

La determinación social de la salud y la economía feminista: herramientas para comprender las experiencias de mujeres jefas de hogar

Denisse Guerrero Márquez*

RESUMEN

Este artículo explora la integración de la determinación social de la salud y la economía feminista como herramientas teóricas para comprender la salud de mujeres jefas de hogar en el contexto actual. La determinación social propone una mirada crítica a los procesos de salud-enfermedad, considerando las estructuras sociales que influyen en los perfiles de morbilidad de grupos específicos. La economía feminista, por su parte, analiza la organización social de los cuidados y su desigual distribución en relación con el sexo. El ensayo argumenta que la integración de ambas herramientas permite un análisis más profundo de la situación de salud de las mujeres jefas de hogar, considerando las condiciones socioeconómicas y las desigualdades de género.

PALABRAS CLAVE: Determinación social, economía feminista, salud, mujeres jefas de hogar, cuidados.

The social determination of health and feminist economy: insights into the experiences of women household heads

ABSTRACT

This article explores the integration of social determination of health and feminist economics as theoretical tools to understand the health of female heads of household in the current context. Social determinism proposes a critical look at health-disease processes, considering the social structures that influence the morbidity profiles of specific groups. Feminist economics, on the other hand, analyzes the social organization of care and its unequal distribution in relation to sex. The article argues that the integration of both tools allows a deeper analysis of the health situation of female heads of household, considering socioeconomic conditions and gender inequalities.

KEYWORDS: Social determination, feminist economics, health, female heads of household, care

* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Correo electrónico de contacto: antoptica@hotmail.com

Fecha de recepción: 15 de abril de 2024.

Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2024.

Introducción

El campo de conocimiento de la Salud Colectiva nos invita a comprender el proceso salud-enfermedad más allá del individuo, situándolo en su contexto histórico y bajo la perspectiva de la determinación social. “Aplicando este enfoque más amplio, la población puede ser analizada a través de categorías como clase social, producción económica, reproducción y cultura, en lugar de simplemente medir y resumir las características de los individuos” (Waitzkin, 2013: 269). El marco de la determinación social de la salud permite analizar las experiencias de salud de las mujeres jefas de hogar¹ como un grupo con características comunes, sin negar la complejidad de cada historia individual. Este enfoque nos ayuda a comprender cómo las condiciones sociales, económicas y políticas, especialmente en relación con el sistema sexo/género y el modelo económico capitalista afectan de manera directa la calidad de vida y por tanto la salud de dicho grupo de mujeres.

Por otro lado, pero con propuestas similares, se encuentran los desarrollos teóricos de la economía feminista, desde donde se pretende comprender las dimensiones del sistema sexo/género en la dinámica económica y sus implicaciones en las vidas de las mujeres. Esta perspectiva nos permite analizar las desigualdades de género que se entrecruzan con otras formas de opresión, como la clase social, la raza o la etnia, para comprender mejor las experiencias de las mujeres jefas de hogar en el contexto actual. Uno de sus concep-

¹ En este ensayo se considera que las jefas de hogar son mujeres que asumen la responsabilidad principal del hogar en términos económicos y de cuidados a los demás integrantes. Dado que no hay un consenso en el concepto de jefatura, se puede decir que adquiere un sentido distinto respecto al sexo de quien la asume; “mientras que la jefatura masculina alude a un hogar con la pareja intacta y presente en el hogar, la jefatura femenina se asocia tradicionalmente al hogar de una mujer que no tiene una pareja masculina, ya sea por su estado civil: soltera, viuda, divorciada o separada (Sosa Castro & Castro Olivares, 2022:20).

tos centrales es la «economía del cuidado» cuyo contenido “ha contribuido a actualizar el debate feminista sobre las formas de organización de la reproducción social y a reconocer el impacto de éstas en la reproducción de la desigualdad” (Rodríguez Enríquez, 2015: 31).

El campo de la Salud Colectiva y la Economía Feminista se entrelazan de manera profunda en el análisis de las desigualdades en salud y las condiciones de vida de las mujeres. Ambas perspectivas aportan conceptos cruciales para comprender cómo los elementos sociales, económicos y políticos influyen en la salud y el bienestar de las mujeres. Algunos de los principales vínculos entre ambas corrientes de pensamiento tienen que ver con la determinación social, ya que ambas reconocen que la salud no es un asunto individual. Destacan cómo las desigualdades de género, la división sexual del trabajo, la precariedad económica, las condiciones de vida, el acceso a los servicios y las políticas públicas afectan la salud de las mujeres y de las jefas de hogar de manera específica.

Mientras la Economía Feminista se ha encargado de caracterizar y visibilizar el trabajo doméstico y de cuidados como una actividad realizada mayoritariamente por mujeres, la Salud Colectiva ha analizado la relación entre trabajo, desgaste y salud, ahora también poniendo al centro el papel de las cuidadoras que a menudo experimentan sobrecargas de trabajo, estrés y problemas de salud mental. Además, ambas corrientes enfatizan la necesidad de abordar la salud de las mujeres desde la interseccionalidad, es decir, considerando las diferentes identidades sociales como el género, la etnia, la clase, desde donde se generan múltiples formas de opresión y desigualdad. En resumen, el campo de la Salud Colectiva y la teoría de la Economía Feminista ofrecen herramientas concep-

tuales y analíticas para comprender las complejas relaciones entre género, salud y desigualdad.

Las mujeres jefas de hogar, especialmente en el sur global, se enfrentan a una serie de desafíos que impactan negativamente en su salud y bienestar. La precarización laboral, la pobreza, la violencia de género y la falta de acceso a servicios básicos son sólo algunos de los obstáculos que deben sortear. La convergencia de la Salud Colectiva y la economía feminista nos ofrece un marco teórico sólido para comprender las experiencias de estas mujeres.

La determinación social de la salud

La Medicina Social Latinoamericana/ Salud Colectiva es un movimiento social crítico respecto de la salud de los grupos sociales. Este plantea, desde la articulación de las ciencias sociales y biológicas, una comprensión amplia de los procesos relacionados con la salud, enfermedad y la respuesta social organizada, no sólo para explicarlos en su complejidad, sino con el propósito último de su transformación. En ese sentido, comprende una postura ética y política.

Hablar de determinación social de la salud implica supuestos teóricos que se oponen a la responsabilización individual de los problemas de salud de las personas y pone el foco en las estructuras sociales que favorecen la desigual distribución de las enfermedades, así como el tipo de respuesta social organizada para resolver y atender dichos problemas. Esta categoría se desarrolló en la década de los 70, en el núcleo de la Medicina Social Latinoamericana cuyo enfoque priorizó el estudio de las relaciones capitalistas y sus efectos en la salud de las poblaciones. Su despliegue supuso una “crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramien-

ta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir” (Breilh, 2013:14).

Al pensar el perfil epidemiológico de los grupos sociales en relación con la reproducción social y el modo de producción específico en un momento histórico, y no únicamente como fenómeno biológico, la determinación social de la salud, como herramienta teórica, permite analizar la salud y la enfermedad más allá de lo biomédico. Esto significa superar la mirada cartesiana, cuyo enfoque de análisis ha reducido la realidad sólo al plano de los fenómenos “asumiendo las propiedades de las partes como base del comportamiento del todo; y otorgando, de ese modo, prioridad interpretativa a los atributos individuales sobre el todo” (Breilh, 2013: 15). De esta manera, el enfoque de la determinación social pretende abarcar un panorama más amplio, sin ignorar la importancia de la técnica, la clínica y la especialización, pero manteniendo como premisa la relevancia de las condiciones materiales de existencia en la interpretación de la salud.

En ese sentido, la salud no es únicamente la ausencia de la enfermedad y la enfermedad no se reduce a una alteración biológica en los cuerpos; esos cuerpos son históricos y viven en sociedad, significan su mundo y actúan en consecuencia; son sujetos de estructuras y sistemas que les preceden. “La determinación social de la salud se refiere entonces a la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de su configuración histórica” (López Arellano, 2013:145). Pensar la salud de las jefas de hogar bajo la mirada de la determinación social implica comprenderla en relación con las estructuras sociales, sabiendo que son mujeres que

accionan, dotan de sentido su realidad y expresan de maneras concretas sus modos de vida y perfiles de salud.

El desarrollo de la determinación social de la salud, en el marco del movimiento de la Medicina Social/ Salud Colectiva en América Latina, representa también un planteamiento filosófico, ético y político frente a la desigualdad social que de manera sistemática se ha profundizado en el sur global, especialmente a partir de las reformas estructurales del neoliberalismo. De hecho, fueron las particularidades sociohistóricas de América Latina las que posibilitaron en los años setenta del siglo XX el desarrollo de un pensamiento crítico y con base social en salud, que se refleja en la conformación de esta corriente teórica, con raíces sociales profundas, y que reivindica el quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones (Waitzkin, 2013).

El carácter político del campo de la Salud Colectiva permite denunciar, dentro del análisis de la determinación social de la salud, las desigualdades, antagonismos, contradicciones, relaciones de poder, explotación, dominación, subordinación, exclusión e inequidades propiciados por la lógica de acumulación capitalista ya que:

(...) en todas las formaciones capitalistas se expresan estas desigualdades, más o menos exacerbadas dependiendo del momento de desarrollo del capitalismo en cuestión. Sin embargo, la actual fase de desarrollo capitalista deteriora en forma acelerada la calidad de vida de las mayorías e impacta sobre tres procesos diferentes pero interrelacionados: el incremento de la pobreza, la profundización de las desigualdades económico-políticas y la amplia-

ción de brechas sociosanitarias que conforman sociedades crecientemente polarizadas (López, Blanco, Garduño et al., 2012:259).

Entonces, abordar el proceso de salud-enfermedad de las mujeres jefas de hogar desde el enfoque de la determinación social de la salud significa situarlas en el contexto del capitalismo en su fase neoliberal actual, analizando los procesos históricos relacionados a su condición actual frente al Estado, a la familia, a la sociedad y señalando las expresiones concretas que se relacionan con su modo de vida y con su perfil de morbilidad, así como la atención a la que tienen acceso. También significa denunciar aquellos elementos que profundizan las ya importantes desigualdades en las que vive este grupo social, enunciar los desafíos a los que se enfrentan y nombrar sus experiencias y formas de organización.

Otras expresiones concretas de la determinación social de la salud tienen que ver con la organización territorial, el espacio geográfico y simbólico que ocupan estos grupos, su acceso a la vivienda y qué tipos de vivienda, acceso a servicios básicos, acceso a la educación, las redes comunitarias que pueden construir en sus entornos y por supuesto, condiciones de orden biológico que no debieran interpretarse al margen de lo social.

La economía feminista

La otra herramienta que ayuda a comprender y situar las experiencias de las mujeres jefas de hogar es la economía feminista. Esta corriente de pensamiento hace visibles los sesgos androcéntricos de la teoría económica neoclásica cuyos fundamentos ignoran las dimensiones de género en la dinámica económica y sus implicaciones para la vida de las mujeres.

Un eje central para el análisis de la determinación social de la salud tiene que ver con el trabajo y el desgaste que supone en las sociedades capitalistas, además del ordenamiento social que reproduce y su lógica explotadora/extractivista. Sin embargo, la conceptualización clásica del capitalismo y del trabajo en particular ha sido limitada respecto del papel de las mujeres en la producción económica.

Marx y Engels caracterizaron el proceso de producción bajo el modelo capitalista y vislumbraron la explotación de los hombres como elemento que permitió el acaparamiento de la riqueza por parte de burgueses. Con más precisión, en *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Engels describió la particularidad de la inserción de las mujeres a las fábricas y sus consecuencias sociales (Engels, 1845). Asimismo, dicho autor denunció que el sistema de producción industrial lograba imponer la explotación a gran escala como expresión de las relaciones patriarcales.

Esa noción permite vislumbrar el entramado existente entre el modo de producción capitalista, la explotación de los cuerpos y de manera particular los cuerpos de las mujeres y el extractivismo; incluso pensándolo en el contexto actual y a gran escala es posible entender lo que García Linera denomina *división internacional del trabajo* que se refiere a “cada una de las especializaciones laborales de los países y las regiones que forman parte de una misma trama de predominancia del sistema capitalista mundial” (García Linera, 2020: 120). En esa trama son explotadas de manera diferenciada las mujeres del norte y sur global según evidencian los procesos de migración.

Parte del pensamiento de Marx se concreta en la noción de que la estructura social, a la que corresponde un modelo de producción económica en

cada época histórica, constituye la base de creación del pensamiento político, social y cultural. Y afirma que “la historia de todas las sociedades hasta nuestros días es la historia de las luchas de clases” (Marx, 1848). Opresores y oprimidos se han enfrentado siempre, manteniendo una lucha constante que termina en la transformación revolucionaria de toda sociedad. Estas disputas, según Marx, se realizaron entre libres y esclavos, patricios y plebeyos, señores y siervos, burgueses y proletarios. ¿Qué particularidades tuvo y tiene la participación de las mujeres en esas luchas de poder?

Habría que considerar que “las ideas de la clase dominante son en cada época las ideas dominantes. Es decir, la clase que constituye la fuerza material dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su fuerza intelectual dominante” (Marx & Engels, 1846), esta ideología ha sido además de clasista y racista, patriarcal. El análisis de los contenidos ideológicos son entonces una guía para entender la estructura social, “las ideologías son las ideas dominantes de una sociedad particular en un momento determinado. Son ideas que expresan la naturalidad de cualquier orden social existente y que ayudan a mantenerlo” (Lewontin et al., 2009: 13). Justamente, la labor de los planteamientos feministas ha sido cuestionar esa supuesta naturalidad de un orden social que oprime y ayudan a cuestionar el carácter naturalizado que ha tenido el trabajo de cuidados para las mujeres.

Los postulados del marxismo son vigentes para pensar la lógica del capitalismo actual, aunque se encuentre en una fase muy distinta a la que alcanzaron a vislumbrar Marx y Engels, su legado intelectual es invaluable para hacer evidentes los procesos por los que hoy la riqueza se concentra en menos del uno por ciento de la población. En ese sentido, “la concepción materialista de la his-

toria que plantean para entender la reproducción social es de crucial importancia” porque permite reconocer que la subordinación social es un producto de la historia, cuyas raíces se encuentran en una organización específica del trabajo (Federici, 2020: 226). Sin embargo, las teóricas feministas invitan a criticar sus nociones acerca del trabajo y sobre todo la idea de que el capitalismo es una etapa necesaria para la emancipación humana y un estado previo a la sociedad comunista.

Previo aún a la reflexión sobre la división sexual del trabajo se encuentra el patriarcado permeando todos los aspectos de la vida porque:

a menudo la lucha tiene que empezar dentro de la familia, puesto que para combatir el capitalismo las mujeres han tenido que enfrentarse con sus esposos y sus padres [...] y con el particular tipo de composición de clase que el capitalismo establece a través de la relación salarial (Federici, 2020: 232).

Desde la visión de la economía clásica, se refuerza el carácter productivo del trabajo asalariado que se realiza en el espacio público y se desconoce el trabajo que históricamente han desarrollado las mujeres en el espacio íntimo y privado, este sesgo no permite visualizar con claridad el entramado de opresiones que atraviesan a los cuerpos femeninos;

hay que reconocer que el trabajo doméstico es el medio por el que se produce la fuerza de trabajo nos ayuda a entender las identidades de género como funciones laborales y las relaciones de género como relaciones de producción, una maniobra que amplifica la importancia del principio feminista «lo personal es político» (Federici, 2020:232).

Bajo esta línea, se puede asumir que la reproducción normativa del género es esencial para la reproducción social de la forma capitalista, es decir, “la división sexual del trabajo no puede ser entendida al margen de la reproducción generizada de las personas y la regulación de la sexualidad está sistemáticamente vinculada al modo de producción apto para el funcionamiento de la economía política” (Butler & Fraser, 2019: 79). El género como norma, en ese sentido, dispone a las mujeres un espacio simbólico y material desde el que reproducen la economía política; es en ese espacio que se enmarcan las experiencias y éstas, señala Bourdieu (2007: 10), se ven determinadas siempre por la posición que se ocupa en el macrocosmos social.

El trabajo realizado en el ámbito privado que ha mantenido la reproducción del modelo económico y ha sostenido la vida en general, ha sido históricamente realizado por mujeres bajo las exigencias del patriarcado, a través de diversas estrategias. Por ejemplo, “las estrategias matrimoniales que deben asegurar la reproducción biológica del grupo sin amenazar su reproducción social” (Bourdieu, 2002: 6). Además, bajo las formas del capitalismo neoliberal y los procesos históricos que insertaron de manera masiva a las mujeres en los trabajos asalariados, se han aumentado las jornadas de trabajo, representando mayor carga laboral, mental y emocional. En ese panorama, se encuentran las madres jefas de hogar, a quienes se exige socialmente el cuidado de los hijos, el trabajo doméstico y ahora, bajo la ideología neoliberal, el imperativo de la productividad económica.

Finalmente,

el capitalismo implica una sujeción sobre los cuerpos de los trabajadores y las trabajadoras, sin embargo, las mujeres son doblemente

explotadas como trabajadoras y como mujeres. La dominación sexual es parte de la estructura de subordinación en el lugar de trabajo (Valobra, 2015:40).

Entonces, es importante cuestionar la dicotomía producción-reproducción en relación con la división sexual del trabajo para desnaturalizar las expectativas de género sobre las mujeres y comprender que ambos procesos forman parte del mismo continuum de reproducción social. Además, en el capitalismo neoliberal esos límites entre público-privado se desdibujan en favor de mayor ganancia económica, aunque en su momento sirven para comprender que “las relaciones de producción son relaciones de clase que se procesan a través de una contradicción fundamental, consistente en la oposición entre el carácter social de la producción y el carácter privado de la apropiación” (Donnangelo, 1985: 45).

En ese tenor, el reconocimiento del trabajo que históricamente han realizado las mujeres es fundamental, así como la reconceptualización de dicha actividad humana necesaria para satisfacer las necesidades básicas y otras más relacionadas incluso con el bienestar emocional. Habrá que cuestionar las nociones respecto del trabajo que tienen las mujeres jefas de hogar en este contexto en particular, pero como punto de partida es útil pensarlo como

una actividad que se desarrolla de manera continua y que forma parte de la naturaleza humana; como la práctica de creación y recreación de la vida y de las relaciones sociales. En la experiencia de las mujeres, trabajo y vida han sido la misma cosa. El trabajo nos permite crear las condiciones adecuadas para que se desarrolle la vida partiendo de las condiciones del medio natural (Pérez Orozco, 2006:16).

Mujeres jefas de hogar en México

En este apartado se pretende problematizar específicamente la determinación social de la salud de mujeres jefas de hogar en México, que como grupo social comparten características dadas por el contexto social, político, económico, cultural y tecnológico actual.

Para dimensionar el problema en el contexto mexicano es preciso comprender algunos datos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2024), México alberga una población de 126 millones de habitantes, divididos en 52% mujeres y 48% hombres. La esperanza de vida ha experimentado un aumento constante: en el año 2000, las mujeres tenían una esperanza de vida de 77 años, para el 2020 era de 78.1 años y se proyecta que para el 2030, la esperanza de vida de las mujeres al nacer alcance los 79.6 años.

Si bien las mujeres viven más años, esto no se traduce necesariamente en una mejor calidad de vida al llegar a la vejez. La Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, a través de la Secretaría de Salud (2022), reportó una mayor incidencia de enfermedades entre las mujeres, principalmente enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas.

La incidencia diferenciada de las enfermedades no transmisibles en relación con el sexo se relaciona con la problemática de acceso a la seguridad social. De acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), toda persona debería tener derecho a la protección de salud, y este debería ser garantizado por el Estado, sin embargo, “la seguridad social en México se caracteriza por ser de carácter laborista, concentrándose en la cobertura del trabajo asalariado,

subordinado y formal, lo que origina su carencia de universalidad. Esta situación ha reproducido sistemas de pensiones de carácter excluyente y desigual, que coadyuvan a la estratificación social por condición laboral, salarial y de género” (Ramírez López et al., 2019: 101).

En ese sentido, el sistema sexo/género² adquiere una relevancia central para entender la forma en que estas mujeres viven, trabajan, cuidan, enferman. Cuando se habla de análisis de género en las investigaciones sociales no se trata sólo de incluirlo como categoría que sirve para diferenciar la realidad de hombres y mujeres, sino para profundizar en la manera que se ha traducido históricamente en desigualdades a través de la reproducción de determinadas prácticas sociales, significaciones y representaciones.

Específicamente, en la investigación en salud significa que “la conceptualización de la determinación social pasa por el análisis del orden social y este depende de las relaciones de poder, que separan a la población en clases, cruzadas por relaciones etno-culturales y de género” (Breilh, 2013:1). Este punto tiene una implicación metodológica, pues sería importante caracterizar el proceso de determinación social de la salud tomando en consideración al grupo social con el que se trabaja, cuestionando lo que ese grupo identifica como significativo en su vida.

El perfil de morbilidad y la calidad de vida de las jefas de hogar en México se ven considerablemente afectados por diversos factores. La desigualdad económica es uno de los más relevantes, ya que estas mujeres y sus familias son

² “un sistema sexo/género es un conjunto de acuerdos por el cual la sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en las cuales estas necesidades sexuales transformadas, son satisfechas” (Rubin, 1996: 44).

especialmente vulnerables a la pobreza. Los datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2022) revelan que el 44.4% de las mujeres mexicanas, incluyendo a muchas jefas de hogar, vivían en dicha condición, lo que limita su capacidad para adquirir alimentos, vivienda y otros servicios esenciales.

Una dificultad para integrarse al campo laboral de las jefas de hogar con hijos en edad escolar tiene que ver con la poca disponibilidad de guarderías o estancias infantiles, así como la discriminación en los mismos espacios laborales. Datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2019), indican que en las mujeres mexicanas dedicaron 24% de su tiempo a labores de cuidados, mientras que los hombres sólo 8.8 por ciento. Sumado a ello se encuentra la falta de mecanismos legales que garanticen su acceso a la justicia en caso de haber empezado una demanda de pensión alimenticia y los discursos revictimizantes que reciben.

Algunos autores señalan que el incremento en el número de mujeres que encabezan hogares en México es resultado de diferentes cambios sociales; entre ellos destacan la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, así como la necesidad de incorporación de dos a más miembros del hogar al trabajo asalariado (Arriagada, 2002; Castro Lugo et al., 2023; Sosa Castro & Castro Olivares, 2022). Asimismo, los cambios en las estructuras familiares, como el aumento de divorcios, separaciones y la migración masculina, han contribuido a esta tendencia. Otros factores relevantes son el fallecimiento del cónyuge, el embarazo adolescente y las crisis económicas, que pueden obligar a las mujeres a asumir la jefatura del hogar. En conjunto, estos elementos han transformado las dinámicas familiares y sociales

en México, dando lugar a un nuevo escenario en el que las mujeres desempeñan un papel cada vez más presente como proveedoras y cuidadoras.

La compleja interacción de factores sociales, económicos y culturales genera una serie de desafíos que afectan de manera desproporcionada a las jefas de hogar en México. La conciliación de la vida laboral y familiar, la falta de acceso a servicios de cuidado infantil, la discriminación de género y la precariedad laboral son solo algunos ejemplos de las dificultades que enfrentan. Estas situaciones tienen un impacto directo en su salud física y mental, así como en su bienestar emocional.

Las jefas de hogar suelen enfrentar una doble jornada laboral, combinando el trabajo remunerado con las tareas domésticas y el cuidado de los hijos. Esta sobrecarga de responsabilidades limita su tiempo libre y afecta de manera directa su salud física y mental. En general, las mujeres:

(...) que tienen trabajo remunerado están sometidas a las mismas exigencias que los varones, pero además realizan, en su mayoría, todas las tareas del hogar en los tiempos de reposición de su fuerza de trabajo; esto se vería reflejado en su perfil de salud-enfermedad (Garduño & Rodríguez, 1989: 42).

Además, muchas de estas mujeres perciben ingresos menores que los hombres por realizar el mismo trabajo. Esto las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad económica y dificulta su acceso a servicios básicos como salud y educación. La discriminación laboral es otro desafío común, ya que las mujeres pueden enfrentar prejuicios y estereotipos que dificultan su contratación y promoción. Por último, las jefas de familia suelen tener menor acceso a redes de apoyo social

y enfrentan mayores dificultades para conciliar la vida laboral y familiar. La falta de servicios de cuidado infantil accesibles y asequibles agrava esta situación, obligando a muchas mujeres a tomar decisiones difíciles entre su trabajo y el cuidado de sus hijos.

El proceso de salud-enfermedad desde las experiencias de mujeres. Un apunte epistemológico

Situar las experiencias de las mujeres significa ubicarlas en un tiempo y un espacio particular, en una estructura socioeconómica que define las posiciones en las que se encuentran los sujetos, así como su capacidad de agencia, modos de subjetivación, prácticas de consumo, y por supuesto, sus patrones de morbimortalidad. Este ejercicio es imprescindible de frente al imperativo ideológico que responsabiliza al individuo de sus formas de enfermar y morir.

La investigación social en salud no puede permitirse prescindir del análisis del sistema sexo/género, ni de una mirada crítica que abarque las condiciones materiales de la existencia que hacen posible o no la sostenibilidad de la vida, y no sólo la reproducción social bajo la lógica capitalista.

Poner al centro las experiencias de las mujeres fue un acto revolucionario para la forma de hacer ciencia desde los años setenta, bajo la mirada de epistemólogas feministas que empezaron a cuestionar los presupuestos de neutralidad y objetividad de la práctica científica. Esto significó hacer evidente las intenciones políticas en el acto de enunciar problemas sociales a los que las mujeres se enfrentan de manera particular; “desde esta perspectiva, las críticas feministas de la ciencia pueden considerarse como una llamada a una revolución intelectual, moral, social y política más

radical de lo que nunca hubieran imaginado los fundadores de las modernas culturas occidentales” (Harding, 1996:12).

Desprendiéndose de la falsa objetividad de la ciencia positivista, las investigaciones feministas empezaron a abandonar el fetiche del experimento controlado y convocaron a la experiencia para hacer visibles las otras realidades, por su misma naturaleza inaprensibles más allá del lenguaje.

La experiencia fue citada a dar testimonio de formas de dominio y de opresión productoras de sujetos subalternos. Sujetos dos veces subalternizados a efecto del poder desplegado por el propio conocimiento científico: “[la herramienta de la experiencia] se diseñó para crear una alternativa al sujeto deshumanizado del conocimiento del discurso científico social establecido (Trebisacce, 2016: 289).

La politización no es más que el reconocimiento de experiencias compartidas y las movilizaciones que se están gestando actualmente en el país a través de acciones organizadas como la colocación de tendaderos³ en diferentes entidades federativas para denunciar a deudores alimentarios y que recientemente se ven reflejadas en la acción gubernamental, son ejemplos de que otras formas de pensar y construir la salud son posibles.

³ La colocación de tendaderos en plazas públicas es una acción que proviene del mundo artístico, específicamente del performance de Mónica Mayer, como una manera de denuncia, en un principio del acoso en que vivían las mujeres en Ciudad de México. Recientemente diversas colectivas feministas en torno a la maternidad se han apropiado del recurso para denunciar violencias de diversos tipos. “Desde una crítica al paradigma hegemónico de la justicia estatal, estas mujeres han decidido organizarse, y través de su acción colectiva en los escraches o los tendaderos como ellas les llaman han exhibido públicamente los rostros y nombres de los padres que adeudan la pensión, apostado así, por una justicia en clave feminista para denunciar toda una cadena de violencias estructurales y directas que no solo afectan su persona, sino que, repercuten principalmente en sus hijo(as) derivando en graves violaciones a sus derechos humanos (García Hernández, 2023:1).

Reflexiones finales

Las experiencias de salud de las mujeres jefas de hogar en México se ven determinadas por un modelo económico, político y social que las sitúan en una posición particular debido a que existen mecanismos de opresión que operan en todos los ámbitos de la vida, por ejemplo, el sistema sexo/género y el capitalismo neoliberal. Reconocer esas estructuras y sistemas que organizan la reproducción social es dotar de sentido una experiencia individual y permite la posterior politización que no es más que hacer colectivas esas experiencias compartidas.

La crisis de los cuidados evidencia la insostenibilidad de un modelo que concentra la responsabilidad de la reproducción social en las mujeres, especialmente cuando carecen de las condiciones mínimas para hacerlo y se ven obligadas a compatibilizar estas tareas con trabajos precarios. Mejorar las condiciones laborales femeninas es esencial, pero no suficiente. Es imperativo redistribuir los cuidados y colectivizarlos a nivel comunitario, involucrando a todos los miembros de la sociedad. El Estado debe jugar un papel protagónico, diseñando políticas públicas que garanticen el acceso a servicios de cuidado de calidad y promuevan una cultura de corresponsabilidad.

De manera particular, las jefas de hogar como grupo social enfrentan desafíos que socavan su salud y bienestar integral. Esta situación es resultado de una compleja red de factores sociales, económicos y culturales que han normalizado desigualdades a lo largo del tiempo. La carga desproporcionada de los trabajos de cuidados, las brechas de género en el ámbito económico y la falta de apoyos sociales son algunas de las problemáticas que afectan de manera directa el bienestar físico, mental y emocional de estas mujeres.

En ese sentido, la mirada de la determinación social de la salud y la economía feminista permiten reconocer algunos de los elementos que debieran ser tomados en cuenta para mejorar las condiciones de vida de las jefas de hogar; en primer lugar, el reconocimiento de su trabajo tanto en el ámbito público como privado a través del reconocimiento legal de su papel como cuidadoras y principales proveedoras de sus hogares, lo que les permitiría acceder a mayor cantidad de servicios y beneficios sociales. También el acceso a servi-

cios de cuidado infantil accesible y de calidad que permitan conciliar su vida laboral y familiar en caso de que deseen hacerlo. La demanda al Estado incluye la protección social incluyendo servicios de salud, pensiones y prestaciones sociales que garanticen su bienestar y el de sus familias, así como las demandas generales que desafortunadamente son vigentes para todas las mujeres: el combate a la violencia de género y la eliminación de brechas que las mantienen en situaciones de vulnerabilidad.

Referencias bibliográficas

- ARRAIGADA, I. (2002). “Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas”. *Revista de La CEPAL*, vol. 2002, Núm.77: 143–161.
- BOURDIEU, P. (2002). *Estrategias de reproducción y modos de dominación*. México: Colección Pedagógica Universitaria.
- BOURDIEU, P. (2007). *La misera del mundo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BREILH, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Facultad Nacional de Salud Pública: El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia*. Vol. 12, Núm 2: 55-72. Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia
- BUTLER, J., & FRASER, N. (2019). *Reconocimiento o redistribución. Un debate entre marxismo y feminismo*. Madrid: Traficantes de sueños.
- CASTRO L., RODRÍGUEZ., R. & ZAMBRANO A. (2023). “Pobreza laboral en hogares con jefatura femenina en México. Evolución y factores determinantes”. *Revista de Economía, Facultad de Economía, Universidad Autónoma de Yucatán*, vol. 40 Núm. 101: 30–58.
- CEPAL. (2019). *Panorama Social de América Latina 2019: tendencias y desafíos*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CONEVAL. (2022). *Informe de la pobreza Multidimensional en México, 2020. Metodología actualizada 2018-2020*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS [CPEUM]. Artículo 4°. 5 de febrero de 1917 (México).
- DONNANGELO, M. C. F. (1985). “Salud y sociedad” En: *Colección Fin de Milenio: Estudios sobre salud y desarrollo social en América Latina*. México: El Colegio de México.
- ENGELS, F. (1845). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. (5ª ed.). Madrid: Akal, 2023. Colección Clásicos del Pensamiento Social.
- FEDERICI, S. (2020). *Reencantar el Mundo*. Madrid: Editorial Traficantes de Sueños.
- GARCÍA HERNÁNDEZ, M. de los Á. (2023). “Resignificando el escrache como práctica de justicia. El caso de las madres autónomas del movimiento contra los deudores alimentarios en Oaxaca” (Tesis de maestría). México: *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS*.

- GARCÍA LINERA, Á. (2020). *Posneoliberalismo. Tensiones y complejidades*. México: Prometeo.
- GARDUÑO, M. D. L. Á., & Rodríguez, J. D. C. (1989). “Salud y doble jornada: las taquilleras del metro”. *Nuevos Textos y Renovados Pretextos*, Vol. 5, Núm, 2: 317–352.
- HARDING, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. España: Ediciones Morata.
- INEGI. (2024). *Estadísticas a propósito del día de las madres (Datos nacionales)*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- LEWONTIN, R. C., ROSE, S., & KAMIN, L. J. (2009). *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. España: Crítica.
- LÓPEZ ARELLANO, O. (2013). “Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles”. *Divulgação Em Saúde Para Debate*, Vol. 49, 144–150.
- MARX, K. & ENGELS, F. (1848). *Manifiesto del partido comunista* (5ª ed.) Madrid: Akal 2023. Colección Clásicos del Pensamiento Social.
- O. LÓPEZ, J. BLANCO, M.A. GARDUÑO, J. A., GRANADOS, E. JARILLO, S. L., RIVERA, J. A., & TETELBOIN, C. (2012). “Los determinantes sociales de la salud y la acción política: una perspectiva desde la academia”. *Salud Pública de México*, Vol. 54, Núm. 2: 123-135.
- PÉREZ OROZCO, A. (2006). “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”. *Revista de Economía Crítica*, Vol.5, 7–37.
- RAMÍREZ LÓPEZ, B. P., NAVA BOLAÑOS, I., GRANADOS MARTÍNEZ, A., & BADILLO GONZÁLEZ, G. (2019). “La desigual participación de las mujeres mexicanas en el acceso y en los beneficios de la seguridad social”. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Vol.1, 30-95.
- RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, C. (2015). “Economía feminista y economía del cuidado: aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad”. *Nueva Sociedad*, Núm. 256: 30–44.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2022). “Panorama Epidemiológico De Las Enfermedades No Transmisibles En México, Cierre 2021”. México: *Dirección General de Epidemiología*.
- SOSA CASTRO, M. M., & CASTRO OLIVARES, J. E. (2022). “Determinantes de la jefatura femenina en los hogares mexicanos: modelos Logit y Probit (2008-2020)”. *Korpus*. Vol.21, Núm 2: 17–38.
- TREBISACCE, C. (2016). “Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista”. *Cinta de Moebius*, Vol. 57, 285–295.
- VALOBRA, A. M. (2015). “El Estado y las mujeres, concepciones en clave feminista”. *Estudios Sociales Del Estado*, Vol. 1, Núm. 2: 33–57.
- WAITZKIN, H. (2013). *Medicina y salud pública al final del imperio*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.