

2025

economía,
población y
desarrollo

Reproducción social y prácticas
de salud en un contexto rural
de marginación en
Jalisco, México

Edith Carrillo Hernández

JULIO / AGOSTO

88

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

PUBLICACIÓN AFILIADA A LA
RED IBEROAMERICANA DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO

Reproducción social y prácticas de salud en un contexto rural de marginación en Jalisco, México

Edith Carrillo Hernández

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

PUBLICACIÓN AFILIADA A LA
RED IBEROAMERICANA DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

PUBLICACIÓN AFILIADA A LA
RED IBEROAMERICANA DE ESTUDIOS DEL DESARROLLO

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
2024-2030

Mtro. Daniel Alberto Constandse Cortez

Rector

Mtro. Salvador Nava Martínez

Secretario General

Mtro. Jesús Meza Vega

Director del Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Mtra. Mayola Renova González

Coordinación Editorial y de Publicaciones

*Comité de Coordinación de la Red Iberoamericana
de Estudios del Desarrollo 2018-2020*

Dra. Paulina Sanhueza Martínez (Universidad de la Frontera, Chile)

Coordinadora General

Dr. Ignacio Rodríguez Rodríguez (Universidad de la Frontera, Chile)

Secretario general

Dra. Myrna Limas Hernández

(Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México)

Vocal de Organización

Dr. Pablo Galaso Reca (Universidad de la República, Uruguay)

Vocal de Organización

Dr. Luis Enrique Gutiérrez Casas

Director y editor de Cuadernos de Trabajo

Estudios Regionales en Economía, Población y Desarrollo

Comité editorial

Sección internacional

Dra. Sofía Boza Martínez

(Universidad de Chile, Chile)

Dra. Olga Biosca Artiñano

(Glasgow Caledonian University, Reino Unido)

Dra. Ángeles Sánchez Díez

(Universidad Autónoma de Madrid, España)

Dr. Thomas Fullerton Mankin

(University of Texas at El Paso, Estados Unidos)

Dr. Adrián Rodríguez Miranda

(Universidad de la República, Uruguay)

Dra. Ikuho Kochi

(Kanazawa University, Japón)

Dr. Pablo Galaso Reca

(Universidad de la República, Uruguay)

Sección local

(Universidad Autónoma de Ciudad Juárez)

Dra. Myrna Limas Hernández

Dra. Rosa María García Almada

Dr. Raúl Alberto Ponce Rodríguez

Dr. Isaac Leobardo Sánchez Juárez

Dr. Héctor Alonso Barajas Bustillos

Dr. Juan Carlos Medina Guirado

Mtra. María Del Socorro Velázquez Vargas

Diseño de cubierta

Abigail Bautista

Economía, Población y Desarrollo.

ISSN 2007-3739

Número 88. Julio - Agosto 2025

Reproducción social y prácticas de salud en un contexto rural
de marginación en Jalisco, México

Edith Carrillo Hernández

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Economía, Población y Desarrollo.

Año 15, No. 88 julio - agosto 2025, es una publicación bimestral editada por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, a través del Instituto de Ciencias Sociales y Administración. Redacción: Avenida Universidad y H. Colegio Militar, Zona Chamizal s/n., C.P. 32300, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Teléfonos: (656) 688-38-00, ext. 3792. Correo electrónico: lgtz@uacj.mx.

Editor responsable: Luis Enrique Gutiérrez Casas. Reserva de derechos al uso exclusivo: edición impresa, número de reserva 04-2022-071309174300-102, edición digital, número de reserva 04-2021-081717103700-203.

Distribuidor: Subdirección de Gestión de Proyecto y Marketing Editorial. Ave. Plutarco Elías Calles 1210, Foviste Chamizal, C.P. 32310, Ciudad Juárez, Chihuahua.

Los ensayos publicados son responsabilidad exclusiva de sus autores.

Se autoriza la reproducción total o parcial bajo condición de citar la fuente.

Registrada en:   

  

DOI: <https://doi.org/10.20983/epd>

Publicación afiliada a la Red Iberoamericana
de Estudios del Desarrollo



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Ave Plutarco Elías Calles 1210
Foviste Chamizal, C.P. 32310

Ciudad Juárez, Chihuahua, México

www.uacj.mx

© Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Reproducción social y prácticas de salud en un contexto rural de marginación en Jalisco, México

Edith Carrillo Hernández *

Resumen

La teoría de la reproducción social analiza cómo se sostiene la vida y se garantiza la disponibilidad de fuerza de trabajo en el capitalismo. El servicio de salud pública diferenciado resulta funcional al sistema, pues externaliza y feminiza los costos de reproducción de la clase trabajadora, al tiempo que impulsa la mercantilización de la salud. Ante la insuficiencia y precariedad de este servicio, los grupos más vulnerables desarrollan diferentes acciones y estrategias para atender su salud, evitando mayor empobrecimiento o endeudamiento. En comunidades rurales e indígenas, estas acciones y estrategias recaen, principalmente, en mujeres y migrantes, quienes asumen los costos y/o riesgos de garantizar la reproducción social, así como en prácticas financieras y de solidaridad local. El aumento de enfermedades crónicas por degradación ambiental agrava esta carga. Este artículo se basa en un estudio etnográfico en el occidente de México, mediante observación participante, entrevistas a profundidad y estudios de caso.

Palabras clave: acceso médico, desigualdad, salud y pobreza, economía doméstica.

Social reproduction and health practices in a rural context of marginalization in Jalisco, Mexico

Abstract

The theory of social reproduction analyzes how life is sustained and how the availability of labor power is ensured under capitalism. The differentiated public healthcare system serves the interests of the system by externalizing and feminizing the costs of reproducing the working class, while simultaneously promoting the commodification of health. In the face of the insufficiency and precariousness of this service, the most vulnerable groups develop various actions and strategies to address their health needs, aiming to avoid further impoverishment or indebtedness. In rural and Indigenous communities, these actions and strategies primarily fall on women and migrants, who bear the costs and/or risks of ensuring social reproduction, often relying on financial practices and local solidarity. The growing prevalence of chronic illnesses due to environmental degradation exacerbates this burden. This article is based on an ethnographic study conducted in Western Mexico, using participant observation, in-depth interviews, and case studies.

Keywords: healthcare access, inequality, health and poverty, household economy.

JEL: Q01, Q25, Q32.

DOI: <https://doi.org/10.20983/epd.2024.88.1>

- **Recibido en:** marzo de 2025
- **Aprobado en:** mayo de 2025

* Adscrita al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Regional Occidente (México). Correo electrónico: edithcarrillo@iteso.mx. ORCID: 0000-0002-0822-8590.

➡ 1. Introducción.

La teoría de la reproducción social, desarrollada por feministas marxistas para analizar el capitalismo, sostiene que la plusvalía y la acumulación de riqueza -objetivos centrales de este sistema- no se originan únicamente en prácticas de despojo y explotación del trabajador asalariado (Vogel, 1983/2024; Bhattacharya, 2018), sino también en dos dinámicas clave: por un lado, la invisibilización del costo de reproducción de la fuerza de trabajo, sustentada en el trabajo no remunerado que desempeñan mayoritariamente las mujeres en los hogares y las comunidades; y por otro, la privatización y mercantilización de servicios públicos esenciales para el sostenimiento de la vida y el bienestar colectivo

La plusvalía no sólo se obtiene de pagar al trabajador un salario inferior al valor que produce durante su jornada laboral, sino un salario que no cubre el costo mínimo de su reproducción social (Vogel, 1983/2024; Dalla Costa, 2006). Las tareas necesarias para reproducir la fuerza de trabajo -como la limpieza, la alimentación y el cuidado de la persona trabajadora y sus dependientes- recaen principalmente sobre las mujeres. Estas actividades son realizadas sin remuneración en el ámbito doméstico o, en su defecto, las llevan a cabo mujeres pobres empleadas en condiciones de informalidad. Así, el sistema capitalista obtiene una doble ventaja de la división sexual del trabajo: tiene disponible una fuerza de trabajo liberada de tareas reproductivas y puede sostener salarios bajos, subsidiados por el trabajo femenino gratuito o barato. El capital no sólo explota directamente al empleado, sino que también se beneficia de las horas de trabajo no remunerado o en condiciones de informalidad que llevan a cabo las mujeres en el ámbito privado (Dalla Costa, 2006; Bhattacharya, 2018).

Los servicios públicos esenciales para la vida y el bienestar subrayan las teóricas de la reproducción social, también reproducen y sostienen la fuerza de trabajo (Carrasco, 2017; Bhattacharya, 2018). A través del gasto social, el estado hace un contrapeso al salario establecido por el capital para mantener la vida y garantizar condiciones mínimas de subsistencia para las personas mediante una política redistributiva de la riqueza. La reducción o la limitación de este gasto disminuye el salario real de las personas, ya que éstas tienen que pagar por estos servicios y, particularmente, aumenta la carga de trabajo de las mujeres (Fraser, 2023).

En el capitalismo se presenta una contradicción fundamental: por un lado, requiere la mercancía fuerza de trabajo para generar plusvalía; por otro, en la búsqueda de maximizar ganancias y acumular riqueza, tiende a reducir al mínimo los costos, las tareas y los recursos necesarios para la

reproducción social de la clase trabajadora. Esta dinámica genera una tensión estructural entre las exigencias del capital y la reproducción de la vida (Fraser, 2016).

Esta contradicción inherente al orden social capitalista es evidente en la atención a la salud. Al establecer un sistema de salud pública diferenciado y deficiente, el capital asume únicamente el costo de la protección social de los trabajadores en el sector formal y, al mismo tiempo, se favorece la privatización y la mercantilización de los servicios de salud. En el capitalismo las necesidades y las lógicas de la producción y del mercado se colocan por encima de la reproducción social y las condiciones de vida de la fuerza de trabajo (Carrasco, 2017).

El capitalismo neoliberal ha generado una crisis *socioreproductiva* muy profunda al reducir, privatizar y mercantilizar las actividades y los servicios necesarios para la reproducción social, afectando, particularmente, a la población social y económicamente más vulnerable (Fraser, 2016). Pérez (2014) destaca que la crisis *socioreproductiva* se caracteriza por tres procesos: el aumento generalizado de la precariedad vital, la proliferación de situaciones de exclusión y la multiplicación de las desigualdades sociales.

En este artículo documento y analizo, desde la teoría de la reproducción social, las prácticas de salud y el acceso a servicios sanitarios en la comunidad de Agua Caliente, municipio de Poncitlán, Jalisco, en la que se ha registrado un fuerte incremento de enfermedades crónicas vinculadas a la degradación y contaminación ambiental. Ante la falta de acceso al servicio de salud pública he encontrado que hay tres elementos fundamentales que contribuyen a sostener la vida en estos espacios: el cuidado y los servicios de salud que brindan las mujeres de estas comunidades, las remesas enviadas por los migrantes y las prácticas financieras y de solidaridad que se llevan a cabo en la localidad. Este artículo se basa en un estudio etnográfico realizado durante el año 2024 en dicha comunidad, en donde realicé entrevistas con cinco líderes comunitarias¹ y nueve estudios de caso de

¹ Las líderes comunitarias son mujeres que han participado en actividades públicas realizadas en la iglesia, la escuela, la casa de salud o en proyectos comunitarios. Estas mujeres han adquirido mayor conocimiento en torno a las dinámicas y problemáticas que afectan a su comunidad y son reconocidas por estas actividades en su localidad, algunas mujeres de Agua Caliente las siguen y apoyan cuando éstas las convocan a realizar alguna acción.

mujeres que participan en actividades para mejorar la alimentación y el cuidado del medio ambiente, registros de notas de campo y observación participante.²

El artículo se organiza de la siguiente manera: en la primera sección caracterizo el desarrollo del servicio de salud pública en México en el siglo XX y lo que va del XXI. En la segunda y tercera secciones hago una descripción de la localidad de estudio y documento la disponibilidad y el acceso a servicios de salud en esta comunidad. La cuarta y quinta secciones abordan el papel de las mujeres, las remesas y las prácticas financieras y de solidaridad como elementos claves que posibilitan el acceso a la salud y el cuidado, ante la falta de un servicio de salud público universal y de calidad. Finalmente, en la sexta sección destaco los principales hallazgos y las conclusiones de este estudio.

➡ 2. El servicio de salud pública en México, S. XX-XXI.

En México, el sistema de salud público diferenciado se desarrolló en el marco del capitalismo gestionado por el Estado entre las décadas de 1930 y 1980. Bajo este régimen, anota Fraser (2016) el estado asumió una responsabilidad parcial sobre el bienestar y la reproducción social, imponiendo ciertos límites a la explotación laboral y la acumulación de riqueza. El objetivo, señala la autora, era garantizar una clase trabajadora más o menos sana, capacitada y ajustada al orden capitalista.

La construcción del régimen de bienestar en México respondió tanto a una cuestión de justicia social como a la convicción de que era necesario contar con servicios públicos básicos para impulsar el desarrollo socioeconómico del país, especialmente en un periodo de gran crecimiento industrial y urbano (Rodríguez y Rodríguez, 1998). Particularmente, la salud ha sido considerada un factor decisivo para fortalecer la fuerza de trabajo, desarrollar el sistema productivo y generar bienestar social (Lomelí, 2020; García et al., 2023).

El estado mexicano diseñó un sistema de salud público para reproducir de manera diferenciada la fuerza de trabajo e impulsar el crecimiento económico del país, sin comprometer las ganancias y la acumulación capitalista. La población trabajadora urbana del sector formal contaría con una cobertura relativamente amplia y un servicio público de mejor calidad, financiado a partir de

² He utilizado seudónimos para resguardar el anonimato de las personas participantes en este estudio.

las contribuciones del estado, el sector privado y la persona trabajadora. Por otro lado, a las personas trabajadoras fuera del sector formal se les brindaría una atención básica o mínima, debido a la falta de un sistema tributario progresivo que fortalezca el gasto social. Esta población tendría que solventar la atención a su salud, en gran medida, de manera individual.

De este modo, el sector privado contribuye a los costos de reproducción de la fuerza laboral empleada en el sector formal, pero no así de aquella que labora en el sector informal o bajo condiciones de trabajo informal, especialmente, en espacios rurales. Sin embargo, la clase productora en el ámbito rural desempeña un papel fundamental en el sistema capitalista. Los pueblos rurales e indígenas, como destaca Fraser (2016), han sido claves para lograr el objetivo de modernizar y urbanizar a las naciones colonizadas, estos procesos han sido financiados a través de la expropiación y explotación de estas comunidades. En México, subraya Espinoza (2011), millones de familias campesinas han contribuido al proyecto de desarrollo nacional aportando materias primas y alimentos a muy bajo costo para los centros urbanos y las industrias, además de fuerza de trabajo barata a través de la migración interna que se ocupó en las industrias, el trabajo doméstico y el comercio formal e informal. En el ámbito rural, los bajos ingresos se compensan, parcialmente, con el autoabastecimiento, mujeres y hombres trabajan en la pesca, la agricultura y la ganadería de subsistencia. La clase trabajadora incluye no sólo al trabajador asalariado en el sector formal, sino a “todos los miembros de la clase productora que, en algún momento de su vida, han participado en la reproducción total de la sociedad, independientemente de si su trabajo ha sido remunerado, o no, por el capital” (Bhattacharya, 2018, p. 89).³

El sistema de salud público diferenciado a partir del empleo formal, anotan Valencia y Jaramillo (2023), ha acrecentado, particularmente, la desigualdad entre áreas urbanas y rurales, rezagadas en materia de infraestructura y personal médico. La política social dirigida al ámbito rural, destacan los autores, no ha tenido como finalidad garantizar la seguridad social sino una asistencia social limitada.

³ Reducir la clase trabajadora únicamente a los asalariados en el sector formal es una estrategia clave para ocultar cómo el capital explota a toda la clase productora. Al ignorar la relación entre el capital y las personas que trabajan en el sector informal o en condiciones laborales informales, se legitima socialmente la ausencia de obligaciones del capital respecto a estos grupos de la clase productora.

La desigualdad social que ha prevalecido en México se ha profundizado en las últimas décadas con las crisis económicas y la decisión política de recortar el todavía incipiente Estado de Bienestar, mediante la reducción, eliminación o pérdida de calidad de los servicios públicos. El régimen capitalista neoliberal, implementado desde la década de 1980, ha promovido la desinversión en bienestar social. El gasto social en salud se ha reducido o estancado, afectando negativamente la creación, desarrollo y mantenimiento de infraestructura, equipamiento y servicios de calidad universales (Lomelí, 2020). Los recursos destinados a garantizar el derecho a la salud resultaron cada vez más escasos y/o insuficientes afectando, particularmente, a comunidades históricamente marginadas (Lomelí, 2020; Barba, 2021).⁴

Los grupos social y económicamente más vulnerables resultan ser los que tienen menos cobertura del servicio de salud pública y quienes, a pesar de sus bajos ingresos, generalmente tienen que recurrir al mercado para acceder a la salud, lo que afecta aún más su economía y sus medios de vida. Al externalizar y mercantilizar los servicios de salud el capitalismo neoliberal va en contra de un elemento básico para la reproducción social, pero logra incrementar los beneficios económicos y la acumulación de riqueza, a costa de la población más vulnerable (Bhattacharya, 2018). El estado cede ante la lógica acumulativa del capital, desestabilizando elementos clave para la reproducción social (Fraser, 2023).

El daño ocasionado por la imposibilidad de ejercer derechos sociales que permiten cubrir necesidades básicas como la salud, da cuenta de la violencia estructural inherente al orden social capitalista. Este daño no es resultado de una mala ejecución, un accidente o una omisión, sino consecuencia de estructuras sociales que han distribuido inequitativamente el poder y los recursos (Galtung, 1996). Farmer (2003) señala que las disparidades en el acceso y la atención a la salud son resultado de políticas deliberadas y sistemáticas que favorecen a los grupos privilegiados y perjudican e ignoran las necesidades de los más vulnerables.

En 2018 un gobierno de izquierda llegó al poder en México, ante el agravamiento de la pobreza y la desigualdad producida por el modelo neoliberal. Este proyecto político impulsó la reorientación estratégica del Estado, buscando recuperar parte del poder que se había cedido al

⁴ El gasto público de salud en México no ha superado el 3% del PIB nacional. La Organización Mundial de la Salud recomienda que las naciones inviertan al menos el 6%. La falta de inversión de recursos públicos incide en que el gasto de salud sea asumido, en gran medida, por los hogares (Saldívar, 2024).

mercado para dirigir la política económica y social. La adopción de este enfoque socialdesarrollista - con experiencias comparables en países como Brasil-, se materializó en políticas de reactivación del mercado interno que redujeron la pobreza mediante: 1) la revalorización sustantiva del salario mínimo y 2) la expansión de las transferencias monetarias no condicionadas focalizadas en poblaciones vulnerables (Lavinas, 2015). Sin embargo, esta estrategia *socialdesarrollista* no modificó el sistema tributario, ha persistido la desfinanciación de servicios públicos, particularmente, en el caso de la salud, lo que continúa comprometiendo su cobertura y efectividad (Lavinas, 2015).

Las estrategias que buscan poner límites al capitalismo desde una perspectiva progresista, apunta Lavinas (2015), se quedan cortas o construyen utopías negativas, es decir, aparentes, ya que el orden capitalista “se desenvuelve perpetuando la desigualdad y los privilegios de los grupos dominantes”. Es un contrasentido plantear que se puede contener o limitar el orden social capitalista “favoreciendo a las mayorías populares, cuando en los hechos afecta a los trabajadores” (Lavinas, 2015).⁵

La enorme brecha que se generó con el neoliberalismo en México respecto a la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios de salud persiste hasta la actualidad. Los principales factores que inciden en la falta de acceso a servicios de salud en los sectores más vulnerables son: la distancia que es necesario recorrer para recibir atención médica y la falta de recursos económicos para cubrir total o parcialmente este servicio (Valencia y Jaramillo, 2023).

La desigualdad que ha prevalecido en estos siglos en el acceso a la salud resulta aún más nociva o grave para los sectores social y económicamente más vulnerables, ya que son más propensos a ver afectada su salud por distintos factores relacionados con la pobreza y la marginación social, entre éstos destacan: las condiciones de trabajo, insalubridad y falta de servicios básicos en viviendas y localidades (Alatorre et al., 1994). Además, en las últimas décadas se ha sumado la fuerte contaminación y degradación ambiental a la que se encuentran expuestos en los territorios que habitan. Los espacios en los que se saquean y explotan recursos naturales y en los que se vierten o

⁵ Si bien un gobierno de izquierda no puede trastocar el orden capitalista y, por ende, las estructuras sociales que distribuyen inequitativamente el poder y los recursos; no puede considerarse algo aparente o superficial lo que puede implicar para las personas en situación de pobreza mejorar su nivel de ingresos en el corto plazo.

depositan desechos contaminantes tienen como característica común que son espacios habitados por personas racializadas y pobres (Aruzza y Bhattacharya, 2020).

Ante la insuficiencia y la precariedad del servicio de salud pública que se mantiene o profundiza con el neoliberalismo, los sectores social y económicamente más vulnerables tienen que asumir forzosamente los costos o riesgos relacionados con asegurar su reproducción social. Estos sectores sociales llevan a cabo diferentes acciones y estrategias con el fin de que el acceso a la salud afecte lo menos posible su situación socioeconómica, a través de procesos de empobrecimiento o endeudamiento que también ponen en riesgo sus posibilidades de subsistencia.

➡ 3. La comunidad de Agua Caliente. El contexto socioambiental.

La comunidad de Agua Caliente se encuentra en la ribera del Lago de Chapala, el lago más grande de México y principal fuente de abastecimiento de agua de la Zona Metropolitana de Guadalajara. En 2009, este lago fue reconocido por la Convención Ramsar de la UNESCO por su alto valor biológico como un Humedal de importancia internacional.

De acuerdo con el último censo de población, Agua Caliente tiene 1,248 habitantes (INEGI, 2020), y es clasificada como una localidad con grado de marginación medio. Oficialmente, no es reconocida como una localidad indígena, pero comparte este origen con las comunidades ribereñas vecinas que sí reciben este reconocimiento. Muchas prácticas, valores y tradiciones que se observan en estas localidades dan cuenta de esta pertenencia cultural.

La mayoría de los hogares viven al día, los ingresos económicos son insuficientes o escasos y provienen de la pluriactividad de sus integrantes. Hombres y mujeres trabajan en el cultivo de maíz y/o chayote para el mercado, se emplean como jornaleros para la agroindustria o realizan alguna actividad comercial en la comunidad. Los hombres también trabajan como albañiles en la comunidad o en la Zona Metropolitana de Guadalajara, mientras que algunas mujeres se emplean como trabajadoras domésticas o niñeras en esta metrópoli; la mayoría no recibe ningún tipo de seguridad social.

La agricultura de temporal y la pesca para el autoconsumo son actividades fundamentales para el sostenimiento de estos hogares; el maíz, el frijol y el pescado son parte central de su dieta y tienen particular relevancia ante la falta de recursos económicos. Para muchas familias, las remesas

representan el sustento principal o un apoyo fundamental. En las últimas décadas, los programas sociales y los apoyos alimentarios que brindan diferentes instancias públicas también se han vuelto muy importantes para cubrir algunas necesidades básicas.

Generalmente, los hogares están conformados por una familia extensa y siguen un patrón de residencia virilocal. Hasta hace dos décadas, predominaban las viviendas con piso de tierra y techos de lámina o lona. Actualmente, la mayoría de las casas cuentan con piso firme y techos de bóveda. Además de participar en actividades productivas para la subsistencia o para el mercado, las mujeres se encargan de todo el trabajo doméstico y de las tareas de cuidado en los hogares.

El servicio de agua entubada en las viviendas llegó a mediados de los años noventa, pero siempre de manera intermitente, especialmente, en tiempo de estiaje. Los hogares reciben agua unas cuantas horas cada dos o tres días, o bien, sólo una vez por semana. Antes de que existiera este servicio, las personas utilizaban para consumo humano y doméstico el agua del lago o de un pozo de agua caliente que se encuentra a la orilla del lago. Cuando no hay servicio de agua entubada, las personas recurren nuevamente a estas fuentes. Sin embargo, la gran mayoría ya no las utiliza para consumo humano, ya que se considera que el agua del pozo y del lago están contaminadas y su uso está vinculado con enfermedades graves en la comunidad. No obstante, el contacto y la relación que históricamente ha tenido esta población con el lago sigue siendo parte central de su cotidianidad. La mayoría de las personas realizan diferentes actividades en este espacio, ya sea jugar, pescar, lavar la ropa o tomar un baño.

En el año 2017 comenzó el servicio de recolección de basura en Agua Caliente. Anteriormente, las mujeres quemaban la basura y se acumulaba mayor cantidad de residuos en la calle, la orilla del lago y los patios de las viviendas. Esta situación no se ha modificado radicalmente, ya que el camión recolector pasa cada tercer día o va con mucha carga y no recoge la basura de todas las viviendas.

La comunidad no cuenta con servicio de drenaje, no ha sido posible construirlo debido a que está asentada en una pendiente muy pronunciada y pedregosa. La mayoría de las viviendas tienen fosa séptica, para cuyo desazolve tienen que pagar cada cierto tiempo.

Hasta hace unas décadas, las comunidades indígenas de la ribera del Lago de Chapala fueron marginadas y aisladas debido a la falta de caminos que las conectaran con otras comunidades y ciudades cercanas. En el año 2016 se colocó piedra y huella de cemento en el camino que va de Agua Caliente a la carretera que comunica a éste y otros poblados con la cabecera municipal de Poncitlán.

En la comunidad hay un kinder, una primaria y una telesecundaria, una casa de salud y un templo católico. Agua Caliente no tiene plaza pública ni algún tipo de casa o espacio comunitario.

A finales del siglo XX comenzó a registrarse y hacerse cada vez más evidente el grave proceso de degradación y contaminación ambiental de la región del Lago de Chapala, así como las consecuencias que éste tiene en la salud humana. En las comunidades indígenas rurales de San Pedro Itzican y de Agua Caliente se presentó en las primeras décadas del siglo XXI una inusitada y alarmante incidencia de casos de Enfermedad Renal Crónica de causa desconocida (ERCd) en infantes y jóvenes (Lozano, et.al., 2017).

El proceso de degradación y contaminación ambiental de la región del Lago de Chapala obedece, principalmente, al uso intensivo de agroquímicos y la gran cantidad de descargas de aguas residuales industriales y de drenajes locales que desembocan en afluentes del lago (Valdez, et al., 2000; Pedroza-Gutiérrez y Catalán-Romero, 2017). Distintos estudios han dado cuenta de que la población de estas localidades ribereñas tiene contacto directo con estas fuentes de contaminación a través de tres vías principales: el agua, los alimentos y el trabajo agrícola (Padilla y Aceves, 2021). La salud y la vida de infantes y adolescentes han resultado ser las más vulnerables ante las condiciones de pobreza, insalubridad, degradación y contaminación ambiental que prevalecen en la comunidad.

➡ 4. Disponibilidad y acceso a servicios de salud en Agua Caliente.

El servicio de salud público en la comunidad de Agua Caliente no llegó hasta los primeros años del siglo XXI, hace menos de dos décadas. En el año 2009 se construyó la Casa de Salud en la comunidad.⁶ Sin embargo, no fue hasta 2013 que los médicos llegaron de manera más o menos regular a la localidad; generalmente, están una temporada y -cuando el médico se va porque ha solicitado su traslado a otra comunidad o porque no hay recursos para pagarle- puede pasar un buen tiempo antes de que se asigne un nuevo profesional y se reanude el servicio.

⁶ Una “Casa de Salud” se ubica en la parte última de la clasificación de la infraestructura de salud en México. (De mayor a menor jerarquía: Hospital de Especialidades; Hospital Regional; Hospital Comunitario; Centro de Salud con servicios ampliados; Centro de Salud; Casa de Salud). Una casa de salud se caracteriza por ser un espacio pequeño, atendido por uno o hasta tres profesionales de la salud, que ofrecen servicios básicos, sólo por uno o dos días a la semana.

La atención médica en la Casa de Salud es muy básica y sólo se brinda dos días por semana (lunes y jueves), en un horario de 9 de la mañana a 2 de la tarde. La delegada de la comunidad ha solicitado a las autoridades de salud que envíen un médico de planta, ya que el servicio es muy necesario, en esta Casa de Salud se atiende a tres comunidades (Agua Caliente, Chalpicote y Zapotera). No obstante, la respuesta ha sido negativa, las autoridades no lo ven como una prioridad. Una líder comunitaria señaló con ironía “*aquí sólo está permitido enfermarse lunes y jueves, y los demás días qué...no nos saca de apuros, es como si no hubiera nada*”. Durante el periodo más álgido de la pandemia de COVID-19, no se brindó ningún servicio médico en Agua Caliente. Incluso, después de la pandemia, durante todo el 2023, tampoco hubo servicio.

En la Casa de Salud sólo hay dos pequeños consultorios, el médico y la promotora de salud sólo cuentan con instrumentos básicos para realizar una exploración general; principalmente, realizan seguimientos a mujeres embarazadas, recién nacidos y personas que padecen diabetes o hipertensión. También brindan métodos anticonceptivos a las mujeres, desparasitan a los infantes, aplican el suero antialacrán y las vacunas, además de atender heridas leves y enfermedades comunes (resfriados, dolores de cabeza, diarreas, y fiebres).

Sin embargo, en muchas ocasiones no tienen los medicamentos o los insumos necesarios para brindar esta atención básica. Una líder comunitaria apuntó que en la Casa de Salud a veces no tienen los medicamentos más básicos (paracetamol, aspirina o suero antialacrán), “*a veces no había gasas... o para suturar no tenían... había como isodine nomás*”. Por ello, muchas personas ya no se acercan a la Casa de Salud para buscar un medicamento, asumen que no lo hay, “*mejor ni van*”.

Ante la falta y la precariedad del servicio médico en la localidad, la población recurre a la automedicación o los remedios caseros para atender enfermedades comunes y salen de la comunidad cuando no hay mejora o se presenta una situación de emergencia o de salud más grave. El traslado de un enfermo ahora es más sencillo. Antes del 2016, cuando no existía el camino de piedra y huella de cemento, se tenía que salir a pie o en vehículo de la comunidad por una brecha que era poco transitable en tiempo de lluvia.

Ante una enfermedad, se acude a la cabecera municipal con un médico particular o de farmacia para ser atendidos rápidamente. Muy pocas personas acuden al Centro de Salud, las fichas para las citas del día se reparten a las siete de la mañana, tendrían que caminar o pagar un “*raite*”

particular para salir de la comunidad en la madrugada.⁷ Solamente se recibe sin cita a las personas que van por una urgencia. Una entrevistada afirma: “*tienes que ir que te vas casi muriendo... cosas extremas*”.

En el Centro de Salud hay médicos y enfermeras todos los días, dentista y nutrióloga, además de una pequeña farmacia.⁸ La atención es gratuita, pero no siempre se tienen los medicamentos o los insumos necesarios para atender a una persona enferma o que ha sufrido un accidente leve. Comúnmente, éstos se tienen que comprar.

En las farmacias particulares la consulta con el médico general tiene un costo de 50 pesos, más los medicamentos. Cuando enferman los infantes más pequeños, acuden con el pediatra. Actualmente, el costo de la medicina y la consulta con el pediatra es de alrededor de 700 u 800 pesos. Las mujeres entrevistadas anotaron que recurren más al servicio médico cuando tienen hijas o hijos pequeños, menores de 3 o 4 años.⁹

Además del gasto en la atención médica, si no se tiene un vehículo propio, hay que cubrir el costo del traslado fuera de la comunidad. Si no se trata de una emergencia o de una enfermedad severa, la mayoría espera el camión o piden un “*raite*” para ir a la cabecera municipal. Hace apenas un año que el transporte público realiza tres corridas al día de Agua Caliente a Poncitlán, anteriormente, el servicio era intermitente y sólo había una salida al día.

El camión y el “*raite*” cuestan 25 pesos por persona. Ir y venir de Poncitlán implica un gasto de 50 pesos. Generalmente, una mujer acompaña a la persona enferma, lo que implica un gasto

⁷ El “*raite*” es un término coloquial que se utiliza en varios países latinoamericanos para referirse a un viaje gratuito en el vehículo de una persona que acepta llevar a otra a su destino o acercarla a él. Sin embargo, en Agua Caliente se utiliza este término para referirse a traslados fuera de la comunidad por los que sí se hace un pago.

⁸ Una de las líderes de la comunidad señaló que las personas en la comunidad casi nunca van a solicitar atención dental. Ella sí lo ha hecho, pero ha notado que el material para hacer curaciones es de baja calidad y se cae fácilmente. Cuando su situación económica lo permite, prefieren ir a un dentista particular. La atención nutricional, apunta, generalmente sólo es utilizada por las mujeres embarazadas.

⁹ Anteriormente, las generaciones de mayor edad recuerdan que era común que murieran infantes a los pocos meses de nacer o en los primeros años de vida por infecciones, parásitos o enfermedades gastrointestinales. Esta situación ha dejado de ser común, pero se tiene presente la importancia de la atención médica de los infantes ante síntomas relacionados con este tipo de enfermedades.

mínimo de 100 pesos en el transporte. Las mujeres entrevistadas señalaron que el camión es un transporte más seguro que el “raite” en camioneta, ya han ocurrido muchos accidentes e, incluso, algunas personas han perdido la vida al caer de las cajas del vehículo.

Cuando se acude muy temprano al Centro de Salud o se tiene una urgencia médica, generalmente, se tiene que pagar un “raite” particular para salir de la comunidad. El costo por rentar un vehículo para ir y regresar de día o de noche al servicio médico más cercano es de 300 a 500 pesos.

Para atender un parto o recibir atención médica especializada en el servicio público, los habitantes de Agua Caliente tienen que trasladarse a otras ciudades cercanas con mayor infraestructura médica. Esta situación incrementa el gasto en salud por el pago de transporte y alimentación. Generalmente, no hay gasto en hospedaje, la persona enferma y la acompañante duermen en el hospital o buscan el apoyo de albergues o asociaciones civiles para los tiempos previos o posteriores a la hospitalización. El gasto en salud, usualmente, se incrementa ante situaciones médicas más complejas, ya que se tiene que pagar por medicamentos o estudios urgentes o que no estén disponibles en el servicio público.

La demanda de servicios médicos en Agua Caliente se ha incrementado en las últimas décadas, la población identifica que hay enfermedades nuevas en la localidad que tienen una alta incidencia, tales como: la hipertensión, la diabetes, el cáncer y, particularmente, la enfermedad renal crónica en niños y jóvenes (Padilla y Aceves, 2021). Estas enfermedades requieren de atención médica constante, dietas especiales, estudios, tratamientos y distintos medicamentos.

Los habitantes consideran que la alta incidencia de estos padecimientos en la comunidad obedece a distintas causas, particularmente, el consumo de agua contaminada, la mala alimentación (desnutrición infantil y consumo de comida chatarra o contaminada por agroquímicos), así como por la contaminación del medio ambiente (generada por los desechos industriales de las empresas y el uso constante e indiscriminado de agrotóxicos en el campo).

La aparición de la enfermedad renal crónica ha tenido un fuerte impacto en las prácticas de salud que se desarrollan en la comunidad. Ante la precariedad de las economías familiares y la necesidad de llevar constantemente a los enfermos a servicios de salud fuera de la comunidad, el gobierno estatal utilizó los recursos de un programa social para adquirir una ambulancia que atendiera las emergencias de salud en estas localidades. Los habitantes de Agua Caliente ahora pueden pedir a la delegada que solicité el apoyo de la ambulancia. Sin embargo, comúnmente el vehículo no está disponible y se tiene que pagar un “raite” para llevar al paciente a recibir atención médica.

Particularmente, para el caso de los enfermos renales, apunta la delegada, el gobierno estatal también ha dispuesto una camioneta para trasladar gratuitamente a los enfermos a la ciudad de Guadalajara y que éstos puedan recibir su tratamiento. Sin embargo, no en todos los casos se utiliza este transporte; en ocasiones el día y el horario no coincide con las consultas o implica demasiado tiempo de espera y para las personas enfermas es muy pesado pasar muchas horas fuera de casa.

Finalmente, la emergencia de la enfermedad renal crónica ha originado la llegada de investigadores especialistas en salud a la comunidad. Éstos realizan diferentes estudios para identificar el estado renal y de nutrición de infantes y adolescentes. Antes, no había profesionales de la salud que hicieran este tipo de estudios o seguimiento. Todas las personas entrevistadas en la comunidad destacaron la importancia de que se realicen estos tamizajes, ya que han contribuido a prevenir y reducir la enfermedad renal, a través de la alimentación orgánica y/o nutritiva que el gobierno municipal brinda a infantes y adolescentes que han sido detectados con inflamación renal (López, 2024).

Hasta ahora, la presencia de los investigadores en salud ha permitido que esta intervención preventiva se mantenga constante. Sin embargo, la continuidad de esta iniciativa no está garantizada. Si no se atienden y modifican las diferentes causas relacionadas con la emergencia de la enfermedad renal entre infantes y jóvenes, y no hubiera personal médico que pudiera prevenir o detectar a tiempo la inflamación renal, la salud de las infancias y juventudes de esta localidad quedaría nuevamente muy vulnerable.

➡ 5. El papel de las mujeres en la atención y el cuidado de la salud.

La teoría económica feminista destaca que las mujeres son actores centrales en los procesos de reproducción social. A través del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, las mujeres garantizan las condiciones materiales e inmateriales que sostienen la vida (Carrasco, 2015) y reproducen la mercancía más preciada para el sistema capitalista, de la que se extrae la plusvalía: la fuerza de trabajo (Dalla Costa, 2006; Federici, 2018).

La clase trabajadora, destaca Cristina Carrasco (2017), no se desarrolla de forma natural, es producida y reproducida cotidianamente por las mujeres. Sin embargo, el trabajo reproductivo que realizan las mujeres es devaluado o invisibilizado sistemáticamente, a nivel cultural se considera que esta función social está determinada por la biología o la naturaleza de las mujeres. Esta construcción

social sostiene la división sexual del trabajo y la falta de reconocimiento económico y social a estas tareas y actividades que realizan las mujeres (Gálvez y Matamala, 2002; Batthyany y Scavino, 2018).

Particularmente, en contextos rurales en que la atención y el cuidado de la salud no se han constituido en derechos sociales y responsabilidades colectivas, resultan fundamentales los conocimientos y las acciones que llevan a cabo las mujeres para sostener la vida (Gálvez y Matamala, 2002).¹⁰ El acceso a servicios de salud se materializa a través de tres vías principales: la autoproducción, el mercado o el servicio público (Boltvinik, 1984). Estas modalidades pueden combinarse, en contextos rurales con escasa cobertura estatal como Agua Caliente, predominan la autoproducción y el acceso mercantilizado.

En caso de enfermedades comunes, la autoproducción de salud -denominada medicina doméstica o casera (Zolla y Mellado, 1995)- es la más utilizada y en la que participan, particularmente, las mujeres. La autoproducción de salud incluye las prácticas y los conocimientos relacionados con el uso de remedios caseros, medicina tradicional y automedicación. Como señalan los autores, numerosas enfermedades comunes son identificadas, diagnosticadas, tratadas y curadas por las mujeres dentro de la vivienda familiar o el ámbito vecinal.

Cuando los adultos o los niños se resfrían o sienten un dolor leve de cabeza o estómago, las mujeres buscan un medicamento para aliviar el malestar, a los niños les dan un “*mejoralito*” o unas “*gotas de temprá*”, y a los adultos una aspirina u otra pastilla para aliviar el dolor. Anteriormente, las personas tenían que salir de la comunidad para comprar este tipo de medicamentos, pero ahora ya se venden en las tiendas. Generalmente, estas tiendas son atendidas por mujeres, quienes han aprendido para qué sirven diferentes pastillas, en función del malestar y de si se trata de un infante o un adulto.

En otros hogares se utilizan más, o se usan de manera complementaria, remedios caseros para tratar de aliviar algunos malestares comunes. Se utilizan téis o infusiones, trapos mojados fríos o calientes, o bien, pomadas o alcoholes con hierbas.

¹⁰ En un estudio realizado en Uruguay, Batthyany y Scavino, (2018) estiman que un tercio de la producción de bienes y servicios de salud y cuidado que utiliza la población proviene del trabajo gratuito de las mujeres en los hogares, el cual tendría un valor económico de cerca del 1.8% del PIB nacional. Estas mediciones, destacan las autoras, permiten visibilizar cuánto aporta el trabajo no remunerado de las mujeres en el ámbito privado a la producción de bienes y servicios comercializados en el mercado.

Las mujeres mayores tienen más conocimientos en torno a medicina tradicional, a partir de lo que vieron o aprendieron con sus madres o abuelas, ellas conocen y usan más distintas plantas medicinales, y algunas de ellas también aprendieron a sobar y preparar ungüentos cuando alguien tiene un dolor, ha sufrido un golpe o una caída, o bien, saben hacer una limpia para aliviar malestares estomacales, mareos, vómitos o dolor de cabeza ocasionados por el “*mal de ojo*”. Sin embargo, estas mujeres ya no son reconocidas como sanadoras o curanderas públicamente, las que todavía tienen estos conocimientos los aplican únicamente en su círculo familiar o vecinal más cercano.¹¹

Los conocimientos en torno a remedios caseros y medicina tradicional se están perdiendo entre las nuevas generaciones. En años recientes llegó a la comunidad una asociación ecofeminista, la Escuela Benita Galeana, que busca fortalecer las capacidades de las mujeres para mejorar la salud y el medio ambiente en la comunidad. El grupo de mujeres de Agua Caliente que se ha integrado a esta escuela ha aprendido o retomado algunos conocimientos en torno al uso de plantas medicinales tanto para prevenir como para atender enfermedades o malestares comunes. Dos de las participantes en este grupo anotaron que han incorporado algunos de estos conocimientos y los aplican cuando ellas o sus familiares presentan algún malestar, pero otros se les han olvidado. Una de ellas destaca que no es lo mismo aprender y practicar algo porque lo vives en tu casa y forma parte de tu día a día, a cuando aprendes algo nuevo que vas integrando a tu cotidianidad. Además, apunta, “*luego ando muy a las prisas*”, y también es necesario darse un tiempo para plantar o recolectar las plantas, preparar y aplicar el remedio. Sin embargo, este grupo de mujeres reconoce la importancia de contar con esta herramienta para atender problemas de salud ante la falta de servicio médico. Las mujeres ahora tienen mayor interés por cultivar distintas plantas medicinales en sus traspatios. Las nuevas generaciones están observando a este grupo de mujeres poner en acción estas prácticas de herbolaria y, posiblemente, las integren y practiquen a futuro.

Ante eventos que son comunes en la comunidad y que afectan la salud, como una caída, el piquete de un alacrán o la mordida de un perro, algunas mujeres de la localidad también fungen como primeras respondientes. Las mujeres de mayor edad que realizan esta tarea fueron en algún momento parteras y/o auxiliares del Centro de Salud.

¹¹ Hasta hace unas cuantas décadas la medicina tradicional era fundamental en la comunidad, además de atender a las personas enfermas o con dolores, las parteras locales se encargaban de atender a las mujeres embarazadas y los partos.

La figura de auxiliar del Centro de Salud se creó en el marco de programas sociales federales que establecían corresponsabilidades en salud para las personas beneficiarias (Progres-Oportunidades-Prospera, 1997-2018). Las auxiliares eran mujeres de la comunidad que apoyaban al personal médico a pesar y medir a las personas beneficiarias de estos programas y recibían un salario de mil pesos mensuales. En las Casas de Salud, las auxiliares también aprendían a poner una inyección, tomar la presión y la temperatura, medir el azúcar, así como a limpiar una pequeña herida. A su vez, estas mujeres también enseñaron a sus hijas a inyectar o limpiar una herida para que pudieran brindar este servicio al interior de sus familias y en la comunidad.

Las mujeres tienen un rol central en el apoyo a las acciones de salud comunitaria (Gálvez y Matamala, 2002). Actualmente, la figura de auxiliar de salud ya no existe. Sin embargo, el personal de salud se sigue apoyando en las mujeres que realizaron esta función, pero ahora ya no reciben ningún pago o retribución. A ellas les dejan el suero antialacrán para que puedan atender rápidamente este tipo de emergencias cualquier día del año. Sin embargo, a veces sólo dejan un suero y puede ocurrir que se necesiten dos o más *“a veces dejan dos o dejan uno, una vez me tocó que le pico a un niño y le picó a una mamá... y pues nos dejan dos... y cuando están muy graves con uno no tienen...”*

Cada vez que se utilizan los sueros antialacrán, la madre y la hija encargadas de estos biológicos tienen que llenar un formato para que les entreguen otros sueros. En ocasiones, ha habido momentos en que se han quedado sin este biológico. La mujer de mayor edad conocía un remedio casero y empezó a implementarlo, ella coloca alacranes muertos en un frasco de alcohol *“voy a juntar los alacranes, y agarró una botella y los pongo ahí... y me picaba un alacrán y ya con eso, ya no ocupaba medicina... por ahí a los niños les pica el alacrán y dicen “queremos el alcohol de alacrán”*.

Además de este suero, el personal de salud no le brinda a ninguna mujer de la comunidad ningún otro insumo o medicamento para poder atender alguna emergencia. En ocasiones, llegan infantes, adolescentes o adultos con una herida a las casas de estas mujeres, pero muchas veces no tienen ningún material para atenderlos *“como para curar una herida, a veces los muerden los perros y llegan conmigo y yo qué les hago, no tengo nada...”*.

Con los pocos insumos y los conocimientos básicos que han adquirido a través del personal de salud o de la propia práctica y, que se han ido transmitiendo unas a otras, las mujeres atienden como pueden las emergencias médicas leves y que son más comunes en la localidad. Una de las líderes comunitarias apuntó *“un niño se descalabró... y no hay donde lo puedan atender sin tener*

que llevarlos hasta Ponci o San Pedro... yo de repente los limpio... lo básico... normalmente, se hace uno el valiente y si hay que remendarlo, hay que remendarlo... al estilo el rancho, pero se remienda”

Durante un tiempo, el personal médico dio a una de las mujeres que fue auxiliar de salud en la comunidad la llave de la Casa de Salud, ella podía entrar y utilizar los insumos que había disponibles para curar una herida, quitar unas puntadas, o bien, tomar la presión o el azúcar de quien solicitara este servicio. Después de la pandemia, el personal le quitó la llave y ya no puede brindar este tipo de apoyo. A pesar de las carencias de salud en esta comunidad marginada, desde el ámbito gubernamental se han hecho pocos esfuerzos para generar y desarrollar capacidades y herramientas para que las mujeres de esta localidad puedan brindar una atención de salud básica a partir de los conocimientos tradicionales con los que cuentan y de los conocimientos básicos que han adquirido en la práctica.

En los últimos años, a partir de la emergencia de enfermedades crónicas y degenerativas en la comunidad, el sistema de salud estatal brindó una capacitación abierta para que las mujeres aprendieran a canalizar a las personas enfermas. Sin embargo, solamente asistieron a la convocatoria estas mujeres que han estado directa o indirectamente vinculadas con la atención a la salud en Agua Caliente. Este procedimiento era más complejo que las inyecciones, solamente un par de mujeres se atrevió a realizarlo. Alicia es una de ellas, quien obtiene una pequeña remuneración económica por brindar este servicio.

Además de tener un papel central en la autoproducción de servicios de salud, las mujeres también son las principales acompañantes a los servicios de salud de infantes, jóvenes, adultos y adultos mayores enfermos. Las madres, las abuelas o las tías acompañan a las y los infantes y adolescentes. En el caso de las personas adultas mayores, la acompañante suele ser una hija o nuera. Las esposas acompañan a los esposos, y las suegras, las madres, las hermanas o las cuñadas acompañan a las mujeres embarazadas. Las mujeres brindan cuidados en el camino y en los hospitales, se encargan de hacer trámites y también son quienes hacen preguntas y reciben indicaciones para los cuidados en casa.

Graciela refirió dos situaciones que dan cuenta del papel fundamental que tienen las mujeres como acompañantes de las personas que acuden a un servicio de salud. Su padre, un adulto mayor, sufrió una caída en su trabajo de albañilería en Guadalajara. Afortunadamente, él tenía seguridad social. Su padre acudió al servicio de salud para atender una fractura y el personal médico le dio una serie de indicaciones para recibir

el pago de incapacidad. El padre de Graciela no comprendía estas indicaciones y no realizaba el trámite correspondiente. Después de tres citas en el seguro social, el personal médico le pidió que fuera acompañado a la siguiente cita, estaba a punto de perder el derecho a su incapacidad. El señor le pidió a Graciela que lo acompañara al servicio médico. Ella realizó todo este trámite, lo que implicó dar varias vueltas a distintas oficinas en Guadalajara y Poncitlán. Posteriormente, también le ayudó a tramitar su pensión. Graciela señala que los adultos mayores se apoyan para este tipo de cosas en sus hijas, aunque también tengan hijos en la comunidad.

Actualmente, Graciela es la principal acompañante de su nuera embarazada a las citas médicas. La joven tiene que estar acompañada durante las revisiones, no puede estar sola con el médico en el consultorio. Más allá de esta indicación, la joven le pide a su suegra que la acompañe siempre, ella se pone nerviosa si va sola, le da pena hablar o hacer preguntas.

Diferentes estudios han evidenciado que las mujeres son las encargadas principales del cuidado de las personas enfermas o que requieren atención en salud en hogares y hospitales (Batthyany y Scavino, 2018). En caso de enfermedades graves o crónicas, las mujeres cuidan a sus familiares en las clínicas por días, semanas o meses, les acompañan a las citas médicas y los tratamientos en la ciudad. Las mujeres que salen con una persona que necesita atención médica tienen que buscar apoyo en otras mujeres o en las hijas mayores para el cuidado de sus hogares durante el tiempo en que permanezcan fuera, especialmente, cuando tienen hijos pequeños.

Cuando Rosa era niña sufrió una quemadura grave al caerse al pozo de agua caliente. Sus padres estuvieron con ella varios meses en la ciudad, mientras recibía su tratamiento. Rosa tenía un hermano de seis meses de edad, sus hermanas mayores lo cuidaron, ellas “dicen que sobrevivió porque le daban puro refresco, del seven”.

En ocasiones, las mujeres que realizan una actividad asalariada fuera de la comunidad también tienen que asumir el cuidado de un familiar con una enfermedad grave o crónica y tienen que dejar sus empleos. En estos casos, las economías domésticas se ven fuertemente afectadas, no sólo por el incremento de los gastos de salud, sino también por la pérdida de una fuente de ingresos. Particularmente, esta situación se agrava en el caso de las mujeres que son madres solteras y el principal sostén económico de sus hogares. En estos casos, las mujeres y sus familias quedan en una situación de gran vulnerabilidad y dependencia económica tanto del apoyo de familiares como de otros actores dentro y fuera de la comunidad.

María asumió el cuidado de su madre con cáncer, la acompañó durante varios meses en distintas clínicas. La madre y la familia asumieron que María haría este trabajo de cuidados porque es madre soltera y trabajaba en Guadalajara, sus hijos vivían en la comunidad y estaban acostumbrados a estar separados de la madre, los cuidaba la abuela materna. Ahora que la abuela enfermaba, María podía seguir fuera de la comunidad, no tenía marido y una de sus hermanas asumiría el cuidado de sus hijos. María dejó de tener ingresos propios, el padre de su último hijo y sus hermanos en Estados Unidos se hicieron cargo de proveer económicamente a María y sus hijos.

El trabajo de cuidados en los hogares es una tarea que también asumen las mujeres, éstas se encargan del trabajo doméstico, la alimentación y el aseo de la persona enferma o que requiere atención en salud, además están atentas a la toma de medicamentos y la realización de tratamientos o procedimientos terapéuticos que hayan sido indicados.

De acuerdo con la costumbre local, las madres o las suegras son las encargadas de cuidar a las mujeres recién paridas durante un mes, también cuidan del bebé y los hijos más pequeños, se encargan de la preparación de alimentos, el lavado de ropa y el trabajo doméstico. Graciela anotó que el trabajo de cuidados se delega en las mujeres. Ahora que su hijo mayor tendrá a su primer hijo, ella va a realizar el trabajo de cuidado. Actualmente su hijo es el principal sostén económico de la familia extensa, no puede ausentarse del trabajo.

El trabajo de cuidados de las personas enfermas o que requieren atención en salud se suma a las tareas productivas y reproductivas que realizan las mujeres en su hogar y/o en el campo, lo que implica una mayor carga de trabajo y un desgaste físico y mental, al tener que reorganizarse para cumplir con todas estas tareas. Esta sobrecarga de trabajo y el desgaste físico y emocional que genera, limitan la posibilidad de que las mujeres puedan dedicar tiempo y energía a participar en otro tipo de tareas.

Una líder en Agua Caliente dejó de participar en actividades para mejorar la salud y la alimentación en la comunidad cuando tuvo que asumir el cuidado de sus padres adultos mayores. Además del trabajo doméstico y de cuidados en su hogar, tenía que acudir dos o tres veces al día a la casa de sus padres para encargarse de su aseo, alimentación y toma de medicamentos.

En su caso, Paty refirió que cuando su madre enfermó de cáncer, ella se quedó al cuidado de sus hijos y de los hijos de la hermana que acompañaba a la madre en el hospital. Durante este tiempo, anotó Paty, ella dejó de participar en el grupo de mujeres de la Escuela Benita Galeana, no tenía con quién apoyarse para compartir el cuidado.

Ante la falta del servicio de salud pública en la comunidad y la feminización del cuidado, las mujeres en Agua Caliente asumen en gran medida el costo de atender la salud, elemento fundamental para la reproducción social. Ellas brindan tiempo, conocimientos, trabajo no remunerado e insumos para el cuidado y la atención de la salud. Como se ha dado cuenta, realizar estas tareas no sólo puede generar una sobrecarga de trabajo y un desgaste físico y mental para las mujeres, también puede afectar sus ingresos o autonomía, ya que pierden la posibilidad de gestionar su tiempo y tienen que abandonar otras actividades productivas, laborales, educativas o comunitarias (Durán, 2002).

Las tareas de cuidado y de atención a la salud que realizan las mujeres sin recibir una remuneración económica o adquirir derechos sociales “son un aporte fundamental a la salud de la población, y son específicamente un aporte de los hogares a la economía, en la medida que producen bienes y servicios altamente significativos para el bienestar social” (Batthyany y Scavino, 2018). El hecho de que las mujeres asuman el trabajo de cuidados y de atención a la salud y lo brinden de manera gratuita o a un bajo costo, es una condición necesaria para garantizar la reproducción de la clase trabajadora sin que el capital tenga que incrementar los salarios ni la aportación al sistema tributario que financia el servicio de salud pública.

➡ 6. El mercado y el acceso a la salud.

Como se ha anotado, a partir del neoliberalismo, el acceso a servicios de salud se ha mantenido o se ha vuelto cada vez más un asunto privado y mercantilizado. En lugar de avanzar como un derecho social, acceder a servicios de salud es en mayor medida una responsabilidad individual y que depende de los recursos económicos de las personas. México es el país de la OCDE en el que el gasto de bolsillo para atender la salud es más alto. De cada 100 pesos que se destinan a la salud en México, 41.5 provienen del bolsillo de los hogares (Saldívar, 2024).

En Agua Caliente, además de las prácticas de autoproducción para atender la salud (remedios caseros, medicina tradicional y automedicación), prevalece la vía mercantil para acceder a servicios

de salud, o bien, una vía mixta (público-privada). Ante la falta y la precariedad de servicios de salud pública en la localidad, las personas tienen que trasladarse hasta los sitios en que se brindan servicios de salud y pagar por los servicios, medicamentos o procedimientos que no brinda el estado de manera oportuna y/o gratuita.

En un contexto en el que la mayoría de los hogares vive al día, no es factible que las familias puedan hacer frente a los gastos de salud (transporte, alimentación, gastos médicos), especialmente, ante situaciones inesperadas o enfermedades graves o crónicas. Cuando esto ocurre, resultan fundamentales las remesas que envían los migrantes en Estados Unidos, así como las prácticas financieras y de solidaridad entre integrantes de la comunidad y con otros actores externos. Los recursos que se obtienen a través de estas vías permiten que se atienda la salud y se brinde cuidados a las personas, evitando -en la medida de lo posible- situaciones de empobrecimiento o endeudamiento que también afectan negativamente las posibilidades de subsistencia.

6.1. Las remesas.

En Agua Caliente, como en muchas otras comunidades rurales de México, la emigración a Estados Unidos es una estrategia que se lleva a cabo desde hace varias décadas con el fin de salir de la pobreza, obtener mayores ingresos y mejorar la situación económica de las familias, ante la imposibilidad de lograr este objetivo con las actividades productivas y/o los empleos que se obtienen en la comunidad o en las ciudades vecinas (Corona, 2014).¹²

La mayoría de los migrantes son hombres, algunos se van siendo adolescentes, alrededor de los 14 o 18 años, cuando están por iniciar su vida laboral, y otros parten siendo adultos, cuando han formado sus propias familias. Anteriormente, era más sencillo y menos costoso cruzar la frontera, algunos migrantes iban y volvían a la comunidad. Actualmente, para cruzar la frontera a Estados

¹² Prácticamente, todas las personas en la comunidad tienen a algún familiar en Estados Unidos. El estado de Jalisco es el tercer estado con mayor recepción de remesas en el país. Prácticamente, el total de estas remesas provienen de Estados Unidos. En el municipio de Poncitlán se reciben de 150 a 350 dólares por habitante (Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, 2024)

Unidos es necesario pagar a un *coyote*¹³ diez mil o quince mil dólares. Los familiares que ya viven en Estados Unidos localizan al *coyote* y realizan este pago, además reciben a los migrantes en sus viviendas y los ayudan a conseguir un primer trabajo. Sin esta red familiar no es posible migrar de una manera más o menos segura.

Si se logra cruzar la frontera, gran parte del dinero que se obtiene de trabajar el primer año es utilizado para saldar esta deuda. Si el familiar no logró cruzar la frontera, no se le cobra este dinero, el pariente en Estados Unidos asume esta pérdida. Los riesgos de emigrar cada vez son más altos para migrantes mexicanos y en tránsito, en las últimas décadas se han incrementado los casos de personas secuestradas, desaparecidas o que han muerto por las condiciones climáticas en el camino (Pineda, 2023; Coria, 2025). A pesar de estos riesgos y de las dificultades que enfrentan en Estados Unidos, los hombres emigran para buscar mayores ingresos y mejorar las condiciones de vida de sus familias. A través de las remesas, una parte del dinero de los grandes centros económicos puede bajar al sur (Corona, 2014).

La mayoría de los ingresos obtenidos de las remesas se utilizan para el gasto corriente de los hogares, es decir, para bienes de consumo (Canales, 2004). Empero, ante una emergencia en salud o ante enfermedades graves y crónicas, el apoyo de familiares o integrantes de la comunidad que han emigrado a los Estados Unidos resulta clave para afrontar gastos inesperados o muy altos, ya que éstos suelen enviar dinero para asumir, o bien, apoyar con estos gastos (González, et.al., 2013; Corona, 2014; García, et. al., 2023). En sus estudios en torno a las migraciones rurales, Arias (2009) ha señalado la importancia que tienen las remesas en la atención de salud de los familiares (pagos de hospitalizaciones, estudios y medicamentos), particularmente, en el caso de los padres y adultos mayores de la comunidad.

Diversos estudios han dado cuenta que las remesas tienen un impacto positivo en el gasto en salud, ya que reducen las restricciones de liquidez en hogares receptores y aumentan su capacidad de consumo. Además, “ante choques económicos adversos, las remesas funcionan como mecanismos de protección, los migrantes incrementan el envío de recursos para mitigar situaciones de crisis y los efectos negativos en sus familias” (García, et al., 2023, p. 55). En Agua Caliente, este flujo de recursos

¹³ Los coyotes son personas conocedoras de las rutas de migración hacia Estados Unidos. Los coyotes guían a los migrantes durante la noche, a través de los cerros y el desierto, para que logren cruzar la frontera sin ser cooptados por el crimen organizado o por los agentes migratorios estadounidenses.

ha permitido acelerar la atención médica de los enfermos en instituciones de salud pública y/o privada, evitando así el endeudamiento o el empobrecimiento de familiares e integrantes de la comunidad que requieren de estos apoyos.

Graciela refirió que su hijo tuvo que acudir con su esposa a Guadalajara para realizar una intervención de emergencia en un hospital público ante la complicación de su embarazo. Cuando uno de los tíos que estaba en Estados Unidos se enteró de la situación, le envió dinero a su sobrino para que pudiera afrontar estos gastos. Graciela apuntó que este dinero fue un apoyo, su hijo no tuvo que devolverlo.

Las remesas enviadas por los migrantes han contribuido a que las personas puedan realizarse estudios o tratamientos en el sector privado, o bien, comprar aparatos u otros insumos médicos que se requieren en las operaciones en el sector público. De esta forma se agilizan o avanzan procesos médicos que no se pueden cubrir o que implican largo tiempo de espera en el servicio público. Además, en algunos casos, el aporte económico de los migrantes también ha contribuido a que las personas enfermas puedan recibir cuidados, al brindar un apoyo económico o asumir la manutención de la mujer que se hace cargo de este trabajo.

María apuntó que sus hermanos en Estados Unidos se encargaron de la manutención de ella y sus hijos cuando tuvo que dejar el trabajo como empleada doméstica en la ciudad para cuidar de la madre enferma. Ellos también asumieron todos los gastos médicos que no fueron cubiertos por el servicio público, era importante realizar con rapidez ciertos procedimientos debido a la gravedad de la situación médica. María señala que, si requiere una cantidad fuerte de dinero ante una emergencia de salud, recurriría a sus hermanos, “cuando ellos me hablan siempre es “¿cómo están?, ¿no están enfermos?”, si ocupa uno para una emergencia, te lo mandan, sin preguntarte, te lo mandan”. Los hermanos de María son, particularmente, solidarios con ella porque es la hermana mayor y ella trabajó desde adolescente para que sus hermanos pudieran estudiar. Además, ellos todavía están solteros, por eso son un gran apoyo para María y su familia.

6.2. Prácticas financieras y de solidaridad.

Al interior de la comunidad hay prácticas financieras que son muy recurrentes ante situaciones de emergencia o gastos en salud. Una de estas prácticas es el préstamo. Es común que muchas familias no dispongan de dinero suficiente para pagar el transporte, la atención médica, los estudios o los medicamentos que se requieran para recuperar la salud. En estas circunstancias, las personas solicitan un pequeño préstamo con familiares, compadres o vecinos. Dos mujeres entrevistadas apuntaron:

“Aquí no hay tanto como que digas “es que estoy ahorrando y tengo un guardadito”, porque no lo hay... te van a cobrar de 500 en adelante para llevarte simplemente a Ponci, y si no tienes consíguelo, vas a conseguir porque necesitas salir... se supone que se puede acceder a servicios de salud... pero en eso queda... la gente se hace responsable de sus gastos de salud”.

“Si pasara una cosa dinero tenemos que conseguirlo, no tiene uno... conseguir para el enfermo, porque seguros por aquí muy pocos, los que trabajan en empresas, en la presidencia municipal, ya es una ayuda, pero el que no tiene de a tiro nada pues a conseguir para sus enfermos...”

En Agua Caliente, de acuerdo con las personas entrevistadas, cuando la gente tiene dinero, siempre presta. Esta práctica financiera obedece a la necesidad de ser parte de una red de reciprocidad, todas las personas saben que es muy posible que en algún momento requieran un préstamo. Por ello, persiste la costumbre de honrar y confiar en la palabra, generalmente, las personas regresan el dinero prestado para resguardar el honor y la confianza, dejando abierta la posibilidad de volver a ser objeto de financiación. La reciprocidad y la confianza en la palabra son valores que están presentes en comunidades indígenas (Orihuela, 2020; Prieto, 2025) y siguen configurando las prácticas financieras en Agua Caliente.

En los préstamos entre integrantes de la comunidad no se cobran intereses y, generalmente, la fecha para devolver el dinero no queda establecida o pactada. En ocasiones, quien solicita un préstamo señala cuándo va a pagar, o bien, que pagará cuando se recupere económicamente; quien da el préstamo, anota que ya pedirá su dinero cuando lo necesite. Si se solicita de imprevisto al deudor el dinero prestado, es común que no puedan devolverlo.

Particularmente, en los préstamos por cuestiones de salud, se suele ser mucho más flexible o considerado respecto al momento del pago e, incluso, cuando las familias se lo pueden permitir y el préstamo no ha sido de una cantidad que sea muy significativa, ese préstamo no se cobra. El esposo de una líder comunitaria anotó:

“Depende si es poco ahí déjalo, y si es mucho, uno sí piensa “te debo tanto”, “sí, como puedas lo vas pagando”, también queda uno bien gastado, pero ya con el tiempo, pasan los meses, los años, “te debo tanto, aquí está... ya me aliviané, ya me fue bien en esto y aquí está el dinero...”.

Si bien lo más común es que se obtenga el préstamo con alguna persona en la comunidad, la experiencia de necesitar dinero de manera urgente ante situaciones de enfermedad o accidentes de las o los hijos en la comunidad, ha incentivado que algunas mujeres hayan iniciado la práctica del ahorro para tener dinero disponible en casa ante este tipo de eventualidades.

Hilda y Rebeca refirieron esta situación, a partir de enfrentar la ansiedad o la angustia de no tener dinero para poder trasladarse o pagar el servicio de salud, comenzaron un pequeño ahorro en casa. Ambas destacaron que, a pesar de que pueden ahorrar poco, la pequeña cantidad de dinero que logran reunir les da mayor seguridad de poder enfrentar una emergencia médica. Hilda subrayó “empecé a hacer mi ahorro, yo no me sentí capaz de que me pasara algo y andar en ese rato consiguiendo... vi que sí era necesario tener un dinero alzado para una emergencia de esas, por lo menos para salir, para hacerte llegar a un hospital... yo no debo estar sin dinero porque tenemos los niños y no sabemos ni qué, necesitamos tener un ahorro cuando menos de unos dos mil o tres mil pesos”.

La otra práctica financiera que es muy relevante en la comunidad para hacer frente a enfermedades graves o crónicas es la donación de alimentos, recursos económicos o sangre. El apoyo más común y que se puede hacer con más facilidad por familiares y vecinos y, que también realiza el grupo de catequistas de la iglesia, es la de regalar o llevar alimentos a la familia que tiene un enfermo grave o crónico, ya que se sabe que éstos enfrentan gastos muy fuertes y que se puede tener dificultades incluso para cubrir las necesidades más básicas. La delegada de la comunidad apuntó: *“sobre todo apoyo en comida (por situaciones de enfermedad o muerte), que traen arroz, frijol, jitomate, aceite, cebolla, para que hagan algo...”*. Incluso, las familias que no tienen muchos recursos económicos para apoyar en los gastos de salud buscan colaborar o solidarizarse con los familiares o las personas enfermas de la comunidad aportando alimentos para el hogar.

Rosa tiene una hermana con un hijo enfermo de insuficiencia renal. El adolescente debe ser trasplantado, su madre le va a donar un riñón. Los gastos de salud son muy altos y la hermana tuvo que dejar su trabajo como empleada doméstica en la ciudad para atender y cuidar a su hijo. Rosa no tiene muchas posibilidades de dar un apoyo económico, a veces puede aportar sólo 30 o 50 pesos, pero le comparte algunos de los productos que recibe en la despensa del DIF. Rosa señala que ella intenta apoyarla con lo poquito que tiene.

Otra aportación que suele ser muy importante ante situaciones de enfermedad crónica o severa es la donación de sangre. Dos líderes en la comunidad anotaron que es complicado encontrar personas que se animen a donar sangre, no sólo porque se desconoce o se teme el procedimiento, también implica un gasto de traslado y perder un día de trabajo. Donar sangre es un gesto importante de solidaridad en la comunidad, sobre todo porque los donantes suelen asumir sus gastos de traslado, ya que están conscientes de los gastos de salud que tiene la familia. Así lo refirió una de las líderes de la comunidad:

“Ocupan donadores de sangre, y andan invitando, “vamos, allá te damos para la comida, gastos pagados, ve y dona... o te pagamos tanto, se ocupa”, pero aquí nos conocemos la mayoría, “sí, vamos, al contrario, andas gastado con tus enfermos, nosotros vamos por nuestra cuenta...”, eso es un apoyo...”¹⁴

Cuando las familias tienen un gasto de salud muy alto también ocurre que familiares e integrantes de la comunidad aporten alguna cantidad de dinero que contribuya o permita afrontar este gasto. Así lo apuntaron dos líderes de la comunidad:

¹⁴ Sin embargo, estas expresiones de solidaridad y apoyo no se presentan en todos los casos. Flores (2024), registró que una mujer en Agua Caliente tuvo que pagar los viáticos (transporte y almuerzo) de cinco personas que acudieron a donar sangre para la operación de su hijo. El capital social en las comunidades rurales no se distribuye de manera homogénea e incide en que inciden en que se activen, o no, estas redes de apoyo y solidaridad.

“O si ves de plano que alguien está de a tiro muy fregado, y no, de plano no va a poder, no falta quien dice, “oye habló mi hijo de allá y dice que te va a apoyar con esta cosa...”

“Apoyándonos en la misma familia, porque aquí tenemos que se nos agrava un paciente, pues reunimos la familia, “¿saben qué? el dinero se acabó y órale ustedes también pongan algo”, y el que no te da tanto y tanto... o “ve cuánto te cuesta esto y yo lo pago”, entonces la familia se une para salir adelante con ese tipo de enfermedades... o aunque no sea tu familia, pero es de la misma comunidad aquí, si quieres aportar algo, ten 500, ten esto, ten lo otro...”

En ocasiones, cuando los familiares se unen para hacer una aportación colectiva y reunir el monto que se requiere, aportan su propio dinero o solicitan un préstamo. Las familias se unen para juntar ese dinero con el fin de evitar que los familiares pierdan sus tierras por cubrir los gastos de salud. La mayoría de las familias tienen tierras para siembra comercial y/o para el autoconsumo, ésta representa un bien muy importante para la subsistencia de un hogar. El esposo de una de líder de la comunidad anotó:

“Si la familia dice no, esos terrenos no los muevas, vamos nosotros juntando y si una operación cuesta por decir 100 se reúne la familia y de que se junta se junta, ya la familia pidió un préstamo allá o con los mismos de aquí...”

En Agua Caliente estas donaciones y manifestaciones de solidaridad y apoyo entre familiares, vecinos y compadres ocurren frecuentemente ante situaciones de adversidad por cuestiones de salud. El valor de la reciprocidad y la comunalidad presentes en comunidades indígenas configuran las relaciones sociales y las prácticas financieras en Agua Caliente. Los valores y el sistema de vida de las comunidades indígenas, resalta la lingüista Yasnaya Aguilar (Rompeviento, 2023), han sido claves para la sobrevivencia de estos pueblos, históricamente éstos les han permitido hacer frente a situaciones de marginación y resolver necesidades y problemas, cuando el estado no se ha hecho presente y sin tener que recurrir al mercado.

En las últimas décadas, ante la emergencia de la enfermedad renal crónica en Agua Caliente, también ha sido muy relevante el apoyo de asociaciones civiles e instituciones académicas, ya que éstas han realizado acciones de prevención de enfermedades en la comunidad; estudios médicos gratuitos, particularmente, en niñas y niños, además de gestionar donativos o agilizar tratamientos

médicos y donar recursos económicos o en especie (alimentos, insumos médicos, hospedaje, etc.), para apoyar a las familias con enfermos graves y/o crónicos.

Las familias que tienen gastos de salud muy altos y no logran cubrirlos a través de estas distintas estrategias o prácticas financieras, se ven en la necesidad de echar mano de los pocos bienes con los que cuentan, generalmente, sus tierras. En estos casos, se suele buscar que una persona de la comunidad les haga un préstamo dejando sus tierras como garantía. Si la familia puede devolver el préstamo recupera su tierra y, si no es posible, con ésta se salda la deuda. Este sistema de préstamos al interior de la comunidad es mucho más flexible en cuanto a plazos y no implica un sistema de endeudamiento, ya que no se cobran intereses. El esposo de una líder de la comunidad apuntó:

“Uno se da cuenta del gasto que está pasando, si lleva semanas, meses, incluso cuando ya se ve bien presionado, de vender un terrenito, porque no alcanza para el enfermo, “te voy a prestar tanto y me das el terreno, si más adelante me lo devuelves ahí está el terreno, sino pues...” así, ese tipo de ayudas, y sino a uno de la comunidad, uno de fuera, cuánto quiere y vende...”

Si no es posible obtener un préstamo en la comunidad, las familias con enfermos graves y/o crónicos, no tienen otra opción más que vender sus tierras a personas dentro o fuera de la comunidad, o bien, obtener un préstamo con instituciones financieras, lo que puede decantar en una situación severa de endeudamiento. La falta de acceso efectivo a servicios de salud es uno de los factores que más incide en profundizar y perpetuar la pobreza (Lozano, R., 1997, citado por Estudillo, M., et. al. 2005).

Rosa refirió que una familia con la que tienen parentesco tiene una deuda de un millón de pesos en un hospital privado. El esposo de Rosa le ha dicho que la familia tiene que unirse para apoyarlos y que no siga creciendo su deuda con los intereses. El esposo refiere que “aunque sea con aportaciones de 50 o 100 pesos semanales”, la familia tiene que reunir algo de dinero.

➡ 7. Conclusiones.

En este artículo he documentado y analizado -desde el marco teórico de la reproducción social- las prácticas de salud, la disponibilidad y el acceso a servicios sanitarios en Agua Caliente, una comunidad históricamente marginada y en un entorno de degradación y contaminación ambiental que ha detonado el incremento de enfermedades graves y crónicas. Durante el capitalismo de Estado, Agua Caliente, como tantas otras comunidades rurales e indígenas, fue excluida del proyecto nacional. La construcción de un Estado de bienestar que incluyera servicios públicos de calidad privilegió principalmente, a la población urbana con empleo formal. A partir de la década de 1980, la transición al modelo neoliberal profundizó esta desigualdad: el repliegue del estado como garante del bienestar social contribuyó a mantener la precariedad de los servicios públicos en estas comunidades y redujo tanto su acceso como su calidad.

Este servicio de salud pública diferenciado y deficiente, resulta funcional al sistema capitalista, pues externaliza y feminiza los costos de reproducción de la clase trabajadora, al tiempo que fomenta la mercantilización de la salud. El costo de la atención de la salud, un elemento clave para la reproducción social, recae sobre los sujetos más vulnerables económica y socialmente (Bhattacharya, 2018).

En Agua Caliente, donde la salud se ha vuelto más frágil debido a la crisis ambiental, hay tres elementos que contribuyen a sostener la vida: el trabajo de cuidado y los servicios de salud que brindan mayoritariamente las mujeres, las remesas que envían los migrantes para afrontar gastos médicos y las prácticas financieras y de solidaridad que se llevan a cabo en la comunidad.

Las mujeres son actoras centrales en la autoproducción de servicios de salud en Agua Caliente, atienden enfermedades comunes y accidentes leves a través de la automedicación, los remedios caseros y la medicina tradicional. Los conocimientos adquiridos a través de la experiencia y transmitidos entre generaciones, así como algunas capacitaciones en salud, permiten a las mujeres realizar esta función esencial. Además, las mujeres también son las principales acompañantes, gestoras y cuidadoras de personas enfermas en clínicas y hogares.

Los conocimientos, el tiempo y el trabajo mayoritariamente no remunerado que invierten las mujeres para atender la salud y cuidar de otros resulta indispensable en estas comunidades pobres y marginadas. El Estado, el capital y los hombres de la comunidad delegan en las mujeres la responsabilidad de garantizar este derecho y de compartir equitativamente estas tareas.

Ante la precariedad del servicio de salud pública en la comunidad, la vía mercantil también es fundamental para acceder a la atención médica. El gasto en salud implica no sólo erogaciones en tratamientos, medicamentos o servicios de salud, también incluye gastos en traslados, hospedajes y alimentos. Las remesas y las prácticas financieras y de solidaridad que se realizan en Agua Caliente resultan fundamentales para enfrentar estos gastos en salud. El envío de remesas para asumir o apoyar en los gastos médicos de familiares y otros integrantes de la comunidad ha sido fundamental para que personas con enfermedades graves o crónicas puedan acceder a servicios salud de manera más rápida o eficiente y, en algunos casos, también han contribuido a que las personas enfermas puedan recibir cuidados, al brindar un apoyo económico o asumir la manutención de la mujer que realiza este trabajo.

Por último, el artículo destaca que las prácticas financieras que se realizan al interior de la comunidad también son relevantes para hacer frente a los gastos en salud y las situaciones de adversidad. Estas prácticas financieras se sostienen en valores y principios que son propios de las comunidades indígenas en México: la reciprocidad, la comunidad y la confianza en la palabra. En las últimas décadas, la presencia de asociaciones civiles e instituciones académicas en la comunidad también ha sido un elemento muy importante para el acceso a la salud en Agua Caliente. En alguna medida, estos elementos han contribuido a que las personas puedan recibir atención en salud, a pesar de la falta de un servicio público universal y gratuito.

El costo de la reproducción de la clase trabajadora, vinculado a la atención de la salud, recae desproporcionadamente en las mujeres, los migrantes y las comunidades más pobres. El Estado y el capital eluden este costo, generando consecuencias negativas en los recursos de los hogares y en la vida de las personas. Las mujeres realizan un trabajo no remunerado, enfrentan una sobrecarga de trabajo y pierden autonomía; los migrantes afrontan diferentes riesgos en el tránsito y el destino en donde trabajan de manera indocumentada y sin tener acceso a derechos; las comunidades y los hogares más pobres y marginados tienen que desembolsar sus escasos recursos en gastos de salud. No obstante, en las cifras oficiales en torno al gasto en salud y su financiamiento, no se contabiliza el tiempo invertido en las tareas de cuidado y de atención a la salud no remuneradas, ni los costos indirectos adicionales o las pérdidas monetarias o en bienes que asumen las personas al interior de los hogares y las comunidades (Díaz, et.al., 2006).

El sistema de salud diferenciado y deficiente que prevalece en México permite que el capital sólo contribuya al costo de reproducción de un sector de la clase trabajadora y favorece la privatización y mercantilización de la salud. Desarrollar un sistema de salud universal y gratuito, de calidad, requeriría que el Estado implemente un sistema tributario progresivo y trastocaría las

ganancias multimillonarias del mercado de la salud. Las políticas que garantizan los derechos o los intereses de la mayoría son políticas que reducen las ganancias del capitalismo como sistema de producción (Bhattacharya, 2013). Los mejores resultados en indicadores de salud y en reducción de la pobreza no se presentan en las sociedades más ricas sino en las menos desiguales, es decir, en las que se universaliza el acceso a servicios públicos de calidad, en las que se prioriza las condiciones de vida de las personas sobre el capital (Barona, 2000; Lavinas, 2015)

Bibliografía, fuentes documentales y digitales

- Alatorre, Javier; Langer, Ana y Lozano, Rafael (1994). Mujer y salud, en Alatorre, Javier, et al. (coord.) Las mujeres en la pobreza, México: El Colegio de México, pp. 217-242.
- Arias, Patricia (2009). Del arraigo a la diáspora: dilemas de la familia rural, H. Cámara de Diputados LX Legislatura, Universidad de Guadalajara y Miguel Ángel Porrúa.
- Aruzza, Cinzia y Bhattacharya, Thiti (2020). “Teoría de la Reproducción Social. Elementos fundamentales para un feminismo marxista”. Archivos De Historia Del Movimiento Obrero y La Izquierda, año VIII, núm. 16, pp. 37-69. <https://doi.org/10.46688/ahmoi.n16.251>
- Barba, Carlos. (2021) “El régimen de bienestar mexicano: inercias, transformaciones y desafíos”, Estudios y Perspectivas, 191, Sede Subregional de la CEPAL en México, Ciudad de México: CEPAL
- Barona, Josep (2000). “Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del estado de bienestar”. Política y Sociedad, Vol. 35, pp. 31-44
- Batthyány, Karina y Scavino, Sol (2018). “Valorización económica de los cuidados no remunerados en salud: un aporte al reconocimiento del trabajo invisible de los hogares y las mujeres”. Revista Gerenc Polít Salud; Vol. 17, núm. 34, pp. 1-23. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-34.vecr>
- Bhattacharya, Thiti (2013). What is social reproduction theory? [Archive website]. <https://socialistworker.org/2013/09/10/what-is-social-reproduction-theory>
- Bhattacharya, Thiti (2018). Introduction: Mapping Social Reproduction, Remapping Class, Recentering Oppression, Bhattacharya, Thiti. (ed.) Social Reproduction Theory: Remapping Class, Recentering Oppression, London, Pluto Press, pp. 1-20.
- Boltvinik, Julio (1984). Satisfacción desigual de las necesidades esenciales en México. En Cordera, Rolando y Tello, Carlos. (coords.), La desigualdad en México. México, Siglo XXI, pp. 17-64.
- Canales, Alejandro (2004). Las remesas de los migrantes; fondos para el ahorro o ingresos salariales, Zárate, Germán. (coord.), Remesas de los mexicanos y centroamericanos en Estados Unidos, Problemas y Perspectivas, México, El Colegio de la Frontera Norte, pp. 97-128.
- Carrasco, Cristina (2015). Economía, trabajo y sostenibilidad de la vida en Sostenibilidad de la Vida. REAS. Euskadi. Aportaciones desde la Economía Solidaria, Feminista y Ecológica, Bilbao, pp. 29-42.
- Carrasco, Cristina (2017) La economía feminista. Un recorrido a través del concepto de reproducción. Ekonomiaz: Revista vasca de economía, Vol. 91, núm. 1, pp. 53-77
- Coria, Carlos (2025, 17 de febrero). Rescatan a 49 migrantes secuestrados en Chihuahua. Excelsior. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/rescatan-49-migrantes-secuestrados-en-chihuahua/1700377>
- Corona, Miguel (2014). Las remesas y el bienestar en las familias de migrantes. Perfiles latinoamericanos, Vol. 22, núm. 43, pp. 185-207
- Dalla Costa, Mariarosa (2006). La sostenibilidad de la reproducción: de las luchas por la renta a la salvaguardia de la vida. En Legarreta, Matxalen, et al. (coord.) Transformaciones del trabajo desde una perspectiva feminista. Producción, reproducción, deseo, consumo, Madrid, Tierra de nadie, pp. 59-78.
- Díaz, Ximena; Mauro, Amalia y Medel, Julia (2006). Cuidadoras de la vida. Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres. Documentos de trabajo. Chile: Centro de Estudios de la Mujer.
- Durán, M.Ángeles (2002). Los costes de la salud para las familias. Arbor, Vol. 176, núm. 694, pp. 343-366.
- Espinosa, Gisela (2011). Feminización de lo rural y políticas públicas. Nuevas realidades y viejas políticas. UAM-Xochimilco, La UAM ante la sucesión presidencial. Propuestas de política económica y social para el nuevo gobierno, Ciudad de México, pp. 449-476.
- Estudillo, Luisa; Sánchez, Héctor; Ochoa, Héctor; Freyermuht, Graciela; Flores, Jorge y Martín-Mateo, Miguel (2005). La salud y el uso de los servicios de salud por las mujeres de las áreas urbana y rural en las zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de la región fronteriza de Chiapas. Estudios demográficos y urbanos, Vol. 20, núm 2, pp. 309-339.

- Farmer, Paul (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. University of California Press.
- Federici, Silvia (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Madrid: Traficante de sueños.
- Flores, Cinthia (2024). Entre el cuidado de la vida y la emergencia socioambiental en Chapala: Las mujeres de Agua Caliente, Poncitlán. [Borrador de tesis doctoral no publicado]. CIESAS, Occidente.
- Fraser, Nancy (2016). Las contradicciones del capital y los cuidados, *New Left review*, Segunda época, 100, pp. 111-132.
- Fraser, Nancy (2023). Capitalismo caníbal. Qué hacer con este sistema que devora la democracia y el planeta, y hasta pone en peligro su propia existencia. Siglo XXI.
- Galtung, Johan (1996). *Peace by peaceful means. Peace and conflict, development and civilization*. London: Sage.
- Gálvez, Thelma, y Matamala, María (2002). La economía de la salud y el género en la reforma de salud. OPS-MINSAL. Género, equidad y reforma de la salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil, Santiago de Chile, pp. 1-8.
- García, Cecilia; Mora, Jorge y Van Gameraes, Edwin (2023). El impacto de las remesas internacionales en los gastos en salud de los hogares mexicanos. *Revista Desarrollo Y Sociedad*, 93, pp. 47-99. <https://doi.org/10.13043/DYS.93.2>
- González-Block, Miguel; De la Sierra, Luz; Vargas & Vargas, Arturo (2013). Utilización de remesas de migrantes en California para atención a la salud de sus dependientes en México. *Salud Pública de México*, Vol. 55(4), pp. 459-467
- Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco (1 de noviembre de 2024) Ficha informativa. Remesas en Jalisco durante el tercer trimestre de 2024. <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2024/11/Ficha-informativa-Remesas-en-Jalisco-tercer-trimestre-2024.pdf>
- INEGI (2020). Censo Nacional de Población y Vivienda 2020.
- Lavinas, Lena (2015). A financeirização da Política Social: o caso brasileiro. *Politika*, nº 2, San Pablo, Brasil. pp. 34-51.
- López, Rocío (12 de agosto de 2024). Poncitlán: Esperanza contra el daño renal. Trabajo en equipo logra revertir el daño renal. UDGTV. <https://udgtv.com/noticias/poncitlan-esperanza-contr-el-dano-renal--parte-i-trabajo/235087>
- Lomelí, Leonardo (2020). La economía de la Salud en México, *Revista de la CEPAL*. 132, pp. 195-208.
- Lozano-Kasten, Felipe; Sierra, Erick; Celis-de la Rosa, Alfredo & Soto, Margarita. (2017). Prevalence of Albuminuria in Children Living in a Rural Agricultural and Fishing Subsistence Community in Lake Chapala, Mexico. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1577. doi: 10.3390/ijerph14121577. PMID: 29240709; PMCID: PMC5750995.
- Orihuela, María (2020). Construir cohesión social, una alternativa ante la nueva normalidad. *Vestigium. Apuntes universitarios. Revista multidisciplinaria de la Universidad Emiliano Zapata*, 1 (1), pp. 31-37
- Padilla-Altamira, César y Aceves, Humberto (2021). A la orilla: degradación ambiental, violencia estructural y enfermedad renal de causa (des)conocida en el Lago de Chapala. Hernández- Ibarra, Luis (Comp.) *Avatares en la enfermedad renal crónica. Las respuestas de quienes la padecen y los actores sociales implicados*, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, pp. 63-89.
- Pedroza-Gutiérrez, Carmen y Catalán-Romero, Juan Manuel (2017). Evolución histórica y ambiental en los procesos de transformación del lago Chapala. *Ambiente Y Desarrollo*, Vol. 21, núm. 40, pp. 9-25.
- Pérez, Amaia (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficante de sueños.

- Pineda, Sandy (2023, 12 de septiembre). Desapariciones y muertes en desiertos: revelan por qué la frontera entre EE. UU. y México es catalogada como la ruta migratoria más peligrosa del mundo. Prensa Libre. <https://www.prensalibre.com/guatemala/migrantes/desapariciones-y-muertes-en-desiertos-revelan-por-que-la-frontera-entre-ee-uu-y-mexico-es-catalogada-como-la-ruta-migratoria-mas-peligrosa-del-mundo/>
- Prieto, Diego (2025, 24 de enero). Foro de Humanismo Mexicano. Espacio de diálogo en el marco de los proyectos estratégicos del Gobierno de México en materia de Humanidades. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=ygmzTATKy3A>
- Rodríguez, Ana y Rodríguez Martha (1998) Historia de la salud pública en México: siglos XIX Y XX. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 5(2), pp. 293-310
- Rompeviento, TV (2024, 9 de julio) Del tequio a la explotación laboral. Mesa Pueblos y Mujeres indígenas. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Ev2it-lzWkE>
- Saldívar, Belén (2024, 10 de julio). Mexicanos gastan el doble en salud que el promedio de los países de la OCDE. *El economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/economia/Mexicanos-gastan-el-doble-en-salud-que-el-promedio-de-los-paises-de-la-OCDE>.
- Valdez, Andrés; Guzmán, Manuel & Peniche, Salvador (2000). La crisis de la cuenca de Chapala. Análisis de sus problemas y alternativas de solución. En Valdez, Andrés, et al. (coord.), *Chapala en Crisis. Análisis de su problemática en el marco de la gestión pública y la sustentabilidad*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp. 63-80.
- Valencia, Enrique, y Jaramillo, Máximo (2023). Brechas de acceso a la salud en México en el marco de la nueva ruralidad. Ciudad de México, Documentos de proyectos, Ciudad de México, CEPAL.
- Vogel, Lise. (1983/2024). *El marxismo y la opresión de las mujeres. Hacia una teoría unitaria*. Països Catalans: Bellaterra.
- Zolla, Carlos y Mellado, Virginia (1995). La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano. En Soledad González, (comp.) *Las mujeres y la salud*, México: El Colegio de México, pp. 71-92.

Números anteriores



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 1
Enero-Febrero 2011
Una interpretación sobre el bajo crecimiento económico en México
Isaac Leobardo Sánchez Juárez



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 2
Marzo-Abril 2011
Análisis exploratorio de datos espaciales de la segregación urbana en Ciudad Juárez
Jaime García De la Rosa



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 3
Mayo-Junio 2011
Diagnóstico y perspectivas del sector terciario en las regiones mexicanas
Rosa María García Almada



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 4
julio-Agosto 2011
Desarrollo y pobreza en México. Los índices IDH y FGT en la primera década del siglo XXI
Myrna Linas Hernández



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 5
Septiembre-Octubre 2011
Las transferencias intergubernamentales y el tamaño del gobierno federal
Raúl Alberto Ponce Rodríguez



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 6
Noviembre-Diciembre 2011
El sector servicios en las ciudades fronterizas del norte de México
José Luis Manzanares Rivera



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 7
Enero-Febrero 2012
Desplazamientos forzados: migración e inseguridad en Ciudad Juárez, Chihuahua
María del Socorro Velázquez Vargas



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 8
Enero-Febrero 2012
Economía y desarrollo en Chihuahua, México. Una propuesta de análisis regional
Jorge Arturo Meza Moreno



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 9
Mayo - Junio 2012
A comparative study of well-being for older in Mexico and England
David Vázquez Guzmán



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 10
Julio - Agosto 2012
Political competition and the (in)effectiveness of redistribution in a federation
Italo Kochi y Raúl Alberto Ponce



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 11
Septiembre - Octubre 2012
Análisis y determinantes de la productividad legislativa en México (2009-2012)
Bárbara Briones Martínez



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 12
Noviembre - Diciembre 2012
Agricultura orgánica y desarrollo: un análisis comparativo entre México y Argentina
Sofía Boza Martínez



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 13
Enero - Febrero 2013
Dinámica demográfica y crisis socioeconómicas en Ciudad Juárez, México, 2000-2010
Wilebaldo Martínez Toyos



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 14
Marzo - Abril 2013
Capital social y desarrollo industrial. El caso de Prato, Italia
Pablo Galuso Rea



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 15
Mayo - Junio 2013
Política industrial activa como estrategia para el crecimiento de la economía mexicana
Isaac Leobardo Sánchez Juárez



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 16
Julio - Agosto 2013
Desarrollo local y organización productiva en el noroeste de Uruguay
Adrián Rodríguez Miranda



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 17
Septiembre - Octubre 2013
Vulnerabilidad social y vivienda en Sonora, México
Jesús Enriquez Acosta y Sarah Bernal Salazar



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 18
Noviembre - Diciembre 2013
Cheques de política monetaria en México: una aplicación del modelo SVAR, 1995-2011
Adelaido García-Andrés y Leonardo Torre Cepeda



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 19
Enero - Febrero 2014
Bienestar, automóvil y motorización
Pablo Martín Urbano y Juan Ignacio Sánchez Gutiérrez



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 20
Marzo - Abril 2014
Beneficio económico y turismo evostístico. El caso de las termas en Michoacán, México
Carlos Francisco Ortiz Paniagua y Georgina Jatzire Arévalo Pacheco



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 21
Mayo - Junio 2014
Crisis inmobiliaria, recesión y endeudamiento masivo, 2002-2011
Miguel Ángel Rivera Ríos



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 22
Julio - Agosto 2014
Ficciones en el comercio interregional: una aproximación basada en datos municipales
Jorge Díaz Lanchas y Carlos Llano Verduras



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 23
Septiembre - Octubre 2014
Formando microempresarias: los servicios de desarrollo de negocio para reforzar el impacto de los microcréditos
Olga Biosca Ariño



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 24
Noviembre - Diciembre 2014
El crecimiento de las regiones y el paradigma del desarrollo divergente. Un marco teórico
Luis Enrique Gutiérrez Casas



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 25
Enero - Febrero 2015
Progressivity and decomposition of VAT in the Mexican border, 2014
Luis Huesca Reynosa, Arturo Robles Valencia y Abdelkrim Arar



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 26
Marzo - Abril 2015
Capital Social y desempeño empresarial: la industria metalmeccánica en Ciudad Juárez, México
Ramón Jiménez Castañeda y Gabriela Sánchez Bazán



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 27
Mayo-Junio 2015
La curva de Phillips para la economía cubana. Un análisis empírico
Malena Portal Boza, Duniensky Feito Madrigal y Sergio Valdés Pasarón



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 28
Julio - Agosto 2015
Género, migración y ruralidad en Chile
Maruja Cortés y Sofía Boza



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 29
Septiembre - Octubre 2015
Aceleración de la urbanización global y movilidad sostenible
Maruja Cortés y Sofía Boza



Economía, población y desarrollo.
Cuadernos de trabajo No 30
Noviembre - Diciembre 2015
The asymmetric effects of monetary policy on housing across the level of development
Jorge Rafael Figueroa Eleas, Pablo Martín Urbano y Juan Ignacio Sánchez Gutiérrez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 31
Enero - Febrero 2016
A composite leading cycle indicator for Uruguay
Pablo Galaso Rea y Sandra Rodríguez López



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 32
Marzo - Abril 2016
Increased trade openness, productivity, employment and wages: a difference-in-differences approach
Silvia Adriana Pelfuffo Geronazzo



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 33
Mayo - Junio 2016
Competitividad local en el norte de México: el caso de la zona metropolitana de Monterrey
Carlos Gómez Díaz de León y Gustavo Hernández Martínez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 34
Julio - Agosto 2016
El desarrollo local y los sistemas de encadenamientos productivos en el sur de Tlaxcala, México
María del Pilar Jiménez Márquez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 35
Septiembre - Octubre 2016
Características y determinantes de la informalidad laboral en México
Enrique Cuevas Rodríguez, Hugo Antón de la Torre Ruiz y Saúl Oswaldo Regla Dávila



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 36
Noviembre - Diciembre 2016
Desarrollo regional y terciarización: los casos de Guanajuato y Querétaro, México
Jordy Micheli Thirion



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 37
Enero - Febrero 2017
Sostenibilidad de pequeños productores en Tlaxcala, Puebla y Oaxaca, México
Benjamin Carrera Chávez y Rita Schwentesen Rindemann



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 38
Marzo - Abril 2017
Estructura regional y polarización económica-poblacional en el centro de México
Alejandra Berenice Trejo Nieto



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 39
Mayo - Junio 2017
Orígenes del neoestructuralismo latinoamericano
Carlos Malloquín Suzarte



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 40
Julio - Agosto 2017
Crecimiento económico en México y manufactura global
Alfredo Erquiza Espinal y Roberto Ramírez Rodríguez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 41
Septiembre - Octubre 2017
Neoliberalización, turismo y socioeconomía en Baja California Sur, México
Mamuel Ángeles, Alba E. Gómez y Ricardo Bórquez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 42
Noviembre - Diciembre 2017
Las microempresas y la reducción de la pobreza en Jalisco, México
María Alejandra Santos Huerta y Leo Guzmán Anaya



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 43
Enero - Febrero 2018
Las zonas económicas especiales en el suroeste de México y el desarrollo regional
José Manuel Orozco Plascencia



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 44
Marzo - Abril 2018
Relocalización de la industria manufacturera en México en la apertura comercial 1980-2014
Jorge Rafael Figueroa Elene, Tomás Arroyo Parra y Anelvis Aragón Jiménez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 45
Mayo - Junio 2018
Agencia y Pobreza en la población económicamente activa mexicana
María Teresa Herrera Rendón Nebel y Miguel Ángel Díaz Carreño



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 46
Julio - Agosto 2018
Reestructuración industrial y empleo en Baja California, México (1989 - 2014)
Martín Ramírez Urquidí, Juan Antonio Meza Fregoso y Luis Armando Becerra Pérez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 47
Septiembre - Octubre 2018
Ciencia, tecnología e innovación en México: un análisis de la política pública
Claudia Díaz Pérez y Moisés Alejandro Alarcón Osuna



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 48
Noviembre - Diciembre 2018
Los límites del crecimiento económico en la frontera norte de México
Luis Enrique Gutiérrez Casas



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 49
Enero - Febrero 2019
La era de Trump y sus impactos en la frontera norte de México
Dirección General Noemé Varios autores



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 50
Marzo - Abril 2019
Diversificación productiva y especialización sectoriales en Chile
Ignacio Rodríguez Rodríguez Paulina Sahuaza Martínez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 51
Mayo - Junio 2019
Impacto de la homologación del IVA en el consumo de los hogares de Baja California, Baja California Sur y Quintana Roo, México
Rolando Israel Valdez Ramírez y Emilio Hernández Gómez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 52
Julio - Agosto 2019
Las remesas internacionales del PTAT y su impacto en el capital humano
Román Sánchez Dávila Lidia Carvajal Gutiérrez y Oswaldo García Salgado



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 53
Septiembre - Octubre 2019
How economics forget power
Carlos Mallorquín



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 54
Noviembre - Diciembre 2019
Modelos de transporte por carretera y emisiones de carbono aplicables en las ciudades y su entorno
Pablo Martín Urbano, Juan Ignacio Sánchez Gutiérrez y Abri Yuriko Herrera Ruiz



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 55
Enero - Febrero 2020
La estrategia urbanizadora de un espacio rural. El caso de Matatlán, México, 2005-2015
Javier Rentería Vargas, María Evangelina Salinas Escobar, María Teresa Rentería Rodríguez y Amando Chávez Hernández



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 56
Marzo - Abril 2020
Indicador integral de dotación de infraestructuras en las entidades federativas de México, 2005-2015
Anelvis Aragón Jiménez y Jorge Rafael Figueroa Elene



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 57
Mayo - Junio 2020
Unconventional monetary policy and creditmarket activity
Juan Carlos Medina Guirado



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 58
Julio - Agosto 2020
Endogeneidad territorial, cadenas de valor global y la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. El caso de San Luis Potosí (México)
Cuanthémoc Modesto López y Leonardo David Tenorio Martínez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 59
Septiembre - Octubre 2020
La pobreza digital en México: un análisis de indicadores de uso y disponibilidad tecnológica
Alejandro Nava Galán y Alhambra Padilla Martínez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 60
Noviembre - Diciembre 2020
El índice de desarrollo de TIC en las economías urbana y rural de México
Marlen Martínez Domínguez y Jimena Méndez Navarro

Números anteriores



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 61
Enero - Febrero 2021
Análisis del gasto corriente en los municipios rurales de Michoacán, México, 2001-2015
René Colín Martínez y
Hugo Amador Herrera Torres



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 62
Marzo - Abril 2021
El impacto socioeconómico global del COVID-19: un análisis basado en brotes epidémicos para Nueva Zelanda
Alan Alejandro Zepeda Contreras y
Rafael Trucha Regalado



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 63
Mayo - Junio 2021
Población y desafíos en el noroeste del estado de Chihuahua, México. Una mirada desde la escuela pública
Fernando Sandoval Gutiérrez,
Claudia Teresa Domínguez Chavira
y Patricia Islas Salinas



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 64
Julio - Agosto 2021
Isotopías de sostenibilidad urbana y regional en el Estado de México
María Estela Orozco-Hernández



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 65
Septiembre - Octubre
Marco TOE para diferenciar la simulación del ERP en franquistas y empresas familiares mexicanas
Silvia Leticia López Rivas,
Janet Ayup González y
Adriana Méndez Wong



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 66
Noviembre - Diciembre
La actividad turística y su impacto en la estructura sectorial de la economía de Baja California Sur, México
Ismael Rodríguez Villalobos



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 67
Enero - Febrero
Carencia alimentaria, cadenas productivas y políticas públicas para el sector agrícola en México
Luis Kato Maldonado y
Guadalupe Huerta Moreno



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 68
Mayo - Junio
Efecto de la gestión del factor humano en la flexibilidad y la efectividad organizacionales en PYMEs turísticas mexicanas
María Alondra de la Llave Hernández,
Diana Donaji del Callejo Canal
Margarita Edith Canal Martínez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 69
Mayo - Junio
Políticas públicas municipales para enfrentar la pandemia de COVID-19: el caso de los municipios de Michoacán, México
Manuel Vázquez Hernández
Carlos Francisco Ortiz Paniagua



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 70
Julio - Agosto
Movilidad y desarrollo urbano: una revisión de los factores estratégicos de su gobernanza y sostenibilidad
Francisco Javier Rosas Ferrusca,
Pedro Leobardo Jiménez Sánchez
Juan Roberto Calderón Maya



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 71
Septiembre - Octubre
Efecto de las variables socioeconómicas en la inflación y el desempleo en México, 1980 - 2019
Esther Figueroa Hernández,
Francisco Pérez Soto,
Lucila Godínez Montoya
Rebeca Alejandra Pérez Figueroa



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 72
Noviembre - Diciembre
Condiciones sociales y de salud como determinantes de los contagios y fallecimientos por la covid-19 en México
Enrique Cuevas Rodríguez,
Bernardo Jaén Jiménez
María Soledad Castellanos Villarruel



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 73
Enero - Febrero
La gestión de los recursos hídricos en el municipio de Culiacán, Sinaloa, México
Jorge Rafael Figueroa Elenes,
Rafael Rentería Escobar
y Pablo Martín Urbano



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 74
Marzo - Abril
El crecimiento de la economía subterránea en Mesoamérica
Aurora Furlong y Zacaula
Raúl Netzmalcoyotzi Luna
Edwin Hernández Herrera



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 75
Mayo - Junio
Desarrollo sustentable y salud en el medio urbano. El caso de Oaxaca, México
Andrés Miguel Cruz,
Ruffo Caín López Hernández,
Andrés Enrique Miguel Velasco
Consuelo Mireya Divila Núñez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 76
Julio - Agosto
Las nuevas redes de centros de desarrollo tecnológico aplicado. Una aproximación al caso británico
Germán Herrera Bartis
Patricia Gutti



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 77
Septiembre - Octubre
Los programas de medicina de precisión y los desafíos para la gestión de la salud pública
Guillermo Foladori
Ericka Bracamonte-Aramburo



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 78
Noviembre - Diciembre
Diversidad y precariedad laboral: el trabajo doméstico de mujeres indígenas en municipios de Chihuahua, México
Juan Jaime Loera González



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 79
Enero - Febrero
Impacto de variables subjetivas en la formación de la confianza del consumidor en México
Itzel Gabriela Sáenz Canales,
David de Jesús González Milán
Adanely Avila Arce



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 80
Marzo - Abril
Resiliencia empresarial y COVID. Un estudio local para el estado de Chihuahua, México
Javier Martínez Morales,
David de Jesús González Milán
Adanely Avila Arce



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 81
Mayo - Junio
Desarrollo urbano inteligente sensible al agua: lineamientos para su diseño
Sandra Cecilia Rodríguez Martínez,
Francisco Javier Rosas Ferrusca
Ryszard Edward Rozga Luter



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 82
Julio - Agosto
Percepción de la calidad del servicio público de salud en Morelia, Michoacán (México)
Ma del Carmen Monserrat
Gutiérrez Herrera
Francisco Javier Ayvar - Campos



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 83
Septiembre - Octubre
Competencia electoral, migración y gasto público local
Raúl Alberto Ponce Rodríguez



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 84
Noviembre - Diciembre
La falta de agencia como determinante de la pobreza en México
María Teresa Herrera Rendón Nebel
Miguel Ángel Díaz Carreño

Números anteriores



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 85
Enero - Febrero
**Motorización metropolitana:
un análisis del crecimiento
exponencial del parque
vehicular**
Francisco Javier Rosas Ferrusca



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 86
Marzo - Abril
**La Microcuenca del río Chiquito
de Morelia, México: un análisis
ambiental, biofísico y
socioeconómico**
Katia Vianney Miranda Gallegos
Diana Laura Rangel Vargas
Rafael Trueta Regalado



Economía, población y desarrollo
Cuadernos de trabajo No. 87
Mayo - Junio
**Aglomeraciones productivas,
una alternativa para el
desarrollo regional
de Sinaloa, México**
Rosa Kareilly López Rubio
Jorge Rafael Figueroa Elenes

I. Para el documento general:

Tipo de letra: Times New Roman.

Tamaño: 11 puntos.

Interlineado: 1.5 espacios.

Títulos y subtítulos:

El texto principal en 11 puntos. Títulos 12 puntos (en resaltado). Subtítulos 11 puntos. Cada título y subtítulo deberá numerarse bajo el siguiente orden: 1, 1.1, 2, 2.1, 2.2...

La extensión máxima de los cuadernos de trabajo será de 40 cuartillas.

La primera vez que se emplee una sigla en el texto se especificará primero su equivalencia completa y después la sigla.

II. Hoja de presentación:

Título:

14 puntos, centrado, resaltado.

Nombre de autor(es):

12 puntos

Resumen y abstract:

Debe incluir resumen en español y abstract (diez puntos), no mayor a 250 palabras

Palabras clave:

Incluir entre tres y cinco palabras clave, en español e inglés

Referencia del autor o autores:

Institución de adscripción, grado académico y líneas-grupos de investigación que desarrolla y a los que pertenece.

III. Sistema de referencia de citas:

APA

Las citas bibliográficas en el texto deberán incluir entre paréntesis sólo el apellido del autor, la fecha de publicación y el número de página; por ejemplo: (Quilodrán, 2001: 33).

IV. Notación en sección de bibliografía y fuentes de información:

Se deberá incluir al final del texto. Toda referencia deberá estar mencionada en el texto o notas de pie de página.

Cada referencia iniciará con el primer apellido o los apellidos, luego el nombre del autor, y después, entre paréntesis, el año de publicación seguido de un punto. Ejemplos:

Se deberá incluir al final del texto. Toda referencia deberá estar mencionada en el texto o notas de pie de página

Cada referencia iniciará con el primer apellido o los apellidos, luego el nombre del autor, y después, entre paréntesis, el año de publicación seguido de un punto. Ejemplos:

Artículo:

Ros, Jaime (2008). “La desaceleración del crecimiento económico en México desde 1982”, en Trimestre Económico, vol. 75, núm. 299, pp. 537-560.

Libro:

Villarreal, René (2005). Industrialización, competitividad y desequilibrio externo en México. Un enfoque macroindustrial y financiero (1929-2010), México, Fondo de Cultura Económica.

Capítulo de libro:

Castillo, Manuel Ángel (2003). “La política de inmigración en México: un breve recuento”, en Manuel Ángel Castillo, Alfredo Lattes y Jorge Santibáñez (coords.), Migración y fronteras, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte / Asociación Latinoamericana de Sociología / El Colegio de México, pp. 425-451.

V. Notas de pie de página:

Se utilizarán para hacer indicaciones complementarias, aclaraciones o ampliación de una explicación. La nota de pie de página en Times New Roman, 10 puntos.

VI. Tipología de imágenes dentro del texto:

Cuadro

Gráfica

Diagrama

Mapa

Figura

Todas las imágenes deben ser numeradas y mencionadas dentro del texto. A toda imagen debe incluirse la fuente.

Las indicaciones de la imagen: tipo y número de imagen, título de imagen y fuente se escriben en 10 puntos. En el texto poner como imagen los mapas, figuras, gráficas y diagramas –con el ánimo de no perder el formato realizado por el autor.

VII. Ecuaciones y fórmulas:

Si se utilizan ecuaciones o fórmulas deberá utilizarse el editor de ecuaciones de Word y numerarse.

VIII. Envío de trabajos

Los trabajos deben ser enviados a la dirección de correo: lgtz@uacj.mx. Con el Dr. Luis Enrique Gutiérrez Casas, editor de esta publicación.

La aceptación de cada colaboración dependerá de la evaluación de dos dictaminadores especialistas en la materia que se conservarán en el anonimato, al igual que el autor (autores) para efectos de la misma.

I. For General Document:

Font type: Times New Roman.

Size: font size 11.

Paragraph: 1.5 line spacing.

Titles and subtitles: Main text font size 11. Titles font size 12 (Bold). Subtitles font size 11.

Each title and subtitle should be numbered in the following order: 1, 1.1, 2, 2.1, 2.2...

The maximum length of the workbooks will be 40 pages.

The first time an abbreviation is used in the text will be specified first complete equivalence and then stands.

II. Front cover:

Title:

Font size 14, centered, Bold.

Author name(s):

Font size 12.

Abstract:

It should include abstract in Spanish and abstract (font size 10), no more than 250 words.

Keywords:

Include three to five keywords, in Spanish and English.

Reference of author:

Institution of affiliation, academic degree and line-developed by research groups and belonging.

III. Bibliographical appointment system:

APA

Citations in the text should include between parentheses only the author's name, publication date and page number, for example:

(Quilodrán, 2001: 33).

IV. Notation about Bibliography section and Information fonts:

Should be included at the end of the text. All references must be mentioned in the text or footnotes page.

Each reference starts with the first name or last name, then the name of the author, and then, in parentheses, the year of publication followed by a period. Examples:

Article:

Ros, Jaime (2008). "La desaceleración del crecimiento económico en México desde 1982", en Trimestre Económico, vol. 75, núm. 299, pp. 537-560.

Book:

Villarreal, René (2005). *Industrialización, competitividad y desequilibrio externo en México. Un enfoque macroindustrial y financiero (1929-2010)*, México, Fondo de Cultura Económica.

Book chapter:

Castillo, Manuel Ángel (2003). “La política de inmigración en México: un breve recuento”, en Manuel Ángel Castillo, Alfredo Lattes y Jorge Santibáñez (coords.), *Migración y fronteras*, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte / Asociación Latinoamericana de Sociología / El Colegio de México, pp. 425-451.

V. Footnotes:

Must be used to make additional indications, clarification or expansion of an explanation. The footnotes must be in Times New Roman, font size 10.

VI. Image typology inside text:

Picture

Graph

Diagram

Map

Figure

All images must be numbered and mentioned in the text, should include the source image. The indications of the image: type and number of image, image title and source are written in 10 font size. In the text set as image maps, figures, graphs and charts-with the intention of not losing the formatting by the author.

VII. Equations and Formulae:

When using equations or formulas should be used in Microsoft Word equation editor and numbered.

VIII. Paper sending

Entries must be sent to the email address: lgtz@uacj.mx. With Dr. Luis Enrique Gutiérrez Casas, editor of this publication.

Acceptance of each collaboration will depend on the evaluation of two examiners skilled in the art to be kept anonymous, like the author(s) for the same purposes.



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
CIUDAD JUÁREZ



Red
Iberoamericana
de Estudios
del Desarrollo

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Número 88, julio - agosto de 2025

Director y editor

Dr. Luis Enrique Gutiérrez Casas

Comité editorial
Sección internacional

Dra. Sofía Boza Martínez (Universidad de Chile, Chile)
Dra. Olga Biosca Artiñano (Glasgow Caledonian University, Reino Unido)
Dra. Ángeles Sánchez Díez (Universidad Autónoma de Madrid, España)
Dr. Thomas Fullerton Mankin (University of Texas at El Paso, Estados Unidos)
Dr. Adrián Rodríguez Miranda (Universidad de la República, Uruguay)
Dra. Ikuho Kochi (Kanazawa University, Japón)
Dr. Pablo Galaso Reca (Universidad de la República, Uruguay)

Sección local
(Universidad Autónoma de Ciudad Juárez)

Dra. Myrna Limas Hernández
Dra. Rosa María García Almada
Dr. Raúl Alberto Ponce Rodríguez
Dr. Isaac Leobardo Sánchez Juárez
Dr. Héctor Alonso Barajas Bustillos
Dr. Juan Carlos Medina Guirado
Mtra. María Del Socorro Velázquez Vargas



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
CIUDAD JUÁREZ

Economía, Población y Desarrollo
ISSN 2007-3739

Edición impresa:
Número de reserva 04-2022-071309174300-102
Edición digital:
Número de reserva 04-2021-081717103700-203

www.riedesarrollo.org



Publicación afiliada a la Red Iberoamericana de
Estudios del Desarrollo

© Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Avenida Plutarco Elías Calles #1210, Fovissste Chamizal
Ciudad Juárez, Chih., México.
www.uacj.mx