

Género y mercantilización de la salud en la región Altos de Chiapas: una aproximación etnográfica

Gender and Commodification of Health in the Altos Region of Chiapas: An Ethnographic Approach

Renata Gabriela Cortez Gómez

 <https://orcid.org/0000-0002-1943-1842>

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social,
Unidad Ciudad de México, México
rcortezgomez@gmail.com

Resumen

Por medio de entrevistas a profundidad, se analizó el papel de las mujeres indígenas de la región Altos de Chiapas en la toma de decisiones y las estrategias financieras para acudir al sector privado de salud cuando sus hijas o hijos se enferman. Los resultados indican que las deficiencias del sector público están desplazando a las familias indígenas al sector privado, donde los costos son elevados, lo que las obliga a recurrir al crédito informal —préstamos de familiares, amistades o prestamistas— y, en algunos casos, al crédito formal de bancos. Asimismo, muchas mujeres no cuentan con el soporte financiero del padre de sus hijos o hijas ni tienen acceso a un crédito, lo cual retrasa la búsqueda de atención médica privada y pone en riesgo la salud de sus hijos e hijas. Para garantizar el acceso a servicios de salud, es urgente incrementar el presupuesto del sector público y regular el sector privado.

Palabras clave: población indígena, acceso a servicios de salud, servicios privados de salud, desigualdades de género, estrategias financieras

Abstract

Through in-depth interviews, the role of Indigenous women from the Altos de Chiapas region in decision-making and financial strategies to access private healthcare when their children become ill was explored. The results indicate that deficiencies in the public sector are pushing Indigenous families toward the private sector, where costs are high, forcing them to rely on informal credit —loans from relatives, friends or moneylenders— and, in some cases, on formal bank credit. Moreover, many women do not receive financial support from their children's fathers nor have access to credit, which delays seeking private medical care and puts the health of their sons and daughters at risk. To guarantee access to healthcare services, it is urgent to increase the public sector's budget and regulate the private sector.

Key words: indigenous population, access to health care, private healthcare services, gender inequities, financial strategies.



Recibido: 31/01/2025
Aceptado: 28/04/2025
Publicado: 12/08/2025

Introducción

A pesar de la implementación del Seguro Popular como una política de protección financiera en salud en el periodo 2004-2019, la población indígena estuvo en riesgo de ruina económica por razones de salud. La mala percepción de los servicios públicos ha impulsado a la población indígena a utilizar servicios privados para atender sus padecimientos, lo que ha influido en una mayor mercantilización de la salud. Sin embargo, poco se sabe de las estrategias financieras utilizadas para costear estos servicios privados, y menos aún cuál es el papel del género. El objetivo de este artículo¹ es analizar la importancia del estatus de las mujeres indígenas de la región Altos de Chiapas en la toma de decisiones a la hora de acudir a un servicio privado de salud cuando sus hijas o hijos se enferman, y en el despliegue de estrategias financieras para tener acceso a estos servicios. Los bajos salarios y la falta de soporte financiero de los padres de sus hijos o hijas les impiden contar con ahorros, por lo cual tienen que recurrir con frecuencia a créditos informales —préstamos a familiares, amistades o prestamistas— y, en algunos casos, al crédito formal con entidades bancarias. Además, algunas mujeres no cuentan ni con ingresos ni con la posibilidad de solicitar créditos, lo cual posterga o impide la búsqueda de atención en el sector privado y coloca a sus hijos e hijas en un mayor riesgo.

Durante el siglo XX en México se desarrolló el sistema público de salud, que benefició principalmente a personas de la clase trabajadora a través de regímenes de seguridad social; sin embargo, las crisis económicas y las políticas neoliberales llevaron a su estancamiento, y a finales del siglo XX la población no asegurada, que era más de la mitad, realizaba gastos de bolsillo² que los ponían en riesgo de pobreza (Zurita y Ramírez, 2003). La constante reducción del porcentaje de PIB que se destina a salud y un presupuesto que no se corresponde con la población que se espera atender han ocasionado grandes desigualdades en el acceso a los servicios de salud (Méndez, 2019, en Sáenz Vela y Guzmán Giraldo, 2021: 7). Para afrontar este problema, en 2004 entró en vigor el Seguro Popular, un régimen de financiamiento que, usando la infraestructura existente de los Sistemas Estatales de Salud, buscaba reducir el gasto de bolsillo entre la población no asegurada.

¹ Agradezco a Sergio Meneses Navarro por sus observaciones y sugerencias a la primera versión de este artículo, así como a las personas dictaminadoras por sus valiosas sugerencias.

² El gasto de bolsillo es el gasto directo que una persona o una familia realiza para solventar requerimientos de salud, incluyendo servicios (consultas, hospitalización, rehabilitación, estudios de laboratorio, etc.), medicamentos y otros. No considera los pagos de seguros privados ni los pagos a la seguridad social.

Este objetivo se logró de forma heterogénea, pues entre la población general se observó una reducción significativa del gasto (CONEVAL, s.f.), pero no entre la población indígena, a la cual no se le protegió del riesgo de ruina financiera por razones de salud (Serván Mori et al., 2023). El Seguro Popular tampoco mejoró la calidad de la atención ni se utilizó para financiar más infraestructura o recursos humanos, sino que produjo demoras en la atención y restricciones en el abastecimiento de medicamentos (CONEVAL, s.f.), que explicarían que la población costeara hasta el 79 % del total de gastos de medicinas de su bolsillo (Funsalud, 2011, en Pérez Cuevas et al., 2012). La falta de medicamentos explica por qué muchas personas dejan de acudir a los servicios públicos de atención de salud (Wirtz et al., 2008: s474), ya que es el principal beneficio que proveen, considerando que los precios de los fármacos en el sector privado en México, ajustados por ingreso, son más elevados que en otros países (Danzon y Furukawa, 2005, en Wirtz et al., 2013).

Aunque se observó que en el periodo 2008-2018 el Seguro Popular contribuyó a reducir la falta de acceso a servicios de salud de la población indígena (CONEVAL, s.f.) —una de las principales carencias sociales que esta población afrontaba antes de la implementación del programa—, al final de dicho periodo se observó la reducción del uso de servicios públicos. Las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición revelaron que, en 2012, el 73.5 % de la población indígena usaba servicios públicos, y en 2018 solo lo hacía el 41.3 %. Por el contrario, el 7.2 % de la población indígena reportó que usaba consultorios adyacentes a farmacias (CAF) en 2012, y en 2018 lo hacía el 10.2 %; por su parte, la consulta a médicos privados se triplicó, al pasar del 14.6 % en 2012 al 44.5 % en 2018. Los tiempos de demora entre la solicitud de la consulta y la atención, así como los intervalos de espera en los consultorios y la información clara sobre los diagnósticos y las explicaciones sobre los medicamentos fueron menos satisfactorios en el sector público que en el privado (Flores Hernández et al., 2021), lo que podría explicar la tendencia a incrementar el uso de los servicios privados.

A finales de 2019 se derogó la ley que dio origen al Seguro Popular y la provisión de servicios de la población no asegurada en México quedó a cargo del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), aunque tres años después sus tareas fueron absorbidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través del sistema IMSS-Bienestar, programa que data de la década de 1970, pero que había dejado de tener importancia presupuestaria. Es decir, que en el lapso de un sexenio las políticas de salud dirigidas a la población sin seguridad social

cambiaron constantemente; sin embargo, todavía son escasas las etnografías realizadas en las que se analicen sus efectos en el acceso a servicios de salud y en el gasto de bolsillo de la población indígena.

El uso de servicios privados entre la población indígena aparece en diversidad de etnografías sobre procesos de salud/enfermedad en la región Altos de Chiapas, y en las trayectorias de búsqueda de atención se observa que los gastos que genera pueden derivar en empobrecimiento (Eroza y Muñoz, 2024; Ruíz, Eroza y Magaña, 2022). Asimismo, el papel de las relaciones de género y de la violencia de género en contra de las mujeres en la decisión de buscar atención médica durante el embarazo, el parto o el puerperio en la región Altos ha sido ampliamente documentado por Freyermuth (2003). También se han estudiado los estereotipos y las relaciones de género en cuanto a la vulnerabilidad y la adherencia al tratamiento de VIH/sida en mujeres y hombres indígenas tseltales y choles (Muñoz, 2023). Sin embargo, estos trabajos se han enfocado principalmente en el acceso a los servicios públicos de salud, pero no se ha profundizado en las estrategias que desarrollan las familias para afrontar los gastos y en el papel del género en el financiamiento.

En México se han realizado etnografías sobre servicios privados de salud como los CAF, los cuales se han centrado en la perspectiva del personal médico (Morán, 2020) y en usuarias y usuarios de zonas urbanas (Morán, 2023; Osorio, 2020), sin perspectiva de género y sin problematizar el rol que juega la etnicidad en las implicaciones financieras. Se asume que las familias pobres o indígenas no utilizan los servicios privados de salud, cuando lo que en realidad ocurre es que no lo sabemos porque no se ha estudiado (López y Flores, 2023). En países con sistemas de salud robustos como Canadá (Stinson, 2004) y los nórdicos (Vaitinen, 2015) se ha comprobado que las políticas de privatización han tenido efectos en el cuidado de las infancias y de los adultos mayores, ya que han obligado a las mujeres a asumir esas tareas y han precarizado los empleos femeninos en el sector sanitario y de cuidados. En contextos con sistemas de salud precarios, como Etiopía (Dekker, 2010) y Togo (Leliveld et al., 2010), se ha demostrado una asociación directa entre el género y el pago de servicios de salud —públicos, privados o tradicionales—, de tal modo que las mujeres evitan buscar atención médica cuando sus estrategias financieras son escasas o nulas, esto debido a las normas de género, que las colocan en una posición de dependencia económica de sus esposos, por lo que tienen que recurrir a la solidaridad de sus redes familiares o vecinales, si es que cuentan con ellas.

Un análisis desde la economía política de la atención sanitaria puede develar el impacto del «modo de producción capitalista en la producción, distribución y consumo de los servicios de salud» (Baer, 1982, en Harvey, 2021: 296). El capitalismo en su fase neoliberal ha favorecido la mercantilización de la salud, con lo cual nos referimos a la creciente presencia de proveedores privados con fines de lucro y a la influencia cada vez mayor de las ideas, lógicas y mecanismos del mercado en la prestación de servicios de salud, incluyendo los públicos (Anttonen y Karsio, 2017). De acuerdo con Conrad y Leiter, la mercantilización es importante para la privatización, ya que la segunda es posible «cuando una intervención médica disponible [...] se encuentra con consumidores dispuestos a pagar de su bolsillo para recibir tratamiento» (Conrad y Leiter, 2004: 165). Es decir, la privatización no solo es impulsada por las políticas públicas, sino que también se debe a la demanda explícita de las personas. Dichos autores indican que la mercantilización también se observa en la creación de nuevos mercados como las poblaciones pobres, para quienes también se diseñan productos o servicios que les permitan consumir mercancías, como es el caso de los CAF (Hayden, 2007; López y Flores, 2023).

La mercantilización de la salud es un problema porque atenta contra los derechos sociales conquistados a través de luchas históricas, como ha sucedido con el derecho a la salud, que impulsó la creación de los sistemas públicos de salud. Pellegrino señala que, en este marco de mercantilización, las personas se vuelven consumidoras racionales y tomadoras de decisiones, y la relación entre el personal médico y los usuarios de los servicios de salud se vuelve comercial, regulada principal o exclusivamente por las reglas del comercio, en lugar de por los preceptos de la ética profesional (Pellegrino, 1999: 252). El autor agrega que esto sucede porque, interesadas en la obtención de beneficios económicos, las empresas proveedoras de servicios privados de salud no buscan corregir las desigualdades en la distribución de servicios y tratamientos, los cuales, en palabras de Conrad y Leiter (2004), estarán disponibles para quienes puedan pagar por ellos.

La economía política también requiere perspectiva de género, importante para el estudio de las dinámicas económicas (Elson, 1998, en Gideon, 2014), como lo demostró Jane Jenson al analizar la interrelación entre la división de género en el trabajo, la distribución de recursos en los hogares y la capacidad de pagar en un contexto de comercialización sanitaria.

[Ella] sostiene que es necesario formular tres preguntas centrales en cualquier análisis de políticas. Su primera pregunta es quién cuida: la familia, el Estado o el mercado; en segundo lugar, quién paga y nuevamente pregunta si el costo corre a cargo de las familias o del Estado, y finalmente, cómo se brinda la atención, donde también aquí considera el papel de la familia, los Estados y los mercados (Jenson, 1997, en Gideon, 2014: 39).

Estas preguntas resultan especialmente iluminadoras ante la creciente mercantilización y privatización de la salud, fenómenos que han implicado un repliegue del Estado en su responsabilidad de proveer estos servicios. Si en el acceso a los servicios de salud media la toma de decisiones de los hombres, como se ha observado en la región Altos de Chiapas (Freyermuth, 2003; Muñoz, 2023), es posible inferir que la mercantilización de la salud afectará negativamente a las mujeres, y con probabilidad a sus hijos e hijas si los ingresos del hogar también son controlados por los hombres. A partir de estas premisas, surge la pregunta de cuál es el papel del género en el acceso a servicios privados de salud en la región Altos tsotsil-tseltal.

Para responder a esta pregunta nos apoyamos en la antropología económica (Dekker, 2010) y la teoría de género. La primera nos invita a mirar más allá de los recursos monetarios como indicadores de riqueza o de pobreza y a tomar en cuenta elementos como las características del trabajo y el hecho de contar o no con redes de ayuda mutua, así como a revisar las condiciones materiales de vida y el acceso a educación; este último elemento es determinante porque, a su vez, facilita el acceso a mejores trabajos y, con ello, a mejores ingresos (González, 2018). La configuración particular de estos factores va a colocar a los hogares en situaciones de mayor o menor vulnerabilidad frente a los problemas de salud. No obstante, el hecho de que las etnografías sobre finanzas domésticas y estrategias financieras tomen como unidad de análisis los hogares (Bazán y Saraví, 2012) puede impedirnos reconocer el rol que desempeña el género en el desarrollo de estrategias financieras ante las crisis de salud.

La teoría de género resulta fundamental porque demuestra que las construcciones socioculturales de lo masculino y lo femenino organizan la vida social y determinan cómo operan las instituciones sociales, desde la familia hasta los sistemas de salud, porque atraviesan a toda la sociedad estableciendo un orden de género para cada contexto sociocultural (Connell, 2012). Las diferencias entre lo que se considera femenino y masculino, en su articulación con la raza, la etnicidad y la localización geopolítica, entre otras categorías de diferenciación social,

pueden constituirse en desigualdades que determinan el acceso a recursos en contextos de liberalización económica (Connell, 2012), las cuales tienen efectos a nivel familiar, donde se gestiona la salud. La familia es el lugar de la subordinación femenina, pero no es estática, sino que se redefine a lo largo del ciclo doméstico, por lo cual muchas mujeres logran ejercer poder sobre otras mujeres (De Barbieri, 1993), como se ha observado entre las suegras tsotsiles, que tienen autoridad sobre sus nueras (Freyermuth, 2003). El cuidado de la salud, tarea que históricamente ha sido asignada a las mujeres, hace casi irreconciliable el trabajo fuera del ámbito doméstico, y las obliga a insertarse en la economía informal a cambio de salarios bajos. Al restringir sus aportaciones financieras al hogar, se vuelven dependientes de las personas que aportan más, o de aquellas que no aportan más que ellas y gozan de reconocimiento como sostén del hogar, de ahí la importancia de las preguntas de Jenson (1997, en Gideon, 2014): si quien cuida es una mujer que no tiene capacidad de pagar por servicios de salud, en contextos donde el mercado provee la atención médica solo a cambio de dinero, ella tendrá dificultades para hacer su trabajo de cuidados.

Resulta, pues, imprescindible preguntarse específicamente sobre el papel de las mujeres en el despliegue de estrategias financieras ante problemas de salud (Dijk y Dekker, 2010). Usamos el concepto de estrategias financieras para referimos a las diversas prácticas y servicios financieros formales e informales que se utilizan con la finalidad de incrementar o compensar sus magros ingresos y tener acceso a los bienes de consumo que el mercado les ofrece (Bazán y Saraví, 2012), como las consultas, las hospitalizaciones o las medicinas, entre otros recursos de salud privatizados y mercantilizados.

La región de estudio

La región Altos está integrada por 17 municipios,³ con población mayoritariamente hablante de las lenguas tsotsil y tseltal, a excepción de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, donde la proporción es del 32.7 % personas hablantes de lengua indígena. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021), la población de la región es predominantemente joven, y la fecundidad está por encima de dos hijos por mujer en la mayoría de los municipios, siendo más alta que el promedio estatal —1.8 hijos por mujer—. La

³ Los municipios son: Aldama, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larránzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Cristóbal de Las Casas, San Juan Cancuc, Santiago El Pinar, Tenejapa, Teopisca y Zinacantán.

proporción de hijos fallecidos oscila entre el 2.3 % en el municipio de Chenalhó y el 5.1 % en el de Chamula.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) también indican que, hasta 2020, la mayor parte de la población de la región estaba afiliada al extinto INSABI, mientras que una proporción reducida contaba con un esquema de seguridad social como IMSS o ISSSTE; la mayoría de quienes estaban afiliadas a uno de estos dos últimos sistemas vivían en San Cristóbal de Las Casas, lo que nos da una idea del papel que juega esta ciudad como proveedora de empleos con ingresos estables, en contraste con el resto de los municipios, donde las personas se dedican principalmente a actividades primarias. La proporción de población económicamente activa en la mayoría de los municipios es menor que la registrada a nivel estatal (61.2 %); existen sin embargo tres municipios que superan este porcentaje —entre ellos San Cristóbal—, mientras que hay casos, como el municipio de Mitontic, donde apenas representa el 25.1 % de la población. En cuanto a mujeres incluidas en la población económicamente activa, a excepción de cuatro municipios que se acercan o superan la proporción estatal (37.9 %) —entre ellos San Cristóbal de Las Casas—, en la mayoría de los municipios el porcentaje es bajo, alcanzando su menor nivel en Mitontic (9.6 %). Este último dato hace suponer que un número importante de mujeres en la región no tiene ingresos propios y depende de los de sus esposos o los de la red familiar.

Respecto a la distribución de los servicios de salud, el Catálogo CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) de la Dirección General de Información en Salud (6 de agosto de 2024), hasta diciembre de 2023 tenía registrados en la región Altos 313 servicios, de los cuales 35 eran privados, predominantemente servicios de hospitalización y CAF de Farmacias Similares y Farmacias del Ahorro. Al contrastar los registros del CLUES con las observaciones de campo, es posible aseverar que existen muchos servicios privados no incluidos en el CLUES, pese a que es obligatorio registrarse en este catálogo. Entre los servicios públicos de la región, 195 pertenecen a la Secretaría de Salud, uno a Servicios Estatales, 79 a IMSS Bienestar, uno al IMSS y uno al ISSSTE. A diferencia de los servicios privados, que están concentrados en San Cristóbal de Las Casas, los públicos tienen presencia en todos los municipios, aunque San Cristóbal destaca por contar con 30 de ellos, la mayoría de la Secretaría de Salud, y los únicos del IMSS e ISSSTE de la región debido a que es el municipio más poblado y la ciudad de referencia

para la mayoría de las derivaciones cuando los demás municipios necesitan atención de segundo nivel.

Metodología

Esta etnografía se basa en estudios de caso llevados a cabo en la región Altos de Chiapas, «una entidad dotada de límites espacio temporales, de una estructura y de una lógica específica de funcionamiento» (Gundermann, 2008: 283). La recolección de información incluyó la realización de entrevistas semiestructuradas y en profundidad a cuidadoras —madres, abuelas, hermanas, etc.— de niños y niñas que durante el último año habían cursado un cuadro agudo respiratorio o diarreico, para lo cual acudieron a servicios privados de salud de la región, principalmente de San Cristóbal de Las Casas, donde se concentra la mayoría. También se entrevistó, cuando fue posible, a sus esposos, así como a familiares y terapeutas. Asimismo, se realizó observación en las salas de espera y en las afueras de varios servicios médicos privados, donde también se invitó a las personas que acudían a colaborar en la investigación.

Se contrataron tres traductoras, dos de tsotsil y una de tseltal; una contaba con experiencia previa en investigaciones sobre salud y se entrenó a las que no tenían experiencia. Las traductoras revisaron las guías de entrevista y el consentimiento informado e hicieron adaptaciones a sus respectivas lenguas. Ellas también ejercieron como enlaces en la investigación, colaborando en la identificación de contactos a través de sus redes de amistades y laborales. La traducción de las entrevistas se realizó de manera simultánea con la finalidad de explorar aspectos no contemplados en la guía y de interés para la investigación. Fue posible entrevistar a 32 usuarias y cuatro usuarios de servicios privados de salud; además, se pudo entrevistar a tres médicas y a otras dos personas que trabajaban en servicios privados de salud.

Entre las mujeres usuarias de los servicios privados de salud observamos que: las edades oscilaban entre los 15 y 50 años, 13 radicaban en San Cristóbal de Las Casas —se trataba de la primera o segunda generación de migrantes establecidas, sobre todo de Chamula— y el resto en otros municipios. En cuanto a la lengua: 19 eran hablantes de tsotsil, siete de tseltal y una de zoque. Su adscripción religiosa era predominantemente católica y cristiana, y en menor proporción tradicionalista, bautista y adventista. Respecto a su papel como cuidadoras o cuidadores: 12 tenían a su cargo un hijo, hija, nieto o nieta; seis tenían dos; una

tenía tres hijos o hijas, y cuatro tenían cuatro o más hijos o hijas. En cuanto a la escolaridad: 11 no fueron a la escuela, cuatro terminaron la primaria, tres la secundaria, tres la preparatoria y cinco fueron a la universidad, de las cuales dos contaban con posgrado. En cuanto a los hombres, sus edades oscilaban entre los 32 y 50 años; dos eran católicos, uno evangélico y uno tradicionalista; uno radicaba en San Cristóbal de Las Casas, mientras que los demás vivían en municipios aledaños; dos tenían tres hijos o hijas, otro tenía un solo hijo, y el último no tenía; en cuanto a nivel educativo, dos habían cursado estudios universitarios, uno había completado la preparatoria y otro solo había terminado la secundaria.

En términos laborales: nueve mujeres se dedicaban exclusivamente al trabajo doméstico y de cuidados, y el resto lo combinaba con un empleo remunerado —empleo doméstico, artesanía, venta al por menor, trabajo agrícola temporal, docencia y empleo de una organización—. Las ocupaciones de los pocos hombres entrevistados fueron las siguientes: fisioterapeuta, campesino, comerciante y músico tradicional. Los hombres que no fueron entrevistados, pero que eran parejas de las mujeres participantes, trabajaban como jornaleros, chalanos o empleados, es decir, principalmente realizaban trabajos de baja remuneración; además, dos estaban desempleados, en un caso por uso problemático de alcohol y en otro por enfermedad.

Antes de realizar las entrevistas, las personas fueron informadas acerca de los riesgos de la investigación y los objetivos y el uso que se daría a los datos solicitados, así como sobre su derecho a la confidencialidad y al anonimato, a no responder preguntas incómodas y a retirarse de la investigación en cualquier momento. Se recalcó que la información sería resguardada por la investigadora y que solo ella tendría acceso, así como que se borrarían las grabaciones de audio en cuanto se realizaran las transcripciones. Este punto fue especialmente importante para las personas colaboradoras; de hecho, fue una razón para que muchas de ellas no decidieran participar, ya que temían ser expuestas en redes sociales, algo que parece ocurrir con frecuencia en la región. En algunos casos esto impidió que autorizaran grabar las entrevistas, pero en la mayoría sí se logró establecer la suficiente confianza para obtener la autorización de grabar.

Las transcripciones de las entrevistas fueron editadas y anonimadas mediante la asignación de nombres ficticios. Se realizaron varias lecturas de las entrevistas para obtener una perspectiva global de los hallazgos y detectar categorías emergentes, las cuales se sumaron a las previamente identificadas en la revisión

de literatura sobre el tema, con lo que se logró una triangulación entre los datos empíricos y las fuentes documentales.

Desarrollo de argumentos y resultados

Antes de describir las estrategias financieras de los hogares, y en particular de las mujeres que requieren un servicio de salud, es importante señalar las razones que expusieron las colaboradoras de la investigación para evitar los servicios públicos y, en su lugar, buscar atención médica privada. Por cuestiones de espacio, estas razones no se desarrollarán en este artículo, sino en otro que se producirá posteriormente. Sin embargo, cabe destacar que en investigaciones previas se ha señalado que las deficiencias y limitaciones del sector público inciden en la mercantilización de la salud (Dijk y Dekker, 2010; Kaminska y Wulgramm, 2019).

Durante el trabajo de campo se evidenció una percepción casi generalizada sobre las limitaciones del sector público para garantizar una atención en salud acorde con las necesidades y expectativas de la población usuaria, tanto en el nivel primario como en el secundario. Entre los problemas detectados figuran los siguientes: 1) los largos tiempos de espera entre la llegada al servicio y la atención médica —ya sea consulta u hospitalización—, así como los plazos prolongados para acceder a consultas de especialidad, que en algunos casos pueden demorar varios meses; 2) las cuidadoras consideran «malo» el trato que reciben por parte del personal de salud ya que creen que las explicaciones que se les brindan sobre el diagnóstico y el tratamiento que se prescribe a las infancias no son suficientes o convincentes; además, señalan actitudes de molestia por parte del personal de salud cuando ellas expresan dudas o solicitan aclaraciones adicionales; 3) los costos directos e indirectos de la atención son elevados: entre los primeros se incluyen los pagos por medicamentos, estudios de laboratorio e imágenes diagnósticas y, entre los segundos, los gastos de transporte para trasladarse a los centros de atención, y 4) la discriminación étnica, que observan como un problema frecuente en el segundo nivel de atención, la cual se manifiesta en un trato diferencial hacia las personas que hablan una lengua indígena o visten atuendos tradicionales, así como la ausencia de personas traductoras que faciliten el acceso equitativo a los servicios.

Estos hallazgos coinciden con los de estudios previos (Freyermuth, 2003; Pérez Cuevas et al., 2012; Flores Hernández et al., 2021). Especialmente llaman la atención los costos directos, dado que programas como el Seguro Popular fueron

diseñados para ofrecer protección financiera a los hogares ante problemas de salud; sin embargo, según los relatos de las colaboradoras, los gastos en medicamentos y estudios —tanto de laboratorio como de imagen— constituían una dificultad frecuente durante la vigencia del programa, situación que parece haberse agudizado tras su desaparición. En consecuencia, se ha acentuado la búsqueda de atención en el sector privado.

Este sector incluye una gran diversidad de servicios, como terapeutas tradicionales y de terapias alternativas, consultorios privados, consultorios adyacentes a farmacias (CAF) y clínicas que proveen servicio de hospitalización. En este artículo nos centraremos en los dos últimos servicios, dado que fueron los que las colaboradoras mencionaron con más frecuencia y los que implicaron una diversidad de prácticas y estrategias financieras para cubrir los costos de atención.

En los relatos de las personas que colaboraron en la investigación se evidenció que los gastos asociados con la atención médica en el sector privado en pocas ocasiones podían cubrirse con el ingreso que obtenían de sus salarios. Ni los jefes de hogar ni las mujeres participantes contaban con empleos formales; por el contrario, sus trabajos eran precarios, con ingresos irregulares —en frecuencia— y volátiles —en monto, ya que variaban según diversos factores—, además de que carecían de protecciones sociales mínimas, como un seguro de salud (Bazán y Saraví, 2012). Estos elementos impiden considerar los ingresos laborales como una fuente efectiva de protección frente a la incertidumbre.

En este sentido, en México se ha observado un estancamiento en el valor de los ingresos laborales en el periodo de 1980-2010 (Rojas, 2018), frente al cual el Estado no tomó medidas significativas sino hasta el sexenio de Andrés Manuel López Obrador, cuando el salario mínimo nominal pasó de 88.36 pesos mexicanos diarios en 2018 a 248.93 en 2024, es decir, casi se triplicó. Sin embargo, este aumento parece haber beneficiado principalmente a trabajadores del sector formal, ya que las personas que colaboraron en esta investigación, la mayoría empleadas en el sector informal, percibían ingresos inferiores al salario mínimo mensual de 7 468.00 pesos mexicanos, oscilando entre una tercera parte, la mitad o tres cuartas partes de dicho monto.

En el subapartado sobre metodología describimos que muy pocos de los esposos de las colaboradoras contaban con empleos formales que les proporcionaran ingresos fijos y regulares, ya que la mayoría estaban insertos en la economía informal, desempeñando trabajos precarios, y algunos se encontraban desempleados. En el caso de las colaboradoras, solo unas pocas tenían un empleo formal

que les reportara un ingreso fijo y regular; la mayoría no contaba con un empleo remunerado ni con otras fuentes de ingresos, salvo en tres casos en los que se reportaron remesas.

En este punto cabe mencionar que, hasta 2020, operó a nivel nacional el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades —inicialmente denominado Progresá—, un programa de transferencias monetarias condicionadas al cumplimiento de ciertos requerimientos que constituyó una fuente de ingresos monetarios para las mujeres beneficiarias. En su estudio, Bazán y Saraví (2012) describen cómo, con mucha frecuencia, los ingresos monetarios de este programa eran utilizados por las mujeres para pagar servicios privados de salud o comprar medicinas. Estos ingresos, aunque inferiores a un salario mínimo, constituían un complemento muy importante de los ingresos salariales, pues permitían cubrir gastos básicos para la subsistencia del hogar. Al momento de realizar la etnografía el programa ya había sido cancelado; sin embargo, pocas mujeres resintieron su ausencia, ya que la mayoría no lo conoció, pues conformaron sus hogares después de que fuera cancelado. En otros casos, no accedieron al programa debido a que sus actividades laborales formales se lo impedían. Por lo tanto, la falta de este ingreso no constituyó una reclamación frecuente.

Diversos estudios antropológicos coinciden en que, entre las poblaciones indígenas de Chiapas, las normas consuetudinarias asignan a los hombres la responsabilidad de cubrir los gastos médicos de sus familias, lo que les confiere el poder de decisión sobre la búsqueda o no de atención (Freyermuth, 2003; Muñoz, 2023). Por su parte, el rol principal de las mujeres es el cuidado de las personas integrantes de la familia, lo que provoca que sus ingresos sean menores o, en algunos casos, inexistentes. En estas familias que se apegan más a las normas consuetudinarias, se aprecia que los hombres asumen el riesgo financiero (préstamos, venta de activos, etc.) que conlleva la atención médica de sus hijos o hijas. Esto ocurre principalmente porque los préstamos solo se les otorgan a ellos, dado que la comunidad los reconoce como jefes de familia. Varias mujeres explicaron que los prestamistas hacen los tratos con los hombres y, en algunas comunidades, se excluye por completo a las mujeres de la posibilidad de acceder a préstamos. Sin embargo, no es raro que, aunque el préstamo lo soliciten ellos, el pago sea gestionado por ambos. Esto puede ocurrir porque los dos contribuyen económicamente para pagarlo o porque la esposa organiza las finanzas domésticas y reserva un poco de dinero para el pago. En otras palabras, aunque la norma comunitaria asigna al hombre el rol de proveedor, en la práctica sus in-

gresos no siempre son suficientes para cubrir todas las necesidades de la familia, lo que obliga a las mujeres a buscar fuentes de ingresos o a ingeniárselas para pagar la deuda; sin embargo, el reconocimiento sigue recayendo en el hombre.

En este sentido, clasificamos los casos según la forma en que se toman las decisiones en el hogar y quiénes implementan dichas estrategias:

1. La decisión es tomada por la pareja en conjunto o el hombre como jefe del hogar. En este caso, las normas comunitarias dificultan distinguir con precisión las situaciones en que la decisión la toma exclusivamente el hombre de aquellos en los que la pareja decide en conjunto, por lo que agrupamos ambas situaciones en una misma categoría de toma de decisiones. En este sentido, en varios casos las mujeres expresaron que sus parejas estuvieron de acuerdo en la necesidad de buscar atención médica para sus hijos o hijas en el sector privado, lo cual implicó desarrollar estrategias financieras en las que ambos participaron o bien fueron asumidas por el jefe del hogar.
2. Otra categoría muy diferente es aquella en la que las mujeres toman las decisiones sin consultar a sus esposos y asumen los riesgos financieros sin contar con ellos. Puede ser porque no los tienen —mujeres solteras, separadas o viudas— o porque las parejas/esposos no estaban en condiciones de desarrollar estrategias financieras, ya fuera porque estaban discapacitados, porque no tenían trabajo, porque sufrían de uso problemático de alcohol o drogas o porque ejercían violencia económica o de otros tipos en contra de ellas. En estos últimos casos, fueron las mujeres las que de forma individual desarrollaron estrategias financieras propias, sobre todo con el apoyo de sus familias, aunque en algunas situaciones estas no pudieron apoyarlas directamente. Consideramos esta categorización como un primer acercamiento al problema que nos puede dar pistas para eventualmente conducir investigaciones que profundicen en estos arreglos quizás en contextos más delimitados, por ejemplo, a nivel de municipios o de localidades específicas.

Cabe señalar que no se identificó una relación directa entre la situación económica de las parejas y la violencia de género en contra de ellas, ya que esta se ejerció tanto contra mujeres con mayor estatus —por ejemplo, aquellas con un nivel educativo más alto o con ingresos propios que les permitían tomar decisiones de forma autónoma—, como entre aquellas con menor estatus —sin estudios o con baja escolaridad y sin ingresos propios—. A continuación, se presentan ejemplos que ilustran las interacciones entre las relaciones de género y las estrategias finan-

cieras empleadas en la búsqueda de atención médica de primer y segundo nivel. Por razones de espacio se describen dos casos correspondientes al primer nivel de atención y uno al segundo nivel, para cada forma de toma de decisiones en el hogar —ya sea conjunta, ejercida por el hombre como jefe del hogar o tomada por la mujer sola—. Estos casos fueron seleccionados por su carácter representativo de la problemática y su coincidencia con patrones observados en otros casos.

Estrategias financieras para acceder a atención de primer nivel en un servicio privado asumidas de forma conjunta por la pareja, o por el jefe de familia con el acuerdo de la pareja

Beatriz trabajaba como empleada de limpieza y su esposo era panadero. Durante la entrevista, explicó que su pareja no contaba con ahorros para enfrentar gastos imprevistos, como la atención médica, por lo que en la situación descrita recurrieron a un préstamo. Aunque su esposo solía estar de acuerdo en llevar a su hijo a consulta en un CAF, ella le preguntaba previamente si tenía dinero: «para ver si nos alcanza». De igual forma, la compra de los medicamentos dependía de su capacidad económica en ese momento: «si me alcanza, compro; si no, me espero». Cuando la entrevisté, su hijo de dos años llevaba dos semanas con diarrea. Inicialmente, Beatriz pensó «que se le pasaría solito», pero al no mejorar, lo llevó a consulta en un CAF unos días antes de la entrevista. En esa ocasión, su esposo no la acompañó porque estaba trabajando; sin embargo, mencionó que en otras circunstancias él había llevado al niño al CAF mientras ella trabajaba. Esta vez, Beatriz solo llevaba 50 pesos, monto que apenas le alcanzó para costear la consulta, pero no para pagar los medicamentos. El mismo día de la entrevista, solicitó un préstamo de 400 pesos en su trabajo para comprarlos con la condición de que le descontarían ese dinero de su salario semanal de 600 pesos. Este caso muestra cómo la falta de recursos económicos puede retrasar el inicio del tratamiento hasta que se consigue el dinero necesario.

José era agricultor y músico tradicional, mientras que Felícita, su esposa, se dedicaba al trabajo del hogar y de cuidados. Él percibía 2 000 pesos mexicanos al mes con los que sostenía a la familia. Al igual que en el caso anterior, la pareja no contaba con ahorros para hacer frente a gastos relacionados con enfermedades, como consultas o medicamentos, lo que llevó a posponer la búsqueda de atención médica y provocó el agravamiento del estado de salud de sus hijos, al punto que José llegó a pensar que «ya estaban agonizando». A diferencia del caso anterior, en el que Beatriz solicitó un préstamo en su trabajo, las normas comu-

nitarias de género en la localidad donde vivían José y Felícita impedían que las mujeres solicitaran préstamos, ya que esta era considerada una responsabilidad exclusivamente de hombres. Aun así, Felícita impulsó a José a buscar ayuda con la hermana de este, lo cual se tradujo en un préstamo sin condiciones, pero que él se sintió obligado a devolver, para lo cual buscó un trabajo extra:

Vino mi papá [y le dije] «se están muriendo mis hijos», [él me contestó] «para eso eres hombre, pues, tienes que ver a tus hijos». Me quedé callado porque, sí, en realidad sí soy hombre, pero lo malo que no tenía nada guardado y, pues, ni modo. [Luego, vino mi hermana de sorpresa y me dijo] «tienes que llevarlo porque es mejor pagar tan siquiera un poco de medicina a que entierres a tu hija», y eso es lo que piensa la gente de acá también [...] «es mejor quedarse sin nada que enterrar un hijo o un familiar». En mi caso, así pienso, si yo me enfermo y si tengo dolores, hay que aguantarlo, porque ya viví un poco, pero las cosas es mejor dárselas a los hijos que a nosotros. [Para obtener el dinero necesario para acudir al CAF en busca de atención médica] el pensamiento que tenemos, como es nuestro hogar, no podemos mandar a nuestra mujer [a hacer un préstamo con su familia], sino que tiene que ser nuestra familia nada más [la que nos haga el préstamo], porque es un pensamiento machista, creo. La mujer no [va a buscar dinero], sino que se dice que la mujer solo en la casa y no es su responsabilidad, sí es responsable de cuidar [de nuestros hijos]. [En total, hice un préstamo de 3 000 pesos mexicanos que] le fui pagando poco a poco [a mi hermana] porque, gracias a Dios, mi hermana no me pide; igual me prestó mi hermano, no me pide, no me da una fecha... Ya lo pagué todo, busqué trabajo [complementario] de peón (entrevista a José).

Según manifestó Felícita, como ella no trabajaba, en cierta medida dependía de la decisión que él tomara. Sin embargo, también tuvo alguna influencia al sugerirle «ve a hablarle a tu hermana, a ver qué dice ella». De alguna manera, era una solicitud de opinión, con la posibilidad de que pudieran lograr apoyo a partir de esa conversación (traducción de entrevista a Felícita, esposa de José).

Estrategias financieras para acceder a atención de segundo nivel en el servicio privado asumidas de forma conjunta por la pareja, o por el jefe de familia con el acuerdo de la pareja

Camila era funcionaria de una organización y Andrés, su esposo, trabajaba como comerciante. Los ingresos de él eran variables, pero juntos habían logrado adquirir algunos bienes materiales a lo largo de los años. Su diálogo reveló que, aunque esos bienes representaban un ahorro en activos que podrían utilizar en

caso de una emergencia de salud, desprenderse de ellos los dejó vulnerables ante una nueva emergencia y, para enfrentarla, tuvieron que desarrollar otras estrategias financieras.

La narración revela que una crisis de salud que requiere atención de segundo nivel implica un riesgo significativo de empobrecimiento, incluso cuando se cuenta con ahorros en activos y con un empleo estable —como el de Camila—. Asimismo, muestra cómo estas crisis pueden encadenarse, lo que genera nuevos problemas financieros que, en una segunda ocasión, conducen a la postergación de la compra de medicamentos mientras se desarrolla una nueva estrategia financiera para resolver la crisis y salvar la vida de un hijo.

Camila: [En la cirugía de mi hijo gastamos] como 30, 40 [mil pesos...] de un momento a otro [...] No había otra alternativa [...] en el Hospital de las Culturas me dijeron que no había un especialista y que no lo podía hacer nadie más.

Andrés: [Para pagar la cirugía] se vendió un terreno porque no cuenta uno con el recurso, a veces vives al día. Estábamos pasando por varias situaciones, entonces no lo teníamos y no sabíamos ni qué hacer. El COVID nos había venido a acabar en muchas cuestiones, en trabajo, en negocios, en todo [...] Si solo vives al día, ¿de dónde vas a sacar esos gastos? Entonces, pues a meterle mano a un terreno [...] se confunde uno, estás viendo a la persona que está sufriendo y piensas en tu terreno, pues no queda de otra [...] Sí es preocupante porque hoy en día ya no puedes comprar un terreno, pero tampoco quieres perder a una persona.

Camila: También te das cuenta de que las cosas materiales van y vienen, pero la vida no. Entonces tienes que buscarle, ver qué haces por un hijo, no te puedes quedar esperando [...] y, lamentablemente, una clínica pública no te apoya en eso. Te sientes indefensa, la verdad. [Dos meses después se enfermó mi bebé y lo llevé al centro de salud público, el médico me dijo] «no tengo medicamentos para él, lo único que te puedo dar aquí es el paracetamol, pero, la verdad, mejor cómprate el paracetamol afuera porque es mucho mejor que el que maneja el sector público». No recuerdo [cuánto gastamos, pero tuvimos que vender algunas cosas que aceptaban en las casas de empeño] al día siguiente [...] nos teníamos que esperar para comprar el medicamento, no lo pudimos comprar inmediatamente.

Estrategias financieras para acceder a atención de primer nivel en un servicio privado de salud asumidas por la mujer sola

Josefa nos compartió que bordaba blusas para vender y que además tenía un pequeño negocio de materiales de construcción. Aunque sus ingresos eran variables, no le pedía dinero a su marido. Cuando lo hacía, él solía reclamarle sobre

el uso que le daba al dinero y la cuestionaba sobre sus gastos, una situación que ella prefería evitar. Si tenía que llevar a su nieta al CAF, no le informaba a su marido ni le solicitaba dinero, simplemente la llevaba y compraba los medicamentos que le prescribían. Josefa aclaró que los gastos que realizaba en el CAF no representaban una carga significativa para ella porque, aunque sus ingresos eran volátiles —las cantidades no eran fijas—, sí eran regulares en cuanto a frecuencia. Además, su nieta era la única menor de edad en el hogar, y todos sus hijos eran adultos y aportaban a la economía doméstica, incluida la mamá de la menor, quien trabajaba en otro estado. Esto le permitía a Josefa contar con ciertos ahorros para hacer frente a emergencias de salud.

Jovita realizaba trabajo doméstico y de cuidados. Además de cultivar su milpa, sus únicos ingresos eran las remesas de su hija: «cuando vivía mi difunto esposo, él me daba, él se preocupaba por mi medicina, me manda a la consulta. Cuando murió, ahora solo una hija que está allá [en Estados Unidos] me manda para mi enfermedad» (entrevista a Jovita). Este caso ejemplifica una situación común en muchas comunidades de la región Altos, donde solo los hombres son, en general, quienes tienen empleos remunerados, mientras que las mujeres dependen financieramente de ellos. Tras la muerte de su esposo, Jovita se quedó sin ingresos; sin embargo, su hija le enviaba remesas que le permitían acudir al CAF en caso de necesidad.

Rosa era maestra rural y su esposo tenía un empleo formal; ambos contaban con ingresos regulares y de montos fijos. Sin embargo, no disponían de ahorros significativos, y la dinámica que habían establecido en su relación le generaba una percepción de asimetría, ya que ella era quien se movilizaba para buscar préstamos cuando su hija enfermaba:

[En el CAF] gasto hasta 2 000 pesos por los estudios [...] me endeudo, presto, y si no, me quedo sin pasaje, tengo que ver de dónde sacar. Algunas veces [hacemos préstamos] entre nosotras [hermanas], cuando ella no tiene, busco por algún lado y ya en la quincena [lo devuelvo...]. En el banco tenía una tarjeta de crédito y algunas veces sacaba de ahí, cuando veía que [mis hermanas] tampoco tenían. [...] Más la que se mueve soy yo, porque los hombres de cierta forma, bueno, no por generalizar, pero la mayor parte, digamos que tienen esa mentalidad, aunque no lo acepten, pero sí tienen una mentalidad machista, de que nosotras como que nos encargamos de la salud de los hijos. En las comunidades más, porque de ellos dependen; pero en mi caso no, sí veo que yo soy la que se mueve [...] al fin y al cabo ¿quién lo va a pagar? Yo. [...] Es lo que me decía una señora de una comunidad, «es que, si ya lo llevamos a un hospital, a

un doctor, y no funcionó, [mi marido dice] «ahí se va a curar solo», y yo no puedo hacer nada sin mi marido porque él es el que da el dinero (entrevista a Rosa).

Estrategias financieras para acceder a atención de segundo nivel en un servicio privado de salud asumidas por la mujer sola

Tania era estudiante de licenciatura, trabajaba como empleada doméstica remunerada y recibía una beca escolar. Vivía en casa de sus padres, por lo que no tenía que pagar renta. Se había separado años atrás del padre de sus dos hijas debido a la violencia que él ejercía contra ella. Aunque su expareja provenía de una familia con altos ingresos, ni él ni su familia aportaban para los gastos de las niñas. Cuando una de ellas tuvo que ser hospitalizada por una noche en una clínica privada a causa de una infección intestinal, Tania tuvo que recurrir a dos préstamos —uno en el banco y otro con un amigo—, ya que sus ahorros apenas cubrían el 30 % del costo de hospitalización. Sus padres tampoco contaban con ahorros, pero la apoyaron con la comida diaria durante el tiempo que ella estuvo pagando los préstamos.

En mi relación con el papá de las niñas, prácticamente solo vivíamos juntos, pero la que se encargaba de sus gastos y los de las niñas era yo, dijera mi mamá «¿para qué lo quieres?». Entonces, sufrí cierto tipo de violencia en nuestra relación [...] independientemente que la familia de él tenía dinero, él no aportaba [...] la que prácticamente se encargaba de los gastos era yo y entre ellos los gastos médicos. [Cuando mi hija fue hospitalizada en un servicio privado, adquirí una deuda de 14 000 pesos con un amigo y el banco, la cual pagué en el lapso de un año] porque no es como que todo mi salario era para pagarlo, era una mínima parte porque estaban gastos de escuela de ellas, los míos, comida, ropa, entonces era como de lo que más podíamos reducir... aparte de los trabajos extras que hacía y la limpieza de casas. Me dormía muy tarde porque bordábamos blusas con mi mamá y no te pagan mucho; por una blusa bordada te pagaban en ese entonces \$25, y terminaba una en tres días... Cuando eran temporadas, como de San Valentín, día de los padres, nos poníamos a hacer manualidades... las vendía muy baratas para que me las compraran en las escuelas... (entrevista a Tania).

Las estrategias financieras ante la mercantilización de la salud: una mirada desde el género

La falta de espacio impide presentar todos los casos documentados durante el trabajo de campo; sin embargo, puede afirmarse que en varios de ellos el sector

privado constituye el segundo recurso de atención para padecimientos agudos a nivel primario, después de la automedicación. Los relatos de las colaboradoras sugieren que este protagonismo no deriva exclusivamente de las deficiencias del sector público de salud durante el sexenio pasado (2018-2024), sino que se remonta al menos a dos sexenios atrás, lo que concuerda con estudios que han documentado las limitaciones del Seguro Popular (CONEVAL, s.f.). En el nivel secundario —hospitalización—, el acceso a servicios privados se torna más difícil debido al incremento significativo de los gastos de bolsillo, lo que obliga a las familias a diversificar sus estrategias financieras, un fenómeno escasamente estudiado desde la antropología médica en México. Asimismo, el género desempeña un papel fundamental en la toma de decisiones, como se aprecia en los casos analizados. Puede afirmarse que afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque de manera diferencial. En el caso de las mujeres, las normas consuetudinarias de género presentes en algunas comunidades les impiden implementar ciertas estrategias financieras, como el acceso a préstamos, que con mayor frecuencia suelen otorgarse a los hombres por ser reconocidos como jefes de familia. Además, es común que las mujeres dependan económicamente de los hombres porque las normas de género les asignan el rol de cuidadoras de los hijos e hijas, lo que limita sus oportunidades de empleo. Si bien algunas logran acceder a actividades remuneradas, estas les aportan ingresos significativamente inferiores que los de sus esposos. Por otro lado, en el caso de los hombres, la insuficiencia de sus ingresos para cubrir los gastos de atención médica genera sentimientos de frustración y pone en entredicho su papel como proveedores, como se observa en el caso de José.

Los casos presentados en este artículo evidencian que, en la mayoría de las ocasiones, las familias no cuentan con ahorros, por lo que con frecuencia recurren a créditos para afrontar emergencias de salud. Como señalan Bazán y Saraví (2012), el ahorro y el crédito cumplen funciones diferentes en los hogares pobres. El ahorro rara vez se realiza de un modo formal —a través de bancos o instituciones microfinancieras—, sino mediante modalidades informales, como el denominado «guardadito» o las tandas, que funcionan a corto plazo, con montos muy limitados y para fines muy concretos. En los hogares más pobres y vulnerables, el ahorro está prácticamente ausente. En cambio, en los hogares menos pobres es posible encontrar modalidades de ahorro formal o en activos, como bienes inmuebles o animales. Por su parte, el crédito se utiliza frecuentemente para cubrir necesidades básicas, por lo que se convierte en un complemento del

ingreso laboral, el cual, por ser irregular y volátil, no garantiza la sobrevivencia. Los autores subrayan que los hogares pobres dependen mucho de los créditos para salir a flote cotidianamente, por lo que no es una práctica excepcional, sino regular, que han aprendido a gestionar para evitar un mayor empobrecimiento (Bazán y Saraví, 2012). Esto permite comprender por qué, en los casos analizados —y en otros que no se incluyeron por razones de espacio—, pocos contaban con ahorros para enfrentar una crisis de salud y tuvieron que recurrir a créditos. Dichos créditos fueron en algunos casos formales —solicitados a bancos, instituciones microfinancieras o casas de empeño— y en otros informales —solicitados a familiares o agiotistas—, así como remesas, que solo en contadas ocasiones constituyen una fuente regular de ingresos, y generalmente de bajo monto. Estas estrategias financieras no responden únicamente a criterios económicos, sino que están determinadas por dinámicas sociales y culturales, por lo cual son sensibles a las normas de género comunitarias, cuya influencia nos interesa destacar.

Las relaciones y los estereotipos de género median las decisiones, tanto cuando la pareja está de acuerdo en acudir a un servicio privado, como cuando la mujer sola toma la decisión sin consultar ni contar con el acompañamiento de su pareja. De igual forma, el estatus de las mujeres, así como sus redes de apoyo, determinan el tipo y la diversidad de estrategias financieras que ellas pueden desplegar en una situación determinada. Un ejemplo paradigmático es el de José, que demuestra cómo, según las normas comunitarias de género, son los hombres los responsables de financiar los gastos médicos de la familia, algo que también se ha observado en sistemas patriarcales como el de los oromo en Etiopía (Dekker, 2010). Estas normas, por un lado, cuestionan el rol de los hombres, como se evidencia en el reproche que le hizo su padre a José; por otro lado, impidieron que su mujer solicitara un préstamo, a pesar de que José no podía garantizar la protección de su familia frente a los gastos de enfermedad (Dekker, 2010; Bazán y Saraví, 2012). El caso ilustra cómo las normas comunitarias de género determinan las estrategias financieras en un contexto donde la salud se ha mercantilizado (Dekker, 2010; Dijk y Dekker, 2010).

Los demás relatos muestran una amplia gama de acuerdos familiares, donde las dinámicas de género y el estatus de las mujeres determinan estrategias financieras diversas. En el trabajo pionero de Freyermuth (2003), se evidenció que las muertes maternas en la región de los Altos de Chiapas se debían, en gran medida, a la falta de derivación oportuna a un hospital cuando surgieron complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio. Las decisiones en estos casos fueron tomadas por los esposos o las familias de estos, quienes impidieron

que las mujeres fueran trasladadas a hospitales. En contraste, en la investigación actual se han identificado casos opuestos, en los que las mujeres salvan vidas al buscar atención médica cuando sus estrategias financieras se lo permiten, conscientes de que, en muchos casos, no cuentan con el apoyo de sus esposos o no tienen pareja. En tales situaciones, las mujeres toman decisiones solas y emprenden la búsqueda de créditos, a veces con la solidaridad de familiares o amigos; en pocas ocasiones acuden a prestamistas, en menor medida a casas de empeño, y en muy pocas oportunidades a entidades bancarias, ya que solo dos de las entrevistadas mencionaron que contaban con tarjeta de crédito.

En ciertos estudios se representa una imagen dominante de las mujeres como carentes de agencia y oportunidades (Cornwall, Gideon y Wilson, 2008: 4). Sin embargo, muchas investigaciones han demostrado que ellas desarrollan estrategias para enfrentar los problemas que les afectan, incluidos los relacionados con la salud (Dekker, 2010; Leliveld et al., 2010; Muñoz, 2023; Sadler, 2024). En los casos estudiados observamos que, aunque las mujeres con menor estatus cuentan con menos estrategias financieras, pueden recurrir a sus redes de solidaridad familiar (Dekker, 2010), como le ocurrió a Jovita, quien, tras enviudar, recibió remesas de su hija. Además, algunas mujeres pueden influir en las estrategias financieras de sus esposos, como lo hizo Felícita al insistirle a José para que solicitara la ayuda de su hermana.

Esta agencia de las mujeres no debe hacernos perder de vista los altos costos de la atención médica en el sector privado. Incluso la atención de padecimientos comunes, que podrían resolverse en el primer nivel de atención, requiere sumas de dinero que las familias no tienen, ya que la mayoría carece de ahorros, y los exiguos salarios tanto de los esposos como de las mujeres no les alcanzan para cubrir los gastos de salud. Esto demuestra que el lema «para ayudar a los que menos tienen», promovido por la Fundación Best —la asociación civil con mayor cantidad de CAF en el país—, no aplica para las mujeres y los hogares pobres de los Altos de Chiapas, pues en estas comunidades las personas tienen que recurrir a diversas estrategias financieras para cubrir los costos de los medicamentos. Además, la búsqueda de los recursos necesarios para pagar los tratamientos posterga la atención médica, lo que pone en riesgo la vida de los niños y las niñas. Esto es evidente en el relato de Beatriz, quien esperó dos días para adquirir los medicamentos, y en el de Camila, que esperó un día mientras conseguían el dinero. Como señalan Dijk y Dekker (2010: 4), «cuando es difícil conseguir recursos para pagar el tratamiento o la curación, el tratamiento puede

retrasarse o renunciarse, con posibles consecuencias para el estado de salud a largo plazo de una persona».

Entre las mujeres con menor estatus, la situación se agrava en contextos donde las normas de género comunitarias les impiden buscar créditos. En contraste, existen mujeres como Rosa, que goza de un mejor estatus gracias a su nivel de estudios y su trabajo como maestra rural, quien no necesita consultar a su esposo para asumir los gastos, ya que ella los cubre directamente. Sin embargo, su salario tampoco le permite solventar los costos de atención médica en el sector privado a nivel primario, por lo que se ve obligada a recurrir a préstamos o a sacrificar el dinero destinado a transporte para ir a su trabajo. Esto muestra que contar con un salario quincenal no le garantiza a Rosa el acceso a servicios privados ambulatorios, aunque sí le permite asumir una deuda porque sabe que podrá pagarla con su salario. Rosa considera que su rol de madre implica hacer todo lo posible para que su hija reciba atención médica, lo cual, aunque no exime de responsabilidad al esposo, refuerza el estereotipo de «'madre protectora' que traducirá cualquier ganancia del mercado en medios para la supervivencia del hogar» (Cornwall, Gideon y Wilson, 2008: 5). Asimismo, el estereotipo de padre proveedor se alinea con la mercantilización: José expresó que, en su comunidad, se considera mejor gastar el dinero que enterrar a un hijo. El sacrificio económico para curar a sus hijos e hijas oculta el lucrativo negocio de los CAF: los costos de un episodio de enfermedad aguda equivalen a lo que José gana en mes y medio, y cuando se trata de hospitalizaciones, la ganancia puede ser aún mayor.

Siguiendo la línea de Mol (2008), los relatos recopilados nos llevan a cuestionar la lógica de la «elección» que plantea la posibilidad del paciente de decidir sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en lo que se presenta como una forma de «empoderamiento» porque, en realidad, lo que está ocurriendo es la creación de un paciente-consumidor sujeto a las opciones que le ofrece el mercado (Anttonen y Karsio, 2017). Esta dinámica cobra especial relevancia en contextos donde la salud se mercantiliza a pasos agigantados, tanto por el aumento de la oferta de servicios privados, como por el abandono del Estado, una realidad que se refleja con claridad en los relatos de las colaboradoras. En estos relatos, es evidente que los servicios públicos no proporcionan los medicamentos necesarios, lo que obliga a las personas a adquirirlos en el sector privado (Kamishka y Wulgramm, 2019), como lo indicó Camila.

Por otra parte, siguiendo a Sadler, consideramos que, cuando se trata de un servicio privado de salud, «la posibilidad de elección no está siempre disponible

y cuando lo está no todas las mujeres pueden escoger» (2024: 102). Andrés y Camila no tuvieron otra opción más que recurrir un hospital privado porque en el sector público no había especialistas; además, su diálogo es interesante porque demuestra cómo, incluso cuando las familias cuentan con ahorros conjuntos, no logran escapar del empobrecimiento. Esto se debe a que una crisis de salud se puede encadenar a otra, por lo que se acumulan desventajas que dejan a los hogares más vulnerables ante riesgos futuros (Bazán y Saraví, 2012; González, 2018). Considerando que los niños y niñas menores de cinco años son especialmente vulnerables a enfermedades infecciosas y padecimientos agudos, por lo que aumenta la probabilidad de que enfrenten varias enfermedades durante su infancia, y considerando que en muchas familias hay más de un niño o niña en esta franja etaria, el riesgo de enfrentar situaciones de salud graves es elevado. Por lo tanto, la necesidad de contar con protección financiera ante estos casos es aún mayor. Sin embargo, el Estado permanece ausente, y la protección social sigue siendo una quimera para las personas que trabajan en el sector informal.

En los casos de mujeres que decidieron de acudir a hospitales privados sin el apoyo de sus parejas, no existen fórmulas únicas. Sin embargo, destacamos el caso de Tania, quien recurrió a trabajos adicionales y redujo sus gastos básicos para poder pagar un crédito, estrategias que han sido ampliamente documentadas en hogares pobres, donde la precariedad de los salarios obliga a buscar soluciones para garantizar la subsistencia (González, 2018). Cabe recordar que sus padres la ayudaron con la comida, lo que nos lleva a preguntarnos: ¿qué habría ocurrido si no hubiera podido contar con sus padres?, ¿cuánto tiempo más le habría tomado saldar esa deuda?, ¿habría tenido que implementar más estrategias financieras, además de las que ya describió, sacrificando aún más tiempo y esfuerzo?

Aunque estos casos muestran diferencias en cuanto a la cantidad de dinero gastada en el servicio privado y las estrategias financieras implementadas, es posible identificar ciertos elementos recurrentes: el uso de ahorros en activos, como terrenos; créditos a través de préstamos a familiares, bancos y empleadores; el empeño de bienes; la realización de trabajos extras y las remesas. Estas estrategias son utilizadas tanto por parejas que están de acuerdo en buscar atención en el sector privado, como por mujeres que toman esta decisión sin el apoyo de su pareja, esposo o padre de sus hijos o hijas. Sin embargo, como hemos mencionado, existen mujeres como Felícita que tuvieron que esperar a que su esposo consiguiera un préstamo de su familia, lo cual resalta una limitación adi-

cional: las normas de género comunitarias le impedían a ella tomar la iniciativa. Esto pone de manifiesto que existe una vulnerabilidad diferencial en mujeres de menor estatus que viven en hogares y comunidades donde las normas de género les impiden estudiar, trabajar o solicitar préstamos. La desigualdad de género las coloca en un riesgo mayor a ellas y a sus hijos e hijas, especialmente en contextos donde la salud se ha mercantilizado, ya que la búsqueda de atención médica se posterga o incluso se evita (Dekker, 2010). En contraste, existen otras mujeres, como Josefa, quien tiene independencia financiera y puede recurrir al CAF siempre que su nieta lo necesite sin que esto le represente un riesgo financiero significativo hasta el momento. En su caso, el ciclo de vida doméstico juega a su favor, ya que el apoyo de sus hijos adultos reduce su vulnerabilidad ante las crisis de salud.

La estratificación social de la sociedad alteña, la desigualdad de género y la violencia de género configuran una diversidad de arreglos en los hogares cuando se trata de tomar decisiones y financiar los gastos de salud en el sector privado. Esto nos previene de generalizar para considerar a los hombres pobres como «egoístas e irresponsables» (Cornwall, Gideon y Wilson, 2008: 7), ya que ellos también responden a las expectativas sobre el género masculino y las limitaciones de los salarios precarios. Igualmente, nos previene de esencializar a todas las mujeres alteñas como oprimidas (Sadler, 2024) y carentes de agencia, pues es evidente que buscan financiar los gastos de salud mediante estrategias diversas. En lugar de ello, debemos reconocer que la mercantilización de la salud impone restricciones en el acceso tanto a las mujeres como a los hogares pobres, e incluso a hogares menos pobres, y establece vulnerabilidades diferenciales ante las crisis de salud. Estas vulnerabilidades se agudizan entre las mujeres que, debido a su estatus y a la violencia de género, tienen menos posibilidades de financiar los costos en el sector privado. En este sentido, es importante destacar que una limitación significativa de este artículo ha sido la exclusión de mujeres que no han utilizado servicios privados de salud, lo que deja abierta la pregunta sobre el papel del género en esos casos.

Consideraciones finales

La etnografía realizada para construir este artículo revela que la salud en la región Altos está mercantilizándose y que las carencias del sector público de salud están desplazando a las personas hacia el sector privado. En este sentido, Pfeiffer y Chapman (2010, en Dijk y Dekker, 2010: 16) han destacado que es importante

realizar etnografías sobre los efectos de las políticas de ajuste estructural en los sistemas de salud pública. En concreto, en México, el porcentaje del PIB destinado a salud tiene su correlato en un sistema de salud desigual que afecta especialmente a la población de menores ingresos, la cual se ve obligada a realizar gastos de bolsillo que, en proporción, son significativamente mayores que los que enfrentan las personas con ingresos más altos (Sáenz Vela y Guzmán Giraldo, 2021). La política que intentó reducir el gasto de bolsillo tuvo un alcance limitado, ya que el Seguro Popular no logró evitar el empobrecimiento de la población indígena ocasionado por los gastos de salud (Serván Mori et al., 2023), ni resolver el acceso desigual de las mujeres a los recursos financieros de sus hogares, ni evitar las diferencias de género en la toma de decisiones sobre salud (Leliveld et al., 2010; Muñoz, 2023), problemáticas que han afectado a las mujeres durante décadas (Freyermuth, 2003).

Los hogares y las mujeres indígenas de la región Altos de Chiapas deben desarrollar diversas estrategias financieras para acceder a consultas, medicamentos u hospitalización. Aquellas que disponen de ahorros o de la posibilidad de obtener créditos tienen más probabilidades de cubrir sus necesidades de salud, mientras que las mujeres de menor estatus enfrentan un mayor riesgo de postergar la atención médica (Dekker, 2010; Kaminska y Wulfgramm, 2019), lo que puede empeorar la salud de sus hijos e hijas. No obstante, incluso los hogares y las mujeres que cuentan con ahorros y créditos no logran evitar empobrecerse ante un evento de enfermedad porque los costos en el sector privado son extremadamente elevados.

Quienes defienden la privatización y la mercantilización de los sistemas de salud argumentan que las leyes del mercado mejorarán la calidad de los servicios porque contribuyen a que los individuos elijan racionalmente (Anttonen y Karsio, 2017). Sin embargo, los hallazgos de esta etnografía no coinciden con esas afirmaciones. En la región Altos, la mercantilización de la salud está generando mayores inequidades en el acceso y en la postergación de los tratamientos, socavando el derecho a la protección en salud. Como señala Pellegrino, «la cuestión ética que plantea la mercantilización es si el mercado es el instrumento adecuado para la distribución de la atención sanitaria» (1999: 246). Laurell (2017) respondería que no, ya que es incompatible con el concepto de derecho ciudadano. Mientras la OMS (2010, en Christiansen, 2017: 92) insta a los Estados a reducir o eliminar el pago directo por servicios de salud para los pacientes más vulnerables, en México se ha desmantelado el Seguro Popular y el sistema público no está evitando el gasto de bolsillo. En este contexto, la salud de los hogares

indígenas más pobres podría empeorar, por lo que es urgente que los tomadores de decisiones cambien el rumbo de la política sanitaria, no solo regulando al sector privado (Wirtz et al., 2013), sino también incrementando el presupuesto destinado a los servicios públicos de salud para que operen en condiciones que garanticen el acceso.

Bibliografía citada

- Anttonen, Anneli, y Karsio, Olli. (2017). Marketization from Within: Changing Governance of Care Services. En Flavia Martinelli, Anneli Anttonen y Margitta Mätzke (eds.), *Social Services Disrupted Changes, Challenges and Policy Implications for Europe in Times of Austerity* (pp. 219-238). Cheltenham y Northampton: Edward Elgar.
- Bazán Levy, Lucía, y Saraví, Gonzalo A. (2012). *La monetarización de la pobreza. Estrategias financieras de los hogares mexicanos*. México: Publicaciones de la Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Christiansen, Isaac. (2017). Commodification of Healthcare and its Consequences. *World Review of Political Economy*, 8(1), pp. 82-103, doi: <https://doi.org/10.13169/worrevipoliecon.8.1.0082>
- CONEVAL. (s.f.). *Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI*. México: CONEVAL. Disponible en https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf
- Connell, Raewyn. (2012). Gender, Health and Theory: Conceptualizing the Issue, in Local and World Perspective. *Social Science & Medicine*, 74(11), pp. 1675-1683, doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006>
- Conrad, Peter, y Leiter, Valerie. (2004). Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, (45), pp. 158-176. Disponible en <https://www.jstor.org/stable/3653830>
- Cornwall, Andrea, Gideon, Jasmine, y Wilson, Kalpana. (2008). Introduction: Reclaiming Feminism: Gender and Neoliberalism. *IDS Bulletin*, 39(6), pp. 1-9, doi <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2008.tb00505.x>
- De Barbieri, Teresita. (1993). Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. *Debates en Sociología*, (18), pp. 145-169, doi: <https://doi.org/10.18800/debatesensociologia.199301.006>
- Dekker, Marleen. (2010). Individual or Shared Responsibility: The Financing of Medical Treatment in Rural Ethiopian Households. En Marleen Dekker y Rijk van Dijk, *Markets of Well-Being: Navigating Health and Healing in Africa* (pp. 1-18). Leiden: Brill. Disponible en <https://hdl.handle.net/1887/18533>
- Dijk, Rijk van y Dekker, Marleen. (2010). Introduction: Economic Ethnographies of the Marketization of Health and Healing in Africa. En Marleen Dekker y Rijk van Dijk, *Markets of Well-Being: Navigating Health and Healing in Africa* (pp. 228-254). Leiden: Brill. Disponible en <https://hdl.handle.net/1887/18533>

- Dirección General de Información en Salud (6 de agosto de 2024). Histórico de bases CLUES. Diciembre de 2023. Disponible en http://gobi.salud.gob.mx/Bases_Clues.html
- Eroza Solana, Enrique, y Muñoz Martínez, Rubén. (2024). La diabetes como experiencia sociocultural: las narrativas de dos ancianos mayas de los Altos de Chiapas. En Paola M. Sesia y Rubén Muñoz Martínez, *Políticas globales, vulnerabilidades locales y desigualdades persistentes. La salud de los pueblos indígenas en el sur de México* (pp. 309-345). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Flores Hernández, Sergio, Mendoza Alvarado, Laura R., Vieyra Romero, Waldo I., Moreno Zegbe, Estephanía, Bautista Morales, Arturo C. y Reyes Morales, Hortensia. (2021). La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud Pública de México*, 61(6), pp. 716-725, doi: <https://doi.org/10.21149/10562>
- Freyermuth Enciso, M. Graciela. (2003). *Las mujeres de humo: morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Gideon, Jasmine. (2014). *Gender, Globalization, and Health in a Latin American Context* (pp. 23-43). Nueva York, NY: Palgrave Macmillan US.
- González de la Rocha, Mercedes. (2018). Acumulación de desventajas y vulnerabilidad. En Mercedes González de la Rocha y Gonzalo A. Latapí (coords.), *Pobreza y vulnerabilidad, Debates y estudios contemporáneos en México* (pp. 38-57). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Colección México).
- Gundermann Kröll, Hans. (2008). El método de los estudios de caso. En María Luisa Tarrés (coord.), *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 231-264). México: El Colegio de México/FLACSO.
- Harvey, Michael. (2021). The Political Economy of Health: Revisiting its Marxian Origins to Address 21st-Century Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 111(2), pp. 293-300, doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305996>
- Hayden, Cori. (2007). A Generic Solution? Pharmaceuticals and the Politics of the Similar in Mexico. *Current Anthropology*, 48(4), pp. 475-495. <https://doi.org/10.1086/518301>
- INEGI. (2021). *Panorama sociodemográfico de Chiapas: Censo de Población y Vivienda 2020*. México: INEGI.
- Kaminska, Monika E., y Wulfgramm, Melike. (2019). Universal or Commodified Healthcare? Linking Out-of-Pocket Payments to Income-Related Inequalities in Unmet Health Needs in Europe. *Journal of European Social Policy*, 29(3), pp. 345-360, doi: <https://doi.org/10.1177/0958928718774261>
- Laurell, Asa Cristina. (2017). La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(sup. 2), e00043916, doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043916>
- Leliveld, André, Hart, Corine't, Gnimadi, Jérémie, y Dekker, Marleen. (2010). Can't Buy me Health: Financial Constraints and Health-Seeking Behaviour in Rural Households in Central Togo. En Marleen Dekker y Rijk van Dijk, *Markets of Well-being: Navigating*

- Health and Healing in Africa* (pp. 255-281). Leiden: Brill. Disponible en: <https://hdl.handle.net/1887/18533>
- López Guerrero, Flor M., y Flores Espinosa, Miguel A. (2023). The Commodification of Health Services: An Alternative for the Marginalized Population of Mexico City. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, pp. 1151-1162, doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14012022>
- Mol, Annemarie. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Londres: Routledge.
- Morán Pérez, Ana Victoria. (2020). *Una radiografía de los consultorios adyacentes a farmacias al sur de la Ciudad de México: saberes de médicos y usuarios en torno a un sistema privado de atención*. Tesis de doctorado, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Morán Pérez, Ana Victoria. (2023). «¿Qué opción les queda a las personas, más que nosotros?»: las funciones de los consultorios adyacentes a farmacias en la pandemia de covid-19. *Salud Colectiva*, 19, e4280, doi: <https://doi.org/10.18294/SC.2023.4280>
- Muñoz Martínez, Rubén. (2023). *Pueblos indígenas ante la epidemia del sida: políticas, culturas y prácticas de la salud en Chiapas y en Oaxaca*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Osorio Carranza, Rosa María. (2020). The Network of Doctor's Offices in Pharmacies. Towards the Privatization of the First Level of Care in Mexico. En Johanna Fröhlich Zapata, Cecilia García y Oriol Romaní (coords.), *Medicamentos, cultura y Sociedad* (pp. 97-114). Tarragona: Publicaciones URV. Disponible en <https://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/455>
- Pellegrino, Edmund D. (1999). The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 24(3), pp. 243-266, doi: <https://doi.org/10.1076/jmep.24.3.243.2523>
- Pérez Cuevas, Ricardo, Doubova, Svetlana V., Wirtz, Veronika J., Dreser, Aanahí, Serván Mori, Edson, y Hernández Ávila, Mauricio. (2012). *Consultorios médicos en farmacias privadas: efectos inesperados en el uso de servicios de salud y el acceso a medicamentos*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rojas García, Georgina. (2018). Trabajo y pobreza: cambio estructural, polarización y sobrevivencia. En Mercedes González de la Rocha y Gonzalo A. Latapí (coords.), *Pobreza y vulnerabilidad, Debates y estudios contemporáneos en México* (pp. 93-114). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Colección México).
- Ruíz Ruíz, Rocío M., Eroza Solana, Enrique, y Magaña Ochoa, Jorge. (2022). Configuración de la región sanitaria de la zona Altos Tsotsil-Tzeltal: panorama actual de la búsqueda de salud. *EntreDiversidades. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 9(1), pp. 247-271, doi: <https://doi.org/10.31644/ed.v9.n1.2022.a10>
- Sadler, Michelle. (2024). Lo que esconde la lógica de la elección en la atención institucional del parto en Chile. En Rubén Muñoz Martínez y Paola Sesia, *Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: contribuciones de*

- la antropología médica crítica* (pp. 95-112). Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús (Colección Cuadernos del ISCo).
- Sáenz Vela, Hada M., y Guzmán Giraldo, Ángela M. (2021). Determinantes del gasto de los hogares en salud en México. *Problemas del desarrollo*, 52(205), pp. 3-25, doi: <https://doi.org/10.22201/iiiec.20078951e.2021.205.69644>
- Serván Mori, Edson, Meneses-Navarro, Sergio, García Díaz, Rocio, Flamand, Laura, Gómez Dantés, Octavio. y Lozano, Rafael. (2023). Inequitable Financial Protection in Health for Indigenous Populations: The Mexican Case. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 11(5), pp. 3139-3149, doi: <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01770-8>
- Stinson, Jane. (2004). Why Privatization is a Women's Issue. *Canadian Woman Studies/Les Cahiers de la Femme*, 23(3-4), pp. 18-22. Disponible en <https://cws.journals.yorku.ca/index.php/cws/article/view/6232>
- Vaitinen, Tiina. (2015). The Power of the Vulnerable Body: A New Political Understanding of Care. *International Feminist Journal of Politics*, 17(1), pp. 100-118, doi: <https://doi.org/10.1080/14616742.2013.876301>
- Wirtz, Veronika J., Reich, Michael R., Leyva Flores, René, y Dreser, Anahí. (2008). Medicines in Mexico, 1990-2004: Systematic Review of Research on Access and Use. *Salud Pública de México*, 50(suppl 4), S470-9. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4861>
- Wirtz, Veronika J., Dreser, Anahí, y Heredia-Pi, Ileana. (2013). Retos y oportunidades para el desarrollo de la política farmacéutica nacional en México. *Salud Pública de México*, 55, pp. 329-336. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7216>
- Zurita, Beatriz, y Ramírez, Teresita. (2003). Desempeño del sector privado de la salud en México. En Felicia M. Knaul y Gustavo Nigenda, *Caleidoscopio de la salud: de la investigación a las políticas y de las políticas a la acción* (pp. 153-161). México: Funsalud.

Cómo citar este artículo:

Cortez Gómez, Renata Gabriela. (2025). Género y mercantilización de la salud en la región Altos de Chiapas: una aproximación etnográfica. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 20, pp. 1-30, doi: <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2025.v20.773>