales de la salud claves en la prevención y control de enfermedades emergentes de alto riesgo en entornos comunitarios con elevado índice de migración interna en Sonora, México, particularmente lo relacionado a la problemática de fiebre manchada por *Rickettsia rickettsii*, que genera cargas inequitativamente altas de morbilidad y mortalidad en poblaciones de jornaleras y jornaleros agrícolas que residen, de forma temporal o permanente, en asentamientos humanos irregulares alrededor de grandes centros de producción agrícola en estados del norte de México.

El mejoramiento de la vivienda, acciones de saneamiento ambiental, el acceso al agua potable en cantidad y calidad suficiente, así como acciones de cuidado de mascotas y control de la fauna nociva que sirven de reservorio para *R. rickettsii*, son parte de una serie de actuaciones identificadas como de alto impacto para reducir y controlar la transmisión comunitaria de esta enfermedad a mediano y largo plazo, pero que exceden el mandato y recurso de los servicios locales de salud. Por otro lado, las actuaciones emprendidas desde el sector salud se encaminan principalmente a la identificación temprana y tratamiento oportuno de casos de enfermedad en la comunidad, al control del vector transmisor –garrapata marrón del perro– a través de la aplicación de productos insecticidas y campañas de información orientadas al cuidado y desparasitación de perros en la comunidad. Sin embargo, la experiencia adquirida con otros insectos vectores, nos indica que las acciones de prevención y control basadas principalmente en el uso de insecticidas generan un efecto protector a corto plazo, que dura unas pocas semanas o meses, luego de lo cual suelen observarse problemas de reinfestación en los hogares (Briceño-León, 1990, p. 27).

Nuestro proyecto se orientó, en un primer momento, a la validación de un modelo de actuaciones comunitarias que imparte en el primer grupo de actuaciones y, a través de un piloto comunitario de pequeño tamaño, favorecer la integración de

experiencias exitosas relacionadas al mejoramiento de la calidad de la vivienda, con criterios de resiliencia a riesgos ambientales propios de la zona, mejorar la calidad y eficacia de servicios comunitarios de recolecta y disposición final de residuos y aguas servidas, así como de gestión y suministro adecuado y suficiente de agua en la comunidad.

En un segundo momento metodológico, propuso la identificación de los actores sociales claves –del sector público y del sector privado– que cuentan con el mandato y recurso para escalar la propuesta a mayores niveles de cobertura comunitaria, identificar los obstáculos institucionales que impiden la atención de la problemática con criterios de oportunidad y equidad, y generar una propuesta de actuaciones en política pública para incidir en los obstáculos identificados, favoreciendo así el posicionamiento focalizado de recursos a través de planes, programas y/o proyectos de desarrollo comunitario.

**Figura 1.**  
**Ubicación del espacio de incidencia a nivel nacional**  
**del proyecto Pronaces Conacyt 309757 y de la**  
**experiencia piloto propuesta**



Fuente: Proyecto Pronaces-Conacyt 309757, 2021.

Consideramos que esta propuesta de modelo mejoraría el acceso al derecho a bienes y servicios requeridos para una vida saludable y digna en un grupo poblacional altamente vulnerable, e históricamente marginado, como son las jornaleras y jornaleros agrícolas, y contribuiría a potenciar los resultados esperados por las acciones de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores desarrolladas por el sector salud en estos mismos espacios de población, a los que identifica como de muy alto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores y otros tipos de enfermedades asociadas a las condiciones de pobreza (ver Figura 1).

A continuación, se realiza un análisis ampliado y actualizado de la problemática de la Fiebre Manchada por *Rickettsia rickettsii*, una enfermedad transmitida por garrapatas, en el poblado Miguel Alemán en Hermosillo, Sonora, y su relación con el problema de pobreza extrema y exclusión social afrontado por la población de jornaleros y jornaleras agrícolas que conforman el grueso de habitantes de este asentamiento humano que crece en condiciones de irregularidad. Al final, se genera una reflexión sobre acciones multisectoriales factibles e imprescindibles de desarrollar para atender esta problemática social compleja, a partir de las cuales se generó la propuesta de proyecto PRONAH en 2021.

### *Historia de éxitos y de retos en la lucha contra las enfermedades transmitidas por vectores en México*

Dentro del grupo de enfermedades transmisibles que afectan al hombre, existe un grupo donde la transmisión del agente infeccioso (parásito, virus o bacteria) a humanos suele estar mediada por la participación de artrópodos hematófagos con los cuales las personas suelen tener contacto, entre ellos están algunas especies de mosquitos, de

chinchas o garrapatas. La transmisión a humanos se realiza cuando estos artrópodos “vectores” se alimentan de sangre de animales selváticos, animales domésticos y/o personas que portan el agente infeccioso y posteriormente los inoculan a personas sanas a través de la picadura.

Enfermedades como la fiebre amarilla, paludismo, oncocercosis, tifus epidémico, enfermedad de Chagas y, más recientemente, dengue, zika y chikungunya son algunas de las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) que han afectado a la población mexicana, algunas de ellas desde épocas previas a la conquista española (Marrufo & Sosa, 2018).

El análisis del comportamiento histórico de la distribución de estas enfermedades en diversos países del globo, y en especial en la zona de las Américas, nos permite identificar que muestran patrones de incremento de su frecuencia, intensidad y letalidad en periodos asociados a deterioros de las condiciones económicas y sociales de localidades, regiones y/o países, como los vividos durante las guerras civiles ocurridas en México a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX. Por el contrario, tienden a disminuir la frecuencia, intensidad y letalidad de estas enfermedades en aquellos periodos históricos que coinciden con mejoras de índices macroeconómicos, y en los que se apuesta por modelos sanitarios orientados a renovar las condiciones de vivienda, saneamiento ambiental, acceso al agua, a la seguridad social, así como a la atención en salud, que benefician a amplios sectores poblacionales, entre ellos los menos favorecidos (Rodríguez & Rodríguez, 1998).

En la actualidad, se identifican hasta 17 enfermedades infecciosas transmitidas por vectores de importancia en salud pública a nivel global, a las cuales también se les denomina enfermedades desatendidas, enfermedades de la pobreza, enfermedades de la negligencia o *neglected tropical diseases* (NTD). Nombradas así debido a que afectan principalmente a grupos poblacionales que viven en condiciones de pobreza y marginación social (Molyneux, 2013).

Casos icónicos de logros alcanzados en la lucha contra las enfermedades transmitidas por vectores, lo representan el control de la fiebre amarilla y el paludismo durante la construcción de la obra del canal de Panamá a inicios del siglo xx (Guardia, 1983), y los logros relacionados a la eliminación de la fiebre amarilla, tifus endémico, el paludismo, la oncocercosis y otros problemas endémicos de ETV suscitados en México en el periodo comprendido entre los años 30 y 70 del siglo xx (Rodríguez & Rodríguez, 1998).

En estos casos y otras experiencias exitosas, documentadas en la región de las Américas y el Caribe, las intensas campañas de eliminación y control de las poblaciones de los insectos vectores transmisores de estas enfermedades, de ampliación de cobertura de atención poblacional y de fortalecimiento de la estructura asistencial emprendidas por el sector salud, coinciden con grandes proyectos sociales de mejora a la infraestructura relacionada al saneamiento ambiental, desarrollo de sistemas de distribución de agua potable a las viviendas, mejoramiento de calidad de la vivienda, pavimentación de calles, mejora a la red de drenaje de aguas residuales y pluviales, así como el desarrollo de grandes obras hidráulicas para la desecación de aguas empantanadas cercanas a grandes asentamientos urbanos, entre otras. (Guardia, 1983; Sutter, 2005).

Para la década de los 70 del siglo xx, México lograba disminuciones significativas en la mortalidad infantil y en la mortalidad general, y era claro que se habían controlado muchas enfermedades infecciosas. Sin embargo, otros problemas tomaban impulso, entre ellos los relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles relacionados al incremento en la esperanza de vida de la población general (cáncer, hipertensión, obesidad y sobrepeso, diabetes mellitus, entre otras), y se experimenta una gran explosión demográfica y de migración poblacional del campo a la ciudad, que coincide a su vez con las crisis económicas de los

años 70, 80 y 90 del siglo xx, durante las cuáles no ha sido posible subsanar y satisfacer las necesidades poblacionales en aumento, a pesar de la multiplicidad de planes sectoriales prioritarios generados, y en gran parte debido también a la burocracia creciente y la corrupción en diversos niveles de gobierno (Gómez-Dantés & Frenk, 2019).

*La emergencia y reemergencia de las enfermedades transmitidas por vectores asociada a condiciones de pobreza y vulnerabilidad social*

Luego de los éxitos cosechados en el combate contra diversas ETV durante el siglo xx, vemos con preocupación como muchas de estas enfermedades han presentado importantes repuntes en la región de las Américas durante el siglo xxi. México no ha sido la excepción.

Entre los principales Determinantes Sociales asociados a su emergencia y reemergencia, se mencionan el crecimiento demográfico explosivo presente en las últimas décadas, asociados a intensos movimientos migratorios desde las zonas rurales hacia grandes ciudades o a polos de desarrollo económico que, a su vez, generan un crecimiento acelerado y poco planificado de la mancha urbana, en donde predominan condiciones de precariedad de vivienda, hacinamiento social, problemas de higiene ambiental, bajas coberturas y/o acceso a servicios básicos, así como diversos problemas de acceso y de utilización de servicios de salud de calidad.

Vectores como el mosquito *Ae. aegypti* encuentran en este tipo de urbanizaciones irregulares las condiciones ecológicas propicias para sobrevivir, debido a la gran cantidad de refugios naturales y artificiales presentes, a la gran cantidad de criaderos artificiales generados por la deficiente entrega y acceso al agua, y a las condiciones de hacinamiento social que garantizan el acceso fácil y abundante a fuentes de alimentación

sanguínea para las hembras del mosquito *Ae. aegypti*. De esta manera, no es de extrañar que esta tipología de asentamiento humano sea reconocida como de “alto riesgo de transmisión” para el dengue, zika y chikungunya por parte de los Servicios de Atención a la Salud (Gómez-Dantes *et al.*, 2011).

Por otra parte, muchos de estos insectos hematófagos se encuentran de forma natural en diversos entornos selváticos, en los que habitan diversos animales de los que se alimenta y sirven de reservorio para diversos tipos de virus, bacterias y parásitos. La modificación de estos entornos naturales por el hombre, ya sea por avance de la mancha urbana-rural o de las fronteras agrícolas, favorece que algunos insectos hematófagos se adapten a las nuevas condiciones de los entornos modificados, alimentándose de las especies de animales de crianza o de compañía introducidas por el hombre, buscando zonas de refugios cercanas de estas fuentes de alimentación y los hogares de estos asentamientos, aumentando el riesgo de picaduras y transmisión de diversas enfermedades como paludismo, enfermedad de Chagas, oncosercosis, leishmaniosis, entre otras (Sutter, 2005).

Cambios en el uso de suelo –como la sustitución de cultivos– las condiciones de trabajo y la migración laboral, se han visto relacionadas con el incremento de casos de paludismo y otras ETV desde la década de los noventa del siglo pasado a la fecha, en diversos países de América Latina y el Caribe. Este fenómeno se ha presentado en Quintana Roo, México, en donde un número importante de casos de paludismo ha sido derivado de la migración de trabajadores temporales: en el sur del estado, este fenómeno se debe al traslado de jornaleros desde regiones endémicas de paludismo, en el vecino estado de Chiapas a la región cañera de Quintana Roo, localizada en la rivera del río Hondo, con la finalidad de emplearlos en el corte de caña. Un porcentaje importante de estos trabajadores no hablan español, lo que dificulta su acceso a servicios de salud; las condiciones

de trabajo y de vivienda en las que viven son precarias y muchas veces son contratados mediante mecanismos engañosos (Ortega, 2014). Como expresara un responsable del sector salud en Quintana Roo:

Algunos de los trabajadores enfermos de paludismo regresan a sus comunidades de origen al desarrollar sintomatología, pudiendo desencadenar brotes durante su estancia en las localidades donde llegaron a laborar, haciendo difícil establecer el origen del brote. Por otra parte, en el norte del estado, ocurre un fenómeno similar, pero los trabajos ofertados de mayor vulnerabilidad e involucrados en brotes de paludismo se relacionan con la industria de la construcción.<sup>31</sup>

Algo similar ocurre en los grandes asentamientos humanos irregulares alrededor de las grandes extensiones de cultivos agrícolas en estados del noreste de México. En ellos residen, de forma temporal o permanente, miles de mexicanos y mexicanas que han migrado desde diversos estados de la república y son empleados en las actividades del jornal agrícola. Y a pesar de que este grupo poblacional participa activamente en una de las principales actividades económicas de la zona, es posible verificar las condiciones de precariedad con que se insertan al mercado laboral, el limitado acceso a programas y servicios públicos, la pobre inversión social para mejorar condiciones de vida, vivienda, seguridad, saneamiento y de atención a la salud que se destina a estos asentamientos irregulares, lo cual genera serios problemas de vulnerabilidad social en este grupo de movilidad interna, situación que se agrava más entre jornaleras y jornaleros agrícolas de grupos étnicos minoritarios, debido a las

<sup>31</sup> Comunicación personal con el MSP. Edmundo Morales Galindo, subdirector de Vigilancia Epidemiológica de los Servicios de Salud de Quintana Roo entre el 2016 y 2017.



barreras idiomáticas existentes y a la pobre adaptación cultural de los programas y servicios orientados al aseguramiento de derechos en las localidades receptoras (Varela Llamas *et al.*, 2017).

Enfermedades infectocontagiosas como las gastrointestinales, las respiratorias agudas, recientemente el COVID-19, así como afecciones transmitidas por vectores como el dengue, zika y chikungunya, se presentan en estos grupos poblacionales en niveles de intensidad, frecuencia y letalidad inequitativamente más altos que en otros grupos humanos, lo cual no es un fenómeno natural sino socialmente determinado y asociado a las condiciones de pobreza y rezago social presentes en estos asentamientos.

Particularmente grave es el problema de transmisión epidémica de casos de fiebre manchada por *Rickettsia rickettsii* en estos asentamientos humanos irregulares de jornaleros y jornaleras agrícolas en estados del noreste de México, donde se muestran niveles de frecuencia y de letalidad más elevados a los presentes en otros grupos poblacionales de estas entidades. Esta enfermedad, transmitida a las personas por la picadura de la garrapata marrón del perro, también está asociada a condiciones de pobreza y rezago social.

### *Los jornaleros agrícolas en condición de movilidad en estados del noroeste de México*

En México, la Red Nacional de Jornaleros y Jornaleras Agrícolas (RNJJA) ha caracterizado al menos tres tipos de jornaleros y jornaleras: 1) quienes viven y trabajan en su lugar de origen; 2) las y los migrantes temporales que laboran sobre todo en los cultivos de exportación y salen de sus lugares de origen para dirigirse a los campos de cultivos en otros estados mexicanos, sobre todo al occidente y noroeste de la república; 3) las y los migrantes asentados en las regiones de agricultura intensiva.

El grupo de las y los migrantes asentados, y el grupo de movilidad conformado por jornaleras y jornaleros agrícolas que migran entre diferentes regiones y estados de la República mexicana, conforman hasta el 44 % del total de la población dedicada a las actividades agrícolas en el país, la cual ha sido estimada en unos 6 millones de personas, lo que equivale al 10 % del total de la población económicamente activa (PEA) en México (INEGI, 2024). Sin embargo, la cantidad de jornaleros y jornaleras varía de un año a otro de acuerdo con los cultivos, las condiciones de contratación, las dinámicas propias de las comunidades de origen, la dinámica global de los mercados agrícolas, las condiciones climáticas locales para la producción, entre otros factores (Correa & Sánchez, 2017).

Según datos de la Red Nacional de Jornaleros y Jornaleras Agrícolas (RNJJA, 2019), quince estados del país concentran el 81% de la población jornalera en México, de los cuales un 20 % son mujeres jornaleras y un 80 % son hombres. En los estados de la región norte del país trabajan más de 200 mil jornaleros agrícolas, 80% de ellos se concentran en los estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa, sitios donde predomina la producción de hortalizas y frutas, y en la que participan trabajadores procedentes de estados del centro y sur del país, como Guanajuato, Puebla, Veracruz, Chiapas, Guerrero y Oaxaca; estos dos últimos destacan en la expulsión de jornaleros que tienen por destino los estados del norte y noroeste debido a las condiciones de marginación y pobreza presentes en las localidades de origen, que obligan a las familias indígenas de distintos grupos etnolingüísticos (nahuas, mixtecos o ñuu savi, zapotecos o ben zaa, triquis o tinujei, entre otros) a migrar hacia diversos estados del noroeste como Sinaloa, Sonora o Baja California.

En los últimos años, la migración de familias enteras de zonas indígenas, sobre todo de mujeres, ha crecido debido a los procesos de inseguridad, violencia, crimen organizado

y narcotráfico, a la falta de oportunidades de empleo y de servicios o por despojo de sus territorios de origen.

En general, las características del viaje y de los lugares a donde se llega son todas historias de condiciones indignantes y de pocos servicios. No hay luz ni agua potable, no tienen un lugar donde cocinar, llegan a conseguir trabajo pobremente remunerados y mientras tanto duermen en las plazas públicas. Aun consiguiendo trabajo y albergue en los sitios de acogida laboral, las condiciones habitacionales en los campamentos o albergues son indignantes: baños comunes con poca higiene, venta de alcohol sin control, violencia intrafamiliar, enfermedades, falta de seguridad social, jornadas extra de trabajo, salarios muy bajos, maltrato, discriminación, entre otros (Pérez-López *et al.*, 2018).

Existe consenso sobre los altos niveles de discriminación y de marginación social sufridos por este grupo social en México: su condición de movilidad migratoria, el carácter informal de la mayor parte de los contratos laborales a los que acceden, la diversidad de grupos étnicos que lo conforman y el escaso compromiso de diversas instituciones públicas por atender las necesidades de este sector, han favorecido históricamente un pobre respeto a los derechos de las personas dedicadas al jornal agrícola. En la mayor parte de los casos, los jornaleros y jornaleras migrantes no cuentan con contratos “seguros” que les permitan acceder a derechos como un trabajo digno y bien remunerado, a contratos laborales en regla, lo cual además impide el acceso a beneficios sociales como contar con seguridad social, tener acceso a servicios de salud social y culturalmente pertinentes, a servicios educativos, a programas de vivienda digna y/o de mejoramiento de vivienda (CONAPRED, 2023).

Adicionalmente, es posible observar una escasa e insuficiente inversión social para garantizar acceso a servicios básicos y/o a obras sociales de protección a la salud como el agua potable, servicios de saneamiento ambiental, drenaje, gestión de residuos, entre otros, cuya gestión local se esta-

blece como responsabilidad de los gobiernos e instituciones locales de gobierno (Castellanos-Domínguez, 2023).

En los momentos en los que se vivió una pandemia global, y en el que el acceso a los servicios de atención básica y primaria de salud fue fundamental, nos dimos cuenta que la población jornalera estuvo entre los sectores en México y a nivel mundial con mayor riesgo de contagio y muerte (Salah & Calvario, 2020).

Las pobres condiciones salariales y laborales ofertadas por la industria agrícola, las precarias condiciones de alojamiento y de asentamiento, y el elevado nivel de rezago en el acceso a servicios públicos relacionados a la salud y condiciones de bienestar que enfrenta este segmento poblacional, hacen del mismo una de las poblaciones más vulnerables en términos económicos y sociales. Ello, a su vez, condiciona la presencia de una mayor carga de problemas de salud y de mortalidad relacionada con enfermedades prevenibles y relacionadas a condiciones de pobreza en este grupo poblacional, así como una mayor incidencia de dificultades de inseguridad, violencia comunitaria y de género, entre otras complicaciones.

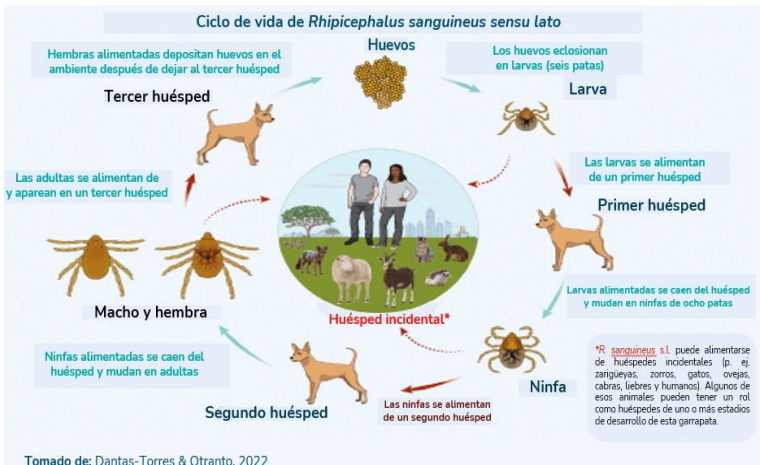
Debemos generar conciencia de que esta carga inequitativa de problemas sociales, sanitarios y económicos no son naturales, sino socialmente determinados y, por tanto, susceptibles de modificar a partir de la reorientación de la política pública para el logro de una protección social justa y equitativa en este segmento de la población mexicana (Flores Mariscal, s.f.).

### *Asentamientos irregulares de jornaleros y jornaleras en Sonora. El caso del poblado Miguel Alemán*

La fiebre manchada por *Rickettsia Rickettsi* (FMRR) es una enfermedad infecciosa bacteriana, transmitida a los humanos a través de la picadura de la garrapata marrón del perro, *Ri-*

*picephalus sanguineus*. La bacteria afecta a caninos domésticos y de la calle, así como a otros mamíferos; es transmitida entre ellos a través de la picadura de garrapatas. La picadura a humanos por garrapatas infectadas favorece la transmisión de esta enfermedad entre ellos (Dantas-Torres & Otranto, 2022).

**Figura 2.**  
**Ciclo de vida de *Rhipicephalus sanguineus***  
*sensu lato*



Fuente: Dantas-Torres & Otranto, 2022.

## ¿Cómo afecta la FMRR a la población en el estado de Sonora?

Sonora es uno de los estados de la República mexicana que más casos de fiebre manchada por *Rickettsia rickettsii* (FMRR) reporta anualmente, con una media anual de 100 casos por año en los últimos cinco años, con tasas de letalidad que oscilan entre 30 % y 70 %, es decir, mueren entre 3 y 7

personas de cada 10 que enferman por FMRR (Álvarez & Contreras, 2013).

Al interior de Sonora, Hermosillo es el municipio que más casos de FMRR reporta anualmente y, al interior de éste, es el poblado Miguel Alemán –en la región costa– el que registra al año más casos de FMRR y de muertes asociadas a esta enfermedad: en el periodo de 2009 a 2014, por cada 100 casos notificados en Hermosillo, se estima que 50 ocurrían entre habitantes de Miguel Alemán, y de cada 100 muertes asociados a esta enfermedad, 60 corresponden a residentes de este poblado (Sánchez Ordoñez, 2015).

En el año 2022 se registró un incremento considerable de casos a nivel nacional, con un total de 492, de los cuales 480 se reportaron en estados del norte de México; de estos, 184 casos fueron en Sonora, con un 50 % de letalidad, la más alta desde la reemergencia de esta enfermedad en 2003 (Álvarez Hernández *et al.*, 2024).

Sabemos que hasta 2/3 partes de los casos graves de FMRR se presentan en sujetos menores de 15 años, con mayor riesgo de complicaciones y de muerte entre niños de 5 y 9 años. La mayor frecuencia de casos en población infantil es probablemente debida al constante contacto de los menores con las mascotas parasitadas con garrapatas en los hogares de residencia. Si bien, la letalidad de FMRR es mayor a cualquier otro padecimiento infeccioso, como tosferina, influenza A H1N1, tuberculosis, neumonía, diarrea infecciosa, su curación es posible al administrar el antibiótico doxiciclina de forma oportuna: si se realiza la detección de casos tempranamente y se inicia tratamiento en los primeros 5 días posterior a inicio de los síntomas. La administración del tratamiento luego de los primeros 5 días, suele asociarse a desenlaces fatales (León de la Fuente *et al.*, 2019).

### *¿Cómo es el poblado Miguel Alemán?*

El poblado Miguel Alemán (PMA) pertenece al municipio de Hermosillo en el estado fronterizo de Sonora, en el noroeste de México. Su ubicación ha propiciado que se realicen inversiones en la industria agrícola, generando bienes y mercancías de alta valía, principalmente para el mercado de Estados Unidos de América. A partir de la instalación de estas industrias, en la década de los ochenta del siglo xx, en PMA se ha presentado un proceso acelerado de crecimiento poblacional: para 1980 se estimó una comunidad total de 3 274 habitantes, y de acuerdo con el censo de 2020 del INEGI, la localidad total alcanzó 39 474 habitantes.

De sus habitantes, se estima que una tercera parte proviene de otros estados, principalmente de Sinaloa (32%), Oaxaca (17%), Veracruz (9%), Chihuahua (9%) y otras entidades de la República mexicana (33%). Al menos 49% (3721) de los jefes o jefas de hogar en Miguel Alemán trabajaban en actividades agrícolas, mientras que un 25% (1327) de las parejas declararon trabajar en las mismas labores que sus cónyuges.

De acuerdo con el censo de 2020, en la localidad existían 11 288 viviendas, de las cuales 9756 estaban habitadas y 451 eran de uso temporal, se estima un promedio de 4.38 ocupantes en viviendas particulares habitadas. Hay unas 1262 casas particulares habitadas con piso de tierra, unas 4716 en donde sólo uno de los cuartos se usa para dormir y unas 2173 viviendas que consistían en un solo cuarto. Un 15% de los hogares carecen de luz eléctrica y un porcentaje similar de agua entubada dentro de la vivienda (1686); hasta un 31% de las casas carecen de excusado, retrete, sanitario, letrina u hoyo negro como sistema de eliminación de excretas (3552), y hasta un 26% no contaban con sistema de drenaje conectado a la red pública, fosa séptica, barranca, grieta, río, lago o mar (2915).

En Miguel Alemán fueron censadas, en 2020, un total de 11 762 personas que no tenían afiliación para recibir servi-

cios médicos en ninguna institución pública o privada, lo que equivale al 30 % del total de la población. En contraparte, la cifra de población con alguna afiliación a servicios de salud fue de 27 676, de las cuales estaban afiliadas al IMSS 14 730 (53 %), al ISSSTE 562 (2 %), al ISSSTE estatal 327 (1 %), mientras que el número de personas que tenían derecho a recibir servicios médicos en la Secretaría de Salud, mediante el Instituto de Salud para el Bienestar fue de 12 173 (44 %).

*¿Por qué la afectación poblacional de  
esta enfermedad es más alta en asentamientos humanos  
no regularizados como el poblado Miguel Alemán  
en Hermosillo, Sonora?*

Cualquier persona puede adquirir una enfermedad transmitida por vectores (dengue, zika, chikungunya, paludismo, FMRR, entre muchas otras) en zonas en las que están presentes los mismos y hay circulación de la enfermedad; sin embargo, en las zonas donde se presenta la transmisión de estas enfermedades, las mismas afectan de forma desproporcionada a personas que viven en condiciones de pobreza y marginación social, como es el caso de los grupos de migración interna vinculados a labores agrícolas, a la construcción y/o al turismo, que viven en asentamientos humanos irregulares en diversas zonas del territorio mexicano.

Ello, en parte, es debido a la acumulación de condiciones sociales, económicas y ambientales negativas presentes en estos asentamientos humanos irregulares, y que determinan una mayor frecuencia de casos de enfermedad, mortalidad y discapacidad asociada a estos padecimientos en estos grupos sociales, y que han sido descritos previamente.

En el caso de la FMRR, se ha observado que la transmisión de casos se incrementa en entornos comunitarios que presen-



tan una población canina elevada (domésticos y libres en las calles) y con altos niveles de infestación por garrapata marrón del perro; la práctica de cría de animales domésticos y de consumo en entornos de precarias condiciones de higiene animal y humanas, asociado a hacinamiento social, viviendas con piso de tierra, paredes agrietadas, carencia de barreras físicas contra la entrada de insectos, la acumulación de objetos, basura y desperdicios en patios, entre otros factores. Adicionalmente, la presencia de barreras de acceso y utilización de los servicios de salud para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de los casos de FMRR, favorecen niveles de letalidad elevados asociados a este problema de salud (Álvarez-Hernández & Contreras Soto, 2013).

En su conjunto, todas estas condiciones negativas están presentes en muchas de las casas habitadas del poblado Miguel Alemán, un asentamiento irregular de jornaleras y jornaleros agrícolas en el estado de Sonora, que han alcanzado un elevado número de casos de mortalidad y letalidad asociada a FMRR, en comparación a otros grupos sociales del estado en mejor condición socioeconómica.

Ahora bien, es posible identificar que dentro de esta misma localidad, el riesgo de enfermar por FMRR no se distribuye homogéneamente entre los diferentes hogares, pues existen manzanas y colonias en los que año con año se repiten casos de enfermedad entre sus moradores, y otros en los que la frecuencia de casos es menor o nula durante ciclos anuales de seguimiento. Este fenómeno de focalización en hogares –al que denominaremos “nidación”– se explica por la presencia de una mayor cantidad de factores que generan condiciones ecológicas propicias para completar el ciclo de vida de estos insectos vectores en algunos hogares respecto a otros: la cantidad de perros en domicilios o libres en las calles infestados por garrapatas, la cantidad de sitios de refugio y reproducción al interior o en la periferia de domicilios humanos y el acceso a fuentes de alimentación presente en domicilios y peridomicilios, entre otros aspectos.

Este fenómeno de nidación ha sido ampliamente demostrado para enfermedades como Chagas y paludismo, y se dispone de abundante literatura sobre la distribución diferencial de riesgo relacionado a la transmisión comunitaria de dengue, rickettsiosis y otras ETV, y es la base fundamental para diversos programas de actuación propuestos para la eliminación y/o control de estas enfermedades desarrolladas en las últimas décadas por parte de las principales agencias de salud pública internacionales y nacionales (García-Ortega, 2014; Moreno *et al.*, 2007; Da Silva *et al.*, 2019; Briceño-León, 1990; Méndez-Galván *et al.*, 2007; Thai *et al.*, 2010).

**Figura 3.**  
**Detalles de viviendas de familias asentadas en el poblado Miguel Alemán, región Costa de Hermosillo, Sonora**





Fuente: Proyecto 309757-PRONACES-CONACYT 2021.

A grandes rasgos, se ha descrito cómo la emanación de partículas atrayentes para estos vectores –dióxido de carbono, metano, entre otros– suele ser mayor en hogares y entornos comunitarios con una gestión deficiente de residuos orgánicos (heces fecales humanas y animales, material vegetativo en descomposición, entre otros), en hogares con problemas de abastecimiento de agua para realizar prácticas de higiene del hogar y personal, así como en hogares con problemas de gestión de aguas residuales (Dantas-Torres, 2010).

*Limitaciones del modelo de actuaciones para  
la prevención, control y atención de problemáticas  
de salud asociadas a condiciones de pobreza (NTD)*

La FMRR, al igual que otras enfermedades de transmisión vectorial, es identificada como una enfermedad desatendida, enfermedad de la pobreza o negligencia (NTD), debido a que: *a)* afecta mayoritariamente a poblaciones en regiones tropicales y subtropicales con dificultad de acceso a la salud; *b)* genera mayores cargas de enfermedad y muerte en grupos más pobres y socialmente marginados; *c)* es posible prevenir y controlar la ocurrencia de casos a partir de intervenciones sanitarias, y *d)* existe poco interés de la ciencia y agencias financiadoras sobre su magnitud e impacto (OMS, 2016).

Desde la reemergencia de esta enfermedad en México, en 2003, los casos de FMRR han presentado un incremento importante, principalmente en estados del norte, a pesar de ser un problema ampliamente subdiagnosticado: desde 2003 se han notificado cerca de 6000 casos en todo el país, con incidencias que han fluctuado desde cerca de 3.9 casos por millón de habitantes en 2009 a partir de notificaciones de diez estados, a 2.9 casos por millón de habitantes en 2022, a partir de las notificaciones realizadas en 19 estados. Sin embargo, para

este periodo 2022, de los 492 casos de FMRR reportados, 480 ocurrieron en estados del norte del país, para una incidencia acumulada de 16.5 casos por millón de habitantes, lo cual es una cifra de incidencia acumulada muy superior a la presente en estados del centro (0.3 casos por millón) y del sur (0.6 casos por millón) (Hernández-Alvarez, 2024).

Y si bien se identifican esfuerzos realizados desde los servicios estatales de salud de los estados del norte por hacer frente a esta problemática, la evidencia -y la experiencia- muestran lo poco costo-efectivo que resultan para prevenir la ocurrencia de nuevos casos. Por una parte, los casos tratados por el sector salud que resuelven favorablemente, a través del manejo clínico-hospitalario, serán devueltos al entorno comunitario que los enfermó, y con una alta probabilidad de volver a enfermar. Por otra parte, si bien se observa que desde el sector salud se desarrollan algunas actuaciones comunitarias orientadas a la eliminación y control del vector (garrapata marrón del perro) que involucran preferentemente la utilización de formulados insecticidas para tratar las viviendas y/o tratar a las mascotas infectadas con garrapatas, la duración del efecto protector de las mismas se ve limitado al efecto residual del producto utilizado, lo cual habitualmente no es mayor a unas pocas semanas (o pocos meses), y es muy probable la ocurrencia de reinfestación de los espacios tratados y/o de las mascotas tratadas por la garrapata *Rhipicephalus sanguineus* (Briceño-León, 1990).

La misma respuesta generada desde el sector salud presenta límites relacionados al mandato y recursos disponibles en el propio sector, dentro las que destacamos las siguientes:

### *Limitaciones del modelo hegemónico de actuaciones centradas en la atención sanitaria*

- Enfoque a la atención al daño;
- Carencia de procedimientos estandarizados para la prevención y control de casos de FMRR en la comunidad, así como de recursos específicamente destinados a la atención de la problemática de FMRR en la comunidad;
- Enfoque a la atención de crisis, que no integra la participación de otros actores sociales (gobierno local, estatal, sector privado y otros), capaces de generar intervenciones sobre Determinantes Sociales de la Salud claves en la resolución del problema a mediano y largo plazo;
- Escasa capacidad de incidencia en la política, planes y programas de otros actores locales claves, para la generación de alianzas y actuaciones coordinadas multi-sectoriales de corto, mediano y largo alcance, en materia de investigación, innovación, desarrollo y modelaje de actuaciones comunitarias innovadoras en materia de prevención y control de FMRR y otras ETV de importancia en salud pública.

La necesidad de un modelo de actuaciones sobre determinantes sociales de la salud, para la prevención y control comunitaria de FMRR en asentamientos de jornaleros y jornaleras agrícolas en estados del norte de México.

A partir de la evidencia disponible y de la sistematización de experiencias, expertos recomiendan seis acciones básicas sobre DSS para la prevención y control de las ETV en poblaciones menos favorecidas que consideramos válidas para el caso de FMRR. Aclarando que estas intervenciones priorizan el enfoque preventivo y de promoción de la salud para disminuir o eliminar la carga de enfermedad, más que en cambios en la prestación de servicios curativos para la atención de las ETV. A pesar de ello, siempre que se han

implementado de forma coordinada y complementaria a las desarrolladas por sector salud han generado importantes logros en la eliminación y control de diversas ETV en México, así como en otras regiones de América Latina y el Caribe (Guardia, 1983; Sutter, 2005).

Con base en las acciones esenciales propuestas por especialistas en el tema de OMS (Aagaard-Hensen *et al.*, 2010), así como especialistas de otras agencias de investigación nacionales y regionales (Esrey & Habicht, 1986; Esrey *et al.*, 1991; Ault Sk, 1994; Briceño-León, 1987; Bryan *et al.*, 1994; Espino *et al.*, 2004; Méndez-Galván, 2004), las seis acciones básicas propuestas son:

- Abordar los factores relacionados con el agua, el saneamiento y el hogar.
- Reducir los factores de riesgo ambiental.
- Mejorar la salud de las poblaciones migratorias.
- Reducir la inequidad debida a factores socioculturales y de género.
- Disminuir la pobreza en poblaciones endémicas de ETV.
- Establecer sistemas de vigilancia y evaluación de riesgos.

Muchas de estas actuaciones sugeridas no son parte del mandato del sector salud, ni se cuenta con los recursos para su desarrollo desde este sector. Su desarrollo dependerá del compromiso de actuación de otras dependencias públicas y privadas que sí cuentan con el mandato y con el recurso necesario para incidir en algunas de estas actuaciones específicas sugeridas.

Estas acciones recomendadas complementan las herramientas curativas eficaces que están disponibles para muchas de las ETV que son entregadas por los servicios de atención a la salud locales y, a su vez, permiten abordar de forma directa los serios problemas de inequidad en salud que condicionan



la carga desmedida de diversas enfermedades infectocontagiosas presentes en los grupos poblacionales menos favorecidos (Aagaard-Hensen & Chaignat, 2010).

*Una acción complementaria y crítica: la eliminación del uso de etiquetas sociales como criterio de exclusión*

Las etiquetas sociales “pertenencia a grupo de movilidad”, “pertenencia a grupo étnico de otro estado” y “trabajador eventual” son algunos de los términos utilizados por varios funcionarios de instituciones públicas, al igual que lo hacen ciertos sectores sociales cuando se habla de jornaleros y jornaleras agrícolas, de asentamientos irregulares alrededor de centros de producción de alimentos, y son utilizados como “criterios válidos” de exclusión a programas de beneficio social, entre ellos el derecho al trabajo regularizado, a programas de vivienda digna, a la vida en un entorno saludable, a recursos de protección en salud, entre otros.

El uso extensivo de estas etiquetas sociales no permite visibilizar la composición heterogénea del fenómeno de migración poblacional hacia el campo productivo presente en muchas regiones de México. A través de entrevistas a jornaleros y jornaleras agrícolas, y líderes del Movimiento de Unificación y Lucha Triqui (MULT), en el poblado Miguel Alemán y Pesqueira, al norte de Hermosillo, Sonora, ha sido posible identificar la presencia de familias completas de diversos grupos étnicos provenientes de diferentes estados de la república (triquis, zapotecos, nahuas, mixtecos, tsotsiles, tzeltales, entre otros) asentados desde hace más de 10 años en estas localidades, con descendencia nacida en los sitios de acogida en Sonora y, a pesar de ello, tanto los padres y madres como su descendencia aún son etiquetados como “migrantes”.



De igual manera, se reconoce la existencia de circuitos de migración a otros centros de producción agrícola y/o empresas de procesamiento y embalaje, dispuestas en el mismo estado de Sonora o en estados de la periferia, o incluso en localidades transfronterizas. Este movimiento intenso es motivado por la demanda cíclica y puntual en el tiempo de mano de obra por parte de estas empresas según su especialización en cultivos o procesamiento de alimentos. Sin embargo, no todas estas empresas realizan contrataciones según principios de ley a estos trabajadores, ni generan las aportaciones requeridas a la seguridad social. Se refiere que más del 90 % de jornaleros y jornaleras agrícolas no cuentan con un contrato laboral, ni registran aportaciones a seguridad social a partir de su actividad laboral, a pesar de trabajar los 12 meses del año. Esta dinámica laboral dista mucho de ser eventual.

Durante el trabajo de campo, en el poblado Miguel Alemán, también fue posible conocer de viva voz de los actores que las etiquetas “pertenencia a grupo de movilidad”, “pertenencia a grupo étnico de otro estado” y “trabajador eventual” generan serios obstáculos para la implementación de procedimientos administrativos por parte de instituciones públicas y órganos de gobierno locales, que ponen en práctica programas y proyectos que en principio deben favorecer a grupos sociales en condición de vulnerabilidad y/o a población económicamente activa. Es el caso de los programas de acceso a vivienda digna.

Dado que más del 90 % de los trabajadores no cuentan con un contrato laboral formal, tampoco acceden al registro de derechohabientes del IMSS, ni a los beneficios de programas sociales como el de INFONAVIT, y tampoco cumplen con criterios administrativos para acceder a créditos bancarios para adquisición y/o mejoramiento de viviendas, lo cual condiciona en gran medida la calidad de la vivienda presente en los asentamientos de jornaleros y jornaleras agrícolas.

A pesar de ello, se identifican múltiples estrategias locales implementadas para hacer frente a esta problemática: se logran identificar más de 10 fondos diferentes, administrados por fundaciones y organizaciones sociales de base, destinados al “mejoramiento de las viviendas” de habitantes del poblado Miguel Alemán. Sin embargo, es posible identificar que cada fondo cuenta con criterios propios y muy heterogéneos para selección de beneficiarios, así como criterios sobre qué es una “casa mejorada”. El criterio de mejoramiento de vivienda puede limitarse a la colocación de sistemas de distribución de agua entubada al hogar, la colocación de piso firme o cocinas ecológicas, o la ampliación de espacios habitacionales en la vivienda, pero en la mayoría de los casos no integran todos estos criterios en un mismo fondo, dadas las limitaciones de cuantía de presupuestos presentes en cada uno de los mismos.

### *Reflexiones finales*

La resolución de problemas sociales complejos a través de un proyecto de investigación e incidencia requiere reajustar y/o redefinir y enfocar los procesos, tiempos y recursos de trabajo disponibles en la academia para garantizar el logro de resultados esperados, ajustándolos a los tiempos solicitados por los sectores sociales y de base comunitaria, así como a las dinámicas y ciclos técnico-administrativos de las instituciones públicas objeto de incidencia; ello requiere de la adopción de un enfoque de actuaciones inter y transdisciplinarias, mediado por un proceso previo de planificación participativa, y de la generación de acuerdos entre las diferentes instancias participantes. Desde la academia es posible generar una cantidad heterogénea de actuaciones de investigación e incidencia relacionados al problema propuesto a abordar, y otras problemáticas relacionadas al mismo, aspecto que se

ve limitado por la capacidad de inversión social a integrar a estas propuestas académicas de incidencia.

Partiendo de esta perspectiva, y del análisis de la problemática previamente abordada, fue que un equipo multidisciplinario de investigadores de diversas instituciones de educación superior integró la propuesta de proyecto al PRONAH 2021 titulada “Diseño, validación y evaluación de un modelo de actuaciones sobre determinantes sociales de la salud para la prevención y control de enfermedades emergentes de alto riesgo en entornos comunitarios con alto índice de migración interna en Sonora, México” que planteaba como objetivo general: Generar y validar una propuesta de diseño urbano y de vivienda digna y adecuada que integrara el acceso a servicios básicos, así como el uso de ecotecnias e innovaciones arquitectónicas y de ordenamiento ecológico de los entornos, que disminuyeran el riesgo de infestación por insectos transmisores de enfermedades, principalmente por *Ripicephalus sanguineus*.

Actualmente, se evidencia un incremento en el número de casos de FMRR y de muertes asociados por estas enfermedades en estados del norte de México, así como de otras ETV, como el dengue, que han presentado incrementos de hasta un 400 % de casos respecto a 2023. Por lo revisado previamente, sabemos que estas problemáticas afectan en mayor medida y de forma inequitativa, a grupos poblacionales que viven en condiciones de pobreza y alta vulnerabilidad social, como es el caso de jornaleras y jornaleros agrícolas en asentamiento irregulares.

Ante esta situación, consideramos altamente pertinente impulsar desde la academia, el diseño e implementación de proyectos de investigación e incidencia como el elaborado por el equipo de investigadores e investigadoras al que representamos los redactores del presente capítulo.

## Referencias

- Aagaard-Hansen, Jens, & Chaignat, Claire Lise (2010). Neglected tropical diseases: Equity and social determinants. En Erik Blas & Anand Sivasankara (Eds.), *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization.
- Álvarez-Hernández, G, & Contreras Soto, J. L. (marzo-abril 2013). Letalidad por fiebre manchada por *Rickettsia rickettsii* en pacientes de un hospital pediátrico del estado de Sonora, 2004–2012. *Salud Pública de México*, 55(2).
- Álvarez-Hernandez, G., Rivera-Rosas, C.N, & Calleja-López, J. R. T (mayo-junio 2024). La Fiebre Manchada por *Rickettsia rickettsii* es una enfermedad desatendida. *Salud Pública de México*, 66(3). <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15209>
- Ault, S. K. (1994). Environmental management: A re-emerging vector control strategy. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 50(6).
- Barbieri, A. F., & Sawyer, D. O. (diciembre 2007). Heterogeneity of malaria prevalence in alluvial gold mining areas in Northern Mato Grosso State, Brazil. *Cad Saúde Publica*, 23(12). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18157330>
- Briceño-León, R. (1990). *La casa enferma. Sociología de la Enfermedad de Chagas* (pp. 19-44). Fondo Editorial Acta Científica Venezolana. Consorcio de Ediciones Capriles C.A.
- Bryan, R. T., et al. (1994). Community participation in vector control: Lessons from Chagas disease. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 50(6).
- Castellanos Domínguez, A. R. (2023). Radicantes indígenas del sur y sus asentamientos en Sonora, México. En Alex R. Castellanos Domínguez & Celso Ortiz Marín (Coords.) *Migración y asentamientos indígenas en México* (pp. 63-90). CICSER-UAEM.

- CONAPRED (2023). Discriminación en contra de las personas jornaleras agrícolas. México. [https://www.conapred.org.mx/wp-content/uploads/2023/11/FT\\_Jjornalera\\_Noviembre2023.pdf](https://www.conapred.org.mx/wp-content/uploads/2023/11/FT_Jjornalera_Noviembre2023.pdf)
- Da Silva, N. S, da Silva-Nunes, M., Malafronte, R. S, Menezes, M. J, D’Arcadia, R. R, Komatsu, N. T, *et al.* (2010). Epidemiology and control of frontier malaria in Brazil: lessons from community-based studies in rural Amazonia. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 104(5), 343–50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20106494>
- Dantas-Torres, F. (abril 2010). Biology and ecology of the brown dog tick, *Rhipicephalus sanguineus*. *Parasites & Vectors* 8(3), 26. <https://www.parasitesandvectors.com/content/3/1/26>
- Dantas-Torres, F., & Otranto, D. (2022). *Rhipicephalus sanguineus* (Brown dog tick). *Trends in Parasitology*, 38(11), 993–94. <https://doi.org/10.1016/j.pt.2022.08.011>
- Espino, F., Koops, V., & Manderson, L. (2004). Community participation and tropical disease control in resource-poor settings. Special Topics 2 UNICEF/UNDP/World Bank/WHO.
- Esrey, S. A., & Habicht, J.-P. (1986). Epidemiologic evidence for health benefits from improved water and sanitation in developing countries. *Epidemiologic Reviews*, 8(1), 117–28. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036290>.
- Esrey, S. A., Potash, J. B., Roberts, L., & Shiff, C. (1991). Effects of improved water supply and sanitation on ascariasis, diarrhoea, dracunculiasis, hookworm infection, schistosomiasis, and trachoma. *Bull World Health Organ*, 69(5), 609–21.
- Flores Mariscal, J. R. Joel (s.f.). *El trabajo jornalero agrícola: sus condiciones de precariedad en México y experiencias en la región latinoamericana para mejorar su acceso a la seguridad social*. (Políticas para el Bienestar, núm. 12). Conferencia Interamericana de Seguridad Social. [Archivo PDF].

- <https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/el-trabajo-jornalero-agricola-sus-condiciones-de-precariedad-en-mexico-y-experiencias-en-la-region-latinoamericana-para-mejorar-su-acceso-a-la-seguridad-social.pdf>
- García Ortega, Martha (noviembre-diciembre 2014). Migraciones laborales en la agroindustria azucarera: Jornaleros nacionales y centroamericanos en regiones cañeras de México. *Estudios Agrarios*, 20(57), 123-148.. [https://www.pa.gob.mx/publica/rev\\_57/analisis/migraciones%20Martha%20garcia.pdf](https://www.pa.gob.mx/publica/rev_57/analisis/migraciones%20Martha%20garcia.pdf)
- Gómez-Dantés, O., & Frenk, J. (diciembre 2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud pública de México*, 61(2), 202-211. <https://doi.org/10.21149/10122>
- Gómez-Dantés, H., Martín, J. L. S., Danis-Lozano, R., & Manrique-Saide, P. (enero 2011). La estrategia para la prevención y el control integrado del dengue en Mesoamérica. *Salud Pública de México*, 53(3). [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000900008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000900008)
- Guardia, C. A. (julio 1983). Salud pública y saneamiento en la zona del Canal de Panamá: un recuento histórico, 1880-1915. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 95 (1). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17056>
- INEGI. 2024. Demografía y Sociedad. Empleo y Ocupación. Consultado el 15 de sep. 2024. [https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/#informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/#informacion_general)
- Marrufo, M. F. C., & Sosa, N. P. (2018). Breve historia de la Fiebre Amarilla, en las Américas y México. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 5(2), 82-87. <https://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/109>
- Méndez, J., Bentazos, Á., Velásquez, O., & Tapia, R. (enero 2004). *Guía para la implementación y demostración de alternativas sostenibles de control integrado de la malaria en México y América*

- Central*. Secretaría de Salud de México, Comisión para la Cooperación Ambiental de América del Norte, Fondo para el Medio Ambiente Mundial, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, Organización Panamericana de la Salud.
- Méndez-Galván, J. F., Tapia-Conyer, R., Betanzos-Reyes, A., Olguín-Bernal, H., Sánchez Tejeda, G., Thirión-Icaza, J., Reyes-Cabrera, G., & Velázquez-Monroy, R. (enero 2007). *A sustainable strategy for eliminating DDT from disease vector control programs and reducing malaria: The Mexican Model*. International POPs Elimination Network.
- Molyneux D. (2013). Neglected tropical diseases. *Community Eye Health Journal*, 26(82), 21-24.
- Moreno, J. E., Rubio-Palis, Y., Páez, E., Pérez, E., & Sánchez, V. (diciembre 2007). Abundance, biting behaviour and parous rate of anopheline mosquito species in relation to malaria incidence in gold-mining areas of southern Venezuela. *Medical and Veterinary Entomology*, 21(4), 339-49. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18092972>
- Organización Mundial de la Salud (12-13 abril 2016). *Report of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases*. [https://www.who.int/publications/m/item/ninth-report-of-the-strategic-and-technical-advisory-group-for-neglected-tropical-diseases-\(stag-ntds\)](https://www.who.int/publications/m/item/ninth-report-of-the-strategic-and-technical-advisory-group-for-neglected-tropical-diseases-(stag-ntds))
- Rodríguez de Romo, A. C., & Rodríguez Pérez, M. E. (octubre 1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 5(2), 293-310. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000200002>
- Pérez López, Emma P., Calvario Parra, José Eduardo, Arellano Gálvez, Ma. del Carmen, *et al.* (junio 2018). Por una agenda social incluyente: La situación de vida de jornaleros(as) agrícolas en México. *Red Nacional de Jornaleras y Jornaleros Agrícolas*. <https://redtdt.org.mx/archivos/11095>

- Salah, Rasha, & Calvario, José E. (mayo 2020). Dossier *Jornaleras/os agrícolas en México y COVID 19*. Red Nacional de Jornaleras y Jornaleros Agrícolas. CESS-COLSON. (pp. 13-17). [https://www.colson.edu.mx/AdminPromoSalud/Contenido/Docs/Dossier%20jornaleros%20y%20COVID.final.17\\_05\\_20.pdf](https://www.colson.edu.mx/AdminPromoSalud/Contenido/Docs/Dossier%20jornaleros%20y%20COVID.final.17_05_20.pdf)
- Sánchez Ordoñez, Sergio (2015). Mejora en la calidad técnica sobre Fiebre Manchada en trabajadores de la salud en Miguel Alemán, Sonora. INSP. [Trabajo de investigación].
- Sutter, Paul (julio 2005). El control de los zancudos en Panamá: Los entomólogos y el cambio ambiental durante la construcción del canal de Panamá. *Historia Crítica*, 1(30), 67-90. <https://doi.org/10.7440/histcrit30.2005.03>
- Thai, K. T. D., Nagelkerke, N., Phuong, H. L., Nga, T. T. T., Giao, P. T., Hung, L. Q., *et al.* (abril 2010). Geographical heterogeneity of dengue transmission in two villages in southern Vietnam. *Epidemiology & Infection*, 138(4), 585-91. <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/geographical-heterogeneity-of-dengue-transmission-in-two-villages-in-southern-vietnam/C8F8CD-388BBE7A150BB94F652BAFF6D>
- Valdivia Correa, Marcela, & Sánchez Pena, Landy (junio 2017). Protección laboral para los jornaleros agrícolas en México. *Apuntes para la Equidad*, (3), 1-4. [Archivo PDF]. <https://trades.colmex.mx/archivos/QXB1bnRIU-2VzaW9uCiA1CmRvY3VtZW50bw==/apuntes-equidad-03.pdf>
- Varela Llamas, Rogelio, Ocegueda Hernández, Juan Manuel, & Castillo Ponce, Ramón (enero-junio 2017). Migración interna en México y causas de su movilidad. *Perfiles Latinoamericanos*, 25(49), 141-167. <https://doi.org/10.18504/pl2549-007-2017>



## *Acerca de los autores*

### KIM SÁNCHEZ SALDAÑA

Es doctora en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), profesora-investigadora en el Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (CICSER-UAEM) y miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII), nivel I, y representante del cuerpo académico “Grupos culturales, espacios y procesos regionales en la globalización” de la UAEM. Algunas de sus publicaciones más recientes son: “El discurso de la responsabilidad social empresarial y sus impactos en la población jornalera agrícola en México” (2023); “Vivienda y condiciones de vida de la población jornalera migrante: asignatura pendiente” (2023), ambas en coautoría con Adriana Saldaña. Sus líneas de investigación son: Migración y movilidad; Trabajadores agrícolas, Mercados de trabajo rural e intermediación; Agricultura y productores rurales; Cadenas globales agroalimentarias.

### CRISTIAN DE JESÚS SÁNCHEZ SOTO

Es licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, y en 2024 obtuvo el título de maestro en Humanidades por parte de la misma institución. Las directrices de su trabajo académico son el ejercicio de poder disciplinar y la mercantilización de la salud en los procesos de salud y enfermedad en el tratamiento para la rehabilitación en adicciones. Desde 2018 ha ejercido como psicólogo en espacios para la rehabilitación de personas que dependen o abusan del alcohol y otras sustancias psicoactivas.

#### SUSANA BEATRIZ GALINDO RENTERÍA

Es doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco y profesora en la misma institución. Ha trabajado como investigadora asociada en el proyecto “Espacialidad y cambio social en la región de los Altos de Morelos: Una visión desde los actores sociales”. Su publicación más reciente es “Mujeres, salud y trabajo en las regiones Sur y Altos del estado de Morelos”. Sus líneas de investigación son: Migración, género y trabajo; Género, cuidados y salud.

#### KARINA RAMÍREZ VILLASEÑOR

Es doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Candidata en el Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNI). Se ha desempeñado como docente a nivel medio, superior y posgrado. Ha colaborado en proyectos de investigación para el sector público y privado. Desde 2022 realiza una estancia posdoctoral CONAHCYT en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (CRIM-UNAM). Ha llevado a cabo investigaciones en comunidades de Morelos y Puebla; así como con la clase obrera, especialmente con los trabajadores de la construcción y comerciantes, dirigidas en sus formas de organización comunitaria e identidad de género. Sus líneas de investigación se enfocan en la religiosidad popular, el ecoturismo, el género, las masculinidades y la clase obrera.

#### ADRIANA SALDAÑA RAMÍREZ

Es doctora en Ciencias Agropecuarias y Desarrollo Rural por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, es

profesora-investigadora en el Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII), nivel I. Entre sus publicaciones más recientes se encuentran: “Entre el asentamiento y la migración. Transformaciones en la movilidad de jornaleros agrícolas indígenas y sistemas de intermediación” (2021), “La migración mexicana a Canadá en las estrategias de los hogares: el caso de los apicultores de Tepoztlán, Morelos” (2022) y “El discurso de la responsabilidad social empresarial y sus impactos en la población jornalera agrícola en México” (2023, en coautoría con Kim Sánchez). Sus líneas de investigación son: Mercados de trabajo y migración y Asentamientos de jornaleros agrícolas.

#### ALEX RAMÓN CASTELLANOS DOMÍNGUEZ

Es doctor en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), miembro del cuerpo académico “Grupos culturales, espacios y procesos regionales en la globalización” de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) y miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNII), nivel I. Actualmente es profesor investigador de tiempo completo del Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales (CICSER) de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Participó como responsable técnico del proyecto PRONACES-Conacyt (2019-2021) para el diseño de entornos saludables y propuestas de atención en salud a familias indígenas en asentamientos pluriculturales en el noroeste de México. Algunas de sus publicaciones más recientes son: “Migración y asentamientos indígenas en México” (UAEM/UAIM 2022) y “Formas de conocer y aprender. Epistemología, ciencias sociales y salud en el Capitaloceno” (CUCS/UDG 2024).

ARMANDO JAVIER PRUÑONOSA SANTANA

Es doctor en Medicina y Cirugía General por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua). Maestro en Salud Pública con concentración en Bioestadística por parte del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en México. Se ha formado en Medición y evaluación de los aprendizajes, Desarrollo de Competencias Docentes y Secuencias Didácticas por Competencias. Ha realizado labores de docencia e investigación para diversas instituciones de educación superior e investigación del sector público (INSP, UAEM, UQROO, Hospital Infantil, Hospital Regional del ISSSTE “Adolfo López Mateos”) y del ámbito privado (ACAI para la Formación y el Desarrollo, CEISP). Ha colaborado en los procesos de gestión, liderazgo y operación de diversos programas y servicios del sector salud, en los estados de Quintana Roo y Morelos en México; y en la Región Especial Atlántico Sur en Nicaragua.

*Vulnerabilidad y mercantilización: salud en contextos  
de desigualdad*, de Kim Sánchez Saldaña  
(coordinadora), fue editado por la Jefatura de  
Publicaciones en Ciencias Sociales del CICSER  
en diciembre de 2025.

La presente compilación es el resultado de un esfuerzo colectivo realizado por investigadoras e investigadores pertenecientes al cuerpo académico “Grupos culturales, espacios y procesos regionales en la globalización” del Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Estudios Regionales (CICSER) de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM).

A través del análisis de situaciones concretas y escenarios cotidianos en los que las personas experimentan diversos procesos de salud–enfermedad, así como las posibilidades y obstáculos para acceder a servicios de atención, este libro ofrece reflexiones valiosas desde distintas perspectivas sociales y humanísticas.

Los textos aquí reunidos abordan ejes transversales relevantes y buscan contribuir a los debates sobre la determinación social de la salud y el bienestar, enfatizando la necesidad de considerar la multidimensionalidad de los fenómenos de salud y enfermedad para alcanzar una comprensión integral.

La obra compila cinco estudios de caso, la mayoría basados en observatorios sociales establecidos en Morelos, tanto en áreas rurales como urbanas. Asimismo, incorpora hallazgos significativos de una investigación realizada en una comunidad indígena migrante en Sonora, una realidad que comparte importantes similitudes con la vivida en Morelos en las últimas décadas.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS