

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE

RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL, ACUERDO SEP. NO. 15018
PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN
EL 29 DE NOVIEMBRE DE 1976.



**DIRECCIÓN GENERAL ACADÉMICA
DOCTORADO EN ESTUDIOS CIENTÍFICO-SOCIALES**

**TRAYECTORIAS Y REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PROCESO
SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE MUJERES PARTICIPANTES EN
PROGRAMAS SOCIALES**

**TESIS PARA OBTENER EL
GRADO DE DOCTOR EN ESTUDIOS CIENTÍFICO-SOCIALES**

**QUE PRESENTA:
JOSÉ MANUEL RANGEL ESQUIVEL**

**DIRECTOR DE LA TESIS
DR. ENRIQUE VALENCIA LOMELÍ**

TLAQUEPAQUE, JALISCO A DICIEMBRE DE 2009

DOCTORADO EN ESTUDIOS CIENTÍFICO-SOCIALES

ITESO

**TRAYECTORIAS Y REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PROCESO
SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE MUJERES PARTICIPANTES EN
PROGRAMAS SOCIALES**

**TESIS PARA OBTENER EL
GRADO DE DOCTOR EN ESTUDIOS CIENTÍFICO-SOCIALES**

**QUE PRESENTA:
JOSÉ MANUEL RANGEL ESQUIVEL**

**COMITÉ TUTORIAL
DR. ENRIQUE VALENCIA LOMELÍ
DRA. ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
DRA. REBECA MEJÍA ARAUZ**

TLAQUEPAQUE, JALISCO A DICIEMBRE DE 2009

DOCTORADO EN ESTUDIOS CIENTÍFICO-SOCIALES

ITESO

TRAYECTORIAS Y REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE MUJERES PARTICIPANTES EN PROGRAMAS SOCIALES

JOSÉ MANUEL RANGEL ESQUIVEL

RESUMEN

El presente trabajo indaga mediante la comprensión de las trayectorias y las representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención (SEA) de las mujeres participantes y no participantes directas de los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*, para establecer vínculos con la política pública en materia de salud. Es relevante retomar estos programas sociales, puesto que se han dirigido a la atención de la población en situación de pobreza y se han enfocado a atender aspectos relacionados con la salud de este sector social.

Uno de los principales logros al acceder a la reconstrucción de dicho proceso, visto desde los actores sociales, como son las participantes, las no participantes directas y especialistas en salud, con conocimientos biómédicos y tradicionales, es que por medio de las construcciones socioculturales de los padecimientos como resultado de las formas en que se conciben, se experimentan y se enfrentan los procesos de salud/enfermedad/atención, permite establecer los puentes de análisis con la política pública en materia de salud, mediante los programas mencionados, para vislumbrar si se están considerando aspectos de este tipo en su implementación, pues actualmente los programas sociales pueden considerarse incompletos si no incorporan a los sujetos activos, es decir, su discurso y las prácticas que implementan para acceder a un estadio de salud.

Con el sustento teórico-metodológico abordado, permite el acercamiento a la dinámica socioeconómica, sociocultural y sociopolítica de los hogares, lo cual conlleva al carácter interdisciplinar del presente estudio. Mediante la estrategia de investigación multimétodo, la cual integra tanto aproximaciones cuantitativas y cualitativas, se da cuenta del escenario, el sector urbano de "La Huizachera" en el municipio de El Salto, Jalisco, y de la experiencia del proceso SEA de las mujeres durante su curso de vida y las distintas etapas del ciclo doméstico, al formar parte de dos de los programas sociales eje, implementados tanto por la Secretaría de Desarrollo Social como por la Secretaría de Salud en nuestro país.

DOCTORADO EN ESTUDIOS CIENTÍFICO-SOCIALES

ITESO

TRAYECTORIAS Y REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE MUJERES PARTICIPANTES EN PROGRAMAS SOCIALES

JOSÉ MANUEL RANGEL ESQUIVEL

ABSTRACT

The current work research through the comprehension of the paths and the social representations of the health/sickness/attention process (HSA) of the women that participate directly or indirectly in the social programs “Oportunidades” and “Seguro Popular”, to make links with the Health Public Policy. Is important to rethink in this social programs, because they were been directed to the attention of the population in poor conditions and they are focused in attending the health issues that are related with this part of the population.

One of the main achievements is to access to the reconstruction of this process, through the point of view of the social actors, like the participants (directs and not directs) and the health specialists, with traditional or biomedical knowledge, is that through the social and cultural constructions of the sufferings as a result of the ways the health/sickness/attention processes are conceived, experimented and faced, allow to make the analysis links with the public policies in the health matter, through the social programs in order to verify if this kind of issues are being considered in their implementation. Actually the social programs may be considered incomplete if they not include their speeches and practices to access a health population.

The current methodical-theoretical basis allow the reader to the social-economics, social-cultural and social-politics dynamics of the homes, is a characteristic of this interdisciplinary work. Through the strategy of multi-method research, wich gathers qualitative and quantitative approaches, this work presents the urban sector “La Huizachera” in El Salto, Jalisco and the experiences of the HSA process of the women through their life course, being part of the social programs, as implemented by the “Secretaría de Desarrollo Social” and the “Secretaría de Salud” of our country.

Agradecimientos:

Doy gracias a Dios por esta experiencia y los logros en mis estudios de Doctorado en la ciudad de Guadalajara.

Agradezco a mis Padres, Sr. Adán Rangel Crisanto y Sra. Adela Esquivel de Rangel, por su amor y apoyo incondicional siempre presentes, que han sido pilares en mi formación profesional.

A mi esposa Nancy Villanueva Pérez, por compartir juntos el proceso de trayectoria profesional, que nos conduce a realizarnos como mejores ciudadanos e investigadores sociales.

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, a través del Programa de Mejoramientos del Profesorado (PROMEP) un especial agradecimiento por su apoyo en la realización de estos estudios de posgrado.

A la coordinadora del Voluntariado “Estamos Contigo” (VEC), Georgina Monge, y su equipo de colaboradoras(es) por las facilidades otorgadas para el acercamiento a los sectores que habitan en situación de pobreza.

A las autoridades, médicos y enfermeras de los Centros de Salud “la Huizachera” y “las Pintitas” del municipio de El Salto, Jalisco, por la información estadística proporcionada y las facilidades otorgadas para realizar el trabajo de campo.

Con respeto y admiración, agradezco a mi asesor y comité tutorial, Dr. Enrique Valencia Lomelí, Dra. Rocío Enríquez Rosas y Dra. Rebeca Mejía Arauz, por compartir sus conocimientos por medio de las asesorías y recomendaciones realizadas al presente estudio.

A mis padrinos, Sr. Rodolfo Hernández Cuevas y Sra. Rebeca Prado de Hernández, y al Sr. Pablo Francisco Esquivel Rodríguez, así como a la familia García Sanjinés, en especial al Sr. José Ramón García Dosal y Sra. María

Antonia Sanjinés de García, por la confianza que han depositado en mí y los buenos deseos transmitidos hacia mi persona.

Por el apoyo mutuo, agradezco a mis amigas y amigos: Vianney Hernández Sosa, Yazmín Hernández Sosa, Jorge Enrique Bracamontes Grajeda y Edmundo Chávez Hernández.

De igual forma, por sus comentarios y apoyos en los Seminarios y Talleres de Investigación, agradezco a los Doctores, Profesores y compañeros que formamos parte de la 3ª Generación del DECS.

Por último, un especial reconocimiento a todas las personas que habitan en los sectores urbanos "la Huizachera" y "Santa Rosa del Valle", pues sin su colaboración este trabajo no se hubiese podido cristalizar.

INDICE

Introducción General	1
 Capítulo I: El abordaje teórico-metodológico	
Introducción	19
1. <i>Regímenes de bienestar y la política social</i>	19
2. <i>Aspectos generales de la situación en salud</i>	42
2.1 <i>Algunos alcances de los programas Oportunidades y Seguro Popular</i>	45
2.2 <i>Acercamiento al estudio de la dinámica de los hogares y el rol del individuo</i>	51
3. <i>El estudio de las representaciones sociales y de la salud cualitativa</i>	61
3.1. <i>Consideraciones teóricas del marco de las representaciones sociales</i>	61
3.2. <i>Investigaciones en salud cualitativa</i>	68
4. <i>El abordaje metodológico</i>	73
Conclusiones	86
 Capítulo II: El escenario de investigación	
1. <i>Aproximación a la zona de estudio</i>	89
2. <i>Reconstrucción histórica del sector de estudio: ¿un lugar donde hubo Huizaches?</i>	105

Capítulo III: Hablan las mujeres: Trayectorias del proceso Salud/Enfermedad/Atención

Introducción	121
1. <i>Presentación de los casos: condiciones de vida y aspectos de la SEA</i>	122
2. <i>Acerca de las trayectorias de las enfermedades</i>	140
<i>La infección en el ovario de Candelaria</i>	141
<i>La epilepsia en Isadora</i>	143
<i>El tumor en el ovario de Guillermina</i>	146
<i>El soplo en el corazón de Esther y la presencia de diabetes e hipertensión</i>	149
<i>El accidente de Lucía, hija de Inocencia, le ocasiona enfermedad craneoencefálica</i>	152
<i>El cáncer cervicouterino de Pilar y la presencia de diabetes e hipertensión</i>	156
<i>Las dolencias en las piernas y la hipertensión de Jimena</i>	160
<i>El tumor en la rodilla de Micaela</i>	163
<i>El principio de cáncer cervicouterino de Julieta</i>	166
<i>La superación de la lepra en el cuerpo de Sonia</i>	170
<i>La discapacidad en las piernas de Margarita</i>	172
<i>El cáncer cervicouterino en fase terminal de Carmen</i>	176
Conclusiones	179

Capítulo IV: La heterogeneidad de las trayectorias del proceso SEA

1. <i>Esquemas de las trayectorias</i>	185
2. <i>Tipologías de las Trayectorias del proceso SEA</i>	201
2.1. <i>Tipologías de acuerdo con la Instancia</i>	201

2.2 <i>Tipologías de acuerdo con los Tratamientos</i>	205
2.3 <i>Tipologías de acuerdo con los Cuidadores</i>	207
Conclusiones	209
Capítulo V: Construyendo representaciones sociales del proceso Salud/Enfermedad/Atención	
Introducción	215
1. <i>Representaciones sociales de los síntomas de la enfermedad</i>	218
1.1. <i>El inicio de la enfermedad</i>	218
1.2. <i>Representaciones sociales de las causas de la enfermedad</i>	223
2. <i>Representaciones sociales de los diagnósticos de la enfermedad</i>	237
3. <i>Representaciones sociales acerca de la valoración de los tratamientos de la enfermedad</i>	239
4. <i>Representaciones sociales de las prácticas preventivas, curativas y de cuidados</i>	245
4.1 <i>Prácticas preventivas</i>	246
4.2 <i>Prácticas curativas</i>	249
4.3 <i>Prácticas de cuidados</i>	252
5. <i>El papel de las redes sociales en el proceso SEA</i>	256
6. <i>Implicaciones de la enfermedad</i>	263
6.1. <i>Implicaciones en las actividades al exterior del hogar</i>	264
6.2. <i>Implicaciones en las actividades al interior del hogar</i>	266
6.3. <i>Afectaciones corporales</i>	267
Consideraciones finales	269
Capítulo VI: Representaciones sociales desde los significados y las percepciones en torno a los programas sociales	
Introducción	273
1. <i>Significados de la salud y la enfermedad</i>	274
2. <i>Significados de la pobreza</i>	277

3. <i>El derecho a la salud</i>	280
4. <i>Percepción de los programas sociales de atención a la salud</i>	284
5. <i>Paradojas respecto a las Reglas de Operación de Oportunidades-Seguro Popular</i>	296
Conclusiones	302
Capítulo VII: Conclusiones y Recomendaciones finales. Deconstruyendo la operacionalización y el análisis de los programas sociales	305
Bibliografía	319
Anexos	

INTRODUCCIÓN GENERAL

En nuestro país la presencia de la enfermedad física no es un fenómeno estrictamente aleatorio. La frecuencia con que las enfermedades se presentan en una población está relacionada con sus condiciones de vida, las condiciones sanitarias de la vivienda y diversos aspectos culturales de los individuos (SSA, 2004). De acuerdo a la Secretaría de Salud (2002), la salud también se ve afectada por la (*in*)capacidad de los sistemas de salud para mejorar el acceso a sus servicios curativos y emprender medidas efectivas de prevención de enfermedades.

La Organización Mundial de Salud (OMS), a mediados de la década de los cuarenta, definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de malestar. La ideología desarrollista, acorde con la interpretación anterior, postuló que para el logro del crecimiento económico era indispensable mejorar las condiciones de salud de la población, admitiendo la importancia que para ello tendrían las condiciones sociales y ambientales; posteriormente, las consideraciones expresadas por el paradigma alternativo de la medicina social, parten del análisis de la salud-enfermedad como proceso social en el que intervienen factores de orden económico-social, político, ideológico y cultural, argumentando que se encuentran implícitos en la vida cotidiana de las personas (Di Tella, et. al., 2001).

Es en la década de los noventa, cuando la enfermedad es definida por la Organización Mundial de Salud (OMS, 1991), como la ausencia de salud o la alteración del equilibrio en el proceso salud-enfermedad, esto, como resultado de la interacción de agentes patógenos, las condiciones del medio ambiente y la capacidad del organismo humano para enfrentarlos. Actualmente el proceso salud-enfermedad se visualiza como un fenómeno multidimensional, en el que intervienen distintos condicionantes, los cuales, si bien se expresan en individuos concretos y parten de su constitución orgánica y biológica, se configuran sobre

patrones sociales; además, los fenómenos de reproducción social, las clases sociales y el proceso de trabajo, se conciben como variables explicativas del proceso de salud-enfermedad de los distintos grupos humanos (Di Tella, et. al. 2001).

En este sentido, algunas de las dimensiones de cambio que han aumentado la complejidad de la salud, enunciadas por Frenk (2000), son:

a) el aspecto demográfico, como el descenso de la fecundidad; la distribución espacial de la población, producto de la desordenada urbanización que ha acrecentado la vida en las ciudades; así como el proceso de envejecimiento de la población;

b) el aspecto social, que puede ejemplificarse con el incremento de la escolaridad, el cual ha generado mayores conocimientos y mejores prácticas sobre la salud, así como una capacidad más refinada para interactuar con los prestadores de servicios; y también, el aumento de la participación de la mujer en el mercado de trabajo. No obstante, el asunto de la escolaridad puede cuestionarse cuando se indaga sobre los conocimientos y cuidados sobre la enfermedad, consideraciones que forman parte de las distintas culturas familiares al respecto, así como la disponibilidad de servicios médicos a los que accede la población en situación de pobreza; además, a estas dos consideraciones enunciadas por Frenk, se le podrían añadir las desigualdades sociales, económicas y políticas de la población, lo cual conduce a la segregación de la mujer en distintos ámbitos domésticos y extradomésticos (Pedrero, 2005);

c) en el aspecto económico, la profunda transformación estructural ha iniciado una serie de procesos de industrialización, apertura comercial y liberalización económica, que se suman a las fuerzas promotoras de una mayor demanda de atención médica;

d) en el aspecto político, se han ampliado los espacios de participación social, esto se ha traducido en el reclamo de la atención de la salud como derecho social, y en la exigencia por servicios de alta calidad, incluyendo una mayor libertad para elegir al prestador. En este punto conviene precisar si la población en situación de pobreza comprende su posición ante las instituciones de salud como “sujetos de derecho” o sencillamente como un “apoyo social” por parte del Estado;

e) y en el aspecto tecnológico, se han presenciado avances considerables no sólo en las tecnologías médicas directas, sino en campos de alcance más amplio, como la informática, las telecomunicaciones y la biotecnología. Aunque cabría introducir la categoría regional, para conocer de fuentes de primera mano qué zonas del país han sido las más beneficiadas, al disponer de tecnología de punta en hospitales, clínicas y centros de salud, además, cómo la sociedad es informada ante estas transformaciones que inciden en la forma como se trata o interviene en su proceso de salud/enfermedad. Asimismo, precisar que en instancias de prestación de servicios de salud ubicados en sectores periféricos de las grandes zonas metropolitanas del país, se ven excluidas del alcance de dichas tecnologías.

Con respecto a la región latinoamericana, uno de los estudios realizado por expertos de la CEPAL (Di Gropello y Cominetti, 1998) señala la excesiva centralización que continúa caracterizando a la mayoría de los sistemas de salud de América Latina, pues no respeta las naturales diferencias territoriales, introduce rigidez en la gestión de los recursos e impide que los programas de salud reflejen en forma efectiva las demandas locales. De ahí, que uno de los desafíos que enfrenta el sistema de salud público se relaciona con el desarrollo de un sistema de gestión más descentralizado y flexible, que sea capaz de adaptarse a las demandas que le plantea el surgimiento de un sistema privado fuertemente competitivo.

Es en 1996, cuando se inicia en México un proceso de descentralización denominado por estos mismos autores como segunda generación, motivado por consideraciones políticas y sectoriales. En el ámbito político, se persigue renovar el federalismo, redistribuyendo competencias, responsabilidades y capacidades de decisión, ampliando el manejo de los recursos fiscales para atender en su contexto específico los problemas regionales y locales, dotando así de mayor eficiencia y transparencia a la gestión pública. El nuevo mecanismo de asignación presupuestaria vigente desde 1996 obedece a dos grandes variables: el índice de marginación (pobreza) y la tasa de mortalidad estandarizada, buscando detectar los problemas y necesidades de cada estado en esta materia (Dávila y Guijarro, 2000).

Por lo anterior, al menos en teoría, el modelo contemplaba en el futuro programas compensatorios para regiones en desarrollo y los sectores más vulnerables de la población; además, se establecieron políticas de compensación con el fin de preservar y mantener la unidad del sistema y al mismo tiempo fortalecer a los estados y grupos más pobres. Por medio de fórmulas que tomaran en cuenta los índices de rezago y desarrollo, se asignarían recursos complementarios para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios donde el rezago fuese mayor. Se estableció el paquete básico de servicios de salud, idea impulsada por el Banco Mundial (BM) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de la cual se buscó proporcionar un paquete de servicios de bajo costo y alto impacto, que promoviera la prevención de enfermedades (Dávila y Guijarro, 2000).

Desde una perspectiva macroeconómica, la salud se relaciona con el crecimiento económico de largo plazo, considerando los siguientes mecanismos de análisis: incrementa la productividad laboral del adulto y el desarrollo cognitivo del niño a través de mejoras en la nutrición; reduce las pérdidas de producción de los trabajadores y de asistencia escolar de los niños ocasionadas por enfermedades; permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran

inaccesibles, y libera, para diferentes usos, recursos financieros que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades (Lustig, et. al., 2006).

La Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (CMMS, 2006) se dio a la tarea de realizar algunos cálculos que co-relacionan la variable salud y el Producto Interno Bruto (PIB). En dicho análisis se encontró que un incremento en la proporción del gasto total en el sistema de salud con respecto al PIB de 6.1% en el 2003 hasta alcanzar un 7.7% en 2015 permitiría reducir la tasa de mortalidad en menores de un año en 40.5% y la tasa de mortalidad materna en 57.8%, y así lograr los Objetivos del Milenio para ambas tasas. Estas mejoras, no sólo elevarían el bienestar inmediato de la población afectada, sino también contribuirían al crecimiento de largo plazo.

Continuando con esta perspectiva de crecimiento económico, la CMMS (2006) enuncia que el nivel de salud es también uno de los determinantes de la pobreza y su persistencia en el tiempo: las llamadas trampas de la pobreza. Estas trampas de pobreza ocurren porque la salud y nutrición infantiles determinan de manera importante la capacidad de desarrollo cognitivo y la productividad del adulto, y por ende, su nivel de ingreso. A su vez, el nivel de ingreso y la educación de los padres afectan la salud y nutrición de los hijos, y de esta manera surge el círculo vicioso de la pobreza extrema. De esta forma, en palabras de Arzate (2003) la pobreza adquiere formas histórico-sociales específicas de acción social, por lo que su dimensión se sitúa más allá de lo económico.

Las trampas de la pobreza se pueden desencadenar no sólo por invertir de manera insuficiente en el desarrollo humano en la edad temprana, sino también como consecuencia de enfermedades catastróficas, discapacidad (temporal o permanente), y muertes prematuras, por los gastos adicionales que dichas situaciones generan, sino también porque cuando éstas afectan a los perceptores de ingreso, el hogar puede conducirse a niveles de pobreza que se transmiten de manera intergeneracional (CMMS, 2006). Uno de los efectos más comunes de un

evento adverso en salud son los gastos adicionales que tienen que realizar las personas y los hogares; debido a estos gastos, las personas de bajos ingresos que no cuentan con acceso a los mecanismos formales de aseguramiento, y aún disponiendo de éstos, se encuentran expuestas al círculo vicioso que vincula el padecimiento de una enfermedad con el empobrecimiento temporal o permanente.

Lo anterior puede ejemplificarse con los hogares pertenecientes a programas como *Oportunidades* y *Seguro Popular* que habitan en situación de pobreza (sea en localidades rurales o urbanas). Para éstos, no sólo sería la falta de acceso a servicios de salud para caer en dichas trampas, sino también la carencia de servicios públicos básicos en sus viviendas aunado a las condiciones materiales de éstas últimas. Además, del costo del traslado a hospitales y clínicas para ser atendidos en caso de enfermedades crónicas, el medio ambiente urbano que les rodea (lagunas, arroyos, pastizales, depósitos de basura al aire libre), se relaciona directamente con la situación de higiene y salubridad de sus colonias y lugares de trabajo, entre otros aspectos.

Al insertarse en esta dinámica de análisis de los hogares es preciso tener en cuenta algunos aspectos que se presentan cuando se distribuyen por medio de deciles de ingreso, y se atiende el gasto que se genera para cuidados y conservación de la salud¹. Para los años de referencia (2000, 2002, 2004) el gasto en este rubro aumenta conforme se pasa de un decil a otro. Para los dos primeros años, el primer decil se ubica en un valor por encima de los 300 mil pesos, para finalmente cerrar en el noveno decil en valores cercanos a los 3 millones 500 mil, y el décimo decil (hogares que perciben más ingresos) ubicarse por arriba de los 4 millones de pesos, aunque cabe destacar que del 2000 al 2002 este último decil disminuye su gasto, mientras el octavo y noveno decil aumentan ligeramente. Sin duda, esto tiene que ver con la mayor capacidad

¹ Con base en la información de las Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares (2000, 2002, 2004, 2006, 2008) realizadas por el INEGI.

de pago que tienen los hogares situados en los dos últimos deciles, pues se opta por atenderse en clínicas y/o consultorios privados.

Por otro lado, para el 2004, de manera general los hogares aumentan significativamente sus gastos a los cuidados de salud, desde el primero hasta el décimo decil; mientras el primero está por encima de los 540 mil pesos, el noveno gasta un monto superior a los 3 millones 100 mil, y el décimo decil está a más del doble que el anterior (6 millones 500 mil pesos); valor aproximado al que gastaban en suma el noveno y décimo decil en el año de 2002. Para el 2006, estos gastos siguen una línea ascendente conforme se pasa de un decil a otro, mientras el primer decil se ubica apenas por encima de los 690 mil pesos, el décimo decil se ubica arriba de los 8 millones 667 mil pesos. Para el 2008, el INEGI presenta la información desglosada en dos rubros: cuidados de la salud y servicios médicos, integrando ambos, en el primer decil los hogares gastan alrededor de 604 mil pesos, en tanto en el décimo se gastan por encima de los 8 millones 849 mil pesos, presentándose también incrementos significativos en el gasto al pasar de un decil a otro.

Por lo anterior, la información que se presentó del año 2000 al 2002 puede dar cuenta de eventos inesperados que se presentaron al interior de los hogares ubicados en el primer decil, por lo que tuvieron que dar mayor importancia al cuidado y conservación de la salud, infiriendo que algunos de estos hogares hayan ascendido como máximo al cuarto o quinto decil, en cuanto al destino del gasto a los cuidados médicos y la conservación de la salud. No obstante, a partir de 2004 en que se incrementa la brecha entre el primero y el décimo decil, puede establecer dos vertientes: a) los hogares con menores ingresos tuvieron menor capacidad monetaria para destinar su gasto a la conservación de la salud y servicios médicos, o bien, b) con la inclusión de un mayor número de población al Seguro Popular de Salud, la gente con menores ingresos destinó su dinero a otros rubros, por el hecho de disponer de medicamentos y atenciones médicas gratuitas.

Aunque es difícil enunciar a ciencia cierta, dónde se encuentran los hogares más pobres del país que destinan menos recursos a su gasto en salud, el desafío para el sector salud ha sido durante los últimos años hacer llegar a la población de escasos recursos los servicios médicos. El problema ha estado latente, pese a la gran cantidad de programas planteados y llevados a cabo, sin duda, como enfatiza Cortés (2000) persistirá que los hogares más pobres del país se localizan en zonas de menor densidad poblacional, en poblados dispersos y pequeños; a los que es más difícil el acceso a este tipo de servicio especializado por el hecho de tener que trasladarse a otros puntos o municipios cercanos para que puedan ser atendidos. No obstante, habría que hacer un matiz de que no toda la población que habita en sectores catalogados como “pobres”, sean rurales o urbanos, son pobres, al menos en el sentido en cuanto a condiciones socioeconómicas refiere, esto concuerda con lo que Schteingart (1998) en sus estudios de los noventa en asentamientos irregulares de la periferia de la zona metropolitana de la Ciudad de México aludía acerca de que no todos los pobres viven en zonas que fueron o que son irregulares, por lo que no todos los habitantes de dichos asentamientos son pobres.

Considerando algunas de las posturas expuestas en esta presentación inicial, es que el presente trabajo de investigación parte de la definición de *salud* expuesta por la Organización Mundial de Salud mencionada líneas atrás como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad y padecimiento”. De acuerdo con Ratcliffe y González del Valle (2002) esta es una *definición positiva*, pues se enfoca a la salud y no a su contraparte negativa: enfermedad o padecimiento. Ellos plantean que operacionalizar esta definición, requiere primero diferenciar aquellas condiciones sociales que promueven la salud física y mental y la longevidad de aquellas condiciones sociales que generan enfermedad, padecimientos y muerte prematura; y segundo, trabajar a nivel de sociedad para maximizar aquellas condiciones que promueven la salud y minimizar aquellas que promueven enfermedad y padecimientos (Ratcliffe y González del Valle, 2002). Aspectos que pueden llevar a replantear

algunas de las estrategias con las que se implementan los programas sociales, *Oportunidades* y *Seguro Popular*, los cuales se toman como referencia en los sujetos participantes en el presente estudio.

La elección de estos programas, debe a varias consideraciones: 1) porque han sido dos programas implementados desde la administración federal anterior que persigue objetivos particulares en el aspecto de salud; 2) porque *Oportunidades* forma parte de los programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina, que pretende reducir la pobreza y la desigualdad en el largo plazo, así como el alivio de la primera en el corto plazo; 3) porque a los llamados beneficiarios de *Oportunidades* se les dio la facilidad de contratar el *Seguro Popular*, y con esto la Secretaría de Salud logró sus primeros asegurados bajo este sistema de protección social y poner en marcha el programa que se piensa “conducirá al país a la universalidad” en el aspecto de salud.

Volviendo de la definición anterior, los problemas de salud son vistos como problemas sociales, como consecuencias de la estructura social-organizacional dentro de la cual los grupos de población son afectados de maneras similares (Hawley, citado por Ratcliffe y González del Valle, 2002), y que deben ser enfrentados por medio de cambios estratégicos en política social. Por esto, estos mismos autores proponen que este tipo de investigaciones se centren en las interrelaciones entre enfermedad o padecimiento en poblaciones y sus contextos sociales, los cuales son el resultado de patrones particulares de política social; esto sin duda, conduce a pensar en estudios que aborden las representaciones y trayectorias en torno al proceso salud/enfermedad/atención de las personas, es decir, recuperar su reconstrucción y connotación social, no como sujeto aislado, sino como integrante de grupos de la sociedad. De ahí que sea más importante preguntar qué tipo de personas tienen ciertas enfermedades (en qué condiciones se ha vivido y se vive en la actualidad), y no, qué tipo de enfermedades presentan las personas.

Desde este enfoque, el presente trabajo indaga mediante aproximaciones cualitativas y cuantitativas, en las sujetos participantes² y no participantes directas³ de los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*, para comprender sus representaciones sociales y trayectorias acerca del proceso salud/enfermedad/atención que cada uno de los casos ha tenido en sus diferentes etapas y curso de vida, para establecer vínculos con la política pública en materia de salud, como se precisa en páginas posteriores de esta introducción.

Se les denomina participantes por el hecho de ser sujetos activas(os), al pertenecer a *Oportunidades (OP)* es requisito indispensable acudir a pláticas de educación para la salud, realizarse revisiones médicas en los Centros de Salud y/o Hospitales Civiles pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA), asistir a las reuniones programadas por las mujeres que fungen como vocales en el sector al que pertenecen, así como acudir el día de entrega del recurso monetario al lugar asignado para recibirlo. Por su parte, con el *Seguro Popular (SP)*, en lo que respecta a la enferma(o) requiere haber establecido un contrato previo y renovarlo cada año, o según se le haya indicado, para poder hacer uso de éste, si requiere utilizar su *SP* y no se ha renovado, no puede acceder a los servicios médicos estipulados. Por estas razones, se habla de sujetos activos, y no pasivos, pues bajo esta última acepción se considerarían como “beneficiarias”.

² Ramírez Sáiz (1993) argumenta que en términos latos, la participación se entiende como la acción y efecto de tomar parte en algo, tener parte en una cosa. En este trabajo de investigación se retoma esta acepción como la pertenencia y el hecho de tener parte en la existencia de un grupo (Vázquez, citado por Ramírez Sáiz, 1993), de ahí que se les denomine a las sujetos como participantes y no como beneficiarias. Asimismo, en las reglas de operación del programa *Oportunidades* (DOF, 2006) queda establecido que para lograr los objetivos del programa es importante el fomento de la corresponsabilidad mediante la participación activa no sólo de las mujeres, sino de las familias con oportunidades.

³ Las no participantes directas, están personificadas por aquéllas que no recibían los apoyos de los programas en el momento de haber efectuado la entrevista a profundidad, aunque en momentos anteriores hayan tenido vínculo con la pertenencia parcial o contacto con el personal que realiza la adscripción a los programas, o que en la actualidad acude al Centro de Salud del sector, el cual brinda la atención médica “gratuita” a los participantes de los programas.

Es preciso hacer mención que fue pertinente acceder a las representaciones de algunos(as) sujetos que no portaban alguna enfermedad crónica, pues en estos casos se encontraban al cuidado de alguna persona enferma que no podía expresar verbalmente sus padecimientos y tratamientos, aunque de primera instancia se buscó, y se logró en la mayor parte de los casos de estudio, tener como sujeto eje a la mujer que portó alguna enfermedad crónica o que en el lapso del desarrollo de la investigación fuera portadora, que acudiera a revisiones médicas y pláticas de salud impartidas por el personal asignado por el Centro de Salud del sector, quien brinda atención a las personas pertenecientes a estos programas sociales.

Aunado a lo anterior, siguiendo la postura de los autores mencionados, fue necesario contextualizar los elementos que afectan o coadyuvan el estadio de salud en distintas unidades de análisis, como es el hogar y el sector en que habitan mediante la reconstrucción sociohistórica, considerando como foco el proceso que han seguido las mujeres participantes respecto a su salud/enfermedad/atención.

Objetivo general.

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo general comprender las representaciones sociales y trayectorias del proceso salud/enfermedad/atención (de aquí en adelante se leerá: SEA) de los padecimientos físicos corporales de las mujeres que han sido “beneficiadas” por los programas de gobierno *Oportunidades-Seguro Popular* en la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG), bajo la acepción de participante señalada. Es relevante retomar estos programas, puesto que se han dirigido a la atención de la población en situación de pobreza y se han enfocado a atender aspectos relacionados con la salud de este sector social.

Uno de los principales logros al acceder a esta reconstrucción del proceso, visto desde los actores sociales, como son las participantes, las no participantes directas y especialistas en salud, es que permiten analizar las construcciones socioculturales de los padecimientos como resultado de las formas en que se conciben, se experimentan y se enfrentan los procesos de salud/enfermedad/atención (Osorio, 2001), y a la vez, vincularse con el análisis de la política pública en materia de salud, en este caso mediante los programas mencionados, para vislumbrar si se están considerando aspectos de este tipo en su implementación, pues actualmente los programas sociales pueden considerarse incompletos si no incorporan a los sujetos activos, es decir, su discurso y las prácticas que implementan para acceder a un estadio de salud.

De lo anterior, se desprende la importancia de realizar este trabajo mediante el análisis de lo que las mujeres reconstruyen socialmente de su 'conducta frente al padecimiento' (Osorio, 2001), en los distintos ámbitos socioeconómicos, políticos, culturales, ambientales en que han vivido su trayectoria de enfermedad/atención: cómo perciben y reconocen los malestares, detectan síntomas, establecen diagnósticos posibles, asocian causas, toman algunas decisiones y proceden en concordancia, brindando atención y/o cuidado, pero también buscan en otras instancias curativas, vinculadas o no a las instituciones de salud pública adscritas a los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*.

Objetivos particulares.

Los objetivos particulares, son:

- Realizar la reconstrucción histórica del sector urbano elegido, para penetrar en la comprensión del escenario donde se ubiquen los casos de estudio.
- A través del conocimiento de las instancias y tratamientos de su enfermedad se podrá construir y distinguir los elementos clave que las participantes o las no participantes directas verbalizan respecto al proceso SEA. Es decir, cuando hacen referencia a las prescripciones médicas, cuando explican algunas

curaciones y cuidados implementados por sus familiares, vecinos y/o amigos, o cuando ellos mismos incorporan la experiencia obtenida en dicho proceso.

- La comprensión del proceso SEA de las sujetos de estudio conlleva no sólo a reconstruir las representaciones de las mujeres participantes (sujetos eje) portadoras de alguna enfermedad, sino también establecer puentes de análisis con las connotaciones de “los otros”, es decir, del personal médico, enfermeras, curanderos, así como de algunos familiares, amigos o vecinos cercanos (sean “beneficiarios” del programa o no), que estén en contacto directo al cuidado de alguna enferma, o bien, que ésta última haya completado su proceso de salud/enfermedad/atención y su posterior curación o sanación.
- Establecer los vínculos pertinentes del proceso SEA de las mujeres con las reglas de operación de ambos programas, para proponer estrategias de incorporación o cambios en la forma en que los programas actúan en los sectores en situación de pobreza. Cabe aclarar que no se trata en sí de una evaluación, pues esto implicaría no sólo estudiar el factor salud, sino incorporar la parte educativa y alimenticia que implementa el programa *Oportunidades* en su marco de acción, así como recabar información estadística de primera mano, para establecer comparativos analíticos de la evolución o involución, tanto de *Oportunidades* como del *Seguro Popular*, consideraciones que no persigue como fin el presente estudio.

Para cumplir con estos objetivos mencionados, fue necesario implementar algunas tareas de investigación, como:

- a) Identificar a las mujeres, madres de familia, que han recibido apoyo de los programas gubernamentales *Oportunidades-Seguro Popular* en la ZMG. Este proceso de identificación se considera como el primer paso para conocer el sector o colonias dónde se localizan las participantes y así posteriormente seleccionar los casos específicos de estudio.
- b) Realizar recorridos en sectores urbanos en situación de pobreza para conocer de manera general las condiciones en que habitan. Esta tarea implica lograr aproximaciones para describir dónde se encuentran ubicadas, cómo se encuentran su hábitat, es decir, el ambiente natural y/o urbano en que se encuentran asentados, de qué servicios públicos disponen, sus principales accesos, entre otros aspectos.

- c) Establecer el rapport necesario, para que las mujeres a entrevistar adquieran confianza al proporcionar la información necesaria, haciendo énfasis en su manejo confidencial y la relevancia que tienen las conversaciones realizadas sobre su proceso de salud/enfermedad/atención.

Preguntas generales y particulares de investigación.

Al reconstruir las representaciones y las trayectorias, como parte del proceso SEA, seguida en cada etapa de vida personal, es preciso plantearse preguntas generales de investigación: ¿qué, cómo, cuándo y por qué se ponen en práctica determinados conocimientos?; así como ¿quién atiende, por qué se elige, qué tratamientos se utilizan, qué resultados se obtienen y cómo se evalúan? En este sentido, la pregunta central de investigación está formulada de la siguiente manera: ¿Cuáles son las trayectorias y representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención que reconstruyen las mujeres portadoras de enfermedades crónicas, quienes viven en situación de pobreza y han visto incrementada o disminuida su participación en programas sociales?

De acuerdo a los distintos conceptos elegidos para el estudio de las representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención, que se detallan más adelante en el apartado teórico metodológico⁴, el cual sólo refiere al eje teórico de dichas representaciones, cada uno de éstos se compone de una serie de preguntas a responder en el transcurso de la investigación:

a) En el proceso SEA.

Pregunta base: ¿Cuáles son las representaciones de la salud/enfermedad?

Preguntas secundarias: ¿cómo se identifican las enfermedades?; ¿qué causas les atribuyen?; ¿cómo consideran que pueden prevenirse?

Pregunta base: ¿Cuáles son las representaciones de la atención de la enfermedad?

Preguntas secundarias: ¿qué terapias se reconocen como eficaces?; ¿cómo se desarrollan?; ¿cuáles pueden ser sus consecuencias posibles?; ¿cuál es la conducta de búsqueda de atención y la trayectoria terapéutica?

⁴ Ver Anexo 1: “Abordaje teórico-metodológico de las representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención”.

b) Prácticas para la salud.

Preguntas base: ¿Cuáles son las representaciones de las prácticas curativas, preventivas y de cuidados?

Preguntas secundarias: ¿qué se hace?; ¿cuáles son sus condicionantes?, ¿quién las instrumenta?, ¿en qué momento?; ¿quién decide y/o ejecuta?, ¿por qué?; ¿cómo se aplican?, ¿qué criterios se utilizan en su administración?

c) Tratamientos.

Preguntas base:

¿Cuáles son los tipos de prácticas médicas y de terapia?, ¿cuáles consideran los más eficaces?, ¿por qué?; ¿cómo los evalúan?

Premisa y criterios de selección de las sujetos de estudio.

Se tiene como premisa de que con la reconstrucción de la “carrera curativa o del enfermo” (Blaxter, 1983; Mercado y Torres, 2000; Osorio, 2001; Menéndez, 2006), o trayectoria de la enfermedad, se dé cuenta de la forma en que las sujetos entienden y atienden la enfermedad, ya sea ellas como portadoras o de algún integrante de su unidad doméstica, y por tanto, considerar la importancia de sus saberes médicos y curativos, así como el valor que pueden tener en la formulación y ejecución de programas sociales dirigidos a la atención en salud.

El estudio parte de un primer criterio general enfocado desde las mujeres como sujetos eje, participantes “beneficiarias” de los programas *Oportunidades y/o Seguro Popular*. Esto, porque desde la década de los setenta a la mujer se le ha visto como objeto de atención en los programas de salud y seguridad social, así como en las políticas de población en nuestro país (López Estrada, 2006)⁵, así como por las distintas actividades⁶ que tienen que desempeñar al ser participante de estos programas, enunciadas en líneas anteriores. También, como criterios de entrada, no se consideró algún o algunos tipos de enfermedad en particular⁷, sino

⁵ Para profundizar más en esto, ver el capítulo 2 de López Estrada, S. (2006) Pobreza y políticas de género en México: rescatar al género de la trampa de la pobreza. En: Silvia López Estrada y Gerardo Ordóñez Barba. *Pobreza, Familia y políticas de género*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.

⁶ Espinosa (2006) refiere a que las mujeres realizan tareas múltiples al interior y exterior del hogar por la corresponsabilidad que asumen al ser titulares de los programas.

⁷ Aunque cabe hacer mención de distintas clasificaciones que se han elaborado; por ejemplo, la OMS (2002) las divide en: a) Signos, síntomas y afecciones mal definidas; b) Enfermedades transmisibles; c) Neoplasias (tumores); d) Enfermedades del sistema circulatorio; e) Afecciones originadas en el período perinatal; f) Causas externas; g) Todas las demás enfermedades. Castro

que se dejó abierta la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, manifestadas en las distintas etapas de su ciclo vital (infancia, adolescencia, adultez, vejez). Lo anterior, permitiría estar en consonancia con uno de los puntos clave mencionados en líneas anteriores, el cual tiene que ver con qué tipo de personas tienen ciertas enfermedades, cómo y en qué condiciones han vivido y se vive en el momento actual, así como poner el acento en la complejidad de cada uno de los hogares a los que pertenecen.

En este tenor, se determinó que los hogares fueran diferentes con relación a las fases del ciclo doméstico en que se encuentran (expansión, consolidación, dispersión; trabajado por González de la Rocha, 1994 y Chant, 1997); asimismo, se contempla como categoría transversal de análisis los tipos de hogares que han sido clasificados en nucleares, extensos y/o compuestos (Hammell y Laslett, citado por Tuirán, 2001; CEPAL, 2005) o reconstituidos (Esteinuo, 1999); así como también, los hogares encabezados por mujeres (Chant, 1997; Rodríguez, 1997; Vicente y Royo, 2006); entre otros arreglos que pudieron presentarse.

En el primer capítulo, se exponen los referentes teóricos que dan sustento al presente trabajo de investigación, como son las visiones generales del Estado de bienestar y la política social, la situación actual de la pobreza y de la salud en nuestro país, así como el marco de las representaciones sociales, enfocado desde la postura que se tiene desde la salud/enfermedad/atención. También, se incorporan aspectos de carácter metodológico que permitieron comprender el objeto de estudio, tomando como técnicas de investigación la entrevista a profundidad, la entrevista semiestructurada, la observación participante, el diario de campo, lo cual conduce a aspectos de triangulación metodológica.

(2002) realiza una clasificación *a posteriori*, de acuerdo a los hallazgos sobre la forma de nombrar las enfermedades por los habitantes de una comunidad rural de Morelos: 1. Padecimientos tradicionales; 2. Padecimientos modernos. La Secretaría de Salud, regularmente parte de la prevalencia del estado de morbilidad que presenta la población en los distintos municipios del país, clasificando las enfermedades en: a) Frecuentes; b) Crónicas; no obstante, se apega a las indicaciones establecidas por la Organización Panamericana de Salud, vertidas a través de la OMS.

En el segundo capítulo se presenta el escenario de investigación, siguiendo la ruta de lo general a lo particular, con base en datos estadísticos de distintas fuentes, como el INEGI, la Secretaría de Salud, el CONEVAL, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Asimismo, se logra penetrar al sector de estudio por medio de la reconstrucción histórica, tomando como eje aspectos relacionados con la salud/enfermedad de sus moradores.

En el tercer capítulo, se accede a las trayectorias del proceso salud/enfermedad/atención de las mujeres participantes. Asimismo, se realiza una presentación y justificación de cada uno de los casos de estudio.

En el cuarto capítulo con base en las trayectorias de cada uno de los casos, se ensaya su presentación bajo esquemas que permiten elaborar distintas tipologías. Estas refieren a las instancias, a los tratamientos y a los cuidadores, las cuales se consideran como uno de los aportes del presente estudio.

En el quinto capítulo, se construyen las representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención, tomando como referencia las narrativas de las sujetos, que permiten distinguir, así como en la trayectoria, las causas, la detección, los tratamientos, redes sociales de apoyo, así como las prácticas preventivas, curativas y de cuidados. Asimismo, se comprenden las implicaciones de la enfermedad y las afectaciones personales.

El sexto capítulo se enfoca a las representaciones sociales desde los significados como la pobreza, la salud, la enfermedad, el derecho a la salud, así como también, la percepción de los programas sociales. Además, en este capítulo se presentan algunas paradojas respecto a las reglas de operación de los programas sociales, estableciendo los vínculos de análisis con la parte de las representaciones sociales del proceso SEA.

Finalmente, en el capítulo siete de conclusiones, se plantea la propuesta de deconstrucción de los esquemas actuales en que se proponen los programas sociales dirigidos a la población en situación de pobreza, por lo que desde una visión académica es necesaria la incorporación de aspectos básicos para comprender el dinamismo que se presenta en la población participante y no participante directa que vive en situación de pobreza.

CAPÍTULO I EL ABORDAJE TEÓRICO-METODOLÓGICO

Introducción.

En este apartado del documento se expone el abordaje teórico-metodológico (de lo general a lo particular) en tres fases o niveles de análisis: primeramente, se presentan las visiones generales sobre los regímenes de bienestar y la política social; posteriormente, al hacer énfasis en la situación de pobreza en que se encuentran los hogares de nuestro país, se muestran algunos de los alcances en materia de salud en nuestro país, así como la concepción que se tiene de ésta, a través de los programas *Oportunidades* y el *Seguro Popular* implementados por la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) y la Secretaría de Salud, respectivamente, argumentando algunos de sus logros y hallazgos de acuerdo a las evaluaciones realizadas; por último, se exponen algunos criterios considerados con base en la teoría de las representaciones sociales y diversos trabajos que han abordado el proceso salud/enfermedad/atención. Se considera que, por medio de la aproximación metodológica seleccionada (expuesta en el último apartado de este capítulo), se puedan establecer en fases posteriores de la investigación los vínculos pertinentes entre la reconstrucción del proceso salud/enfermedad/atención y la parte institucional, que en este estudio se suscribe en la forma en que operan los programas sociales mencionados.

1. Regímenes de bienestar y la política social.

Para iniciar, es preciso dejar en claro lo que se entiende en forma general por *política social*. Esta es utilizada comúnmente para definir ciertas características de los modernos Estados de bienestar (Titmuss, 1981; Mishra, 1990, 1993; Esping-Andersen, 1990); de acuerdo a Montagut (2000) la palabra política, se emplea para referirse a cualquier estrategia que gobierna una determinada actuación dirigida hacia unos fines dados; política, significa originariamente la habilidad y el conocimiento de los hechos precisos para la conducción y administración de las *polis*; emplear el término social, no sería más que subrayar que el hombre es un ser social, por lo que, desde esta perspectiva, todas las políticas, todas las

acciones de gobierno o grupos son acciones sociales. Por lo anterior, la definición más sencilla de *política social* es aquella política relativa a la administración pública, es decir, al desarrollo y dirección de los servicios específicos del Estado de las autoridades locales, en aspectos tales como salud, educación, trabajo, vivienda, asistencia y servicios sociales. Al respecto, Valencia (2003) señala que toda política social incluye funciones u objetivos de acumulación (sostén del modelo económico vigente), de bienestar social (mejora en las condiciones de vida de la población) y de legitimación (sostén del régimen político y de la cohesión social), en el marco de una relación entre Estado-Mercado-Sociedad.

Un aspecto importante a señalar, es el que indica Titmuss (1981): al emplear el término “política social” no debemos reaccionar automáticamente revistiéndolo de una concepción meramente altruista, de preocupación por los demás, por la igualdad o por otros temas parecidos. No debe llegarse a la conclusión de que la política social consiga siempre los objetivos de bienestar generalizado a base de prestar más cuidados y “ayudas” a los pobres, a las clases trabajadoras, a los ancianos, a las mujeres, a los niños necesitados, entre otros sectores de la población (Montagut, 2000). Adelantado (citado por Valencia, 2003:3) en este mismo sentido expone que “la política social es un ‘dispositivo gubernamental que permite la gestión de la desigualdad’ y la regulación del conflicto social; pero también la política social puede producir efectos no sólo de igualar o de compensar las desigualdades, sino también de polarizarlas o de reproducirlas”. En este sentido, Adelantado y Scherer (2008) expresan que en las regiones latinoamericanas se ha llegado al clímax de la institucionalización política de la desigualdad, lo cual da cuenta del déficit de ciudadanía democrática que impera.

Un punto central que menciona Montagut (2000) es la relación entre la política social y la económica. El nexo inevitable entre estas, ha producido que las distintas concepciones sobre la política social existan alrededor del conflicto presente en Estados capitalistas modernos: hacer compatibles los objetivos de la acumulación del capital con los de la protección social (Montagut, 2000).

De acuerdo a esta misma autora, en el contexto en que aparecen las primeras políticas sociales tienen un alto contenido de objetivos morales. La consideración de igualdad entre los hombres, los derechos humanos o los derechos de ciudadanía provoca una acción de gobierno con un intento de conseguir esa deseada igualdad (Montagut, 2000). Como Marshall (2005) señaló, la ciudadanía se ha ido construyendo en fases sucesivas de la historia de las democracias capitalistas. Como una forma de presentar la evolución de los derechos humanos, este autor recurre a una secuencia cronológica, aludiendo que los derechos civiles desarrollados en el siglo XVIII representaron el reconocimiento de la libertad de expresión, desde el pensamiento y religión hasta el derecho a la justicia equitativa; en el siglo XIX, el aspecto político de la ciudadanía, es decir, el derecho de los ciudadanos a participar en el ejercicio del poder político, fue el que se desarrolló a medida que el derecho al voto se iba extendiendo; finalmente, a partir del estado benefactor del siglo XX, el concepto de ciudadanía se extendió hasta la esfera de lo social y económico, reconociendo condiciones mínimas de educación, salud, bienestar económico y seguridad, como aspectos fundamentales para el ejercicio pleno de los derechos de los individuos.

Para el estudio de la política social se han construido diferentes tipologías o taxonomías. Una primera aproximación la aportaron Wilensky y Lebaux (citados por Montagut, 2000), quienes estudiando los distintos Estados americanos, hablan de una evolución gradual desde un modelo de política social 'residual' a otro de política social 'institucional'. Esto debido a que, con el incremento de la industrialización, se reemplazaría el papel del Estado en el campo asistencial por un sistema más comprehensivo de servicios universales. Ordóñez (2006) comenta que después de la gran depresión de 1929, buena parte de las naciones capitalistas occidentales decidieron emprender una serie de cambios tendientes a hacer más fuerte la presencia de los gobiernos en los asuntos económicos y ampliar los sistemas públicos de protección social. Sin embargo, de acuerdo con Adelantado y Scherer (2008) la empresarialización de los servicios básicos de

bienestar ha estado por encima de los derechos sociales, convirtiendo a estos últimos en mercancía, como en el aspecto de salud.

Con base en las distintas observaciones y análisis realizados al interior de los Estados europeos en comparación con Estados Unidos, Titmuss (1981) realizó la distinción siguiente:

- a) *El modelo residual*. Esta formulación se basa en la premisa de que existen dos caminos “naturales” (o socialmente dados) a través de los cuales se satisfacen adecuadamente las necesidades de un individuo: el mercado privado y la familia. Las instituciones del bienestar social deberían intervenir únicamente en el caso de que hubieran desaparecido ambas vías, o incluso entonces, de forma temporal.
- b) *El modelo basado en el logro personal-resultado laboral*. Este grupo asigna una función importante a las instituciones de bienestar social como auxiliares de la economía, sosteniendo que las necesidades sociales deberían satisfacerse sobre la base del mérito, los resultados alcanzados en el puesto de trabajo y la productividad.
- c) *El modelo institucional redistributivo*. Este modelo considera al bienestar social como una institución muy importante integrada en la sociedad, que proporciona servicios generales fuera del mercado basándose en el principio de necesidad. Se apoya en parte en teorías sobre los efectos múltiples del cambio social y el sistema económico, y, en parte, en el principio de la igualdad social.

Estos tres modelos de la política social constituyen, según Titmuss (1981), aproximaciones a las teorías e ideas de economistas, filósofos, estudiosos de la ciencia política y sociólogos. Esta tipología se utilizó como punto de partida en los estudios de los años ochenta; posteriormente a partir de los noventa se hace referencia a la clasificación de Esping-Andersen (1990) sobre los tres mundos del capitalismo de bienestar. Otra propuesta interesante es el modelo construido por

Mishra, quien clasifica los países entre “Estados del bienestar diferenciados” y “Estados del bienestar integrados” (Montagut, 2000).

Esping-Andersen (1990), por su parte, proporciona una clasificación en la que incorpora aspectos históricos y sociológicos; para él, el Estado de bienestar no puede ser entendido si sólo se estudian los derechos que concede; por lo que deben considerarse cómo se interrelacionan las actividades del régimen de bienestar y del Mercado, y además el papel de las familias en la provisión del bienestar. Para Esping-Andersen (2000), la economía familiar representa el principio y el fin de las resoluciones de los principales dilemas postindustriales, es decir, el más importante fundamento social. De ahí que para este estudio, en consonancia con lo expresado por este autor, resulta interesante lograr aproximaciones a la dinámica de los hogares, para posteriormente comprender cómo las sujetos reconstruyen sus representaciones del proceso salud/enfermedad/atención, centrando el análisis en torno a sus concepciones, significaciones y prácticas, al considerar la relación establecida desde hace cuatro años con la parte institucional (Secretaría de Desarrollo Social/Secretaría de Salud) pues influye en su *modus operandi* para hacer frente a las adversidades de la enfermedad. Como afirma Barba (2006) algunos discursos sociopolíticos influyen directamente en los paradigmas de bienestar adoptados por actores que son cruciales para la conceptualización, diseño, financiamiento y aplicación de políticas dirigidas a los ámbitos económico y social; por esto, dichos paradigmas son determinantes para reducir, reproducir o incrementar las proporciones o los tipos de pobreza en cada país.

Un aspecto al que aluden Adelantado y Scherer (2008) es el riesgo al clientelismo político asociado a las políticas focalizadas presentes en América Latina desde la década de los noventa. Para estos autores, el clientelismo puede hacer más daño a los países duales⁸ como México, puesto que en la focalización se concentra gran

⁸ Barba (2004) expone que México se ubica en los países con regímenes duales, al presentar una combinación de cobertura universal de algunos sectores por épocas, expresada mediante la focalización, determinándose esta dualidad por factores de inclusión/exclusión de la población.

parte del gasto social “las ganancias distributivas pueden transformarse en un boomerang al destruir las escasas bases de solidaridad interclases y desincentivar la ampliación de éstas por medio de políticas de corte universal” (Adelantado y Scherer, 2008:125).

Una forma clara y resumida de la tipología realizada por Esping-Andersen⁹ (1990), es la que ofrece Barba (2006):

- a) El eje de los *regímenes de bienestar residuales* es el mercado y el respeto a su libre juego, las prestaciones propiamente públicas se orientan a corregir externalidades de la economía, no intenta modificar la estructura social generada por el libre curso de la oferta y la demanda y asume que sólo hay que proteger transitoriamente a aquellos pobres que no son capaces de auto ayudarse pero están dispuestos a reincorporarse al mercado laboral.
- b) El eje de los *regímenes conservadores* es esencialmente político, pues concibe el bienestar de manera corporativa, el problema fundamental es preservar las diferencias de estatus, su institución fundamental es el seguro social ligado al empleo formal, su cobertura es expansiva y gradual, el enfoque de la política social es moderadamente desmercantilizador y se basa en un principio de subsidiaridad que supone la intervención pública sólo cuando las capacidades familiares para proteger a sus miembros se han agotado.
- c) Por su parte, los *regímenes universales* son desmercantilizadores, buscan alterar significativamente la estructura social generada por el mercado y romper con los privilegios de los grupos organizados, asumen la pobreza y la desigualdad no como asuntos derivados de limitaciones individuales sino como productos del funcionamiento del mercado. Su principio básico es fijar

⁹ Otra explicación amplia sobre esta tipología puede ver en Montagut (2000). Para esta autora, en el primer régimen se consideran los países con modelo liberal como Estados Unidos, Canadá y Australia; en el segundo los países con modelo conservador o corporativo estarían Austria, Francia, Alemania e Italia; y en el tercer régimen países con modelo socialdemócrata, como los escandinavos, específicamente Suecia.

para todos los ciudadanos niveles mínimos de bienestar entendidos como derechos sociales y como cimiento de la ciudadanía social, sus instituciones fundamentales son la seguridad social universal y políticas para activar el mercado laboral, su grado de desmercantilización que suponen es comparativamente alto. (Esping-Andersen, citado por Barba, 2006)

De igual forma, Barba (2006) realiza una clasificación de los regímenes de bienestar para América Latina bajo el esquema del seguro social, en donde ubica a Uruguay, Argentina, Chile y Costa Rica en el régimen *universalista*, pues sus condiciones sociales y económicas se parecieron más en la década de los setenta a los países conservadores europeos; en el *régimen dual* se encuentran México, Brasil, Colombia y Venezuela; y, con un *régimen excluyente* los países de Centroamérica, así como Paraguay, Bolivia, Ecuador y Perú. En estos dos últimos regímenes indicadores como el gasto social, la cobertura en seguridad social, así como de servicios educativos y de salud, se presentaban por debajo de los niveles de los países considerados en el primer régimen. Asimismo, la heterogeneidad etno-cultural, el carácter regresivo de los sistemas de protección social y el mercado informal, presentaban niveles por encima de los universales (Barba, 2006).

Por su parte, Montagut (2000) siguiendo la lógica de los Estados de bienestar, comenta que además de la garantía de mínimos de protección social a toda la población se requiere cubrir un continuo crecimiento económico a través de potenciar el incremento de consumo. No obstante, en la actualidad habría que ir más allá, para dar paso al *universalismo básico* (Filguiera, Molina, Papadópulos y Tobar, 2006) garantizando el conjunto de prestaciones esenciales de carácter universal, esto sería posible, desde la perspectiva de Adelantado y Scherer (2008) si concurren los acuerdos entre las partes institucionales, financieras y políticas que logren la viabilidad universal ante riesgos esenciales, así como el acceso

homogéneo a rentas, servicios y productos otorgados con base en los principios de ciudadanía.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2000), argumenta que en América Latina y el Caribe existe un importante número de programas orientados a la población pobre y abarcan una diversidad de instrumentos que pueden ser sistematizados atendiendo a distintos puntos de vista. Pueden considerarse, por ejemplo, las acciones programadas, la fuente de financiamiento, el monto de gasto social que generan, la unidad de análisis a las que están orientados, la existencia o no de mecanismos de monitoreo y evaluación, entre otros. El problema mayor que aparece al analizar los programas nacionales contra la pobreza consiste, justamente, en marcar los límites que separan las actividades que guardan relación con la pobreza de las que no lo hacen (PNUD, 2000).

La agenda social fue establecida paulatinamente por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a través de una serie de recomendaciones para enfrentar la pobreza sin poner en tela de juicio el funcionamiento del mercado. Esas indicaciones han llegado a conformar un paradigma de bienestar hegemónico para la región, el cual se plantea como el nuevo centro de confluencia discursiva y práctica para todos los países (Barba, 2006).

Los nuevos programas antipobreza en América Latina y el Caribe tomaron como principal destinatario de las políticas sociales a los indigentes. Para identificarlos y focalizar la acción sobre la pobreza extrema, algunas importantes dimensiones — como la territorial— fueron dejadas de lado en diversos programas (Paz, et. al., 2004). La familia aparece, en este sentido, como el eje principal de las intervenciones, lo que permite, además, incluir entre los objetivos consideraciones acerca del ciclo de vida individual y familiar. Pero, en muchos casos, el concepto de familia no contempla las profundas transformaciones ocurridas en las estructuras familiares a lo largo de las dos últimas décadas (Torrado, 2003). En

este sentido la perspectiva de *curso de vida* (Gutiérrez y Valladares, 2006) ofrece a este estudio una mayor aproximación a los sujetos y sus hogares porque se pone el foco en los procesos transicionales por los que atraviesa la unidad familiar.

Volviendo a la parte que interesa en este apartado, existen estudios que han analizado dimensiones comparables de los programas de transferencias monetarias condicionadas (CCT, siglas en inglés) en América Latina, uno de éstos es el de Paz y colaboradores (2004), quienes establecen comparativos en el marco del inicio, cobertura, objetivos, destinatarios, requisitos de permanencia en el programa, concepto de familia apropiado, así como las dimensiones demográficas. Por otro lado, recientemente Valencia (2008) realiza un balance de los programas, discutiendo con la amplia teoría convencional que se ha generado a partir de las evaluaciones cuantitativas y cualitativas de los programas, para de aquí partir a la construcción de ciudadanía.

La política social en nuestro país ha tenido su aplicación a través de distintos programas sociales en materia de salud, educación, vivienda, alimentación. Diversos autores se han dado a la tarea de analizar la situación de pobreza en México, así como algunos de los resultados de los programas dirigidos a asistir a la población en este estado (Levy, 1994, 2001; Ordóñez, 2000; Rodríguez, 1992; Millán, 2001; Arteaga 2003; Unda, 2003; Gutiérrez, 2002). De hecho, una forma de mostrar cómo se encuentra la situación social de los grupos que viven en pobreza ha sido por medio del análisis del contexto en que viven y la diversidad de actividades realizadas, sean domésticas o extradomésticas (Moser, 1996; González de la Rocha, 1994, Escobar y González de la Rocha, 2001; Pedrero, 2005).

Ordóñez (2000), comenta que es posible distinguir dos etapas en la trayectoria de la intervención federal en los programas sociales: en la primera, ubicada en la década de los setentas y principios de los ochenta, las acciones emprendidas tuvieron como propósito común reorientar una parte importante de los recursos

públicos hacia los habitantes del campo siguiendo una política de desarrollo rural. Surgieron, además de la Conasupo que ya existía en 1961, el PIDER y el programa de salud asistencial rural del IMSS en 1973, la Coplamar en 1977 y el Sistema Alimentario Mexicano (SAM), en 1980. Este mismo autor añade que la segunda etapa (de 1988 hasta nuestros días), se ha distinguido por adoptar una concepción del desarrollo basada en la búsqueda de nuevos equilibrios entre el mercado y el sector público como fuentes de bienestar. Los programas que surgen en estos años se fundaron sobre una crítica a la estrategia seguida en la etapa anterior, la cual había arrojado escasos resultados y grandes costos.

Una forma de presentar en forma secuencial los distintos programas para hacer frente a las problemáticas sociales por sexenio de Gobierno Federal, sin pretender ahondar en ellos, es como se presenta a continuación:

- a) el Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural (PIDER) durante el sexenio de Luis Echeverría Álvarez (1970-1976), tuvo como propósito la generación de empleos y la realización de obras de infraestructura y servicios (Ordóñez, 2000);
- b) la Coordinación General de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) con José López Portillo (1976-1982), en sus inicios trató de aprovechar la potencialidad productiva de los grupos marginados y elevar la eficacia de los recursos disponibles en sus zonas (Ordóñez, 2000); dentro de este mismo programa se presentó un estudio acerca de los niveles de pobreza en el país, mediante el índice de marginalidad se utilizaron múltiples indicadores; además, es preciso comentar que se dejó en claro la frontera entre salud y enfermedad: más que estados excluyentes se les consideró polos opuestos de un mismo ciclo (Rodríguez, 1992);
- c) el Programa de estabilización mexicano (Pacto de Solidaridad Económica) en la administración de Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988) con la finalidad de mantener los subsidios y los precios de los bienes de consumo básico y algunos servicios (Unda, 2003); en marzo de 1984, se integra por decreto el Programa IMSS-Coplamar a la autoridad de los servicios estatales con guía normativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA (Gutiérrez, 2002);
- d) el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) intentó acabar con la pobreza extrema mediante acciones dirigidas por parte del Estado con relación a la alimentación, la parte productiva, social y de infraestructura; la política de salud de este programa planteó ampliar la cobertura de la atención primaria a todas las zonas marginadas rurales y urbanas, sin embargo, pese a este

planteamiento general y en la búsqueda de una conciencia integral del problema, las estrategias no se aterrizaron en medidas concretas (Unda, 2003); también, en este período se instituye el Programa de Atención de Servicio de Salud para la Población Abierta (PASSPA), integrado por el Programa de Nutrición y Salud, el cual proporcionaba alimentos gratuitos, educación para la salud y nutrición, y servicios básicos de salud (Levy, 1994); es destacable, que desde el Programa Nacional de Solidaridad, se planteaban las directrices que en fases posteriores serían implementados en el *Progresas-Oportunidades*, siendo cuatro los aspectos principales a considerar: a) localizarse en las áreas con índices más elevados de pobreza, b) proporcionar alimentos nutritivos (suplementos alimenticios), c) proporcionar gratuitamente medicina preventiva, y, d) una oferta sostenida de prestaciones.

- e) posteriormente, al inicio del sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000) y como parte de los objetivos de los Consejos de Desarrollo Municipal se crea el Programa de Alimentación, Salud y Educación (PASE), este complementaba las acciones vinculadas a la infraestructura básica municipal y el fomento productivo (Martínez y Ziccardi, 2000). Es en noviembre de 1997, partiendo de los objetivos del programa anterior, cuando surge el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), dicho programa buscó mejorar la calidad de vida de la población en pobreza extrema de áreas rurales y atender problemas de desnutrición, enfermedad y evitar el fracaso escolar en la educación básica (Millán, 2001; Arteaga 2003).

Este último, se convirtió en uno de los programas sociales enfocado a atender las problemáticas de salud en los sectores empobrecidos, a partir de 1997 dirigió sus acciones a atender a niños en pobreza extrema, principalmente de áreas rurales, mediante el esquema tradicional de apoyos monetarios con incentivos financieros para las familias, dirigidos al desarrollo en capital humano en los tres aspectos que ha contemplado el programa (Gertler, 2000).

A partir de marzo de 2002, el *Progresas* cambia de nombre y se amplía la cobertura a comunidades urbanas marginadas, constituyéndose como Programa de Desarrollo Humano *Oportunidades*. Bautista, Martínez, Bertozzi y Gertler (2003) realizaron una evaluación del programa, y dieron a conocer algunos de los logros alcanzados en materia de salud desde 1997, dichos logros se centraron en el aumento de consultas por parte de las personas beneficiadas. Con ello, se obtuvo “un mayor uso de los servicios de salud”, presentando como justificación que el

número de consultas por casos de desnutrición había presentado una severa disminución.

Desde la implementación del *Progres-Oportunidades* la entrega de los “beneficios o apoyos” requirió de la participación activa del grupo doméstico para el cuidado de su salud y alimentación, quienes recibirían el apoyo monetario en alimentación si daban cumplimiento a los siguientes requisitos¹⁰: a) cada uno de sus integrantes tendría que acudir a los centros de salud a recibir atención de salud de tipo preventiva; b) se vigilaba el peso y talla de los niños menores de cinco años y las madres en periodo de lactancia cuidaban su alimentación. Con esto, tendrían asegurado los suplementos alimenticios y las madres también acudirían a sesiones educativas relacionadas con la alimentación e higiene; además, c) las mujeres embarazadas asistirían a consultas para aprender sobre el control prenatal, recibir suplementos alimenticios y pláticas dirigidas al cuidado de su salud reproductiva (Gertler, 2000).

Antes de continuar con algunos de los logros alcanzados en materia de salud, cabe hacer mención de las propuestas de autores que se dedicaron a analizar la política social en México, centrada en su mayor parte en las acciones que llevó a cabo el *Progres* en sus tres primeros años de existencia. Por ejemplo, Boltvinik y Cortés (2000) al analizar el procedimiento de selección de los beneficiarios del *Progres*, señalaban que se incurrió en errores de exclusión social, pues se descartaba a la población de comunidades urbanas pobres; además, se presentaban criterios rigurosos y normativos en la selección de variables y parámetros para calcular la línea de pobreza.

Por su parte, Preciado (2000), presentó un análisis detallado del trabajo de Levy (1994) y del *Progres*. Una de sus propuestas refiere a la realización de un análisis regional y microregional en la construcción de una geografía política de la pobreza para dar cuenta de las causas que producen los rezagos regionales y la

¹⁰ Para un análisis más a detalle ver las Reglas de Operación (2005-2009) del actual *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades* en www.oportunidades.gob.mx.

desigualdad. No obstante, es un tema que el mismo autor continúa enfatizando, pues afirma que el régimen residual y deslocalizado ha impedido que la política social resuelva la pobreza (Preciado, 2006). De igual forma, Schteingart (2000) cuestionó la focalización del programa, desde su análisis, éste dejó al margen de las transferencias monetarias a los más pobres de entre los pobres, razón por la que cuestiona: ¿cuáles han sido los costos administrativos de esta focalización, sobre todo comparados con los resultados obtenidos en cuanto al mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos que se quiere atender? Este aspecto resulta necesario incorporar en las distintas evaluaciones cuantitativas y cualitativas cuando se hace referencia a los logros y alcances del ahora llamado *Oportunidades*.

Desde la óptica de ciudadanía y derechos, Duhau (2000), planteó la posibilidad de pasar de la lógica de procuración burocrática del *Progresas* a la institucionalización del derecho de las familias en pobreza extrema; pese a que se consideró fundamental el papel de la mujer en las acciones llevadas a cabo por *el Progresas*, éste no contempló apoyos ni mecanismos destinados específicamente a influir positivamente en el bienestar y calidad de vida de la mujer adulta en cuanto sujeto por derecho propio.

No obstante las medidas implementadas, mismas que han pretendido “integrar al desarrollo” a la población en situación de pobreza, para Procacci (1999) este tipo de políticas han puesto en práctica la *exclusión* caracterizada por la conversión de problemas sociales a problemas urbanos, por lo que conlleva a sustituir la desigualdad por segregación¹¹. Por esto, la autora afirma que al individualizar el riesgo, las instituciones de ciudadanía social se debilitan afectando de manera general a los derechos sociales. En este sentido, Esping-Andersen (2000) expone que la distribución de los riesgos sociales varía principalmente en función de la clase, el sexo y la edad, la cual debido a su dinamismo, en las sociedades

¹¹ Para ahondar en este tema, que refiere a la segregación residencial, ver a Kaztman, Rubén (2008) *Segregación residencial y empleo en Montevideo*. Manuscrito.

actuales la estructura de los riesgos ha tenido cambios, debido a nuevas desigualdades, al mercado de trabajo y a la transformación demográfica. A lo que agrega que el Estado del bienestar, junto con la familia y el mercado representan las tres fuentes de gestión de los riesgos sociales, así, en el modo en que se compartan los riesgos, define a un régimen del bienestar.

Por lo anterior, Esping-Andersen (2000) centra su atención en la dinámica familiar, aludiendo a los riesgos de clase, de la trayectoria vital y los intergeneracionales, introduciendo los términos de políticas sociales *familiaristas* y *desfamiliarizadoras*. Para las primeras no significa un sistema pro familia, sino que es aquél en que la política pública presupone (exige) que las familias carguen con la responsabilidad principal del bienestar de sus miembros, es decir, se asigna el mayor número de obligaciones de bienestar a la unidad familiar; en tanto, en las segundas se maximiza la disponibilidad de recursos económicos por parte del individuo, independientemente de la reciprocidad familiar o conyugal, a este término Esping-Andersen (2000) no le atribuye la connotación de antifamiliar, sino cómo las responsabilidades y asistencias al interior del grupo doméstico se vuelven independientes, esto debido a que el Estado o el Mercado se convierte en el proveedor principal, por esto, un régimen *desfamiliarizador* es aquel en el que se trata de descargar a la familia y de reducir la dependencia del bienestar de los individuos del parentesco.

Lo anterior tiene que ver con lo que Adelantado y Scherer (2008) argumentan acerca de la función que han tenido las políticas focalizadas en América Latina, pues han debilitado la ciudadanía social por sus prácticas asistencialistas condicionadas y clientelares, lo que repercute en la constitución de los derechos sociales. Asimismo, Rossí (2004) refuerza esta posición haciendo alusión a uno de los obstáculos reales planteados a la hora de aplicar los derechos económicos, sociales y culturales, el cual tiene que ver con los términos vagos e imprecisos que los Estados han elegido para consagrarlos. Sin duda, lo expuesto se traduce en uno de los debates actuales, por lo que es necesario recuperar la visión e

interpretación de los sujetos para comprender cómo se asumen, desde la concepción de derechos o de “beneficios”, para que en fases posteriores de análisis a los programas puedan plantearse estrategias otras de intervención en sectores (sean rurales y/o urbanas), destacando la importancia del derecho a la salud como fundamental en sus condiciones de vida.

En este mismo tenor, cabe enunciar el concepto de *exclusión social* retomado por Oliveira y Ariza (2000), el cual ha servido de manera creciente para designar a los grupos sociales selectivamente desplazados, como pueden ser las personas de tercera edad sin acceso a la seguridad social, aspecto presente en la población que habita en el sector de estudio. De acuerdo con el Acta sociológica (1995) citada por estas mismas autoras, se argumenta que el concepto de *exclusión* alude directamente a los mecanismos o procesos que se encuentran en la base de la misma, es decir, a los actores involucrados y a las políticas que suscita, y en su interpretación se pone énfasis en el entramado de relaciones sociales que la hacen posible, más allá de la simple descripción factual. Abarca en este sentido las implicaciones políticas y culturales que estas exclusiones encierran, sus conexiones con el ámbito de los derechos civiles y políticos (Rodgers y otros, citados por Oliveira y Ariza, 2000).

En este mismo orden, Gil (2002) señala que no se pueden articular planes coherentes que luchen contra las exclusiones, si éstos no son coherentes con los valores culturales de la época. Por eso, sugiere que ante las oportunidades desiguales latentes en la sociedad, se trabaje sobre la igualdad de oportunidades, impulsándola con aspectos básicos como la salud. Lo anterior conduce a concluir que es en la forma en que se establecen y ejecutan las reglas de operación de los programas sociales, lo que lleva implícito el carácter de exclusión hacia las personas en situación de pobreza a quienes se dirige¹². Precisamente Gil (2002) coloca a los pobres extremos en el primer grado de exclusión, en tanto a los

¹² Esto se podrá corroborar o desechar en fases posteriores de análisis del proceso de investigación.

enfermos y discapacitados en el segundo grado de exclusión, los cuales se establecen acorde al sentido de gravedad de la injusticia con arreglo al derecho, de ahí que en concordancia con él, la pobreza sea el paradigma de la exclusión social, por su amplitud y complejidad.

Continuando con las distintas críticas y sugerencias realizadas al *Progresá*, Tepichín (2000) señaló que el programa no sólo se enfocó a los pobres extremos, sino que en las comunidades en que operó, se cuestionó la desaparición de otros programas sociales dirigidos a los pobres moderados. Desde esta perspectiva, resulta conveniente cuestionar el concepto de pobreza del que partió el programa, pues al limitarse a consideraciones de tipo individual, no promovió la participación familiar y comunitaria en proyectos productivos. Por lo tanto, la autora plantea la necesidad de ampliar las acciones de combate a la pobreza para abarcar a los pobres moderados, así como de un proyecto nacional en el que se definan los derechos sociales y la participación del Estado, de las comunidades y de las familias para un combate efectivo a la pobreza.

Finalmente, uno de los enfoques a los que se acerca la pertinencia de realizar este proyecto de investigación, refiere a la insistencia de González de la Rocha (2000) en la necesidad de acercar los estudios cuantitativos y cualitativos sobre las dinámicas realizadas por la población en situación de pobreza, a fin de que el diseño de programas sociales públicos pueda fundamentarse en avances de ambos aspectos. La autora enfatiza en que los esfuerzos para reducir la pobreza deben reconocer la vulnerabilidad en la que se encuentran las familias urbanas y adoptar una postura crítica que tome en cuenta diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en la complejidad de sus relaciones sociales.

Sin embargo, aunque se insista en la solución de facto de los niveles alarmantes de pobreza en México, por medio de la implementación de estos programas, es preciso señalar las afirmaciones que han hecho Boltvinik (2004) y Cortés (2007) cuando hacen referencia al diseño de *Oportunidades*; estos autores comentan que, como el programa está diseñado para romper la transmisión

intergeneracional de la pobreza, el cumplimiento de su objetivo no puede ser evaluado a corto plazo, ya que tendría que hacerse un seguimiento a los estudiantes “beneficiarios” años después de que dejaron de serlo para poder constatar si mejoraron o no su nivel de vida.

No obstante, se han presentado avances en materia de conceptualización, clasificación y estratificación de la pobreza en nuestro país. En la década de los 90's, Vélez (1994) expone que a una persona se le consideraba pobre cuando se encontraba en una situación precaria en la que carecía de capacidades y/o oportunidades de desarrollo, manifestándose esto en escasos ingresos, insalubridad, desnutrición y vulnerabilidad a las enfermedades y a las inclemencias del tiempo. Asimismo, hace mención de la diferenciación que se estableció para conocer y detectar a la población en pobreza extrema y pobreza moderada; para esto, recurre a Levy (1990) quien menciona que dentro de la primera están las personas que no tienen un nivel de nutrición suficiente, lo cual incide en su desempeño físico y mental, esto hace que no puedan participar en el mercado de trabajo ni en actividades intelectuales como la educación; y en la segunda, se encuentra el grupo de familias que debido al grado de desarrollo de un país en un momento dado, no llegan a cubrir lo que se considera como necesidades básicas, es decir, éstos a diferencia de los primeros sí tienen la capacidad pero no las oportunidades de participar en actividades económicas e intelectuales.

Por otra parte, Boltvinik (2001) realiza una revisión conceptual y metodológica del término pobreza, por lo que conduce su análisis a la revisión del término necesidades humanas, para de aquí trasladarlo hacia el problema de la determinación de las necesidades de una sociedad. Esto, lo lleva a discutir los conceptos de pobreza absoluta y relativa, para finalmente a partir de los distintos métodos de medición existentes, desarrollar una versión del Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP).

En los inicios del nuevo milenio, la Secretaría de Desarrollo Social (2002) integró el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares estableció las líneas de pobreza considerando una canasta básica de alimentos y el ingreso neto total per cápita, quedando establecidos los niveles¹³ de la siguiente manera:

1. *Pobreza alimentaria*, este califica como pobres a todos aquellos hogares que no tienen ingreso suficiente para adquirir la canasta alimentaria, de esta manera es posible tener una primera medida de la incidencia de la pobreza.
2. *Pobreza de capacidades*, esta segunda medida de pobreza da cuenta del hecho de que el ser humano para potenciar sus capacidades personales necesita satisfacer otras necesidades básicas además de las alimenticias, tales gastos son los referentes a cuidados de la salud y educación básica.
3. *Pobreza de patrimonio*, este agrega no sólo a la canasta alimentaria y a las necesidades consideradas en el concepto anterior, sino también aquellas que permiten al ser humano vivir de manera digna; estas necesidades adicionales son: vestido y calzado; vivienda, servicio de conservación, energía eléctrica y combustible; estimación del alquiler de la vivienda; y transporte público.

Para poder ilustrar cómo se han presentado los niveles de pobreza (porcentaje de personas), se recurre a la información oficial del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2008; 2009)¹⁴. En su comportamiento desde 1992 hasta el 2008, el Consejo da cuenta de cómo para el año de 1996, el porcentaje de personas en esta situación alcanza los niveles más altos: la alimentaria, 36.9%; la de capacidades 46.2%; y la patrimonial 68.8%. A partir del año de 1998, se observa la tendencia a la baja en las tres líneas de pobreza, hasta llegar a mantenerse estable en el transcurso de los años 2004 a 2005, en las líneas patrimonial y de capacidades (47 y 24.7 por ciento, respectivamente); sin embargo, específicamente para la alimentaria se presenta un incremento al pasar de 17.4 a 18.2 por ciento en este período. No obstante, lo

¹³ Los resultados de la población urbana y rural que se encuentra distribuida en cada uno de los niveles puede consultarse en la página web de la Secretaría de Desarrollo Social: www.sedesol.gob.mx, Comité Técnico para la Medición de la Pobreza.

¹⁴ La información estadística de los niveles de pobreza en el país, los mapas de pobreza y rezago social pueden consultarse en la página www.coneval.gob.mx

acontecido en este último aspecto, faltaría analizar cuáles fueron los factores cualitativos internos y/o externos que incidieron en su aumento. Aunque cabe agregar, que el Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México, realizado por el CONEVAL (2008), reporta una disminución significativa en los tres niveles de pobreza: 13.8 por ciento de la población total en nuestro país se ubica en la alimentaria, 20.7 por ciento en la de capacidades y 42.6 por ciento en la de patrimonio. Esto último indica que 44.7 millones de personas vivía en pobreza de acuerdo con la información de la ENIGH para el año 2006 de referencia, es decir, subsistían con ingreso menor a 1,625 pesos mensuales en las áreas urbanas (CONEVAL, 2008). Sin embargo, para el año 2009 el CONEVAL presenta en su último informe, con respecto al año inmediato anterior, la presencia de 50.6 millones de personas con pobreza patrimonial, con base en los datos de la ENIGH 2008. Esto quiere decir en términos porcentuales, que de 2006 a 2008, la pobreza de patrimonio se incrementó de 42.6 por ciento a 47.4 por ciento, en tanto la pobreza de capacidades pasó de 20.7 a 25.1 por ciento, y la alimentaria fue de 13.8 a 18.2 por ciento su aumento.

Por otro lado, si nos situamos en la categoría de hogares, el comportamiento es similar a lo anterior, aunque existen algunos puntos que son necesarios comentar cuando se presenta en el ámbito rural o urbano. Observando el comportamiento de los tres niveles de pobreza en el área rural existen incrementos del año 2004 al 2005, en términos porcentuales la alimentaria pasa de 22.9 a 26.1 por ciento; la de capacidades de 29.9 a 32.9 por ciento; y la de patrimonio de 49.3 a 53.9 por ciento; por su parte, en el contexto urbano ocurre lo contrario, la alimentaria desciende de 8.7 a 7.7 por ciento; la de capacidades de 14.2 a 12.4 por ciento, y; la de patrimonio de 34.3 a 32.1 por ciento. Para el 2006, se aprecian disminuciones significativas en los tres niveles para ambos contextos, en el rural, la alimentaria es de 19.5 por ciento, la de capacidades de 26.5 por ciento y la de patrimonio de 47.2; en el área urbana la alimentaria se ubica en 5.9 por ciento, la de capacidades en 10.6 por ciento y la de patrimonio en 29.3 por ciento (CONEVAL, 2008). Este mismo Consejo, para el 2009 reporta el incremento en los tres niveles de pobreza tanto para el ámbito urbano como el rural. En el urbano, la

pobreza alimentaria asciende a 8.2 por ciento, la de capacidades a 13.6 por ciento, y la de patrimonio a 33.3 por ciento, lo que nos sitúa en niveles apenas por debajo de los que se presentaban en 2004. En el rural, la pobreza alimentaria se ubica en 26.3 por ciento, la de capacidades en 32.7 por ciento y la de patrimonio en 53.6 por ciento, situándose en niveles por debajo de los presentados en 2002 en este contexto (CONEVAL, 2009).

Ante estos resultados, puede concluirse que son estadísticamente significativas en el sexenio 2000-2006; pero aún con este avance, no debe desatenderse lo que sucede en los hogares rurales, puesto que los programas sociales implementados han tenido como objetivo llegar a las personas que se encuentran en situación de pobreza extrema, quienes en su mayoría están precisamente en este ámbito en el que se presenta números absolutos y relativos notables. Aunado a esto, los desniveles (en lo rural) se constatan con las cifras que emitió el CONEVAL (2006) en números absolutos para personas en situación de pobreza en el período 2004-2005: la alimentaria pasó de 10,823,348 a 12,454,723 personas; la de capacidades de 13,966,069 a 15,348,682 personas; y la de patrimonio de 22,139,967 a 23,828,638 personas. No obstante, el CONEVAL (2008) reporta disminuciones significativas para el año 2006, la alimentaria desciende a 9,433,570, la de capacidades a 12,613,471 y la de patrimonio a 21,052,264 personas. Sin embargo, para el 2009, el Consejo reporta aumentos significativos en los tres niveles, para los dos contextos, alcanzando una pobreza patrimonial en el urbano de 27,172,966 y para el rural de 23,377,863 personas, lo que significa 39.8 y 60.8 por ciento de la población total para cada uno de estos ámbitos (CONEVAL, 2009). Ante esta información emitida recientemente, habrá que analizar si en los próximos años se continúa con esta tendencia, por lo que se requiere poner la mirada en las dinámicas al interior del hogar sobre todo ante el evento de crisis económica suscitado en estos años (2008-2009), y así, detallar por medio de aproximaciones cualitativas cómo se reproduce y se continúa viviendo en situación de pobreza.

Desde esta perspectiva, la presente investigación se sitúa dentro del contexto en que cada una de las mujeres ha vivido su experiencia de salud/enfermedad, tal y como ellas lo reconstruyen, esto conduce a estar en concordancia con Boltvinik (1994), cuando expresa que la definición de la pobreza depende de los objetivos que se persigan en cada estudio particular, pues el concepto no es único, y adquiere cierta concepción de acuerdo al contexto.

Por lo anterior, se considera que este trabajo presenta una aproximación a sectores urbanos que viven en situación de pobreza, por medio de la reconstrucción histórica del sector elegido y con los casos específicos de estudio se presenta cómo se ha vivido en esta situación, por lo que de las seis dimensiones cualitativas de la *pobreza femenina* establecidas por Sánchez (2006), se retoman cuatro que permiten aportar elementos de relevancia al término densificación social¹⁵ desde lo individual-hogar, los dos restantes no se abordan porque establecen criterios relacionados con las actividades y/o trabajos remunerados realizados por las mujeres en similitud con las de los hombres.

- a) La división sexual del trabajo, (a lo que Anderson, citado por Sánchez, llama pobreza de tiempo), alude a las distintas tareas realizadas por la mujer en el hogar (mantenimiento, cuidado de los hijos, de los ancianos, entre otras) lo cual hace que disponga de menor tiempo de ocio y de desarrollo personal. En este punto puede destacarse el papel central que se le ha adjudicado a la mujer para atender al integrante enfermo de la unidad doméstica o para procurarse sus autocuidados cuando es portadora de alguna enfermedad crónica-degenerativa. En este sentido, los estudios con enfoque cualitativo de análisis de las condiciones de vida en pobreza deben poner atención en dicha diferenciación de actividades y usos del tiempo (Pedrero, 2005), puesto que cada vez existe mayor participación de hombres y niños, sobre todo cuando se implementan diversas estrategias de sobrevivencia en las que toman parte cada integrante de la unidad doméstica.
- b) Las asimetrías de género al interior del hogar, es decir, el desigual acceso a los recursos familiares e institucionales, así como su utilización. De Oliveira, Eternod y López (2000) mencionan al respecto la segregación que viven las

¹⁵ Este término denominado así por Zermeño (2005) alude a incrementar el nivel de vida de individuos, familias y colectividades, mediante una mejor alimentación, una mejor educación y capacitación, mejor salud, relaciones más balanceadas con el entorno natural.

mujeres en el ámbito doméstico y extradoméstico. En este sentido, pueden detectarse los usos que dan los hijos e hijas a los recursos de las becas provenientes de los programas sociales, considerando también las decisiones que se tomen por parte del padre o la madre respecto a su utilización. El proceso de cambio que da valor a la mujer como sujeto, denominado empoderamiento, permite distinguir en qué actividades están participando más las mujeres en la toma de decisiones, por tal motivo, se perciben cambios en la forma tradicional de ver a la mujer como pasiva y sumisa (De Oliveira, Eternod y López, 2000). Además, habría que analizar a los grupos de tercera edad (hombres y mujeres) para ver el rol que desempeñan ante los programas, es decir, si son considerados para el otorgamiento de los beneficios o se acentúa su grado de exclusión social.

- c) Las redes sociales formales de apoyo, como organizaciones gremiales, sociales, sindicales, recreativas, políticas, deportivas; el autor hace mención acerca de cómo la diversidad de tareas al interior del hogar (y en algunos casos al exterior) merman la participación de la mujer; no obstante, otros estudios (Vicente y Royo, 2006) explican la oportuna intervención que han tenido algunas asociaciones para apoyar a mujeres que han sufrido maltratos físicos y psicológicos. Además, es preciso considerar las redes de apoyo que se tienen en la suministración de tratamientos de la enfermedad, así como en las prácticas para la salud implementadas.
- d) La última dimensión, destaca las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en el ejercicio de poder y autoridad, en la toma de decisiones, tanto en el ámbito privado como público. Esto puede observarse en la decisión de suministrar los distintos tratamientos (tradicionales o alópatas) para atender la enfermedad de la mujer o de algunos de los hijos, pese a que se tenga una prescripción detallada hecha por algún especialista en salud sobre cómo actuar en casos de crisis de enfermedad.

Cabe aclarar que cuando se penetra en estas dimensiones se alude a pobreza de tipo relativa (Salles y Tuirán, 2001), pues se define en relación con otras situaciones y contextos sociales con los cuales es confrontada y diferenciada.

Desde este enfoque, se retoma la conceptualización que Lustig (citado en CONAPO, 2002) construye de diversos estudios, ya que permite una aproximación cualitativa para la comprensión de las sujetos de estudio cuando se sienten o se asumen como *pobre*:

“La *pobreza* es una experiencia de carencias múltiples, una persona se siente pobre cuando no tiene suficiente dinero para comer, vestirse, cobijarse, en fin, desempeñarse en la vida cotidiana de manera digna; una persona se siente pobre cuando se enferma y no tiene recursos para cubrir sus gastos médicos; una persona se siente pobre cuando pierde su empleo o su cosecha y su familia se queda sin sustento, cuando no puede tener acceso a niveles

básicos de educación; cuando por su condición de pobre o el color de su piel no tiene las mismas oportunidades que los demás, recibe malos tratos de las instituciones públicas y los grupos sociales privilegiados” (Lustig, citado por CONAPO, 2002:45).

Aunque cabe mencionar, que se realizan ciertos matices y aportaciones cuando se detectan algunos patrones sociales en los casos de estudio, con base en elementos cualitativos relatados por las sujetos respecto a su situación de pobreza experimentada desde su proceso salud/enfermedad/atención. Esto permite estar de acuerdo con López Estrada (2001) al reconocer la pobreza como heterogénea, es decir, al interior de un grupo social (comunidad, hogar, familia) se encontrarán diferentes tipos de pobreza; esta situación, según el autor, ha conducido a la conceptualización de los diferentes niveles de pobreza y a la vez al problema de su medición. Este último aspecto no pretende ser un objetivo del presente trabajo, pero con la aportación de la información y de los hallazgos que se generen, puede contribuir como base para posteriores investigaciones que presenten distintos enfoques de análisis de programas sociales.

Sintetizando lo expuesto hasta ahora, puede decirse que se dejan en claro los aspectos básicos de los que parte el presente estudio. Por una parte, desde la introducción se hace alusión a la concepción de la salud/enfermedad por parte de Organización Mundial de Salud, con sus distintas acepciones; por otra parte, muy ligado con lo anterior, en este primer apartado del capítulo se abordan consideraciones teóricas como la clasificación de los regímenes de bienestar, las políticas públicas dirigidas a los pobres junto con las conceptualizaciones de la pobreza, así como los distintos niveles alcanzados. También, se alude a los alcances obtenidos en materia de política social por el *Progresas-Oportunidades*, de donde se han desplegado una serie de recomendaciones y sugerencias por estudiosos en la materia.

Aunado a lo anterior, se despliegan términos como la exclusión social y las dimensiones cualitativas de la pobreza femenina, las cuales son importantes retomar para observar detenidamente cómo se hacen presentes en la parte

empírica. Cabe resaltar algunas afirmaciones de autores como Procacci (1999) quien afirma que al individualizar el riesgo, las instituciones de ciudadanía social se debilitan, afectando a los derechos sociales. Asimismo, el reparto de responsabilidades de las tres fuentes de gestión de los riesgos sociales, Estado, mercado y familia, a que aludía Esping-Andersen (2000), y la empresarialización de los servicios básicos de bienestar, como el derecho a la salud por parte de Adelantado y Scherer (2008), pues los hallazgos detectados en el trabajo de campo, seguramente tendrán vínculos con estas consideraciones.

2. Aspectos generales de la situación en salud.

Ahora bien, es preciso señalar algunos datos referentes a la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), esto para conocer con base en información actualizada cómo se presenta en nuestro país los niveles de derechohabiencia y no derechohabiencia a las instituciones de salud, además, porque la mayoría de los casos estudiados no disponían de seguridad social en cuanto a aspectos de salud, razón por la que tenían que atenderse en Centros de Salud, Hospitales y/o clínicas especializadas de la Secretaría de Salud, y por ende, hacer uso del *Seguro Popular*, en los casos en que existía un contrato ante dicha instancia pública. Una de las conclusiones inmediatas que presenta la ENSANUT (2006) es el avance registrado en las coberturas de los servicios de salud, como parte del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuya acción hace énfasis en el haber “beneficiado” principalmente a los hogares que viven en condiciones de pobreza extrema. En el 2000, los datos obtenidos mostraban a 59.3% de la población sin cobertura de salud, para el 2006 esta proporción se redujo a 51.4%, en lo que se estima un aseguramiento por parte del *Seguro Popular* con el 10.8% a nivel nacional.

Esta información se refuerza al considerar la población derechohabiente a instituciones como el IMSS, ISSSTE, PEMEX-SDN, entre otras, que de acuerdo al Censo del INEGI (2000), representaban al 40.1 % del total; posteriormente, con información del Censo INEGI (2005) la población derechohabiente a estas

mismas instituciones más la incorporación del *Seguro Popular* asciende a 46.9 %. Esto puede explicarse mediante los 7.1 puntos logrado por el *Seguro Popular*, lo cual hace pensar en que se requiere un esfuerzo mayor en inversión en el sector salud, para así poder alcanzar niveles altos en lo que a cobertura refiere.

Para la ENSANUT (2006) la población presentó una distribución por sexo casi homogénea, donde el 52.1% de la población representa a las mujeres y el 47.9% a hombres. En cuanto al aseguramiento, 48.5% de la población a nivel nacional manifestó no tener ningún tipo de protección por parte de instituciones o programas de seguridad social, lo cual continúa como un porcentaje muy alto, a pesar de que se ha observado una disminución con respecto a lo recabado en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA II), que fue de 59.5%, y en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), de 58.9 por ciento. El IMSS está entre las instituciones con mayor porcentaje de aseguramiento, con 27.6% del total de la población, mientras que 5.2% de la población reportó estar asegurada por el ISSSTE, y sólo 0.7% mencionó tener seguro médico pagado por ellos mismos. El aseguramiento por las instituciones que tradicionalmente han proporcionado la seguridad social es cada vez menor en relación con la población, y ganan espacios los traslapes entre las instituciones tradicionales de seguridad social y las instituciones privadas. Lo anterior puede presentarse debido a la inestabilidad laboral o la falta en la creación de empleos que proveen de seguridad social a los trabajadores asalariados.

Entre los resultados de la ENSANUT (2006) destacan las tasas de utilización general de servicios de salud. En el ámbito nacional, el grupo de 0 a 4 años entre los menores de edad y el de 60 a 69 años entre los adultos son los que utilizan más los servicios de salud. Los servicios de salud curativos tienen mayores tasas de utilización que los servicios preventivos, pero la utilización de estos servicios disminuye a partir de los 70 años, en contraste con los servicios hospitalarios, cuya utilización muestra un incremento a partir de la edad reproductiva, permanece constante en los grupos menores de 60 años y aumenta en los grupos

de adultos mayores. Dicho aspecto conlleva a pensar en qué grupos de edad se tienen que hacer esfuerzos para brindar servicios eficientes y con calidad en la atención, pues tratándose de adultos mayores se requiere una mejor disposición por parte del personal médico.

La medición de la satisfacción de los pacientes se considera como uno de los principales métodos para obtener la evaluación de los servicios que se reciben, con esto, los resultados de las encuestas generalmente muestran altos niveles de satisfacción, aunque con preguntas inducidas, las cuales generan dudas sobre la sensibilidad en las medidas de las diferencias en las actitudes de los pacientes, la apropiación de las dimensiones seleccionadas para la medición y su habilidad para discriminar entre los pacientes satisfechos e insatisfechos.

Locker y Dunt (citados por Salas, 2004) sugieren que los criterios utilizados para medir la satisfacción de los pacientes están basados en los criterios de los proveedores más que en los valores y experiencias de los pacientes; por lo que la evaluación de la atención por parte de los pacientes estará influenciada por sus experiencias de poder, control y autonomía en la relación profesional médico-paciente, y en la facilidad con la que puedan adoptar lo que consideren un “rol de paciente” apropiado. Una evaluación centrada en el paciente debe ser sensible al grado de participación, ya que dependerá del rol de paciente percibido por sí mismo. Por esto, como se enunció desde el inicio, esta investigación profundiza mediante las representaciones y trayectorias de las participantes para comprender cómo se asumen desde el rol de participantes de los programas, pues con el dato estadístico no se logra una aproximación a profundidad para conocer las experiencias vividas al formar parte de los programas, así como lo pronunciado en pro o en contra de éstos, al ser sujetos de inclusión o de exclusión. No obstante, como acercamiento al avance de las evaluaciones cuantitativas y cualitativas es preciso conocer la composición estadística derivada de éstas, tanto para *Oportunidades* como para el *Seguro Popular*.

2.1 Algunos alcances de los programas Oportunidades y Seguro Popular.

Considerando algunos de los datos presentados en el Segundo Informe de Evaluación del *Seguro Popular* (2005) de la Secretaría de Salud, las familias que disponían de seguridad social a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)¹⁶ representaban para ese año casi la tercera parte del total de familias no aseguradas en el país; más de la mitad se ubicaba en los estados de Guanajuato, Tabasco, México, Veracruz, Puebla, Tamaulipas, Chiapas y Jalisco. El SPSS se fijó una meta para el año 2010 de 11.9 millones de familias aseguradas, con base en la información del XII Censo de Población y Vivienda emitido por el INEGI (2000) se consideró a las familias “susceptibles de incorporación”, o sea, las que no disponían de seguridad social. Para el cierre del año 2008 se tiene una cobertura de 10 millones 119,348 familias con Seguro Popular¹⁷, no obstante habría que precisar en qué medida se están alcanzando no sólo los objetivos de cobertura, sino también de satisfacción en los servicios de salud requeridos por la población, más aún cuando representa un gasto catastrófico para ellos. Para Jalisco, el número de familias afiliadas en este mismo año, correspondió a 471,002 aseguradas bajo este sistema de protección, situándose en el municipio de El Salto el 1.32%, es decir, 6,206 familias afiliadas.

De acuerdo con el Segundo Informe de Evaluación del *Seguro Popular* (2005) se señaló que la responsabilidad de la mujer por estar al frente de la salud, se hacía notorio en las familias afiliadas que tenían al frente a mujeres, las cuales representaban poco más de cuatro quintas partes del total registradas, esto en cifras absolutas correspondía a 2,808,606 familias de las 3,555,977 en total registradas. Además, cerca de dos quintas partes de este total de familias afiliadas al *Seguro Popular*, estaban incorporadas a *Oportunidades* (1,416,136); en Puebla, México, Guanajuato, Veracruz, Chiapas y Jalisco se presentaba la mitad de estas

¹⁶ Con el objetivo de lograr la universalización en salud, en el año 2002 la Secretaría de Salud implementó el programa piloto Seguro Popular de Salud, enfocado a la población sin derechohabiencia a la seguridad social. Con las reformas a la Ley General de Salud (LGS) se convirtió en política de Estado en 2004, teniendo como misión ofrecer un seguro de salud público y voluntario para protección financiera de la población (SPSS, 2006).

¹⁷ Información obtenida en la página web: www.seguro-popular.salud.gob.mx

familias. Además, de las familias incorporadas al SPSS que tenían registro de *Oportunidades*, se estimó que nueve de cada diez estaba encabezada por mujeres.

Aunque no es una decisión fundamental, el que en los casos de estudio seleccionados se presente estrictamente la jefatura femenina de hogar, es recomendable tener en cuenta esta información, puesto que es un elemento que incide en la dinámica del hogar y al exterior de éste, además corrobora el énfasis que han puesto los programas sociales en considerar a la mujer como foco central de sus “apoyos”. De igual forma, con respecto al número total de participantes que reciben los apoyos de *Oportunidades* y/o *Seguro Popular*, debe considerarse que éste es cambiante y no estático, pues se presentaron desafiliaciones o incorporaciones en el transcurso de la investigación.

Los resultados de la encuesta de percepciones 2002 del programa *Oportunidades* también ofrecen información relevante para este trabajo. En general la mayoría opinó que desde el comienzo de los apoyos recibidos por *Oportunidades*, la calidad de los servicios de salud y nutrición mejoró. El 65% mencionó que la asistencia de los médicos y enfermeras fue mayor, 66% manifestó que el trato de los médicos y enfermeras mejoró, también, la disponibilidad de los medicamentos aumentó en 46%, las instalaciones de la clínica o centro de salud fueron favorables en 52%, además, el tiempo que dedicaron a sus consultas mejoró en 52% y la atención (consulta) en 47%. No obstante, la encuesta no detalla qué aspectos particulares son los que consideran los “beneficiarios” para poder externar su respuesta como positiva. Por ejemplo, con respecto al tiempo de consulta, no se aclara si para las personas el hecho de mejorar tiene que ver con un mayor tiempo de atención personalizada o con respecto a la rapidez con que se atendió a cada paciente.

Otros de los resultados importantes, refieren a que 58% expresó que uno de los temas de las pláticas más útiles para su salud y el de su familia es el del cáncer de mama y cervico-uterino (papanicolaou), en tanto 52% opinó que es el de enfermedades (prevención y atención), 48% mencionó el tema de salud y cuidado de los niños; 33% dijo el de planificación familiar (métodos anticonceptivos) y 27% mencionó las vacunas. Además, el 77% consideró que las enseñanzas de las pláticas de salud lo aplican siempre en su vida diaria, 21% a veces, y el restante 2% mencionó que nunca. Con la indagación por medio de las entrevistas a profundidad, se puede conocer si se ponen en práctica dichos saberes o qué otras alternativas terapéuticas desarrollan, así como establecer la relación entre las pláticas de salud que indican con mayor utilidad y las enfermedades presentes en los casos detectados.

Con relación a la evaluación cualitativa de *Oportunidades* realizada por Escobar y González de la Rocha (2004), destacan que las personas definen el consumo como una práctica sociocultural que está moldeada por las condiciones económicas del grupo doméstico familiar y, en particular, por los ingresos monetarios de los que se dispone. Aunque la evaluación haya sido realizada en áreas rurales, siempre está presente la posibilidad de encontrar elementos semejantes en los hogares urbanos a los que pertenecen las mujeres participantes. De acuerdo a estos autores, las entrevistadas declararon contar con aproximadamente la mitad de los ingresos necesarios para cubrir los gastos deseados de alimentación; no obstante, los cálculos que estas mujeres hacen corresponden a un ideal de consumo que ellas consideran adecuado para las necesidades y gustos familiares. Aunado a lo anterior, mencionan que los grupos domésticos rurales dedican la tercera parte de su gasto corriente a la alimentación, mientras que en los urbanos representa poco más de la cuarta parte, esto quiere decir que conforme aumentan los recursos de las familias, la proporción del gasto destinado a cubrir necesidades alimentarias disminuye.

Desde este enfoque, la matriz de *vulnerabilidad* construida por Moser (1996) es un instrumento útil como diagnóstico a nivel individual, doméstico y comunitario, que permite a este tipo de estudios exponer elementos significativos acerca del grado de vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres. A nivel individual vinculado con el capital humano, se detalla si se tiene acceso o no a servicios de salud, a la educación escolarizada y a los servicios de infraestructura básica (agua, drenaje, luz, pavimentación, entre otros); a nivel hogar: respecto a la vivienda se descubre si se habita o no en hacinamiento, y en lo que corresponde a las relaciones domésticas, la presencia o no de violencia intradoméstica, así como la existencia o no de cuidados a los niños y ancianos; a nivel comunitario: si existe o no reciprocidad de apoyo entre los hogares, esto puede ser en cuanto a los cuidados que se brinden hacia los hijos más pequeños o a algún miembro de la unidad doméstica vecina enfermo, o en su caso, el proveer de algún tipo de servicio curativo o medicinal.

La importancia del concepto de vulnerabilidad radica en su dinamismo y alude a los procesos que se generan en las condiciones de inseguridad/seguridad del bienestar de los individuos, grupos domésticos o comunidades ante un ambiente cambiante (Moser, 1996; Escobar y González de la Rocha, 2006); aunque también se le ha criticado por no considerar cuestiones de carácter cualitativo, como la experiencia vivida ante un evento de enfermedad, aspecto en que se profundiza durante el proceso de investigación. No obstante, se distingue del concepto de pobreza en tanto que éste lleva a cabo mediciones estáticas en ciertos momentos en el tiempo y de acuerdo a la construcción (más o menos normativa) de una línea de pobreza (Escobar, 2001).

Escobar y González de la Rocha (2006) argumentan que se puede averiguar si el programa *Oportunidades* ha abierto el abanico de opciones para las familias pobres “beneficiarias”, en cuanto a la ampliación de su capacidad de compra (recursos en efectivo para el consumo que en teoría deben redundar en una mejor dieta), de aumento, reforzamiento o construcción del capital humano (a través de

la educación formal y el acceso a los servicios de salud), así como en el incremento de opciones en el ámbito laboral y productivo. Con respecto a estas consideraciones, dentro de sus hallazgos Escobar y González de la Rocha (2006) encuentran que el segundo impacto económico está en el mejor acceso a servicios públicos de salud, entre los que destacan los variados casos de “recuperación” en un año, gracias a que a través de la clínica, se dio acceso a los “beneficiarios” a hospitales de segundo o tercer nivel sin costo, de ahí que haya más miembros hábiles en los hogares y menos gastos médicos, que son los que normalmente hundían en deudas a estos hogares. Lo mismo sucede con el acceso a medicamentos de enfermos crónicos, no reciben éstos la totalidad del medicamento de manera gratuita, pero hay mejoría en el acceso, y por tanto, un ahorro. Aunque en áreas urbanas habría que especificar si los medicamentos recetados y que no son de acceso gratuito, son los que se adquieren a un mayor o menor costo.

Estos autores explican que en cuanto a nutrición, tanto médicos como “beneficiarios”, expresan que hay un impacto favorable del suplemento alimenticio, aunque las quejas por la dulzura del mismo van en aumento. Se observa además, que en muchas ocasiones se distribuye suplemento alimenticio en exceso de las necesidades y en esos casos se ofrece a no “beneficiarios” (Escobar y González de la Rocha, 2006). Cuestión que puede considerarse como otro elemento de reciprocidad, que aporta a la construcción del aumento o disminución de la vulnerabilidad, ya sea individual o entre hogares, en aspectos de nutrición y salud.

Un factor importante, que no puede pasarse por alto, es el cambio en los patrones de consumo alimentario. Escobar y González de la Rocha (2006) explican que las madres están logrando comprar un poco más y mejores alimentos y los niños aparentan estar mejor alimentados y tener menores niveles de cansancio. Este es un factor que, a corto, mediano y largo plazo, disminuye sustancialmente su vulnerabilidad y les facilita la adquisición de capacidades y su desempeño en distintos hábitos. No obstante, en zonas urbanas destaca la proliferación de

“tienditas”, las cuales proveen de gran cantidad de frituras y golosinas, comúnmente catalogadas como alimentos chatarra, mismos que inciden en el cuadro alimenticio de los menores.

Aún y con estos acercamientos y evaluaciones de carácter cuantitativo y cualitativo, Escobar y González de la Rocha (2006:284) insisten en que “la salud es uno de los temas más complejos del programa, aunque se ha insistido sobre la disposición de medidas biométricas, no se han realizado estudios a fondo de la percepción y *representación*¹⁸ de los malestares por parte de los beneficiarios”. Este señalamiento, constituye una de las razones por las que el presente estudio se aborda desde enfoques cualitativos por medio de las representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de las mujeres y de los otros sujetos implicados en dicho proceso, como los no participantes directos y los especialistas en salud. Aunado a esto, es preciso hacer mención que las evaluaciones cuantitativas realizadas al programa *Oportunidades* (2005) indican avances no sustanciales en algunas cuestiones nutricionales, pues la fórmula de los suplementos alimenticios (Nutrisano para niños y Nutrívida para mujeres embarazadas y en período de lactancia) presentó algunos cambios después de siete años de operación del programa desde que surgió como *Progresá*, debido a la baja absorción del hierro por el organismo (Neufeld, et. al., 2005; De la Torre, 2005).

Asimismo, es preciso comentar que en el estudio realizado desde un enfoque de género se señalan algunas líneas de investigación para el análisis de los participantes en *Oportunidades* (López y Salles, 2006), siendo una de éstas “los cuidados de adultos mayores en condiciones de discapacidad (cuidado de ancianos y enfermos crónicos), la cual se ubica dentro del análisis sobre los efectos del programa en la composición, organización y dinámica de los hogares y familias”, por lo que, el presente estudio adquiere mayor relevancia al insertarse en una de las vetas sugeridas por las autoras, con la diferencia de que no se

¹⁸ Este señalamiento en cursivas es del autor de esta investigación.

centra exclusivamente en los cuidados de adultos mayores con enfermedad crónica-degenerativa, sino que se deja abierto a las distintas fases del ciclo vital y doméstico para comprender lo complejo del proceso SEA.

2.2 Acercamiento al estudio de la dinámica de los hogares y el rol del individuo.

Es preciso incorporar en el estudio de la salud/enfermedad en comunidades en situación de pobreza a especialistas en salud que se rigen por la presencia de conocimientos, creencias y prácticas curativas bajo el modelo tradicional, por lo que es pertinente no cerrar el enfoque de atención de la enfermedad sólo a la biomédica. Desde la antropología médica, Menéndez (1981) ofrece una tipología de entrada que clasifica a los curadores tradicionales, la cual es menester retomar para este trabajo:

- a) El grupo llamado técnico, conformado por parteras empíricas o comadronas, hueseros y yerbateros; en todos estos curadores los elementos técnicos de la curación son por lo menos equivalentes a los elementos mágico-religiosos que operan en el proceso curativo, es decir, la cura supone el manejo de habilidades cognoscitivas que pueden ser manuales o de otro tipo, que suelen equipararse o subordinarse a los efectos mágico-religiosos.
- b) Otro grupo es el casero, referente a la automedicación, centrada generalmente en los roles femeninos, y en los cuales, al igual que en el grupo anterior, las habilidades técnicas tienen una importancia por lo menos equivalente a la eficacia simbólica.
- c) Otro grupo es el religioso, cuya técnica curativa está basada en la eficacia simbólica; dicha eficacia se articula a las condiciones económicas, políticas e ideológicas, pero a la vez constituye las funciones básicas de estructuración ideológica y de control.
- d) Y el grupo denominado mágico, cuya capacidad curativa también se basa en la eficacia simbólica, y su función es la de control social.

Algunos estudios (Menéndez, 1981; Mercado, 1991; Foucault, 1999) han puesto énfasis en cómo la medicina científica ha tenido un papel preponderante sobre la medicina tradicional, desplazando las creencias, valores y significaciones de grupos étnicos con relación a sus prácticas curativas; es hasta el año 2000 en que se reconoce la perspectiva de los médicos indígenas tradicionales en la

planeación y puesta en marcha de la medicina institucional (Freyermuth y Sesia, 2006)¹⁹.

Es preciso considerar ciertos elementos para poder comprender la dinámica que se produce al interior de los hogares seleccionados. Por esto, Cortés, Menéndez y Rubalcava (2002) enfatizan que al utilizar el término hogar como unidad analítica, se toma en cuenta el conjunto de personas que habitan una misma vivienda, comparten un mismo presupuesto o realizan ciertas actividades en común; este concepto incluye sujetos que pueden no tener relaciones de parentesco, y que podrían ser excluidos si se aplica la definición tradicional de familia. Estos mismos autores, explican que:

“la selección del sujeto ‘idóneo’ o más representativo para ser entrevistado o encuestado no debe implicar la idea de que él sea el conjunto social ni que se esté asumiendo en la práctica una concepción individualista de la estructura social; lo que posibilita generar expectativas conductuales es la condición social y no la condición de sujeto aislado” (Cortés, Menéndez y Rubalcava, 2002).

Por lo anterior, se retoma la perspectiva del *curso de vida* (Tuirán, 2001), la cual provee un esquema flexible para comprender la interacción social. El curso de vida explora la sincronización entre el tiempo individual, el tiempo familiar y el tiempo histórico (Hareven, citado por Tuirán, 2001). Además, esta perspectiva al considerar a cada persona constituida por trayectorias múltiples, para este estudio refiere a la forma en cómo la mujer reconstruye su proceso de salud/enfermedad/atención en los distintos contextos en que ha vivido durante su niñez, adolescencia-juventud y adultez.

Como señala Tuirán (2001), la perspectiva del curso de vida concibe a la familia como una pequeña colectividad de individuos interactuantes que comparten una identidad común y algún sentido de solidaridad; aunque cabe recordar que este

¹⁹ Esta iniciativa se impulsó por la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional para el Desarrollo de los pueblos indígenas, las cuales crean en el año 2000 la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas y ponen en marcha el Programa de Salud para los Pueblos Indígenas, promoviendo el enfoque intercultural de salud (Lerín, citado por Freyermuth y Sesia, 2006).

trabajo considera a la sujeto participante y al hogar como unidades de análisis, por las consideraciones de incremento o decremento en la vulnerabilidad señaladas anteriormente. De acuerdo con Gutiérrez y Valladares (2006) el curso de vida es una perspectiva analítica sociológica y demográfica, que no utiliza las tipologías familiares convencionales sino más bien enfatiza el estudio de las transiciones familiares, dentro de estas transiciones se considera el tiempo histórico, el tiempo familiar y el tiempo de vida individual. Esto se logra cuando se realiza la reconstrucción histórica del sector de estudio, también cuando las mujeres participantes de los programas aportan los elementos clave en la construcción de su trayectoria de enfermedad como parte de su proceso SEA, relacionándolo con los sujetos e instituciones implicadas en dicho proceso.

En este sentido, se aborda el concepto hogar como sinónimo de unidad doméstica o grupo doméstico, pues se considera al conjunto de individuos que comparten una misma unidad residencial y articulan una economía común; además, el hogar es visto como “el cuadro de referencia cotidiano de los individuos, el ámbito en que se reúnen y distribuyen los recursos para el consumo y la producción doméstica y en cuyo derredor se organiza la residencia” (Tuirán, 2001: 26).

Asimismo, atendiendo a los criterios de selección enunciados en el apartados anteriores, más allá de la *tipología de hogares* unipersonales y hogares sin núcleo presentada por la CEPAL (2004), se considera como guía base la propuesta de Hammell y Laslett (citados por Tuirán, 2001) la cual está compuesta por cinco categorías: a) hogares con núcleo conyugal simple; b) hogares extendidos que admiten, además del núcleo conyugal simple, a uno o más miembros (emparentados o no), siempre y cuando estos últimos no formen un núcleo conyugal adicional; c) hogares con núcleos conyugales múltiples; d) hogares aislados o de personas solitarias; e) hogares integrados por más de una persona, pero que no forman un núcleo conyugal entre sí. Aunado a esto, habría que considerar los hogares compuestos por matrimonios o parejas reconstituidas o de segundas nupcias, como lo ha señalado Esteinou (1999).

Otros tipos de hogares son los encabezados por jefatura femenina, aunque en ocasiones no se declare abiertamente si se encuentran en esta condición. Estos, de acuerdo con Rodríguez (1997) se integran por mujeres que no tienen un compañero estable, que son las responsables de la manutención de su familia o grupo doméstico; además, son las proveedoras de cuidados y afectividad, y contribuyen a la reproducción de los sujetos individuales. Para esta investigación es indistinto el estado civil, es decir, si estos casos se han presentado por divorcio, separación, abandono o viudez. No obstante, habría que realizar algunos matices cuando se trate de jefatura *de facto* o *de jure* (Chant, 1997), es decir, si en el primer tipo la pareja no está presente por migración de trabajo, pero tiene contacto con la mujer mediante el envío de remesas, por lo que en estos casos la jefatura se asume como temporal; por otro lado, en el segundo tipo, las mujeres viven sin su pareja, sin recibir apoyo económico, aunque en algunas ocasiones sí se contempla el mantenimiento de los hijos.

Al considerar la diversidad de hogares, así como el *ciclo vital* en que se encuentren, sea este en la fase de expansión, consolidación o dispersión (CEPAL, 2004; González de la Rocha, 1994) también es necesario considerar las redes de apoyo social: familiar, comunitaria e institucional. Estas se centran en la existencia o no de sujetos y grupos que ayudan al grupo doméstico en la tarea de asegurar el desarrollo biosocial de la o el enfermo; desde esta perspectiva, interesa describir y comprender la función de estas redes, con respecto a su oportunidad y temporalidad. Asimismo, se hace referencia al papel que tienen las *redes sociales* en la difusión de la información sobre el cuidado y/o atención de la salud-enfermedad y el uso de los servicios de salud en la comunidad. Estas redes están constituidas por el personal de atención médica de los centros de salud, el curandero o partera a la que recurren, los integrantes de la unidad doméstica, vecinos(as), hermanos(as), o algún otro familiar que no necesariamente tenga su residencia en el sector donde habitan las participantes de los programas.

Respecto a las redes sociales, Lomnitz (2003) desde su estudio en 1975 define a las redes como los eventos de intercambio que se producen entre los individuos de manera recíproca, dichas redes a su vez se clasifican en egocéntrica y exocéntrica, la primera refiere al conjunto de individuos con quienes ego intercambia recíprocamente bienes y servicios, en tanto la segunda refiere al intercambio de todos con todos (Lomnitz, 2003), por lo que en este estudio es preciso tener en cuenta cómo se entrecruzan estas redes acorde con los factores²⁰ de las intensidades de intercambio de cada una de las mujeres informantes. También González de la Rocha (1986), Estrada y Bazán (1999) aluden a la presencia de redes horizontales y verticales, donde en las primeras existe una relación de igual a igual, producto del parentesco y de la similitud en las condiciones de vida social y económica, por su parte las segundas, para este estudio se sitúan en la forma en que se establecen relaciones con instancias de salud pública y privada para el logro de una intervención quirúrgica o para la atención oportuna de una enfermedad.

Desde esta óptica de la salud, Bronfman (2000) y Sluzky (2002) ofrecen aspectos clave para determinar cómo las redes actúan a favor o en contra del estadio de salud/enfermedad de la persona. Bronfman (2000) por su parte, destaca dos elementos centrales de las redes: *la estructura y su funcionamiento*, dentro de la estructura se encuentran: a) la densidad, donde se considera la extensión de la red de acuerdo con el número de integrantes, así como la frecuencia de intercambios; b) la conectividad, que puede ser estable si no se condicionan los intercambios por intereses o inestable si se condicionan los intercambios por intereses de los miembros de la red; c) la porosidad, que puede ser permeable cuando se permite integrar a nuevos sujetos o impermeable cuando no se permite el acceso. Con respecto al funcionamiento depende de: a) el lazo social, en el que se ubican la consanguinidad, la amistad, las relaciones vecinales y comunitarias;

²⁰ Lomnitz (2003) menciona como factores la distancia social, la distancia física, la distancia económica y la distancia psicológica, no obstante, en la red exocéntrica puede haber integrantes fuera de la red, además de que se producen relaciones más intensas y estables.

b) la accesibilidad, donde se considera lo espacial-geográfico en términos de cercanía o lejanía física de quien presta la ayuda, y temporal, acorde con la disponibilidad y oportunidad de tiempo; c) el tipo de intercambio, que puede ser información, pecuniario y de otros bienes y objetos materiales, de tiempo y espacio, de convivencia social y apoyo moral, así como de ayuda extraordinaria.

Lo anterior, se corrobora mediante la ausencia o presencia del cuidador en las prácticas de cuidados, curativas o suministro de tratamientos. Además, Sluzky (2002) por otro lado, menciona aspectos de cómo la red social del individuo incide en su salud y viceversa, es decir, cómo la contraparte de la salud, la enfermedad, afecta a la red social. Como muestra de lo primero, cabe comentar el monitoreo de la salud/enfermedad que tiene la familia respecto al sujeto enfermo, en tanto en lo segundo, el aislamiento o la no reciprocidad en la interacción del enfermo con los cuidadores pueden contribuir al círculo vicioso: enfermedad-declinación de la red.

Por otra parte, se retoma la postura de Susser y Watson (citados por Osorio, 2001) cuando hacen énfasis en la escolaridad de la mujer, madre de familia, como un indicador utilizado por la epidemiología, con la finalidad de “hacer valer su importancia” en los procesos de morbi-mortalidad infantil, en lo que refiere al aprendizaje de conocimientos sanitarios, alimenticios, médicos, de higiene, así como el tipo de pautas de cuidado infantil que instrumenta la madre de familia en función de su escolaridad, no sólo en términos de lo que implica la educación formal, sino también y quizás de manera preponderante, en términos del tipo de socialización que implica y del hecho de que posibilita una mayor apertura o mejor captación de nuevos saberes, valores, actitudes o pautas de comportamiento. En este sentido, la relación escolaridad-conocimientos medicinales se detecta cuando las mujeres verbalizan cómo suministran los tratamientos y si saben el por qué se les receta determinado medicamento, sea alópata o tradicional.

En este mismo tenor, Vara (2006) establece, dados los roles de género, cómo el derecho a cuidar²¹ se ha convertido simultáneamente en deber femenino y en privilegio social en la medida que se asocia a una cierta norma de género y se les niega a las mujeres que se desvíen de ella²². De ahí que la autora proponga el término de *ciudadanía*, mismo que partiendo de la doble tensión *inclusión/exclusión* y *control/emancipación*, se reconstruye la lectura liberal dominante sobre la ciudadanía mediante una mirada que ponga en el centro la sostenibilidad de la vida y no la lógica del beneficio y la acumulación, mediante el reconocimiento y la práctica del derecho a cuidar y a ser cuidado, sin que el cuidado suponga merma de otros derechos²³.

El término anterior aporta elementos desde la óptica en que se proponen los programas sociales en atención a la salud; pues como señala Foucault (1999) desde la intervención del Estado en el siglo XVIII en Europa, en la atención a la salud y la enfermedad por medio de la medicalización (*alópata*) como medio de control, los roles entre el que cuida y el que es cuidado constituyen una de las leyes morales de la familia. Este autor argumenta que se presenta una transición en cuanto a la forma de entender y atender el cuerpo por parte del Estado: del exhorto a la limpieza e higiene para mantenerse en buen estado de salud, se pasa a tener derecho a enfermarse, y a partir de esta concepción, la salud se convierte en un asunto macroeconómico pues se incurre en gastos en este aspecto para proteger a los habitantes. Como señala Viveros (1998:146) “el cuerpo es una de esas nociones que por su carácter polisémico y complejo es irreductible a la presentación parcial que de él pueden hacer los distintos discursos ya sean biomédicos, culturales o sociales”. Por esto, el presente trabajo recupera las prácticas de cuidados, las prácticas curativas y preventivas de los tratamientos

²¹ Al respecto, la autora señala que el cuidado no debe significar subordinación para la mujeres, ni tampoco para ninguna otra posición de sujeto cuidadora/cuidada.

²² El estudio de la CEPAL (2004) “Panorama Social de América Latina”, muestra que 69% de las mujeres en México dedican parte de su tiempo al cuidado de enfermos; además, el 65% de las mujeres mexicanas dedican su tiempo exclusivamente a cuidar personas con limitaciones físicas y mentales.

²³ Actualmente, en materia de política pública existen debates en torno a la utilización de los conceptos derechohabencia (sujetos de derechos) y asistencia social (en términos asistencialistas de apoyos).

suministrados, pues forman parte de la atención a la salud en el cuerpo de la mujer enferma, permitiendo comprender los roles de poder y de saber desde la visión doméstica e institucional. En este sentido, Menéndez (1998, 2003) alude a la noción de autoatención definiéndola como las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención de curadores profesionales, aún cuando estos puedan ser referencia de esta actividad, además, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso del tratamiento de forma autónoma o relativamente autónoma.

El autor entiende la autoatención en dos sentidos “amplio” y “restringido”. El primero refiere a todas las formas requeridas para asegurar la reproducción biosocial de sujetos y grupos, específicamente a nivel de grupo doméstico, estas formas son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidas por la propia cultura del grupo. Esto incluiría no sólo la atención y prevención de los padecimientos, sino las actividades de preparación y distribución de los alimentos, el aseo del hogar y del medio ambiente inmediato, la higiene del cuerpo, el reposo, la obtención y uso del agua, entre otros. El segundo refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso salud/enfermedad/atención. Si bien es difícil realizar un corte entre la autoatención²⁴ en sentido amplio y restringido, este opera como un ordenamiento de la realidad, en términos metodológicos. Por estas razones, este estudio hace alusión a las prácticas de autocuidados, pues se relaciona directamente con el cuidado personal de la salud, además de que adquiere un matiz especial cuando se trata de entrar en contacto con la intimidad del cuerpo femenino.

²⁴ Carracedo y otros (2005) explican que puede confundirse a la autoatención con la automedicación, es decir, con la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados medicamentos sin intervención directa o inmediata del médico o personal de salud, por lo que la automedicación se convierte en sólo una parte de la autoatención.

Por lo anterior, es que el presente estudio retoma la postura Robles (2007) con respecto al cuidado, la cual considera como una actividad común para las mujeres pero a la vez representa un fenómeno social. Sus dominios principales son el hogar y las instituciones de salud, constituyendo respectivamente, los ámbitos privado y público. Para la autora, el cuidado se convierte en un trabajo, ya que se convierte en una acción social. Por esto, en general las prácticas de cuidados persiguen tres fines: ayudar a satisfacer las necesidades del otro (al receptor del cuidado); proporcionar los recursos suficientes para que sobreviva, y garantizar su bienestar y florecimiento (Robles, 2007).

Como se detalló a lo largo de este apartado, es preciso tener en cuenta en la dinámica que se produce al interior de los hogares el enfoque de la vulnerabilidad a nivel individual, de hogar y de comunidad (Moser, 1986), puesto que las mujeres establecen redes sociales en estos ámbitos para la atención de su salud, así como la parte institucional de la cual forman parte a través de su adscripción a los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*. También, como se aludió, la propuesta del curso de vida (Tuirán, 2001; Gutiérrez y Valladares, 2006) permitirá entretejer las distintas trayectorias que se imbrican dentro del proceso SEA de cada una de las mujeres, por lo que la heterogeneidad presente en dichas trayectorias enmarcará la complejidad con que se vivencia la enfermedad crónica degenerativa.

Por lo anterior, es necesario señalar los distintos tipos de hogares en que se presenta cada proceso SEA, puesto que es de utilidad para la política pública dar cuenta de los distintos fenómenos sociales que se reproducen al interior de éstos. Asimismo, el presente estudio abre la exploración del proceso SEA al considerar las prácticas de cuidados (Robles, 2007) y los grupos de atención a la salud que son factibles encontrar al interior de un sector urbano en pobreza, como bien se expuso con Menéndez (1981), pues sin duda, el campo de la atención de la salud también se vuelve heterogéneo al asumir las distintas prácticas terapéuticas que pueden estar presentes.

Hasta aquí, en los dos grandes apartados anteriores se ha dejado en claro los distintos aspectos teóricos que los estudiosos de la política social y de la pobreza han tenido como ejes al realizar análisis de los regímenes de bienestar, así como los análisis y evaluaciones de la política pública, considerando la dinámica de los hogares (su ciclo doméstico y su curso de vida) y las percepciones que de los mismos programas tienen los usuarios. Aunado a esto ha sido valiosa la información estadística que se deriva de la situación de la salud/enfermedad tanto de nuestro país como en el estado de Jalisco, pues son de utilidad para la atención de los servicios en materia de salud pública. De igual forma destacan los estudios enfocados a la salud cualitativa, los cuales han centrado la mirada en enfermedades en particular o en grupos poblacionales específicos, pues con ellos se ha contribuido a mayores aproximaciones a los saberes y conocimientos populares de la medicina social.

Sin embargo, como se dejó entrever desde el inicio de esta investigación, y como expresamente ha sido señalado por los evaluadores cualitativos del programa *Oportunidades* (Escobar y González de la Rocha), ha hecho falta un proceso de indagación mayor para comprender en la complejidad de la salud cómo se hace frente a procesos adversos como la enfermedad en situaciones de pobreza. Por esto, el presente estudio se interesa por las trayectorias y las representaciones sociales que del proceso SEA emergen, pues al centrarse en estos marcos, teniendo como objeto de estudio a la salud/enfermedad de sujetos participantes en programas sociales se pretende establecer nuevos puentes de diálogo entre lo teórico y lo empírico para la acción, no sólo de *Oportunidades*, sino también del *Seguro Popular*, los cuales han ido muy de la mano en la selección de participantes y han sido parte sustantiva de la política pública de nuestro país en los últimos años.

Desde este enfoque, es que más allá del análisis de las narrativas o de las trayectorias particulares, la elaboración de esta investigación se vuelve pertinente porque permitirá dilucidar representaciones que adquieren relevancia para la

política pública en salud, por esto, ahora es necesario dar paso a cómo se asume una postura desde la teoría de las representaciones sociales.

3. El estudio de las representaciones sociales y de la salud cualitativa.

3.1. Consideraciones teóricas del marco de las representaciones sociales.

Uno de los criterios generales del que parte este estudio es el que enuncia Flores (2001): la teoría de las *representaciones sociales* permite comprender los procesos subjetivos de la construcción del pensamiento y delimitar el campo de la interacción social, así como ubicar el proceso mediante el cual un colectivo se apropia de un significado y lo convierte en conducta; para esta investigación el proceso consiste, como ya se ha aludido, en la salud/enfermedad/atención (SEA).

Desde esta perspectiva, las representaciones sociales proceden del fondo cultural acumulado por la sociedad en su historia (Ibáñez, 2003), esto quiere decir, que acorde al proceso SEA de estudio, se fundamenta en las creencias compartidas, los valores básicos y sus referentes históricos y culturales. El mismo Ibáñez (2003:178) señala que “las fuentes de determinación de las representaciones sociales se encuentran en el conjunto de condiciones económicas, sociales e históricas que caracterizan a una sociedad determinada”.

De acuerdo con Mora (2002) el concepto de representaciones sociales de Moscovici, se considera como un planteamiento metodológico renovador dentro del análisis del sentido común y de lo cotidiano. Uno de sus valores es que provee de una explicación útil en el estudio de la construcción social de la “realidad”. Según Moscovici, (1979) Farr (1983, 1988) y Herzlich (1975) son tres las influencias básicas en las representaciones sociales: la etnopsicología de Wundt, el interaccionismo simbólico de Mead y el concepto de representaciones colectivas de Durkheim²⁵.

²⁵ Para obtener una visión general y a detalle ver a Ramírez Plascencia (2007).

Moscovici (1986) infiere tres condiciones de emergencia de las representaciones sociales: la dispersión de la información, la focalización del sujeto individual y colectivo, y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido.

- a) Dispersión de la información. Según Moscovici, la información que se tiene nunca es suficiente y por lo regular está desorganizada. Los datos de que disponen la mayor parte de las personas para responder a una pregunta, para formar una idea a propósito de un objeto preciso, son generalmente, a la vez, insuficientes y superabundantes (Moscovici, 1979).
- b) Focalización. Una persona o una colectividad se focalizan porque están implicadas en la interacción social como hechos que conmueven los juicios o las opiniones, estos aparecen como fenómenos a los que se debe mirar detenidamente (Moscovici, 1979). Banchs (1984, 1999) y Herzlich (1973) argumentan que la focalización señalada en términos de implicación o atractivo social de acuerdo a los intereses particulares que se mueven dentro del individuo inscrito en los grupos de pertenencia: la focalización será diversa y casi siempre excluyente.
- c) Presión a la inferencia. Socialmente se da una presión que reclama opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos que están focalizados por el interés público: en la vida corriente, las circunstancias y las relaciones sociales exigen del individuo o del grupo social que sean capaces, en todo momento, de estar en situación de responder (Moscovici, 1979).

Estas tres condiciones de emergencia de las representaciones sociales, constituyen el eje que permite la aparición del proceso de formación de una representación social y, en mayor o menor grado, al conjuntarse hacen posible la génesis del esquema de la representación. El común denominador de esta relación sería la traducción de las distintas posiciones frente a un objeto significativo en términos sociales (como el proceso SEA), y recuperado de un contexto dinámico, cambiante y conflictivo. Con el movimiento de tales condiciones de emergencia quedaría determinada tanto la naturaleza de la organización cognoscitiva de la representación, es decir, su estructuración como esquema cognoscitivo; así como su misma existencia y grado de estructuración (Mora, 2002).

De acuerdo con Jodelet (1986), del hecho de representar se desprenden cinco características:

1. La representación se produce siempre en relación con un objeto: es un acto de pensamiento por medio del cual se vincula con un objeto, es el representante mental del objeto, acontecimiento, persona, idea; emparentándose, por esta razón, con el símbolo.
2. Tiene un carácter de imagen y la propiedad de intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto. A través del proceso de representación lo abstracto se concretiza transformándose en una imagen estructurada, la idea se materializa y cosifica. En este estudio se emplea el término de imagen en el sentido de figura o conjunto figurativo, es decir, las metáforas utilizadas para representar a la salud/enfermedad.
3. Tiene un carácter constructivo, no es una simple reproducción, sino que el acto de representar implica siempre una parte de construcción y reconstrucción: cada uno de los elementos adquiere existencia real; de elementos del pensamiento se transforman en elementos de la naturaleza, que además, se consideran referentes del concepto. Son, por lo tanto, un factor constitutivo de la "realidad social". Esto, permite situar a las representaciones del proceso SEA en la reconstrucción realizada con base en los conocimientos y valores adquiridos en las trayectorias de los sujetos.
4. Tiene un carácter autónomo y creativo, ya que emplea elementos descriptivos y simbólicos proporcionados por la comunidad que se imponen al sujeto. Las representaciones se integran y superponen unas a otras, organizando su mapa cognitivo; en este sentido son parte del universo individual, pero son autónomas a la conciencia del individuo porque operan en situación de intercambio e interacción y no aisladamente (Palmonari-Doise, citado por Mora, 2002). En este sentido, las mujeres participantes en programas sociales no han estado solas a lo largo de su trayectoria individual, sino que cuentan con una red familiar, comunitaria e institucional que ha integrado la atención a su salud-enfermedad.
5. Implican, siempre, algo social: las imágenes o representaciones que el sujeto tiene del mundo social no son imágenes individuales, sino compartidas por los integrantes de un grupo. Las categorías que se emplean son categorías del lenguaje, tomadas de un fondo cultural común. Lo social se introduce a través de la comunicación entre los actores sociales, a través del marco de referencia determinado culturalmente, a través de los códigos, valores e ideologías de las posiciones sociales específicas, expresando la pertenencia social del sujeto. Como es el hecho de pertenecer a programas sociales, como el caso de *Oportunidades* con las pláticas de educación para la salud se les provee de conocimientos y prácticas sociales de atención a la salud-enfermedad.

No obstante, como señala Flores (2001) las representaciones sociales no son algo acabado y definido, pueden sufrir, y de hecho sufren, modificaciones a lo largo de la experiencia cotidiana, es algo que se somete a cambios y modificaciones continuos. Esto no quiere decir, que “a una representación y corresponda una práctica x” (Fishbein y Ajzen, citados por Banchs, 2007), sino que se trata de explicar la relación dinámica y procesal de la salud/enfermedad/atención, donde las representaciones se transforman y son transformadas por las prácticas (Banchs, 2007). Esto indica que la teoría de las representaciones sociales permite entender los procesos de constitución del pensamiento social, sus contenidos y sus efectos sobre las prácticas sociales (Banchs, 2007), lo cual da cuenta de las transformaciones del proceso SEA.

A partir de esta posición sobre las representaciones sociales es que este proyecto de tesis se enfoca desde las representaciones en grupos, puesto que en la práctica, se habla de grupo social a partir del momento en que los individuos ocupan una posición común en relación con el objeto de representación y están en regular interacción (Moliner, Rateau y Cohen-Scali, 2004); además, al interior de un grupo social como los son las participantes de los programas sociales, las representaciones se definen como saberes “socialmente elaborados y compartidos” (Jodelet, 1989). No obstante, es preciso tener en cuenta los saberes y conocimientos adquiridos por las relaciones establecidas con instancias medicinales comunitarias: parteras, curanderos, sobadoras, entre otros. A lo que Moscovici (1992) denomina como *Nuevo Orden de Pensamiento*, basado en las medicinas naturales (remedios, hierbas, imposición de manos, ejercicios rituales), los cuales están estrechamente vinculados al proceso salud/enfermedad/atención (Banchs, 2007).

En este sentido, además de las consideraciones anteriores, se retoma para este trabajo la postura de Osorio (2001) y Torres (2002), quienes definen a las representaciones sociales como el conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones, a través de los cuales se vivencian y

aprehenden los padecimientos, conduciendo a las personas a tomar una postura ante su enfermedad, y con ello, sobre la forma en que debe ser manejada y atendida. Torres (2002) expresa que las representaciones sobre un padecimiento crónico comprenden cómo estos procesos fueron contruidos y reelaborados a la luz de las experiencias personales y las compartidas, ya sea con otros enfermos, familiares, profesionales de la salud e instituciones. La pertinencia del estudio de la salud/enfermedad para las representaciones sociales es porque la enfermedad es algo más que síntomas, es un evento desafortunado que modifica, la cual se tiende a relacionar con causas sociales y puede captarse a la vez el pensamiento social y el pensamiento científico (Herzlich, citada por Banchs, 2007).

Es pertinente mencionar dentro de los estudios de representaciones sociales la postura de Peña y Gonzales (2004) cuando aluden a lo polémico y complejo que es el término "representación social". Consideran dos posiciones teórico-conceptuales de la representación social, en tanto objeto de investigación: por un lado, hay una clara orientación cognitivista de lo social, representada por la psicología social; y por otro, desde un grupo de distintas disciplinas (historia-antropología, literatura, incluso psicología social) la consideración de la representación social es un constructo simbólico que realiza el sujeto. Por otra parte, se encuentra el concepto de representaciones culturales de Pozo (2001), quien explica que estas consisten sobre todo en los sistemas externos o culturales de representación que, al ser interiorizados en forma de representaciones de la memoria, reestructuran o reformatean los sistemas cognitivos, la mente individual. Las representaciones no serían sólo individuales, sino que estarían distribuidas, pero en este caso no entre unidades más elementales de información, sino de forma colectiva o cultural, entre personas.

Este mismo autor, señala que habría que estudiar los contextos y demandas sociales y culturales que hacen necesarios esos sistemas culturales de representación, así como los cambios que estos sistemas producen en el funcionamiento de la mente, tanto en la forma de organizar esas representaciones

como en los procesos de adquisición y recuperación, como, en suma, en el significado personal y cultural de esas representaciones (Pozo, 2001). Bajo este enfoque, es que resulta necesario recuperar la forma en que las mujeres conceptualizan los términos salud y enfermedad, como parte de un mismo proceso.

Para entender cómo el grupo social comparte una visión común del objeto mientras que cada individuo tiene su propia experiencia, Moliner, Rateau y Cohen-Scali (2004) enfatizan en comenzar observando la manera como se distribuyen, en medio del grupo, las opiniones y las creencias constitutivas de una representación social; más a menudo se va a encontrar un pequeño número de opiniones acerca de los cuales se realizan importantes consensos; luego, un conjunto más amplio de opiniones y de creencias acerca de los cuales los consensos son mucho menos nítidos.

Según Abric (2004), toda representación social está constituida de elementos “periféricos” organizados alrededor de un pequeño número de elementos “centrales” formando un núcleo. Los elementos centrales hacen el objeto de fuertes consensos en el seno del grupo, porque resultan condiciones históricas, sociológicas e ideológicas en las cuales se ha formado la representación. En este mismo orden, Flores (2001) enfatiza en la estructura procesual de una representación, la cual se distingue por tres dimensiones básicas: la información, el campo de representación y la actitud. Primeramente, la información se refiere al conocimiento, a su cantidad y calidad, y puede ser en menor o mayor medida original, muy somera o estereotipada en relación con un objeto social; segundo, el campo de representación tiene la función de ordenar, jerarquizar y seleccionar el contenido de la información, es decir, implica una elaboración por medio de la cual los individuos producen, organizan y estructuran la información interna y circundante; y tercero, la actitud se refiere justamente a la disposición dinámica que se tiene hacia un objeto; puede ser positiva o negativa, pero se traduce forzosamente en una práctica.

De esta manera, los consensos se establecen no por la acción individual, sino por las construcciones sociales acumuladas y producidas al interactuar con otros, como en las pláticas de educación para la salud del programa *Oportunidades* o cuando se asiste a alguna consulta médica como parte de las acciones en salud del *Seguro Popular*, o cuando se asiste con la curandera para brindar atención a un estadio de enfermedad, esto significa, que se da cuenta de los consensos cuando se producen las representaciones sociales en el momento mismo en que se está estudiando el objeto y se exterioriza a través de su respuesta como parte de la experiencia del proceso salud/enfermedad/atención.

Por otro lado, la *percepción* es uno de los conceptos clave al interior de las representaciones sociales, sobre todo cuando se coloca bajo la perspectiva de los programas sociales de salud, en tal sentido, Merleau (1997) expone una definición apropiada al proceso salud/enfermedad/atención que es conveniente retomar para este trabajo. Esta definición da cuenta de que toda *percepción* exterior es inmediatamente sinónima de cierta percepción del cuerpo, como toda percepción del cuerpo se explicita en el lenguaje de la percepción exterior; además, hace énfasis en que toda percepción tiene algo de anónima, esto, porque revive una experiencia que fue adquirida y que no es puesta en tela de juicio. Por lo anterior, “las representaciones están constantemente presentes en la menor percepción, en el más mínimo de los actos y emociones” (Moscovici y Hewstone, citados por Peña y Gonzales, 2004).

Asimismo, de acuerdo con la definición de Castro (2002) del *significado*, éste, está constituido por el conjunto de conceptos y símbolos lingüísticos que un grupo determinado usa para expresar la experiencia subjetiva de su salud y de la de sus integrantes. Estos campos semánticos hacen posible “un proceso social de acumulación de la experiencia, acumulación que se logra a través de un proceso selectivo que determina la experiencia real de los miembros del grupo” (Berger y Luckman, citado por Castro, 2002). Una de las finalidades es poder interpretar las partes, es decir, las experiencias de los distintos procesos de

salud/enfermedad/atención, por lo que será necesario hacer referencia al todo: el contexto social en que han habitado y el sentido subjetivo de las personas entrevistadas.

3.2. Investigaciones en salud cualitativa.

Uno de los primeros estudios por encontrar la relación de la conducta frente a la enfermedad fue propuesta por Mechanic (1961), éste fue con la finalidad de dar respuesta a los diferentes síntomas percibidos y evaluados. Otro estudio, sobre los “componentes culturales en la respuesta al dolor” expresado por Zborowski (1958), intentó explorar cómo los diferentes antecedentes culturales de los individuos daban como resultado formas diferenciales de reaccionar al dolor. Por su parte Zola (1966), asumió que la existencia de fuerzas sociales que rodean al individuo, determinan lo que percibe y siente y, por consiguiente, la manera en la que ‘le dan nombre’ a sus síntomas médicos; asimismo, Blaxter (1983) estudió cómo definen las mujeres de la clase trabajadora el concepto de salud y las nociones de causalidad asociadas a la enfermedad. Para lograrlo se basó en un análisis de los relatos de mujeres, en un intento por descubrir la estructura interna de su pensamiento. Blaxter encuentra que estas mujeres tienden a reflejar sus condiciones de vida y sus historiales médicos en sus conceptos de salud. Sus nociones de enfermedad se asocian estrechamente con su vivencia de la misma, de manera que los padecimientos usados como ejemplos para ilustrar lo que para ellas significa enfermedad, están relacionados con la pobreza y la privación (como la bronquitis y la tuberculosis).

En lo que refiere a la parte de la atención o cuidados de la enferma o el enfermo, es preciso considerar dos factores esenciales para el estudio de las prácticas sociales, en este caso preventivas, curativas y de cuidados: “a) las condiciones sociales, históricas y materiales en las que éstas se inscriben, y; b) el modo de apropiación por el sujeto o el individuo, donde los aspectos cognitivos, simbólicos y representacionales tiene un rol determinante” (Abric, citado por Ortega, 2004:194).

La percepción en salud comenzó con Boltanski (citado por Castro, 2002), en su estudio sobre la manera en que la clase social determina su experiencia subjetiva en salud y enfermedad, además, postuló la hipótesis de que las diferentes formas de higiene, así como las relacionadas con la nutrición y el cuidado de los niños, son parte de un proyecto civilizatorio en curso que se aboca principalmente a las clases sociales bajas. Asimismo, alude a la noción de enfermos funcionales, para referirse a los individuos en los que el médico no puede descubrir enfermedad alguna, a pesar de la presencia de síntomas. Boltanski propone el concepto de *capacidad médica* para abordar este fenómeno; parafraseando a Castro (2002), este concepto argumentado por Boltanski, parte del cúmulo de conocimientos que han adquirido las personas por medio de sus diálogos con los médicos, y se refleja en sus expresiones y en el lenguaje de lo que ellos han entendido de determinada enfermedad o estado de salud.

Existen estudios que se han enfocado a tratar el tema de la salud desde la perspectiva cualitativa, dirigidos al análisis de enfermedades específicas. Mercado y Torres (2000), en su compilación de estudios de este tipo, participan autores como Lara, Támez y Eibenschutz (2000), quienes reflexionan sobre el tema en una revisión de los estudios sobre la utilización de los servicios de salud, destacando la necesidad de salud como uno de los conceptos básicos que se presenta en la trayectoria de atención y búsqueda de servicios. También, González Chévez (2000), estudia la red de relaciones sociales de un grupo de mujeres del subproletariado en torno a sus estrategias de atención a la enfermedad, destacando que el cuidado y la atención de la salud le corresponde en su papel de madres, no obstante, el papel de los hombres en el cuidado es el de un rol más operativo que de asistencia o afectivo.

Ravelo (2000), en esa misma compilación, presenta las significaciones de las prácticas de alcoholización en un grupo de obreras de la ciudad de México y del estado de México, en las que se destacan los procesos de alcoholización en vivencias de abandono, soledad, tristeza, conflictos de pareja. Por su parte

Hernández Guerson y González Hernández (2000) muestran las diferencias en las conceptualizaciones, percepción del riesgo, prácticas de atención y autocuidados respecto al cáncer cervicouterino desde la perspectiva de género. Las conceptualizaciones del cáncer son múltiples, destacando los virus, los contaminantes del agua donde lavan su ropa, o bien por usar métodos de planificación familiar; respecto a la percepción del riesgo se representa por medio del contagio del hombre, la no realización de exámenes de papanicolaou; dentro de las prácticas, sobresale la realización de dichos estudios, los lavados vaginales, las cirugías y las creencias en Dios ante una señal divina, además, cabe destacar que en su trayectoria de atención primero acuden con un familiar, posteriormente a los médicos tradicionales para concluir con los servicios de salud formales.

En otros de los estudios, Hernández, Arenas y Valdez (2005) aluden a la vinculación entre la construcción social de la identidad femenina y su relación con la percepción de la enfermedad en las mujeres de mediana edad, así como las relaciones de poder que se expresan en la relación médico-paciente, cuando las mujeres en este periodo de vida acuden a los servicios de salud en busca de atención. Prece, Di Liscia y Piñero (1995) conocen las diferentes concepciones y las representaciones sociales que en torno a la salud y a la enfermedad que predominan en la población de sectores populares urbanos de la ciudad de Santa Rosa, capital de La Pampa, Argentina. Carracedo y otras (2005) presentan una investigación actualmente en curso que plantea la descripción de las trayectorias de los pacientes y sus significados sobre el proceso de salud/enfermedad/atención. Éstos pertenecen a sectores de escasos recursos económicos, entre ellos migrantes tobas, quienes demandan atención a un hospital de segundo nivel municipal, ubicado en la zona norte de la ciudad de Rosario, Argentina. De Suremain y otros (2003), realizan un proyecto en Bolivia y Perú, concebido desde la perspectiva de desarrollar y aplicar un enfoque global integrado, con el fin de promover la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño con la participación de los servicios de salud, los responsables del niño (sus

padres) y otros actores comunitarios. Uno de sus objetivos específicos es identificar las representaciones y prácticas en materia de salud, crecimiento y desarrollo del niño, tanto entre los responsables como entre los profesionales de la salud.

Por otro lado, Freyermuth y Sesia (2006) se enfocan a mostrar un panorama general de estudio de la antropología médica, la cual se sitúa en los problemas de la salud humana, analizando los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y económico-políticos, además de analizar las mediaciones que explican las formas diferenciales de enfermar, atenderse y morir entre individuos y grupos determinados, consideran las características y peculiaridades de las relaciones entre personas y grupos sociales que posibilitan o limitan la resolución de sus problemas de salud. Por esto, se ha centrado en investigaciones de comunidades indígenas con base en la medicina tradicional, en las relaciones establecidas entre los indígenas y el sistema biomédico predominante, los saberes empíricos de las parteras, la llamada medicina doméstica o casera y las prácticas de autocuidados, por lo que una de las líneas de investigación que proponen son los estudios de representaciones sobre las enfermedades, sus causas y posibles curaciones, como este estudio los aborda desde contextos urbanos en situación de pobreza, así como las narrativas del padecimiento, las cuales han sido poco exploradas en nuestro país, como el presente trabajo las analiza desde las representaciones sociales de las mujeres.

Aunado al anterior, Eroza (2006) presenta los testimonios narrativos sobre crisis convulsivas entre los tzotziles y los tzeltales de Chiapas, los cuales permiten apreciar cómo a través del tiempo estas experiencias dan cabida a distintas interpretaciones de los síntomas, de acuerdo con su desaparición, su permanencia y/o su complicación. Los síntomas que presentan estos grupos poblacionales son los dolores de cabeza, las náuseas, entumecimientos, temblores, dificultad para respirar, debilidad, debilidad de corazón y acidez estomacal. Nichter (2006) expone un artículo sobre el tema de la reducción del daño, que se ubica dentro de

un área temática más extensa de la antropología: la antropología de la vulnerabilidad, del riesgo y de la responsabilidad. Clasifica la vulnerabilidad con relación a los rasgos constitutivos de la persona, el entorno o contexto y el aumento de la gravedad del padecimiento. Por su parte la reducción del daño la sustenta con relación a los hábitos alimenticios, las vacunas, el control de enfermedades, el uso de antibióticos, las vitaminas, entre otros.

Como se ha señalado en este tercer apartado, la importancia de abordar el estudio de las representaciones sociales en las participantes de los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*, radica en los criterios de emergencia que de las mismas mujeres ante un proceso SEA permite explorar a profundidad cómo dan nombre y simbolizan las causas de su enfermedad, qué actitudes toman para hacer frente a un estadio de enfermedad, así como cuáles conocimientos, creencias y valoraciones ponen en práctica. Sin duda, en el marco de la política pública que corresponde analizar en el caso mexicano, las representaciones que de este proceso SEA emanen coadyuvarán al enriquecimiento de la puesta en marcha de estrategias distintas en el proceder para la consecución de la salud.

Cabe resaltar que se ha dejado en claro que las representaciones se enfocan por grupos (Moliner, Rateau y Cohen-Scali, 2004) puesto que en los contextos de pobreza se ha actuado por medio de políticas públicas dirigidas a este conjunto social, el cual se ve influenciado por las acciones que la misma operatividad de los programas sociales engloba. Además, con el estado de la cuestión expuesto acerca de las distintas investigaciones que han abordado el estudio de las representaciones sociales con referencia al factor salud/enfermedad, hace falta distinguir particularidades cuando las representaciones emergen en los grupos en situación de pobreza, puesto que son objeto de una serie de programas, de los que seguramente surgirán las experiencias vividas y confrontadas.

4. El abordaje metodológico.

Al centrar el estudio desde un enfoque cualitativo, es preciso hacer mención que Deslauriers (1991) argumenta que es desde las posiciones naturalista y sociológica comprensiva como se articula la investigación cualitativa, esta perspectiva debe rebasar el discurso y confrontarlo con la práctica, ya que la sociedad necesita explicaciones de su funcionamiento, además de esto, se requiere estudiar las manifestaciones de cambio. Desde una perspectiva metodológica, el estudio de la sociedad requiere flexibilidad para adaptarse a la realidad y a las distintas variaciones que puedan presentarse. Normalmente el investigador recurre a la lógica práctica para resolver ciertas situaciones que se le pueden presentar; como consecuencia, es que se ha llegado a producir trabajos importantes con aportaciones teóricas del contexto social y sobre todo 'conceptos disciplinados' (Deslauriers, 1991).

El presente trabajo parte desde la concepción planteada por Gundermann (2004) al señalar que toda investigación social se considera un estudio de caso, para esta investigación teniendo al proceso salud/enfermedad/atención en el centro de las ciencias sociales, pues dirige su atención a un fenómeno provisto de especificidad y límites espacio temporales definidos. Asimismo, desde la idea de Bericat (1998:37) existe complementación metodológica cuando "en un mismo estudio, se obtienen dos imágenes, una procedente de métodos de orientación cualitativa y otra de métodos de orientación cuantitativa; así, obteniendo esta doble y diferenciada visión de los hechos se complementa el conocimiento de los mismos". Esta doble visión se establece al analizar distintos indicadores macro sociales y económicos respecto a la salud y las condiciones de vida, y en una fase posterior, mediante la aproximación a campo, dar cuenta de las distintas vivencias y la forma de representar las trayectorias del proceso SEA por parte de las participantes de los programas.

Flores (2001) expresa que la teoría de la representación social es una de las teorías que ha facilitado la comprensión de la relación entre individuo y sociedad, y

a la vez explicado cómo operan la ideología y la construcción de la afectividad tanto en la subjetividad del individuo como en los comportamientos colectivos, también hace énfasis en que para poder estructurar las representaciones se requiere del diseño de diversas estrategias metodológicas, pues una sola no podría dar cuenta de éstas. En este sentido, el presente estudio se aborda mediante la triangulación de las fuentes de información (Atkinson y Hammersley, 1994) al recopilar información desde distintos enfoques lo que permite una mayor aproximación al objeto de estudio.

Desde este ángulo es que se obtuvieron datos estadísticos acerca de las condiciones de morbilidad, mortalidad por parte de la Secretaría de Salud, así como datos de los tipos de enfermedad crónica que más prevalecen en el país por medio de los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición, así como de los niveles de pobreza que presenta el Coneval, así como datos socioeconómicos y sociodemográficos emitidos por el INEGI y Coneval, con los que se logra un acercamiento a las condiciones de vida del sector de estudio. Además, con la finalidad de comprender cómo ha sido la evolución del sector conocido como “la Huizachera” se logró su reconstrucción histórica por medio de informantes clave con quienes se entablaron conversaciones a través de entrevistas semiestructuradas, asimismo, con las entrevistas a profundidad llevadas a cabo con los doce casos de mujeres participantes y no participantes directos de los programas, así como con la observación participante tanto al interior del sector como durante el desarrollo de las pláticas de educación para la salud, es que este estudio se centra desde un enfoque etnográfico, pues como señalan distintos autores (Guber, 2001; Atkinson y Hammersley, 1994; Rodríguez Gómez, Gil y García, 1999) este método permite comprender el mundo en que estamos insertos, por medio de la interacción social y el uso de diversas técnicas, no sólo describiendo, sino mediante el uso de narrativas orales de los distintos actores sociales.

Por lo anterior, este trabajo refiere a la triangulación por técnicas de investigación (Atkinson y Hammersley, 1994; Rodríguez Gómez, Gil y García, 1999) pues con distintos instrumentos de campo se logra penetrar a un mayor conocimiento. Por esto, una de las técnicas es la aplicación de *entrevistas a profundidad*²⁶ y *semiestructuradas*²⁷, pues se parte desde la visión de Taylor (1987) quien las ha definido como los encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras. Esto conduce a entender las entrevistas como un proceso de comunicación verbal (Grawitz, 1984), que se presenta como parte de un proceso social (Goode y Hatt, 1991), para poder así, analizar el proceso SEA en cada uno de los casos por medio de los relatos de vida de tipo biográfico, con los que se obtiene la reconstrucción de la vida de la persona destacando los momentos en que su enfermedad crónica aparece, así como “el estudio de la dialéctica de los cambios sociales y su interiorización en el cambio individual” (Mayer y Ouellet, 1991). De ahí la importancia del curso de vida, cuando se entrelazan distintos eventos de crisis de enfermedad y la trayectoria de vida de sujetos que interaccionan con las mujeres, llámese médico, curandero, partera, o bien familiares o vecinos pertenecientes o no al grupo doméstico.

De igual forma la *observación*²⁸ adquiere un papel relevante, en este trabajo se ubica desde el enfoque participante, pues se implementó desde el momento en que se realizaron las primeras aproximaciones tanto al sector “la Huizachera” como con las sujetos eje de estudio, así como también cuando se llevaron a cabo las entrevistas a profundidad con las mujeres y cuando se realizaban las pláticas de educación para la salud en el Centro de Salud del sector. Se pudo acceder, como plantea Vasilachis (2003), a las relaciones al interior del hogar en sus

²⁶ Ver Anexo 2: Guión de entrevista a mujeres participantes y no participantes en los programas Oportunidades y Seguro Popular.

²⁷ Ver Anexo 3 y 4: Guía de entrevista a personal de atención de la salud y Guión de entrevista para la reconstrucción del sector de estudio.

²⁸ Ver Anexo 5: Guión de observación para el sector de estudio y Guión de observación para las pláticas de salud del programa Oportunidades.

distintos contextos, para así, interpretar y detectar algunas prácticas y funciones que realizan sus miembros con respecto a la prevención, curación y/o cuidados de la enfermedad.

Además, de acuerdo con Rodríguez, Gil y García (1996), la *observación* se ubica dentro un “contexto local”, es decir, inmediato. Retomando las palabras de Evertson y Green (citado por Rodríguez, Gil y García, 1996) la observación se centra con un “enfoque inclusivo”, al incorporar como datos los elementos del contexto, intentando reflejar los hechos al momento de realizar las entrevistas a profundidad y las semiestructuradas, recuperando elementos de su unidad doméstica y de su comunidad, como el espacio privado y público, respectivamente, en que desarrolla sus actividades diarias. De ahí que fue necesario establecer los distintos escenarios de observación que permitieron establecer triangulaciones con la información obtenida de las entrevistas.

Por lo anterior, durante los recorridos por “la Huizachera” se observaron aspectos como su ubicación, la infraestructura urbana, servicios públicos básicos disponibles, así como el dinamismo urbano, las áreas comerciales y de servicios, las condiciones materiales de las viviendas, los servicios de salud y educativos de que dispone, algunas problemáticas y diversiones de los habitantes. De igual forma, durante la realización de las entrevistas a profundidad, se captó principalmente las actitudes y sentimientos de las informantes, así como de los miembros del hogar presentes, en algunos casos el rol que asumían los hijos, el lugar donde se realizó la conversación, ya fuera al interior o exterior de la vivienda, así como la disponibilidad de servicios públicos, la higiene y limpieza en lugares como cocina, letrinas, patios. Asimismo, otro de los escenarios de observación fueron las pláticas de salud, llevadas a cabo en el Centro de Salud de este sector, aquí se pudo observar el número de participantes que asistían a las pláticas, el espacio físico en que se realizaban las pláticas, la actitud de las mujeres ante los temas impartidos, así como la duración de los mismos y quiénes eran las responsables de impartirlos.

De acuerdo a Rodríguez, Gil y García (1996), la selección de la muestra observada se llevó a cabo mediante una “selección por período de observación”. El sistema elegido es el *narrativo*, ya que por medio de éste se logró registrar la ocurrencia natural de las acciones, acontecimientos y conductas, sin tratar de filtrar lo ocurrido de forma sistemática, es decir, se relataron los sucesos tal y como surgieron, sin separarlos de todo lo que pudo estar influyendo o interviniendo en la situación observada. También, la construcción del sistema narrativo procedió mediante “el registro de muestra”, pues se registraron los acontecimientos durante el acto, anotando la conducta manifiesta durante el tiempo en que duró la entrevista, la plática, el recorrido o cuando se tuvieron conversaciones informales con las mujeres. Como enfatiza Gundermann (2004) con la observación y la entrevista se evita la descontextualización de situaciones y las alteraciones en la espontaneidad de la acción y en el intercambio de palabras.

Con relación al *diseño de la guía de entrevista*, Bericat (1998:108), manifiesta que “la guía de la entrevista se deduce del análisis de la situación externa en la que ha estado presente el sujeto y se orienta según hipótesis derivadas de este análisis”. Este mismo autor, expone que la entrevista se enfoca sobre las experiencias subjetivas, procurando:

- a) Reducir al mínimo la dirección ejercida por el entrevistador al objeto de mantener la apertura del discurso;
- b) especificar precisamente la definición de la situación del sujeto para evitar la ambivalencia interpretativa;
- c) en lo posible, ampliar el rango de las respuestas para lograr un amplio plano del universo simbólico; y,
- d) recoger en profundidad la carga afectiva y valorativa del sujeto, así como los contextos personales, que han dado origen a las reacciones (Bericat, 1998:108).

Para alcanzar los aspectos mencionados, el guión de entrevista quedó estructurado de acuerdo a once categorías generales desarrolladas en las conversaciones sobre el curso de vida y la trayectoria de enfermedad de cada una de las entrevistadas: condiciones y situaciones vividas durante la niñez;

experiencias vividas en la adolescencia-juventud; prevalencia actual de enfermedades; salud reproductiva; alimentación; percepción de las prácticas de salud (mujeres con y sin programa *Oportunidades*) y percepción del Seguro Popular; significación y creencias sobre la salud-enfermedad; cuidado del cuerpo y salud; vida cotidiana; perspectivas a futuro, y; apreciación de la pobreza, derechos y programas sociales.

I. Condiciones y situaciones vividas durante la niñez.

En esta parte de la entrevista, las mujeres realizan una reconstrucción de su etapa de niñez, se le formulan preguntas a cerca del contexto en que creció y vivió en su comunidad de origen, así como el nacimiento de sus hermanos, la forma en que sus padres atendieron sus enfermedades, las actividades que realizaban los integrantes de su unidad doméstica por sexo, tanto al interior como al exterior del hogar. Estos aspectos son importantes para recuperar el ambiente vivido en estos primeros años por la persona y las condiciones de vida de esa época.

II. Experiencias vividas en la adolescencia-juventud.

Para dar continuidad, se procede a indagar sobre la incidencia de enfermedades y sus condiciones habitacionales, qué cambios se presentaron de donde vivió su infancia (en los casos de migración intraurbana) a donde habitó en esta etapa de su ciclo vital, o en el caso de que se hubiesen presentado enfermedades conocer cómo las atendieron, cómo fueron solucionando los nuevos problemas de salud, o en su caso, si continuaron manifestándose las que tuvo desde la niñez.

III. Prevalencia actual de enfermedades.

En esta categoría se pregunta sobre la o las enfermedades actuales, las formas en que las han atendido o solucionado, los remedios caseros utilizados, las personas a las que recurren, así como los cuidados y atenciones que le han brindado, o en su caso, a la persona enferma que integra su unidad doméstica, destacando el rol del cuidadora(or). Además, es importante conocer cómo la detectaron y cuál ha sido el tratamiento que ha continuado para atenderla o

atenderse, además de las principales consecuencias en las actividades del hogar o en su trabajo desempeñado.

IV. Salud reproductiva.

Se indaga acerca de sus embarazos, es decir, si fue o fueron planeados, los cuidados recibidos o realizados por ella misma, cómo fue la atención médica recibida al nacimiento del o los hijos, así como antes y después del(os) parto(s), asimismo, las enfermedades que manifestaron en sus primeros años los recién nacidos, a quien se recurrió y cómo fueron solucionadas.

V. Alimentación.

Un punto importante en la nutrición es el consumo de alimentos, tanto los elaborados en el hogar como los ingeridos en la vía pública, en particular por los menores en edad escolar. A partir del plan alimenticio se puede observar su influencia directa en el bienestar mental y corporal, así como en el funcionamiento del organismo de cada persona. Se formulan cuestiones sobre el tipo de alimentación de los niños y adultos y si ésta tuvo o ha tenido relación con sus padecimientos o enfermedades.

VI. Percepción de las pláticas de salud y los programas sociales.

En esta categoría se cuestiona cuáles han sido las medidas o estrategias que han implementado a partir de las pláticas de orientación sobre el consumo de alimentos y la prevención de enfermedades, recibidas por los niños en la escuela, o por las mujeres en el Centro de Salud del sector como parte del programa *Oportunidades y/o Seguro Popular*, u otra institución que realice labores de beneficio social en las colonias. Asimismo, cuáles han sido las recomendaciones médicas que han puesto en práctica y cuáles no.

VII. Significación y creencias sobre la salud-enfermedad.

En estos aspectos se pregunta cómo y cuáles han sido las provocaciones, límites y superación de sus enfermedades. De ahí que se destaquen los cambios

significativos en su condición de salud, su valoración y significación. Se consideró necesario cuestionarles sobre el significado que tienen de “estar sanos” y/o “enfermos”, para relacionarlo con el contexto urbano, social, ambiental y económico en que han habitado.

VIII. Cuidado del cuerpo y de la salud.

Esta categoría es central para ubicar las prácticas de cuidado de la salud, por lo que se les cuestionó cuándo y por qué asiste a consultas médicas, cómo han sido sus experiencias en el trato con los médicos y enfermeras; con quién y por qué acude a atenderse cuando se presenta la enfermedad; también, fue necesario indagar sobre adicciones, como fumar o ingerir bebidas alcohólicas, así como la realización de actividades físicas para el cuidado de la salud. Por otro lado, se cuestiona sobre los exámenes médicos, como el papanicolaou y mamografías, para la detección de cáncer, cómo fue esa experiencia, el trato que le brindaron, así como las prevenciones seguidas para evitar enfermedades de transmisión sexual.

IX. Vida Cotidiana.

Para conocer también la dinámica del hogar en un día común de actividades, se le solicitó a las informantes una descripción de éstas, cómo es un día de actividades, ya sea al interior o exterior del hogar, si se dedica tiempo a la atención a su salud, a la preparación de alimentos, a la asistencia a alguna plática de prevención, o los cuidados que procuran a la persona enferma de la unidad doméstica. Además, se cuestiona sobre los ingresos monetarios de las personas que realizan alguna actividad laboral y cómo son distribuidas dichas percepciones.

X. Perspectiva a futuro.

Cómo visualizan las mujeres sus condiciones de vida y salud a futuro, cómo ven a sus hijos, su relación con su esposo, así como las condiciones materiales de su vivienda y su colonia, son algunas de las formulaciones de esta categoría;

asimismo, las aspiraciones no sólo en lo individual, sino a nivel de hogar y de comunidad.

XI. Apreciación de la pobreza, derechos y programas sociales.

Al recibir apoyos en efectivo o en especie por medio de instancias gubernamentales, asociaciones u organismos para aspirar a una mejor condición de vida, resultó conveniente cuestionarles sobre lo que ellas piensan o imaginan que realizan las autoridades de gobierno e instituciones de salud para mejorar su situación. Se indagó sobre cómo se autodefinen al vivir en condiciones de pobreza, y si se consideran sujetos de derechos, de “beneficios” o de apoyos.

Previo a la realización de las entrevistas a profundidad, fue necesaria la aplicación de una *prueba piloto* para elaborar una lista general de los temas a cubrir con las informantes, sin importar en primera instancia su orden de respuesta. Posteriormente, esta lista se adaptó en función de los relatos de las mujeres y del proceso de análisis para incorporar temas o categorías faltantes. La forma en que se abordaron las entrevistas con las mujeres informantes, se ubicaron como una conversación enfocada sobre un tema en particular y se les brindó el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión (Bernard, citado por Vela, 2004). Con relación al número de entrevistas realizados, se efectuó un “muestreo de tipo teórico o intencionado” (Vela, 2004), esto quiere decir, que se siguió un proceso de acumulación de entrevistas hasta que se alcanzó un punto de saturación con respecto a los objetivos del estudio, acorde con las categorías de selección.

Con respecto a esto último, en la estrategia inicial de entrada a campo se consideró pertinente abordar cuatro casos para cada una de las fases del ciclo doméstico (expansión, consolidación y dispersión), correspondiendo a su respectiva participación a cada programa, a ambos o a la ausencia de éstos, es decir, tres casos pertenecientes al programa *Oportunidades*, tres casos con *Seguro Popular*, tres más en los que se tuviera la adscripción a los dos programas

y tres casos sin participación en ninguno de los dos, para cada período del ciclo doméstico respectivamente (ver Cuadro 1). Esto, permitiría obtener un equilibrio entre el número de casos a seleccionar, comprendiendo un total de doce, lo cual arrojaría la suficiente información empírica para mostrar su relevancia en la aproximación antropológica efectuada, al ser parte o no de los llamados “beneficiarios” o “derechohabientes”, así como de la dinámica y características particulares de cada hogar, como puede observarse en la siguiente matriz.

CUADRO 1
Casos considerados como muestra teórica.

Ciclo de Vida / Programas	Expansión	Consolidación	Dispersión
Oportunidades	√	√	√
Seguro Popular	√	√	√
Oport. y Seg. Pop.	√	√	√
Ninguno	√	√	√

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, finalmente la muestra teórica se ajustó a los ciclos de vida y participación en los programas que la técnica de *bola de nieve* implementada fue arrojando, al analizar las características sociodemográficas y la prevalencia de la(s) enfermedad(es) crónicas portada(s) por cada una de las mujeres sujetos de estudio, por lo que la heterogeneidad y la relevancia de la experiencia del proceso SEA particular permitió analizar transversalmente los relatos para llegar a la construcción de las trayectorias y posteriormente a las tipologías. Dicha muestra teórica ajustada (ver Matriz 2 en el Capítulo III) fue de la siguiente manera: a) un caso participante del programa *Oportunidades* en fase de expansión; b) cuatro casos participantes en el *Seguro Popular*, correspondiendo uno en fase de expansión, uno en consolidación y dos en dispersión; c) cuatro casos participantes en ambos programas, situándose uno en expansión, uno en consolidación y dos en dispersión; d) tres casos no participantes directos de los programas en fase de dispersión.

Por otra parte, en lo que respecta al *rapport*, previamente a la realización de las entrevistas, con un par de días de anticipación, se acudió al domicilio de las mujeres para establecer contacto con ellas, platicar sobre el interés académico de llevar a cabo una conversación por medio de una entrevista, en la cual se abordarían aspectos para conocer su trayectoria en el proceso salud/enfermedad/atención, específicamente las estrategias y formas en que han atendido sus enfermedades y cómo han percibido los programas sociales de atención a la salud.

Una vez que la persona accedió a su realización, se programó la fecha y la hora para llevarla a cabo. Se acudió en el día previsto y antes de iniciar se le aclararon los temas que se abordarían, externándole que primeramente se comenzaría con la etapa de su niñez y adolescencia, para posteriormente situarnos en su lugar actual de residencia. Ya iniciada la entrevista, fue necesario lograr un nivel de entendimiento mutuo entre ambos, esto refiere al grado de empatía entre la entrevistada y el investigador (Vela, 2004). Esto se corroboró cuando la informante aceptó las metas y objetivos del estudio, y proporcionó activamente la información necesaria en cada uno de los aspectos de la plática.

Asimismo, se inició con la presentación y explicación del propósito de la entrevista, su confidencialidad y la utilización de la información. Posteriormente, se le comentaron algunas instrucciones sobre la dinámica a seguir, mencionándole la intención de grabar la conversación, justificándole las razones para hacerlo, poniendo especial énfasis en la importancia de expresar su opinión abiertamente. También, fue importante aclararle que el objetivo de hablar con ella era aprender de su experiencia. Se le solicitó su edad, estado civil y el número de hijos, tanto los que viven con ella como los que se encuentran casados y que no habitaban en su hogar.

Durante la parte central de la entrevista se alentó a las mujeres a ofrecer explicaciones sobre sus comportamientos y vivencias durante las etapas de su vida en que se presentaron enfermedades, con el fin de ‘integrar los hechos’ de interés para los fines del estudio, tratando de obtener la mayor información de interés posible. Finalmente, se le agradeció su participación enfatizándole nuevamente el valor de la plática y su confidencialidad. Como una forma de agradecerle el tiempo dedicado a la conversación, se les solicitó conceder una fotografía de ella junto con los miembros de su unidad doméstica que se encontraran en ese momento, aclarándole que dicha fotografía se le entregaría para conservarla como un recuerdo de la fecha en que se le entrevistó.

De acuerdo a las decisiones establecidas en los párrafos anteriores, con el presente trabajo de carácter *etnográfico*, se logra la reconstrucción de las situaciones vividas por cada una de las mujeres, es decir, sus trayectorias y procesos, permite indagar más a fondo mediante cuestionamientos sobre las prácticas y experiencias (Wolcott, 1993), lo cual puede aportar desde esa “realidad” diferentes esquemas en la formulación de programas sociales a favor de la salud.

Desde este enfoque cualitativo se profundiza en ciertas explicaciones, al mismo tiempo que es posible captar la dinámica microsocial del proceso a investigar²⁹. En este sentido más que identificar, aislar y/o controlar una o más variables y evaluar su peso específico en la incidencia, el desarrollo o funcionamiento de tal o cual proceso, o incluso establecer relaciones causa-efecto; con la perspectiva metodológica planteada, se describe y comprende cuáles son las estructuras (reglas de operación, normas y condicionantes de los programas específicos) que influyen en el proceso salud/enfermedad/atención, cuál es su dinámica, significación y lo que viene a ser más relevante, cuáles son las relaciones entre éstos (Aguirre, citado por Ortega, 2004), y como ya se ha mencionado en líneas

²⁹ Ver Anexo 1, en donde se presenta la síntesis del abordaje teórico-metodológico de las representaciones sociales, y además, se detallan las preguntas de investigación.

anteriores, se intenta comprender cómo las mujeres conciben dicho proceso y se apropian de estas estructuras. Por tal motivo, se logran tipologías elaboradas con base en las trayectorias, como una forma de dar cuenta de la validez que adquirió la información y análisis cualitativo de ésta durante el proceso de investigación.

Puede decirse que a partir de los estudios de caso detectados sobre representaciones sociales en salud-enfermedad, se enfatizó la pertinencia de realizar el presente proyecto de investigación, puesto que no se encontró algún estudio que se enfocara a las representaciones y trayectorias del proceso salud/enfermedad/atención de sujetos participantes en programas sociales de atención a la salud; lo anterior, quizá se deba a que estén en etapa de construcción o elaboración. Asimismo, cabe resaltar la importancia que hacen los estudios sobre representaciones del proceso salud/enfermedad, poniendo énfasis en contextos rurales o con grupos étnicos, o en enfermedades y padecimientos específicos, y no necesariamente ponen atención en la relación establecida con las políticas públicas de salud, a través de los programas sociales dirigidos a la población que vive en sectores urbanos en situación de pobreza, como pretendió desde un inicio este trabajo de investigación.

Finalmente, con la estrategia de investigación de “diseño multimétodo”³⁰ se logra enfrentar a informaciones empíricas concretas que requieren análisis de convergencias y divergencias, análisis de los que pueden surgir paradojas, contradicciones o nuevas ideas, como lo menciona Bericat (1998). Para fines del estudio, a través de la forma secuencial se implementó la estrategia de complementación, pues una vez que la investigación cuantitativa puso en el debate algunos resultados, posteriormente la investigación cualitativa sirvió para orientar el análisis hacia los casos más representativos de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, es decir, para el análisis de las trayectorias y las representaciones sociales del proceso SEA de las mujeres en situación de

³⁰ Bericat (1998) llama así a la integración de los métodos cualitativo y cuantitativo en la investigación social.

pobreza. De ahí la importancia de la triangulación metodológica y del enfoque etnográfico, pues se pudo adentrar aún más en las condiciones de vida y de salud/enfermedad de los habitantes del sector estudiado.

Conclusiones.

Si bien, el enfoque con que se ha propuesto el abordaje teórico-metodológico del presente estudio pretende establecer los puentes pertinentes para enlazar las consideraciones trascendentales en materia de política social y del régimen de bienestar en que se ubica nuestro país, junto con la teoría de las representaciones sociales, la cual pone la mirada en el proceso salud/enfermedad/atención de sus participantes, valiéndose de distintas técnicas metodológicas como la entrevista a profundidad, la observación participante y el diario de campo, se genera una visión holística para considerar al sujeto como parte de la puesta en marcha de los distintos programas, pero a la vez pretende cimentar las bases para consecución de los derechos sociales.

Precisamente esta última consideración es en la que debe trabajarse más a fondo y a detalle en estudios de este tipo, puesto que debe convertirse en una de las metas trazadas en los programas sociales al entrar en operación, pues como se ha enfatizado, es finalmente en los participantes en quienes recae la aplicación de aquéllos, incluso tomando en cuenta su papel activo al ser co-participantes de la operacionalización de la política pública, no sólo beneficiarios.

Por lo anterior, es que la presente investigación poco a poco fue dilucidando de lo general a lo particular los distintos criterios con que se trabajaría para ir estructurando este apartado. Como se observa, a lo largo del capítulo se tomaron decisiones en torno a la conceptualización de la pobreza, de las representaciones sociales, de los alcances y logros de los programas en materia de salud, así como de los distintos conceptos que permitieron dialogar con la parte empírica, como la exclusión, la vulnerabilidad, el curso de vida, los tipos de hogar, el cuidado, entre otros.

Este amplio marco construido, permitió por un lado reconocer la parte institucional, como el de la Secretaría de Desarrollo Social y el de la Secretaría de Salud, que son desde donde se postulan los programas, para finalmente integrar aspectos de carácter teórico-metodológico que permiten cuestionar el proceder con la población objeto de estudio con respecto a su estadio de salud/enfermedad. Esta decisión constituye uno de los aportes con los que se pueden lograr aproximaciones al estudio de los grupos en situación de pobreza.

Por otro lado, uno de los límites quizá radique en que la falta de una aproximación mayor desde la antropología médica, pues aunque la parte teórica de esta corriente antropológica dilucida un acercamiento en el momento en que el proceso SEA se hace presente, al optar por la reconstrucción de los hechos por medio de la entrevista a profundidad, no alcanza para estar en el momento *in situ* en que la enfermedad hace su aparición y por ende observar las distintas terapias que se pueden poner en prácticas, con las distintas instancias médicas.

No obstante, como ya se mencionó, los aspectos teóricos considerados permiten el acercamiento a la dinámica socioeconómica, sociocultural y sociopolítica de los hogares, pues al detentar conceptos como la vulnerabilidad y la exclusión se alude a la primera de las dinámicas mencionadas, asimismo, al optar por el marco de las representaciones sociales del proceso SEA, en las que están implícitos los cuidados, los distintos roles de los integrantes de los hogares y el curso de vida de las mujeres, se enmarca en la segunda de las dinámicas, y finalmente, al tener como sujetos eje de estudio a las mujeres participantes de programas sociales *Oportunidades* y *Seguro Popular*, se da cuenta de la tercera de las dinámicas. Esto, conlleva a sustentar el carácter interdisciplinar con que se ha planteado el abordaje teórico-metodológico del presente estudio.

CAPÍTULO II

EL ESCENARIO DE INVESTIGACIÓN



CAPÍTULO II EL ESCENARIO DE INVESTIGACIÓN

1. Aproximación a la zona de estudio.

Es preciso comentar que la investigación parte de criterios presentes a nivel comunidad, como son aspectos de carácter demográfico, es decir la población por sexo; también se destaca el aseguramiento o disponibilidad de servicios de salud; las causas de mortalidad y morbilidad en la población; los niveles de pobreza; la derechohabencia; el número de familias “beneficiarias” de *Oportunidades*; así como algunos indicadores de rezago social, sobre todo los que tienen que ver con las condiciones de los servicios públicos básicos en las viviendas.

De las doce regiones en que fue dividido el estado de Jalisco, realizado por el COPLADE (1997), si se toma como punto de referencia la región centro para ubicar geográficamente las distintas zonas³¹, esta región comprende los municipios de Acatlán de Juárez, Cuquío, El Salto, Guadalajara, Ixtlahuacán de los Membrillos, Ixtlahuacán del Río, Juanacatlán, San Cristóbal de la Barranca, Tlajomulco de Zúñiga, Tlaquepaque, Tonalá, Villa Corona, Zapopan y Zapotlanejo. Dichos municipios abarcan una población de 4,704,451 (SSA Jalisco, 2007) en total, esto quiere decir que representan el 63.84% de los 7,368,556 habitantes del estado, proyectado por el Estudio de Regionalización Operativa (ERO, 2006) de la Dirección General de Planeación de la Secretaría de Salud Jalisco.

De este total de población en la región en el año 2006, el organismo reporta 2,198,046 personas con seguridad social, es decir, 46.72% se encuentran bajo el sistema de Seguridad Social del Estado, el cual comparándolo con el que se registraba al inicio del sexenio gubernamental anterior, para el año 2001 estaban asegurados 2,058,758 habitantes, es decir, el 50.69% respecto a la población registrada para este mismo año. Lo anterior, habla de una disminución porcentual

³¹ Uno de los criterios para utilizar este tipo de regiones plan, es que permite observar el comportamiento socioeconómico, específicamente de la región centro, y posteriormente, realizar algunos comparativos entre los municipios que integran la ZMG, y así situar el trabajo de investigación en comunidades con características en rezago social.

de los habitantes asegurados en el lapso de seis años, relacionándose directamente con el incremento del número de personas que pueden estar incorporándose en la actualidad al *Seguro Popular de Salud*. Al respecto, se refleja un incremento sustancial del año 2004 al año 2006 de asegurados bajo este sistema, de 69,547 a 311,779 personas, representando un aumento de aproximadamente 448% en dos años.

Un punto relevante, que este trabajo de tesis no ahondará pero que resulta pertinente mencionar, es el que refiere al gasto en salud per cápita en el sexenio de referencia (excluyendo el gasto del IMSS e ISSSTE), el cual en la región centro del estado pasó de \$ 295.96 en el 2001 a \$ 361.35 en el 2006 (pesos corrientes), esto, refleja un aumento del 22% en el período mencionado.

Por otro lado, los seis municipios³² ubicados en la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG), de acuerdo a la información emitida y proyectada por el ERO (2006) con base en el CONAPO (2005) y el XII Censo General de Población y Vivienda (2000), en el año 2001 presentaron una población de 3,890,586 habitantes, en tanto que en 2006, ésta asciende a 4,528,851 personas.

Con base en estas mismas fuentes, la población con seguridad social (IMSS- ISSSTE) reportada para la ZMG, es de 2,021,187 en 2001, mientras que en 2006 aumenta ligeramente a 2,142,522, esto se debe a que el municipio de Guadalajara presentó una disminución de aproximadamente 33% de su población asegurada en estos años, en tanto que El Salto, municipio en el que se ubica la comunidad de estudio, tuvo un aumento del 55.8%, al pasar de 39,022 a 60,795 asegurados. Por su parte, la población que se encuentra en el *Seguro Popular*, se calcula que pasó del año 2004 a 2006 de 1,433 a 6,434 personas, esto quiere decir que en el municipio de El Salto aumentó 449%, presentando un incremento similar al que tuvo la región centro en su conjunto (ver Tabla I).

³² Los municipios considerados dentro de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG) de acuerdo a su número de población en orden descendente son: Zapopan, Guadalajara, Tlaquepaque, Tonalá, Tlajomulco de Zúñiga y El Salto.

Tabla I
Comparativo de la Adscripción al Seguro Popular de Salud de la
Región centro de Jalisco y el municipio de El Salto.

Zona/Año	2004*	2006*	Incremento porcentual
Región Centro	69,547	311,779	448%
El Salto	1,433	6,434	449%

Fuente: elaboración propia, con base en los datos de la SSA (2007).

* Número de personas para los dos años de referencia.

El Salto, es el municipio de la ZMG con menor gasto público en salud (sin incluir el gasto del IMSS e ISSSTE), pues representó para el 2001 la cantidad de \$ 33,088,163 y en el 2006 se alcanzó la cifra de \$ 37,985,093; esto, en términos per cápita es de \$ 351.43 y de \$ 359.61, respectivamente para cada año; comparado con la región centro, en este último año la cantidad fue inferior para dicho municipio.

Por otra parte, con respecto a las causas de mortalidad en mujeres que reporta la SSA de Jalisco (2005) para el estado, con base en los cálculos del CONAPO obtenidos a partir del XII Censo General de Población y Vivienda (2000), la diabetes mellitus se ubica como primera causa detectada en el 15.3% de las defunciones, esto es una tasa de 69.8 por cada 100,000 habitantes mujeres; la segunda causa son las enfermedades isquémicas del corazón con un 10.6%, cuya tasa se ubica en 48.4 por cada 100,000 habitantes mujeres; la enfermedad cerebro vascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, son la tercera y cuarta causa, representando el 6.6% y 6% respectivamente; por su parte, las enfermedades respiratorias agudas bajas representan el 4%, en tanto las enfermedades hipertensivas se reflejan en el 3.2%; la séptima y octava causas situadas con un 2.5%, son el tumor maligno de mama y las afecciones originadas

en el período perinatal; finalmente la nefritis y nefrosis³³, así como la desnutrición proteico calórica se presentan con el 2.4%, situándose en la novena y décima posición; estas diez principales causas en conjunto suman el 55.5%, aunque cabe mencionar que el aspecto de “demás causas” no especificadas, representa el 43.7%.

Estas diez principales causas de mortalidad, permite obtener una perspectiva general para el análisis de casos específicos de estudio que logren detectarse en el sector de estudio de este trabajo de investigación, los cuales pueden encontrarse como portadoras de alguna de estas enfermedades.

Tabla II
Principales causas de mortalidad en mujeres de Jalisco.

<i>Enfermedades causantes</i>	<i>Porcentaje</i>
Diabetes mellitus	15.3
Isquémicas del corazón	10.6
Cerebro vascular	6.6
Pulmonar	6
Respiratorias agudas bajas	4
Hipertensivas	3.2
Tumor maligno de mama	2.5
Afecciones en el periodo perinatal	2.5
Nefritis y nefrosis	2.4
Desnutrición proteico calórica	2.4
Causas No especificadas	43.7

Fuente: elaboración propia, con base en los datos de la SSA (2005).

Resulta destacable mencionar la posición en que se encuentra la prevalencia de la diabetes mellitus a nivel nacional, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) esta enfermedad por diagnósticos médicos tuvo una

³³ La nefritis se define como una enfermedad renal inflamatoria. La nefrosis como el proceso degenerativo del riñón.

presencia del 7%, siendo mayor en las mujeres (7.3%), mientras que en los hombres fue de 6.5%, presentándose mayormente en el grupo etáreo de 60 a 69 años. Además, la hipertensión arterial es otra de las enfermedades que adquiere relevancia, la ENSANUT (2006) detectó su afectación en más del 60% de las mujeres de 60 años y más; cabe hacer mención, que Jalisco se encuentra dentro de la media nacional (30.8%) ya que de las personas de 20 años y más en que prevalece dicha enfermedad, se ubica en el intervalo entre el 30 y 32.4 por ciento, dicho porcentaje es mayor al que registran los estados del sur del país. También, con respecto a la hipercolesterolemia³⁴, la ENSANUT (2006) logró detectar mayor incidencia en las mujeres a nivel nacional, 28.8% para el sexo femenino y 22.7% para el masculino, obteniendo un promedio de 26.5 por ciento; posicionándose Jalisco como uno de los estados con mayor presencia de dicha enfermedad, al presentarse entre el 40 y 51.4 por ciento de su población adulta.

Al igual que a escala estatal, en la región centro del estado la diabetes mellitus ha presentado una tasa ascendente como causa de mortalidad, de ahí que en una década haya pasado de 44.32 (1995) a 62.19 (2005) muertes por cada 100,000 habitantes. De igual forma en el municipio de El Salto, dicha tasa se ha incrementado de 28.34 a 50.69 muertes. La mortalidad por cáncer de mamá también ha ido aumentando en la región, la tasa calculada por cada 100,000 habitantes mujeres ascendió de 9.62 en 1995 a 12.76 en el 2005; asimismo, en El Salto, ha ascendido la tasa en este tipo de defunción, de 8.35 (1995) a 10.00 (2005).

En cuanto a las principales causas de morbilidad, que sin duda, incide en las causas de mortalidad nombradas en el párrafo anterior, se encuentran las infecciones respiratorias agudas altas (59.8%); las enfermedades infecciosas intestinales (13%); la infección de vías urinarias (6.8%); úlcera, gastritis y duodenitis³⁵ (3.7%); otitis³⁶ media aguda (2.1%); intoxicación por picadura de

³⁴ Se refiere a un aumento patológico de la tasa de colesterol en la sangre.

³⁵ Inflamación del primer segmento del intestino que sigue al estómago.

³⁶ Inflamación del oído.

alacrán (1.8%); hipertensión arterial (1.7%); diabetes mellitus (1.2%); asma y estado asmático (1%) y varicela (1%); en general la presencia de estas enfermedades sumaron 2,643,304 casos, según el reporte de la SSA Jalisco (2005).

Por otra parte, de acuerdo con estimaciones realizadas por el Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL), con base en el II Censo de Población y Vivienda (2005) realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el municipio de El Salto tiene una población total de 111,436. Respecto a los niveles de pobreza por ingresos, los porcentajes se distribuyen en: pobreza alimentaria (9.8%), pobreza de capacidades (17.2%) y pobreza de patrimonio (46.4%) respecto a su población municipal.

Por esto, El Salto, al disponer de un número menor de población respecto a los demás municipios integrantes de la ZMG, cerca del 50% del inmediato superior (Tlajomulco de Zúñiga), contar con porcentajes de pobreza alimentaria y de pobreza de capacidades igual y ligeramente inferior que Tonalá, respectivamente; así como ser el tercero más alto con pobreza de patrimonio en la ZMG, se considera un municipio con un nivel de pobreza similar al que presentaba el país en 2005³⁷. Por estas razones, adquiere relevancia situar el presente trabajo de investigación en uno de los sectores urbanos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social, localizados al interior del municipio de El Salto, específicamente en los límites intermunicipales con Tlajomulco y Tlaquepaque.

La proporción de habitantes sin derecho a servicios de salud es de 41.04%, además, el 9.48% de las viviendas particulares habitadas posee piso de tierra; también, un 5.61% no dispone de sanitario, el 10.73% no dispone de agua entubada, el 3.19% no cuenta con drenaje y el 3.92% no tiene energía eléctrica (II Censo INEGI, 2005). Las variables expuestas forman parte de un grupo de trece

³⁷ La pobreza de patrimonio del país en ese año se ubicó en 47% (Coneval, 2006; con base en la ENIGH).

indicadores que constituyen los criterios de rezago social considerados por el CONEVAL. Como indica Schteingart (2003) las zonas pobres de la periferia están en riesgo ante la carencia de servicios básicos como agua, drenaje, energía eléctrica, entre otros, o en su caso son de baja calidad, todos estos son de gran importancia por lo que representan en la mejoría de sus condiciones de vida.

Al ubicar la zona de estudio en la localidad conocida como “las Pintas” del municipio El Salto³⁸, el II Censo de Población y Vivienda (2005), identifica 21,215 habitantes en todo este sector. Al localizar las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) que integran esta localidad, se consideraron sólo seis de éstas que se encuentran en una escala marginal superior, de acuerdo con el INEGI (2000) y en una escala AMAI (Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública) de nivel bajo. Estas seis AGEB pertenecientes a la colonia “Santa Rosa del Valle” concentraban una población de 8,184 personas, dividiéndose en 4,160 hombres y 4,024 mujeres (INEGI, 2000). Es preciso aclarar que en primera instancia se escogieron estas seis AGEB por ser las más cercanas a las colonias del sector estudiado³⁹ en que se trabajó más a profundidad y porque en primera instancia la información que arrojaba el SCINCE del INEGI (2000) no detectaba los datos estadísticos concernientes a “la Huizachera” al interior de la localidad de “las Pintas”.

La población de 12 años y más de estas AGEB es de 5,098 habitantes. Esta se divide en 2,544 personas de sexo masculino y 2,554 de sexo femenino (INEGI, 2000), lo cual ofrece un porcentaje ligeramente superior (50.1%) mayor para las mujeres, contra un 49.9% de hombres. Por su parte, la población derechohabiente a servicios de salud tiene una proporción del 45.92% (INEGI, 2000) con respecto a la población total de las AGEB; de este dato porcentual, 45.6% es

³⁸ Arias (2001) señala que El Salto fue el municipio de la ZMG que presentó un crecimiento intercensal constante de 1970 al 2000.

³⁹ Dentro del sector conocido como “la Huizachera” se localizan las colonias: Esmeralda, Nuevo Paraíso e Insurgentes; no obstante, por la cercanía y el área de influencia que tienen con respecto a la disposición de servicios básicos de salud, no se descartó la oportunidad de analizar algunos casos específicos relevantes para el estudio ubicados en el sector de Santa Rosa del Valle, como ya se dijo, perteneciente a la misma localidad de “las Pintas”.

derechohabiente al IMSS. Un indicador de rezago social presentado por el CONEVAL (ver Tabla IV) es el porcentaje de la población de la localidad “las Pintas” sin derechohabencia a servicios de salud, mismo que se ubica en 50.11%, información similar a la de las AGEB seleccionadas, que se encuentra en el 53.35%.

Finalmente, otro criterio de relevancia es que la localidad de “las Pintas” es la segunda que presenta mayor número de familias “beneficiadas” en el municipio por el *Programa Oportunidades*, es decir, 414 familias se encuentran participando en el programa al primer semestre de 2007, sólo por debajo de la localidad de “San José El Verde” que presentó a la misma fecha 591 familias. No obstante, cabe mencionar que esta última localidad presenta condiciones de urbanización menor a “las Pintas”, la cual se considera aún como zona rural o en proceso de urbanización como puede observarse en la Tabla III, en tanto que “las Pintas” se encuentra en niveles de urbanización mayor, lo cual para los fines de este trabajo de tesis es primordial, pues como se ha dejado en claro desde los objetivos del mismo, interesa analizar la población en situación de pobreza urbana, además de que esta localidad tiene colindancia con colonias de los municipios conurbados a la ZMG, como son Tlaquepaque y de Tlajomulco de Zúñiga.

Tabla III: Población e indicadores de rezago social en dos localidades de El Salto, Jal. (2005)

Localidad	Población	Población sin derechohabencia a servicios de salud (%)	Viviendas particulares habitadas con piso de tierra (%)	Viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario (%)	Viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública (%)	Viviendas particulares habitadas que no disponen de drenaje (%)
Las Pintas	21,215	50.11	11.53	5.04	6.65	3.41
San José “El verde”	12,298	46.92	21.36	10.45	21.32	5.63

Fuente: elaboración propia con base en estimaciones del CONEVAL del II Censo de Población y Vivienda 2005.

Con respecto al sector de “la Huizachera”, que comprende las colonias “Esmeralda”, “Nuevo Paraíso”, “Insurgentes” y la zona de “las ladrilleras”, de acuerdo al INEGI, estas comunidades pertenecen a la localidad de “Santa Cruz del Valle”, ubicando este amplio sector en el municipio de Tlajomulco de Zúñiga; no obstante, por su localización geográfica, su zona de influencia con la localidad de “las Pintas” y con el sector de “Santa Rosa del Valle”, además de disponer de una delegación en “el cuadro” del sector perteneciente al municipio de El Salto, dichas colonias política y administrativamente pertenecen a este municipio.

Al detectar este elemento, se corrobora la desatención urbana que han venido atravesando estas comunidades en su historia, ya que para sus habitantes fue difícil lograr la gestión de servicios públicos, como el agua y la luz en algunos de los predios que se encuentran bajo cesión de derechos, al no tener la certeza e información necesaria de pertenecer al municipio de El Salto, Tlajomulco o incluso a Tlaquepaque.

“... la cesión de derechos es cuando el ejido te da el ejido a firmar el seriado en lugar de escrituras, pa’ cuando entre “CORÉ” (*CORETT*) necesita uno de tener ese documento pa’ que “CORÉ” le escriba a uno, si no tiene uno ese documento no le escritura porque con eso está uno comprobando que entró uno por la vía legal dentro del ejido, eeh, y para eso es eso, mientras que no haiga escrituras es como si tuviera uno escrituras, ese documento...”
(*Entrevista a líder de la colonia Insurgentes*)

Como señala Ramírez Sáiz (1993:67), cuando “se crea la Comisión para la Regularización y la Tenencia de la Tierra (*CORETT*) se acelera la ocupación ilegal de la tierra ejidal de manera individual y su entrada al mercado formal.” Asimismo, el ejido representa una tenencia para que los campesinos se posesionen, quedando prohibida su venta o renta; se constituye mediante una asamblea de ejidatarios, el comisariado es la autoridad elegida, compuesta por presidente, secretario y tesorero, dicho comisariado suele actuar al margen e iniciar la venta ilegal del ejido (Ramírez Sáiz, 1995).

Dicho esto, es necesario recurrir a algunos indicadores emitidos por el INEGI (2000), para conocer cómo se presentaba la situación sociodemográfica y socioeconómica en las colonias arriba mencionadas. Cabe aclarar que los datos estadísticos que se exponen corresponden a dos de las diez AGEB en que se encuentra dividida la localidad de “Santa Cruz del Valle”⁴⁰, mismas que tienen convergencia con las AGEB de la localidad de “las Pintas”, por lo que en el análisis se observarán algunos comparativos entre estas AGEB, y así, establecer la relevancia que adquiere centrar el estudio en comunidades con satisfactores mínimos que las hacen ubicarse en situación de pobreza.

La población total que se registró para el año 2000 en “la Huizachera”, fue de 5,333 habitantes, de los cuales el 51% corresponde al sexo masculino y 49% al femenino; por su parte, la población de 12 años de edad y más, su ubicó en 3,466 donde la proporción por sexo fue de 50.09% hombres y 49.91% mujeres, lo cual habla en términos absolutos de cifras muy similares de este tipo de población para ambos sexos.

Otro aspecto que es necesario distinguir, es que los intervalos de 15 a 49 y de 15 a 64 años de edad se relacionan directamente con las variables de relación niños-mujer y el de relación de dependencia; la primera tiene que ver con el promedio de niños entre los 0 y 4 años por cada 100 mujeres entre la edad referida, el cual en estas AGEB es de aproximadamente 54 niños; en cambio, la segunda relación refiere al número promedio de niños de 0 a 14 años y adultos mayores de 65 años y más, dependientes por cada 100 personas que se ubican en el mencionado intervalo de edad, para estas AGEB es de aproximadamente 81 personas. Estas relaciones de dependencia están por debajo de las que se presentaron en las AGEB de “Santa Rosa del Valle”, no obstante, no dejan de ser significativas en

⁴⁰ Como se comentó líneas atrás, el INEGI ubica al sector de “la Huizachera” como perteneciente al municipio de Tlajomulco, y por ende, perteneciente a la localidad de “Santa Cruz del Valle” y no a “las Pintas”, en El Salto, Jalisco, cuestión que genera incertidumbre en los datos emitidos por este organismo en las AGEB seleccionadas. No obstante, se recurre a estos datos estadísticos para ubicar las características sociodemográficas en el año 2000. En el siguiente capítulo se actualiza la información disponible, con base en el II Censo 2005 del mismo INEGI.

ambos sectores al ubicarse por encima de 50, además de que permite comprender que dentro de las diversas actividades realizadas por las mujeres, parte de ese tiempo tiene que destinarse al cuidado de los hijos y de los adultos mayores.

Un aspecto relevante que permite establecer comparaciones del sector de “la Huizachera” con respecto a “Santa Rosa del Valle”, es el de la proporción de habitantes con y sin derechohabiencia a servicios de salud. En el primer sector se presentó una proporción de población derechohabiente menor (34.82%), en tanto en el segundo sector este tipo de población fue mayor (45.92%); por su parte, la población no derechohabiente fue menor en este último (53.35%) mientras en el primero tuvo mayor proporción (63.81), esto refleja una mayor heterogeneidad presente en cada uno de los sectores que se podrá constatar al analizar más a fondo las condiciones de salud-enfermedad prevalentes en sus habitantes.

Otro aspecto significativo, es el relacionado con el número de cuartos que tienen las viviendas particulares habitadas en cada uno de los sectores. Si se parte de que se registraron 1,681 viviendas particulares habitadas en “Santa Rosa del Valle” y 1,061 de igual tipo en “la Huizachera”, prevaleció para el año 2000 el 15.74% y el 18.47% para cada sector respectivamente, de viviendas particulares habitadas con un solo cuarto o “cuarto redondo” como el organismo lo identifica; en tanto, viviendas particulares habitadas con dos cuartos, uno de ellos como cocina exclusiva, se presentó en el 34.68% y 36.66% respectivamente. Estos indicadores reflejan el nivel de hacinamiento latente en los sectores, pues el promedio de ocupantes por vivienda particular fue de 4.81 personas para “Santa Rosa del Valle” y 5.01 personas para “la Huizachera”, en lo que corresponde al promedio de ocupantes por cuarto fue de 2.49 y 2.36 personas para cada comunidad.

La información anterior queda corroborada cuando se alude a las estadísticas relacionadas con el porcentaje de viviendas particulares habitadas con un solo dormitorio, mismo que para “Santa Rosa del Valle” fue del 48.46% y para “la Huizachera” del 49.67%. Es conveniente señalar que estos datos pueden mostrar el nivel de hacinamiento, pero cuando se acude a las comunidades y se logra obtener el panorama general de las dimensiones de los cuartos en que habita la población, dicho hacinamiento rebasa la caracterización de un simple dato estadístico, pues pensar en que pueden convivir cinco o más miembros en un espacio de veinte metros cuadrados, habla de la falta de privacidad tanto en los adultos como en los hermanos o parientes, integrantes de la unidad doméstica, de distinto o igual sexo.

Asimismo, otra de las consideraciones significativas en ambos sectores, son las viviendas particulares con drenaje conectado a fosa séptica, barranca o grieta, río, lago y mar, para “Santa Rosa del Valle” estaba presente en el 34.86% y en “la Huizachera” en el 36%, este aspecto hace pensar en el estado latente de insalubridad por la presencia de epidemias que puede manifestarse en temporada de lluvias o de calor. Al respecto Schteingart (2003) expone que la protección ambiental para los pobres de la periferia urbana es prácticamente nula por parte del Estado, por lo que regularmente se asocia la relación errónea de “pobres = contaminadores”. Los siguientes relatos dejan al descubierto acontecimientos de inundación y contaminación latente.

“... hace como tres años hubo una inundación... se vino el agua de un jalón y se tuvo que meter y la agua empezando a salir sigue habiendo salida, había quien estaba en su casa durmiendo y ya cuando acordaba ya estaba en la agua... y como esa agua venía revuelta con aguas negras era una agua que, les daba comezón donde se mojaban...” (*Entrevista a presidente de la colonia Insurgentes*)

“... la presa, está muy contaminada y por eso vienen las enfermedades casi, más que nada por alergia al olor y a la contaminación, verdá, por el aire, por tanto tráfico que hay...” (*Entrevista a doctora del Centro de Salud*)

Si se consideran algunos indicadores de rezago social, estableciendo un comparativo entre las dos localidades en que se encuentran las AGEB que interesan analizar para este estudio (ver Tabla IV), puede observarse que en algunos datos la información es muy similar, aunque la carencia de agua potable y de sanitario es mayor en la localidad de “Santa Cruz del Valle”, esto quizá se deba a que en ésta se ubican algunas áreas en las que las ladrilleras aún continúan operando, dichas áreas pueden considerarse como anegadas y de mayor carencia de servicios básicos que otras más cercanas a la “Antigua carretera a Chapala”.

Tabla IV: Población e indicadores de rezago social en dos localidades (Municipios de El Salto y Tlajomulco de Zúñiga, Jal., 2005)

Localidad	Población	Población sin derecho-habiciencia a servicios de salud (%)	Viviendas particulares habitadas con piso de tierra (%)	Viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario (%)	Viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública (%)	Viviendas particulares habitadas que no disponen de drenaje (%)
Las Pintas, El Salto, Jal.	21,215	50.11	11.53	5.04	6.65	3.41
Santa Cruz del Valle, Tlajomulco de Zúñiga, Jal.	21,456	51.90	11.11	6.15	17.48	3.47

Fuente: elaboración propia con base en estimaciones del CONEVAL del II Censo de Población y Vivienda 2005.

Aunado a la información anterior, es preciso tener en cuenta el estadió de morbilidad del sector de ‘la Huizachera’, no obstante, cabe aclarar que la información estadística que se registra en la Tabla V es sólo la emitida por el Centro de Salud ‘la Huizachera’, por el momento no se presentan otros tipos de

enfermedad que hayan sido registradas en otras unidades de salud de la ZMG⁴¹, mismas que pueden servir como referencia para conocer las condiciones de salud-enfermedad que ha presentado dicho sector.

Dicho esto, la prevalencia de enfermedades frecuentes que fueron atendidas en el período agosto 2006 – julio 2007 en el Centro de Salud ‘la Huizachera’ (ver tabla V), en los menores de un año de edad han sido las infecciones respiratorias agudas (IRAs) con una mayor proporción (87%) para ese grupo de edad; en los menores de cinco años de edad han prevalecido de igual forma las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en el 87.19%, pero también se vuelve significativa la presencia de enfermedades diarreicas (EDAs) en el 12.81%; con estos datos, se observa la manifestación latente de este tipo de enfermedades en la población infantil que aún no asiste a la escuela, por lo que el mismo ambiente urbano en el que han crecido pudo y puede estar incidiendo en una mayor prevalencia, pues aunque el grado de urbanización ha avanzado en el sector, todavía se presentan áreas donde se elabora el ladrillo, sectores en los que la insalubridad está presente, pues se combinan las áreas de trabajo, el material y hornos utilizados junto con las viviendas, las fosas sépticas y los animales domésticos, por lo que al insertarse en la comunidad el panorama presente es crítico, porque todavía en la actualidad pueden desencadenarse focos de infección.

Otro punto que destaca, es la presencia de úlceras y gastritis desde el intervalo de edad de 10 a 19 años, aspecto que hace pensar en el tipo de alimentación que tiene la población en su etapa adolescente; por su parte, en la población de 20 a 45 años de edad, la prevalencia de tumores cervicales (NIC I - 12.33%) llama la atención de la condición presente en las mujeres en edad reproductiva; asimismo, las úlceras y gastritis también se manifiestan en el siguiente intervalo etáreo de 46 a 59 años, con una presencia del 19.44%, así como la diabetes mellitus de segundo grado en el 9.72%; en el grupo de la tercera edad se presenta la diabetes

⁴¹ La información puede variar y se pueden detectar casos específicos de enfermedades crónicas-degenerativas que hayan sido registradas en unidades como el IMSS, ISSSTE, hospitales civiles de la Secretaría de Salud, hospitales de la armada de México y del ejército, así como en clínicas y consultorios particulares.

mellitus y la hipertensión arterial, ambas en el 25.64% de la población atendida en el mencionado período; por último, es preciso mencionar que los ultrasonidos intravasculares se han presentado en los intervalos de 20 a 45 años (5.73%) y en el de 60 y más (5.13%), sin especificar las causas de su aplicación.

**Tabla V: Morbilidad General por grupo de edad.
Centro de Salud 'La Huizachera'.**

Edad	Causa de enfermedad	Número de atenciones	Porcentaje
Menores de 1 año	IRAs	154	87%
	EDAs	23	13%
Menores de 5 años	IRAs	320	87.19%
	EDAs	47	12.81%
5 – 9 años	IRAs	200	88.10%
	EDAs	20	8.81%
	Otitis media	7	3.08%
10 – 19 años	IRAs	206	86.19%
	EDAs	21	8.79%
	Úlceras y gastritis	12	5.02%
20 – 45 años	IRAs	166	73.13%
	NIC I	28	12.33%
	EDAs	20	8.81%
	IVUS	13	5.73
46 – 59 años	IRAs	43	59.72%
	Úlceras y gastritis	14	19.44%
	EDAs	8	11.11%
	DM2	7	9.72%
60 y más	IRAs	27	69.23%
	DM2	7	17.95%
	HAS	3	7.69%
	IVUS	2	5.13%

Fuente: elaboración propia, a partir de la información generada por el Centro de Salud "la Huizachera".

Sintetizando lo expuesto en este apartado, conviene destacar la presencia de enfermedades como la diabetes y la hipertensión, por un lado, como causas de mortalidad en nuestro país, y por otro, la prevalencia en aumento en las mujeres, pues en materia de política pública adquiere matices importantes para hacer frente a su presencia en determinados grupos etáreos. No obstante, como se aludió desde un inicio, cabe poner el acento en el tipo de personas en que estas enfermedades se manifiestan, como se procede en esta investigación, es decir, en sus condiciones de vida, la etapa del ciclo vital en que aparece, el curso de vida en el que se imbrican distintas trayectorias, entre ellas la del proceso salud/enfermedad/atención, destacando las distintas adversidades saludambientales del entorno social y doméstico.

Asimismo, cabe resaltar la importancia que tiene tanto la localidad de Las Pintas como el sector “la Huizachera” en su elección para centrar el estudio en su población. Por una parte, Las Pintas presenta niveles de rezago social altos, por lo que de ahí la presencia de un gran número de familias participantes en el programa Oportunidades; por otro lado, la localización de “la Huizachera” al interior del municipio de El Salto, con más del cincuenta por ciento de su población sin derechohabiencia a alguno de los sistemas de salud. Además, como datos importantes, sobresale el nivel de pobreza patrimonial del municipio (46.4%) y la detección de displasias en el útero en la población femenina entre veinte y cuarenta y cinco años de edad, en cifras por encima del 12% de las mujeres que se practican un papanicolaou en el Centro de Salud comunitario. Esto último, representa un factor de incidencia en las mujeres de los casos seleccionados.

Por lo anterior, a partir de esta información estadística obtenida desde distintas fuentes, es que se optó por recurrir a la reconstrucción sociohistórica del sector de estudio, para así tener conocimiento desde las palabras de los habitantes y actores de las instituciones de salud, cómo ha sido el proceso evolutivo de la comunidad en distintos factores que forman parte de la salud integral de la población.

2. *¿Un lugar donde hubo Huizaches?: reconstrucción histórica del sector de estudio.*

El sector “la Huizachera” se localiza en el último tramo de la antigua carretera a Chapala, perteneciente a la localidad de “las Pintas”, del municipio de El Salto, Jalisco. Para arribar, se toma Periférico Sur en el cruce “Juan de la Barrera” hacia la dirección sur, pasando primeramente por la colonia del mismo nombre para posteriormente ubicarse en el sector conocido como “las Pintas de abajo”. Se continúa por la antigua carretera a Chapala y se cruza un pequeño puente por donde atraviesa el canal pluvial que comunica con la presa “las Pintas”, todo lo anterior ubicado en el municipio de Tlaquepaque. Posterior a esto, inicia el sector con la colonia “la Huizachera”, después y en ese orden “la Esmeralda”, “Nuevo Paraíso” e “Insurgentes” (ver mapa del sector en los Anexos), esta última colonia colinda con el sector “Santa Cruz del Valle” perteneciente al municipio Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco. En la parte oriente del sector “la Huizachera”, a un costado del canal que lo separa del sector “Santa Rosa del Valle” se ubican actualmente las ladrilleras, no obstante, desde que se arriba por la antigua carretera a Chapala hacia el lado poniente del sector, frente a las colonias “la Esmeralda” y “Nuevo Paraíso” se observan también algunos campos ladrilleros, además de fraccionamientos de casas-habitación de recién construcción. Puede decirse que a la mitad del sector, sobre la misma antigua carretera a Chapala en la colonia “la Esmeralda” se ubica el Centro de Salud “la Huizachera”, el cual queda cercano (desde una y hasta cuatro cuerdas de distancia) para quienes habitan en dicha colonia en la que también se localiza la parte central del sector (el llamado “cuadro”), donde se ubican la plaza central y única, la delegación, el Centro DIF, el templo “Madre de Dios” y la escuela primaria urbana “Juan Gallo”.

En esta primera fase de investigación de campo, se recurrió a informantes clave que han tenido un posicionamiento y relación con los habitantes del sector de ‘la Huizachera’, y que además, han logrado gestionar bienes materiales con el fin de mejorar las condiciones de vida y salud de la población que vive en cada una de las colonias que lo constituyen. Los actores sociales seleccionados con los que

se concertó una cita para llevar a cabo entrevistas de carácter semiestructurada fueron: el sacerdote de la colonia 'Esmeralda', quien tenía contacto directo con los fieles de la religión católica; uno de los profesores de la escuela primaria ubicada en el cuadro del sector; un ex – líder ejidal; el actual presidente de la colonia 'Insurgentes' quien tiene el cargo de representación ante el municipio de "El Salto"; una empleada administrativa del Ayuntamiento de "El Salto", quien funge como supervisora de agua potable y alcantarillado; una enfermera que ha vivido en la localidad de "las Pintas" desde hace más de veinticinco años y que actualmente es enfermera auxiliar en el Centro de Salud "la Huizachera"; un señor ladrillero, quien tiene treinta años habitando en el sector e igual tiempo dedicándose a esta actividad que representa el sostén económico familiar de un gran número de personas en la actualidad; y finalmente, una señora con más de veinticinco años de habitar tanto en el sector "Santa Rosa del Valle" y actualmente en la colonia "Nuevo Paraíso" del sector "la Huizachera", quien pudo relatar cómo se observaban ambos sectores en sus inicios.

La selección de estos informantes se realizó por medio del contacto que se tuvo durante la primera fase de trabajo de campo, con el equipo de trabajadoras sociales y capacitadoras del Voluntariado "Estamos Contigo" (VEC), el cual otorga despensas mensuales a hogares de estos sectores, además, imparte pláticas de superación personal y de capacitación para distintas actividades realizadas al interior y exterior de la comunidad por parte de las mujeres que asisten. Los centros de reunión los ubican en los templos, tanto de la colonia "Esmeralda" como en "Nuevo Paraíso". Una vez que se tuvo acceso a estos centros, específicamente con algunas de las capacitadoras o "animadoras", como coloquialmente son catalogadas las mujeres que han tenido mayor preparación y participación en el VEC, por medio de la bola de nieve se fueron estableciendo las relaciones y eligiendo a los protagonistas de este capítulo. Con todos los casos, después del primer contacto, se fijó la fecha y la hora para la realización de la entrevista semiestructurada, agradeciéndoles la disposición y el tiempo dedicado a ésta.

Cabe comentar que en los casos del sacerdote, el profesor, la enfermera y el ladrillero, se asistió directamente a sus lugares de trabajo para plantearles la importancia de sostener una plática con ellos. Se pretendió desde un inicio⁴², que todos los casos tuvieran al menos quince años viviendo en el sector o en sus alrededores, que conocieran su evolución y crecimiento, que desempeñaran distintas actividades, ya fuera al interior o exterior de las comunidades, o en su caso, que en el pasado inmediato hubiesen formado parte de organizaciones vecinales en pro del mejoramiento urbano del sector. Esto, permitió conocer las distintas visiones de cómo “la Huizachera” fue transformándose con el paso del tiempo. Más que considerar el arraigo como esencial, porque no todos son nativos de El Salto, en términos heideggerianos Lindón (2006) habla de habitar el territorio en forma ‘*enraizada*’, pues se construye una vivienda en el territorio sin haber raíces o vínculos de origen.

Aunado a los informantes anteriores, se procedió a conversar con la médica titular del Centro de Salud comunitario “la Huizachera”, esto, para conocer mediante el contacto que ha tenido con la población del sector, cómo se han presentado durante el tiempo que ha estado al frente del Centro de Salud las condiciones de vida y salud de la población, el estadio de morbilidad, y con esto, triangular la información de los actores involucrados en la gestión urbana, los actores que otorgan sus servicios en la comunidad (como la médica, la enfermera, el sacerdote y el profesor) y de sus habitantes enraizados.

Algunos de estos informantes atribuyen el nombre del sector, a la presencia de huizaches, otros mencionan que eran mezquites, los que abundaban en todo este amplio sector y sobre los que se tenían que ir haciendo veredas para arribar a los campos ladrilleros o a las pequeñas viviendas de las personas que comenzaron a habitarlo.

⁴² Las entrevistas sostenidas con las ocho personas fueron realizadas de manera conjunta con Nancy Villanueva Pérez para el logro de los objetivos de la tesis doctoral “Trayectorias ocupacionales: la inclusión y exclusión de las mujeres en el mercado de trabajo”, así como para la consecución de los objetivos de la presente investigación.

“... a este sector aquí le pusieron la Huizachera, según me doy yo cuenta, aquí era un potrero de agostadero, o sea aquí era donde traían todos los ejidatarios sus animales, o sea caballos, reses, animales vedá, y era el potrero de los pedreros... cuando yo llegué aquí, ¡noo!, que esperanza que se pudiera uno caminar, caminaba uno a gatas entre los huizaches así, porque no podía uno caminar parado, o sea que las ramas le tallaban a uno y p'os agacharse, ¡y puro huizache o mezquite!, eso era lo que era todo, pero había para trasladarse de la carretera por decir de la carretera al arroyo (*refiriéndose al canal*), había veredas, vereditas así que los animales mismos hacían...”
(*Entrevista a ladrillero*)

Desde hace más de veinticinco años, se ha considerado a la localidad de ‘las Pintas’ como una zona propensa a un sinnúmero de enfermedades, esto debido a que se han vertido aguas negras al arroyo o canal que anteriormente era un ‘ojo de agua’, el cual daba abasto a la población que se encontraba asentada en sus alrededores.

“... antes estaba solo, había ladrilleras, el arroyo era agua limpia que de ahí podíamos sacar para tomar, eran puras parcelas, no’más estaba el panteón de aquel lado de ‘Santa Rosa’, estaba un ojo de agua que también estaba allá por ‘Santa Rosa’ y de ahí sacábamos agua para tomar, había como unas cinco casas nada más, toda esta parte de aquí eran puras ladrilleras (*refiriéndose a la parte cercana a su vivienda actual, a una cuadra de la antigua carretera a Chapala*), con casitas de ladrillo sobrepuesto o casitas de madera, no había nada, pura ladrillera...” (*Entrevista a Señora Concepción*)

Arias (2001) alude al espacio urbano vacío como ese lugar en el que llegaban los inmigrantes y encontraban la oportunidad de establecerse y edificar sus viviendas, no obstante, en el caso de lo que en un principio representaba el amplio sector de “la Huizachera”, éste se constituyó por la atracción que generaba la elaboración de ladrillo, no sólo para grupos familiares nativos de El Salto y Guadalajara, sino de los demás municipios integrantes de la ZMG. En los noventa cuando El Salto se consolida como municipio industrial, logra atraer a personas de otros estados del país, pero sin desplazar a la dinámica ladrillera producida en “la Huizachera”. Como Morfín y Sánchez (1984) señalan, el crecimiento acelerado de la ZMG se debe, además de ser polo de atracción regional, por el movimiento poblacional rural-urbano, característica presente en este sector estudiado.

Las personas entrevistadas establecen una relación directa del estado latente de contaminación generado por las mismas fuentes de trabajo que proliferaban en este sector: las ladrilleras. Sin duda, el mismo material y maquinaria utilizados en este trabajo, aunado al gran número de trabajadores, produjo la explotación y desgaste del suelo al grado de no soportar la emisión de polvo y arena que fácilmente penetraba en la nariz y en las células de la piel.

“... esta área es un área altamente contaminada de tétanos, eso sí día y noche en todo el año ‘¿por qué?’, porque ahorita ya no tanto, pero antes todos los ladrilleros, y como aquí se hace, pues como le diré, es la única fuente de trabajo, ahora casi ya no, pero antes todo el barro que utilizaban para hacer el ladrillo era con excremento de res, de animales, de gallo, de gallina, de pollo, entonces está comprobado que el virus del tétano ahí es donde se reproduce más fácil, entonces por eso se considera un área totalmente contaminada, ponle, ya parece que está también pasando un poco a la historia, porque ya no se usa tanto el excremento para hacer el ladrillo, ‘pero antes sí había que darle guerra’, campaña tras campaña para salir a vacunar, especialmente a ellos (*refiriéndose a los ladrilleros*) que nunca tienen tiempo de venir, que no quieren, que no creen en la vacuna, que creen que nunca se enferman, entonces se trabajó mucho en un principio en campañas, saliendo a campo a aplicarles la vacuna e invitando a las señoras a que traigan a sus niños, pero entonces si se veía que iba mejorando...” (*Entrevista a enfermera del Centro de Salud*)

“... hay muchas enfermedades crónicas, que aquí se da como la faringolaringitis que aquí se da como pan, verdá, es la más frecuente que aquí se da por la falta de drenaje y la contaminación del ‘lago verde’, verdá, que viene todo lo que es la contaminación del agua, antes era un río, había pescado, había de todo, entonces, lo han ido acabando...” (*Entrevista a médica del Centro de Salud*)

Desde esta perspectiva es que se justificó la importancia de abordar históricamente el sector conocido como “la Huizachera” como una primera fase de trabajo de campo, pese a que ya se han urbanizado ciertas áreas de este amplio sector, todavía no se logra que todos sus habitantes dispongan de servicios básicos que les permita tener mejores condiciones de vida y salud en sus hogares, pues estas áreas que se localizan más cercanas al llamado ‘arroyo o canal’ se vuelven más propensas a la generación y transmisión de enfermedades infecciosas que en otros sectores urbanos se consideran erradicadas, como en las cabeceras municipales de las ciudades que integran la ZMG.

“... por la calle donde quiera a todos los que vean con postes de concreto y todo eso, tenemos drenaje y ya hay agua potable, algunos no la tienen dentro de su casa, algunos no les cae pero eso ya no es responsabilidad de las autoridades porque como la agua llega a veces con muy poca presión, con poquito que esté la manguera así de subidita ya no cae agua de traer presión pa'que suba el agua...” (*Entrevista a ex – líder de la colonia Nuevo Paraíso*)

“... se hace un montón de lagunas de charcos que nunca se secan en lo que se pasan las aguas o luego sigue llueve y llueve y nunca se seca, se hacen charquitos y luego se hace una laguna del tamaño de ‘la Huizachera’ que nunca se seca, que luego muchas personas batallan pa’salir de sus casas... por consecuencias se generan las enfermedades de la piel, diarreas, las enfermedades este, gastrointestinales, que se producen de las diarreas, las IRAS, infecciones respiratorias agudas, mucha complicación generalmente en los niños que son los más susceptibles y los ancianitos como siempre...” (*Entrevista a enfermera del Centro de Salud*)

Además, otro aspecto de suma importancia es que por medio de esta socioconstrucción histórica, se comprende el proceso por el que las personas han recurrido a la atención de su salud, es decir, la disposición de servicios medicinales que han tenido al alcance así como la asistencia social a su salud, como en el caso de la salud reproductiva, condición muy particular y delicada de las mujeres sobre todo cuando tienen que realizar distintas actividades tanto en el hogar como fuera de éste.

“... en cada grupito de casas salía una partera, a media noche no iban a ir hasta Periférico a buscar, mejor se iban con una partera, ahí entre ellas, y no se necesitó mucho tiempo para hacer esos cambios, la gente que hemos estado y la gente que ha venido hemos echado ganas, sí responden, sí se esconden, pero nosotros les decimos lo que les vamos a dar, por ejemplo a sus niños, un suerito o cómo atenderlos en caso de emergencia, pero sí responden (*se refiere a que los habitantes sí acudían a revisiones médicas*), a veces no vienen porque la mayoría de las mujeres apoyan a sus maridos haciendo ladrillo, de que tienen que dejar al niño a la escuela, ir por él a la escuela, tienen que hacer la comida, tienen que barrer, planchar, lavar, y también tienen que irle a ayudar al marido...” (*Entrevista a enfermera del Centro de Salud*)

Con respecto a la disposición cercana de servicios de salud, se comenta lo difícil que era anteriormente, pues el traslado hasta la capital del estado les generaba mucho tiempo (y continúa generándoles) cuando se requería de una atención especializada, por lo que ante una urgencia por enfermedad las personas que

podían pagar una clínica o consultorio médico privado tenían que hacerlo, localizándose el más cercano a la entrada de la ‘Antigua carretera a Chapala’, cercana al Periférico. En ese entonces, sólo existía una ruta de transporte con dos camiones urbanos, por lo que el costo en el traslado a las clínicas de salud más cercanas se incrementaba al tener que pagar el servicio de taxi, no obstante, este aspecto continúa persistiendo.

“... pues para la gente pobre el hospital civil (*de Guadalajara*), porque clínicas aquí en ‘las Pintas de abajo’ ya tiene años que sí había, pero no los puede pagar, entonces recurren a los hospitales más económicos, que es ‘el hospital civil’, este, a las Cruz Verdes, es donde les daban el servicio también... ahorita hay Centro de Salud aquí en ‘Huizachera’, que antes no lo había, hay el Centro de Salud donde le pueden facilitar las vacunas a los niños y las consultas a las personas, y este, pues, a parte de que hay más agilidad para llegar a Guadalajara, ya hay clínicas aquí, hay más doctores y pues ya hay más servicios...” (*Entrevista a empleada administrativa del Ayuntamiento de El Salto*)

“... pu’s hubo un tiempo en que había que ir hasta Guadalajara porque aquí no había, no había servicios médicos, hasta un tiempo para acá se puso la clínica que está ahí junto a Periférico... enseguida se puso este otro de aquí “de las veinticuatro horas” arriba para acá cerca del templo y pus ya le batallaba uno menos...” (*Entrevista a ex – líder de la colonia Nuevo Paraíso*)

Al respecto, Morfín y Sánchez (1984) exponen que en la historia urbana de Guadalajara no existe la instancia jurídica adecuada para los intereses de los pobladores, pues esto ha sido por el estilo de urbanizar, donde ha predominado la legislación civil individualizante y una confusa legislación agraria y urbana, lo cual no reconoce el derecho a la salud como derecho social de los ciudadanos. En este sentido, se entiende el porqué las acciones en pro de la salud tiene una historia reciente, a partir de la instalación en el sector del Centro de Salud “la Huizachera”, el cual data desde hace diez años.

No obstante, se han realizado diversas campañas de salud, aspecto que marca un avance en la educación para la salud de la población, pero que al mismo tiempo genera la incertidumbre por conocer hasta qué grado la población adopta y lleva a la práctica estos conocimientos, cuando aún en la actualidad se continúa

presentando carencia y desigualdad en el suministro de saneamientos urbanos; esto alude a aspectos de segregación social, pues su origen se debe a las diferencias en las condiciones materiales de vida de cada clase social, generando entornos urbanos precarios (Ramírez Sáiz, 1993), lo cual hace pensar que este sector presenta una complejidad y heterogeneidad en el proceso salud-enfermedad de sus habitantes.

“... un programa que se llamó ‘paquete de servicios básicos de salud’, ese paquete este, traía unos programas que era en primer lugar ‘saneamiento del ambiente’, ¿en qué consistía el programa?, bueno, a acudir a las comunidades, a ayudarles a la gente a formar grupos ya sea de manzana o de acera, ¿para qué?, para que evitaran los basureros en la calle, que luego en ese lote van y tiran la basura, eso era lo del saneamiento ambiental, hasta llegar a tu casa y deszacatar tu patio, si tu casa era de lámina o de adobe, también cómo evitar que los animales ponzoñosos se metieran, este, si no podían deszacatar todo tu patio cuando menos una parte, que no hicieran del baño afuera en la tierra, que pudieran hacer letrinas, cuánto de distancia tenían que tener un pozo de agua para que no se contaminara el agua, cualquiera de los servicios, desde qué espacio hacer la letrina, a qué profundidad, cada cuándo ponerle una pizca de cal para que no se contaminara mucho el ambiente, porque luego de todas maneras se está saliendo para afuera, eso era hablando del programa de saneamiento; entraba planificación familiar, también la diabetes mellitus, control de embarazadas, control de niños sanos, control de EDAS en menores de cinco años, este, cómo capacitar a las madres con suero oral, todo eso comprendían eran como veinte programas, todo eso se comenzó a llevar del 2000 para acá, pero lo que fue del ‘81 al 2000, todo mundo se durmió, lo bueno del 2000 para acá es que se implementaron estos programas para ponerlos en práctica, con quién, junto con la comunidad, se tenía que trabajar con la comunidad...” (*Entrevista a enfermera del Centro de Salud*)

Sin embargo, en los recorridos realizados, se logra observar acumulación de basura en algunas esquinas, la quema de la misma por la irregularidad del servicio de recolección, además, las sustancias que expiden los hornos elaborados para fabricar el ladrillo y empresas que generan contaminantes al calcinar llantas y plástico en los terrenos cercanos a las ladrilleras (*Diario de campo, agosto 2007*), esto propicia un incremento en la vulnerabilidad de la comunidad (Moser, 1996) ante este ambiente cada vez más contaminado e inseguro, que no permite aspirar y aprender a vivir con un ambiente urbano sano, por lo que genera la duda de la efectividad de estos programas mencionados por la enfermera.

“... pu’s yo la quemaba, y mucha gente tenía su montón de basura, de hecho allá donde están las otras casas (*en la zona de las ladrilleras*) todavía se ve el montón de basura porque todavía no entra el camión para allá...” (*Entrevista a Señora Concepción*)

“... anteriormente la quemábamos, la aventábamos a los pozos, como abundaban los pozos, ahí la podíamos echar, pero ahorita ya hay servicio de basura, anteriormente entraba un señor de ‘Santa Cruz’ que traía su camión propio y a él le dábamos la basura y ya le dábamos alguna propina, ahorita ya hay más servicio de camiones, no un excelente servicio pero nos conformamos con que pase dos veces a la semana, que es lo que pasa vedá, a veces sólo una vez...” (*Entrevista a empleada administrativa del Ayuntamiento de El Salto*)



Canal que separa a los sectores de “la Huizachera” y “Santa Rosa del Valle”

Asimismo, el que un número considerable de población haya arribado a estas colonias que constituyen “la Huizachera” desde distintos pueblos y/o ciudades del estado de Jalisco y de otros estados del país, como algunos de los informantes clave entrevistados que lograron un cargo en la organización pública interna del sector ante el Ayuntamiento de ‘El Salto’, esto, establece una mayor heterogeneidad en la composición socioeconómica de sus habitantes, ya que se acrecienta la complejidad de su población en el modo y estilo de vida que han tenido que adaptar para constituir un ambiente urbano particular, donde la

participación activa ha jugado un papel preponderante en la solución a sus necesidades de servicios básicos y de saneamientos.

“... la gente comenzó a llegar desde 1970, las primeras familias venían de Poncitlán, Tepoztlán, Teocaltiche, del norte de Jalisco, de Zacatecas, de San Luis Potosí, de cerca de Aguascalientes, principalmente de San Luis y de Aguascalientes, los que tenían ranchos, los ricos, venían de Tecalitlán; también, provenían familias de aquí cerca de “Las Pintas”, que se fueron a trabajar el ladrillo... en los setentas los que venían de fuera, ‘venían y se devolvían’ después de trabajar un rato en la ladrillera...” (*Entrevista a Sacerdote*)

“... nosotros este somos originarios de Moyano, Zacatecas eeh, pero los primeros pobladores, aquí había una persona que ya falleció, ellos eran de por acá de cómo se llama, de este lado de Ocotlán de ese otro pueblo que está por ahí... Poncitlán sí de Poncitlán unos, hay otros de, pus hay de distintos lugares de gente que llegó primero aquí...” (*Entrevista a ex – Líder de la colonia Nuevo Paraíso*)

“... (de los que arribaron primero al sector) uno de ellos fui yo, segundo fue este señor Daniel y otro güero que se jue de aquí, que según eso se fue por ay al trece, no’más tres personas había aquí, yo soy de Zapotlán del Rey, Jalisco, el señor ese es de Zacatecas, el otro señor no sé de dónde es él... yo radiqué mucho tiempo en Sonora y ya de ahí me vine aquí y ya no me he movido...” (*Entrevista a presidente de la colonia Insurgentes*)

(con respecto a la energía eléctrica) “...nada más pasaba por la carretera, comprábamos cable y era una batalladera bárbara porque imagínate los metros, yo compraba hasta cien metros de cable para poder irme a colgar, a robármela a la carretera porque eso era lo que hacíamos, pos ni modo que estuviéramos a oscuras, no había postería de luz aquí tampoco, este y ya metieron la postería y ya tenemos la luz, pero toda la gente nos la robábamos, hay gente que de más adentro sacaba sus cables y era una batalladora porque seguido pasaban los camiones grandes y nos trozaban los cables o nos los robaban...” (*Entrevista a empleada administrativa del Ayuntamiento de El Salto*)

“... con lo del drenaje no batallamos, también tenemos con el drenaje yo creo como cinco años, seis o siete, porque también hacíamos fosas, a mí siempre me gustaba tener la fosa para que no hubiera tanta enfermedad con los niños sobre todo...” (*Entrevista a Señora Concepción*)

“... yo me acuerdo que en una reunión que entramos ahí en ‘Tlaquepaque’ entramos a las nueve de la mañana y salimos a las cuatro de la tarde, este, y pues la verdá es perder un día, porque si quieres que te escuchen necesitas insistir, insistir, insistir, si no insistes, llevas el oficio y no checas te le dan largas, y a lo mejor piensan que no le interesa a uno, y tiene uno que seguir insistiendo para que lo escuchen y poder darle un servicio a la comunidad...” (*Entrevista a empleada administrativa del Ayuntamiento de El Salto*)

Esto, da cuenta de todos los actores involucrados en el proceso de urbanización de un sector, como De la Peña y De la Torre (1993) comentan al respecto de lo acontecido en la ZMG en los setentas y ochentas: los funcionarios, los partidos políticos, las inmobiliarias y las instituciones civiles juegan un rol importante en dicho proceso, como sucedió en la conformación de “la Huizachera” en estas décadas y hasta la actualidad.

Asimismo, en el último de los relatos aparece la gestión de servicios ante el municipio de Tlaquepaque, sabiendo en la actualidad que el sector pertenece geográfica y políticamente a El Salto, hace notar el estado de incertidumbre que en un inicio tuvo la población, pues las autoridades municipales de Tlajomulco, de Tlaquepaque y de El Salto no pudieron resolverles la necesidad de servicios públicos básicos, por lo que la gente que estuvo realizando gestiones le fue difícil ser escuchado.

No obstante, el arribo de población en la actualidad, ha hecho que terrenos aledaños donde se han construido fraccionamientos de interés social se habiten cada vez más, por lo que se presenta una mayor segregación residencial (Kaztman, 2007) al interior de la zona metropolitana de Guadalajara, en particular “la Huizachera” pues la población en situación de pobreza que se asienta en este sector no ve incrementado el horario de servicio del Centro de Salud, ni por lo menos otro médico que brinde la atención en el turno vespertino o los fines de semana, acentuando la vulnerabilidad a nivel comunidad (Moser, 1996) en este rubro de salud. Sólo por medio de los denominados “apoyos” a sus “beneficiarios” implementados por las instancias federales Sedesol y Secretaría de Salud, es que se destina una gama de servicios médicos a un grupo poblacional focalizado, pero sin considerarlos como sujetos de derechos, pues como ejemplo, el programa *Oportunidades* ha partido desde una selección de criterios materiales básicos para ser sujeto de “beneficios”.

“... el apoyo principal que tienen los niños es el de las becas de Oportunidades, ya tiene como dos años que están trabajando, es el apoyo económico principal ahorita y que los papás andan tras de la beca de Oportunidades porque van a la segura y les becan uno por uno (*de sus hijos*), entonces el que alcanza a becar a la familia y tiene tres, cuatro en la escuela lo apunta mensualmente y es una rentita que si le conviene porque, más si tiene dos en primaria, otro en secundaria y llega a tener uno en prepa, ya ves que va aumentando (*el recurso otorgado*) según el grado en que esté, entonces ahorita es un apoyo principal para ellos...” (*Entrevista a profesor*)

“... con los programas que se han tenido parece que va mucho mejor, porque con lo del ‘Seguro Popular’ lo que antes era ‘Progresá’ ya te dan un apoyo para familias de escasos recursos o que tenían niños desnutridos o que se les daba una ayuda alimentaria, en cuanto lo que es en especie no en dinero, que se les da a las embarazadas la papilla, esto se dio con lo del ‘Seguro Popular’ y luego ya se vino lo que es ‘Oportunidades’, que también es otro programa de del gobierno que también se está pagando, este programa surgió casi igual a lo que era ‘Progresá’ anteriormente, pero aquí se les obliga a las familias enteras a acudir dos veces al año a chequeo general, aquí no vamos a ver si quiere venir o vamos a ver si necesita la pastilla o no, no, es una obligación por parte del programa, nosotros estamos trabajando con el programa, nos estamos apegando a las disposiciones del programa, el programa es el que dicta las disposiciones ‘que dos veces por año debe venir toda la familia para un chequeo general’, se ha detectado un cantidad de hipertensos, por puños, algunos decían ‘yo no tengo nada, no, yo me siento mal pero...’, personas de la edad adulta ‘no que pus a mí ya me duele todo’, no nada más en la gente de la tercera edad hemos descubierto una cantidad de hipertensos sino también en la gente joven, pero esos programas te ayudan para eso, para detectar dónde están las fallas y para tratar de orientar a la gente de la comunidad para que vitan o al menos detectar a tiempo un problema que ya tienen y no lo sentimos...” (*Entrevista a enfermera del Centro de Salud*)



Señoras participantes de Oportunidades en el Centro de Salud.

Independientemente de que la informante mencione erróneamente el inicio del *Seguro Popular* con el nombre de *Progresá*, lo elemental es que se continúa con la concepción de programas condicionados, no por estar en contra de la educación para la salud de los niños, jóvenes y adultos, sino porque quizá la satisfacción de una amplia red de servicios básicos necesarios para acrecentar la calidad de vida, como la infraestructura básica para la atención de la salud, sea quizá el primer paso esencial para aspirar a mejores condiciones.

“... (hablando de los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*) los dos son muy buenos, porque ayudan mucho a la gente, pero desgraciadamente hay mucha gente que no lo necesita, que hay más gente que lo necesita y no lo tiene, a que hay más gente que no lo necesita y sí lo tiene... (refiriéndose al sector de ‘*la Huizachera*’) aquí primero detectando cuáles son las principales causas de enfermedad, es lo que nos enferma a uno, ya ubicando, eso ver qué se puede hacer, por ejemplo aquí, cuántas veces no han dicho ‘ai vamos a desviar el río este para que no contamine’, y no lo han hecho, entonces qué podemos esperar, más contaminación, más enfermedades, más problemas, entonces aquí nada más es un paliativo, de que no se puede quitar eso, la gente si se puede ir a otro lado sería una solución, pero si no se puede hacer de esa manera entonces digo ‘sálganse de aquí’, aquí hay contaminación aquí no es lugar donde haya aire limpio, donde haya fuentes de trabajo, aquí también es una de las cuestiones, bueno, en lugar de darle el dinero a la gente, por qué no hacen fuentes de trabajo en la misma comunidad, para que no se tengan que trasladar de un lado a otro y que haya tanta contaminación, en un lugar pequeño pueden hacer bastantes fábricas, talleres que no contaminen, esa sería mi propuesta para poder mejorar el estado de salud físico y mental, vedá, lo que es el estrés, el estrés causa ansiedad, causa agresividad en el individuo, causa muchos problemas físicos y psicológicos, entonces el remedio de aliviar eso es que el gobierno vea la forma de que el trabajo esté en las comunidades, que no tengan que salir, que las escuelas sean las suficientes para los niños que viven ahí, planear las comunidades como quien dice, así como centros, de educación, centros de trabajo, pero en la misma área, por ejemplo los de El Salto, que tengan sus propias fábricas, sus propias maneras de subsistir, que no tengan que ir a Guadalajara a trabajar, vedá, esa sería la forma...” (Entrevista a médica del Centro de Salud)

Sin duda, el fragmento anterior hace pensar en términos de inclusión más que de exclusión, puesto que al crearse fuentes de empleo al interior de la comunidad se piensa en una serie de factores que favorecen un estadio de salud, además de que la relación salud-trabajo se vuelve armónica. De igual manera, es un avance que la médica titular del Centro de Salud, el cual depende de la Secretaría de Salud, reconozca estos factores que inciden en el bienestar social y en las

condiciones de salud personal y comunitaria, y no sólo se atribuya al malestar físico, aunque también debe reconocerse que implica la sensibilización de los distintos actores sociales participantes para suministrar una mejor infraestructura en salud y atención cordial a los pacientes, pues en todo el sector de “la Huizachera” se tiene un solo Centro de Salud que no logra cubrir el servicio a los más de ocho mil habitantes residentes en él (II Censo, INEGI, 2005), sobre todo a las más de cien familias que se encuentran en el programa *Oportunidades*.

“... pues está el Centro de Salud, pero no da abasto, porque no más dan quince fichas (*diarias*) y pus igual la gente tiene que ir hasta el hospital, y pues también hay del similar que cobran más barato y también hay un doctor (*particular*) en la colonia ‘la Huizachera’ que también cobra barato, la gente que no alcanza en el Centro de Salud se va al particular y pu’s nosotros casi desde que mi esposo comenzó a trabajar tenemos seguro... ahorita ya mis hijos tienen el beneficio del ‘Seguro Popular’, también los tienen aquí en el Centro de Salud, pero cuando ya ocupan otra especialista los envían al hospital y ya no les cobran...” (*Entrevista a Señora Concepción*)

No obstante, debe tomarse en cuenta que la gama de servicios de salud se ha ampliado, pues existen otros servicios médicos particulares así como médicos que consultan en farmacias de las denominadas ‘similares’, ubicados en “las Pintas” y algunos en las colonias “Nuevo Paraíso” y “Esmeralda”; asimismo, el Centro Hospitalario “las Majadas”, situado en “Santa Rosa del Valle” y el Centro de Salud de “Santa Cruz del Valle”, éstos últimos como parte de la zona de influencia que comprende al sector de “la Huizachera”.

Ante el marco del escenario presentado, en el que se refleja la incertidumbre, la exclusión urbana, la carencia en el suministro de servicios básicos de saneamientos, programas piloto que no alcanzan a cubrir la necesidad de un medio ambiente propicio para habitar con condiciones de vida saludables, así como personajes de vida social, política y religiosa que han formado parte de la historia del sector “la Huizachera”, es que se considera importante aterrizar el estudio para el logro de los objetivos planteados.

Por esto, después de esta presentación del sector de estudio, es preciso profundizar en los casos específicos de análisis, que permiten dar cuenta de cómo se vive y se hace frente al proceso de salud/enfermedad/atención, ante la situación de pobreza urbana en que se vive en este último sector. El siguiente capítulo, muestra cómo se ha vivenciado cada una de las trayectorias de dicho proceso por parte de las mujeres pertenecientes a los programas sociales mencionados.

CAPÍTULO III
HABLAN LAS MUJERES: TRAYECTORIAS DEL PROCESO
SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN



CAPÍTULO III

HABLAN LAS MUJERES: TRAYECTORIAS DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN

Introducción.

En este capítulo, se exponen algunos de los hallazgos detectados en la segunda fase de trabajo de campo, los cuales dan cuenta de las condiciones de precariedad en que han habitado las mujeres participantes en los programas sociales *Oportunidades* y *Seguro Popular*, durante su curso de vida,⁴³ constituido por las distintas trayectorias que han incidido en su proceso salud/enfermedad/atención (de aquí en adelante se leerá: SEA). Cabe destacar que se trata de personas del municipio de El Salto, Jalisco, al interior de la zona metropolitana de Guadalajara, que por el hecho de vivir en la periferia han tenido que recurrir a distintas prácticas curativas, aún teniendo los “beneficios y apoyos” producto de su participación constante en los mencionados programas, como son el suministro de medicamentos alópatas y la atención de su salud por medio de citas programadas semestralmente, así como las pláticas para la educación en salud impartidas en el Centro de Salud del sector “la Huizachera”.

Por medio de entrevistas a profundidad llevadas a cabo en distintas sesiones, cada una de las mujeres entrevistadas⁴⁴ narra⁴⁵ la trayectoria de su proceso SEA particular, acorde a la condición de enfermedad presente en su curso de vida. Por esto, a la par que se presenta cada uno de los casos se muestran algunos aspectos de su detección, cuidados y tratamientos seguidos, producto de dicho proceso que han vivido las participantes de los programas sociales mencionados.

⁴³ La perspectiva del *curso de vida* (Tuirán, 2001), provee un esquema flexible para comprender la interacción social. Esta perspectiva considera a cada persona constituida por trayectorias múltiples, para este estudio se refiere a la forma en cómo la mujer reconstruye su proceso de salud/enfermedad/atención en los distintos contextos en que ha vivido durante su niñez, adolescencia-juventud y adultez.

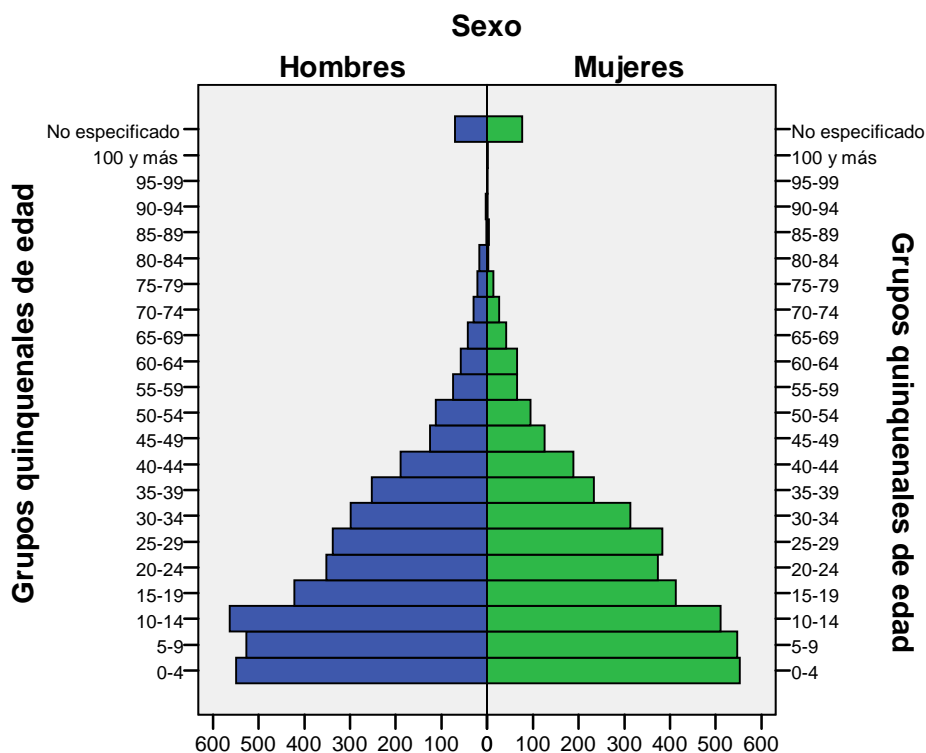
⁴⁴ Para tener una panorama general de los casos de estudio, ver el Cuadro 3 al final del Capítulo IV con la información de las entrevistadas. De este, pueden destacarse algunos datos de los doce casos, como la edad promedio igual a 49.75 años, la escolaridad promedio equivalente a 2º año de primaria, un total de 70 hijos vivos en la actualidad, lo cual equivale a 5.8 hijos en promedio.

⁴⁵ En cada uno de los fragmentos de los relatos que aparecen en el documento se respeta el lenguaje utilizado por la entrevistada, por lo que es frecuente encontrar palabras de uso coloquial.

1. Presentación de los casos: condiciones de vida y aspectos de la SEA.

Antes de iniciar con la presentación de cada uno de los casos, es preciso señalar que la mayoría de las mujeres entrevistadas habitan en el sector conocido como “la Huizachera”, el cual comprende las colonias “Esmeralda”, “Nuevo Paraíso”, “Insurgentes” y la zona de “las ladrilleras”. La población del sector es de 8,080 habitantes, la población masculina es del 50.1% y la femenina del 49.9%, la cual se desglosa por medio de los grupos quinquenales de edad en la pirámide poblacional construida por medio del programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) con base en los resultados emitidos por el INEGI (2005). Como se aprecia la parte gruesa de la población se ubica en el intervalo de 0 a 19 años de edad, alrededor del 50.5%. Aproximadamente 2,099 mujeres tienen dieciocho años de edad o más, el cual representa el universo sobre el que se detecta a las mujeres participantes portadoras de enfermedades crónicas.

Gráfica I
Pirámide poblacional del sector “la Huizachera” al año 2005



Fuente: elaboración propia con base en la información del II Censo INEGI (2005).

Aproximadamente 4,508 habitantes se encuentran sin derechohabiencia a alguna institución de salud (55.8%) y alrededor de 381 (4.7%) disponen del *Seguro Popular* de atención, de acuerdo a cifras obtenidas del Censo de INEGI 2005 (ver tabla VI). Asimismo, tres de los casos seleccionados, habitan en el sector aledaño conocido como “Santa Rosa del Valle”, en el que su población total asciende a 8,184 habitantes, teniendo una proporción de 53.35% de población no derechohabiente a alguna institución de salud, de acuerdo a cifras del INEGI (2000).

Cabe mencionar que ambos sectores pertenecen a la localidad de “las Pintas”, una de las dos localidades del municipio de El Salto con mayor número de familias (414) registradas en el programa *Oportunidades* al primer semestre de 2007, además, la población perteneciente a este programa atiende sus citas médicas y pláticas de salud en el Centro de Salud “la Huizachera”⁴⁶. A lo anterior, es preciso añadir el arraigo que ha tenido la actividad de la elaboración del ladrillo, la cual ha desgastado el uso del suelo, *actualmente es desempeñada por alrededor de mil personas, entre niños, mujeres y hombres de distintas edades (Entrevista a ladrillero)*. Asimismo, la insalubridad que se genera en temporada de lluvias por el desbordamiento del canal de “aguas negras” que divide a dichos sectores, o por infiltrarse por los pozos que aún persisten en algunos de los predios donde el agua entubada no existe. Esto hace que se inunden sus calles y caminos principales, convirtiéndose en un estado de vulnerabilidad y exclusión urbana al repercutir en la salud/enfermedad de sus moradores. Signorelli (1999:37) agrupa estas disfuncionalidades de la ciudad, como factores que originan “el temido fenómeno social metropolitano”.

⁴⁶ El Centro de Salud “la Huizachera” tiene como área de influencia de atención a los dos sectores urbanos mencionados: “la Huizachera y Santa Rosa del Valle”. La Secretaría de Salud considera un médico por cada tres mil habitantes (*información de la médica titular de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece dicho Centro*), situación que se ve rebasada, pues en dicho Centro de Salud atienden mediante citas numeradas la médica titular y un pasante de medicina. Esto quiere decir, aproximadamente 16,264 habitantes para dos médicos. Además, en ocasiones sólo se programan doce citas por día, en el horario de nueve de la mañana a dos o tres de la tarde (*Diario de campo, semestre enero-junio 2008*).

Tabla VI
Derechohabiencia a Servicios de Salud de la población de “la Huizachera”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
IMSS	3004	37.2	37.2
ISSSTE	5	.1	37.2
Seguro Popular	381	4.7	42.0
Institución Privada	11	.1	42.1
Sin Derechohabiencia	4508	55.8	97.9
No especificado	171	2.1	100.0
Total	8080	100.0	

Fuente: elaboración propia, de acuerdo con las cifras del II Censo INEGI (2005)

El primer caso es el de Candelaria, quien tiene treinta años de edad y veintisiete viviendo en el sector de “la Huizachera”. Nació en Guadalajara, Jalisco; estudió hasta tercero de primaria, su vivienda actual se ubica en la zona de “las ladrilleras” al igual que la de sus padres, quienes se han dedicado por mucho tiempo a la fabricación de ladrillo, por lo que ella también desde la adolescencia se ha incorporado a su realización, pero sólo lo fabrica en distintas temporadas del año, pues lo ha combinado con otras actividades que le generen ingresos.

Su hogar se encuentra en el ciclo de vida de expansión⁴⁷, pues sus cuatro hijos cuentan con la edad de trece, once, siete años de edad y el más pequeño de escasos ocho meses, éste último, fue producto de su segunda unión. Ha tenido que estar al frente de su hogar en ciertas etapas de su vida, pues se separó de su primer pareja debido al maltrato físico que sufrían de su parte tanto ella como sus hijos, por ello, se dedicó a la preparación y venta de cenas, como pozole, tacos dorados y frituras. Destaca la realización de esta actividad cuando es temporada de lluvias y no se puede fabricar constantemente el ladrillo. Además, desde el mes de abril (del año 2008), ha complementado su ingreso con la venta de zapatos colchas y edredones por catálogo. Tiene cuatro años recibiendo los apoyos del programa *Oportunidades* y tres años con el *Seguro Popular*.

⁴⁷ Como se señaló en la parte teórica, se retoman las fases del ciclo vital: expansión, consolidación y dispersión, de acuerdo a las características de los hogares (González de la Rocha, 1994; CEPAL, 2004).

El caso de Candelaria es importante, desde el punto de vista del contacto que ha tenido con las instituciones de salud pública de la Secretaría de Salud y con parteras en sus embarazos, específicamente después de su segundo parto cuando presentó sangrados continuos. Su experiencia destaca la precariedad social vivida en materia de servicios de salud especializados en maternidad, pues cuando se vive en comunidades carentes a la proximidad de dichos servicios, se opta por recurrir a parteras para atender la emergencia de parto o como lo definen coloquialmente *‘para acomodar al niño’*.

Como señala Robles (2007:71) “no es tan ventajoso vivir en la ciudad cuando se es pobre”, pese a la diversidad de servicios medicinales disponibles, los pobres deciden qué tipo de medios utilizar para volver a un estadio de salud. Esto, permite ubicar esta investigación en un marco de pobreza urbana, ya que pese a la denominación de universalidad en cuanto a servicios de salud refiere, existen restricciones en el uso y acceso, como se verá detalladamente cuando se analicen las trayectorias de SEA.

El segundo caso es el de Isadora, ella tiene ocho años viviendo en el lugar actual de residencia ubicado en la colonia “Nuevo Paraíso”. Su hogar se encuentra en la fase de expansión. A sus veintitrés años de edad tiene una hija de cuatro años y vive en unión libre con su pareja. Nació en Apatzingán, Michoacán; desde la edad de doce años llegó a vivir a la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG) junto con su papá y algunos de sus hermanos. Estudió hasta sexto de primaria, por su epilepsia actualmente sólo se dedica a las labores del hogar, aunque antes de unirse con su pareja desempeñó algún tipo de trabajo remunerado, como empleada en la fábrica de muebles cercana a su domicilio anterior en el sector de “Santa Cruz del Valle”, ubicado en Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco. El único parto que ha tenido fue atendida en la clínica de maternidad “López Mateos” de la Secretaría de Salud, además, dispone desde hace dos años y medio del *Seguro Popular*.

La situación vivida por Isadora es de relevancia porque a la edad de doce años presentó epilepsia, es decir, tiene casi la mitad de su vida manifestándose por medio de constantes convulsiones, mismas que no han sido atendidas con regularidad, sólo ha continuado el tratamiento medicalizado desde su detección. En su curso de vida han sido distintos los escenarios en que se han presentado las convulsiones, situaciones que deja en claro cuando las relata, mostrando durante las distintas conversaciones el esfuerzo realizado para recordar y verbalizar los acontecimientos de crisis por su enfermedad.

El tercer caso es el de Guillermina, quien es originaria de Comanja de Corona, municipio de Lagos de Moreno, Jalisco. Tiene cuarenta y un años de edad y veinticinco años viviendo en el sector de “la Huizachera”, específicamente en la zona de “las ladrilleras” y desde los quince años se dedica a elaborar ladrillo. Es viuda, estudió sólo primero de primaria, tuvo nueve hijos de los cuales tres de ellos fallecieron durante los períodos de gestación, seis los nacidos vivos y cinco los que viven actualmente con ella. Cinco de sus partos de los hijos nacidos vivos fueron atendidos en clínicas del Hospital Civil pertenecientes a la Secretaría de Salud y uno de ellos le fue practicado con una partera. Desde hace tres años ha padecido de un tumor en el vientre, al parecer ‘benigno’, pero le ha originado fuertes dolores de cabeza, mareos, artritis y fatiga. Ha estado recibiendo los apoyos del programa *Oportunidades* desde hace más de tres años y tiene el *Seguro Popular* desde hace poco más de dos años.

El caso de Guillermina es interesante abordarlo debido a que su hogar se encuentra en dispersión, aún tiene un hijo y una hija que estudian la educación primaria y secundaria, respectivamente, en tanto los hijos de edad más avanzada realizan alguna actividad remunerada, como la elaboración del ladrillo o trabajar en una tienda dedicada a la venta de artículos para fiestas infantiles, como lo hace su hija mayor. Aunado a lo anterior, es importante porque a partir de su viudez comienzan a manifestarse los padecimientos y enfermedades, lo que ha requerido la necesidad de un equilibrio entre su vida como madre y sus actividades al

exterior del hogar, pues se suscitan una serie de problemáticas entre ella y sus hijos cuando tiene que dejarlos solos por salir a alguna cita médica. Se puede percibir a través de sus relatos, cómo en su situación de salud reproductiva y de estudios clínicos por su condición del tumor, han interactuado la atención familiar, comunitaria e institucional, y cómo en cada una de éstas ha vivido experiencias difíciles y contrastantes.

Por otra parte, el cuarto caso es Esther, quien nació en Zamora, Michoacán, pero desde pequeña vivió en Jacona, Michoacán. Tiene cincuenta y dos años de edad, vive con su tercera pareja en unión libre, con quien ya no procreó ningún hijo, pues se unieron en edad avanzada y cada uno ya había tenido sus hijos con sus parejas anteriores. Esther comenta que tuvo nueve hijos, siete de ellos nacieron vivos y dos fallecieron, uno en el período del embarazo y el otro en el parto; tres de sus partos los atendió en el Hospital y cinco con partera. Su hogar se encuentra en la fase de ciclo vital de dispersión, formando un núcleo conyugal simple (Tuirán, 2001), pues a pesar de que tiene la presencia de dos de sus hijos al interior de su predio, cada uno ha constituido su hogar y vivienda independiente.

Tiene dos años adscrita al *Seguro Popular* de Salud, desde hace más de veintitrés años presenta '*dolores frecuentes en el corazón*', lo que denomina como '*soplo en el corazón*' (*Entrevista con Esther*). Por prescripción médica no puede ser operada, además, en estudios clínicos recientes le diagnosticaron ser portadora de diabetes e hipertensión, lo que le ha propiciado sordera y pérdida gradual de la vista, así como artritis. De la afectación de sus oídos tampoco ha podido ser intervenida, debido a que la parte médica le ha indicado no hacerlo porque puede tener repercusiones severas por el estado en que presenta la hipertensión y la diabetes.

El caso de Esther es de relevancia por el hecho de portar una enfermedad cardíaca desde hace más de veinte años y que a la postre ha ocasionado distintos padecimientos, mismos que han degenerado el estadio de su salud, además, sus

enfermedades la han limitado en la búsqueda de empleo o en la realización de alguna actividad al exterior del hogar. Este ha sido un factor latente en la vida de Esther, pues sus limitaciones por enfermedad han propiciado una condición de vulnerabilidad económica, al no disponer del suficiente recurso monetario para el sostenimiento del hogar, pues su esposo no desempeña ninguna actividad por la presencia de su diabetes en un estadio avanzado y porque a sus sesenta y dos años es difícil ser empleado; como señalan Aldrete y Enríquez (2006) el sistema de protección y seguridad social en nuestro país, descobija a un gran número de adultos mayores que viven en situación de pobreza.

El quinto caso es Inocencia, su hogar está en la etapa de dispersión. Tiene cuarenta y un años de edad, originaria de Guadalajara, Jalisco, pero desde recién nacida vivió en Calderón, municipio de Tepatitlán, Jalisco, pues sus padres tenían su casa en ese lugar, donde habitaban también algunos tíos y primos. Su esposo la abandonó desde hace cinco años; fue atendida de sus tres hijos en el Hospital Civil de Guadalajara, el mayor de los dos varones ya no vive con ellos, pues se encuentra en unión libre con su pareja.

Ante estos acontecimientos, Inocencia sólo tiene la presencia en el hogar de su hijo menor y de su hija mayor; el primero, de diecisiete años trabaja como ayudante de albañil, y la segunda, Lucía, de veintitrés años le ayuda en sus actividades. Su hija presentó una caída al interior del hogar a la edad de diecisiete años, ocasionándole problemas craneoencefálicos, dicho acontecimiento le produjo convulsiones así como problemas severos en sus sentidos de la vista, oído y habla, por lo que no recuerda con exactitud algunas de las vivencias de su pasado. Además de sus tres hijos, es preciso hacer mención que Inocencia presentó un caso de *'mala cama'* (*Entrevista con Inocencia*) o aborto después de que nació Lucía.

Inocencia tiene más de veinte años habitando en la colonia "la Esmeralda" del sector de "la Huizachera"; estudió sólo hasta segundo de primaria, actualmente

labora como trabajadora a domicilio maquilando grapas. Tiene un año y dos meses con el *Seguro Popular*, el cual comenta que le ha ayudado a continuar con el tratamiento de su hija.

El caso de Inocencia y en específico de Lucía es relevante desde la perspectiva del rol de cuidadora que ha adoptado Inocencia desde que su hija presentó el evento de enfermedad en su cerebro, más aún, cuando es abandonada por su esposo y uno de sus hijos decide irse de la casa, pues ambos proveían el recurso monetario para el tratamiento de la enfermedad de Lucía en una clínica particular. A partir del abandono de hogar de su esposo e hijo, Inocencia tiene que desempeñar diversas actividades, como vender cenas, y al mismo tiempo estar al cuidado de su hija, aunado a esto, también su hijo menor adquiere el papel de proveedor de recursos al hogar, por lo que decide trabajar como ayudante de albañil.

El sexto caso es el de Pilar, quien tiene sesenta y siete años. Su hogar está en la fase de dispersión desde hace más de veinte años. Nació en Guadalajara, Jalisco, pero comenta que durante su infancia regularmente visitaba a sus tíos y abuelos en “San Miguel El Alto”, Jalisco, por lo que a través de este contacto le nació el gusto de curar *‘con sus manos’*, es decir, se ha dedicado a la denominada *‘medicina tradicional’* preparada a base tés y tónicos desde la adolescencia, además, observando a su padre fue como aprendió a sobar y dar masajes. No tiene estudios, porque desde pequeña se hizo cargo de la búsqueda de sustento económico para su mamá y hermanos. Con su primer pareja procreó catorce hijos, siete hombres y siete mujeres, atendida siempre con partera; tuvo un aborto a la edad de cuarenta y seis años. Desde hace diecisiete años vive en unión libre con su segunda pareja y también habita con ellos una de sus nietas. Tienen más de quince años en la colonia “Santa Rosa del Valle” aledaña al sector de “la Huizachera”.

Su caso destaca porque ha enfrentado el cáncer cervicouterino *'guardando sus dietas'* y a base de *'medicina naturista'* (Entrevista con Pilar), dejando a un lado el tratamiento alópata. Recurrió a sus tías de "San Miguel El Alto" y con los preparados y tés que ella conoce ha aminorado su problema de enfermedad, además, es sobresaliente su fe en Dios y en el Papa Juan Pablo II, en quienes pone su cuerpo a disposición para que *'ellos decidan hasta cuándo continuará con vida'* (Entrevista con Pilar). Tiene tres años perteneciendo a *Oportunidades* y adscrita al *Seguro Popular*, con este último ha tenido dificultades, por lo que lo ha descartado para la continuidad de su tratamiento contra el cáncer.

El séptimo caso es Jimena, quien tiene sesenta y un años de edad y veintiocho viviendo en la colonia "Insurgentes". No tiene estudios, puesto que estuvo al cuidado de sus hermanas menores durante su infancia y adolescencia, además de que sus padres no disponían del recurso económico para enviarla a estudiar. Está separada de su segunda pareja desde hace doce años. Su hijo menor y una de sus hijas viven con ella en compañía de su nieto. Su hijo es ayudante de albañil y su hija trabaja en casas. Nació en un pueblo perteneciente a Arandas, Jalisco. Vivió en Guadalajara a la edad de once años, cuando su papá consiguió trabajo como obrero. Con su primer pareja tuvo tres hijas, con quienes vivió en la ciudad de México debido a que él trabajaba en dicha ciudad. Es aproximadamente a los veinticuatro años de edad cuando se une a su segunda pareja, con quien tuvo siete hijos, sólo del menor se atendió en la clínica del Hospital de la Secretaría de Salud, los demás fue atendida con partera, además de éstos, cinco hijos fallecieron a distinta edad posterior al nacimiento. Su pareja era ladrillero y en ocasiones ella le ayudaba en la elaboración, no importando si se encontraba en situación de embarazo.

Actualmente, se dedica los fines de semana a la elaboración de comidas y cenas, para poder así obtener ingresos que complementen el recurso monetario que le proveen sus hijos. Considera esta ocupación como su actividad principal para estar en movimiento y no estar completamente inmovilizada y pasiva.

Su caso es destacable porque desde hace más de diez años ha manifestado diabetes e hipertensión, como consecuencia le ha generado problemas en los huesos de sus piernas, específicamente en las rodillas. Además, estuvo propensa a parálisis facial y en los brazos, lo que también le ha dificultado el movimiento de sus extremidades superiores. Su hogar se encuentra en la fase de dispersión. Es uno de los casos que no percibe apoyos del programa de *Oportunidades*, pues aunque recibió la visita del personal del programa para aplicarle el estudio socioeconómico, comenta que optó por no ser valorada ya que por su condición de enfermedad no puede asistir a las pláticas de salud, de ahí lo relevante del caso al tomar esta decisión; además, solicitó el *Seguro Popular* pero prefirió no hacer uso de este por el hecho de que no le cubría la operación de sus rodillas. Su tratamiento lo ha continuado con el medicamento que le provee el Centro de Salud “la Huizachera”.

El octavo caso es el de Micaela, quien nació en Mazcuata, municipio de Ixtlahuacán del Río, Jalisco. Su edad es de cincuenta y un años, tiene treinta y tres años viviendo en el sector de “la Huizachera”. Fue abandonada por su esposo desde hace aproximadamente doce años, cuando estaba embarazada de su hijo menor. Estudió hasta quinto de primaria, pues de niña combinaba la asistencia a la escuela con actividades ocupacionales que le retribuyeran algún ingreso para apoyar a su mamá, ya que su padre era alcohólico y no proveía para el gasto del hogar. Por su estado de enfermedad, sólo se dedica a las labores del hogar, en su caso, sólo supervisando las tareas domésticas realizadas por su hija de quince años. Tuvo quince hijos, de los cuales tres fallecieron a corta edad y dos fueron casos de aborto, tres se atendió en hospital y diez con partera. Algunos de sus hijos varones mayores, dedicados a la elaboración de ladrillo y como ayudantes de albañil, así como una hija que radica en México, D.F., son quienes le aportan recursos monetarios para los gastos del hogar. En tanto, su hija e hijo menores abandonaron la escuela por causa de la escasez de recursos monetarios para asistir.

Su caso es relevante porque desde hace más de doce años presentó tumores en su rodilla derecha, en la que fue intervenida mediante una operación. Desafortunadamente al no guardar el debido reposo y continuar con la realización de actividades, como la elaboración de ladrillo en aquél entonces, su rodilla no pudo sanar, lo que propició una caída y tener nuevamente que ser diagnosticada por un médico, quien le manifestó que la solución a su rodilla es la implantación de una prótesis con valor de cuarenta mil pesos. Su hogar se encuentra en consolidación. Tiene cuatro años en el programa *Oportunidades* y uno con el *Seguro Popular*, mismo que no cubre la prótesis que requiere para poder caminar y dejar las muletas que utiliza en la actualidad. La opción alternativa para conseguir la prótesis es la búsqueda de recursos monetarios en distintas instancias, como el DIF de El Salto, Jalisco, el DIF del Gobierno del Estado o que el mismo Hospital de la Secretaría de Salud, *‘por medio de los proveedores de prótesis se pueda obtener un menor costo’* (Entrevista con Micaela).

El noveno caso es el de Julieta. Ella nació en un pueblo llamado “el Cutillo Ixtayutlán” del estado de Oaxaca. Tiene quince años viviendo en la colonia “Santa Rosa del Valle”, como se comentó anteriormente, sector vecino de “la Huizachera”. Su edad es de treinta y seis años. Está casada, junto con su esposo procrearon tres hijos, dos niñas y un niño, atendiéndose siempre en la clínica de la Secretaría de Salud. Aunque cabe comentar que cuando todavía vivía en su pueblo de origen, tuvo otra hija, producto de una violación, de la cual se abstuvo de platicar.

Julieta estudió hasta quinto de primaria, al igual que Micaela combinó sus estudios con actividades remuneradas, saliéndose de su pueblo alrededor de los trece años de edad. Es voluntaria en un comedor de la colonia, el cual brinda atención a niños y personas de la tercera edad. En éste se desempeña como cocinera, por lo que las personas de esta asociación civil la apoyan con la comida diaria para ella y sus hijos. Su esposo es obrero eventual, por lo que constantemente cambia su lugar de trabajo cuando logra incorporarse como soldador o albañil.

Su caso es relevante porque presentó hace aproximadamente diez años, después de su último embarazo, inicios de cáncer cervicouterino, mismo que optó para su sanación la utilización de medicamentos homeópatas, dejando a un lado la alópata. Hasta la actualidad, considera que la homeopatía le ha conducido a un estadio de salud favorable, por lo que a sus hijos también los han atendido bajo esta medicina. Su hogar se encuentra en expansión. Tiene tres años y medio perteneciendo al programa *Oportunidades*.

El décimo caso es el de Sonia. Ella es originaria de “la Mata”, municipio de Atotonilco el Alto, Jalisco. Tiene setenta y cinco años de edad, se encuentra casada sólo por la religión católica. Son veinte años los que tiene viviendo en la colonia “Santa Rosa del Valle”, junto con su esposo, una nieta y dos bisnietos. Su esposo se dedicó durante varios años como vigilante de la casa cercana a su domicilio. En tanto su nieta, es empleada en una tienda de ropa en Guadalajara.

No tuvo estudios escolarizados, pero comenta que sí pudo aprender a leer y escribir con una señora que les impartía clases en su comunidad de origen. Tuvo seis hijos, sólo de uno atendió su parto en el Hospital Civil de la SSA y de los cinco restantes la atención recibida fue de partera, una hija falleció a los treinta y dos años de edad por problemas de alcoholismo. Además, comenta que presentó un caso de aborto.

Su caso es interesante por la situación de lepra presentada hace aproximadamente once años, situación que superó después de tres años de haber estado en tratamiento. Distintas instancias médicas, desde consultorios particulares hasta los Hospitales de la Secretaría de Salud, fueron a los que recurrió para conocer qué tipo de enfermedad portaba, pues primeramente lo confundían con cáncer en la piel. Su hogar se encuentra en dispersión. No dispone del programa *Oportunidades*, pues comenta que aunque le aplicaron el estudio socioeconómico de valoración por parte del programa, nunca recibió una respuesta positiva. Recientemente solicitó el *Seguro Popular*, del que esperaba

respuesta para diciembre (de 2008). Actualmente, asiste a citas médicas en el Centro de Salud “la Huizachera” programadas mensualmente, de quien recibe medicamentos para atender su presión arterial y dolores en los huesos.

El caso número once es el de Margarita. Tiene setenta y seis años de edad y alrededor de once años viviendo en “la Huizachera”. Nació en Guadalajara, pero desde pequeña se fue a vivir a Colima, pues su papá era militar y lo trasladaron para aquella ciudad. Regresó a vivir a Guadalajara alrededor de los treinta años de edad. Estuvo casada sólo por el registro civil, pero su esposo la abandonó hace aproximadamente treinta y seis años por no poder procrear hijos, debido a que ella presentaba ‘estrechez en su vagina’ (*Entrevista con Margarita*). No obstante, logró engendrar un niño, pero desafortunadamente el niño falleció, tuvieron que practicarle cesárea para extraerlo a los siete meses de gestación.

Al igual que otros de los casos, como Micaela y Julieta, no tuvo estudios por el hecho de ser la hija mayor y desempeñar distintas actividades remuneradas desde niña, debido a que su mamá no podía salir del hogar para no desatender a los catorce hijos que procreó con su pareja, puesto que eran pocos los recursos monetarios que aportaba.

Su caso es destacable, porque a raíz de las explosiones suscitadas el 23 de abril de 1992 en Guadalajara, sufrió un golpe en su pierna derecha, específicamente en la rodilla, por lo que son más de dieciséis años en que ha tenido que utilizar muletas o silla de ruedas para moverse y continuar realizando sus actividades, combinando la atención alópata y homeópata en el inicio de su enfermedad. Actualmente, sólo los jueves se dedica a la venta de pozole, el cual prepara con dos días de anticipación y lo ofrece a las personas que acuden al templo, así como a sus vecinas. Cabe comentar que su casa es un cuarto habilitado como vivienda al interior del templo “Madre de Dios” de “la Huizachera, pues el anterior sacerdote decidió llevársela a vivir ahí cuando se dio cuenta de las condiciones insalubres en que vivía en una comunidad cercana. También, es uno de los casos

que no pertenece a ninguno de los dos programas sociales, pero destaca su situación vivida en el sentido de que fue dada de baja por el programa *Oportunidades* por presentar inasistencias a las pláticas de salud. Con esta experiencia, no ha querido tramitar ningún otro programa, como es el caso del *Seguro Popular*. Además, es el único caso que integra un hogar unipersonal o de personas aisladas (Tuirán, 2001), el cual da cuenta de la adversidad que se vive cuando se tiene que enfrentar a su enfermedad. Ha recibido apoyo de la médica del Centro de Salud “la Huizachera”, quien le provee de medicamentos y la asistencia médica en su domicilio, para el tratamiento de sus piernas y la hipertensión.

El último caso es el de Carmen. Es uno de los casos que se completó entrevistando a su esposo, pues él representaba para ella su cuidador principal, además, es preciso comentar que durante el proceso de investigación de campo llevado a cabo, ella falleció. Originaria de Guadalajara, vivió cuarenta y cuatro años, alrededor de diez años habitó en la colonia “la Esmeralda”. Estudió hasta segundo año de primaria. Procreó siete hijos con su esposo, uno de ellos falleció a la edad de trece años producto de derrame cerebral, además de portar diabetes y anemia. Precisamente este fue el único caso en que la atención al momento del parto la practicaron tanto su esposo Antonio como su suegra, los demás fueron atendidas en clínicas de la Secretaría de Salud o en el IMSS.

Su hogar, en fase de consolidación, está compuesto por su esposo, quien se dedica a cuidar automóviles en el centro de Guadalajara, así como por su hija mayor, quien es madre soltera y trabaja como mesera en un restaurante, y su hija menor, quien estudia sexto de primaria. Su caso es importante porque tenía alrededor de catorce meses que le había sido detectado cáncer cervicouterino. En ese tiempo de la detección se desempeñaba como empleada en un restaurante, sin embargo, pese a disponer de los servicios del Seguro Social, tuvo que contratar el Seguro Popular para continuar con su tratamiento, debido a que en el IMSS le programaban fechas muy lejanas para su atención. Asimismo, aún como

derechohabiente al Seguro Popular tuvo que recurrir a clínicas particulares para que le practicaran algunos estudios que no cubría este último. El hecho de acceder a información de una mujer en fase terminal en el momento de la realización del trabajo de campo de este estudio, permite completar los casos conforme al ciclo del proceso salud/enfermedad/atención, pues alrededor de la reconstrucción de dicho proceso, su esposo da cuenta de los distintos escenarios y decisiones erróneas que pudieron haberla salvado de la muerte.

Después de esta presentación de cada uno de los casos estudiados, es preciso presentar la siguiente matriz, la cual nos da una visión general del tipo de programa(s) al que pertenecen cada uno de los casos de estudio seleccionados, así como del ciclo doméstico en que se encuentran los hogares. Como se observa, predominan las etapas de expansión y dispersión en estos grupos domésticos considerados en situación de pobreza, González de la Rocha (2006) explica que en estas dos fases se acentúa la exposición a la vulnerabilidad, aspecto por el cual se optó elegir estos casos como relevantes para los fines de esta investigación.

CUADRO 2
Programa social y ciclo doméstico al que pertenecen las mujeres entrevistadas.

Programas/Ciclo Doméstico	Expansión	Consolidación	Dispersión
Oportunidades - Seguro Popular	Candelaria	Micaela	Guillermina Pilar
Seguro Popular	Isadora	Carmen (+)	Esther Inocencia
Oportunidades	Julieta		
Sin Oportunidades ni Seguro Popular			Jimena Sonia Margarita

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información proporcionada.

Como se detalla en la presentación de cada caso, los tres situados en la fase de expansión tienen participación directa en los programas sociales, con hijos en edad escolar que demandan la atención de sus padres en el hogar, además, las tres mujeres constituyen grupos domésticos nucleares en edad reproductiva, aunque, como ya se comentó, Candelaria integra un hogar reconstituido (Esteinou, 1999).

Por otro lado, dos de los casos se ubican en la fase de consolidación, pues las mujeres han dejado atrás su período reproductivo desde hace algunos años, además la mayoría de sus hijos realizan alguna actividad remunerada. Si bien esta etapa del ciclo doméstico Escobar y González de la Rocha (2004, 2008) la nombran como de equilibrio para los hogares participantes en el programa *Oportunidades*, porque se logra mayor bienestar económico con los ingresos que el programa provee y con el trabajo de los hijos(as) mayores, cuando se presentan enfermedades crónicas en las que se tiene que egresar una suma fuerte de dinero en clínicas privadas de salud, el equilibrio se pone en duda.

Por otra parte, en la fase de dispersión se ubican cuatro casos (Pilar, Jimena, Sonia y Margarita) de más de sesenta años de edad, la primera de ellas participante de los dos programas, en tanto las tres restantes sin ninguna participación actual en los programas, aunque cabe resaltar que en períodos recientes Jimena y Sonia tuvieron contacto con el personal correspondiente de la realización del estudio socioeconómico para recibir los “apoyos” de *Oportunidades*, o como en el caso de Margarita quien dejó de percibir el recurso monetario de alimentación por no asistir a las pláticas de educación para la salud. Esto, establece que de manera directa o indirecta los tres casos considerados sin los programas han participado al menos en el acercamiento al diagnóstico socioeconómico previo al otorgamiento del “beneficio” o “contrato” tanto de *Oportunidades* como del *Seguro Popular*, respectivamente.

Asimismo, en los tres casos restantes ubicados también en esta fase de dispersión, los hijos mayores ya se han incorporado a actividades productivas, algunos han integrado otros hogares con sus respectivas parejas y las mujeres han dejado atrás su período reproductivo. No obstante, hay que realizar ciertos matices, como en el caso de Esther, quien por su condición de enfermedad su pareja le sugiere no salir a conseguir trabajo, además de que este último es adulto mayor sin protección y seguridad social, como señalaban en su análisis Aldrete y Enríquez (2006), por lo que el servicio médico proporcionado por el Centro de Salud comunitario adquiere relevancia en la vida de las mujeres, así como las redes sociales, como se verá más adelante, constituyen gran parte del sostén para que la enfermedad crónica no degrade aún más el *modus vivendi* de la mujer. También, en el caso de Inocencia al ser madre abandonada por su esposo, tiene que estar al cuidado de su hija Lucía por la enfermedad presentada en el cráneo, por lo que los gastos en traslados y medicamentos que no le otorga el *Seguro Popular* acentúan su vulnerabilidad.

Atendiendo a los escenarios o factores de vulnerabilidad que realiza en su análisis González de la Rocha (2006), nombra como Escenario A al hogar envejecido, en el que el aspecto unipersonal es indistinto. Este, podría ejemplificarse con el caso de Margarita, quien al vivir sola se le dificulta trabajar fuera de su hogar por su condición de discapacidad, por lo que sólo un día a la semana realiza alguna actividad para generar ingresos y poder comprar parte de los medicamentos que requiere, o bien, para sus alimentos diarios. Aunque no está en completo aislamiento social, ni en deterioro sus vínculos de intercambio, como características señaladas por la autora para este escenario, para ella es difícil enfrentar un momento de crisis de enfermedad cuando no está alguien a su cuidado, pues ante alguna caída ha tenido que trasladarse por el piso para conseguir el objetivo de recostarse en su cama.

González de la Rocha (2006:164) menciona al “Escenario B: hogar joven con desequilibrio entre el número de generadores de ingresos y el número de consumidores”, en donde destaca como única fuente de ingresos la agricultura. Particularmente el caso de Isadora, podría destacar la combinación de factores de vulnerabilidad similares a este escenario, ya que su hogar representa a una pareja joven con una hija de cuatro años, en el que la única fuente de ingresos es por medio del trabajo como jardinero realizado por su pareja, además, su vivienda es precaria en cuanto a materiales de construcción refiere, asimismo, las relaciones inter-domésticas con las cuñadas y suegra, quienes “integran otro hogar”, no son armónicas cuando se trata de compartir algunos recursos cotidianos como el jabón para lavar o los alimentos, no así cuando es día de paga y la pareja de Isadora tiene que proveer parte de ese ingreso a su madre.

Por otra parte, el “Escenario C: hogares *dona* formado por abuelos y nietos” (González de la Rocha, 2006:164) aunque esta configuración de hogar surge por la emigración de las generaciones intermedias como señala la autora, en los casos de Pilar y de Sonia no se presenta así. En el hogar de la primera existe la presencia de una nieta que estudia primero de secundaria y en el hogar de la segunda habitan dos bisnietos, por lo que se puede decir que se acentúa la vulnerabilidad en que vive Sonia, pues los bisnietos a sus escasos tres y cuatro años de edad es imposible su incorporación a alguna actividad remunerada. Un punto que sí es compartido en ambos hogares son los trabajos precarios de sus respectivas parejas, como vigilante en una empresa ubicada en Puente Grande, Jalisco, y como velador en una casa del mismo sector de “Santa Rosa del Valle”, respectivamente. Esto propicia que los ingresos apenas alcancen para el sostenimiento del hogar, por lo que el recurso provisto en ocasiones por los hijos de estas mujeres es fundamental para el sostenimiento de los hogares y para atender sus enfermedades.

Finalmente, el “Escenario D: hogares con enfermos crónicos” (González de la Rocha, 2006:164), puede decirse que está presente en todos los casos estudiados, no obstante, la vulnerabilidad se manifiesta con mayor incidencia cuando los gastos en salud se incrementan, destacando los casos en que aparecen la instancia médica privada y los traslados, no sólo a instancias privadas sino también a Hospitales y/o clínicas de la Secretaría de Salud o del IMSS, como en los casos del cáncer cervicouterino de Pilar y Carmen, en el caso de la enfermedad craneoencefálica de Lucía, de la atención de la hipertensión y de la parálisis corporal de Jimena, asimismo, en los casos en que el *Seguro Popular* no cubre los estudios clínicos de cáncer cervicouterino o de prótesis para la rodilla, como sucedió con Carmen y Micaela respectivamente.

Para lograr comprender más a fondo cómo es que las mujeres construyen el proceso SEA, es preciso dar paso a cada una de las trayectorias, por medio de los relatos logra verbalizarse cómo ha sido la situación vivida por cada una de ellas.

2. Acerca de las trayectorias de las enfermedades...

Para comprender los procesos de salud/enfermedad/atención (SEA), enunciados desde el inicio de la investigación como “carrera curativa o del enfermo” (Blaxter, 1983; Mercado y Torres, 2000; Osorio, 2001; Menéndez, 2001, 2006), o trayectoria de la enfermedad⁴⁸, es preciso distinguir en cada uno de los casos, cómo y por qué se han presentado las enfermedades en cada una de las portadoras y cómo han enfrentado su experiencia. Esto refiere, a que cada caso ha manifestado su proceso SEA particular en distintas etapas de su curso de vida, por lo que es preciso conocer las vivencias de cada una de ellas.

⁴⁸ En el tercer apartado de este capítulo se presentan de manera esquemática cada una de las trayectorias del proceso SEA de cada uno de los casos, así como las tipologías obtenidas a partir de los esquemas particulares.

La infección en el ovario de Candelaria...

Cuando Candelaria iba a cumplir diecisiete años tuvo su primer hijo, después de ese primer parto se le presentaron calenturas, lo cual consideró como natural.

“... pues como me dijo el médico, esas calenturas le da a una de cada diez mujeres...” (*Entrevista a Candelaria*)

En ese primer parto, la trasladaron con un mes de anticipación a la casa de una cuñada para poder estar cerca de la clínica de la Secretaría de Salud (SSA) donde la iban a atender, por lo que no tuvo contratiempo alguno. El niño nació sano, no tuvo ninguna problemática, por lo que a los dos años se embarazó por segunda ocasión.

En el segundo parto, se presentó la misma situación que a su madre, es decir, no la aceptaron en el Hospital Civil de la SSA, porque de acuerdo a los médicos todavía le faltaban veintiocho días para dar a luz, ante esto, tuvo que regresar a casa. A la medianoche de ese mismo día presentó dolores, lo cual indicaba que estaba próxima a dar a luz. Fue difícil para ella conseguir el traslado a alguna clínica, en ese entonces no contaba con el apoyo de su pareja ni de su mamá, por este motivo la niña nació en su casa con la ayuda de una partera. Como su suegra ya se había atendido sus propios partos, aprendió de su propia experiencia, y en esa ocasión pudo atenderla.

“... pues, esa vez, le pedí a mi cuñada que le fuera hablar (*a su suegra*), y ya cuando llegó me ayudó a sacar al niño...” (*Entrevista a Candelaria*)

Afortunadamente la niña nació bien, pero la placenta se quedó en su cuerpo. Esperó hasta que la Cruz Roja fue a atenderla a su casa para que pudieran extraerla, para esto, pasaron aproximadamente cinco horas hasta que arribaron a su domicilio.

“... mi cuerpo ya se había cerrado, yo ya no veía, ni reconocía, la matriz y la placenta ya estaban ganándole a mi organismo... cuando la sacaron, me desagarraron un ovario, es como si lo hubieran raspado, entonces se hizo líquido y se convirtió en tumor... cuando me trasladaron al hospital me tuvieron en tratamiento, duré de tres a cuatro días internada, había perdido mucha sangre y no había tenido atención médica durante casi ocho horas...”

fue una infección que ellos mismos ocasionaron, yo no me había dado cuenta, sino hasta después de un largo tiempo, duré como un año en tratamiento para aliviarme...” (*Entrevista a Candelaria*)

Del tercer parto no presentó complicaciones, pero después de haber amamantado le quedó leche materna, lo que le produjo un quiste en uno de sus senos, después de un tiempo la operaron y se lo quitaron para que no se hiciera canceroso, si no se la extirpaban hubieran tenido que quitarle su pecho.

“... era una bolita simple, de grasa, no era algo de cuidado, pero como me dijo el doctor que se me podía presentar cáncer, por eso me la operé...” (*Entrevista a Candelaria*)

Con este problema de salud duró año y medio en tratamiento, constantemente asistía a la torre médica de especialidades. En esa ocasión el Seguro Social (IMSS) le cubrió los gastos de la operación, ya que ella disponía de un seguro por la fábrica donde estaba trabajando. Con respecto a su embarazo y parto, cabe comentar, que como las contracciones se presentaron en el transcurso del día, tuvo que irse sola al Hospital en el camión urbano, pues su esposo no estaba y con sus papás en ese tiempo no tenía buena relación porque había decidido embarazarse nuevamente.

“...como a las cinco de la tarde ya estaba de regreso, no tuve problema en ir y venir, ya estaba un poquito más aligerado el camino, porque fue en el día, y los otros (*traslados*) habían sido en la madrugada y en la noche...” (*Entrevista a Candelaria*)

Al dar seguimiento a las condiciones en que ha continuado Candelaria su salud reproductiva, después de casi ocho años de haber tenido su tercer parto, ella y su nueva pareja deciden procrear un hijo. En este sentido, por el hecho de estar en contacto con clínicas de salud pública, es necesario relatar cómo se presentó la atención en el Centro de Salud de “la Huizachera” y en la clínica de maternidad “López Mateos” de la Secretaría de Salud. Como forma parte de los contrastes observados en cuanto al funcionamiento del Seguro Popular, esta información registrada en el diario de campo, se expone en el Capítulo VI de esta tesis.

La epilepsia en Isadora...

En el caso de Isadora, es al día siguiente de la primera manifestación de enfermedad cuando la llevaron al médico para revisarla, una vez hecho esto, le diagnosticó la presencia de epilepsia y le recetaron el medicamento que controla la presencia de convulsiones, esta medicina la identifica con el nombre de “parromocetina”, la cual ha estado ingiriendo durante once años.

En los relatos de Isadora se distingue la trayectoria de enfermedad, cuando explica los eventos en su curso de vida que han impactado en la salud. Por una parte, es a la edad de seis años cuando su mamá abandona el hogar, dejando a su padre y a sus hermanos, los dos pequeños apenas tenían la corta edad de diez meses y cuatro años; por otro lado, es a los siete años cuando se le presenta el sarampión⁴⁹, acompañado de fuertes dolores de cabeza y elevada temperatura en su cuerpo, al grado de presentar todavía en la actualidad algunas cicatrices en la piel por dicho acontecimiento.

Por otro lado, recuerda muy bien que a partir de los doce años se le manifestaron las convulsiones, comenta que estando acostada en el suelo a un lado de la cama fue cuando por primera vez tuvo una crisis de este tipo.

“... me bajaron porque yo mojaba la cama de chiquita, entonces me bajaron al suelo a dormir porque decían que iba a pudrir el colchón (*la señora hace una pausa*), esa vez yo estaba al lado de un ropero y yo quería hablar pero yo no podía, las manos se me hicieron así (*en ese momento dobla sus manos poniéndolas en la posición*), no podía, todos me ayudaron y me metieron al baño a bañar, cuando desperté sentía que la cabeza me iba a estallar, me dolía mucho la cabeza y tenía la lengua mordida (*vuelve a hacer una pausa*), a veces me muerdo la lengua...” (*Entrevista a Isadora*)

⁴⁹ Existe una diversidad de causas a las que se le atribuyen las convulsiones y por ende el desarrollo de la epilepsia. Dichas causas son: la herencia, los males congénitos, la anoxia cerebral (falta de oxígeno al nacer), traumatismos cráneo-encefálicos, tumores cerebrales, enfermedades infecciosas, trastornos metabólicos, enfermedades degenerativas del sistema nervioso, alcohol y tóxicos. No obstante, en el discurso médico también se menciona la manifestación de sarampión junto con fiebre, como una causa probable de que en el futuro se desarrolle la epilepsia en la persona, como sucedió en el caso de Isadora, además del factor hereditario. Información obtenida en: www.medicina21.com

Es destacable en Isadora, pese a que en ciertos momentos de la conversación olvidaba algunas situaciones o aspectos de su enfermedad, la identificación de momentos en el tiempo en que se le han presentado las convulsiones.

“... antes, cada semana, cada semana, cada semana me pegaba, no había un día de la semana en que no me pegara, que no me pegara la enfermedad... eemm, ahorita gracias a Dios tiene desde abril que no me pegó hasta julio, de julio me pegó el veintiséis de agosto, y ya del veintiséis de agosto me pegó como el veinte de septiembre (*refiriéndose al transcurso del año 2007*), y ahorita gracias a Dios no me ha pegado, como que siento que ya se están retirando pues, eemm, fíjese antes no había un día de la semana que no pegara la enfermedad, era muy feo...” (*Entrevista a Isadora*)

Actualmente, Isadora expresa que ha habido cambios en su condición de enfermedad, lo cual la aproxima a un estadio de salud más estable.

“... yo siento quee, cómo le direé, como que ya se me están retirando, porque antes me pegaba cada semana, 'orita cada mes cada dos meses, yo hasta cómo le diré, si me pegaba cada semana, cada quince días, sería un cambio para mí, porque cómo le diré, esteee, como que si me pegaba, eeeshh, no es igual pues... ha sido para bien, ya me siento más a gusto, más mejor, gracias a Dios...” (*Entrevista a Isadora*)

Aunque, al mismo tiempo, dichos cambios se reflejan al momento de expresarse:

“... tartamudeo más, también me pongo más nerviosa, me ha afectado a los nervios, no'más eso...” (*Entrevista a Isadora*)

Isadora detecta síntomas que le permiten estar preparada ante las convulsiones, como son los tartamudeos constantes y la alteración de los nervios por el hecho de encontrarse en su período menstrual.

“... cuando ando en mis días (*en el período de menstruación*), también, ya ve que una mujer se cansa, se debilita mucho, pos todo eso... eemm, este, pus yo 'orita ando así también porque ando en mis días, y ando tartamudeando mucho también por eso, porque me debilito mucho, me quitan fuerza todos esos dolores que me pegan y por eso me debilitan...” (*Entrevista a Isadora*)

Aunado a lo anterior, la práctica de prevención de su enfermedad se evidencia cuando por recomendaciones médicas evita ingerir café y refresco de cola, así como el autocontrol que ella misma trata de imponer como una solución ante la convulsión.

“... pues a veces, yo le digo, cómo le diré, a veces que veo coca y se me antoja mucho, y digo no, no, no, no, o sea quiero tomar, y yo digo acá entre mí ‘no quiero tomar coca’, y este, eemm, ellos me dicen (*su esposo y cuñadas*) que no tome pues, y a veces que ando tartamudeando mucho me dicen: eemm ‘¿te sientes mal?, ¿te sientes mal Isadora?’, y yo digo: ‘no, no, estoy tranquila’, así le hago pues, cómo le diré, mis nervios se me alteran, se me alteran los nervios, pues cuando empiezo a tartamudear mucho...” (*Entrevista a Isadora*)

Sin embargo, ha habido situaciones en que la presencia de la enfermedad pone en peligro constante la vida de Isadora, por lo que las personas que la rodean han estado a su cuidado procurando que durante sus crisis no se dañe físicamente.

“... una vez que estaba planchando sí me quemé, yo estaba planchando, ahí estaba mi papá y mi hermana y yo tenía la plancha en la mano, y esa vez me pegó la enfermedad, y como le digo hago los dedos así (*dobla sus dedos y los pone en la posición*), eemm, y agarré fuertemente la plancha y no me la pudieron despegar de la mano, y me hicieron la mano así (*la pone en forma en que intentaban quitársela*)... hasta que se me pasó la crisis fue como la solté, sí me pegó un poco aquí (*indica cerca del cuello*), pero gracias a Dios no me quemé, porque imagínese con lo caliente me trozo las venas del cuello, ya no la cuento...” (*Entrevista a Isadora*)

“... una vez en el camión me pegó, iba con una amiga y pos íbamos sentadas en el asiento y en un de repente que me pega ahí (*hace una pausa*), pues estee... cómo le diré, íbamos sentadas y me pegó y pus ya no supe hasta que desperté, iba recargada en su hombro de mi amiga, este, cuando desperté me dolía mucho la cabeza... iba a al escuelita de “la Huizachera”, vivía allá en “Santa Cruz”, porque ella venía a vender tacos a la escuela esa, y esa vez yo la acompañé, me dijo que si la acompañaba y la acompañé...” (*Entrevista a Isadora*)

Sin duda, la experiencia vivida por Isadora, representa para la parte médica una situación especial en la forma en que ha estado presente la enfermedad, puesto que es la misma sujeto quien manifiesta los diversos síntomas presentes, mismos que al relatarlos y explicitar dicha vivencia sobre los momentos críticos, hace que su proceso particular de SEA distinga características específicas sobre la forma de programar un tratamiento, y así, estar preparados tanto la portadora como los cuidadores para actuar o prever el acontecimiento.

El tumor en el ovario de Guillermina...

Desde hace cuatro años, la prevalencia de un tumor en el vientre propició que el ritmo de trabajo de Guillermina disminuyera y al mismo tiempo se presentaran malestares que anteriormente no manifestaba.

“... pues yo lo único que tengo es el tumor que le digo que tengo en el ovario, es la única enfermedad que he tenido yo, p’os ahorita he presentado tengo días que me duele mucho la cabeza y no entiendo vedá, a veces pienso que es también de tanta presión, que se vienen gastos o cosas que los niños me piden...”
(Entrevista a Guillermina)

Guillermina detecta estas anomalías en su cuerpo por lo que opta por realizarse estudios y análisis para saber el porqué de sus sangrados.

“... pues empecé a tener sangrados muy raros ya, y ya empecé a ir al doctor, y ya me empezaron a hacer estudios y pu’s que resultó que tenía un tumor en el ovario... primero me dijeron que era ‘mioma’ y ya después me dijeron que me iban a estar checando, porque había uno más grande, o sea de los siete ‘miomas’ que yo tenía, uno me imagino estaba más inflamado vedá, y de ahí lo empezaron a tratar y hasta ahorita todavía sigo en tratamiento, vedá...”
(Entrevista a Guillermina)

Distingue los momentos en que el dolor en su vientre es mayor, pero no lo asocia al ritmo de vida, específicamente con la elaboración de ladrillo durante sus períodos de embarazo.

“... yo lo que siento es mucha dolencia en esta parte (*la señora se toca el vientre*), siempre he sentido lo que es la dolencia esta parte, eso es lo que he sentido, y más que nada siento cómo también, igualmente como cuando carga mucho pesado, que tengo mucho traqueteo andar mucho pa’ arriba pa’ abajo, o doy mal paso en falso, cualquier pasito en falso que yo dé es como si estuviera embarazada, y así cualquier paso que dé es como si estuviera embarazada y así cuando, como si quisiera abortar...” (Entrevista a Guillermina)

Después de un tiempo se presenta la necesidad de practicarle una operación, la cual no se realiza por la estrechez de su útero; los médicos le dicen que es su responsabilidad si quiere ser intervenida pero que puede ser grave, por lo que opta no operarse y continuar sólo con sus revisiones médicas periódicas, a esto,

cabe agregar la necesidad de no descuidar la atención que debe tener con sus hijos menores.

“...y ya ahora últimamente, como al año, me dicen ‘señora, tenemos que operar otra vez, de emergencia’, pero yo voy y me checo, y si me dicen ‘señora salió esto y tiene que hacerse esto’, entonces yo ahora sí que hago lo que manda el doctor, porque siento que es para mi bien...y resulta que al final no me pude operar porque resulta que el útero está muy chico, y pu’s no, ellos me dijeron (*los médicos*) ‘es la decisión de usted, la operamos pero vamos a correr un riesgo’, entonces yo decidí no, no porque si me voy aaa, o sea yo me pensé porque tengo chiquitos (*hijos en edad escolar*), yo dije ‘si me van a operar y me va a ir peor en la operación, pu’s mejor me quedo así, mejor que no me operen’, es que dice ‘está en usted, si usted dice nosotros la operamos, pero si le va mal...’, dije ‘no, mejor déjelo’, ‘mientras no tenga cáncer’, dice ‘mientras no tenga cáncer usted, todo está bien, na’más no deje el tratamiento, no deje de estarse checando’, dice ‘y así está bien’...”
(*Entrevista a Guillermina*)

A la utilización de la ‘*medicina tradicional*’ le atribuye la disminución de su tumor, sin revelar a la parte médica el uso de yerbas a base de preparados recomendados por sus vecinas, considera que esto propició que no la hayan operado.

“... yo me estaba tomando un remedio, la sábila, la sábila revuelta con varias yerbitas que me dieron vedá, la prodigiosa, y yo pienso que eso me sirvió de mucho, porque el último estudio que me hicieron, me dijo un doctor ‘sabe qué señora, no vamos a operar, usted ‘ta bien, su tumor bajó, de un nivel que tenía alto, bajó a tanto’, dice ‘no la vamos a operar’, mejor pa’ mí...”
(*Entrevista a Guillermina*)

No obstante, el tumor ha traído repercusiones, su cuerpo ya no es el mismo, ha bajado su rendimiento físico, no se siente igual que hace unos meses.

“... lo he resentido más, sí me he sentido más delgada, más débil, antes pu’s yo hacía esto con más facilidad (*refiriéndose a cualquiera de sus actividades cotidianas*), y ahora digo ‘¿qué está pasando?’ vedá, no sé si sea parte de la enfermedá o pu’s también los años, no pasan en balde vedá...” (*Entrevista a Guillermina*)

La presencia del tumor ha afectado distintas esferas de su vida, sus hijos se molestan porque los deja trabajando en la ladrillera o por dejarlos que se atiendan solos para asistir a su escuela. Esto la limita, aunado al trayecto y la larga espera para ser atendida cuando acude al Hospital Civil de Guadalajara. Sin duda, los

siguientes fragmentos dejan en claro las implicaciones de atender su enfermedad, el cuidado de los hijos y continuar con el tratamiento requerido.

“... a veces hay problema, como el día que iba a ir al Hospital se molestan (*hablando de sus hijos*), porque ellos no quieren que yo me salga, o sea ellos no quieren ni que el aire me diera, en eso es en lo que me ha afectado un poquito, de hecho el más grande (*de sus hijos*), el que tengo aquí dice ‘¡ya pa’qué te cuidas!’, sabe qué, le digo ‘no me digas así, no es que a ti te guste o no’, y a veces digo ‘¡ya hasta aquí, ya que me muera, me voy con mi marido!’, pero me pongo a pensar en mí y digo ‘yo soy yo, y me voy atender hasta que yo pueda’, por lo mismo de los consejos que me dan las amigas, que ven como son ellos, ‘es que tus hijos son bien así, tienes que hacer tu vida y tienes que cuidarte’, p’os sí, pero a veces ellos están un poquito... pu’s sabe, nunca he entendido la forma de ser de ellos...” (*Entrevista a Guillermina*)

“... como le digo a mis hijos ‘un día que pierdo de trabajar, pu’s no...’, pero a veces ellos se molestan ‘¡ai que te vas, que te tardas!’, ‘pu’s sí, no llego al Hospital y me dicen: pos usté ya pásele’, no, ocupo un espacio, de madrugar, de sacar mi ficha para que me atiendan y esperar a que me atiendan porque los doctores no llegan cuando uno llega, los doctores tienen su, o sea vedá, imagínese si ellos llegan a las ocho y me tocó la seis o la diez, y luego desde aquí es largo el camino de dos, tres horas pa’ llegar allá al Hospital, cuando van los camiones rápido me aviento dos horas, cuando no, pu’s más, les digo ‘no no’más llevo mi carro propio’...” (*Entrevista a Guillermina*)

No obstante, las afectaciones en su cuerpo han ido en aumento, las articulaciones de sus manos y brazos también han resentido, tiene que estar en movimiento pero una vez que deja de hacerlo las dolencias no se hacen esperar.

“... pues ahorita lo que es mi dolor de cabeza y se me entume lo que son mis manos, de aquí para abajo lo que es la nuca (*la señora se pone sus manos atrás de su cuello y las recorre por sus brazos*), lo que es todas las noches esta parte de aquí la siento adormecida, si las muevo demasiado me duele, necesito estar así o estar en una sola posición (*la señora se estira como si estuviera acostada boca arriba en la cama*), bien de un lado, pero no moverme demasiado porque al momento que muevo es cuando empiezo a sentir los dedos que me duelen, necesito en la mañana que me levanto, necesito tener actividad, hacer movimientos rápidos así para que se me, como para que se me calienten las manos, porque antes no, si me estoy peinando el cepillo no lo puedo agarrar bien, y estoy a veces con los niños que el uniforme, que ya lo trae descosido y al coserlo con la aguja pu’s no aguanto mucho, aguanto segundos con mis dedos bien, no aguanto mucho estarlo así, y ya cuando voy hacer lo que es mi trabajo, que me voy a rendir el barro (*actividad realizada en la elaboración del ladrillo*) pu’s sí con el movimiento de la pala ya empieza a calentarme el brazo entonces no necesito parar...” (*Entrevista a Guillermina*)

En el mes de mayo (de 2008), Guillermina se realizó un examen de papanicolaou en el Centro de Salud “la Huizachera”. Para ella fue causa de admiración, y a la vez de temor, cuando un día fueron a buscarla las enfermeras y no la encontraron. Uno de sus hijos le comento de la visita, afortunadamente la localizaron al día siguiente que volvieron a acudir a su domicilio. El motivo de hablar con ella, fue para decirle que era urgente que se presentara en el Hospital Civil de la SSA, pues en el examen practicado se habían detectado displasias en su útero. Guillermina se presentó a la semana siguiente en el Hospital, ahí el médico le informó sobre la necesidad de operarla lo más pronto posible, pues era necesario para que dichas malformaciones no se reprodujeran y le generaran cáncer cervicouterino. Su operación se realizó el veintiocho de agosto (de 2008), teniendo que guardar reposo los cuarenta días posteriores para su recuperación, para posteriormente continuar elaborando ladrillo.

El soplo en el corazón de Esther y la presencia de diabetes e hipertensión...

En el caso de Esther, han sido distintos los sucesos presentes en su curso de vida, como la falta de padre a temprana edad, pues su hermana le platicó del asesinato que sufrió. Además, al inicio de la relación con su tercer pareja sus hijos recibían maltratos, incluso a uno de ellos estuvo a punto de asesinarlo. Ella identifica un suspiro como la primera presencia de la enfermedad en su corazón.

“... porque a veces no sé, en un de repente me llega como un suspiro y me pega un dolor aquí (*se toca el pecho*), y hice yo desidia, ya después me llevó él (*su pareja*) al Hospital y ya les dije ‘que me daba como un suspiro y me daba un dolor’, entonces ya me checaron y me hicieron una de esas ¿cómo se llama?, una dia dia, no sé cómo se llaman (*se refiere a un electrocardiograma realizado en el área de cardiología del Hospital*) y ahí fue donde me dijeron lo que tenía...” (*Entrevista a Esther*)

Desde hace veinticuatro años Esther comenzó con dolores en el corazón, sin embargo, su carencia de recursos monetarios ha hecho que la atención de su enfermedad se vuelva prácticamente nula, pues el *Seguro Popular* no le cubre la operación de su problemática de salud. A la vez, ha presentado diabetes e hipertensión en su vida.

“... ahorita mi diabetes, a veces la presión que se me sube o se me baja, este, p’os muchas enfermedades que hasta se me olvidan, el doctor dijo que tenía un soplo en el corazón, y p’os a veces no hay dinero pa’ atenderse uno...”
(*Entrevista a Esther*)

Su enfermedad del corazón se ha presentado regularmente por las mañanas, ocasionándole inflamaciones en la cara y el pecho, esto hace que se refugie en su vivienda hasta que baja la inflamación, pues se avergüenza de esta manifestación en su cuerpo durante esos momentos.

“... a veces sí siento que me pega el dolor y a veces se me hincha hasta el pecho, cuando me pega el dolor aquí (*en el pecho*), me levanto con la cara bien hinchada y no salgo para fuera porque me da vergüenza y ahí me estoy, hasta que ya se me empieza a bajar es cuando salgo a las tortillas o así a comprar algo... (*momentos en que más se presenta*) en la mañana cuando me levanto...” (*Entrevista a Esther*)

Aunado a lo anterior, sus enfermedades han repercutido en las distintas actividades que en la actualidad desempeña tanto al interior como al exterior del hogar, lo que ha propiciado que su pareja no la deje salir en búsqueda de otra fuente de empleo mejor remunerada.

“... cuando estoy haciendo el quehacer lo hago así como asina que hago una cosa y me siento, porque me canso y me siento ahogándome, ya descanso un rato y sigo con otra cosa, y así estoy, estoy lavando y tallo un pantalón o dos y me siento porque no aguanto, estoy ahogándome, me dicen (*sus vecinas*) ‘¿tienes asma?’, les digo ‘no, no tengo asma’... a veces me salgo que voy a vender, entonces me voy y luego me descanso un rato pero le sigo, y yo le digo a él (*a su pareja*) que me quiero meter a trabajar ‘me cargo mi medecina y me voy a trabajar’, un cinco que gane uno es bien venido, me dice ‘es que yo tengo miedo que te pase algo’, le digo ‘sí pues, pero qué se le puede hacer si necesitamos ahorita dinero’...” (*Entrevista a Esther*)

Al igual que la enfermedad de su corazón, la hipertensión y la diabetes han tenido en Esther consecuencias en la realización de actividades al exterior del hogar.

“... hoy me levanté muy mal de la presión y este no, no puedo salir porque tengo miedo caerme, este como a veces cuando hay neblina, no salgo para fuera, si salgo tengo que ponerme un tapabocas porque se me baja bien mucho la presión y no puedo andar tanto afuera, no’más a mi mandado y regreso porque si no, no puedo respirar, no alcanzo a respirar, agarro mi bufanda y me la enredo y ni así, este, ya mejor arrimo lo que voy arrimar

rápido y ya les digo a ellos, a mi marido, mejor tú haz de almorzar yo ya me voy a meter al cuarto, y ya me estoy allá y hasta que sale bien el sol y se quita todo lo nublado es cuando salgo así para fuera, pero así no'más no, porque le digo se me baja bien mucho la presión, y luego este si tomo así algo, si tomo el medicamento no me hace, no me hace la medecina, hasta que no sale el sol bien es cuando me controlo más o menos..." (*Entrevista a Esther*)

Estas enfermedades se manifestaron rápidamente en su cuerpo, pues su apariencia delgada posterior a la detección fue un claro síntoma de que la diabetes estaba avanzando.

"...ahorita ya me estoy recuperando pero estaba bien delgada de ahora que tengo diabetes, me puse delgada pero bien delgada, no salía porque me daba hasta vergüenza, dije '¡no, se viene un aironazo y me lleva!', y ya este le dijeron a él (*a su pareja*) que me comprara el calcio de coral, y ya me compró dos frasquitos y gracias a Dios me fui recuperando..." (*Entrevista a Esther*)

Una de las formas en que se ha manifestado la hipertensión es en la afectación de su oído derecho, a Esther se le dificulta escuchar cuando le hablan por ese lado, por lo que constantemente tiene que voltear hacia el lado izquierdo para oír bien. Le propusieron operarla, pero su condición económica se lo impide, así como la presencia de la hipertensión y la diabetes hace que se dificulte intervenirla.

"... no oigo y como fui hace mucho con el doctor y le dije que me revisara para ver qué tenía, porque a veces siento como que trajera un tapón, y fui con el doctor y ya me revisó y me dijo que tenía reventado el tímpano, no sé qué, dijo que me estaba perjudicando y que esto me podía pasar al otro sentido, que necesitaba una operación desde aquí así hasta aquí (*la señora señala parte de su cuello y de la oreja*), y le digo 'pu's ¿con qué dinero?, p'os si no tenemos a veces pa' comer, mucho menos pa' la operación'..." (*Entrevista a Esther*)

Recurrir al '*uso de remedios*' ha sido para Esther una mejora en su condición de enfermedad, no obstante, como en el caso de Guillermina, estos, han sido por recomendaciones de vecinas o amigas que han tratado así alguna enfermedad.

"... a veces que me dicen que cosa (*cueza*) un remedio y pus lo coso (*cuezo*) y me lo tomo, digo 'p'os nombre sea de Dios', que más puede hacer uno si no tiene uno dinero... p'os a veces mis amigas que me dan que la yerba del venado, yo no'más las coso (*cuezo*) y me las tomo, luego me dice

él (*su pareja*) ‘un día te van envenenar’, le digo ‘espero en Dios que no’... lo tomé como un año y medio... (*Entrevista a Esther*)

Esther continúa sin la atención de sus enfermedades, ocasionalmente acude al Centro de Salud del sector, pero sólo cuando se presenta alguna emergencia por su enfermedad. Para ella, lo más importante es tener un sustento económico diario, por lo que en los últimos meses ha logrado que su pareja le permita trabajar como intendente en unas oficinas ubicadas en el centro comercial más cercano a “la Huizachera”.

El accidente de Lucía, hija de Inocencia, le ocasiona enfermedad craneoencefálica...

Lucía a la edad de diecisiete años sufre un accidente al estar limpiando el baño de su casa. Su madre, Inocencia, explica que ella, su esposo y sus otros dos hijos no se percataron de la caída, sino que fue hasta llegada la noche cuando escucharon que alguien lloraba y se quejaba, fue entonces cuando acudieron a la recámara de Lucía y la vieron llorar y convulsionar.

Lograron controlarla para que les platicara lo sucedido. Lucía les explicó que se resbaló en el baño al estarlo limpiando y que lo único que vio fueron ‘*lucecitas*’. De hecho, los días siguientes estuvo bien de salud, parecía que todo iba a quedar en un golpe, pero después de tres meses comenzaron las complicaciones: fuertes dolores de cabeza acompañados de convulsiones.

Lo anterior condujo a Lucía a estar al borde de una parálisis cerebral, pero gracias a los tratamientos, tanto en clínicas de salud pública como particulares poco a poco logró superar el casi estadio inerte. Sin embargo, las afectaciones presentes han sido principalmente el no poder recordar parte de su pasado, así como sus sentidos: no escucha, solamente alzando el tono de la voz es como logra hacerlo y alcanza a leer los labios, además, ha ido perdiendo la visión de lejos y nocturna, así como la articulación de palabras es parecida a la de un niño que apenas aprende a leer.

“... (*sus oídos*) los dos, uno primero, y ahorita ya le afectó los dos, y le saqué estudios, del Hospital Civil nuevo me mandaron al viejo, y ai tiene que el oído izquierdo lo llevó más recio que el derecho, pero tiene los dos afectados, y es lo que la mentada enfermedad le está acabando mucho los oídos...” (*Entrevista a Inocencia*)

“... le ha afectado porque como le digo, yo la he visto ciega pues, ahorita con los lentes dice que ya distingue mejor, le digo ‘m’ija, ¿cómo ves?’, me dice ‘bien, ya veo mejor de lejos’, o sea ya distingue las letras chiquitas, pero antes no las veía, entonces de que le ha ayudado los lentes sí le ha ayudado...” (*Entrevista a Inocencia*)

El tratamiento de Lucía ha implicado abstenerse de comer y tomar chocolate, café, refresco de cola, entre otros alimentos y bebidas que antes sí ingería. Inocencia ha implementado estas prescripciones médicas con su hija, aunque desconoce el porqué se los han prohibido, es decir, cuáles son las reacciones si los consume. En el siguiente relato se expresan los cuidados ante su enfermedad.

“... ella no toma café, no come nueces, pistaches, chocolate, no, ella no puede subir a la azotea, ella no puede ir a los velorios, no se puede desvelar, los cuidados que me dice la doctora son los cuidados que tiene, ‘amá, que me da poquito café’, ‘¡no, café no hay nada!’, ‘amá me da semillas’, ‘no, no hay semillas’, de calabaza, entonces trato de lo que me dice el doctor, trato de no darle chocolate, chocomilk no, refresco negro no, entonces lo mejor que puedo cuidarle yo es como la cuido pues... le hace daño pa’ su enfermedad, sabe (*denota el desconocimiento*) así me ha dicho la doctora, ‘no le vaya a dar café, para que no vuelva a recaer’...” (*Entrevista a Inocencia*)

Las recaídas de Lucía han sido por el nerviosismo que ha desarrollado al sentirse sola o desprotegida, por lo que en ocasiones se ha vuelto a golpear la cabeza.

“... esas recaídas como que eran de puros nervios y se ha golpeado en la cabeza y es cuando recae ella, cuando se cae ella pues sí, se trompieza y se cae y ahí tiene que es cuando ella padece todo eso...” (*Entrevista a Inocencia*)

Dichas recaídas recientes, la condujeron a estar internada en dos ocasiones en el Hospital Civil de Guadalajara, lo que hacía que Inocencia tuviera que repartir su tiempo entre el hogar y el cuidado de Lucía en el Hospital.

“... ya últimamente duró tres meses internada en el Hospital Civil viejo, y luego ya de ahí me la dieron el día treinta de agosto y volvió a recaer el dos de diciembre (*la señora se refiere al año 2007*), y de ahí me la dan hasta el día tres de enero (*en el 2008*), o sea alcanzó a durar un mes ahí... pero ella

sale sin ver, sin entender, sale como loca pues, las dos veces que ha salido de ahí, de las dos recaídas pues, que ha tenido...” (*Entrevista a Inocencia*)

Inocencia desconoce el diagnóstico médico de la enfermedad de Lucía, sólo destaca la presencia de convulsiones, por ser las que más se han presentado en su proceso SEA, no obstante intenta explicar lo que le han dicho en el Hospital Civil.

“... pues que le dio este, como le quisiera dar entender, que le dio como, primero que le dan convulsiones, luego ya que le dan, como que queda jodida de la cabeza porque le dan una tras de otra, una tras de otra, por segundo, no crea que por minuto sino por segundo, entonces como que se le afecta mucho la cabeza, y esta vez de cuando estuvo internada los tres meses, ella tuvo este, le quiso pegar embolia o redames (*la señora quiere decir derrames cerebrales*), ¡sabe qué le pegaría!, algo así como le digo pero ella que sale muy mal del Hospital...” (*Entrevista a Inocencia*)

“... no’más las mentadas convulsiones y este qué, que lo que se le durmió del cerebro ya no hay forma de que se le despierte pues, porque sí tiene afectado una parte de acá del cómo se llama, del cráneo, y yo le decía ‘doctor, ¿si la operan sí se le quita?’, me dice ‘no señora, lo que se le murió ya se le murió, como le ha convulsionado muy recio, sí le afecta’, y como le digo y cada rato estudios de uno y estudios de otro...” (*Entrevista a Inocencia*)

Para Inocencia fue importante conocer qué estaba sucediendo con los sentidos de la vista y oído de su hija, pues en un principio, ante el evento de enfermedad, no comprendían qué tantas afectaciones le estaba propiciando.

“... de un oído nos dimos cuenta luego luego, de cuando empezó a los diecisiete años, porque nosotros creíamos que de su enfermedad, de las convulsiones creíamos que había quedado loca, o sea no entendía y no entendía, se nos hacía raro que no entendiera, y ya la llevé con el doctor aquí a “las Pintas”, y ya me mandó a que le sacara estudios de los oídos, y ai tiene que fue cuando nosotros nos dimos cuenta que era de la sordera, entonces no quedó loca, simplemente con esa enfermedad como no oía confundía las cosas, no entendía, y fue como nosotros nos dimos cuenta que estaba mal de los sentidos...” (*Entrevista a Inocencia*)

Para Lucía ha sido difícil valerse por sí misma, por lo que en algunos períodos tuvieron que darle de comer y ayudarle en distintas actividades que anteriormente realizaba sola.

“... pa’ darle de comer le dábamos con jeringa, los doctores le llevaban la comida y para ella molida lo que era el pollo o la fruta, molida o la sopa, todo

licuado, entonces como le digo y fue donde yo le aventaba la comida con la jeringa, le cortábamos con una navajita ahí donde va la aguja y entonces se la dábamos y no, nos la aventaba no la quería...” (*Entrevista a Inocencia*)

No obstante, los tratamientos han coadyuvado a la mejoría en su condición de enfermedad, esto ha tranquilizado y dejado satisfecha a Inocencia por el esfuerzo y sacrificio que han realizado.

“... mejoría sí ha tenido, ahora ya se vale por ella sola, ya tengo apenas que no la baño como un mes, porque primero la bañaba como una criatura y ya después ella se bañaba, le tallaba la espalda o le tallaba los pies y ella se echaba agua o le lavaba el pelo, pero ya tengo como un mes, no, como quince días que no, que se baña sola, pero yo tengo miedo que se bañe sola, que se golpee en la pader (*pared*) y vuelva a recaer, ey ya le digo, pero que yo la veo bien ya está muy bien, no le digo que aliviada, no, pero que la veo bien ya es muy diferente, pero sola no la puedo dejar tampoco, ahora que voy al DIF (*ubicado a tres cuadras de su casa*) si estoy allá, me vengo cada cinco o diez minutos y ahí estoy a la vuelta y vuelta, porque digo ‘no vaya a recaer’, si la saco mucho donde hay gente, donde se embola la gente, ella no aguanta, ella ha querido convulsionar como que se pone nerviosa o se embola, que capaz que ande en los bailes o que ande así, no, o que se desvele, no,...” (*Entrevista a Inocencia*)

Para Inocencia ha resultado desesperante que Lucía le avise cuando realiza alguna actividad en el interior del hogar, pues considera que esto en lugar de avanzar la vuelve más dependiente. Esto refleja la ansiedad de Inocencia de que su hija se comporte como antes de la presencia de enfermedad.

“... pero ahora como por ejemplo ella va sola al baño ‘mamá, voy al baño, o que ire esto’, ‘ándale pues’, pero a veces me desespera porque todavía me tiene que avisar, le digo ‘Lucía, tú no tienes por qué ser así, ya tienes que valerte por ti misma’, ‘ay ‘amá es que usted luego me regaña porque no le aviso’, y sí a veces le digo ‘avisame a dónde vas’, ha habido ocasiones en que estoy ahí sentada y me cierra la puerta y ni como meterme, y ahí sí me desespera, y ando buscando la forma de que esté abierta aquella puerta (*se refiere a la puerta trasera de la vivienda*), ando brincando chiquillos por atrás para ver dónde anda (*refiriéndose a los niños vecinos*), y pu’s sí me saca de quicio pa’qué le echo mentiras, porque le digo ‘¿te enfermas, ni cómo sacarte!, hacer agujeros en la pader (*pared*) sólo pa’ sacarte como que no va’, de que ella se vale por sí misma así mucho, no...” (*Entrevista a Inocencia*)

Lucía en su adolescencia terminó su formación secundaria y después se incorporó a trabajar en una fábrica de El Salto, Jalisco. Cuando comenzó a desarrollársele la enfermedad dejó de asistir, pues las crisis se presentaron frecuentemente. Aún y

con su enfermedad, Lucía se casó en el registro civil con un novio con el que compartió escasos cinco meses de matrimonio. Inocencia comenta que en un inicio permitió que la visitara su novio, pero un día, sin avisarle, se fueron y regresaron con el acta de matrimonio. Ella lo aceptó que viviera ahí con ellos, pero lo corrió porque no aportaba recurso alguno para la manutención de la casa, ni para los medicamentos del tratamiento de su hija. En la actualidad, Lucía está triste porque su padre los abandonó y también porque uno de sus hermanos se fue de la casa para vivir con su pareja y no han sabido de él en un año. Lo que más desea Inocencia es que puedan donarle un aparato auditivo, por prescripción médica éste puede coadyuvar a la mejora de su sentido del oído.

El cáncer cervicouterino de Pilar y la presencia de diabetes e hipertensión...

Pilar a sus sesenta y siete años de edad es una persona que logra identificar momentos clave en su curso de vida con los que relaciona directamente la manifestación de su hipertensión y diabetes. Argumenta que los acontecimientos fueron cuando tenía cuarenta y cinco años de edad y se enteró que su primer pareja estaba casado con otra mujer, y por lo tanto, al fallecer él, la pensión militar que en un momento pensó que iba a tener para sostener económicamente a sus catorce hijos, no pudo obtenerla por dicha razón. También, explica que su primer pareja quiso abusar de una de sus hijas, por lo que lo corrió de la casa y no supo más de él hasta el día en que falleció.

“... ya tenía de las dos mujeres grandes, ya tenía una que se llama Clara y ya había tenido un hijo, entonces él (*su primer pareja*) quería abusar de la niña, de su propia hija fíjese, yo lo corrí fíjese, le dije ‘aquí no cabes, vete y vete’, lo corrí, entonces con esa fecha a mí me empezó a afectar mucho para lo de la presión, y empecé flaca y flaca y enferma...” (*Entrevista a Pilar*)

Por otra parte, la presencia de su cáncer se produjo ahora que vive con su actual pareja, *‘los días felices que ha pasado con él’*, desde hace diecisiete años, también se han convertido en los momentos más difíciles para hacer frente a sus enfermedades y aceptar su condición de salud.

Una de sus experiencias de enfermedad surge a partir de un aborto, pues queda internada por espacio de seis meses en una clínica de la Secretaría de Salud tras la cesárea que le practicaron para extraerle a su hijo que ya había fallecido. Al año siguiente, vuelve a ser internada para tratarla de un riñón y de un ovario. Uno de sus hijos pudo incorporarla al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para atenderse, pero a partir de un examen de papanicolaou practicado en dicha institución se detecta la presencia de cáncer cervicouterino. Sus hijos la internaron en una clínica particular y ahí fue cuando los doctores le diagnosticaron dicha enfermedad. Esto produjo que la trasladaran a otra de las clínicas del IMSS ubicadas en Guadalajara para continuar su tratamiento, en ese tiempo fue cuando comenzó a manifestar la caída de cabello y *'ardores constantes en su vagina'*.

“... el examen me lo hicieron en Tonalá, en el Seguro de Tonalá, entonces me cortaron una bolita, que en una caída, resultó la bolita, porque yo era amante a andar levantando cosas pesadas, la bolita chiquita empezó a crecer grande y grande, pero yo me paraba y de parada sentía que la traía como un testículo de un hombre colgando, la traía, pero chiquita, pero como le digo, fue creciendo y del tamaño de un blanquillo de gallina me creció, pero yo me paraba y hacía esto, me abría de pies y con mi mano me sumergía la bola para arriba, pa' que se subiera, pero mi panza haga de cuenta que pa'l otro mes me aliviaba de niño...” (*Entrevista a Pilar*)

Pilar explica la condición en que se encontraba, pero la negligencia de la parte médica estuvo presente al no brindarle la atención debida y sólo concretarse a canalizarla a otra de las clínicas del Seguro Social.

“... yo llegué aquí a mi casa sangrando y sangrando, todo el día, era un viernes y le dije a la niña (*a su nieta*) que se arrimara a verme, pues era mujercita igual que yo, ‘¡ay mamacita, te me vas a morir mira qué sangrados!’”, entonces le hablé a un hijo, ese hijo vino y me llevó a “la Catorce” (*una de las clínicas del IMSS*), no me hicieron nada, na'más el traslado de papeles y va allá a “Belisario” (*otra de las clínicas del IMSS*)...” (*Entrevista a Pilar*)

“... cuando yo caí en “la Catorce” (*refiriéndose a la clínica*), yo no lloraba, ¡aullaba!, íre, yo me salía, porque eran unos ardores tremendos en mi vagina, con una panzota así, en esto, y la bola de fuera haga de cuenta que traía un testículo de hombre, lo traía ya colgando...” (*Entrevista a Pilar*)

Después de esta experiencia, sus hijos se encargaron de llevarla a una clínica particular para saber qué estaba sucediendo con su salud.

“... me llevaron a una clínica que está allá por la de “Santa Cecilia”, de paga, y ahí fue cuando le dijeron a mis hijos ‘si su mamacita y ustedes tienen modo de meterla al Seguro, métenla al Seguro, porque esta enfermedad va pa’ largo y puede ser principio de cáncer’, ¡cuál principio, era el cáncer!, porque mire yo tenía mi pelo grandote y aquí se me venían los machucos (*la señora se refiere a los mechones de cabello que se quedaban en su mano cuando se lo agarraba*), yo lloraba, pero no me daba porque como le digo no me doy...”
(Entrevista a Pilar)

Hecho esto, volvió a pisar los pasillos y cuartos de las clínicas del IMSS, esta vez con la esperanza de ser mejor atendida. En esa ocasión es cuando enfrenta el momento en que su cáncer queda dictaminado, ante el asombro de los médicos por la valentía mostrada.

“... pos ándele que me van dejando otra vez ahí en “Belisario” (*la clínica del IMSS*) cuando me llevaron de vuelta, ya de ahí me mandaron a “la Ayala” (*otra clínica del IMSS*), y ahí en “el Ayala” por citas, pero me las hacían bien seguiditas, me metían unos aparatos y este, limpiaban y los echaban en el bote que tenían, haga de cuenta que era marmaja de avena blanca horrible, ¡fea!, entonces dicen dos especialistas que estaban ahí donde me estaban haciendo eso ‘¿viene sola madre?’, le digo ‘sí, y sola seguiré viniendo, pero ¿cuál es el problema?’, mire doctor y mire doctora, yo les voy a decir la mera verdad, yo tengo un valor suficiente para que me diga mi enfermedad, porque tuve tantos hijos como ustedes me preguntaron’, porque ya ve que le hacen unas preguntas a uno (*refiriéndose al expediente médico que se realiza al ingresar al Hospital*), ‘pero madre vamos a creer que usted toda la vida que así que asá...’, ‘sí, sí, porque mire, mire doctora y mire doctor, mi madre no tenía necesidad de, y ni gusto de que yo tuviera hijos cada rato’, así les dije (*la señora se sonríe*), ‘que ella (*su madre*) estuviera sufriendo por mí, así mis hijos, ellos qué necesidad tienen de llevar un desengaño, de sufrir una decepción grande que les van a decir, pa’ qué me dice que no doctor, ¡es cáncer!, y le puedo apostar lo que gane un mes aquí en el Seguro y lo que tengo de mi dinerito en el banco’, puras mentiras no tenía nada (*esto lo dice en voz baja como si sólo lo hubiese pensado en ese momento*)...” (Entrevista a Pilar)

Para Pilar estos sucesos no la detuvieron para comenzar a tratar su enfermedad, pues el contacto con sus tíos desde la infancia y la comunicación que tuvo específicamente con una de sus tías ‘*naturistas*’, la condujo a tomar la decisión de hacer sus preparados y ‘*menjurjes*’ para solucionar su estadio de enfermedad.

“... lo que he estado tomando ahorita es la sábila molida en crudo con miel y con chaya... ahorita lo que tomo mucho es hervido en una olla de barro con agua de garrafón, es el vástago, lo coso (*cuezo*) haga de cuenta que es canela, y tomo como agua de uso la que yo quiera, y tengo otro traste donde

hago también para lavado vaginal o aseo vaginal en la mañana y en la noche, tibio, ni frío ni caliente, tibiecito, tiene que ser tibio..., ya le digo y para mí yo siento que ha sido mejor, ha sido mi alivio...” (*Entrevista a Pilar*)

Para Pilar ha tenido un valor el uso de la *‘medicina tradicional’* para el tratamiento de su cáncer, su problemática de salud actual la atribuye más a la presencia de diabetes e hipertensión, pues su apariencia física corporal dista mucho de la de una portadora de cáncer.

“... yo pienso en ratos ‘para mí que ya no he de tener cáncer, yo para mí acá (*se señala su vagina*) nada nada, la bola ya está subida arriba, ya no hay molestias de nada’, nada más que como le digo, para mí, mi inicio de enfermedad fue lo de presión alta, y después de que fue presión alta, ya se fue la regla y empieza uno con bochornos, y así como fue el inicio tiene que ser el fin de la enfermedad...” (*Entrevista a Pilar*)

Como se aprecia en el fragmento anterior y posterior, para Pilar el proceso salud/enfermedad/atención parece tener un retorno a un estadio de salud, al menos en lo que al cáncer refiere.

“... yo tengo una tía todavía y ella es la que me dice ‘mira Pilar, pon bien cuidado, tu enfermedad pues si será dura, pero no ha de ser tan dura porque tu color no lo dice pa’ que tú tengas tu cáncer así, lo has de tener en la pura vejiga, donde era la bola que traías abajo’...” (*Entrevista a Pilar*)

Es preciso comentar que durante su estadía en la clínica del Seguro Social, estuvieron aplicándole quimioterapias, posteriormente, cuando salió de ahí tuvo que asistir en varias ocasiones, lo que implicaba trasladarse desde su colonia hasta donde se localiza el IMSS. Esto generaba muchos gastos para sus hijos y un desgaste físico para ella, por lo que abandonó este tratamiento y prefirió sus *‘medicinas naturales’*.

Para el tratamiento de la diabetes y la hipertensión ha continuado con las medicinas que le recetan cada vez que va a revisión médica en el Centro de Salud de la comunidad, de igual forma para su respiración, considera que lo que ella ha valorado como buen medicamento le ha funcionado en su cuerpo.

Las dolencias en las piernas y la hipertensión de Jimena...

Han sido alrededor de once años que Jimena inició con la enfermedad en sus piernas y con la hipertensión. Reconoce que la falta de reposo contribuyó a que su salud se agravara, pues en ese tiempo ella tuvo que hacer frente al sostenimiento del hogar y salir a trabajar en casas.

“... (con respecto a sus piernas) un dolor muy fuerte, un dolor que de aquí pa’ abajo no tenía fuerzas (la señora indica de las rodillas para abajo), pero p’os yo también tuve la culpa, tenía que mantener a los hijos, usted sabe que lavando y planchando en aquel tiempo no ganaba uno nada... y con el tiempo empecé con mis huesos, pero yo le echo la culpa a las caídas que tuve, del camión me caí como tres veces cuando trabajaba en casa” (Entrevista a Jimena)

“... (con respecto a la hipertensión) yo empecé a padecer mucho dolor de cabeza, empecé a ver que se movía el piso, eso fue hace diez años... veía que todo se me movía y la demás gente estaba muy tranquila, pu’s no era que yo traía la presión alta, luego ya llegué aquí y me llevaron al doctor y que traía la presión muy alta me decían... (refiriéndose a cuando se bajaba del camión) aquí yo sentía que quería bajar y sentía que el camión se movía así (la señora mueve sus manos), lo sentía yo...” (Entrevista a Jimena)

Para dar atención a su situación de enfermedad en las piernas acudió al Hospital Civil de Guadalajara de la SSA, sin embargo, la condición económica en que ha vivido le impidió dar continuidad al tratamiento a base de medicamentos que le recetaban. Además, con el paso del tiempo ya no pudo salir a buscar trabajo fuera de su vivienda y de la colonia.

“... pero así con pastillitas y como podía empecé a ir al Hospital... sí me regalaban la consulta, no digo que no, pero la medicina tenía que comprarla, entonces ya nunca compré la medicina, pa’qué voy a echar mentiras, y ahora entre más y más ya no puedo trabajar, porque ya tengo como cuatro cinco años aquí en la casa...” (Entrevista a Jimena)

La atención brindada a sus enfermedades fue acudiendo tanto a clínicas particulares como al Hospital de la SSA. Una de sus hijas representó el mayor apoyo cuando se trató de atenderla en consultorios particulares, desafortunadamente el alto costo de los medicamentos nuevamente fue el factor para ya no continuar su tratamiento en dichos consultorios.

“... *(la clínica de atención)* era particular, allí duré mucho tiempo, porque fue donde me controlaron porque tenía mucha tos, que ya de la misma tos se me venía mucha flema con sangre, duré mucho tiempo que no podía ni caminar de aquí a la puerta, y ya vino mi hija y me llevó, me tuvo como unos cuatro cinco meses ahí con ella, ahí me controlé con ese doctor, pero ya después dejé y me vine al Centro de Salud...” *(Entrevista a Jimena)*

En ese lapso, en que estuvo recibiendo atención médica en la clínica privada, se le presentaron dos crisis de inicio de parálisis facial, por lo que de primera instancia su hija recurrió a los consultorios más cercanos, ubicados en la “la Huizahera” y en “las Pintas”. Por la condición en que iba no la pudieron atender, así que le recomendaron trasladarla a la clínica en que ya conocían su estadio de enfermedad.

“... hasta allá me llevaron las dos veces que me puse mala, porque nadie de aquí me quiso atender, que me esperara al que me estaba atendiendo, ese día era domingo y me llevaron con todos de los de aquí pero nadie estaba *(la señora se refiere a algún médico de la colonia)*, entonces me llevaron a ‘la Guadalupana’, aquí a ‘las Pintas’ pero dijo que no *(el médico)* ‘no m’ija, mejor llévatela con el doctor que la está atendiendo porque yo no puedo meterle mano así como anda’, y yo ya había tomado pastillas, ya me había tomado dos tés, traía doscientos ochenta ¿cuánto traería cuando me pegó eso? *(refiriéndose a su presión arterial)*, fue lo que dijo la doctora ‘se imagina, tomó pastilla, tomó té, de esa hierba que tomó es muy buena’, entonces por eso dijo ‘mejor llévela allá’...” *(Entrevista a Jimena)*

En el siguiente relato, explica cómo vivió esa experiencia en el momento en que se manifestó el evento de parálisis facial y corporal.

“... como cuando me quiso pegar un parálisis, la primera vez fue este lado *(indica el lado izquierdo)*, estaba yo sentada y sábe *(expresión de desconocimiento)*, sentí como que algo me tronó de aquí así y quise voltear y no pude, y como pude me fui resbalando y me di el sentón, pero con la mano así *(hacia arriba)*, como a las nueve y media llegó mi otro muchacho y no’más me dijo ‘¡señora!’ y ya dice ‘¡ándale Mauro háblale a Clara, mi mamá está como mi abuelita, mira le pegó igual!’”, no p’os ya vieron así que me había querido pegar, pu’s ya me llevaron con la doctora y estuve como un mes allá y ya me vine más o menos bien, a los quince días que me vine de con la doctora, empecé con este otro lado *(el lado derecho)*, y este lado ya se quedó mal, ya mi brazo no lo puedo mover...” *(Entrevista a Jimena)*

Posteriormente, cuando asistió al Hospital Civil de Guadalajara pudo gestionar el *Seguro Popular*, pero ya no lo utilizó porque le indicaron que requería de operación, lo cual generaría gastos que ni ella y sus hijos podrían solventar.

“... (la atención en el Hospital Civil) más de un año, y me dieron el Seguro Popular, pero según me iban a operar pero no cubre lo que yo ocupo, tengo que pagar veinticinco mil pesos por cada rodilla, yo de dónde los agarro si no tengo el modo...” (Entrevista a Jimena)

De ahí que la alternativa para continuar en tratamiento ha sido el Centro de Salud “la Huizachera”, prefiere continuarlo en este lugar porque es el más cercano y no le genera gastos en traslados.

“... por eso estoy aquí (en el Centro de Salud de la comunidad), y dice el doctor que vaya juntando... por eso no he hecho ya la lucha, ai tengo el papel y todo para ir hablar, porque me dieron el escrito aquí en el Centro de Salud, pero dije ‘¡ay!’ , póngale que sí me ayuden en el Hospital, pero para los demás gastos ¿quién me va ayudar?, usted sabe que hay que estar pagando pa’ que me muevan pa’ todos lados, p’os no, mejor así, al cabo pa’ qué le busco ya...” (Entrevista a Jimena)

El tratamiento que ha continuado ha sido básicamente alópata, no obstante, al igual que otros de los casos ha recurrido a la complementación con ‘*medicina tradicional*’.

“... (para las piernas) p’os me han dado pastillas y no’ más medecina y aceitito que me unto yo, pa’ descansar cuando ando muy hinchada... (en el caso de la hipertensión) yo he tomado el zapote blanco, el alpiste, no me acuerdo que otra yerbita he estado tomando también, pero ahorita no... (la señora tose) un día, dos días, pero luego vuelvo...” (Entrevista a Jimena)

Para Jimena, actualmente su situación de enfermedad la ha limitado cada vez más en sus actividades cotidianas, por la desesperación de no tener el mismo movimiento en sus piernas y brazos como hace once años. Esto, la ha vuelto dependiente de sus hijos, cuestión que no le agrada, pues siempre se valió de sí misma cuando trabajó en el ladrillo y cuando trabajó en casas para ganar el sustento de su hogar ante la falta de su pareja.

El tumor en la rodilla de Micaela...

Aproximadamente hace doce años, cuando ya su esposo la había abandonado, es cuando Micaela resiente un dolor fuerte en la rodilla derecha. Ante esto, su hermana y ella optaron por acudir a la Cruz Roja más cercana, ubicada en el sector de “Toluquilla” en Tlaquepaque, Jalisco. Este fue el primer contacto con una institución de salud, pero desafortunadamente al no disponer del equipo necesario para hacerle un diagnóstico, le recomendaron asistir al día siguiente a la Cruz Roja ubicada en el “Parque Morelos” de Guadalajara.

“... ya fuimos mi hermana y yo, pero no había todavía para sacar radiografías y todo eso, entonces me dijeron ‘sabe qué señora, no la vamos a poder atender aquí, mejor vaya mañana a la Cruz Roja del Parque Morelos’, al siguiente día nos fuimos mi hermana y yo para allá, pero el día siguiente, el ortopedista llegaba hasta en la tarde, sacamos ficha para en la tarde y ya vine saliendo hasta en la noche, pero ya con el pie con fédula (*férula*) desde el tobillo hasta arriba (*la rodilla*), me pusieron una venda abajo, me pusieron una fédula (*férula*) y me pusieron otra venda encima, pero ya inmovilizado el pie, porque decía el doctor que no se, porque me sacaron la radiografía pero no alcanzaba a salir porque estaba muy inflamado el pie...” (*Entrevista a Micaela*)

Estando en la Cruz Roja del “Parque Morelos”, el médico le practicó varios estudios para saber qué estaba sucediendo con su rodilla. De inicio no se esperaba que fueran tumores los que estaban prevalentes en la rodilla de Micaela.

“... yo todavía no sabía que tenía los tumores y él tampoco yo creo, ya me dijo ‘no me explico por qué está tan hinchada su rodilla’, y ya me citó para sacarme líquido de la rodilla, me sacaron, pero no se pudo analizar porque el pulsivo, no entró el pultivo, se perdió, y me volvió a sacar otra vez y entonces sí ya entró al estudio que le iban hacer, del líquido, y entonces fue cuando ya supo que tenía los tumores fibrosos...” (*Entrevista a Micaela*)

Posteriormente, le programaron una operación para dar solución a su enfermedad en la rodilla, sin embargo, su desconocimiento de la magnitud de la problemática en su salud desencadenó en el nuevo evento de enfermedad presentado en marzo de 2008. Micaela se lo atribuía al desgaste físico que tuvo en sus actividades de trabajo, por lo que naturalizó el dolor latente en su rodilla desde aquél entonces.

“... entonces ya para operarme, ya me dijo en tal fecha la vamos a operar, ya me operaron y me sacaron los tres d'esos, me hicieron biopsia (*biopsia*), pero según dijo que no eran malignos, lo hicieron por parte de mi hermana que es enfermera, ella los llevó en el pomo a hacerle la biopsia, porque p'os yo ya no pude, ya no'más hasta la operación y hasta ahí ya alcancé... y ella los llevó y ya le dieron el papel y ya le dijeron que no había nada malo, ya vio ella en el papel, en los estudios que no había nada malo, pero de todas maneras me aclaró el doctor Hinojosa que me operó que a los años me podían volver a regresar los tumores, pero yo hasta ahora que me caí el veintiséis de marzo (2008) supe el daño que tenía la rodilla, yo no sabía y a mí me dolía, pero yo no sabía por qué, vedá, yo creía que era por natural, ya el desgaste físico, como yo estoy consciente de que he trabajado y esforzado mucho mi cuerpo, a parte de los hijos y de todo, dije 'seguramente es normal', y hasta ahora supe el daño...” (*Entrevista a Micaela*)

Su tratamiento después de la operación fue nulo, estuvo presente el desconocimiento de la enfermedad ante la falta de reposo para recuperarse, pese a que algunas de sus vecinas le sugerían algún remedio, prefería soportar el dolor que automedicarse, pues el miedo comenzaba a invadirle ante su situación.

“... muy de raro que comprara algunas dos pastillas en la tienda y a veces hasta se me olvidaba tomármela, mejor me aguantaba el dolor dándome vueltas en la cama, ey, pero casi no, así muchas personas 'que te debías de poner esto y que el otro', pero no me ponía nada, no, 'que te habías de poner esta pomada, que te habías de poner de esta veladora, que con sal, que con no sé qué', que me decían, o que sábila, cosas así naturales, pero yo tenía miedo que me estimulara más mi enfermedadá vedá, por eso no quise, porque dije 'no sé, ni lo que tengo vedá'...” (*Entrevista a Micaela*)

Deja en claro el desconocimiento en los cuidados que debía tener después de la operación, cuando comenta que a los tres días dejó de utilizar las muletas para caminar.

“... cuando fui a que me quitaran las puntadas pues todavía me pusieron la fédula (*férula*) y todavía traía las muletas, pero nunca me especificaron cuánto tiempo iba andar así, entonces yo como quien dice, casi cuando me quitaron las puntadas, este, como a los dos días, como a los dos tres días dejé las muletas y empecé a caminar así, sin nada, mi mamá me decía 'no hija, apenas te quitaron las puntadas, no puedes saber si te va hacer daño', pu's ya empecé a caminar...” (*Entrevista a Micaela*)

Con el paso de los años comienza a resentir los dolores, por lo que se ve imposibilitada de caminar adecuadamente. Poco a poco su condición de salud volvió a degradarse, pues ya no podía estirar completamente la pierna.

“... ya con el tiempo empecé a ver que no podía caminar bien, empecé a chuequear y la rodilla se me empezó como a encoger, como así (*la señora aprieta su mano derecha*), ya no pude hacerla ni pa’ atrás ni pa’ adelante, pa’ ningún lado, vedá, como que empezó, los nervios, así (*indica con su brazo que no podía estirla*) pa’ acostarme, ya cuando me acostaba con la rodilla así, de lado, o como pudiera, pero ya así (*encogida*), no podía ponerla derecha, ya no...” (*Entrevista a Micaela*)

El descuido de su salud tuvo como consecuencia una caída, tras el desarrollo de un tumor. Cuando Micaela se enteró no sabía qué hacer. Esto refleja que ante su situación de pobreza alimentaria, la atención a la salud ocupó un segundo plano en su vida.

“... ya sucedió lo del accidente y pu’s ya tuvo que suceder pero de urgencia, vedá, entonces, ya hasta que me sacaron la radiografía, la vio el ortopedista en el Hospital Civil, en el nuevo, ya supe yo el daño que tenía, yo ya me quedé sorprendida porque dije ‘¡ay!, ¿y ahora qué?’...” (*Entrevista a Micaela*)

Después de ser atendida por dos especialistas, el tercero diagnosticó la implantación de una prótesis, la cual asciende a un costo que no es posible pagarlo ni por ella ni por sus hijos.

“... desde el primer d’este (*especialista*) que me vio, me dijo que me tocaba operación y prótesis, y este, pero no me dijo de cuál, el segundo también, el tercero fue el que me dijo que ocupaba una prótesis tumoral, porque yo le dije que ya me habían operado que me habían sacado otros tumores, y este, me dijo ‘sabe qué señora, usted ocupa una prótesis tumoral que cuesta cuarenta mil pesos’, vedá, ‘pues no sé’, primero dijo que una de cien mil pesos, le digo ‘¡ay, no!, nosotros somos de muy bajos recursos, entonces me voy a quedar así’, le digo ‘deme otra opción por favor’, ya dijo ‘pues una tumoral que cuesta cuarenta mil pesos’...” (*Entrevista a Micaela*)

La opción para llevar a cabo la operación es por medio del *Seguro Popular*, pero éste no considera el costo de la prótesis, por lo que se le dificultaba conseguir el recurso necesario.

“... pues yo no cuento más que con el apoyo del Seguro Popular, que dicen que costea la operación, pero como eso es cosa de fuera, la prótesis es cosa

de fuera, con eso no me pueden ayudar, vedá, entonces es el problema...”
(*Entrevista a Micaela*)

A partir de este diagnóstico ha tenido que medicalizarse y guardar una serie de cuidados para que su rodilla esté lo mejor posible para cuando le realicen la operación. Una de sus hijas mayores, quien vive cerca de su domicilio, ha estado al frente de los cuidados que requiere.

“... el medicamento y cuidarme de no caerme, de medicamento tengo pastillas, tengo vedá, para el dolor y lo principal cuidarme de no caerme, y mi hija me viene y me arregla, me cambia, me baña, me peina, todo para que yo no tenga que moverme, yo lo único que hago es supervisar la comida aquí, y que mi hija haga las cosas (*su hija menor*), nada más, pero no salgo a ninguna parte...” (*Entrevista a Micaela*)

Recientemente, en una de sus últimas citas médicas realizada en el mes de noviembre (de 2008), el médico le comentó la posibilidad de que poder conseguirle un menor precio de la prótesis. Para esto, el médico se encargó de negociar con las instancias proveedoras de prótesis al Hospital Civil de Guadalajara, obteniendo un costo de veintiséis mil pesos, a lo cual Micaela aprobó para ser intervenida en marzo de 2009. Su hija, quien vive en México, D.F., costeó la mayor parte de la prótesis, veinte mil pesos, su hermana enfermera le prestó dos mil pesos, en tanto sus hijos consiguieron cuatro mil pesos. Micaela ha estado en recuperación, guardando reposo en casa, realizando sólo las actividades del hogar, estando en espera de que pueda salir de su vivienda para dedicarse a otras ocupaciones.

El principio de cáncer cervicouterino de Julieta...

Hace poco más de ocho años, Julieta dio a luz a su última hija. Después de ser intervenida en la clínica de maternidad de la Secretaría de Salud, durante su puerperio comenzó con fuertes dolores en su vientre y sangrados constantes.

“... tenía yo mi criaturita y a los tres meses me empezaron hemorragias, hemorragia cada quince días, y duré lo que es toda la cuarentena con sangrados, y a los tres meses se me viene hemorragia, pero hemorragias fuertes, entonces yo voy con una dotora y me dice la dotora ‘hazte un papanicolaou’...” (*Entrevista a Julieta*)

Por instrucciones del especialista que la atendió le recomendaron practicarse un papanicolaou. A través del resultado de este estudio se detectó que la displasia mostraba una anomalía en el cuello de la matriz, aspecto que Julieta no supo a ciencia cierta qué fue lo que presentó.

“... mi hija ya tenía seis meses, (*la doctora*) ‘hazte un papanicolau’, y me voy, me hago el papanicolau y rápido me llaman que me vaya a la maternidad de vuelta, porque yo traía pues, traía no sé infección, no sé qué era en el cono de la matriz, pero que a la vez vieron algo raro, entonces me voy a la clínica de displasia, allí me hacen un, me vuelven hacer otro estudio y fue cuando, sí salí mal, pero para eso el médico que me estaba atendiendo me dijo que no me preocupara, que si salía más grave, que me iba a mandar a quimioterapia, que no me preocupara...” (*Entrevista a Julieta*)

A la vez que acudía con los médicos de la clínica, también Julieta recurrió a una homeópata que conoció en el Centro de Salud de “las Pintitas”, sector ubicado en el mismo municipio de El Salto, Jalisco, pues quería tener las dos versiones para actuar en consecuencia.

“... fue de un desgarre muy fuerte que tuve, y yo de ahí empecé a sentirme mal, como le digo hemorragia y hemorragia cada quince días, entonces yo tengo una dotora (*homeópata*) que conozco desde hace mucho tiempo, fui con ella, ella me mandó hacer un papanicolau, me dice ‘hazte un papanicolau’, porque yo le decía los síntomas que tenía...” (*Entrevista a Julieta*)

Cuando la trasladaron a la clínica de displasias le practicaron una electrocirugía para saber qué le estaba ocasionando los dolores. En ese momento fue cuando los médicos desconcertados le preguntaron cómo se había ocasionado el desgarre en su matriz. Ante este comentario, Julieta también desconcertada, quiso saber el por qué de su enfermedad, si se debía a algún problema de su aparato reproductor o si su marido le había transmitido alguna infección venérea.

“... cuando estoy en clínica de displasia me dicen los médicos que me van a quitar lo que es alrededor del cono, me hicieron ¿una qué?, electro cirugía, sí, que me rebanaron y me quemaron, pues yo me deprimí mucho en aquél entonces porque mi bebé estaba más chiquita

y porque yo pensaba que todo lo que estaba padeciendo era sobre mi marido, entonces yo hablé abiertamente con los médicos y les dije que me expliquen, qué está pasando, si es cosa mía o cosa de mi marido, entonces ellos me explicaron y me dijeron que era un desgarré muy fuerte que yo traía, que ¿cuándo me habían ocasionado eso?...”
(Entrevista a Julieta)

Al acudir a la clínica de la Secretaría de Salud, después del papanicolaou practicado, fue como los médicos pudieron establecerle un diagnóstico final de lo que estaba sucediendo en su cuerpo.

“... le digo (*al médico alópata*) ‘dígame por favor qué está pasando, dígame por favor’, me dice ‘¿viene acompañada de su esposo?’, le digo ‘sí’, dice ‘lo que pasa es que...’, le digo ‘dígame, lo que sea’, no querían decirme, le digo ‘¿tengo cáncer?’, dice ‘no señora, usted estuvo propensa a cáncer, pero bendito sea Dios está bien’, ‘entonces ¿qué es lo que está pasando por qué me hacen todo esto?’, ‘no’, dice, ‘pus para ver que usted no tenga algo más grave, que necesite ya quimioterapia, pero no, bendito sea Dios salió bien’...” (Entrevista a Julieta)

En su relato, expresa abiertamente que combinó las dos recomendaciones médicas, dándole seguimiento con los tratamientos, alópata y homeópata, y así, dar solución a su enfermedad.

“... sí, las dos, las combiné las dos, y así mire, bendito sea Dios, desde hace ocho años, hasta apenas como seis meses que yo esto se lo comenté a la enfermera (*del Centro de Salud de la Huizachera*)...”
(Entrevista a Julieta)

“... entonces estuve en la clínica de displasia tres años seguidos, el tratamiento era cinco años, yo sé, porque me lo dijo el médico claramente ‘son cinco años los que tú tienes que estar viniendo para atenderte, cada año y no sé qué’, yo le dije ‘ponga la cita’, pero yo no’ más fui tres años, y en tratamiento (*con la homeópata*) estuve como seis meses, pero tres meses continuos que no paraba la medicina...”
(Entrevista a Julieta)

No obstante, desconoció con la parte homeópata cómo sería el medicamento ingerido ni cómo solucionaría su problemática de enfermedad.

“... voy con mi dotora (*la homeópata*), le presento la receta y me dice ‘yo te voy a dar esto y esta medicina’, pero yo nunca supe qué medicina me dio ella porque ella es homeópata, dice ‘tú no’ más surte esto y esto (*del medicamento alópata*) y yo te voy a dar esto’...”
(Entrevista a Julieta)

Después de dar continuidad a ambos tratamientos, a los seis meses acudió nuevamente a la clínica de displasias para que analizaran cómo se presentaba su condición de salud. Las enfermeras se admiraron de la evolución positiva que presentó, Julieta nunca reveló que había tenido el tratamiento homeópata. El alópata programó sus citas cada año, para revisar que todo marchara a lo estipulado en el diagnóstico inicial.

“... cuando voy a los seis meses otra vez a la clínica de displasia me dice la dotora que me atendió ‘¡hija, estás muy bien!, ¿qué hiciste?’, le dije ‘tomarme la medicina’, pero yo nunca le dije que yo fui con otro médico, entonces dice ‘estás muy bien’, entonces yo no les dije qué medicina tomé, me dice ‘m’hija estás muy bien, tu cicatriz está muy bien, va perfectamente bien’, bueno, me da otra receta y dice ‘mira, lo único que tienes es ya inflamado, pero con esto...’, cuando me pasa con el médico me dice ‘ya con esto tienes m’hija, ya no más vienes cada año, cada año a tu cita’...” (*Entrevista a Julieta*)

Con este nuevo diagnóstico, regresa con la homeópata para continuar el tratamiento. Al año, su enfermedad había desaparecido, por lo que volvió a su estadio de salud.

“... vuelvo a ir con mi dotora, y le digo ‘así y así dotora’, ‘no le hace m’hija, vamos a seguir con el tratamiento hasta que tú te sientas bien’, y así, cuando voy al siguiente año, ya me dice el médico ‘estás bien, ya no tienes nada’...” (*Entrevista a Julieta*)

Julieta, actualmente, continúa asistiendo a pláticas de salud y consultas médicas al Centro de Salud “la Huizachera”, pues al pertenecer al programa *Oportunidades*, es requisito no dejar de atenderse. Sin embargo, cuando le sugieren practicarse un nuevo papanicolaou, se presenta el temor de que pueda resurgir una nueva presencia de enfermedad en su útero, sobre todo porque tiene hijos que necesitan de su presencia en el hogar.

“... ya ve que estamos en el programa (*refiriéndose a Oportunidades*) y nos pide que nos atendamos al menos cada año, verdá, entonces ella dijo (*la enfermera del Centro de Salud la Huizachera*) ‘quiero que vengan a hacerse el papanicolau’, y le digo ‘bueno, pero yo tengo miedo porque estuve así y así hace ocho años’, y me dice ella ‘con

mayor razón tienes que venir hacértelo', le dije 'mira, tengo miedo, porque cuando eso me pasó, yo sentía que me moría, ¿por qué me pasaba eso a mí?, si yo era una persona joven y mis hijos 'taban chiquitos, ¿quién me los va ver?, yo sola, aquí no tengo familia'..."
(Entrevista a Julieta)

La superación de la lepra en el cuerpo de Sonia...

Alrededor de diez años han pasado en que le detectaron a Sonia la presencia de lepra en la piel. No obstante, pasaron alrededor de tres años para que la parte médica pudiera establecer de qué se trataba realmente su enfermedad.

"...p'os como tres años, si p'os yo mala y mala y no me hallaban, me citaban y me citaban hasta que me llevaron allá, en el Hospital Civil, en el viejo, me hicieron muchas, p'os ¿cómo se dice?, muchos papeles (*refiriéndose a estudios clínicos*), me sacaron sangre y todo eso, y ya le digo, pero no me hallaron nada, estuve internada ahí también, calentura, me daba calentura y calentura, me dolía mucho la cabeza, y los pieses bien fríos y entumidos..."
(Entrevista a Sonia)

Explica que la presencia de un grano en la frente fue lo que estableció el inicio de su enfermedad. Atribuye la manifestación de éste, el hecho de que muchas personas, particularmente ella y su familia, acudían a bañarse al ojo de agua conocido como "la Piedrera", ubicado en las cercanías de "Santa Rosa del Valle".

"... yo le eché la culpa de que nos bañábamos en "la Piedrera", y luego yo sentí una mancha aquí, pero una mancha aquí blanca (*en la frente*), y me daba mucha comezón, y ya pus mala y mala, entonces un día me salió como un granito aquí (*la señora se toca su frente, del lado derecho, encima de la ceja*), con mucha comezón y mucha comezón, yo pensé que era un piquete de zancudo..." (Entrevista a Sonia)

Una vecina, quien también presentó lepra, la impulsó a que acudiera al Centro Dermatológico de la Secretaría de Salud para saber qué era lo que estaba sucediendo en su cuerpo. Una vez que la ubicó cómo llegar, su hija mayor la acompañó.

"... cuando me llevaron allí (*al Hospital*), me encontré a una señora y ella estaba enferma y me dijo 've al Centro matológico a que te vean', está de Atemajac para allá, entonces ya me dijo y me dio la seña (*de cómo llegar al Centro Dermatológico*), y una hija mía que vive en Ocotlán vino y yo le platiqué, ya vio que me ponía bien mala y que me daba la comezón, y ya me

llevó, me hicieron análisis, mucho tratamiento me hicieron, hasta que ya me detectaron eso...” (*Entrevista a Sonia*)

Anteriormente, había visitado algunas clínicas particulares y centros de salud cercanos a su domicilio, pero algunos de los médicos minimaban su enfermedad. De ahí que cuando acudió al Centro Dermatológico y le establecieron el diagnóstico, sintió que ya no iba a poder curarse.

“... el primer doctor que me vido (*vio*), dijo que era como un piquete de zancudo infectado, y no, me dio medicina hasta inyecciones...” (*Entrevista a Sonia*)

“... sí, acá por acá (*refiriéndose a los médicos con los que acudió en “las Pintas”*) ningún doctor me dijo, hasta allá en el “matológico” (*dermatológico*), luego ya me detectaron y me dijeron que era, ¿cómo me dijeron?, que tenía cáncer, y el doctor que me dio la medicina me dijo ‘mira muchacha, tú tienes lepra’ (*al pronunciar la palabra lepra, la señora baja el volumen de su voz, como para que no se escuche*), ‘juuum, yo me voy a morir, antes de aliviar me!’...” (*Entrevista a Sonia*)

Sonia relata lo que sentía en su cuerpo, asociándolo con la piel de los peces, pues para ella era un estadio de desesperación.

“... así como mucha comezón y como rasposas (*la señora toca sus brazos*), sentía como escamas, muy feo y mucha comezón, mucha comezón, pero ahorita lo que siento es algo que me pica, pero yo digo que es otra enfermedad, porque no tengo nada, y así las comezones no...” (*Entrevista a Sonia*)

Su tratamiento fue primordialmente alópata, pues como se indicó, al lograrse la detección de su enfermedad en una clínica de la Secretaría de Salud, dio pie a las indicaciones de los médicos, entre las que destacan prácticas de cuidados para recuperar su salud.

“... me estuvieron dando la medicina casi tres años, unas cápsulas (*cápsulas*), como guindas así y unas pastillas, y ya me alivié bendito sea Dios...” (*Entrevista a Sonia*)

“... hasta me dijeron que no se quedara nadie conmigo, que mi cama limpia, y pues les dieron muchas instrucciones a las muchachas, a mis hijas, y sí, me bañaban en la noche, mi cama limpia y la comida que me daban, todo bien, pos sí, sí me alivié pronto...” (*Entrevista a Sonia*)

No obstante, sus nietas convivían con ella, es decir, no hubo una rigidez en el seguimiento de las instrucciones médicas. Para Sonia fue importante su fe en Dios para sanar y que no se transmitiera la enfermedad a los miembros de su hogar y familiares que la visitaban.

“... traían a sus niñas chiquitas (*sus nietas*) y ‘¡no me las arrimen!, nada’ yo les decía, ‘téngala’ me daban el niño, la niña, y comíamos ‘que me aparten mis trastes’, y no, comíamos, ‘a usted, ¿quién se lo mandó?, si Dios nos cuida, nos cuida’, a mí no me hicieron orilla para nada, para nada, se quedaban, si en veces las muchachitas (*sus nietas*) se acostaban conmigo, mi cama siempre limpia, limpia, pero yo les daba una cobija a ellas, solitas, porque querían estar conmigo, yo me hacía bolita a la orilla, me acobijaba en mi cobija y a ellas les daba su cobija, aquí tengo tres camas (*en otro de sus cuartos*) pero no se querían venir pa’acá, y no se les pegó a nadie, a nadie, por eso le digo que Dios nos ayudó, vedá, Dios nos quiso ayudar, nadie, nadie sacó eso (*contagiarse de lepra*)...” (*Entrevista a Sonia*)

Después de recuperar su salud, Sonia volvió a realizar sus actividades en el hogar y visitó nuevamente a sus hijas que viven cerca de su domicilio. Actualmente, bajo la atención que recibe en el Centro de Salud “la Huizachera” le han diagnosticado ser portadora de hipertensión e inicios de bronquitis, así como la presencia de dolores en los huesos de sus piernas y en la columna vertebral. Para complementar su tratamiento alópata para hacer frente a la hipertensión ha ingerido algunos tés que ella misma prepara.

“... yo hago una olla, ai tengo, y pa’ eso tengo también el tubito ese que me dan ahí (*refiriéndose al aerosol para cuando no puede respirar adecuadamente, el cual le proveen en el Centro de Salud*), entonces me pongo así dos o tres (inhalaciones), y me levanto y hago el remedio y me lo tomo... (*para la hipertensión*) pasiflora con alpiste o en vez una coca con sal...” (*Entrevista a Sonia*)

La discapacidad en las piernas de Margarita...

Como se comentaba en la presentación de Margarita, su enfermedad en la rodilla derecha se derivó de un golpe recibido con algún objeto pesado en las explosiones del 23 de abril de 1992 en Guadalajara. En ese entonces, ella vivía cerca del centro de Guadalajara, lugar en el que también tenía su negocio de

desayunos y comidas. En el siguiente relato se aprecia cómo vivió dicho acontecimiento.

“... en la esquina de Aldama y la Calzada (*Independencia*) fue la explosión, y yo no'más dando vuelta así como quien va a, al Coliseo (*refiriéndose a la Arena Coliseo*) por 20 de noviembre, y atrás del estacionamiento ese grande que está ahí, ahí vivía y ahí tenía mi negocio, entonces cuando yo estaba adentro, oí un tronido así fuertísimo y dije ‘¡ay Dios, qué pasó!’, y me quise asomar pa’ fuera y veo la gente corre y corre por donde quiera, y ya vi los socavones cómo estaban ahí, ¡y que corro!, dejé la puerta abierta, y me salí y me junté con la gente, pero, en el camino, yo no sé, porque se levantaban los registros, por la presión, iba caminando por todos lados así, y donde se levantaba aventaba piedra por donde quiera, lo que hubiera, y yo no te sé decir con qué me pegó cuando iba corriendo, me abrió aquí (*señala su pierna derecha*)...” (*Entrevista a Margarita*)

Después de correr para protegerse de las explosiones, aún y con su pierna herida, hasta llegada la noche fue cuando le permitieron ingresar a su casa. Para esa hora su pierna estaba inflamada y la herida muy profunda.

“... hasta en la noche me dejaron entrar, ya iba yo con la pierna bien hinchada y ya se me había detenido la sangre, como tengo mucha coagulación, se me coaguló, caminando, corriendo se me coaguló, fíjate ¡qué fuertota! me cuajó, entonces ya cuando llegué llevaba la pierna muy hinchada, se me veía la heridota asinota porque estaba piernudona, así que por aquí así estaba de hondo (*indica con sus manos qué tan profunda estaba la herida*), y entonces, yo pensé que me iba a cerrar, dije ‘tengo la carne de perro’...” (*Entrevista a Margarita*)

Desafortunadamente, la desatención de su pierna y el hecho de continuar realizando sus actividades cotidianas en su casa y en su negocio de comidas, propició que la herida se abriera y los dolores fueran cada vez más intensos.

“... así estuve y seguí trabajando, me la atrasé porque yo no quería darme por vencida de que no me fuera a cerrar, y p'os no me cerró, como estaba trabajando a diario y andaba para allá y para acá, y no se me pegaba y se me volvía a despegar (*la herida*), hasta que ya no pude entonces ya no moví la pierna, tenía los dolores muy fuertes, nada de materia de pus, nada, no'más no me cerraba...” (*Entrevista a Margarita*)

Para atender su problema de enfermedad, estuvo en tratamiento con un médico alópata y homeópata, a quien conoció durante las atenciones que brindaba a la gente que había quedado herida el día de las explosiones.

“... *(al médico)* ese día lo conocí porque me mandaron con él... *(el médico)* es homeópata, pero también es alópata, entonces él luego luego me vio, pa' pronto, 'con eso *(con el medicamento que le dio)* ya va dormir a gusto y no le va doler nada, le va ir sanando'...” *(Entrevista a Margarita)*

No obstante, el medicamento que privilegió fue el homeópata. Margarita desconoció de qué se trataba y qué función tendría en su rodilla, pero lo importante para ella era sanar lo más pronto posible.

“... *(el medicamento homeópata)* eran como unas gotas, 'si usted siente que no se le calma el dolor no importa que se las tome a cada ratito las gotas', y ya así pasé... como era alópata, con degrisán y puro suero para lavar *(la herida)* con otro de, no me acuerdo cómo se llama ese líquido que le ponían al suero para desinfectar, y eso es con lo que me lavaron, me lavaban diario, diario, y me ponían, un pomito de degrisán...” *(Entrevista a Margarita)*

De hecho, antes de recurrir a este médico, había asistido a una clínica particular, pero la solución que le dieron era cortar la pierna. Afortunadamente un vecino fue por ella para que la trasladaran a su casa, y después, poder contactar al homeópata.

“... en la clínica del Sagrado Corazón, allí fui a ver qué me decían, no pues ahí luego luego al cuchillo, y yo sí quería que me la cortaran porque eran tan fuertes los dolores, 'mejor que la mochen', y sí me la iban a mochar desde aquí *(la señora indica arriba de la rodilla derecha)*, dije '¡ay Dios mío de mi vida!', pero ya hubo que ese doctor me alivió, por eso estoy aquí todavía vivita y coleando...” *(Entrevista a Margarita)*

Los cuidados que recibió fueron muy importantes para que la enfermedad no avanzara, estos fueron realizados en su casa, tanto por el médico como por una de las señoras que trabajó con ella en su negocio de comidas.

“... en mi casa, me estuvieron atendiendo... todavía no se me iban las sirvientas que tenía, me quedaba una 'yo no me voy Doña Margarita hasta que se componga', 'pues así verás, como quieras, yo de todas maneras te voy a pagar', tenía centavos en el banco y le podía pagar, y este, él me atendió muy bien *(el médico)*, me cuidó, me sanó, ya cuando llegó una vez me dijo 'ya se puede parar Margarita'...” *(Entrevista a Margarita)*

También, durante los once meses que estuvo en reposo, Margarita recibió al médico en su casa para la realización de análisis y detección de otras enfermedades.

“... cuando estuve en la cama que me iban a mochar esta pierna (*la derecha*), iban de los laboratorios allí a mi casa, allá en Guadalajara, a hacerme mis análisis, de todo lo que fuera sangre, azúcar, nada, nada, nada, no’más presión (*alta*), tantito, este, es en lo que sacaba...” (*Entrevista a Margarita*)

Desafortunadamente, en una de las visitas a su domicilio, el médico le indicó que podía pararse, Margarita no pudo hacerlo y sufrió una caída. Para ella lo más lamentable es que ya no podría continuar trabajando en la realización de comidas, el cual había sido su sustento por muchos años.

“... pues me dio mucho gusto de pararme pero me caí, porque como dormía sin taparme de aquí pa’ abajo (*de la rodilla hacia los pies*), y en tiempo de las aguas se me enfriaron todos los nervios, y luego como tenía encuerado el hueso ahí, fue lo que me dejó desagraciada de ahí ya, y los ligamentos, hasta se alcanzaron a afectar con la humidá, así que así estuve y después ya no pude trabajar, ya fui destituida...” (*Entrevista a Margarita*)

Después de todas las atenciones recibidas, Margarita se ve afectada económicamente, pues ya no había podido trabajar y el poco dinero que tenía lo había invertido en su tratamiento y cuidados. No se sintió a gusto en el lugar en que vivía, pues no había podido pagar la renta durante todos esos meses que estuvo en cama, por lo que optó por cambiarse e irse a vivir con una señora que le ofreció ayudarla. Sin embargo, esta señora la estafó con sus pertenencias y abusó de su confianza, dándole mal trato, aprovechándose de que no podía moverse libremente, pues en ese entonces además del problema de su pierna presentaba obesidad. Finalmente, una persona le solicitó cuidar su vivienda en la colonia “Juan de la Barrera”, cercana a “la Huizachera”. Estando ahí, una señora que le llevaba de comer se ofreció a contactar al sacerdote del templo de “la Huizachera” para que le ayudara. El padre se la llevó a vivir a un cuarto ubicado en el interior del predio del templo, y es ahí donde Margarita ha vivido desde hace once años, sufriendo cada vez más con sus dolores, ya no sólo en una, sino en ambas piernas, debido a la falta de atención y cuidados. No obstante, la doctora del Centro de Salud de la comunidad la ha apoyado y otorgado medicamento para tratar su hipertensión, aunque para ella ha sido mejor la preparación de un té y así relajarse ante un evento de enfermedad.

“... albahacar (*albahaca*) es uno, y ajenjo que es pa’ los nervios, anís estrella, alpiste y me lo tomo, no p’os inmediatamente se me controla todo, me quedo bien dormida, amanezco como nuevecita, todo no’más cocido, pongo a hervir una cosa de aluminio, le pongo la rama de albahacar (*albahaca*), las hojitas de ajenjo porque es muy amargo, y este el anís estrella ahí lo tengo, le pongo dos anises, dos estrellas, pa’que me quede mejor, y ya cuando está cocido, le echo un montón así de alpiste, en cuanto da un hervor o dos le apago, y ya lo agarro y me lo tomo...” (*Entrevista a Margarita*)

Margarita continúa en la vivienda al interior del templo, al frente de éste se ubican las instalaciones del Centro DIF de “la Huizachera”, quienes le proveen de alimentos diariamente, pues forma parte del programa de alimentación a la tercera edad que otorga el municipio de El Salto, Jalisco.

El cáncer cervicouterino en fase terminal de Carmen...

Cuando comienza a manifestarse el cáncer en Carmen, ella aún se encontraba laborando en un restaurante y realizando sus actividades cotidianas, sin embargo, los dolores se acentuaban en algunas partes de su cuerpo. Incluso, de primera instancia llegó a pensar que se trataban de simples dolores musculares.

“... p’os ella empezó con que le dolía la cadera y eso, que se sentía mal porque, p’os esos detalles de que en las mañanas para pararse se sentía muy mal, por eso esa cosa que ella sentía, hasta sus pies pesados pa’ caminar y eso, hasta que ya empezaba a caminar y empezaba a calentar entonces era cuando empezaba a moverse más, pero se sentía muy entumida, ya no podía ella moverse bien, ella pensaba que eran como calambres o algo, pero no, era de la enfermedad que ella tenía ya...” (*Entrevista con Antonio*)

Posterior a su último parto le practicaron una operación para ya no poder concebir, realizada sin autorización, además, le recomendaron acudir dos veces al año al Hospital para practicarle análisis, pues todo indicaba que su matriz presentaría problemas de enfermedad. Sin embargo, Carmen hizo caso omiso a esta recomendación.

“... después de que le hicieron (*hicieron*) la operación esa para ya no tener familia, aparte de que fue la presión involuntaria porque ni yo firmé, ni ella firmó tampoco para que hicieran eso, fue sin autorización de ninguno de los dos, bueno, de todas maneras ya lo habían hecho, ya ni modo, pero ella no fue a chequearse periódicamente, hasta después fue cuando ella me dijo que le

habían recomendado que fuera cada seis meses a checarsé y nunca iba, y yo le decía ‘pues ve, y ve’ y no hacía caso...” (*Entrevista con Antonio*)

Después de aproximadamente once años, con los resultados de un papanicolaou practicado en el Centro de Salud de la comunidad el médico le indicó que se fuera hacer estudios al Hospital Civil de la SSA, pues al parecer el cáncer ya comenzaba a invadirle su aparato reproductivo.

“... el mismo doctor del Centro de Salú que hay aquí en la colonia fue el que le recomendó que fuera al Hospital Civil viejo porque ahí estaba cancerología, porque él ya se imaginaba que era eso lo que ella tenía, y ahí fue donde le hicieron los estudios y sacaron la verdá, pues que sí era lo que tenía eso (*el cáncer cervicouterino*)...” (*Entrevista con Antonio*)

Carmen estuvo en tratamiento en el Hospital, no obstante, Antonio sin explicar a detalle cuál fue el diagnóstico del estadio del cáncer, argumenta que él hubiese preferido que sólo le extrajeran la matriz a su esposa, pues las quimioterapias no contribuyeron a una mejoría en su salud.

“... pero realmente se pusieron hacer cosas que yo creo que no estuvo bien en el trabajo que ellos hicieron, yo a gran parte de eso le echo la culpa de que por eso ella no vive todavía, no vive ya, porque yo pienso que en lugar de hacer todo eso de las quimioterapias y todas esas cosas, p’os si ya sabían lo que tenía p’os mejor operarla ¿no?, sacarle la matriz, ya no la necesitaba de cualquier modo, sacarle la matriz y hacer la lucha de que siguiera viviendo pero no lo hicieron, o sea no’más los mentados quimios, una atención de quimios que no le sirvió de nada creo yo, yo he escuchado por ai de que a unas mujeres las operan y ya después de operadas es cuando les hacen los quimios para acabar de sanar lo que les haya quedado y sin embargo a ella le hicieron, le pusieron todo al revés...” (*Entrevista con Antonio*)

Además de las quimioterapias, hubo momentos en que su situación se agravaba por lo que tuvieron que internarla en el Hospital Civil de Guadalajara.

“... a los quimios iba y venía diario, estuvo internada cuando se puso grave, cuando se puso grave duró internada quince días y yo diario me quedaba con ella ahí en el hospital...” (*Entrevista con Antonio*)

Los cuidados que recibía cuando se encontraba en casa, eran por parte de sus hijas y nuera, tanto Antonio como sus hijas sabían que tenían que suministrarle los medicamentos, como parte del tratamiento recomendado por el médico.

“... nada más las recetas que nos daban pa'que estuviera tomando los medicamentos que le recetaban y estárselas comprando cada que se le terminaban...” (*Entrevista con Antonio*)

Asimismo, complementó el tratamiento alópata con medicamentos alternativos, como el denominado 'noni', tés y emplastos que le recomendaron algunas personas, aunque para Carmen, ya todo era imposible para lograr estado de salud.

“... a nosotros nos recomendaron unas bolitas así que le llaman 'el noni', pero esa, eso hay que masticarlo, y según parece ella como fue muy, muy delicada del estómago le daba asco masticar eso y, pues casi no lo hacía... ya en las últimas se empezó a sentir este, como muy débil que no se podía parar y eso, entonces yo le estuve comprando el té de oral de sabores (*refiriéndose al suero oral*), para que se tomara y de ese modo se paraba y ya, andaba pa'allá y pa'acá... le pegaban los dolores tan fuertes, que yo aquí en la casa para calmárselos le ponía baños de agua caliente, esa parte de *aquí (el señor se toca un costado de su abdomen)* es donde sentía ella muy fuerte los dolores, ponía a calentar y hervir agua y con un trapo le ponía agua caliente, lo más caliente que lo aguantara y de ese modo le bajaban un poco los dolores...” (*Entrevista con Antonio*)

Antonio da cuenta de sus inconformidades cuando explica las diferentes instancias que visitaron cuando el cáncer cervicouterino de Carmen presentaba signos alarmantes, pues a pesar de todavía disponer de Seguridad Social (en el IMSS) por el último trabajo que ella desempeñó, las citas médicas eran muy lejanas a lo inmediato que requería el tratamiento. A esto, se le añade el no poder practicarle algunos estudios clínicos por parte del Seguro Popular, por lo que tuvieron que acudir a una clínica privada.

“... no recuerdo cómo se llamaba el estudio que no cubría, no lo recuerdo, pero no recuerdo si fueron uno o dos estudios que le costaban setecientos y tantos pesos, luego después que ya la estaban atendiendo, después de que le hacían los quimios, fue atenderse al, al Seguro (*refiriéndose al IMSS*), y en el Seguro se la hicieron muy larga, entonces le mandaron hacer unos estudios que ¡juuh!, quien sabe hasta cuando le iba a tocar, que sabe qué, no

p'os ella desesperada dijo '¡vamos a otro lado!', la volvimos a llevar al Hospital Civil, en el Hospital Civil le dijeron que sí, que ocupaba esos estudios, pero ahí no se los podían hacer y le dieron un papel para que fuera hacérselos a un lugar por allá, a un hospital que está por allá subiendo por la, de la Avenida México..." (*Entrevista con Antonio*)

Finalmente, por el estadio avanzado de su cáncer, Carmen no resistió más y falleció, dejando a su esposo al frente del hogar junto con su hija mayor y menor, por lo que acostumbrarse a la ausencia de su madre las ha conducido a tomar las responsabilidades y decisiones necesarias cuando su padre no está en casa, pues el trasladarse todos los días a su lugar de trabajo, ubicado en el centro de Guadalajara, propicia que tenga que ausentarse por más de doce horas al día.

Conclusiones.

Uno de los aspectos que destaca, es que el programa *Oportunidades* no prevee la situación de enfermedad en que se encuentran las participantes, lo cual dificulta la asistencia en el día en que se programan las pláticas de educación para la salud. Pilar es uno de los casos en que trasladarse al Centro de Salud de la comunidad desde su domicilio en "Santa Rosa del Valle", la agita y le altera su presión arterial, incluso hubo ocasiones en que le pidió a su esposo, aún estando su cáncer más en estadio avanzado, solicitar prestada una silla de ruedas para no faltar a la plática de educación para la salud, pues la inasistencia le generaría un recorte en el recurso recibido bimestralmente. O como en el caso de Margarita (persona de tercera edad), quien fue dada de baja por acumular inasistencias a dichas pláticas, sin considerar la discapacidad que presenta para trasladarse al Centro de Salud de la comunidad en los días de pláticas y de atención médica.

De igual forma, un caso atípico que se presenta es el de Jimena, quien decide por iniciativa propia no formar parte de los estudios socioeconómicos de *Oportunidades* para el otorgamiento de sus "beneficios", pues por su estadio de enfermedad de sus piernas considera que no podrá asistir a las pláticas, requisito indispensable para recibir el recurso monetario. Aunque ya en la evaluación cualitativa, Escobar y González de la Rocha (2002) externaban que una comunidad rural había decidido no formar parte de los "apoyos" del programa,

porque el cumplimiento con las distintas tareas que establece *Oportunidades* les ocasionaría abandonar sus actividades productivas remuneradas. El caso de Jimena adquiere relevancia porque se trata de la salud de la persona, condición esencial para lograr el desarrollo de sus aspiraciones tanto personales como sociales.

La heterogeneidad de las trayectorias evidencia algunas situaciones vividas por las mujeres en las que es menester poner el acento cuando se realicen investigaciones de los procesos SEA:

1. El primero tiene que ver cuando el personal de las instituciones de salud actúan y adquieren el poder de decisión sobre el cuerpo femenino. Como sucedió con los paramédicos de la Cruz Roja, en el caso de Candelaria, cuando un desgarre en uno de sus ovarios le provoca una infección e inicio de un tumor; también, en el caso de Carmen, el personal médico del Hospital de la SSA después de su último parto decide practicarle una esterilización, sin autorización de ella ni de su esposo; así como la negligencia para actuar ante la presencia de cáncer cervicouterino por parte de las distintas clínicas del IMSS, como se detalló en la trayectoria de Pilar aparece el constante transitar de una instancia a otra, hasta que se establece un diagnóstico.
2. El segundo refiere a cómo proceder con los autocuidados por parte de las mujeres ante un evento de enfermedad, considerando la sobrecarga de actividades domésticas y extradomésticas. Como Guillermina, quien ante la presencia de un tumor en el ovario, después de la muerte de su esposo su hogar da paso a la jefatura femenina, por lo que tiene que estar al tanto de sus hijos en edad escolar, acudir al campo ladrillero a trabajar en esta actividad, cumplir con los requisitos señalados por el programa *Oportunidades*, así como realizar los distintos quehaceres del hogar. Como se indicó, para Robles (2007) el cuidado se convierte en un trabajo porque representa una acción social para garantizar el bienestar del otro, no

obstante, en las circunstancias de Guillermina el autocuidado de su tumor se convierte en otro trabajo para ella, por lo que la connotación de 'autocuidado' adquiere relevancia para continuar activa, asimismo como factor indispensable a subrayar en la implementación de programas de política pública.

3. El tercer punto, relacionado con el anterior, refiere al desconocimiento de los tipos de autocuidados posteriores a una cirugía. El caso de Micaela lo ejemplifica muy bien al no guardar reposo después de ser operada de la rodilla, por motivos de sobrecarga en actividades similares a los que presentó Guillermina, además de la nula indicación de la parte médica. Con estas dos experiencias, se pretende destacar el énfasis que deben poner los hacedores de las políticas públicas y de quienes las ejecutan o tienen contacto directo con los participantes a quienes van dirigidas, pues son personas en situación de pobreza que como menciona Enríquez (2003) "cuando se vive al día" realizan un sinnúmero de actividades como estrategias de sobrevivencia, de ahí que la sensibilización con que se verbalice un diagnóstico o estadio de enfermedad es importante para la práctica de autocuidados.
4. El cuarto aspecto, refiere al desconocimiento de la función de los medicamentos alópatas y homeópatas en el organismo humano. Regularmente los especialistas en salud suministran un medicamento a las pacientes pero la mayoría de las ocasiones se omite señalar las distintas funciones o reacciones que desencadenan el uso de los medicamentos, por su parte, las personas acatan indicaciones sobre la forma de ingerirlo, sin preguntar las cuestiones mencionadas. Esto, sin duda, es un tema que hace falta explorar, pero sobretodo poner atención por parte de quienes diagnostican en las clínicas y centros de salud de la SSA, pues al ser un actor más en la implementación de una política pública, al recetar debe ser sensible al medio social en que se encuentra y en el que viven las mujeres participantes de estos programas.

5. Las emociones en las mujeres es otro punto que adquiere relevancia en los escenarios de pobreza, para la política pública es uno de los temas que no debe escapar en la formulación de programas sociales referentes a la salud. El caso de soplo en le corazón de Esther coincide con la presencia de la violencia utilizada por su tercer pareja contra su hijo recién nacido, como posible origen de la enfermedad. Por su parte Pilar, menciona dos aspectos que propiciaron la presencia de hipertensión, uno, cuando su pareja intentó violar a una de sus hijas, y el otro, cuando al fallecer su pareja se entera que estaba casado y la pensión militar le pertenecería a su esposa, dejándola a ella sin recursos económicos para sostener a sus hijos. Como Enríquez (2005) señala las condiciones de desventaja socioeconómica y los fenómenos de violencia, son dos de los factores de riesgo que se han asociado al malestar emocional femenino. La autora al realizar la construcción sociocultural de las emociones en contextos de pobreza urbana, encuentra que el malestar emocional se expresa físicamente (Enríquez, 2005, 2008), como pudo haber pasado con estos dos casos presentados: el miedo y los nervios pudieron haberse reflejado en dolores de cabeza y dolor en el pecho como causas generadoras de las enfermedades crónicas.

Por otra parte, como ya se ha señalado en la evaluación cualitativa y en la publicación acerca del programa *Oportunidades* por Escobar y González de la Rocha (2004, 2008), con relación a las fases del ciclo doméstico en que se encuentran los hogares, predominan la mayor parte de los casos en dispersión y expansión, esto acentúa la menor capacidad de los hogares para generar ingresos, no obstante, en algunos casos (como el de Candelaria y el de Inocencia) los hijos mayores en edad escolar se han incorporado a ocupaciones remuneradas para aportar recursos al hogar. Esto, aunado a los recursos provenientes del programa, por un lado mitiga las dificultades económicas, pero por otro, la deserción escolar se hace presente, aún y cuando *Oportunidades* trata de evitar dicho acontecimiento.

Una vez presentadas las trayectorias, relatadas por las mujeres, es menester dar a paso a la presentación esquemática de cada una de éstas, para visualizar cómo cada uno de los casos se complejiza cuando se aborda la sintomatología inicial, las diferentes instancias a que se acude, los diagnósticos establecidos, los tratamientos seguidos, así como los y las sujetos al cuidado de la enferma, para acceder a un estadio de salud actual. Esto, a la postre, permite ensayar algunas tipologías en las que más allá de la propuesta de trayectoria de atención de Osorio (2001) con respecto a los padecimientos infantiles, se observa cómo los procesos SEA se vuelven heterogéneos cuando se trata de enfermedades crónicas de las mujeres.

CAPÍTULO IV LA HETEROGENEIDAD DE LAS TRAYECTORIAS DEL PROCESO SEA

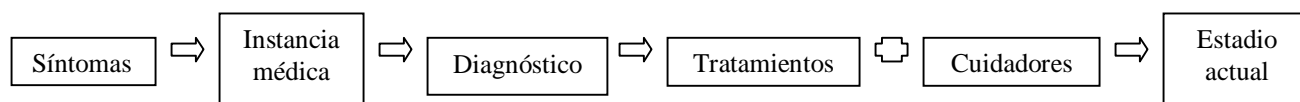


CAPÍTULO IV LA HETEROGENEIDAD DE LAS TRAYECTORIAS DEL PROCESO SEA

1. Esquemas de las trayectorias.

De acuerdo con el Esquema General propuesto (ver Esquema III), las trayectorias particulares quedarían constituidas como se aprecia en cada uno de los esquemas particulares subsecuentes.

Esquema I: Proceso SEA



Son cinco las etapas que se distinguen dentro de la trayectoria del proceso SEA:

a) los síntomas o sintomatología expresada por las mujeres como el primer signo manifestado; b) la o las instancias médicas a que acudieron para determinar en una etapa posterior el diagnóstico; c) diagnóstico, donde se le determina a las mujeres qué tipo de enfermedad portan; d) tratamientos y cuidadores, los primeros prescritos por la instancia médica elegida para posteriormente darles un seguimiento, en tanto los segundos suministrados por las personas que actuaron como cuidadores principales o secundarios en las distintas fases de la enfermedad, y; e) estadio actual, el cual refiere a la situación de salud/enfermedad en que se encuentran las entrevistadas.




La simbología elegida para representar los esquemas particulares está determinada de la siguiente manera:

→ = Indica el seguimiento de la trayectoria.

⊕ = Complementación de las dos fases de la trayectoria (tratamientos y cuidadores).

↪ = Se refiere a una ruptura en la trayectoria, seguida por lo regular por líneas punteadas (- - - -).

⤵ = Indica el destino de la instancia o enfermedad, partiendo de un origen.

-  = Congrega a un grupo de tratamientos suministrados.
-  = Quiere decir el paso de un componente o integrante a otro, en la trayectoria.
-  = Se refiere a la prevalencia conjunta de enfermedades.

Nota: Dentro de algunas trayectorias se observa la distinción entre Hospital del IMSS A y B, Clínica particular A y B, Cruz Roja A y B. Se nombran de esta manera cuando se presentan dos instancias distintas a las que se acudió dentro del proceso SEA de cada una de las mujeres.

De acuerdo a cada una de las trayectorias particulares, puede apreciarse por medio de las flechas del proceso SEA, la continuidad o seguimiento que cada mujer relata como óptimo para un resultado positivo en su estadio de salud.

En el caso de Candelaria, en su segundo parto a los diecinueve años, se observa que después de transitar por tres instancias médicas se establece como diagnóstico la presencia de un tumor, el cual es tratado combinando tanto tratamientos a base de pastillas como con masajes impartidos por una curandera de la comunidad. Posterior a los cuidados impartidos por su hija y los mismos autocuidados que ella pudo tener, accede nuevamente a un estadio de salud reproductiva. Esto le permite dar continuidad a la actividad de elaborar ladrillo y vender cenas los fines de semana.

Por su parte Isadora, al presentarse en su infancia fuertes dolores de cabeza y temperatura alta desencadena la presencia de sarampión, esto, desde la parte médica alópata⁵⁰ puede conducir a la prevalencia de convulsiones y epilepsia en una fase de vida posterior, como lo fue en su adolescencia. Las instancias de salud a las que recurrió fueron tanto privada como pública, por lo que la

⁵⁰ Aunque en la entrevista sostenida con el médico del consultorio privado (Dr. Cristóbal) no indica una causa directa que se relacione con la presencia de epilepsia, la información que emite Médica XXI en su página de Internet alude a causas multivariadas. Una de ellas refiere al sarampión acompañado de fiebre (www.medica21.com).

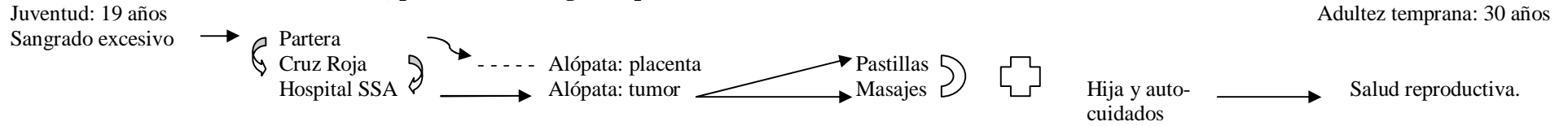
medicalización de su tratamiento así como los autocuidados y cuidados que ha tenido por parte de su red doméstica, han sido la base para que ella aún portando en la actualidad esta enfermedad, pueda desarrollar su vida cotidiana, atender a su hija y estar en condición de procrear un nuevo ser, aunque con la advertencia de que pueda presentársele una crisis convulsiva en el momento de dar a luz.

En lo que respecta a Guillermina, la presencia de su tumor es en dos momentos dentro de su proceso SEA. Primeramente, la manifestación de sangrados hace que recurra a las instancias públicas de salud que tiene a su alcance, pero el tratamiento que dispuso no fue sólo por medio de pastillas sino desde la medicina herbolaria, pues por recomendaciones de algunas vecinas preparó algunas infusiones, a lo cual atribuyó la disminución del tumor y la cancelación de la operación a que iba a ser sometida. En un segundo momento, después de tres años, en un nuevo examen de papanicolaou practicado, se diagnostica la presencia de displasias, por lo que es sometida a tratamiento para posteriormente practicarle una operación. Los pocos autocuidados que ha tenido, así como los que le ha podido impartir su hija han contribuido a un mejor estadio, no obstante, su cuerpo ya no resiste toda la carga de trabajo que implica la elaboración de ladrillo, por lo que el cansancio la agobia y la hace sentirse débil.

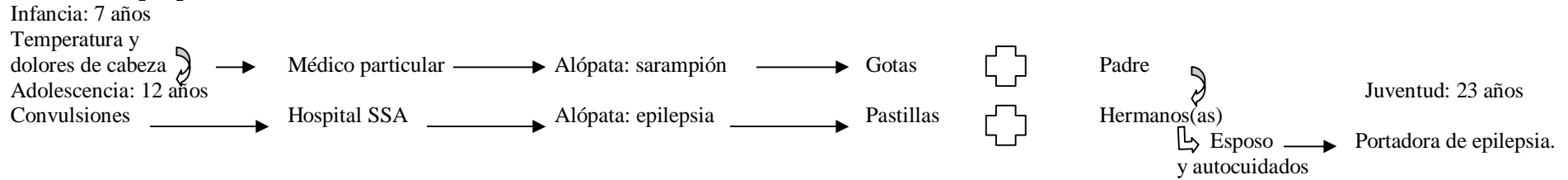
Los esquemas particulares obtenidos de estos tres casos, pueden apreciarse en el Esquema II de la siguiente forma:

Esquema II: Trayectorias dentro del proceso Salud/Enfermedad/Atención.

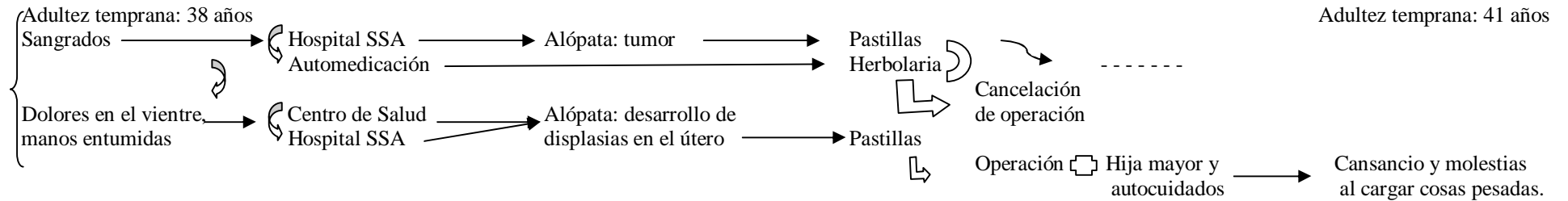
1. Candelaria: infección en un ovario, posterior a su segundo parto.



2. Isadora: epilepsia.



3. Guillermina: tumor en un ovario.



Continuando con los demás casos, en el proceso SEA de Esther, son tres las enfermedades que han sido prevalentes en momentos consecutivos. Primero, ante dolores constantes en su pecho recurre a instancias médicas públicas donde es diagnosticada como portadora de un soplo⁵¹, se le prescribe la medicina que debe ingerir pero también se automedica a base de hierbas. Con los cuidados de su pareja y sus autocuidados logra disminuir los dolores, pero éstos aun persisten, sobre todo cuando se combina con la hipertensión. En un segundo momento, la presencia de temperatura constante la hace recurrir al médico y le diagnostica la presencia de diabetes⁵², le es recetado ingerir algunas pastillas, pero de la misma forma que con el soplo, ella decide automedicarse preparándose algunos té y jugos recomendados por sus vecinas, aunado a esto, los cuidados de su pareja y sus autocuidados como la disminución en la ingesta diaria de grasas, han hecho considerar a la diabetes como controlada, sin embargo el sentido de la vista se ha ido deteriorando. El tercer momento, se presenta con dolores de cabeza constantes, para lo cual recurre nuevamente a una instancia pública de salud en el que es diagnosticada con hipertensión⁵³, con su tratamiento de pastillas y los autocuidados que ha procurado es como la ha controlado, pero la afectación se ha propagado gradualmente hacia su sentido del oído. Como se observa, Esther al igual que Guillermina, ha recurrido siempre a instancias públicas de salud, y a la vez ha combinado la herbolaria en sus tratamientos. Pese a sus enfermedades, Esther ha continuado con sus actividades de venta de ropa y las labores del hogar.

⁵¹ De acuerdo a la parte médica, desde la biomedicina al soplo en el corazón se le denomina simplemente como soplo, aunque sí habría que especificar el lugar donde se localiza, como puede ser una aurícula, un ventrículo, en la vena cava superior o en una aorta (*Entrevista con Dr, Cristóbal*).

⁵² La parte médica señala como algunas de las causas probables de la diabetes: el factor hereditario, la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo (*Entrevista con Dr, Cristóbal*). Como se expuso, en los relatos de Esther no indica alguno de estos factores como causa principal de su enfermedad.

⁵³ Algunas de las causas posibles de la hipertensión son el tabaquismo, las lipidemias, como el colesterol y los triglicéridos altos, así como el factor hereditario (*Entrevista con Dr, Cristóbal*). En este momento del proceso SEA de Esther, sólo se concreta a externar como principal síntoma los dolores de cabeza.

Por su parte, Lucía, a partir del accidente al interior del hogar que le produce dolores de cabeza y convulsiones, es atendida en distintas instancias, tanto del sector privado como del sector público de salud, a partir de su atención en la clínica privada es cuando se le diagnostica la presencia de epilepsia. Cuando es tratada en el hospital público se le comunica a su madre la pérdida gradual (como en el caso de Esther) de sus sentidos del oído, de la vista y del habla, dificultándosele recordar acontecimientos del pasado. Su tratamiento ha sido siempre a base de medicamentos alópatas, el cual se ha complementado con los cuidados provistos por su red doméstica, transitando por distintas fases, como cuando su padre vivía con ellos, cuando algunos niños vecinos la cuidaban mientras su mamá se ausentaba del hogar por tener que realizar algunas actividades de su trabajo, así como los que ha procurado su madre, impidiéndole ingerir bebidas con cafeína que le produzcan alteración en su sistema nervioso. Lucía continúa desarrollando su vida dependiendo casi en su totalidad de su madre, en tanto esta última, se dedica a la maquila de grapas, del cual obtiene un bajo ingreso pero que conjuntándolo con el de su hijo mayor les permite subsistir.

Sin duda, los cuidados son considerados como base en el tratamiento de Lucía, porque coadyuvan a que *“la o el portador de epilepsia esté siempre acompañado y vigilado por sus familiares, pues en momentos de crisis por la enfermedad puede presentar golpes severos y/o descalabradas”* (Entrevista con Dr. Cristóbal).

El caso de Pilar, es el que más contactos ha tenido con instancias de salud, en su trayectoria se identifican nueve instancias con relación a su enfermedad de cáncer cervicouterino, si a estas se le suman las instancias para la diabetes e hipertensión completa un total de doce. Como se observa⁵⁴, es un constante ir y venir entre las clínicas del sector público pertenecientes al sistema de seguridad social, como es el IMSS, y las clínicas de la Secretaría de Salud, asimismo la automedicación a través de sus conocimientos de herbolaria que ella misma ha implementado en su sanación. Su proceso SEA se presenta en tres momentos, al

⁵⁴ Ver esquemas particulares de éste y los dos casos anteriores en el Esquema III.

igual que Esther, primeramente los síntomas se relacionan con dolores de cabeza y bajo peso, diagnosticándole la presencia de hipertensión, la cual ha tratado con pastillas y los autocuidados y cuidados que le ha otorgado su hijo mayor, para actualmente considerar su enfermedad en un estadio de control. En un segundo momento, considerado como el central del proceso SEA, es cuando comienza con sangrados y dolores frecuentes en su vagina, por lo que se presentan los constantes traslados a clínicas del IMSS hasta que se le diagnostica en una clínica privada de salud el inicio de cáncer cervicouterino⁵⁵. A partir de ahí, nuevamente es incorporada a hospitales del IMSS, pero por la lejanía para trasladarse desde su domicilio y los gastos en que incurría, opta por recibir la atención en el hospital perteneciente a la Secretaría de Salud, sin embargo, por las fechas retiradas en que le programaban sus quimioterapias decide atenderse con sus preparados a base de hierbas. Como se aprecia, sus tratamientos medicinales los ha combinado en dos fases, el primero con emplastos, pastillas y curaciones, en tanto el segundo con quimioterapias y la herbolaria, acompañados de los autocuidados, los cuidados de su hijo e hija mayores, su pareja y su nieta. Su estadio actual es considerado como portadora de cáncer cervicouterino pero en tratamiento y controlado. Finalmente, el tercer momento, tiene que ver con la sintomatología de bajo peso, para lo cual acude al Centro de Salud de la comunidad, se le diagnostica la prevalencia de diabetes, tratándola con los medicamentos alópatas que ahí mismo le proveen y sus autocuidados, teniendo un estadio actual de control sobre esta enfermedad. Pilar, realiza sus actividades cotidianas del hogar, dependiendo del bajo ingreso de su pareja y lo que sus hijos mayores en ocasiones aportan para su sostenimiento.

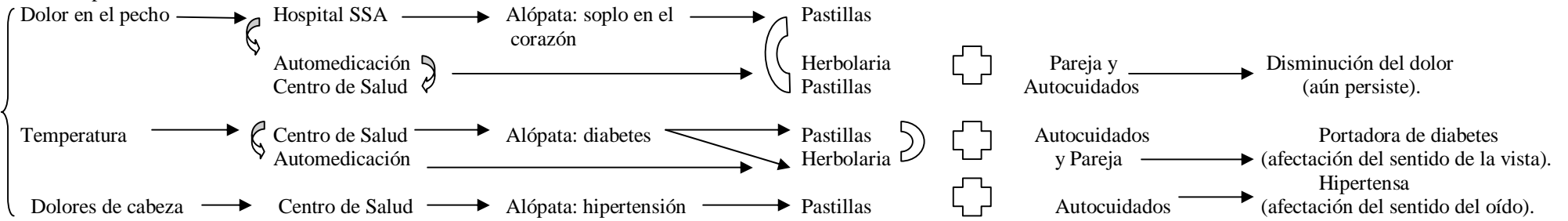
⁵⁵ Existe una clasificación general o estadios del cáncer cervicouterino, como puede ser: NIC 1, NIC 2, NIC 3, In situ. NIC, quiere decir Neoplasia Interpiterial (*Entrevista con Dr, Cristóbal*). En el caso de Pilar puede haberse presentado en alguno de estos estadios, pues parte de su tratamiento fue y ha sido a base de quimioterapias.

Esquema III: Trayectorias dentro del proceso Salud/Enfermedad/Atención.

4. Esther: soplo en el corazón, diabetes e hipertensión.

Adulthood temprana: 29 años

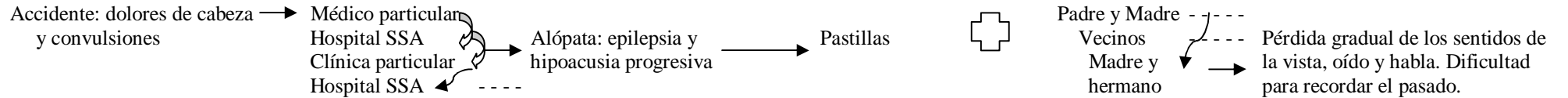
Adulthood madura: 52 años



5. Lucía: enfermedad craneoencefálica

Adolescencia: 17 años

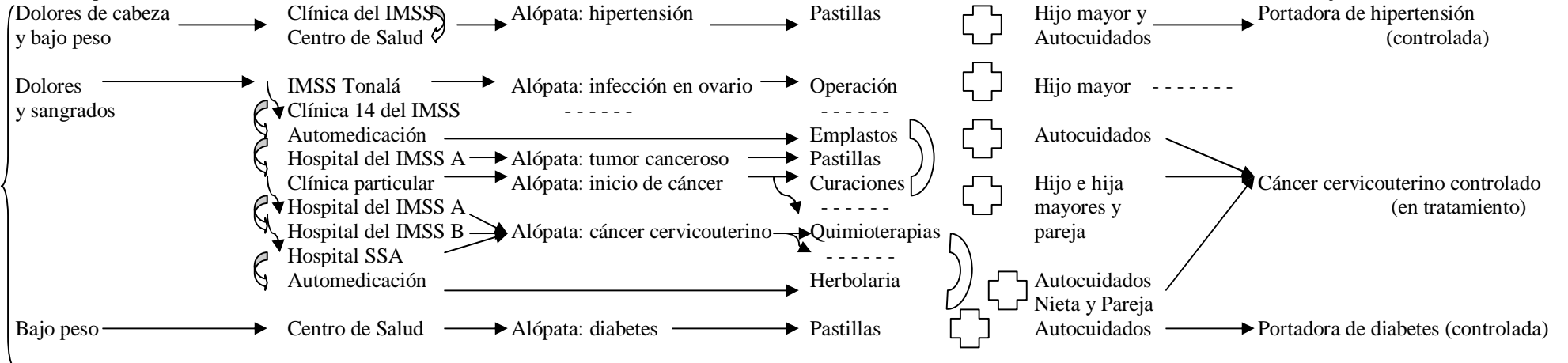
Juventud: 23 años



6. Pilar: cáncer cervicouterino, hipertensión y diabetes.

Adulthood temprana: 45 años

Vejez: 67 años



En el caso de Jimena, también su proceso SEA se expresa en tres momentos relacionados directamente con la hipertensión, la dificultad para flexionar sus rodillas y para mover sus brazos y piernas⁵⁶. De igual forma que Pilar, su transitar por distintas instancias se refleja al acudir a un total de once, pero con la diferencia en que no se ha sobrecargado en uno de los momentos del proceso. Con respecto al primer momento, los dolores de cabeza es el primer síntoma que la hace recurrir a distintas instancias del sector público de salud, donde se le diagnostica la hipertensión al igual que en la clínica privada a la que fue trasladada por parte de su hija mayor, pero por los altos costos que implicaba la atención y los medicamentos alópatas, decide atenderse en el Centro de Salud de la comunidad y automedicarse con algunos tés a base de hierbas recomendados por sus vecinas, conjuntamente con los autocuidados y los cuidados de su hija hacen que su hipertensión esté controlada. El segundo momento, refiere a los dolores constantes en las piernas, para lo cual acude a instancias públicas de salud y a la automedicación con aceites para sobarse ante los fuertes dolores. Le es diagnosticado el desgaste de los huesos de sus rodillas, por lo que son importantes los autocuidados y la presencia de su hija menor o hijos en el hogar para ayudarle a moverse. De igual forma, con el entumecimiento del cuello y de sus extremidades inferiores y superiores, presentado en un tercer momento del proceso, su hija mayor pudo trasladarla a dos clínicas privadas de salud para brindarle un diagnóstico de inicio de parálisis facial o de embolia, para la cual decide llevar su tratamiento en el Centro de Salud de la comunidad por el alto costo que implicaba adquirir los medicamentos alópatas recetados en la segunda clínica privada a que acudió. Ante esto, para Jimena son importantes los autocuidados que pueda tener de su hipertensión, pues desde la parte médica *'esta enfermedad puede desencadenar en parálisis facial o de nervios'* (Entrevista con Dr. Cristóbal), como la presentada, lo cual la haría más dependiente de sus hijos e hija que habitan en su unidad doméstica, cuestión que no le agrada del todo. De ahí que las actividades de venta de cenas que realiza en la actualidad, tenga que desempeñarlas en compañía de alguna persona.

⁵⁶ Ver esquemas particulares de éste y los dos casos siguientes en el Esquema IV.

Con relación a Micaela, su tumor en la rodilla se presenta en dos momentos del proceso. En el primero, posterior a los dolores que sentía, acude a dos instancias médicas de organismos civiles. Es en la segunda instancia, donde se le practica la operación para extraerle el tumor, el médico le indica que debía guardar reposo y tener cuidado de no realizar esfuerzos, lo cual no pudo hacer debido a que en ese entonces se dedicaba a la elaboración de ladrillo y se encontraba al frente de su hogar. Ante esto, después de doce años, vuelve a presentar dolores en la rodilla, hasta que se le presenta una caída que le impide caminar. Acude a la instancia pública de salud, es revisada por tres médicos, hasta que el tercero de éstos le indica que presenta un tumor el cual debe ser operado para posteriormente implantarle una prótesis. Después de diez meses de espera para poder conseguir los recursos para el pago de la prótesis es cuando es intervenida en un Hospital de la Secretaría de Salud. A partir de ese momento, tanto dos de sus hijas como dos hijos que aún viven con ella, han estado a su cuidado, siendo importante la recuperación que ha guardado para volver a caminar, aunque muy probablemente no vuelva a realizar todas las actividades como antes de la operación, *'cuando la prótesis se tiene que aplicar porque el paciente ya tiene mucha discapacidad, con la prótesis sí se mejora, se aminora la discapacidad, pero no queda como estaba cuando no tenía la discapacidad'* (Entrevista con Dr. Cristóbal).

En el caso de Julieta, ante la presencia de dolores constantes en el vientre y hemorragias, acude al Centro de Salud de la comunidad. Ahí, le practican un papanicolaou que diagnostica la prevalencia de una infección, por lo que le sugieren trasladarse a la clínica de displasias de la instancia pública de salud para que le practiquen otros estudios. Una vez que acude, el médico le diagnostica la presencia de displasias en el cuello de la matriz, por lo que le recetan medicamentos alópatas y que asista a quimioterapias. Antes esto, Julieta decide que es necesario tener otra versión de su enfermedad, por lo que acude con una médica homeópata para ser tratada. Esta médica le indica que lleve a cabo el tratamiento alópata, pero también de seguimiento al tratamiento homeópata, a base de gotas, que ella le proveerá. Julieta hace caso de estas indicaciones,

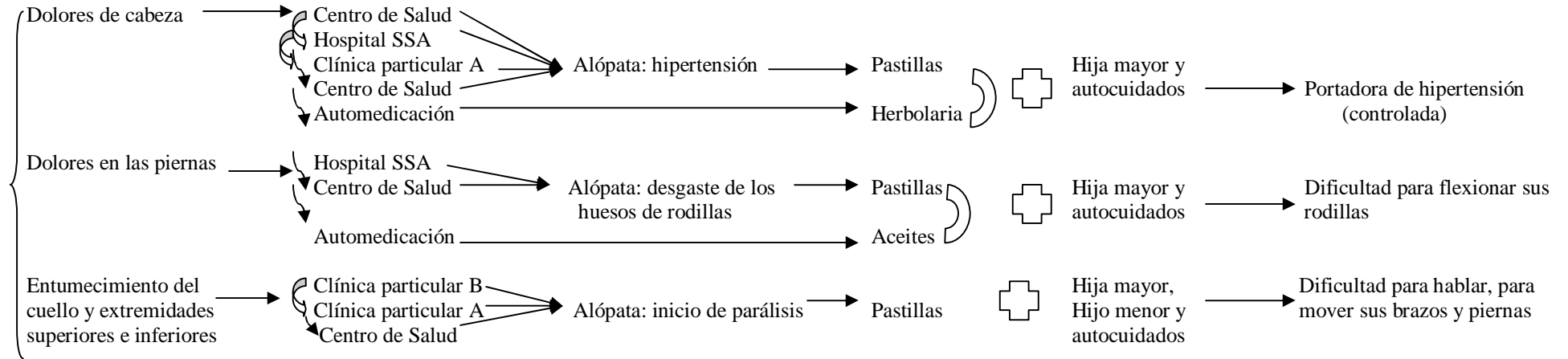
conjuntamente con los cuidados de su esposo y los autocuidados, hacen que al cabo de tres años ya no tenga que asistir a la clínica de displasias. Esto, a la postre, vuelve a Julieta a su estadio de salud anterior, desempeña sus actividades del hogar y continúa como voluntaria del comedor de niños y ancianos que atiende.

Esquema IV: Trayectorias dentro del proceso Salud/Enfermedad/Atención.

7. Jimena: dolencias en las piernas e hipertensión.

Adulthood madura: 51 años.

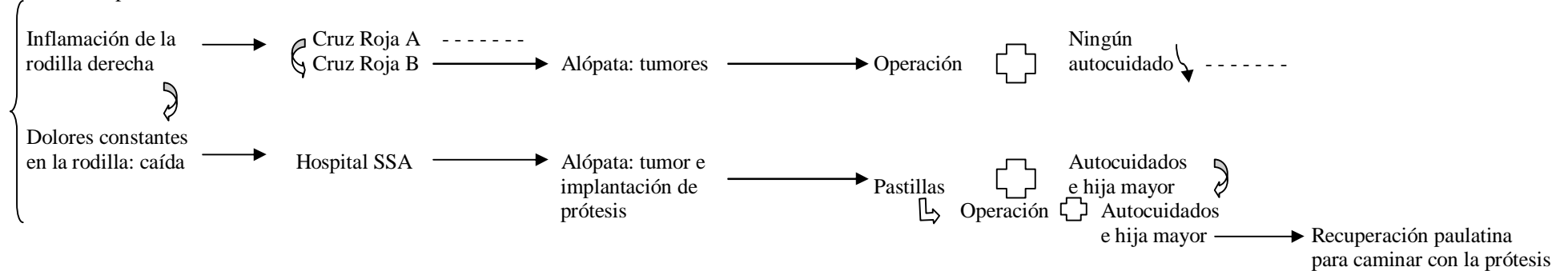
Adulthood madura: 61 años



8. Micaela: tumor en la rodilla.

Adulthood temprana: 39 años

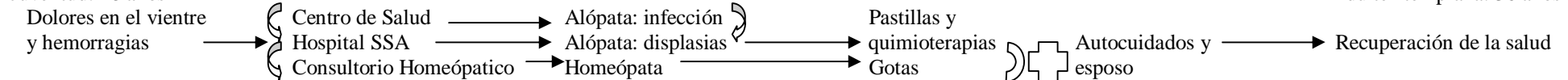
Adulthood madura: 51 años



9. Julieta: superación del inicio de cáncer cervicouterino

Juventud: 28 años

Adulthood temprana: 36 años



Para continuar con la explicación de los esquemas particulares y culminar con los últimos tres casos⁵⁷, el proceso SEA de Sonia se basa en la superación de la lepra, acompañado después de ocho años de este evento de enfermedad por la prevalencia, en dos momentos, de hipertensión e inicio de bronquitis. Con respecto a la lepra, la cual inicia con una mancha y comezón en la frente, Sonia acude a dos instancias privadas de salud en las que sólo le diagnostican una ligera infección en la piel, sometiéndola a tratamientos con inyecciones y pastillas. Sin embargo, la comezón y la mancha continúan, por lo que acude a instancias públicas de salud, donde primeramente le indican que se trata de cáncer en la piel, pero posteriormente, en la clínica de especialidades dermatológicas es diagnosticada como portadora de lepra. Esta es tratada con pastillas y cápsulas, además de los cuidados de sus hijas y los autocuidados, logró recuperar la salud, pese a que le indicaban que podía ser contagioso, nunca se presentó otro caso de lepra en su unidad doméstica ni con sus familiares que la visitaban. Después de ocho años, Sonia simultáneamente comienza con dolores de cabeza y dolores en el pecho al respirar, para esto, acude a la instancia más cercana, el Centro de Salud de la comunidad, donde le diagnostican la presencia de hipertensión e inicio de bronquitis respectivamente. Sonia decide combinar el tratamiento de su hipertensión con la herbolaria, preparando algunos téis recomendados por vecinas, en tanto para la bronquitis sólo utiliza el inhalador cuando siente la falta de oxígeno. Los autocuidados y la permanencia en su hogar de una vecina, quien la cuida la mayor parte del día, hacen que Sonia se sienta acompañada y pueda atender también a los dos bisnetos que le encarga una de sus nietas cuando acude al trabajo. Pese a la prevalencia de hipertensión y bronquitis, considera que se encuentran controladas, pues cada mes asiste a consulta médica al Centro de Salud.

En lo que respecta a Margarita, después de presentar el golpe en su rodilla, debido a las explosiones sucedidas en 1992 en Guadalajara, la primera instancia a que acudió diagnosticó amputar la pierna, no obstante, Margarita con ayuda de

⁵⁷ Ver los esquemas particulares de los últimos casos en el Esquema V.

algunos conocidos pudo lograr su traslado y tratamiento con otro médico, quien trabajaba tanto con la medicina alópata como homeópata. Por lo que su rodilla se sometió a esta combinación de tratamientos, ingiriendo pastillas, inyecciones y gotas homeopáticas, con lo que se aminoró su herida hasta que logró cicatrizar, pero dificultándose la movilidad de la pierna. Gracias al apoyo de una empleada que tuvo en ese entonces en el restaurante que ella administraba pudo tener los cuidados necesarios para caminar con muletas. Pasados seis años, llega a vivir a su lugar actual de residencia y es cuando conoce a la médica del Centro de Salud de la comunidad, quien hasta la fecha continúa al tanto del medicamento para su rodilla, aunque es imposible que vuelva a caminar sin las muletas, incluso en ocasiones utiliza silla de ruedas, pues se cansa cuando está parada en un solo lugar y prefiere hacer uso de dicha silla. En otro momento, al presentar mareos y dolores de cabeza frecuentes, la misma médica del Centro de Salud le diagnostica la presencia de hipertensión, por lo que le provee de medicamento para tratar la enfermedad, pero ella recurre a la herbolaria, pues al igual que Pilar también tuvo conocimientos de medicina tradicional a base de tés y preparados, así como de qué tipo de medicamentos alópatas pueden suministrarse ante la presencia de hipertensión. Sus autocuidados son vitales, pues es el único de los casos que integra un hogar de persona solitaria (Tuirán, 2001), en algunos momentos recibe la visita de la médica del Centro de Salud o de vecinas, pero la mayor parte del tiempo está sola, por lo que el control de su enfermedad es necesario para el desempeño de sus actividades, como la venta de comidas los días jueves de cada semana.

El último caso es Carmen, quien al igual que Pilar, presenta un número considerable de instancias en un solo momento de enfermedad, en este caso se distinguen siete instancias a las que acudió para diagnosticar, dar tratamiento y prácticas de estudios clínicos para atender su enfermedad, en aproximadamente un año tres meses. Primeramente, al presentar dolores en su cadera y entumecimiento de pies Carmen acude al Centro de Salud. Le es practicado un Papanicolaou donde le indican la presencia de displasias, por lo que es

recomendable su asistencia al Hospital público de la Secretaría de Salud, donde le detectan cáncer cervicouterino en un estadio avanzado⁵⁸. Decide hacer valer su derechohabencia al Seguro Social (IMSS), pero la programación de citas médicas estaba muy prolongada en el tiempo que requería de la atención, motivo por el que vuelve a regresar a la instancia pública de salud y contratar el Seguro Popular. Sin embargo, este no cubría algunos estudios clínicos, razón por la que su esposo solicita dinero prestado para practicárselos en una clínica privada de salud. Posteriormente, comienza a recibir quimioterapias en la instancia pública de salud, con la que combina los emplastos. Pese a los cuidados de su hija mayor y de su esposo, los esfuerzos para atender y librar a Carmen del cáncer cervicouterino fueron insuficientes, pues a la edad de cuarenta y cuatro años fallece, quedando su esposo y su hija al frente del hogar.

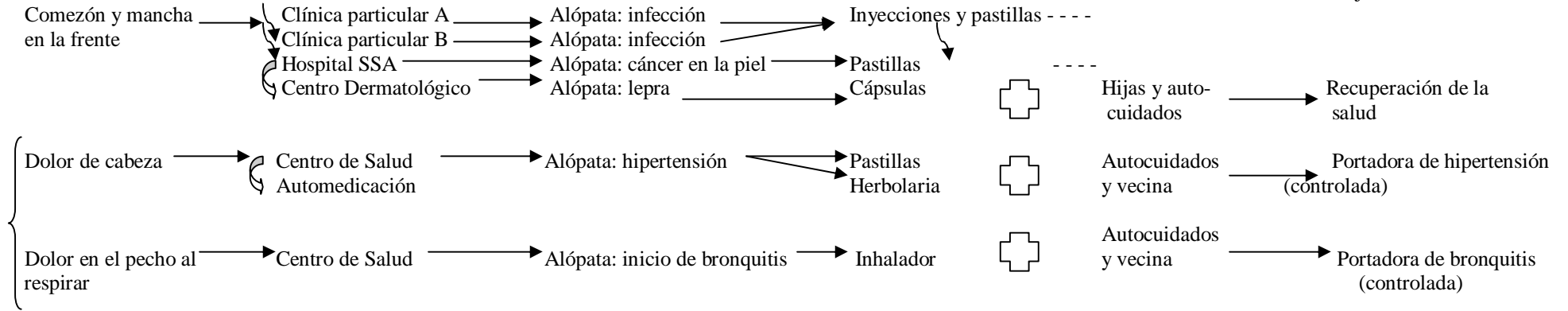
⁵⁸ Esto quiere decir que el estadio del cáncer de Carmen se encontraba más allá del In situ.

Esquema V: Trayectorias dentro del proceso Salud/Enfermedad/Atención.

10. Sonia: superación de lepra.

Adulthood madura: 65 años

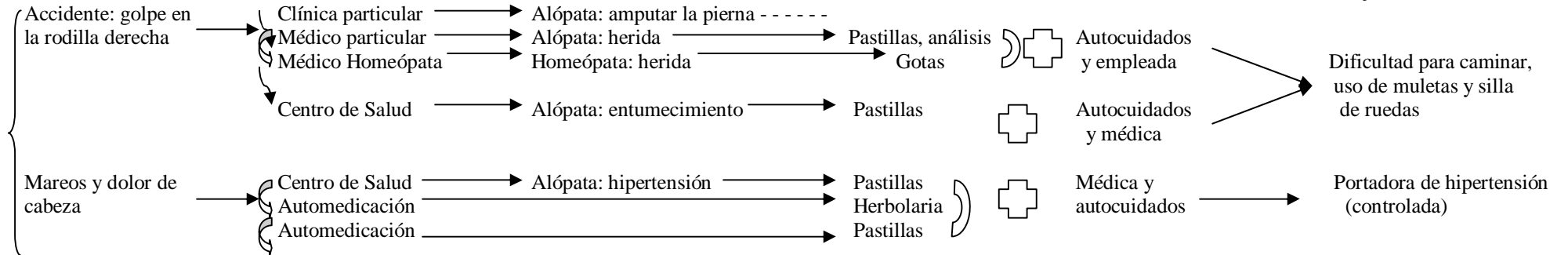
Vejez: 75 años



11. Margarita: inmovilidad en las rodillas.

Adulthood madura: 58 años

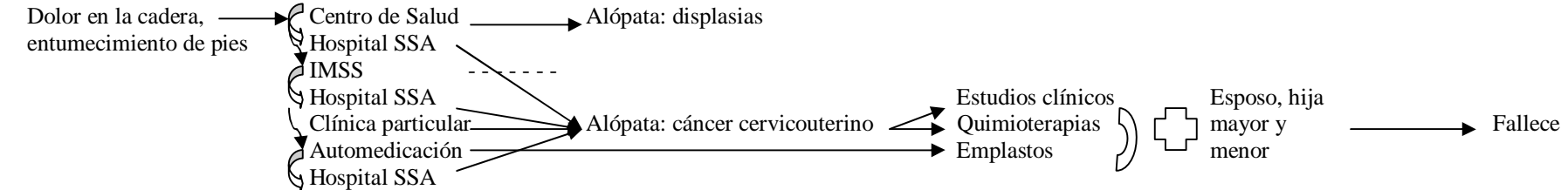
Vejez: 76 años



12. Carmen: cáncer cervicouterino.

Adulthood madura: 43 años

Adulthood madura: 44 años



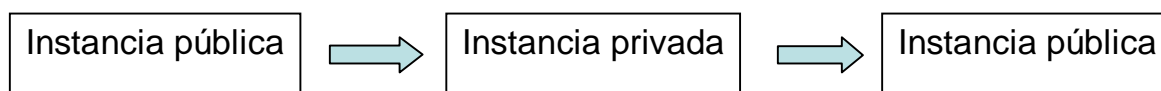
2. Tipologías de las Trayectorias del proceso SEA.

Una vez que se han presentado cada una de las trayectorias particulares, es preciso dar cuenta de los aportes, por medio de tipologías, a que conduce el análisis del proceso SEA de las mujeres del sector estudiado.

2.1 Tipologías de acuerdo con la Instancia.

Existen casos que de inicio han recurrido a instancias públicas de atención, no obstante, cuando la enfermedad ha incrementado su estadio o se ha presentado una crisis inesperada, los integrantes del grupo doméstico deciden trasladarla a instancias privadas de salud con la finalidad de agilizar la atención y tener un mayor repertorio en cuanto a diagnósticos se refiere, sin embargo, los gastos que originan la atención en clínicas privadas ocasionan que el enfermo retorne a la instancia pública para dar continuidad al tratamiento prescrito. Para esta tipología, reúnen el perfil los casos de Jimena e Inocencia. En la primera, es su hija mayor quien decide trasladarla a la instancia privada ubicada en las cercanías de su vivienda, y así estar al cuidado de su madre, pero al incrementarse los gastos en medicamentos y en consultas, Jimena y su hija de común acuerdo, optan porque regrese a su domicilio y continúe el tratamiento en el Centro de Salud de la comunidad; en la segunda, cuando el esposo de Inocencia vivía con ella, decide llevar a Lucía a una clínica privada, después de un año abandona el hogar por lo que Inocencia ante la falta de recursos económicos contrata el Seguro Popular para dar seguimiento al tratamiento de su hija. Esquemáticamente, estaría representado de la siguiente forma:

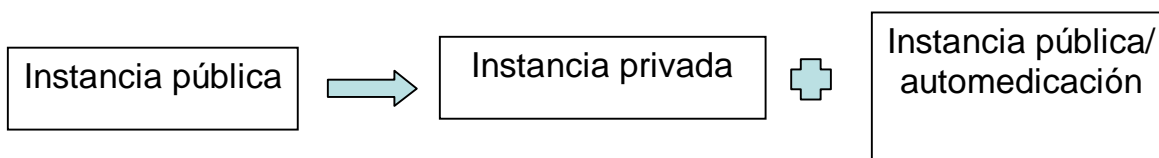
Tipología A: El retorno a lo público



Por otra parte, existen cuatro perfiles (Pilar, Julieta, Margarita y Carmen) que también transitan de la instancia pública a la privada, pero con la particularidad de complementar el diagnóstico y tratamiento con la instancia pública o mediante la automedicación. En los casos de Pilar y Carmen está presente el contacto con

instancias públicas de la Secretaría de Salud y de derechohabencia como el IMSS, pero también recurren a la automedicación. En el caso de Pilar, su hijo mayor pudo incorporarla a dicha institución, y en el caso de Carmen, ella disponía de Seguro por el empleo que tenía cuando se le detectó el cáncer. En ambos casos se presentan gastos en materia de salud, por ejemplo cuando el hijo de Pilar decide llevarla a la clínica privada y así corroborar el diagnóstico, por lo que regresa al IMSS a atenderse, pero nuevamente por los gastos en transporte debido a las largas distancias en el traslado desde su domicilio hasta la clínica del Seguro Social, decide que sea en el Hospital de la SSA y con la automedicación la continuidad de su tratamiento. Por otro lado, con Carmen, la espera de una cita en el IMSS para diagnosticar y tratar su enfermedad, hace que su esposo le sugiera otro tipo de instancia, por esto, deciden acudir al Hospital de la SSA y contratar el Seguro Popular, desafortunadamente dicho seguro no les cubre algunos estudios por lo que se ven envueltos en gastos clínicos en instancias privadas, a esto se le agrega la automedicación sugerida por su esposo. En los casos de Margarita y de Julieta, destaca el contacto con instancias privadas, por medio de la homeopatía, al mismo tiempo que las instancias públicas, pero sólo la automedicación aparece en Margarita. Destaca en ambos casos el poder de decidir la o las instancias para establecer diagnósticos y su posterior tratamiento. Margarita, por ser un hogar unipersonal es quien establece los contactos para lograr la atención de sus enfermedades, Julieta, por su parte, por el reconocimiento que le otorga a la medicina homeópata y alópata es como decide tratarse con ambas. De manera esquemática, se presenta la siguiente tipología:

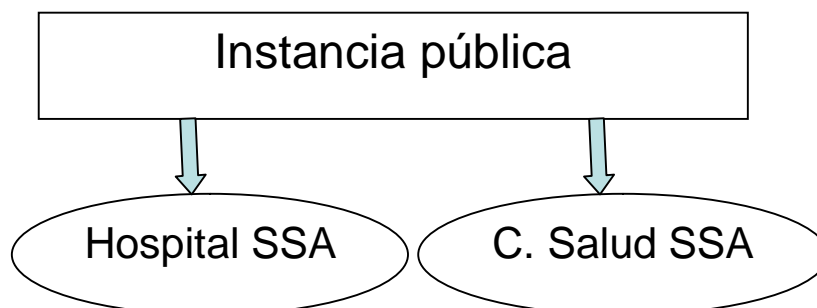
Tipología B: El trinomio de la medicación



La tercera tipología, refiere a los casos donde predomina la instancia pública de salud a lo largo de la trayectoria, brindando el diagnóstico y la atención tanto el

Hospital de la SSA como el Centro de Salud comunitario. Los perfiles que reúnen de manera general este patrón, son los de Guillermina, Esther, Isadora y Sonia. Aunque en los dos primeros se recurre a la automedicación, el hecho de que Guillermina haya sido intervenida quirúrgicamente indica que la instancia pública ha tenido un valor agregado a su estadio de salud, y por otro lado, Esther, al recurrir a la instancia pública más próxima a su domicilio, como es el Centro de Salud, lo establece con mayor ponderación para el cuidado de su salud. En los casos de Isadora y Sonia, es destacable la presencia de la instancia pública a partir de los diagnósticos establecidos para tratar sus enfermedades, aunque ambas en su sintomatología inicial hayan recurrido a instancias privadas de salud, su trayectoria queda enmarcada bajo la medicina pública de atención. El esquema quedaría integrado de la siguiente forma:

Tipología C: El predominio de lo público

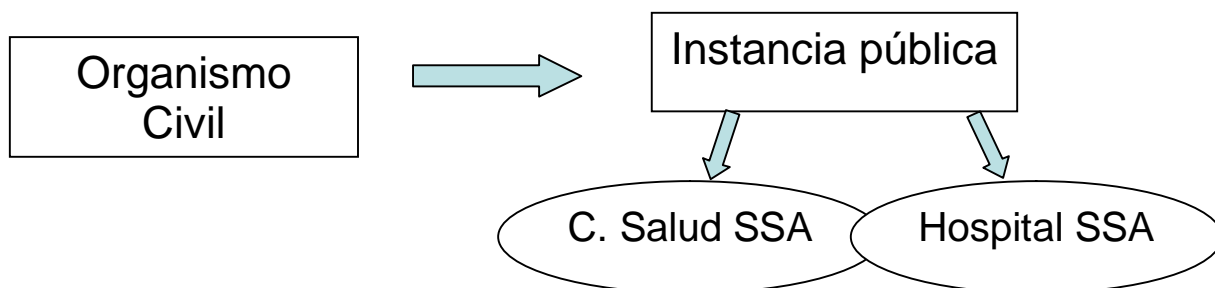


La cuarta tipología de instancias de salud para la atención de la enfermedad, está compuesta por organismos de la sociedad civil, en estos casos la Cruz Roja, y las instancias públicas de salud. Candelaria y Micaela son los perfiles que cubren esta tipología al optar por instancias de esta índole, aunque en una primera fase Candelaria recurre a la instancia comunitaria (la partera), es quien finalmente provoca que se tenga que optar por el organismo civil al no completar el ciclo de salud reproductiva⁵⁹. En ambas, la instancia civil aparece porque cuando se

⁵⁹ Al respecto el Dr. Cristóbal indica que "cuando nace el bebé es el nacimiento, y cuando la placenta nace se llama alumbramiento, entonces si la placenta no sale, o sea no se extrae del útero entonces no hay alumbramiento, entonces este, allí hay un riesgo de hemorragia, de

presenta el evento de enfermedad es la única disponible, pues en fines de semana la atención más próxima en casos de urgencias es la Cruz Roja, pues el Centro de Salud comunitario no brinda sus servicios. Asimismo, en ambos casos es necesaria la presencia del Hospital de la SSA para la realización de cirugías. El esquema propuesto para representar esta tipología, está integrado de la siguiente manera:

Tipología D: El tránsito de lo civil a lo público



A partir de estas cuatro tipologías acordes con las instancias de atención, puede concluirse que el constante transitar de las mujeres de instancias públicas a privadas, y viceversa, así como la aparición de la automedicación y el organismo civil, se ve relacionado directamente con situaciones de exclusión social⁶⁰ en materia de salud, pues cuando la instancia pública no satisface las necesidades el paciente enfermo tiene que recurrir a instancias privadas, generando con esto gastos en pro de la salud, aspecto contrastante con el Seguro Popular, pues este sistema de seguridad social fue creado para sufragar los gastos catastróficos en que incurría la población al acceder a servicios privados de salud. En este sentido, pese a haber igualdad de oportunidades para acceder al Seguro Popular, es el mismo sistema el que propicia la exclusión de “los derechohabientes” en detrimento del impulso que debiera dársele a uno de los servicios elementales como es la salud. En palabras de Adelantado y Scherer (2008:120) “el

sangrados, de infecciones, y pues las atenciones con personas no capacitadas, o a lo mejor semi capacitadas p'os yo pienso que casi no debería de existir”.

⁶⁰ Retomado desde la postura de Gil (2002), como lo contrario a incluir, es decir, dejar fuera del juego social.

asentamiento de un modelo económico excluyente es el factor central para comprender la fragilidad de las ‘instituciones democráticas’”.

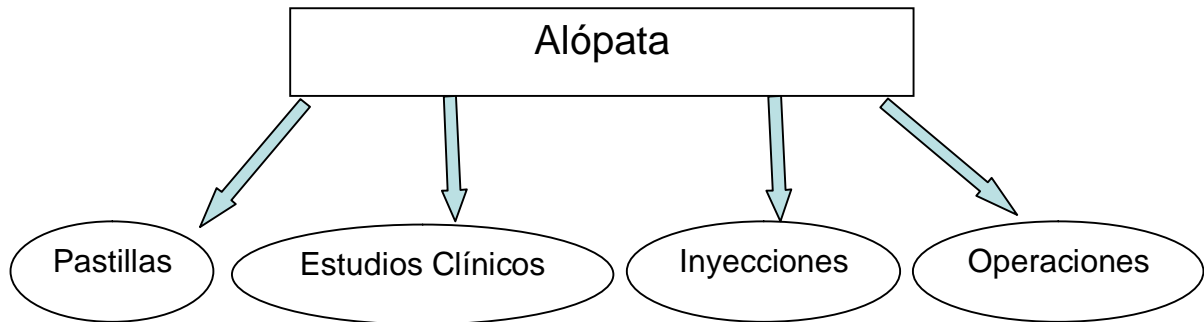
Otro aspecto destacable, son los diagnósticos alópatas predominantes. Una vez que este se conoce, se recurre a distintos tratamientos, no sólo alópatas sino también alternativos, pues en algunos casos se le atribuye una mejor contribución a su estadio de salud. Todos los casos, salvo Carmen, tienen en la actualidad contacto directo con el Centro de Salud comunitario para atender alguna de sus enfermedades, aún y cuando no dispongan de Seguro Popular y/o Oportunidades, ya que aquél representa la instancia pública cercana a sus domicilios.

Aunque en momentos parecería que algunos casos se considerarían en tipologías distintas a las que se muestran, al hacer la lectura transversal y horizontal de cada trayectoria particular, se observa claramente la frecuencia con que aparece cada instancia de salud mencionada, esto, junto con los relatos expresados en la descripción de los procesos del apartado dos, permite ubicar los casos sin que se cometa el error de que se traslapen.

2.2 Tipologías de acuerdo con los Tratamientos.

Con relación a los tratamientos, la primera tipología está compuesta por los medicamentos alópatas que más utilizan las mujeres para atender su enfermedad. En este aspecto, destacan los perfiles de Isadora y Lucía, de los que cabe comentar son los dos casos que portan epilepsia, pero también cuando se trata de problemáticas de salud relacionadas con las piernas y rodillas, como los casos de Micaela, Margarita y Jimena, existe el predominio de estos tratamientos. De igual forma cuando se trata de atender una *enfermedad considerada de atención pública* (Entrevista con Dr. Cristóbal), como la lepra en Sonia, el tratamiento es meramente alópata.

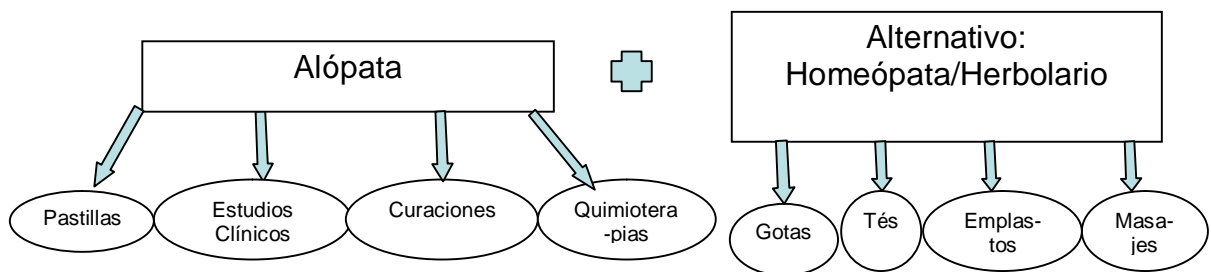
Tipología E: Prevalencia alópata-clínica



Una segunda tipología tiene que ver con el amplio repertorio medicinal que tienen las mujeres para atender y tratar sus enfermedades. Estos, refieren tanto a medicamentos alópatas como alternativos, como son la homeopatía y la herbolaria, con sus distintas prácticas curativas que esta última congrega. En los casos donde la enfermedad está relacionada con tumores cancerosos en ovarios o con los distintos estadios de cáncer cervicouterino, ha predominado la combinación de tratamientos, como los perfiles médicos diagnosticados a Candelaria, Guillermina, Pilar, Julieta y Carmen.

Asimismo, cuando la enfermedad crónica está relacionada con la prevalencia de diabetes e hipertensión, la gama de tratamientos suministrados también es amplia, como en los casos de Esther, Jimena, Sonia y Margarita. De manera esquemática, la tipología quedaría integrada de forma complementaria:

Tipología F: Repertorio medicinal



Este repertorio coadyuva al incremento de conocimientos en cuanto a prácticas terapéuticas que las mujeres desarrollan para dar atención a sus enfermedades, no sólo cuando se porta, sino cuando se hace presente en otras personas, con estos conocimientos amplían su capacidad médica (Boltanski, 1974).

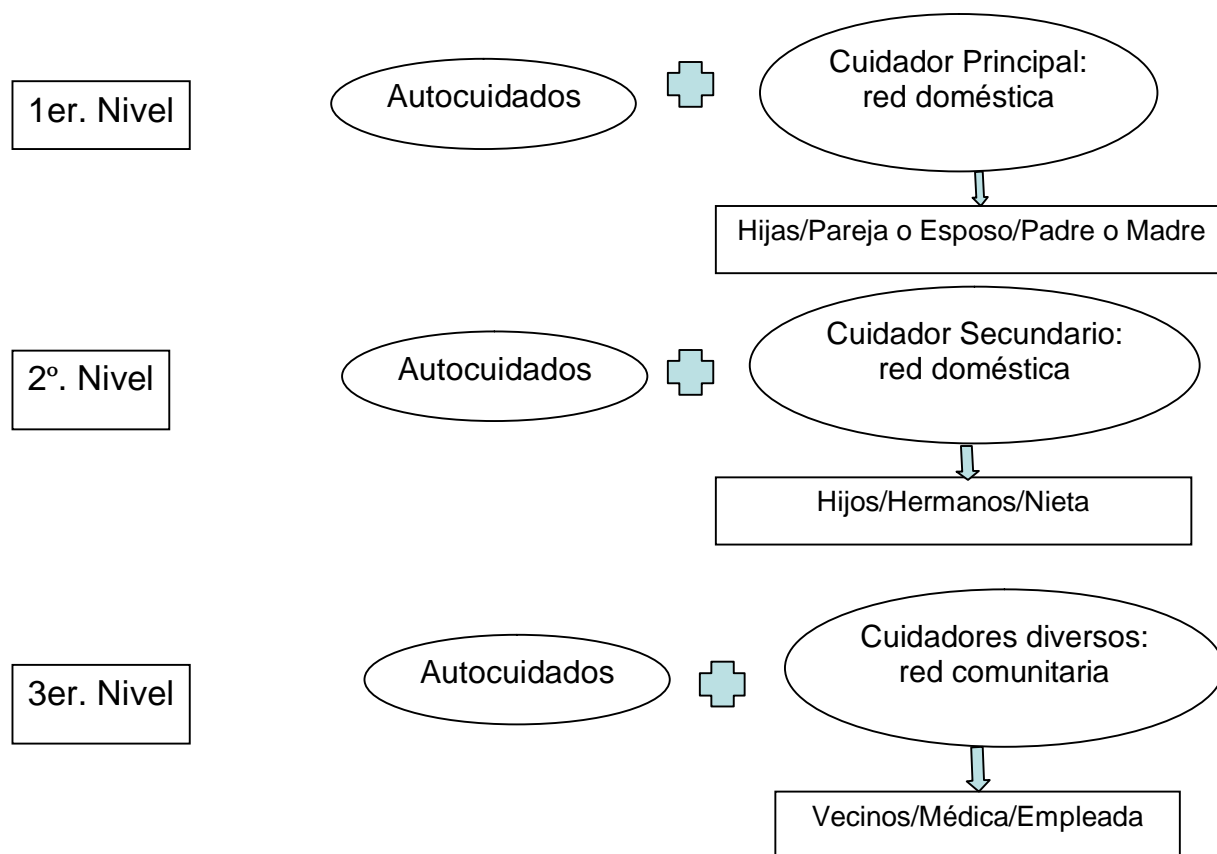
2.3 Tipologías de acuerdo con los Cuidadores.

La tipología con respecto a los cuidadores se presenta en tres niveles. En el primer nivel aparecen los cuidadores principales de la red doméstica: hijas y esposo o pareja según el caso, padre o madre cuando la enferma(o) es la hija. Son ellos quienes por lo regular están al frente de las actividades que la mujer en su estadio de salud desempeña en el hogar, además de suministrar los medicamentos, hacer que guarde sus dietas y cuidados necesarios para recuperarse de la enfermedad. En un segundo nivel están los cuidadores secundarios de la red doméstica: hijos, hermanos, nieta, quienes también tienen el rol de salvaguardar la vida de la enferma cuando el cuidador principal o directo está ausente del hogar. En un tercer nivel se presentan los cuidadores de la red comunitaria: vecinos, médica, empleada, quienes fungen como responsables en casos cuando ni el cuidador principal ni el secundario están en el hogar, o como en el caso del hogar unipersonal de Margarita, quien ha necesitado de las personas de su confianza, como la empleada de su negocio de comidas o la médica titular del Centro de Salud, para cuidarla en algunos momentos de su proceso SEA. Con la presentación de estos tres niveles, se pone de manifiesto cómo las prácticas de cuidados en dos décadas han tenido cambios significativos de acuerdo a los roles de género, pues Menéndez (1990) señalaba la ausencia del varón en el proceso salud/enfermedad/atención.

Asimismo, es importante señalar que cuando alguno de los cuidadores principales se encuentra ausente del hogar, el cuidador secundario asume el rol de cuidador principal, o ambos participan en los cuidados de la mujer enferma. Esto se presentó en el caso de Carmen, pues cuando su esposo (Antonio) asistía a sus actividades laborales, su hija mayor la cuidaba y atendía, incluso había momentos

en que su hija menor participaba ante la ausencia de ésta última por tener que salir a comprar alimentos o pañales para su recién nacida, pero cuando Antonio regresaba al hogar, entre él y su hija mayor (o ambas) se repartían las prácticas de cuidados. Este aspecto, coadyuva al término *cuidadanía* propuesto por Vara (2006) pues como la autora menciona se pone como punto central la sostenibilidad de la vida, mediante el reconocimiento del derecho a cuidar y ser cuidado, sin mermar otros derechos, pues tanto Antonio como su hija mayor asistían a sus ocupaciones, en tanto su hija menor dedicaba el tiempo necesario a sus actividades escolares.

Tipología G: Niveles de Autocuidados y Cuidadores



No obstante, pese a que los autocuidados aparecen en los tres niveles, habría que hacer un matiz en este aspecto relacionado con el incumplimiento de las dietas o del reposo necesario para acceder a la salud. La prescripción médica por lo

regular va acompañada de restricciones en cuanto al tipo de alimentos que deben ingerirse, sin embargo, para algunas de las mujeres fue difícil guardar dietas, como el caso de Carmen que muy probablemente coadyuvó a un mayor estadio de enfermedad. Por el lado del reposo, vital después de alguna cirugía, en los casos de Guillermina y Micaela, fueron días difíciles, puesto que tenían que volver a las actividades de elaboración de ladrillo para solventar los gastos del hogar, por lo que los autocuidados fueron prácticamente nulos. Con estos tres niveles presentes en la tipología de autocuidados y cuidadores, se constata cómo el derecho a cuidar y ser cuidado propuesto como *cuidanía* por Vara (2006) requiere aplicación tanto en sentido amplio como restringido, pues como menciona Menéndez (1998, 2003), éstos integran todas las formas requeridas para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos, así como las representaciones y prácticas aplicadas al proceso SEA, además, se presenta una connotación de género de acuerdo al sujeto enfermo, sea este masculino o femenino, dependiendo del nivel en que se ubique el cuidador(a), así como los tipos de cuidados requeridos para retornar a un estadio de salud.

Como pudo observarse cada tratamiento de enfermedad y cuidados de la salud ha formado parte del *modus vivendi* de cada mujer, acorde a la trayectoria particular de su proceso SEA, lo que muestra la complejidad y heterogeneidad con que se enfrenta la enfermedad ante las diferentes adversidades de cobertura de servicios médicos. Las trayectorias ponen en juego la diversidad de recursos o instancias de atención (públicas, privadas y civiles), así como los múltiples cuidadores, destacando la presencia de la familia nuclear.

Conclusiones.

Si bien el estudio socioeconómico de los hogares, aplicado por el personal de la Secretaría de Salud para acreditar la adscripción al *Seguro Popular*, genera una visión o conocimiento general de las condiciones en que se encuentra cada grupo doméstico, hace falta distinguir particularidades de los demás integrantes, más cuando dentro del hogar se reconoce al que es cuidado y al cuidador(es) del

portador de la enfermedad; es decir, mediante la comprensión de su modo de vida y las adversidades saludambientales a las que se enfrentan diariamente en su comunidad de residencia, se detectarían factores que inciden en su estadio de salud.

Con respecto a lo anterior, un aspecto cualitativo y cultural contrastante es la lectoescritura de los asegurados. Al parecer quienes registran a los derechohabientes al *Seguro Popular* dan por obvio que todas las personas conocerán a detalle la gama de servicios médicos que se les provee al recibir su *Seguro*. Sin embargo, en el caso de Inocencia no sucedió así, pues después de un año con el *Seguro Popular de Salud* fue cuando el personal médico, después de la consulta de su hija, le indicó que podía pasar a recoger parte del tratamiento al área correspondiente. Lo mismo ocurre cuando a algunas de las informantes se les dificulta verbalizar el diagnóstico médico de la enfermedad portada, así como los nombres y el reconocimiento de las funciones de cada uno de los medicamentos suministrados.

Aunado a lo anterior, la cobertura en la oferta de servicios médicos que ofrece el *Seguro Popular*, si bien año con año desde su implementación se ha venido incrementando, en las entrevistadas queda de manifiesto la falta de recursos monetarios para la implantación de una prótesis o para la realización de estudios clínicos cuando se detecta cáncer cervicouterino en un estadio avanzado. Esto genera la duda, si una vez presentado el caso de enfermedad o de intervención médica requerida, se ha dado paso en fases posteriores, a la inclusión del servicio en forma posterior al requerimiento del paciente. Al respecto, la Secretaría de Salud indica que el aumento en los servicios de los catálogos es directamente proporcional al presupuesto que se destine para este fin expresado en costo per cápita. Así, la Secretaría de Salud inició en el 2002 el Sistema de Protección Social en Salud con el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), el cual agrupaba 78 intervenciones en salud; posteriormente, en 2004, ascendió a 91 servicios bajo la denominación de Catálogo de Servicios Esenciales de Salud

(CASES); en 2005, se actualiza por consenso de especialistas, aumentando a 151 servicios; en 2006 y 2007 se presenta el incremento per cápita, por lo que asciende a 249 y 255, respectivamente; para 2008, se incrementa a 266 y es el que se registra en la actualidad (SSA, 2008)⁶¹.

Aún y con este aumento en los servicios que otorga el *Seguro Popular*, en las trayectorias destaca ese ir y venir de las mujeres de una institución a otra, tanto de instituciones públicas a privadas como viceversa, ocasionando el aumento en los gastos en materia de salud (traslados, estudios clínicos, hospitalización), consideración principal por la que fueron creados estos programas “*en pro de la salud de los que menos tienen acceso*”. Ante esta situación que se presenta, genera la incertidumbre acerca de ¿qué sucede con los Fondos de Protección para Gastos Catastróficos (FPGC)?, ¿quiénes son los “beneficiados” de estos fondos? Los ejemplos más claros son los de Pilar y Carmen quienes ante la presencia de cáncer cervicouterino tienen que cambiar de instancia médica porque aún y con derechohabencia al *Seguro Popular* no se les otorgaba una fecha próxima para su atención médica. En el caso de Carmen tuvo que trasladarse a instancias privadas de salud para poder completar estudios clínicos de su estadio de enfermedad; Pilar, por su parte, optó por la medicina tradicional, pues sus gastos se generaban en los traslados hacia las clínicas del Hospital de la SSA y del IMSS.

Al hablar de prácticas curativas, en este sector urbano destaca la presencia de tratamientos por medio de preparación de tés, tónicos, masajes, hasta intervenciones de parteras, entre otros, por lo que sería conveniente que el Centro de Salud de “la Huizachera”, ante la carencia de personal médico, valorara las prácticas y formas de curar de las personas que se dedican y a las que utilizan

⁶¹ Actualmente se ofertan más de cuatrocientos servicios e intervenciones médicas, entre acciones preventivas, medicina ambulatoria, salud reproductiva, odontología, rehabilitaciones, urgencias y cirugías. Estos forman parte del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) con 266 servicios e intervenciones, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) con la atención para 49 enfermedades crónicas degenerativas y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) con 116 intervenciones (SSA, 2008).

este tipo de sanación, pues si las participantes aceptan tanto la medicina biomédica como la denominada “medicina tradicional” en sus tratamientos, no estaría por demás, que en los manuales en que se especifican las Reglas de Operación de estos programas se reconociera su existencia como tratamientos alternativos que han estado vigentes no sólo en comunidades rurales, sino también al interior de las grandes zonas conurbadas del país, dichos tratamientos contribuyen a un estadio de salud de la población participante.

Otro punto que cabe destacar, es que no se percibe la dimensión cualitativa de la pobreza femenina mencionada por Sánchez (2006), la cual refiere a la desigualdad existente entre hombres y mujeres en el ejercicio de poder y autoridad en la toma de decisiones, con respecto a qué instancias de salud consideran como la mejor alternativa para dar seguimiento a sus tratamientos de enfermedad. Habría que hacer un matiz, cuando en los hogares se encuentra la mujer al frente por abandono o viudez, pues aunque exista la presencia de hijos varones mayores, de quienes se pudiera pensar que tomarían parte en el ejercicio de autoridad, finalmente es la mujer madre de familia quien decide a dónde recurrir para dar seguimiento a su enfermedad.

Con la presentación de estos casos, se observa cómo cada persona, mujeres participantes y no participantes directas de dos programas sociales, constituyen trayectorias múltiples, reconstruyen su proceso de salud/enfermedad/atención en los distintos contextos de su curso de vida, generando al mismo tiempo incertidumbre en la forma en que operan los programas para cada ciudadano adscrito a estos. Por lo que hace falta una atención a la salud en forma integral, en la que se reconozca que no sólo se trata del estadio etiológico que manifiesta la persona, sino que la cobertura de servicios, la infraestructura disponible, el tiempo de traslados, el medio ambiente social y ecológico en que se vive, son indispensables para emprender y comprender las acciones a favor de la salud, no sólo de la población en situación de pobreza, sino de los habitantes en general.

Asimismo, las tipologías elaboradas, además de que permiten agrupar la información empírica obtenida, dan cuenta de la complejidad de las trayectorias, pues al obtener cuatro tipologías de las instancias queda manifiesta la incapacidad de un solo sector (el público) para ofertar servicios curativos a la población sin derechohabencia a instituciones de salud, como ya se mencionaba en la introducción de esta investigación.

Además, con las tipologías de los tratamientos suministrados y de cuidadores, se alude al amplio repertorio medicinal al que accede la población y a la participación de la red doméstica y comunitaria respectivamente, lo cual muchas veces no tiene que ver con el incremento en la escolaridad como condición de mayores conocimientos y mejores prácticas de salud, como lo señalaba Frenk (2000) en cuanto a los aspectos sociales como dimensión de cambio que ha aumentado la complejidad de la salud, pues las mujeres entrevistadas tienen una escolaridad promedio de segundo año de primaria, por lo que puede decirse que los conocimientos adquiridos quizá sí se deban en parte a las pláticas de educación para la salud que se les imparte, pero también se deben a la experiencia de vida, más aún cuando se es enfermo crónico en situación de pobreza y los servicios médicos disponibles por parte de la Secretaría de Salud merman la generación de atenciones y prácticas terapéuticas oportunas, ante la carencia del servicio por las tardes y los fines de semana.

Por esto, en el siguiente capítulo es pertinente abordar el análisis de las representaciones sociales, que acorde al proceso SEA reconstruyen las entrevistadas. Para esto, se utilizará el análisis de los cuerpos narrativos, extrayendo unidades de análisis que permitan comprender el contexto en que son estructuradas.

Cuadro 3: Información de las mujeres entrevistadas

Entrevistada	Edad (años)	Escolaridad	No. Hijos Vivos	No. Hijos Muertos	Partos*	Abortos	Enfermedad	Actividad actual
Candelaria	30	3o. Primaria	4	-----	3 (H) 1 (P)	-----	Presentó: infección en un ovario	Elaboración de ladrillo y venta de cenas/Hogar
Isadora	23	6o. Primaria	1	-----	1 (H)	-----	Epilepsia	Hogar
Guillermina	41	1o. Primaria	6	-----	5 (H) 1 (P)	3	Tumor en un ovario	Elaboración de ladrillo/Hogar
Esther	52	1o. Primaria	7	1	3 (H) 5 (P)	1	Soplo en el corazón; diabetes e hipertensión	Venta de ropa usada/Hogar
Inocencia	41	2o. Primaria	3	-----	3 (H)	1	Hija: hipoacusia progresiva; epilepsia	Maquila de grapas/Hogar
Pilar	67	Ninguna	14	-----	14 (P)	1	Cáncer cervicouterino	Hogar
Jimena	61	Ninguna	10	5	1(H) 14(P)	-----	Inmovilidad en sus rodillas; hipertensión; diabetes	Venta de comidas y cenas/Hogar
Micaela	51	5o. Primaria	10	3	3 (H) 10(P)	2	Tumor en la rodilla derecha	Hogar
Margarita	76	Ninguna	0	1	1 (H)	-----	Inmovilidad en las rodillas; hipertensión	Venta de comidas/Hogar
Julieta	36	5o. Primaria	4	-----	3 (H)	-----	Presentó: Inicio de Cáncer cervicouterino	Voluntaria en un Comedor para niños y tercera edad/Hogar
Sonia	75	Ninguna	5	1	1 (H) 5 (P)	1	Presentó: Lepra	Hogar
Carmen (+)	44	2o. Primaria	6	1	6 (H) 1(P)	-----	Presentó: Cáncer cervicouterino	Hogar/Empleada de restaurante

Fuente: Información obtenida a partir de las entrevistas realizadas.

*Partos: (H) se refiere a la atención en hospitales o clínicas; (P) se refiere a la atención con partera.

CAPÍTULO V

CONSTRUYENDO REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN

Introducción.

En este capítulo se expone, el análisis narrativo de las representaciones sociales de los casos de estudios seleccionados en la segunda fase de trabajo de campo del presente proyecto de investigación. Cabe destacar, como señala Riessman (1993), la propuesta de este análisis consiste en analizar cómo a través de las entrevistas se logra una aproximación a las distintas experiencias en las vidas de las sujetos, en los distintos eventos y acciones, para este estudio visto desde el proceso en que se ha reconstruido la salud/enfermedad/atención (SEA). Desde este tipo de análisis narrativo fue preciso interpretar los relatos sin separar el contenido del contexto, esto, porque se trata de reconstrucciones de las trayectorias de las entrevistadas, las cuales constituyen la historicidad de su proceso particular de SEA. Como señala Labov (citado por Riessman, 1993) “todas las narrativas son historias acerca de eventos pasados específicos”, por esto, en un primer momento se presentan los relatos, posteriormente se descomponen para detectar al interior de las narraciones los consensos a través de las representaciones sociales del proceso SEA, éstas últimas se hacen explícitas en las creencias, significados, valores y prácticas reconstruidas por las mujeres.

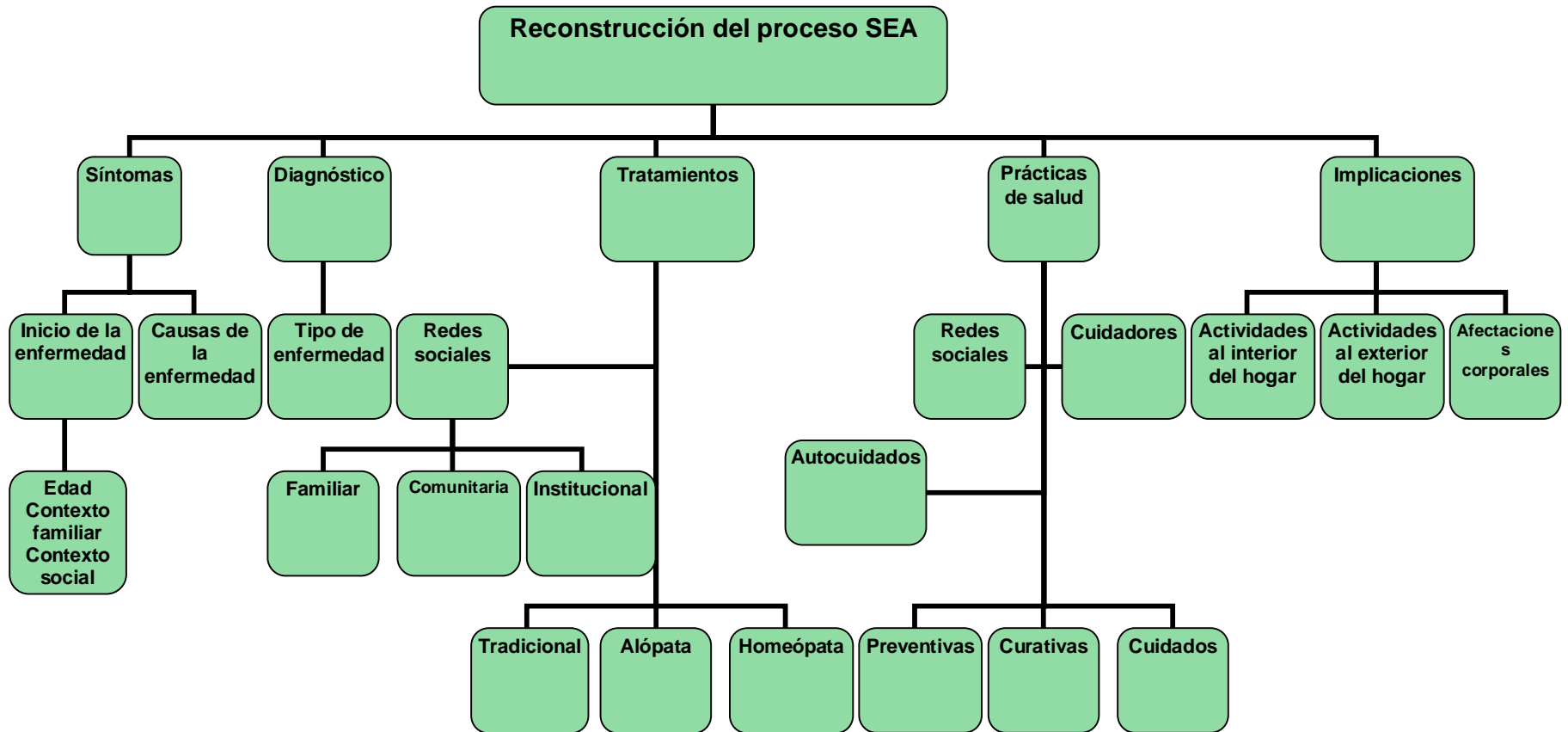
Asimismo, con base en las categorías y subcategorías⁶² de análisis elaboradas, acordes con las narrativas de las trayectorias del proceso SEA, es que se reconstruye el proceso SEA obteniendo las representaciones sociales de las mujeres participantes para cada una de las etapas de dicho proceso. El Diagrama 1 de análisis permite comprender holísticamente cómo las mujeres reconstruyen los procesos de SEA. Como se observa, se parte desde los primeros síntomas detectados por las mujeres desde el medio ambiente social en que se

⁶² Ver categorías de análisis en la Guía de Entrevista a profundidad.

presentaron, las causas que ellas conciben como factores determinantes de su enfermedad, posteriormente la detección bajo un diagnóstico medicinal, se otorgan tratamientos alópatas, homeópatas o tradicionales, considerando la red social de apoyo familiar, comunitaria o institucional. Dentro del mismo proceso se consideran las prácticas preventivas y de cuidados, ya sea de autocuidados o practicadas por un cuidador, donde también adquieren relevancia las redes sociales. Finalmente, se consideran las implicaciones que ha tenido la enfermedad en las actividades al interior y exterior del hogar, además de las afectaciones corporales. Todo lo anterior, contribuye a la comprensión del estadio de salud/enfermedad actual que las mismas mujeres construyen por medio de sus relatos.

Como se señaló en el primer capítulo, los consensos de las representaciones sociales se presentan en el momento en que se estudia el fenómeno, es decir, al interactuar cara a cara con cada una de las mujeres y realizar el recorrido histórico-biográfico de su curso de vida. Con estos consensos se logran aproximaciones procesuales y estructurales (Banchs, 2000) al identificar los contenidos esenciales como producto de su proceso SEA, dentro de los cuales se capta su dinamismo al dar cuenta de las transformaciones de dichas representaciones, al pertenecer o no al grupo participante en programas sociales. Esto, en palabras de Flores (2001) alude a la información, al campo de representación y a la actitud de las mujeres al relatar la experiencia vivida en su proceso salud/enfermedad/atención.

Diagrama 1: Reconstrucción del proceso Salud/Enfermedad/Atención



Fuente: elaboración propia, con base en el análisis narrativo de las trayectorias de SEA.

1. Representaciones sociales de los síntomas de la enfermedad.

La detección tiene que ver con esa primera manifestación de la enfermedad en las sujetos, es decir, cómo se presenta y a la vez es representada por ellas, siendo un referencial importante la actitud que se tiene como primer respuesta ante un evento de crisis por enfermedad. Considerar la edad que se tenía en ese momento permite situar en dónde habitaba la persona, es decir, si se encontraba en su lugar de origen, en algún sector de la ZMG, o si ya residía en “la Huizachera”, además de comprender cómo esta experiencia se vivencia en el seno del contexto familiar y social presente.

1.1. El inicio de la enfermedad.

Al hacer referencia a esta primera fase del proceso SEA, se relaciona directamente con lo que Castro (2002) determina como primer nivel de significación en el que los síntomas aparecen como ‘verdades’, por lo que las metáforas y coloquialismos corporales pueden ser entendidos desde este marco. Desde esta perspectiva, las mujeres reconstruyen esos momentos en el que se padece un dolor y/o un síntoma distinto en su cuerpo.

Como se aprecia en los relatos, en siete de los casos se presenta este primer nivel de significación en el transcurso de la edad reproductiva de las mujeres. Con excepción de Isadora, las demás ya habitaban en el sector de “la Huizachera”, lo que da cuenta de la dificultad de acceder a servicios de salud especializados en aquellos años en que la enfermedad ‘aparece’. No obstante, Isadora vivía en una colonia periférica de la zona metropolitana de Guadalajara, su padre se encontraba preso y su madre ya no vivía con ellos, por lo que fue importante estar rodeada de sus hermanas para que pudieran tranquilizarla, por lo que en su representación ‘*sentía que la cabeza me iba a estallar*’ se logra distinguir por medio de la metáfora cómo hace referencia a ese dolor intenso en su cabeza ante la primera convulsión presentada.

“... (a los doce años de edad) sentía que la cabeza me iba a estallar, me dolía mucho la cabeza y tenía la lengua mordida...” (Entrevista a Isadora)

En el caso de Lucía, su grupo doméstico era una familia nuclear, en el que la presencia de su padre era su principal apoyo, pues por el hecho de ser la única hija mujer, el afecto y cariño que le mostraba era incondicional. En la representación de su madre Inocencia *‘estaba torcida, ya estaba convulsionando’* da cuenta de *la impresión* ante la primera manifestación de la epilepsia como un acontecimiento inesperado, lo que les indicaba que algo le había sucedido.

“... (a los diecisiete años de edad) nos dimos cuenta hasta que comenzó a convulsionar... (su esposo) cuando ve a la Lucy que estaba torcida, ya estaba convulsionando...” (Entrevista a Inocencia)

Con respecto a Candelaria, al enterarse sus padres que por segunda ocasión estaba embarazada decidieron romper la relación con ella, pues se percataban de la situación de violencia doméstica y de la condición socioeconómica en que vivían, esto, por el alcoholismo de su pareja. Ante eso, Candelaria vivió sola momentos difíciles, cuando después de dar a luz con una partera se hacen presentes los sangrados vaginales.

“... (a los diecinueves años de edad) mi cuerpo ya se había cerrado, yo ya no veía, ni reconocía, la matriz y la placenta ya estaban ganándole a mi organismo...” (Entrevista a Candelaria)

En la representación de Candelaria se alude la connotación metafórica *‘la matriz y la placenta ya estaban ganándole a mi organismo’*, lo cual da cuenta de que una parte de su cuerpo se había apropiado de su organismo interno. Como se aprecia en estos tres casos, la enfermedad es como el *“animal perverso”* en palabras de Sontag (2003), el cual se hace presente en el cuerpo de la mujer.

Cuando se trata de sintomatologías relacionadas con infecciones en el cuello de la matriz, como en los casos de Julieta y Guillermina, la detección de hemorragias constantes no se hace esperar. Con relación a Julieta, ella se encontraba disfrutando de la llegada de su segunda hija (tercer parto) cuando se presenta el evento de enfermedad, incluso llegó a desconfiar de su esposo, pues de primera instancia el desconocimiento de un diagnóstico le hizo pensar en la transmisión de una enfermedad venérea.

“... (a los veintiséis años de edad) me empezaron hemorragias, hemorragia cada quince días...” (Entrevista a Julieta)

En lo que respecta a Guillermina, sus síntomas inician después de la muerte de su esposo, en un momento en que la sobrecarga de actividades como la elaboración de ladrillo y el cuidado de los hijos pequeños, así como convertirse en el sostén del hogar, representó adquirir el rol principal en la toma de decisiones.

“... (a los treinta y ocho años de edad) pues empecé a tener sangrados muy raros...” (Entrevista a Guillermina)

Como se observa, con sus representaciones se infieren *la impresión y la extrañeza* con que viven y asumen las primeras experiencias de hemorragias, lo que conlleva a ser diagnosticadas.

En los casos de Esther y Micaela se hace presente el síntoma con el dolor en una parte de su cuerpo, soportarlo representó para ellas *la expectación* por lo que sucedería en una fase posterior, afortunadamente fue sólo un momento hasta su desaparición. Esther ya estaba unida con su tercer pareja, cuando tras la desesperación por no poder controlar el llanto de su hijo menor, él decide golpearlo y ahogarlo. Ella pudo salvarlo amenazando a su pareja con un cuchillo, ante esta reacción él le pidió ser perdonado y la acompañó al Centro de Salud para que le diagnosticaran si había sufrido alguna lesión. Esther da cuenta de *la expectación* cuando menciona que es un suspiro lo que propicia la aparición del dolor en su pecho *‘me llega como un suspiro’*.

“... (a los veintinueve años de edad) me llega como un suspiro y me pega un dolor aquí (refiriéndose a un dolor en el pecho)...” (Entrevista a Esther)

Micaela había parido a su último hijo un año antes de sentir el dolor en su pierna, además, su esposo la había abandonado meses antes de este acontecimiento. En ese tiempo se dedicaba a la elaboración de ladrillo y había quedado al frente de su hogar, por lo que para ella significó soportar el dolor, pese a que su rodilla lo resentía cada vez más *‘yo me aguantaba los dolores’*. De ahí que *la expectación* por su estadio de enfermedad se volvía incierta.

“... (a los treinta y nueve años de edad) yo tenía creo que como dos años con la rodilla así, bien inflamada, pero yo me aguantaba los dolores...” (Entrevista a Micaela)

El dolor manifestado a través de la incapacidad para caminar, debido a que se interrumpe esta función corporal (Castro, 2002), también estuvo presente en las mujeres mayores a sesenta años. Como en el caso de Jimena, quien lo representa como *la imposibilidad* para realizar sus movimientos cotidianos ‘*de aquí pa’ abajo no tenía fuerzas*’. En ese entonces, Jimena tenía la responsabilidad de llevar el sustento a su hogar, pues su esposo la había abandonado cinco años antes de que iniciaran sus dolencias. Ella había trabajado en la elaboración de ladrillo por varios años, posteriormente cuando comenzaron sus molestias en las piernas se dedicó a trabajar en casas.

“... (a los cincuenta y un años de edad) un dolor muy fuerte, un dolor que de aquí pa’ abajo no tenía fuerzas (la señora indica de las rodillas para abajo)...” (Entrevista a Jimena)

En cuanto a Margarita, no obstante el dolor en su pierna, tuvo la valentía de continuar caminando hasta que las explosiones en los registros de las tuberías desaparecieron. Sin pareja, sin hijos, sólo con la ayuda de sus empleadas del negocio de comidas y de los médicos fue como hizo frente a su enfermedad en aquel tiempo. *La impresión* es como se interpreta la representación de la magnitud de la herida en su pierna.

“... (a los sesenta años de edad) yo no te sé decir con qué me pegó cuando iba corriendo, me abrió aquí (señala su pierna derecha), llevaba la pierna muy hinchada, se me veía la heridota... por aquí así estaba de hondo (con sus manos representa la magnitud de qué tan profunda estaba la herida)...” (Entrevista a Margarita)

Para Pilar, en unos estudios practicados para la detección de cáncer fue donde argumenta se originó su enfermedad, sintiendo en el cuello del útero un desgarre, representándolo simbólicamente como ‘*una cortada en una bolita que tengo por dentro*’. En ese tiempo ya vivía con su actual pareja y su nieta. Esta última fue quien le ayudo a controlar las hemorragias, facilitándole los instrumentos que necesitaba para aplicarse lavados vaginales, además, fue quien llamó a los hijos de Pilar para que acudieran a verla a su domicilio para trasladarla

a alguna clínica de salud. En su representación se infiere *la seguridad* de lo acontecido en su cuerpo.

“... (a los sesenta y tres años de edad) en un papanicolau que me hicieron en el Seguro de Tonalá me dieron en una cortada en una bolita que tengo por dentro, que es la vejiga, y hubo un sangrado...” (Entrevista a Pilar)

Para Sonia, la presencia de una mancha en su frente es lo que marca el inicio de la lepra. Durante esos años vivía sólo con su esposo, pero fueron sus hijas quienes se encargaron de acompañarla a las distintas instancias médicas que visitó, previo a asistir al Hospital de Dermatología de la Secretaría de Salud. Percibir un síntoma por medio de la comezón para Sonia representó producirse una enfermedad en la piel *‘hasta que me salió eso aquí’*. Esta forma de nombrar la enfermedad de la lepra y a la vez bajar el tono de voz cuando se sostenía la conversación, puede atribuirse a un factor misterioso (Blaxter, 1983) que se hizo presente en su cuerpo, por lo que también se interpreta su representación como *la extrañeza* ante lo desconocido.

“... (a los sesenta y cuatro años de edad) yo sentí aquí una manchita (en su frente) como un empeine, y yo me rascaba y me rascaba, ya hasta entonces hasta que me salió eso aquí (refiriéndose a la enfermedad de la lepra)... mucha comezón y como rasposas (la señora toca sus brazos), sentía como escamas, muy feo y mucha comezón...” (Entrevista a Sonia)

Además, se aprecia la noción metafórica al relacionar el sentir en sus brazos rasposos con la piel de un pez *‘sentía como escamas, muy feo’*.

En esta primera fase del proceso SEA, las representaciones sintomatológicas inferidas a partir de las narrativas, tienen que ver con la impresión, la extrañeza, la expectación o preocupación, así como la imposibilidad respecto a los primeros signos con que se manifiesta la enfermedad en las mujeres. También, destacan algunas representaciones metafóricas con respecto a la presencia de los síntomas, como son: ‘estar ganándole al organismo’, ‘estar torcida’, ‘estallar la cabeza’, ‘cortar una bolita’, ‘sentir escamas’. Estas tres últimas se asocian directamente con el dolor sentido en cada uno de los casos. Por último, destaca en el caso de Pilar, en que se infiere la seguridad sintomatológica, pues con sus

argumentos relatados da cuenta de los primeros síntomas y acontecimientos que dieron inicio a su enfermedad.

Con respecto al dolor, los antecedentes culturales (Zborowski, 1958) tiene un papel fundamental, no obstante como el mismo autor señala se entrelazan una multiplicidad de factores socioeconómicos así como la formación educativa que han experimentado las mujeres a lo largo de su trayectoria de vida, además, es fundamental cómo el contexto socioambiental en que surge tiene influencia en lo que se piensa de primera instancia como reacción al síntoma, influyendo en la forma en que dan nombre (Zola, 1966) a dichos síntomas, así como en las decisiones tomadas en fases posteriores, como se analiza en los siguientes apartados.

1.2. Representaciones sociales de las causas de la enfermedad.

Como ya se señaló tanto en las trayectorias del proceso SEA presentadas en el capítulo anterior como en el apartado que antecede al presente, se mencionan una serie de síntomas relacionados con los dolores de cabeza, hemorragias, entumecimiento de extremidades tanto inferiores como superiores, dolores en el pecho, bajo peso, dolores en el vientre y alta temperatura, por lo que antes de dar paso a la etapa de los diagnósticos, es preciso agrupar las causas a que atribuyen las mujeres la presencia de la enfermedad.

Para esto, siguiendo la clasificación presentada por Blaxter (1983), quien agrupa en diez categorías⁶³ de causas y enfermedades atribuidas por las mujeres escocesas entrevistadas en su investigación, en el presente estudio se retoman algunas de estas categorías, las cuales se constituyen a partir de las representaciones de las mujeres. No obstante, como se detalla en los siguientes

⁶³ Las categorías detectadas en su estudio son: contagio; herencia o predisposición familiar; agentes ambientales: venenos, condiciones laborales, clima; medicamentos o píldoras anticonceptivas; efectos secundarios de otras enfermedades; estrés, angustias y preocupaciones; enfermedades derivadas del parto y menopausia; efectos secundarios de una lesión o cirugía; descuido, limitaciones impuestas por la pobreza; susceptibilidad inherente al individuo, no heredada (Blaxter, 1983).

párrafos, las enfermedades crónicas pueden deberse a multifactores, los cuales son expresados desde el denominado saber popular (Blaxter, 1983; Menéndez, 1990; Osorio, 2001) o desde los saberes biomédicos. Sontag (2003) menciona que el decir que una enfermedad tiene un gran número de causas, es lo que caracteriza a las enfermedades cuyas causas no se comprenden y esto es lo que abre la posibilidad de las metáforas de lo que se considera moral o socialmente malo.

Con respecto a la categoría *herencia*, Isadora menciona que cuando fue diagnosticada, el médico le preguntó acerca de posibles casos de epilepsia en sus padres y abuelos, a lo que Isadora expresó que tanto su padre como abuelo paterno habían presentado convulsiones. Asimismo, como ya se argumentó en el Capítulo III, desde la parte médica una de las posibles causas de esta enfermedad puede ser por la fiebre, lo cual permite ubicar este caso en la categoría de efectos secundarios de otras enfermedades.

“... a mí, el doctor con el que me llevaron me dijo que esto podía ser heri, heri (*hereditario*), eso, hereditario...” (*Entrevista a Isadora*)

En este caso, se dilucida en su representación *la predisposición*, por lo que Isadora al verbalizar la causa principal, la asocia con la enfermedad heredada por su padre y su abuelo.

En lo que respecta a la categoría *agentes ambientales*, en la narración de Sonia queda claro cuando atribuye la presencia de lepra el hecho de realizar constantemente actividades, como lavar la ropa o simplemente bañarse, al interior de un ojo de agua cercano al sector “la Huizachera”, además, de que en esos años no fue el único caso reportado en ese entonces ante las instituciones de salud pública. Asimismo, pudiera ser también una causa las *limitaciones impuestas por la pobreza*, pero más bien se asociaría a una décimo primera categoría que surge a partir de estas situaciones bajo el nombre de *implicaciones de la situación en pobreza*, pues buena parte de la población del sector acudía a

dicho ojo de agua a realizar las actividades mencionadas ante la carencia del vital líquido en sus domicilios.

“... ahí me bañé yo (*en el ojo de agua de “la Piedrera”*), íbamos a lavar allá aquí no había agua, p’os ya hace mucho que vivemos aquí, íbamos a lavar y que nos bañamos, ya de poquito, yo sentí aquí una manchita (*se toca su frente*)...” (*Entrevista a Sonia*)

De acuerdo con Sontag (2003) *el misterio* es la causa que se infiere a partir de la representación de Sonia, pues no se sabe a ciencia cierta, ni desde la parte médica, qué bacteria ocasionó su lepra.

Con relación a la categoría *estrés, angustias y preocupaciones*, aunque Esther no relaciona el hecho de que su pareja haya intentado asesinar a su último hijo, con la manifestación del soplo en el corazón, al realizar la trayectoria del proceso SEA se distingue esta correlación, lo cual hace ubicarla en esta categoría. Asimismo, la prevalencia de diabetes e hipertensión, como ya se ha señalado en el Capítulo III, ha generado la aparición paulatina de pérdida de la vista y del sentido del oído, por lo que se ubica también en la categoría de *efectos secundarios de otras enfermedades*.

Para el primer grupo de enfermedades relatadas por Esther, como son el soplo en el corazón, la diabetes y la hipertensión, se deducen como representaciones de las causas de las enfermedades, *la preocupación y la angustia*, producto de la violencia doméstica⁶⁴ que vivió específicamente con su pareja, así como de la carencia de recursos monetarios para subsistir, lo que también conduce a ubicarla en la categoría propuesta bajo el nombre de *implicaciones de la situación en pobreza*.

⁶⁴ De acuerdo con un estudio realizado para el contexto chileno, Almonacid, F. y colaboradoras (1996) definen la violencia familiar o doméstica como todas las formas de abuso que se dan en las relaciones entre los miembros de una familia, sea ésta regulada legalmente o una unión de hecho. Asimismo, la relación de abuso la definen como la conducta que, por acción u omisión, genera daño físico o psicológico a otro integrante de la familia. Las autoras mencionan una serie de conductas y sentimientos de la mujer víctima de maltrato, destacando el incremento de los problemas de salud física y mental, en los que se refleja un debilitamiento gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo que conduce al aumento de los problemas de salud.

En la categoría de *efectos secundarios de una lesión o de una cirugía*, Candelaria en su reconstrucción del proceso fundamenta claramente cómo a raíz de un desgarre en su ovario, causado por paramédicos de la Cruz Roja, origina sus posteriores hemorragias, infecciones e inicio de un tumor canceroso. En dicha representación denota la reproducción del discurso médico, lo cual habla de esa apropiación de conocimientos biomédicos por estadios de su enfermedad, lo cual aporta a su *capacidad médica* individual (Boltanski, 1974).

“... cuando la sacaron (*la placenta*), me desagarraron un ovario... es como si lo hubieran raspado, entonces se hizo líquido y se convirtió en tumor...”
(*Entrevista a Candelaria*)

Por estos motivos en su representación se interpreta como *maltrato médico*, producto de los errores en que incurrieron al revisarla rápidamente para poder extraer la placenta de su cuerpo.

En esta categoría también se ubica Lucía, pues como ya se ha aludido, el accidente que tuvo al interior de su hogar a través de un golpe fuerte en la cabeza, fue el que propició la aparición de convulsiones y dolores de cabeza. Su madre Inocencia al reconstruir las palabras de Lucía en su explicación del momento del accidente muestra desconcierto, pues el impacto y la evolución de la enfermedad han coadyuvado a la degradación de sus sentidos de la vista y oído, sin poder recordar eventos del pasado, por lo que su caso puede también considerarse como una *cadena de causas* (Blaxter, 1983), presentando un estadio actual de infarto isquémico agudo⁶⁵.

“... ella se puso a lavar el baño y se resbaló y pegó de pura cabeza... cambió su vida, dice ella que se cayó y golpeó y tardó un ratito para reaccionar, que vio lucecitas... nosotros no nos dimos cuenta hasta que comenzó a convulsionar...” (*Entrevista a Inocencia*)

⁶⁵ Nombre biomédico con el que se identifica el estadio de enfermedad de Lucía, de acuerdo al reporte de la clínica privada de salud a la que acudió (documento oficial).

Por esto, como un *evento inesperado* es lo que se deduce de la representación de Inocencia, pues bastó con que Lucía realizara una actividad doméstica para dar origen a una lesión y a partir de aquí desencadenar una serie de eventos y crisis de enfermedades.

El caso de Micaela puede ubicarse también en esta categoría de *efectos secundarios de una lesión*, no obstante incorporando algunos matices con respecto a las *implicaciones de la situación en pobreza*, pues en su trayectoria del proceso SEA al conjuntarla con su curso de vida aparece el factor trabajo en la ladrillera. Micaela no da cuenta en su reconstrucción de la causa de su tumor en la rodilla, pero al externar las largas jornadas de trabajo a que se sometía cuando trabajaba en esta actividad desde los diecisiete años, la postura del cuerpo que debía tener en las distintas etapas de elaboración, así como las llamadas '*bolas que salen en los huesos*' como metafóricamente representa a los esguinces que prevalecieron en sus articulaciones, cercana a sus codos y rodillas, a lo que le atribuye causas *hereditarias* de su abuela, permite dar cuenta de la diversidad de factores que han incidido en la prevalencia de tumores en su rodilla derecha, de ahí que también se considere en la denominación de *cadena de causas* enunciada en el caso anterior. Aunado a esto, la enfermedad reincide a los doce años producto de una caída, debido a los *descuidos* por continuar realizando diversas actividades tanto al interior como al exterior del hogar, pues se encontraba al frente de éste a partir del abandono de su esposo, por lo que finalmente requirió de la implantación de prótesis.

“... aquí dentro del trabajo del ladrillo, fue lo mismo, ya entonces tuve que enseñarme a tender el ladrillo y a más cosas, yo me iba todos los días a trabajar a la ladrillera... (*una de las consecuencias de trabajar el ladrillo*) esas bolas que salen en los huesos, será herencia que traemos o que sé yo, de mi abuelita sí, desde muy joven sus dedos se enchuecaron... (*con respecto a su rodilla*) mi hijo mayor me dijo ‘amá mientras más, se te hincha más’... (*la caída reciente*) hasta ahora que me caí el veintiséis de marzo (2008) supe el daño que tenía la rodilla, yo no sabía y a mí me dolía , pero yo no sabía por qué, vedá, yo creía que era por natural , ya el desgaste físico, como yo estoy consciente de que he trabajado y esforzado mucho mi cuerpo...” (*Entrevista a Micaela*)

Por estas causas múltiples, es que se deduce *el descuido* como representación principal, ante la carga de actividades que su cuerpo tenía que soportar. Que como ya se veía, corresponde a una de las categorías enunciadas por Blaxter (1983).

En la categoría *susceptibilidad inherente al individuo* se encuentra Jimena, al mencionar que la presencia alcohólica de su padre en el hogar, los disgustos que tuvieron sus padres, así como el alcoholismo de sus hijos, le generaban la presencia de nerviosismo y dolores estomacales, producto de la violencia psicológica doméstica, como en el caso de Esther. Esto, en palabras de Blaxter (1983) ubica a Jimena en un grado de *psicologización de la enfermedad*, pues en su representación la enfermedad la ubica en su entorno, no en su cuerpo.

“... a mi papá le gustaba tomar y, ya que andaba borracho pos ofendía mucho a mi mamá, y pienso que eso me empezó a mí hacer mal, tenía mucho miedo... mis hijos iban en el mismo camino (*el de beber alcohol*), un dolor y un dolor aquí (*la señora se toca el abdomen*), que no se me quitaba, me dicen que era porque yo misma me agarra de nervios...” (Entrevista a Jimena)

Por esto, se infieren las representaciones *preocupaciones* y *angustias*, como causas principales de la enfermedad ante un escenario adverso en cuanto a lo intradoméstico refiere.

Asimismo, se presenta en la categoría *efectos secundarios de otras enfermedades*, al presentarse mareos, dolores de cabeza y el entumecimiento de sus extremidades, trayendo como consecuencia la hipertensión y los primeros signos de embolia. Además, las distintas caídas que tuvo de los camiones urbanos cuando salía a trabajar en casas, le atribuye el desgaste de sus huesos de las rodillas, por lo que también se hace presente la categoría *efectos secundarios de una lesión*.

“... (*con respecto a la hipertensión*) mucho dolor de cabeza, empecé a ver que se movía le piso, pus no era que yo traía la presión alta... (*el dolor en las*

piernas) con el tiempo empecé con mis huesos, pero yo le echo la culpa a las caídas que tuve, del camión me caí como tres veces cuando trabajaba en casa...” (Entrevista a Jimena)

Si bien el dolor de cabeza se asocia a los malestares emocionales mencionados en el Capítulo III, analizados y categorizados a detalle por Enríquez (2008), de esta enfermedad se dilucida la representación *preocupaciones* ante lo vivido, además, la enfermedad de sus rodillas se infiere la representación de las causas como *eventos inesperados*, pues las caídas hicieron que sus malestares se fueran agravando con el paso del tiempo.

En la categoría *efectos secundarios de una lesión*, también se ubica Julieta, pues al igual que Candelaria, relata el origen de su infección apropiándose del lenguaje médico alópata: ‘*la anestesia me causó mucho daño*’, ‘*un desgarre muy fuerte que tuve*’. No obstante, narra acontecimientos previos a su tercer parto, en el que no recibió la atención médica al momento del nacimiento de su hija, aún estando en el interior del Hospital, por lo que para ella las complicaciones con la placenta y la ineptitud de la enfermera fueron las causas que originaron la lesión en su cuello de matriz.

“... (*antes del parto*) la criatura nació en el pasillo del Hospital, ¿por qué?, porque no quisieron atenderme rápido, yo le decía que quería ir al baño pero era porque ya venía la criatura yo me imagino... (*después del parto*) me tuvieron cinco horas con la placenta adentro, cuando eso sale junto con la criatura, después de cinco horas llega, no sé si una enfermera o una doctora... (*la experiencia con la enfermera*) me mete la mano, me saca la placenta y me lava, sufrí como no se lo imagina... también la anestesia me causó mucho daño porque cuando a mí se me quitó la anestesia yo no podía levantar la cabeza, de ahí para acá yo empecé a sentir también molestias en mi vientre... un desgarre muy fuerte que tuve, y yo de ahí empecé a sentirme mal, como le digo hemorragia y hemorragia cada quince días...” (Entrevista a Julieta)

Por estos motivos es que la representación de Julieta se deduce como *maltrato médico*, pues como se observa fueron distintas las vivencias en un solo evento de parto.

La principal atribución a la presencia de sangrados, dolores en el vientre y entumecimiento de las manos en Guillermina, debe a la actividad física desgastante que ha tenido en la elaboración de ladrillo, por lo que cuando estuvo embarazada eran pocos los autocuidados ante este estadio en que se encontraba, por lo que permite ubicarla en la categoría de *descuido e implicaciones de la situación en pobreza*, pues como se ha dicho, esta actividad ha sido el sustento de muchos grupos domésticos del sector “la Huizachera”, no importando si se está enfermo la elaboración tiene que continuar, como lo deja en claro Guillermina en su narración de los acontecimientos. Pese a que no asocia la presencia de sus displasias en el útero con su evento de enfermedad, aporta elementos que lo corroboran, además, habría que añadir los tres abortos⁶⁶ que presentó.

“... a veces me volaba la barda echando muchas pilas o porque siempre le ayudaba a él (*a su esposo*), yo andaba trabajando durante el embarazo, ya andaba descansando ya cuando faltaba un mes, ya para aliviarme era cuando ya dejaba un poco más el trabajo, pero mientras yo levantaba, yo trinchaba yo hacía ladrillo, o sea mientras no me estorbara tanto el estómago yo trabajaba...” (*Entrevista a Guillermina*)

Por estas cuestiones, es que se infieren las representaciones de *desconocimiento* ante un nuevo embarazo y los *descuidos* prenatales, ante la carga de actividades al exterior del hogar. Asimismo, es preciso destacar la representación simbólica ‘*andaba rayando*’ como nombra la presencia de hemorragias.

“... y yo ya andaba rayando, o sea andaba rayando, y le digo ‘es que ando rayando’, yo no sabía que estaba embarazada tampoco, como estaba dando pecho, dije ‘pu’s no estoy embarazada’, pero yo dije ‘¡ando rayando! sabe qué tendré’, nos fuimos al dichoso cerro y allá me pasó a mí, allí aborté...” (*Entrevista a Guillermina*)

La causa principal a la que Pilar determina el surgimiento de sus dolores de cabeza y por tanto la presencia de hipertensión, como ya se había aludido en el

⁶⁶ En la entrevista sostenida con el médico privado aclara que puede haber varias causas que generen la aparición de un tumor en el ovario: ‘*es algo que no se puede decir la causa que lo puede provocar, muchas veces ya puede ser desde el nacimiento, hasta genético, este, aunque a lo mejor puede influir un poquito los métodos anticonceptivos, o hay veces también pueden intervenir un poquito un aborto*’ (*Entrevista a Dr. Cristóbal*).

Capítulo III, fue el hecho de que a la edad de cuarenta y cinco años recibió la noticia de que su pareja estaba casado y a su fallecimiento la pensión militar la recibiría su esposa después de haber procreado catorce hijos con él, por esto, se ubica en la categoría de *estrés, angustias y preocupaciones*. En su narrativa asocia elementos que se ven mutuamente relacionados cuando se informa mediante un diagnóstico médico *‘presenté presión del corazón, ¡que presión alta!’*. Aunado a lo anterior la presencia de diabetes, se desencadena por los *efectos secundarios de otras enfermedades*, pues para Pilar el hecho de comenzar a adelgazar, una vez identificada la hipertensión, trajo como consecuencia su estadio de diabetes.

“... se presenta el Seguro de que lo pensiona el ejército (*a su pareja*), y arrima la esposa y me arrima a mí, (*acontecimiento posterior*) me fui a internar porque fue cuando ya presenté presión del corazón, ¡que presión alta!, tenía precisamente como unos cuarenta y cuatro, cuarenta y cinco años, y de esa fecha tengo de esto que padezco del cardis... (*con respecto a la diabetes*) empecé flaca y flaca...” (*Entrevista a Pilar*)

Del relato anterior se deducen las representaciones *estrés, angustias y preocupaciones*, como causas de este par de enfermedades, producto a la vez de violencia doméstica vivida. Como se veía en el caso de Esther, se presenta también la *psicologización de la enfermedad* (Blaxter, 1983), por el escenario intrafamiliar presente.

La causa de cáncer cervicouterino, se ubica en la categoría de *efectos secundarios de una lesión*, pues en su relato da cuenta de un papanicolaou mal practicado en una clínica del Seguro Social, lo cual afectó una lesión que ya tenía en su vesícula debido a una caída y de levantar objetos pesados durante su infancia y adolescencia. El tamaño de la lesión en la vesícula la representa simbólicamente como *‘un testículo de un hombre colgando’* o *‘como un blanquillo de gallina’*.

“... en una caída, resultó la bolita, porque yo era amante a andar levantando cosas pesadas, la bolita chiquita empezó a crecer grande y grande, pero yo me paraba y de parada sentía que la traía como un testículo de un hombre colgando... del tamaño de un blanquillo de gallina me creció... en un papnicolau que me hicieron en el Seguro de Tonalá me dieron en una cortada

en una bolita que tengo por dentro que es la vejiga, me cortaron y hubo un sangrado...” (*Entrevista a Pilar*)

No obstante, desde la parte médica existen elementos que explican contrariamente a la interpretación de Pilar, que precisamente un papanicolaou es una de las prácticas de salud preventivas para la detección de cáncer. Con dicha información procedente de la entrevista sostenida con el médico privado del sector “la Huizachera”, hace que se genere controversia entre la causa real del origen del cáncer cervicouterino de Pilar.

“... practicarse su papanicolaou cada año, y ya después que supo que tenía cáncer y que a lo mejor se le descubrió a tiempo y se le dio un buen tratamiento y que el paciente está bien, o sea se le erradicó su problema, de todos modos se tiene que cuidar de que no tenga infecciones, que no agarre infecciones vaginales...” (*Entrevista a Dr. Cristóbal*)

No obstante, de su narración se infiere la representación *maltrato médico*, ante los sucesos adversos que enfrentó para atender sus problemáticas de salud.

El golpe fuerte en la pierna recibido por Margarita ubica su caso en los *efectos secundarios de una lesión*. No obstante la atención médica alópata y homeópata requerida, en su trayectoria del proceso SEA se distingue también el *descuido* por las *implicaciones de la situación en pobreza* en que vivió tanto su adultez madura como actualmente su vejez. En su relato expresa el no querer darse por vencida, pues por su situación económica requería continuar desempeñando sus actividades para subsistir ‘*me la atrasé porque yo no quería darme por vencida*’, como si su herida naturalmente fuera a volver a su estadio anterior a la lesión ‘*no se me pegaba y se me volvía a despegar*’.

“... (*el día de las explosiones de 1992*) yo no te sé decir con qué me pegó cuando iba corriendo, me abrió aquí (*señala su pierna derecha*)... me coaguló, caminando, corriendo se me coaguló, fíjate ¡qué fuer tota! me cuajó, entonces ya cuando llegué (*a su domicilio*) llevaba la pierna muy hinchada... (*dio continuidad a sus actividades*) yo pensé que me iba a cerrar, así estuve y seguí trabajando, me la atrasé porque yo no quería darme por vencida de que no me fuera a cerrar, y p’os no me cerró, como estaba trabajando a diario y andaba para allá y para acá, y no se me pegaba y se me volvía a despegar (*la herida*), hasta que ya no pude entonces ya no moví la pierna, tenía los dolores muy fuertes...” (*Entrevista a Margarita*)

Desde esta narrativa es que la representación de Margarita se interpreta como un *evento inesperado* producto de un accidente, que si bien mucho se ha hablado de que se pudo prevenir, de las distintas versiones de los hechos por parte de actores sociales, políticos y religiosos, de la imagen de la ciudad de Guadalajara⁶⁷, entre otros aspectos, para ella ese día quedó marcado porque su vida ya no volvió a ser la misma de antes.

Finalmente, en la narración de Antonio, esposo de Carmen, no quedan del todo claro las causas del cáncer cervicouterino, puede decirse que se entrelazan, de acuerdo con las categorías propuestas por Blaxter (1983), por un lado *enfermedades derivadas del parto y el descuido*, y por otro, aunque no dejan de estar presentes de manera conjunta las *implicaciones de la situación en pobreza*. Esto, porque es en el último de sus partos cuando Carmen recibe indicaciones de realizarse constantemente estudios clínicos (papanicolaou) para analizar la posible presencia cancerígena en su matriz, a lo cual ella hizo caso omiso, descuidando su salud y continuando con su vida laboral y activa sexualmente. En su representación da cuenta de la responsabilidad compartida que tenían como pareja, al asumir él parte de la culpa de su estadio de enfermedad, sin embargo los descuidos producto de la desatención estuvieron por encima de todo.

“... fue gran parte de culpa de ella y a lo mejor hasta culpa mía, porque después de que le hicieron (*hicieron*) la operación esa para ya no tener familia, pero ella no fue a chequearse periódicamente, hasta después fue cuando ella me dijo que le habían recomendado que fuera cada seis meses a chequearse y nunca iba, y yo le decía ‘pues ve, y ve’ y no hacía caso... yo empecé a notar que después de esa operación que le hicieron ya los actos sexuales que tuvimos nosotros ya no eran igual que anteriormente, yo la sentía que ella tenía molestias, pero ella no me decía, pero yo sentía que ella tenía molestias, entonces le decía ‘vete a chequear y vete a chequear’, y nunca me hizo caso...”
(*Entrevista a Antonio*)

Aún y con la enfermedad, Carmen opta por seguir trabajando pues con los ingresos de su esposo no alcanzaban para solventar los gastos del hogar, sin embargo, son los mismos jefes quienes la despiden por estar constantemente

⁶⁷ Ver estudios realizados por De la Torre (2004) y Reguillo (2005).

inasistiendo a sus labores, esto, por tener que acudir con los médicos a realizarse estudios clínicos que eran importantes para controlar su estadio de enfermedad.

“... ella seguía yendo a trabajar pero en el trabajo de plano le dijeron mejor váyase señora, ya no venga a trabajar’ porque, este, llegó a estar la mayor parte del tiempo yendo al doctor... de plano como quien dice la corrieron y ni siquiera le dijeron ‘ai le va un peso pa’que se ayude’...” (*Entrevista a Antonio*)

De las narrativas anteriores se infiere que las representaciones de las causas del cáncer cervicouterino de Carmen, son *el descuido* y *el maltrato médico*, que combinadas la condujeron a sus cuarenta y cinco años a la muerte.

En síntesis, puede decirse que a partir del análisis de las narrativas se logra deducir una serie de representaciones sociales que pueden agruparse de acuerdo con el tipo de enfermedad crónica prevalente en las mujeres, como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla VII
Representaciones sociales de las causas de las enfermedades.

Tipo de enfermedad	Representaciones sociales
Lepra, Craneoencefálica, Dolencias en piernas, Inmovilidad y discapacidad en piernas.	Eventos inesperados, El misterio.
Infecciones en ovarios, Cáncer cervicouterino.	Maltrato médico.
Soplo en el corazón, Diabetes, Hipertensión, Parálisis facial, Dolores estomacales.	Preocupaciones, Angustias, Estrés.
Tumores en rodillas, Tumor en ovario, Cáncer cervicouterino.	Descuido.
Epilepsia.	Predisposición.

Fuente: elaboración propia, de acuerdo con el análisis realizado.

En las representaciones sociales de las mujeres destacan las *preocupaciones*, las *angustias* y el *estrés* como causas que asocian a enfermedades relacionadas con dolores internos, como en el estómago o en el corazón (soplo), así como dos de las enfermedades crónicas degenerativas que han venido en aumento en los últimos años, la hipertensión y la diabetes, de acuerdo con los datos emitidos a través de la ENSANUT (2006), pues cabe recordar que Jalisco se encuentra en el porcentaje medio a nivel nacional en prevalencia de hipertensión, además, la diabetes ha incrementado su tasa como causa de mortalidad en la región centro del estado. Asimismo, cabe destacar, que en los casos donde se infieren las representaciones mencionadas, ha existido algún evento de *violencia doméstica*, por lo que ésta podría ser una categoría más a incorporar para el contexto mexicano, pues como se recordará Blaxter (1983) no lo menciona en sus categorías construidas.

La representación social del *maltrato médico*, se interpretó como causa de enfermedades relacionadas con el aparato reproductor femenino, específicamente ante la presencia de infecciones en ovarios o cáncer cervicouterino, lo que hace pensar en un problema serio institucional de salud, por lo que es necesario poner la mirada en lo que se hace con las mujeres ante una situación de este tipo, pues la salud reproductiva y su integridad como personas es lo primero que debe salvaguardarse.

Por otra parte, también se considera como aporte la categoría propuesta *implicaciones de la situación en pobreza*, aunque todos los casos pertenecen a un sector considerado en situación de pobreza, al introducir esta categoría se alude a la heterogeneidad con que se vive la pobreza en cada uno de los hogares, más cuando se porta una enfermedad crónica degenerativa. Por lo que los casos estudiados, analizados por separado y en conjunto adquieren relevancia para la política pública en salud.

Como ejemplo de esto, en los casos de Carmen, Margarita, Guillermina y Micaela, queda claro cómo el factor trabajo se relaciona directamente con la salud, como la

encrucijada ante las adversidades de vivir en pobreza, por lo que ellas optan por 'seguir adelante' en sus actividades sin importar su estadio de salud/enfermedad.

Por esto, es que se agrupan en la categoría propuesta de *implicaciones de la situación en pobreza*, pues arriesgan todo con tal de proveer recursos a su hogar. Aunado a estos casos, como ya se mencionó, surge el aspecto medioambiental con Sonia, lo cual hace pensar en otra adversidad cuando se vive en pobreza urbana, no sólo por la falta de agua, sino en la calidad de los saneamientos de la misma, asociado a factores exógenos que cada vez contaminan más el canal que separa al sector de "la Huizachera" de su colonia vecina "Santa Rosa del Valle" (ver fotografía), por lo que estas implicaciones de la situación en pobreza reflejan la complejidad de la salud, cuando se analizan las dimensiones de cambio que establecía Frenk (2000) como demográficas y sociales, ya que hace falta observarlas, analizarlas y actuar con un enfoque de salud social en el acercamiento a sectores en situación de pobreza.



Vista del Canal que comunica a la Presa de las Pintas.

2. Representaciones sociales de los diagnósticos de la enfermedad.

La segunda categoría comprende el tipo de diagnóstico establecido para considerarse a la mujer como portadora de la enfermedad crónica. Dicho diagnóstico fue realizado por distintas instancias medicinales, como puede ser la tradicional, la alópata o la homeópata, o la combinación de algunas de éstas.

En esta fase del proceso, Castro (2002) lo concibe como el cuarto nivel de significación, construido en términos clínicos por parte de los médicos. Aunque ya se ha comentado en el capítulo anterior la recurrencia a la medicina tradicional, destaca entre las mujeres de “la Huizachera” el diagnóstico realizado por médicos alópatas. Kleinman (citado por Castro, 2002), propone nombrar a estos relatos como *‘narrativas del padecimiento’*, las cuales forman parte de la trayectoria de la enfermedad, reconstruidas por las sujetos desde su capacidad de verbalizar el discurso médico, y a la vez, inferir su representación.

Candelaria reconstruye su diagnóstico prescrito por los médicos de la Cruz Roja, como una infección que ocasionó un tumor en uno de sus ovarios:

“...fue una infección que ellos mismos ocasionaron (*los paramédicos de la Cruz Roja*), yo no me había dado cuenta, sino hasta después de un largo tiempo...” (*Entrevista a Candelaria*)

De igual forma, Isadora reproduce su diagnóstico tal como se lo expresó el médico a sus hermanas, no obstante, desconoce qué anomalía pudo haber contribuido al desarrollo de la epilepsia:

“... al siguiente día (*de su primera crisis convulsiva*) mis hermanas me llevaron al doctor y les dijeron que se trataba de la epilepsia... en el Hospital Civil nuevo (*de Guadalajara*) me hicieron estudios para detectar qué tenía en el corazón o en la cabeza, pero me dijeron que no tenía nada...” (*Entrevista a Isadora*)

Guillermina, acude al Hospital Civil de Guadalajara y reconstruye el dictamen médico con asombro ante lo que manifestaba en su ovario. Como se mencionó anteriormente, también denota el desconocimiento médico de la causa atribuida a su presencia:

“... empecé a ir al doctor, y ya me empezaron a hacer estudios y pu's, ¡que resultó que tenía un tumor en el ovario!...” (*Entrevista a Guillermina*)

Pese a que Esther no logra verbalizar completamente su diagnóstico, sí alude a la presencia médica y a la realización de estudios clínicos para establecer su enfermedad:

“... me llevó él (*su pareja*) al Hospital y ya les dije ‘que me daba como un suspiro y me daba un dolor’, entonces ya me checaron y me hicieron una de esas ¿cómo se llama?, una dia dia, no sé cómo se llaman (*se refiere a un electrocardiograma en el área de cardiología del Hospital*) y ahí fue donde me dijeron lo que tenía...” (*Entrevista a Esther*)

Para Inocencia es difícil reconstruir el lenguaje médico para externar el diagnóstico dado por los médicos del Hospital Civil, sólo expresa la manifestación de la enfermedad por medio de las convulsiones pero sin saber cómo se le denomina a la afectación que ocurrió en el cerebro de su hija:

“...nosotros la llevamos al Hospital, primero aquí a “Las Pintas”, y nosotros no sabíamos lo que era que le pasaba... al otro día nos dijeron de un doctor muy bueno, que allá por “los Tecos” (*refiriéndose a una clínica privada*), pero antes de ahí cayó al Hospital Civil... pues que le dio este, como le quisiera dar entender, que le dio como, primero que le dan convulsiones... entonces como que se le afecta mucho la cabeza...” (*Entrevista a Inocencia*)

En lo que respecta a Pilar, ella ya esperaba en su diagnóstico médico ser portadora de cáncer cervicouterino, pues la sintomatología desarrollada y sus conocimientos de la medicina tradicional la condujeron a llegar a esa conclusión:

“... me llevaron a una clínica (*privada*) que está allá por la de “Santa Cecilia” (*refiriéndose a la colonia*), de paga, y ahí fue cuando le dijeron a mis hijos ‘si su mamacita y ustedes tienen modo de meterla al Seguro, métenla al Seguro, porque esta enfermedad va pa’ largo y puede ser principio de cáncer’, ¡cuál principio, era el cáncer!...” (*Entrevista a Pilar*)

Micaela, después de acudir con el médico del Hospital Civil de Guadalajara, externa que le diagnosticaron la implantación de una prótesis tumoral, pero no logra reconstruir el nombre de la enfermedad y su posible causa:

“...yo le dije que ya me habían operado (*al especialista del Hospital de la Secretaría de Salud*) que me habían sacado otros tumores, y este, me dijo ‘sabe qué señora, usted ocupa una prótesis tumoral...’ (*Entrevista a Micaela*)

Julieta logra reconstruir el diagnóstico, indicando sólo la presencia de una infección en su útero:

“... le digo (*al médico alópata*) ‘dígame por favor qué está pasando, dígame por favor’, dice ‘señora, usted estuvo propensa a cáncer, pero bendito sea Dios está bien’... una infección muy fuerte, fue una infección muy fuerte por un desgarre que yo llevaba...” (*Entrevista a Julieta*)

Por su parte, Sonia también expresa claramente el diagnóstico de su enfermedad, al que la parte médica le designa con el nombre de lepra:

“... me hicieron análisis, mucho tratamiento me hicieron, hasta que ya me detectaron eso... el doctor que me dio la medicina me dijo ‘mira muchacha, tú tienes lepra’...” (*Entrevista a Sonia*)

Con estas narrativas de diagnósticos, por un lado, se da cuenta de lo difícil que continúa siendo la traducción del discurso médico al lenguaje coloquial, como ya ha sido señalado en otros estudios (Menéndez, 1981; Mercado, 2000; Foucault, 1999), esto, aunado al desconocimiento de lo acontecido en el organismo de la persona, lo cual da origen a la descompensación y a la presencia del evento de enfermedad. Por otro lado, existen quienes logran verbalizar con mayor facilidad el diagnóstico médico, por lo que se interpreta la representación *apropiación del discurso médico*, no obstante, el lenguaje utilizado en la realización de dictámenes clínicos por lo regular es de difícil traducción para las mujeres.

3. Representaciones sociales acerca de la valoración de los tratamientos de la enfermedad.

A partir de esta tercera etapa, las mujeres deciden de acuerdo a sus creencias y hábitos de salud, con qué tipo de medicina dar inicio y seguimiento para tratar la enfermedad. A la vez, es destacable conocer qué tipo de redes de apoyo social participaron en el suministro del tratamiento, qué rol jugaron y si existió complementación de las distintas redes, como puede ser la familiar, la comunitaria y la institucional.

Es preciso comprender con base en qué tipo de medicamentos se han llevado a cabo los tratamientos o prácticas terapéuticas (Osorio, 2001) para que las mujeres

retornen a su estadio de salud, o en su caso, en la búsqueda de mermar el deterioro de su salud por motivo de la enfermedad que aún persiste. Menéndez (1981) al trabajar en comunidades rurales, estableció una tipología que clasifica a los curadores tradicionales, siendo éstos: a) el grupo técnico, integrado por parteras, comadronas, hueseros y yerberos; b) el casero, representado por la automedicación; c) el religioso, enfocado a aspectos de carácter simbólico, y; d) el grupo mágico, el cual también destaca cuestiones simbólicas.

No obstante el enfoque del presente estudio, realizado en el sector urbano “la Huizachera”, se aprecia la combinación de tratamientos para la atención de las enfermedades desde los alópatas, tradicionales y homeópatas, éstos, prescritos desde la institución de salud médica, desde la red médica homeópata, o bien desde las medicinas tradicionales, respectivamente, impartidas éstas últimas por un curador (curanderas o curanderos que habitan en el sector) o puestos en práctica por distintos conocimientos que las mujeres han adquirido o recomendaciones hechas por sus lazos sociales vecinales. Lo anterior, constituye el amplio *repertorio medicinal* al que tienen acceso las mujeres de este sector. Osorio (2001) alude a este término como repertorio de tratamientos en el sentido en que las madres aplican diversas prácticas terapéuticas en los padecimientos de sus hijos, en cambio el enfoque de este estudio se sitúa desde los tratamientos y diversas prácticas que las mujeres adoptan como idóneos para sus enfermedades crónicas, como se detalla en éste y en el siguiente apartado.

Desde esta perspectiva, es necesario agrupar a las mujeres de acuerdo a los tipos de tratamientos que privilegiaron como la mejor solución a su problemática de enfermedad crónica. Los primeros relatos dan cuenta de cómo se combinaron los tratamientos y lo que las mujeres narran acerca de su mejoría o no, acorde con el tipo de tratamiento ingerido.

Candelaria recurrió a la medicina biomédica a base de pastillas y bajo la medicina tradicional a los masajes, con la intervención de las sobadas de una curandera que habita en el sector.

“... *(para las hemorragias)* me hicieron análisis, me dieron pastillas, me llevaron a hacer masajes, eran tratamientos de quince a dieciocho días... de sangrar de diez a doce días, aminoró a tres, fue menos lo que el cuerpo tiraba, y así se aprovechaba más en el organismo, sí mejoré en todo, sí sirvió...”
(Entrevista a Candelaria)

Jimena, para la inmovilidad de sus rodillas ha ingerido tanto tratamientos medicalizados como aplicado aceites comprados en tiendas naturistas. Además, ha preparado infusiones o tés para aliviar su hipertensión.

“... *(para las piernas)* p'os me han dado pastillas y no'más medecina y aceitito que me unto yo, pa' descansar cuando ando muy hinchada... *(en el caso de la hipertensión)* yo he tomado el zapote blanco, el alpiste... me iban a cambiar la medecina de la presión *(el médico del Centro de Salud)* porque ya no me está haciendo, o sea que 'orita ya volví otra vez a doscientos, y no me siento mal, hay ratos que no puedo andar pa' ningún lado, tengo que estar acostada...”
(Entrevista a Jimena)

Margarita, ha combinado la homeópata, la alópata y la tradicional. Las dos primeras para el tratamiento de sus piernas y la última para su hipertensión.

“... *(bajo el medicamento homeópata)* eran como unas gotas... *(el médico)* como era alópata, con degrisan y puro suero para lavar *(la herida)* con otro de no me acuerdo cómo se llama ese líquido que le ponían al suero para desinfectar... *(para la hipertensión)* albahacar *(albahaca)* es uno, y ajenjo que es pa' los nervios, anís estrella, alpiste... eso es para las dos presiones *(alta y baja presión arterial)*, la controlo y aparte me controla los nervios porque el anís estrella es para los nervios, y lo amargo me controla las infecciones que tengo, las bilis, y todo lo que tenga en ese momento, todo eso me compone... tengo pastillas pa' la presión, pero como estoy harta de tomar pastillas para mis rodillas casi no me las tomo...” (Entrevista a Margarita)

Julieta, también combinó la homeópata y la alópata para tratar su infección vaginal, tuvo que acudir a la clínica de displasias para llevar a cabo las curaciones, no obstante, valora el uso de la medicina homeopática para volver a su estadio de salud.

“... tuve en la clínica de displasia tres años seguidos... cuando estuve en clínica de displasia y yo no tomé el medicamento que me recetaron allá, lo único que yo tomé fue unas pastillas que eran para cicatrizar por dentro creo, y esa me la tomaba cada cinco días, y luego fue la buscapina para el dolor muy

fuerte que me atacaba... *(con la homeópata)* ella me daba lavados vaginales, me daba tomado, gotitas blancas, que a veces huele muy amargo, a veces huele más a alcohol, o a veces huele a hierba, son gotitas o son granulitos... yo no digo que la medicina de acá en general no sea buena *(refiriéndose a la alópata)*, es muy buena, pero yo le tengo mucha fe a la homeópata, dice la doctora *(la homeópata)* 'mira, no es que la medicina ésta no sea buena', sino que dice 'te va curar sí, pero te va generar otro problema...' 'te va curar de momento, te va quitar la infección que tienes y todo, tu traes una infección muy fuerte, te va curar, pero te va generar otro problema, te va irritar la panza...', de ahí para acá, desde que mis hijos nacieron los he llevado con la homeópata... " *(Entrevista a Julieta)*

Sonia, privilegió para el tratamiento de su lepra la medicina biomédica, pero para su hipertensión prefirió la preparación de infusiones.

"... el primer doctor que me vido *(vio)* me dio medicina hasta inyecciones *(inyecciones)*... me estuvieron dando la medicina casi tres años, unas cápsulas *(cápsulas)*, como guindas así y unas pastillas... me dieron la medicina y me alivié, estuve mucho en aliviarme, *(no obstante, junto con los cuidados de sus hijas)* sí me alivié pronto... *(para la hipertensión)* de esta pasiflora con alpiste o en vez una coca con sal..." *(Entrevista a Sonia)*

Por otra parte, sólo en los casos de epilepsia de Isadora y Lucía la medicina biomédica se ha privilegiado como único tipo de tratamiento. Isadora bajo una medicalización desde su detección, misma que en la actualidad se ha convertido en automedicación, pues no ha vuelto a realizarse estudios clínicos desde su adolescencia.

"... yo desde que me diagnosticaron la epilepsia he tomado la parromocetina, un doctor me dio después inyecciones, pero yo no sentía que me funcionaran, porque sentía que me pegaban más seguido las crisis, yo le tengo más fe a esas pastillas que a otro medicamento..." *(Entrevista a Isadora)*

Y en caso de Lucía, además de acudir al Hospital Civil cada tres o seis meses a citas médicas, la medicalización a base de un gran número de pastillas, por las distintas consecuencias que ha tenido en sus sentidos de vista y oído el fuerte golpe en su cráneo. Como se observa en el relato, Inocencia hace el esfuerzo de explicar todos y cada uno de los medicamentos.

"... ahorita está tomando la este, carbomocepina, de este rebotil y la aspirina, la mentada peroptep, es la que toma ella... *(aún con el medicamento presentó nuevas crisis convulsivas)* recaídas como que eran de puros nervios y se ha golpeado en la cabeza y es cuando recae ella, cuando se cae ella pues sí, se trompieza y se cae y ahí tiene que es cuando ella padece todo eso... mejoría

sí ha tenido, ahora ya se vale por ella sola, ya tengo apenas que no la baño como un mes, porque primero la bañaba como una criatura y ya después ella se bañaba, le tallaba la espalda o le tallaba los pies y ella se echaba agua o le lavaba el pelo, pero ya tengo como un mes, no, como quince días que no...”
(*Entrevista a Inocencia*)

Finalmente, tanto Guillermina, Esther y Pilar han privilegiado en sus tratamientos la medicina tradicional a base de preparados con yerbas. En estos casos se presenta el segundo tipo de curaciones propuesto por Menéndez (1981) pues se basan en preparados automedicados. En los relatos se aprecia cómo dichos preparados han sido con base en sus conocimientos o por recomendaciones de su red comunitaria.

“... yo me estaba tomando un remedio, la sábila, la sábila revuelta con varias yerbitas que me dieron vedá, la prodigiosa, y yo pienso que eso me sirvió de mucho...” (*Entrevista a Guillermina*)

“... pos a veces mis amigas que me dan que la yerba del venado, yo no'más las coso (*cuezo*) y me las tomo... no me pegaba el dolor igual...” (*Entrevista a Esther*)

“... lo que he estado tomando ahorita es la sábila molida en crudo con miel y con chaya... ahorita lo que tomo mucho es el vástago, lo coso (*cuezo*) haga de cuenta que es canela, y tomo como agua de uso la que yo quiera... hago también para lavado vaginal o aseo vaginal en la mañana y en la noche,..., ya le digo, y para mí yo siento que ha sido mejor, ha sido mi alivio...” (*Entrevista a Pilar*)

La utilización de medicinas alternativas, en estos casos la tradicional, influye tanto por los conocimientos adquiridos en sus distintas trayectorias, como por la presencia de curanderos en el sector, quienes se han dedicado a atender distintos tipos de enfermedades como ‘la mollera caída’, ‘el mal de ojo’ en recién nacidos, ‘acomodar al bebé’ de las mujeres embarazadas, o suministrar tés o preparados en mujeres que no han podido embarazarse, así como aliviar los dolores musculares o de las articulaciones en las personas.

Estos curanderos, en palabras de Menéndez (1981) constituyen el grupo técnico que se basa en elementos mágico-religiosos para curar las enfermedades de la gente que acude a ellos, con quienes se forma una red horizontal (González de la Rocha, 1986; Estrada, 1999) pues se establece una relación de amistad con sus pacientes *'hay que platicar con ellas, tener un diálogo... hay una amistad muy bonita con toda la gente que hemos compuesto, hay veces que esa misma persona que viene a componerse ya te recomienda con otros y te manda aquellas otras personas, entonces ya viene la persona aquella que ya había venido y me dice "Doña Flor le mandé a una persona para que la atendiera", ya le digo "sí gracias, sí me llegó", entonces así la van recomendando a uno, así van dando vueltas...'* (Entrevista a Curanderos).

En síntesis, puede decirse que indistintamente al tipo de tratamiento medicinal ingerido, se infieren como representaciones *valoraciones positivas de buen funcionamiento* de los tratamientos como en los casos de Candelaria y de Guillermina. Aunadas a las anteriores, se deducen representaciones *positivas en la decisión asumida*, como en los casos de Jimena, Esther y Pilar, las cuales cualifican estos tratamientos. Además, se interpretan representaciones *determinantes* de los tratamientos para la salud, como se infiere de las narraciones de Margarita, Sonia, Inocencia y Pilar. Por otro lado, también se infieren representaciones *con base en la fe* dispuesta a los tratamientos, como se alude en los relatos de Julieta e Isadora.

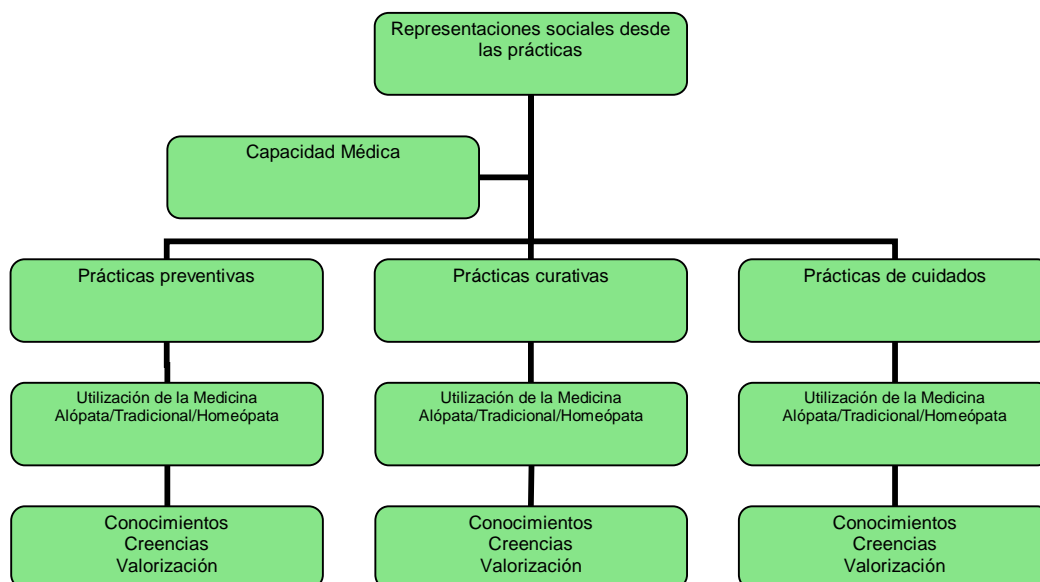
Por lo anterior, se obtiene que las mujeres han puesto en práctica las prescripciones y los conocimientos personales en su proceso SEA particular, esto, con la finalidad de gozar de un estadio de salud. Algunas mujeres lo han logrado, otras se encuentran en su búsqueda, y otras más no podrán conseguirlo, por lo que prevalece la enfermedad crónica.

4. Representaciones sociales de las prácticas preventivas, curativas y de cuidados.

Es preciso hacer hincapié en el rol de la o el cuidador del enfermo, pues sus conocimientos y atenciones aportan a la consecución de un nuevo estadio de salud en la persona. Es por esto que introducirse en las representaciones de las distintas prácticas, coadyuva a incrementar el tipo de *capacidad médica* (Boltanski, 1974) que la madre, esposa(o), hija(o), vecina(o) o familiar cercano o lejano, aportan por medio de ese cúmulo de conocimientos y creencias de una enfermedad determinada. Por lo que para lograr esta comprensión se recurrió a la elaboración de otro diagrama de análisis en el que se pudiera tener un panorama holístico de las distintas prácticas de prevención, curativas y de cuidados, acorde a los tipos de medicinas (tradicional, alópata, homeópata) que las sujetos de estudio ponen en práctica, para comprender la valorización que le atribuyen ante la adversidad de una enfermedad.

Una forma de esquematizar cómo es que se analizan estas categorías y subcategorías, puede sintetizarse en el siguiente esquema. Este, se deriva del esquema general (ver Diagrama 1) que aparece en líneas atrás de este capítulo.

Diagrama 2: Representaciones sociales desde las prácticas.



Fuente: elaboración propia con base en el análisis narrativo de las trayectorias de SEA.

Este concepto de capacidad médica argumentado por Boltanski (1974), parte del cúmulo de conocimientos que han adquirido las personas por medio de sus diálogos con los médicos, y se refleja en sus expresiones y en el lenguaje de lo que ellos han entendido de determinada enfermedad o estadio de salud. No obstante, a esta capacidad médica, es necesario incorporarle los conocimientos que las personas, las mujeres participantes, adquieren a lo largo de su trayectoria de vida, misma que se refuerza a través del contacto con instituciones de salud, como el personal que imparte las pláticas de salud del programa *Oportunidades*, así como los saberes compartidos por la red de apoyo familiar y comunitaria, que se reflejan en las prácticas implementadas bajo la medicina tradicional, por lo que podría hablarse también en términos de *repertorio medicinal* desde las prácticas en pro de la salud.

La *capacidad médica* y el *repertorio medicinal* de las mujeres, por una parte, distinguen los conocimientos, creencias y valorizaciones que la misma mujer ha adquirido y pone en práctica para aproximarse a un estadio de salud, esto se refleja con las prácticas curativas de la enfermedad. Por otro lado, pero a la vez complementarios al anterior, están los conocimientos, creencias y valorizaciones que las(os) cuidadoras(es) retransmiten y ponen en práctica con la mujer enferma. Con estos dos tipos de prácticas, las prácticas preventivas también forman parte del proceso en la construcción de las representaciones sociales.

4.1 Prácticas Preventivas.

La siguiente narrativa da cuenta de dos momentos trascendentes para evitar que se presente un evento de enfermedad de epilepsia.

“... a veces que veo coca y se me antoja mucho, y digo no no no no, o sea quiero tomar, y yo digo acá entre mí no quiero tomar coca, y este, eemm, ellos me dicen (*su esposo y cuñadas*) que no tome pues, y a veces que ando tartamudeando mucho me dicen: eemm ‘¿te sientes mal?, ¿te sientes mal Isadora?’, y yo digo: ‘no, no, estoy tranquila’...” (*Entrevista a Isadora*)

Por un lado, se deduce la representación del *autocontrol* pues establece una práctica de prevención proveniente de una prescripción médica '*yo digo acá entre mí no quiero tomar coca*', '*estoy tranquila*'; por otro lado, se hace presente el papel que tienen los cuidadores en ese momento, al ejecutar también una práctica preventiva al sugerirle que evite consumir refresco de cola '*ellos me dicen*' (*su esposo y cuñadas*) *que no tome pues*', '*¿te sientes mal Isadora?*'.

En la siguiente narrativa es destacable la prescripción médica para actuar en la prevención de convulsiones '*los cuidados que me dice la doctora son los cuidados que tiene*'.

"... ella (*Lucía*) no toma café, no come nueces, pistaches, chocolate, no, ella no puede subir a la azotea, ella no puede ir a los velorios, no se puede desvelar, los cuidados que me dice la doctora son los cuidados que tiene, '*amá, que me da poquito café*', '*¡no, café no hay nada!*', '*amá me da semillas*', '*no, no hay semillas*', de calabaza, entonces trato de lo que me dice el doctor, trato de no darle chocolate, chocomilk no, refresco negro no, entonces lo mejor que puedo cuidarle yo es como la cuido pues..." (*Entrevista a Inocencia*)

Como se observa en el relato de la cuidadora directa de Lucía, su madre Inocencia, se interpreta la representación *decisiones en el cuidado* de lo que su hija no debe ingerir para que no exista una crisis de enfermedad '*trato de no darle chocolate, chocomilk no, refresco negro no*'.

Pero no sólo se infieren representaciones de las prácticas preventivas ante las convulsiones, sino también para que no se desarrollen tumores cancerígenos, como en el caso de Guillermina, quien bajo dictaminación alópata, acude a revisiones periódicas.

"... me repiten el estudio cada dos meses, cada dos meses me hacen eco y cada tres meses me hacen el papanicolau, o sea me están checando seguido de que no me dé cáncer, porque dicen que el cáncer se desarrolla seguido en quince días o en veintidós días, más que nada me tienen así tratando..." (*Entrevista a Guillermina*)

O como en el caso de Pilar, quien bajo la medicina herbolaria tradicional, ha actuado para prevenir que su cáncer cervicouterino se desarrolle.

“... lo que hago guardar mis dietas, y tomar pura planta naturista... me lo tomaba en la mañana, a mediodía y en la noche” (*Entrevista a Pilar*)

También Julieta, una vez que le indicaron que había tenido un desgarre en uno de sus ovarios, recurrió a la medicina homeópata y alópata para prevenir el avance de su enfermedad.

“... entonces tuve en la clínica de displasia tres años seguidos... y en tratamiento (*con la homeópata*) estuve como seis meses, pero tres meses continuos que no paraba la medicina...” (*Entrevista a Julieta*)

Como se aprecia en estas tres últimas narraciones, las mujeres con estas prácticas previenen el deterioro de su salud, pues se denota la representación de *la constancia* al tener un seguimiento de su condición de enfermedad: ‘*cada dos meses me hacen eco y cada tres meses me hacen el papanicolau*’, ‘*en la mañana, a mediodía y en la noche*’, *tres meses continuos que no paraba la medicina*’.

De igual forma, al realizar el análisis narrativo se identifican las prácticas de prevención de las mujeres que se han visto imposibilitadas para caminar.

“... (*para las piernas*) aceitito que me unto yo, pa’ descansar cuando ando muy hinchada... y pues no’ más mi medecina no dejar de tomarla como es, cuando me siento muy mal me voy al Centro de Salú... (*en el caso de la hipertensión*) yo he tomado el zapote blanco, el alpiste, no me acuerdo que otra yerbita he estado tomando también...” (*Entrevista a Jimena*)

“... de medicamento tengo pastillas para el dolor, y lo principal cuidarme de no caerme...” (*Entrevista a Micaela*)

Como se observa, se deducen las representaciones de *la constancia* y el *autocuidado* pues para ellas es importante prevenir el dolor producto de la inflamación que se presenta en sus extremidades inferiores, de ahí que el centro de la prevención consista en revertir este tipo de acontecimiento: ‘*pa’ descansar cuando ando muy hinchada*’, ‘*para el dolor y lo principal cuidarme de no caerme*’.

Como se observa, las representaciones de la constancia, el autocontrol y el autocuidado, se relacionan directamente con la prevención de eventos de enfermedad. Destaca *la constancia* en enfermedades relacionadas con la prevención de infecciones en el aparato reproductor femenino, pues es importante

para prever la reincidencia de una crisis en su salud. Por otra parte, *el autocuidado* (incluyendo las decisiones en el cuidado), *el autocontrol* y *la constancia* se infieren para enfermedades relacionadas con la epilepsia y la inmovilidad en extremidades inferiores, de ahí que hayan formado parte importante en la construcción de la tipología G propuesta en el capítulo anterior.

4.2 Prácticas curativas.

Dentro de estas prácticas se detecta en las narrativas de las mujeres, acciones que tienen que ver con la higiene y aseo personal, sobre todo cuando se trata de enfermedades relacionadas con el aparato reproductor femenino. Se distingue tanto la prescripción alópata como tradicional, pues las mujeres al acceder a este tipo de medicinas reconocen el valor que tiene para su sanación *‘(el jabón) que sólo yo lo utilizara’* y se verbalizan sus conocimientos *‘se ponía guantes, me hacía tacto’, ‘pastillas que eran para cicatrizar por dentro’*.

“... no debía cargar cosas pesadas para que las heridas sanaran pronto, tener mucha higiene en mi ropa y en mi jabón, que sólo yo lo utilizara...” *(Entrevista a Candelaria)*

“... lavado vaginal o aseo vaginal en la mañana y en la noche... *(su tía)* ella se ponía guantes, me hacía tacto, me ponía lavados vaginales, medicinas...” *(Entrevista a Pilar)*

“... *(del medicamento alópata)* lo único que yo tomé fue unas pastillas que eran para cicatrizar por dentro... *(la homeópata)* ella me daba tomado, me daba lavados vaginales, me daba una medicina muy buena...” *(Entrevista a Julieta)*

Otro tipo de prácticas curativas, son las acciones llevadas a cabo a través de la ingesta de té o preparados, con base en los conocimientos de la herbolaria, producto de la medicina tradicional. Para las mujeres, este tipo de curaciones adquirió un valor al coadyuvar a la disminución de su enfermedad durante el tiempo en que prevaleció la enfermedad *‘duré tomándolo como tres meses’, ‘lo tomé como un año y medio’*.

“... me estaba tomando un remedio, la sábila, la sábila revuelta con varias yerbitas que me dieron vedá, y yo pienso que eso me sirvió de mucho... lo

estuve tomando nueve días sí y nueve días no, pero duré tomándolo como tres meses” (*Entrevista a Guillermina*)

“... mis amigas que me dan que la yerba del venado, yo no’más las coso (*cuezo*) y me las tomo... lo tomé como un año y medio...” (*Entrevista a Esther*)

Por último, otras de las prácticas curativas, son las que se establecen como urgentes o recurrentes cuando la enfermedad se hace presente, ya sea que se acuda a la institución para que se administre o que por los mismos conocimientos se decida actuar en consecuencia.

“... (*para la hipertensión*) me atienden y me ponen pastillas, ahí (*en el Centro de Salud*) a veces me han puesto pastillas debajo de la lengua... eso me hacen...” (*Entrevista a Jimena*)

“... (*para su rodilla*) me ponía mamizán, el de las vacas, el amarillo, es muy bueno para desinflamar y para calmar dolores, y para sanar las heridas, raspones o lo que sea...” (*Entrevista a Margarita*)

Hasta aquí, se desprenden representaciones de *hábitos positivos para la salud*, como se aprecia en los tres primeros casos (Candelaria, Pilar y Julieta), asimismo, las representaciones *valoraciones positivas del buen funcionamiento*, como en los casos de Guillermina y de Margarita, mismas que ya se dilucidaban en el tercer apartado de este capítulo, además, las representaciones *pasividad ante la enfermedad*, que se infieren a partir de los relatos de Esther y Jimena.

Aunado a lo anterior, es importante destacar dentro de las prácticas curativas, el papel que han tenido las instituciones de salud, sobre todo cuando se trata de los tratamientos a base de quimioterapias para las mujeres portadoras de cáncer o infecciones vaginales severas.

“... cuando me dieron radiaciones, cuando me dieron quimioterapia, aquí tengo mire (*la señora se levanta su blusa y me muestra en su estómago las marcas en su piel de las consecuencias de la quimioterapia*), me dieron quimioterapia, radiaciones, estaba flaca flaca, yo sí sentía que me iba a morir...” (*Entrevista a Pilar*)

“... en clínica de displasia me dicen los médicos que me van a quitar lo que es alrededor del cono (*refiriéndose al cuello de la matriz*), me hicieron ¿una qué? electrocirugía, sí, que me rebanaron y me quemaron...” (*Entrevista a Julieta*)

“... yo pienso que en lugar de hacer todo eso de las quimioterapias y todas esas cosas, p'os si ya sabían lo que tenían p'os mejor operarla ¿no?, sacarle la matriz, ya no la necesitaba de cualquier modo, sacarle la matriz y hacer la lucha de que siguiera viviendo pero no lo hicieron... yo he escuchado por ai de que a unas mujeres las operan y ya después de operadas es cuando les hacen los quimios para acabar de sanar lo que les haya quedado y sin embargo a ella le hicieron, le pusieron todo al revés...” (*Entrevista a Antonio*)

En las narraciones queda claro el sentir y la postura personal ante cómo procede la institución de salud para curar la enfermedad. Pilar establece una relación directa de las prácticas curativas con la muerte, al sentirse con bajo peso paulatinamente a medida que transcurrían las quimioterapias reconstruye su relato en esa transición entre la vida y la muerte *‘estaba flaca flaca, yo sí sentía que me iba a morir’*. Julieta lo expresa como un sometimiento al dolor para poder ser curada y que su infección no se convirtiera en cáncer *‘me hicieron ¿una qué? electrocirugía, me rebanaron y me quemaron’*. Antonio, desde su posición de cuidador principal concibe a las quimioterapias como innecesarias, pues para él, la parte médica debía centrarse en la matriz de su esposa *‘sacarle la matriz y hacer la lucha de que siguiera viviendo’*.

No obstante, la parte médica señala que de acuerdo al estadio del cáncer cervicouterino es como se actúa al dictaminar un tratamiento a seguir, *‘quirúrgicamente ya no se puede tratar cuando ya está muy avanzado el caso, porque a veces ya ha tenido metastas⁶⁸ cuando está en el cuello de la matriz, a veces se puede quitar la matriz y con eso se quita el problema, pero cuando ya ha provocado metastas a ciertas partes del organismo pues se tienen que tratar con quimioterapias o radioterapias, son tratamientos muy agresivos para el paciente’* (*Entrevista a Dr. Cristóbal*).

⁶⁸ “Metastas es cuando ya se riega a otros órganos, cuando se va al hueso, al cerebro, ya se regó a otras partes, ya no está nada más donde fue su lugar de inicio, por ejemplo si inició en el cuello de la matriz, pero si no se atiende pronto, puede empezar a diseminarse a otras partes del organismo...” (*Entrevista a Dr. Cristóbal*).

Por lo anterior, a partir de las narrativas tanto de las mujeres como del médico, se infieren representaciones de *maltrato médico y agresividad en la práctica terapéutica*, destacando que también pueden suscitarse daños secundarios al organismo de la persona *'a veces las quimioterapias dañan otros órganos o las radiaciones también, y ya pues hay otras afectaciones a otros órganos que puede ser complicado al paciente y hay veces que ya no tiene mucho remedio'* (Entrevista a Dr. Cristóbal).

Por esto, a partir de estas representaciones la presente investigación detecta cuestionamientos en el discurso y en la práctica en que se realizan las diversas prácticas curativas presentes en el repertorio medicinal de las mujeres. Por un lado, la sumisión ante terapias a base de quimioterapias y lavados vaginales conduce a las mujeres a respetar la hegemonía de las medicinas alópata y tradicional, esto a la postre influye en la pasividad que las mujeres asumen en el momento de llevarse a cabo prácticas curativas de esta índole. Por otro lado, la asistencia institucional refuerza los hábitos y costumbres en salud que debieran tenerse en todo momento, precisamente como prevención ante eventos de enfermedad inesperados.

4.3 Prácticas de cuidados.

Como se aludió en la parte teórica, Robles (2007) señala que las prácticas de cuidados persiguen tres fines: ayudar a satisfacer las necesidades del otro (al receptor del cuidado); proporcionar los recursos suficientes para que sobreviva, y garantizar su bienestar y florecimiento, esto se hace visible en las mujeres cuando se analizan sus narrativas de atención dentro del proceso salud/enfermedad.

La presencia de los cuidadores, adquiere un rol central para que la mujer enferma se abstenga de realizar algunas actividades durante los períodos de crisis o cuando la enfermedad estuvo en el clímax de su expresión.

“...estuve en cuarentena, por el mismo tratamiento, no debía cargar cosas pesadas para que las heridas sanaran pronto, mi hija me ayudó a bañarme, a lavar y a hacer la comida...” (*Entrevista a Candelaria*)

“...porque primero la bañaba como una creatura, le tallaba la espalda o le tallaba los pies y ella se echaba agua o le lavaba el pelo...” (*Entrevista a Inocencia*)

“... mi hija me viene y me arregla, me cambia, me baña, me peina, todo para que yo no tenga que moverme, yo lo único que hago es supervisar la comida aquí, y que mi hija (*la menor*) haga las cosas, nada más, pero no salgo a ninguna parte si no me llevan ellos...” (*Entrevista a Micaela*)

“... les dieron muchas instrucciones a las muchachas, a mis hijas, y sí, me bañaban en la noche, mi cama limpia y la comida que me daban, todo bien, p’os sí, sí me alivié pronto...” (*Entrevista a Sonia*)

Como se observa en las narrativas, las distintas cuidadoras adquirieron ciertos roles, haciéndose cargo de las necesidades vitales por satisfacer en algunos momentos del día. Además, todas y cada una de ellas se identifican como cuidadoras primarias (Robles, 2007), pues estuvieron al frente, tomaron decisiones y tuvieron la responsabilidad completa de las mujeres. Como se comentó en el Capítulo III, las cuidadoras principales son las hijas, independientemente de la edad que tenían en el momento en que se manifestó la enfermedad se aprecia que el rol de los cuidados se establecieron por su condición de género y relaciones de parentesco.

Cabe resaltar el caso de Candelaria, en donde su hija adquirió este rol cuando en ese entonces tenía nueve años, por lo que asumió responsabilidades en su etapa de infancia. Asimismo, se aprecia la presencia significativa de las redes familiares horizontales (Lomnitz, 2003) en cada uno de los casos, donde particularmente en los dos últimos casos no es obstáculo el factor de la distancia social, física y económica (Lomnitz, 2003), pues aunque las hijas no vivían en el sector, ellas se trasladaban al hogar de sus madres para brindarles la atención. Además, cabe destacar que cuando se está en esta situación de sujeto cuidado, es difícil que se produzca el intercambio recíproco, pues las mujeres portadoras de enfermedades

crónicas reciben de su red más cercana una amplia gama de cuidados personales, que en condiciones de sujeto no enfermo es difícil que se intercambien.

Por lo anterior, se deducen representaciones de *dependencia en las prácticas íntimas personales* como en la realización de actividades de aseo e higiene personal, las cuales por lo regular ejecutaba el cuidador principal. También, en la reconstrucción de las prácticas de cuidados se aprecia cómo la parte institucional (médica alópata) tiene relevancia en las decisiones de los cuidadores, por lo que también se infiere la representación *incorporación de las indicaciones institucionales*. Esto tiene que ver con lo que Banchs (2000) señala que en el análisis de las representaciones debe centrarse en el proceso y en la estructura, pues por un lado al relatar las mujeres las prácticas, dan cuenta del proceso de cuidados *'mi hija me ayudó a bañarme, a lavar y a hacer la comida', 'mi hija me viene y me arregla, me cambia, me baña, me peina, todo para que yo no tenga moverme'*, y por otra parte, las representaciones señalan el contenido estructural en que se fundamenta la acción de la práctica *'no debía cargar cosas pesadas para que las heridas sanaran pronto', 'les dieron muchas instrucciones a las muchachas'*. Esto, a la vez, pone en juego el papel de la superestructura institucional de la parte médica de la Secretaría de Salud, al realizar las prácticas sugeridas.

Por otro lado, pese a que por cuestiones de género se le ha atribuido a la mujer la responsabilidad del cuidado, en el caso de Julieta es su esposo quien adquiere el papel de cuidador principal, pues en el tiempo en que presentó su enfermedad sus hijas(o) estaban pequeños, por lo que se dificultaba que alguna persona de su grupo doméstico se ocupara de ella.

“... cuando yo me enfermé ya esta última vez que estuve en cama, él estuvo conmigo (*su esposo*), él siempre está conmigo, mi marido, porque mis hijos estaban pequeños... en lavar la ropa, en hacerle de comer a los niños, en llevarme a mí también a la cama de comer, en barrer, las actividades del hogar...” (*Entrevista a Julieta*)

También en el caso de Carmen, es su esposo quien se encargaba de practicar los cuidados necesarios cuando se encontraba internada en el Hospital de la Secretaría de Salud, pero cuando regresaba a casa, este último le solicitaba a sus hijas e hijo que estuvieran al frente de las atenciones necesarias.

“... cuando se puso grave duró internada quince días y yo diario me quedaba con ella ahí en el hospital... ya en las últimas se empezó a sentir como muy débil que no se podía parar... yo siempre les recomendaba que no la dejaran hacer nada, que ellos hicieran todo (*sus hijas e hijo*), pero ella se aferraba de todos modos a seguir generando a que lavara, y pues se ponía muy mal, porque se ponía ella hacer las cosas...” (*Entrevista a Antonio*)

En ambas narraciones de momentos críticos de la enfermedad se dilucida la representación *estar en cama o permanecer en reposo* por la debilidad latente en su cuerpo. Sin embargo, en el caso de Carmen se niega a continuar en cama y realizar sus actividades sin importar su estadio de enfermedad. Para Julieta es importante el rol de su esposo, pues la estructura de la representación está en él para a partir de ahí reconstruir el proceso de las actividades que él desempeñaba para procurarle los cuidados necesarios.

Por otra parte, cabe hacer mención de una serie de comportamientos con base en cuidados que las mujeres reconocen esenciales para el logro de un estadio de salud, sin embargo, cuando se vive en situación de pobreza es difícil llevarlos a la práctica, más cuando se está al frente del hogar y se tienen que realizar distintas actividades. Como se mencionó en líneas anteriores Blaxter (1983) denomina a éstas como *limitaciones impuestas por la pobreza*, con las que se imbrican los *descuidos* personales, éstos últimos ubicados dentro del proceso SEA en la fase de atención como parte de la falta de autocuidados vitales para la recuperación ante un estadio de enfermedad, por lo que como se enunció en su momento esto tiene que ver más con la categoría propuesta de *implicaciones de la situación en pobreza*:

“... me han dicho que no levante tanto peso, que no haga tanto esfuerzo... pero pu's ahora sí que no he hecho tanto caso a eso porque mi trabajo es muy pesado (*la elaboración de ladrillo*)...” (*Entrevista a Guillermina*)

“... (*para la hipertensión*) lo primero que tengo que hacer es no agitarme, pero primero que nada lo que tengo que hacer es ponerme la pastilla debajo de la lengua, es lo primerito que me han dicho, y estar en paz que no me hagan renegar ni nada de eso, pero en veces nadie me hace nada, más que yo sola...” (*Entrevista a Jimena*)

En ambos casos se aprecia, pese a tener redes de apoyo horizontal (González de la Rocha, 1986; Estrada y Bazán, 1999) cómo las mujeres en ocasiones tienen que enfrentar su enfermedad de manera personal por esta implicación de tener que continuar con sus actividades, por lo que se deduce la representación *contención del esfuerzo físico* ‘*que no levante tanto peso*’, ‘*no agitarme*’, sin embargo, dichos autocuidados no se cristalizan por tener que continuar con las actividades laborales o por no estar presente la red familiar en el momento de una crisis de enfermedad. Por esto, es conveniente mostrar en el siguiente apartado, cómo las redes se establecen o se presentan en las etapas del proceso SEA y a partir de las narrativas de las mujeres qué contenidos de representaciones se infieren al relatar los acontecimientos.

5. El papel de las redes sociales en el proceso SEA.

Las redes sociales de apoyo se ubican en este estudio de manera transversal a lo largo del proceso SEA de las mujeres, por lo que aparecen tanto en los tratamientos como en los cuidadores. Si bien su presencia se ubica en tres modalidades: familiar, institucional y comunitaria, destacando en las prácticas curativas y de cuidados, hay que señalar que existen momentos en que se imbrican en dichas modalidades por lo que es necesario dedicar un apartado para dar cuenta de éstas. Las mujeres por medio de sus narrativas dan muestra de su presencia, permanencia, o en un momento dado la ausencia de dichas redes.

Acorde con la propuesta de Bronfman (2000), la red social de apoyo se traduce en un plano significativo, cuando las personas con las que interactuamos cotidianamente, conversamos e intercambiamos señales que nos vuelven reales, convirtiéndose en la razón más fuerte de ser: el apoyo social.

En este sentido, en las narrativas de las mujeres acerca del apoyo recibido, tanto en el momento en que se vivencia la enfermedad como en los tratamientos, es destacable la presencia de la red familiar. Como en el caso de Candelaria, cuando ante la falta de servicios médicos cercanos, su suegra interviene como partera para ayudarle a dar a luz.

“... mi suegra ya se había atendido en sus propios partos, ella aprendió, y esa vez me ayudó a sacar al niño...” (*Entrevista a Candelaria*)

Cabe destacar la forma de nombrar el parto *‘me ayudo a sacar al niño’*, lo cual indica como uno de los momentos importantes en que Candelaria vive su proceso de SEA. Sin embargo, de acuerdo con la clasificación de las redes expuesta por Bronfman (2000) en esta misma experiencia la densidad de la red institucional es baja, debido a la condición espacial-geográfica de la comunidad, lo que dificulta el grado de accesibilidad de los servicios de salud.

“... pero la Cruz Roja se tardó en llegar, pasaron como cinco horas hasta que llegaron, mi cuerpo ya se había cerrado...” (*Entrevista a Candelaria*)

En el caso de Isadora, la densidad de su red de apoyo ha sido fundamentalmente alta en lo familiar y comunitario, destacando en los momentos de crisis convulsivas.

“... pues mi, eemm, mis cuñadas y mi esposo, cuando se me presenta la convulsión, me ponen un trapo en la boca y me agarran fuerte, porque manoteo y dicen que grito... mi vecina, es la que me ha ayudado más para que no me caiga cuando me da la epilepsia...” (*Entrevista a Isadora*)

En su narración de un evento de epilepsia, deja entrever el desconocimiento total de lo que acontece en su persona ante un evento de crisis epiléptica *‘porque manoteo y dicen que grito’*, de ahí que el relatar su experiencia le sea difícil explicar completamente su evento de enfermedad, no obstante, da cuenta de quiénes son las personas que han actuado para brindarle atención en los momentos en que su enfermedad se hace presente.

Asimismo, se distingue la debilidad de su red institucional, esto tiene que ver con lo que Sluzki (2002) menciona acerca del deterioro de la interacción social por parte de la persona enferma, en este caso ante las instancias del Hospital de la

Secretaría de Salud, red vertical (Estrada, 1999), al tener cerca de trece años sin nuevos diagnósticos y tratamientos de su epilepsia, pues las distancias que tendría que recorrer para asistir a terapias, además de largas serían costosas, aunado a que los traslados tendría que realizarlos sola, pues su red familiar inmediata sólo la apoya en momentos de crisis convulsivas, por lo que de llegar a presentársele la epilepsia serían momentos difíciles si no está algún familiar con ella, *'el paciente que padece epilepsia siempre tiene que andar acompañado porque no sabe si en cualquier momento le puede dar una crisis y se puede golpear, o tener descalabradas o algo así que se tenga que atender inmediatamente'* (Entrevista a Dr. Cristóbal).

En estos dos casos, de acuerdo con Bronfman (2000) el tipo de servicio intercambiable es el tiempo y espacio dados como servicios así como la ayuda extraordinaria, cuando se trata del lazo social por parentesco, vecinal o comunitario. Por esto, se infiere la representación *valoración del apoyo ante una crisis de enfermedad*, aunque en estos casos adquiere un matiz esencial el apoyo de la familia política. Además, factores como la distancia social y la distancia física en sus redes (Lomnitz, 2003) permiten que se actúe rápidamente ante una crisis de enfermedad.

Por otro lado, en el tratamiento del tumor de Guillermina su red familiar ha sido baja, pues el apoyo de sus hijos en palabras de Bronfman (2000) ha sido esporádico y restringido.

"... con mi familia, porque ellos (sus hijos mayores que se dedican al ladrillo y sus hijos menores que acuden a la primaria) no han aceptado que yo me esté saliendo a checar, ha habido un poco o sea, a veces hay problema, como el día que iba a ir al Hospital se molestan (sus hijos), porque ellos no quieren que yo me salga... el más grande (de sus hijos) dice 'ya pa'qué te cuidas, sabe qué', le digo 'no me digas así, no es que a ti te guste o no', y a veces digo 'ya hasta aquí, ya que me muera, me voy con mi marido', pero me pongo a pensar en mí y digo 'yo soy yo, y me voy atender hasta que yo pueda'..." (Entrevista a Guillermina)

No obstante, su red comunitaria ha sido alta, destacando las palabras y apoyo de sus vecinas y amigas al indicarle la importancia que tiene en su vida la continuidad de su tratamiento.

“... la gente es la que me anima ‘es por tu bien, al rato tus hijos se te van a casar, y tú te vas a quedar enferma y quién va ir por ti, tú debes de cuidarte más que nada’, y sí, digo, p’os sí es cierto, y por eso hago el sacrificio de cuidarme o de más bien de estarme checando...” (*Entrevista a Guillermina*)

Asimismo, la red institucional de apoyo también ha sido alta, pues las enfermeras del Centro de Salud “la Huizachera” han acudido a su domicilio para informarle que es necesaria su presencia en la clínica de displasias del Hospital de la Secretaría de Salud *‘la otra vez vinieron las enfermeras de aquí del Centro de Salud a buscarme y me dijeron: “necesitas ir urgentemente a la clínica de displasias, porque en tu resultado del papanicolau salen algunas manchas”, yo me espanté y al día siguiente fui a ver’* (*Diario de campo, período agosto-diciembre 2007*), además, ha valorado el discurso médico a través de los resultados de los estudios clínicos que le han realizado *‘ellos ven si me está avanzando’*.

“... ellos me están checando (*los médicos del Hospital Civil*), ellos ven si me está avanzando, porque ellos son los que están viendo los estudios...” (*Entrevista a Guillermina*)

Como se aprecia, la información intercambiada con sus redes de apoyo tiene que ver, por una parte con la información proveniente de la institución, red vertical (González de la Rocha, 1986; Estrada y Bazán, 1999) y por otro lado, el apoyo moral brindado por sus amigas cercanas. Además, cabe destacar la conectividad de esta última, por el tipo de comunidad, vecindario para Bronfman (2000) que integran las personas que se dedican a la elaboración del ladrillo, donde *frecuentemente se establecen lazos cercanos por medio del compadrazgo y la amistad entre los infantes* (*Diario de campo, período enero-diciembre 2008*). Con el trabajo empírico se logra dar cuenta de lo oportuno de la red vertical establecida con las enfermeras, pues su presencia en el domicilio fue de gran apoyo para actuar ante la enfermedad en el momento indicado.

Por lo anterior, en un solo caso las representaciones de acuerdo con el tipo de red social, se dilucidan las *discrepancias para atender la enfermedad*, como se presenta con la red familiar, la *valoración del apoyo* para enfrentar la enfermedad, como sucede con la red comunitaria, y la *valoración de estudios clínicos*, al reiterar la confianza en la red institucional de salud.

En el caso de Lucía la red de apoyo comunitaria tuvo una densidad alta durante los primeros meses de su enfermedad, pues existía un lazo social estrecho establecido por medio de las relaciones vecinales, quienes dedicaron tiempo para cuidarla en tanto su madre salía a realizar algunas actividades al exterior del hogar, sin embargo, con el paso del tiempo la densidad se tornó baja.

“... al principio sí nos apoyaban (*sus vecinos*), pero de repente como que se enfadaron y ahora ya no... dejaban los niños pa'que me ayudaran a cuidarla, a entretenerla, cuando yo iba a un mandado ellos me apoyaban en cuidarla pues, en que no se me saliera y no se me pusiera mala, pero ya después como que se enfadaron las creaturas y ya no...” (*Entrevista a Inocencia*)

En esta narrativa sobresale el enfado, como la parte que propicia el debilitamiento, y por ende el rompimiento de la relación de intercambio. En este caso, con respecto a la red vecinal, se interpreta la representación *debilitamiento gradual de la red* ante la falta de reciprocidad, como dice Sluzky (2002) la persona enferma tiene menos posibilidades de ofrecer comportamientos recíprocos para con las personas cuidadoras. Por lo que muy probablemente el factor de la distancia psicológica (Lomnitz, 2003) haya estado presente en las pocas relaciones que por su estadio de enfermedad tuvo Lucía. Por otra parte, la densidad alta de la red familiar ha sido fundamental, tanto de parte de su madre al proveerle de los cuidados necesarios, como de su hermano, quien con su trabajo ha provisto el recurso monetario para su medicamento.

Con relación al tratamiento de Pilar, al alternar en distintas instancias medicinales se observa cómo la densidad se fortalece en la red familiar, en tanto la institucional, aún al interior de instituciones públicas de salud, se debilita al pasar de una clínica del IMSS al Hospital de la Secretaría de Salud. Cabe destacar como

ya se analizó anteriormente, en los inicios de la enfermedad la atención fue en una institución privada, pero por el debilitamiento de esta red y ante las prolongadas fechas en el suministro de tratamientos, dicho debilitamiento se agranda (véase la parte de instancias en la trayectoria particular de Pilar en el Capítulo III).

“... me llevaron (*sus hijos*) a una clínica que está allá por la de “Santa Cecilia”, de paga...tengo un hijo que está pensionado, y tengo Seguro por él...”
(*Entrevista a Pilar*)

En el relato anterior se visualiza cómo el funcionamiento del lazo social por consanguinidad se vuelve estable al dar continuidad al tratamiento del cáncer cervicouterino. No obstante, por su estadio de enfermedad se produce una densidad alta en la red establecida con el IMSS por sólo una temporada.

“... la quimioterapia, esas me hicieron seis, no, ocho me hicieron, pero eran como cuatro días de por medio, una de otra...” (*Entrevista a Pilar*)

Desafortunadamente por las largas distancias, distancia física en palabras de Lomnitz (2003), que tenían que recorrer tanto sus hijos como ella para practicarle las quimioterapias, hace que la red institucional se debilite debido a también a la accesibilidad geográfica y el factor de la distancia económica de sus hijos (Lomnitz, 2000), optando por solicitar el Seguro Popular, esto hace que la densidad de esta red se vuelva esporádica y restringida (Bronfman, 2000).

“... me llevaron al Hospital, para ver eso del Seguro Popular y ¡uuuhh, ni una fecha!, y a mí ya me dijo una persona ‘que esas enfermedades como la mía, no las atienden’, para qué batallan...” (*Entrevista a Pilar*)

Esto conduce al fortalecimiento de la red familiar consanguínea nuevamente, por lo que para Pilar adquiere un gran valor el uso de la ‘*medicina naturista*’ o identificada también como parte de los tratamientos tradicionales.

“... un hermano me lleva los tónicos y hierbas que necesito para la preparación de tés...” (*Entrevista a Pilar*)

Sin duda, en este caso queda manifiesto cómo los grados de conectividad de las redes sociales de apoyo, al buscar la oportunidad de establecer contacto fuera de

los límites (Bronfman, 2000) geográficos-espaciales a una comunidad, coadyuva a fortalecer por un lado la red familiar y debilitar la institucional, esto último está en similitud con lo que Sluzky (2002) planteaba, al menos en el plano institucional, cuando la enfermedad coadyuva al decline de la red institucional, al no poder estar presente por los gastos y tiempos de traslados para tratar su enfermedad. Por lo anterior, se infieren representaciones de *valoración del apoyo* como se reflejó en el plano familiar, pero a la vez *debilitamiento gradual de la red*, como sucedió en lo institucional.

Por otro lado, es preciso destacar los casos en los que la red institucional más cercana a las mujeres, la médica o el médico pasante del Centro de Salud “la Huizachera”, se hacen presentes en los domicilios de las mujeres para brindar la atención y consultar, acorde a la situación de enfermedad prevaleciente en cada una de ellas. Esto, como señala Bronfman (2000) constituye el lado benéfico del soporte social en la salud pública, en estos casos al interior del sector.

“... (refiriéndose al médico pasante del Centro de Salud de ‘la Huizachera’) fue hace poquito y me mandó hacer estudios, hacerme análisis para ver cómo ando, luego me dijo que me iba a cambiar medicina, a una más fuerte que la que tengo...” (Entrevista a Jimena)

“... el doctor (el médico pasante del Centro de Salud de “la Huizachera”) me trajo cuatro medicamentos ayer, me trajo paracetamol y me trajo diclofenaco, y ya me dijo ‘usted manda su resultado médico, ahora que vaya, y nadie la puede obligar a que vaya si no puede’...” (Entrevista a Micaela)

“... ella (la médica del Centro de Salud) fue la que vino aquí a presentarse conmigo, me dijo ‘conmigo, usted va a depender de mí, yo la voy atender, no le va a faltar su medicina, la voy a checar y le voy hacer su papel de incapacidad...’” (Entrevista a Margarita)

Como se aprecia, en estos casos se obtiene una densidad alta (Bronfman, 2000) por parte de la mujer enferma con respecto a las personas de la institución de salud pública, aunque la accesibilidad en estos casos sólo sea temporal, siendo uno de los objetivos alcanzar un mejoría en el estadio de salud. Sin embargo, en tanto la enfermedad persista y sólo se convierta el medicamento suministrado en un calmante del dolor, pero sin alivio y recuperación, la enfermedad afectará en un

momento dado la red del individuo (Sluzky, 2002). Esto se corroboró cuando se observó en las últimas visitas a los domicilios de estas mujeres y al Centro de Salud “la Huizachera”, que *tanto la médica se veía imposibilitada en asistir a los domicilios por su carga de trabajo, como el médico pasante ya no asistiría porque había terminado su período de prácticas en dicho Centro (Diario de campo, período agosto-diciembre 2008).*

Asimismo, la red vertical (González de la Rocha, 1986; Estrada y Bazán, 1999) adquiere relevancia cuando se acude a consultar directamente al domicilio, pues para las mujeres representaba un gran alivio la presencia médica para continuar los tratamientos de sus enfermedades.

Por estas cuestiones, se deducen las representaciones *valoración del apoyo y dependencia institucional*, consideraciones que pierden fuerza al presentarse situaciones como la detectada en campo, así como cuando el servicio médico deja de ofrecerse los fines de semana y en turno vespertino, por lo que la red institucional se torna ambivalente ante estos sucesos.

6. Implicaciones de la enfermedad.

En estas subcategorías, es importante destacar en qué aspectos la enfermedad ha impactado en las actividades domésticas, en las laborales y particularmente en el cuerpo de las mujeres. Esto, porque en el proceso salud/enfermedad/atención la sujeto se ve en ocasiones inhabilitada para valerse por sí misma, pues deja de desempeñar actividades que realizaba tanto al interior como al exterior del hogar, estas últimas, en algunos casos, son parte fundamental para el sostén del hogar. Por esto, es necesario recurrir a las narrativas, para comprender cómo reconstruyen las mujeres y en qué aspectos centran sus representaciones en los efectos que ha traído un nuevo estadio de salud o de enfermedad.

6.1. Implicaciones en las actividades al exterior del hogar.

Aunque ya grosso modo se ha visto cómo ha repercutido la enfermedad en las actividades de trabajo, sobre todo aquéllas que tienen que ver con la elaboración de ladrillo, es preciso mencionar algunas implicaciones que se han tenido en el proceso SEA de las mujeres.

Primeramente, en las mujeres con enfermedades en sus piernas la imposibilidad de caminar para trasladarse a realizar alguna actividad fuera del hogar ya no es como lo hacían antes.

“... yo trabajé todo el tiempo no’más que ahora ya no puedo hacerlo (*hace más de cinco años*) aquí con trabajo apenas hago lo mío, pero aquí como ve hay ratos que me ve de a tiro haciendo las cosas, de ratos, pero hay días como ahora que fue un día de esos que no’más me la paso recostada...”
(Entrevista a Jimena)

“... yo estaba yendo a la escuela del Voluntariado (*refiriéndose a la escuela para adultos que le brindaba la asociación civil que trabaja con la comunidad*), y luego también era vocal de Oportunidades, o sea desempeñaba varias cosas, aún así estando enferma de mi pie, de todas maneras me gustaba ayudar a mi comunidad...” (Entrevista a Micaela)

“... en trabajar, si a ti te está cargando esto (*indica sus piernas*), que es la fortaleza que tienes, y si ya no la tienes ¿qué haces?, más que sufrir y aguantar dolor, porque eso es lo que yo tengo que hacer aguantar...”
(Entrevista a Margarita)

En estos relatos se deduce la representación *continuidad de las actividades*, sobre todo en lo que a sus actividades vitales refiere, aunque por el dolor paulatinamente se van dejando de realizar actividades al exterior que en un estadio anterior de salud se lograba con mayor facilidad.

De igual manera, es preciso destacar el dejar hacer actividades de esparcimiento, propias del ser humano como parte de su desarrollo humano, por lo que al igual que las actividades anteriores, gradualmente se van dejando de realizar.

“... antes de que empezara yo con lo del cáncer a mí me gustaba bailar, era y he sido muy bailera, fui princesa de El Salto, Jalisco, tengo fotos, todavía bailo pero no igual...” (Entrevista a Pilar)

Otra manera de hacerse presente en el desenvolvimiento de actividades al exterior, es el concretarse sólo a tareas básicas, como ir y regresar inmediatamente después de realizar algunas compras de víveres, porque surge el miedo ante la posible recurrencia de la enfermedad.

“... no puedo salir porque tengo miedo caerme, este, como a veces cuando hay neblina, no salgo para fuera, si salgo tengo que ponerme un tapabocas porque se me baja bien mucho la presión y no puedo andar tanto afuera, no'más a mi mandado y regreso porque si no, no puedo respirar, no alcanzo a respirar...” (*Entrevista a Esther*)

Además, es destacable cómo un accidente que conlleva a un infarto isquémico agudo cerebral rompa con las perspectivas de trabajo a futuro, más aún cuando se hace presente en la adolescencia, por lo que vuelve a presentarse la relación salud-trabajo, en el marco de verse imposibilitada ante un evento de enfermedad de tal magnitud.

“... pues había dicho (*Lucía*) que iba a estudiar cultura de belleza, era lo que ella deseaba... fíjese que ella tenía muchas ganas de trabajar en fábrica, ella decía ‘cuando yo trabajé... yo voy a trabajar porque voy a salir adelante’, y ella en ese tiempo trabajó, trabajó en una fábrica, duró trabajando como unos cinco meses...” (*Entrevista a Inocencia*)

Como se aprecia, la presencia de las enfermedades rompen los esquemas de actividad que venían produciéndose al exterior del hogar, en unas totalmente, en otras de manera parcial, pero sin duda la reciprocidad constante con la red social con que se entraba en contacto como los patrones en el trabajo u empleo, vecinos, amigos, entre otros, se debilita (Bronfman, 2001; Sluzky, 2002) en este proceso salud/enfermedad/atención. Ante este marco, es que se infieren representaciones como *limitaciones por la enfermedad al vivir en pobreza*, porque se entrelazan emociones de miedo, soledad y tristeza, ante un escenario económico adverso en su hogar, como ya lo señalaba Enríquez (2008) en su estudio, pero que a la vez surge ese miedo y tristeza al no poder realizar acciones y ejecutar tareas a futuro, por lo que se rompe con el sueño o esperanza en su realización.

6.2. Implicaciones en las actividades al interior del hogar.

Si bien las mujeres continúan realizando actividades como hacer de comer, lavar, planchar, el aseo de la vivienda y en algunos de los casos salir a desempeñar alguna ocupación remunerada, ya sea al interior de la colonia o al exterior de ésta (*Diario de campo, período enero-diciembre 2008*), se presentan casos en que las actividades al interior del hogar ya no se ejecutan de la misma manera, esto por las secuelas que ha dejado la enfermedad.

“... cuando estoy haciendo el quehacer lo hago así como asina que hago una cosa y me siento, porque me cansó y me siento ahogándome, ya descanso un rato y sigo con otra cosa, y así estoy, estoy lavando y tallo un pantalón o dos y me siento porque no aguanto, estoy ahogándome...” (*Entrevista a Esther*)

“... yo usualmente fregaba, lavaba, la comida, así, no hacía así mucho quehacer, nada más atendía lo de la comida, lo de la lavada, atender a mis cuatro, cinco hijos, vedá, pero p’os sí se siente uno...” (*Entrevista a Micaela*)

Estos relatos nos aproximan a comprender cómo estas actividades ya no pueden realizarse fácilmente y en forma cotidiana, no obstante, pese al entumecimiento y dolor, aunado al hogar unipersonal que integra Margarita, las actividades tanto al interior como al exterior tienen que continuar para sobrevivir, sobre todo cuando se vive una enfermedad en situación de pobreza.

“... yo debo tener muchos cuidados pero no los puedo tener porque po’s quién, y cómo, tengo que moverme, pero también hay otra cosa, yo me enfermo sin trabajar (*preparando su pozole*)... tengo que estarme acostando a cada rato, pa’ descansar de mis piernas que no me duelan tanto, cargarme yo sola no puedo, ahorita agarro aquí las muletas así, y me duele horrible horrible al quererme parar...” (*Entrevista a Margarita*)

Con las narrativas anteriores se dilucida también en las implicaciones en las actividades al interior del hogar, la representación *limitaciones por la enfermedad al vivir en pobreza*, pues ambos tipos de actividades están interrelacionadas en el funcionamiento del hogar.

La reconstrucción de su situación actual de salud/enfermedad con respecto a las actividades, permite dar paso a cómo el cuerpo comienza a debilitarse y mostrar

nuevos signos que anteriormente no estaban presentes, como se verá a continuación.

6.3. Afectaciones corporales.

Estos signos que aparecen paulatinamente y en algunos casos se naturalizan, tal como Ramírez Velázquez (2004) lo detecta en su trabajo sobre representaciones de la salud/enfermedad de un grupo de obreras, hace que los nuevos padecimientos tengan relación con el dolor de cabeza y el entumecimiento. Cabe hacer mención de que la autora diferencia entre padecimiento y enfermedad, el primero en el sentido de la experiencia y percepción que construye quien lo sufre, y la segunda, en términos de categorizaciones elaboradas desde la profesión médica. No obstante, como se ha establecido desde un inicio y se ha dado cuenta por medio de las narrativas, este estudio centra la mirada en las experiencias vividas ante enfermedades crónicas degenerativas de las mujeres, cómo se apropian de los conocimientos medicinales y cómo son puestos en práctica en sus vidas.

“... mi dolor de cabeza y se me entume lo que son mis manos, de aquí para abajo lo que es la nuca (*la señora se pone sus manos atrás de su cuello y las recorre por sus brazos*), lo que es todas las noches esta parte de aquí la siento adormecida, si las muevo demasiado me duele, necesito estar así o estar en una sola posición (*la señora se estira como si estuviera acostada boca arriba en la cama*), bien de un lado, pero no moverme demasiado porque al momento que muevo es cuando empiezo a sentir los dedos que me duelen...”
(Entrevista a Guillermina)

“... yo me podía mover, antes no ocupaba de nadie, si necesitaba mover un garrafón yo lo movía, si era esto yo lo movía, y ahorita po's no, necesito pedir ayuda...” (Entrevista a Jimena)

También, la apariencia corporal como el estar delgada o las marcas en la piel producto de las prácticas de curación, se presentan como esa afectación corporal de la enfermedad.

“... (*por la diabetes e hipertensión*) estaba bien delgada de ahora que tengo diabetes, me puse delgada pero bien delgada, no salía porque me daba hasta vergüenza...” (Entrevista a Esther)

“... (la señora se levanta su blusa y me muestra en su estómago las marcas en su piel de las consecuencias de la quimioterapia) me dieron quimioterapia, radiaciones, estaba flaca flaca...” (Entrevista a Pilar)

Como se ha visto a lo largo de las trayectorias del proceso SEA y de las representaciones de las mujeres con respecto a dicho proceso, uno de los factores centrales que ha contribuido a que las enfermedades crónico-degenerativas no han llegado a tal grado de degenerar el organismo, con excepción de Carmen, ha sido la nula presencia de adicciones, como al alcohol o al tabaco, lo cual logra detectarse por medio de las entrevistas a profundidad y en los momentos de observación durante las constantes visitas realizadas a sus domicilios, pues no se percibió ningún olor o se vio alguna cajetilla de cigarrillos, así como envases de bebidas embriagantes. Aunque en alguna etapa de su ciclo vital hayan recurrido a esto, sobre todo al tabaco, con el paso de los años y al reconocer su estadio de enfermedad produjo dejarlo a un lado y pensar en términos de salud. Esto, quizá puede asociarse a que en las pláticas de salud del programa *Oportunidades* y en las recomendaciones médicas producto de las citas programadas por el programa o cuando se tenía a alguna cita médica por parte del *Seguro Popular*, se prescribían las afectaciones que podían traer consigo estos tipos de adicciones.

De manera distinta a cuando se prescribe la realización de ejercicio físico para la salud, como caminar diariamente, como se ha dejado entrever en los casos en que la movilidad de las piernas o brazos está presente, es prácticamente nulo poder practicar este tipo de recomendaciones. De igual forma cuando la actividad física es constante, como en la elaboración del ladrillo, o como cuando se requiere estar cuidado por otra persona, el ejercicio como práctica para la salud tampoco se realiza.

Consideraciones finales.

Por medio de la elaboración de diagramas de análisis, en los que se detallan las etapas del proceso salud/enfermedad/atención, se logra una aproximación por medio de las representaciones sociales que de los mismos procesos particulares emergen, los cuales dan forma (estructura) a cada una de las etapas, como son los síntomas, el diagnóstico, los tratamientos, las prácticas, así como de cada una de las partes imbricadas al interior de estas categorías generales, como las causas de las enfermedades, las redes sociales y las implicaciones. Al analizar cada parte como un todo integrado, sin descontextualizar dónde se están produciendo estas representaciones (Jodelet, 1986, Banchs, 2000, Ramírez Velázquez, 2004) por medio de las narrativas, se da cuenta de las estructuras representacionales y los procesos, estos por medio de la forma en que se nombra y se reconstruye el dinamismo con que se han presentado los procesos de salud/enfermedad/atención.

Por lo anterior, con las representaciones sociales del proceso SEA se detectan tantos los saberes médicos profesionales como los saberes populares que inciden en la salud misma de las mujeres portadoras de enfermedades crónicas degenerativas. A partir de estos saberes es que se retoma el concepto de capacidad médica de Boltanski (1974) pero a la vez se propone el de *repertorio medicinal*, como complemento al primero, pues en la actualidad la población dispone de una amplia gama de tratamientos medicinales, los cuales son reconocidos como opciones para acceder a un estadio de salud.

También, es preciso destacar cómo de categorías de análisis que surgen en el estudio de Blaxter (1983) éstas se retoman para exponer cómo se presentan en cada uno de los casos particulares estudiados, y a partir de aquí, se propone una nueva categoría como marco de lo que *implica vivir en situación de pobreza*, la cual es conveniente continuar trabajando en estudios de este tipo. Asimismo *el maltrato médico y la violencia*, son categorías que se encuentran presentes en el contacto con la parte institucional, por lo que adquiere relevancia el estudio de la

salud/enfermedad cuando se accede a este tipo de red social vertical. Ante este escenario en pobreza y sus implicaciones, en que se encuentran las mujeres participantes y no participantes directas de los programas es que se deducen las representaciones sociales que enmarcan el proceso SEA, como se muestra en forma resumida en la siguiente tabla:

Tabla VIII
Representaciones Sociales del proceso SEA

R.S. de los Síntomas	Impresión
	Extrañeza
	Expectación
	Imposibilidad
R.S. de las Causas	Eventos inesperados – El Misterio
	Maltrato médico
	Preocupaciones, angustias, estrés
	Descuido
	Predisposición
R.S. de los Diagnósticos	Apropiación del discurso médico
R.S. de los Tratamientos	Valoración positiva de buen funcionamiento
	Positiva en la decisión asumida
	Determinantes
	Con base en la fe
R.S. de las Prácticas Preventivas	Autocontrol
	Constancia
	Autocuidados
R.S. de las Prácticas Curativas	Hábitos positivos para la salud
	Valoración positiva de buen funcionamiento
	Pasividad ante la enfermedad
	Maltrato médico
	Agresividad en la práctica terapéutica
R.S. de las Prácticas de Cuidados	Dependencia en las prácticas íntimas personales
	Incorporación de indicaciones institucionales
R.S. de las Redes Sociales	Valoración del apoyo
	Discrepancias en la atención
	Valoración de estudios clínicos
	Debilitamiento gradual de la red
	Dependencia institucional
R.S. de las Implicaciones de la Enfermedad	Continuidad de las actividades
	Limitaciones por la enfermedad al vivir en pobreza

Fuente: elaboración propia.

Como se aprecia, las representaciones sociales denotan las nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones a que aludía Osorio (2001) y Torres (2002) en sus estudios, en donde adquiere un matiz especial el hecho de vivir en situación de pobreza, pues además de aprehender el conjunto de saberes médicos institucionales (Torres, 2002) se infieren representaciones sociales que critican el proceder de las prácticas médicas institucionales, como por ejemplo el *maltrato médico* y *la agresividad en las prácticas terapéuticas* en lo que a prácticas curativas refiere, pero a la vez contrasta con la *incorporación de indicaciones institucionales* en las prácticas de cuidados y con la *dependencia institucional* en las redes sociales, por lo que se presentan ambivalencias de acuerdo con los casos estudiados, por esto, es necesario retomarlo para cuestiones de política pública en el último capítulo.

Por último, las consideraciones anteriores conducen a pensar la salud en los términos en que Ratcliffe y González del Valle (2002) aluden como definición positiva, pues el enfoque cualitativo de este estudio con un acercamiento etnográfico, permite obtener un panorama holístico de los factores que están contribuyendo a la salud de las mujeres participantes y no participantes directas en programas sociales, pero que a la vez comparten la situación de pobreza y exclusión a lo largo de los distintos momentos de su curso de vida, en donde se enmarca el proceso salud/enfermedad/atención, para que a partir de aquí, establecer estrategias otras de comprender la salud y trasladarlo hacia la operacionalización de los programas referidos. Por lo que a continuación se da paso a una de las formas de entender y aplicar la deconstrucción de los programas sociales que en la actualidad se enfocan a la salud de un gran número de familias en pobreza.

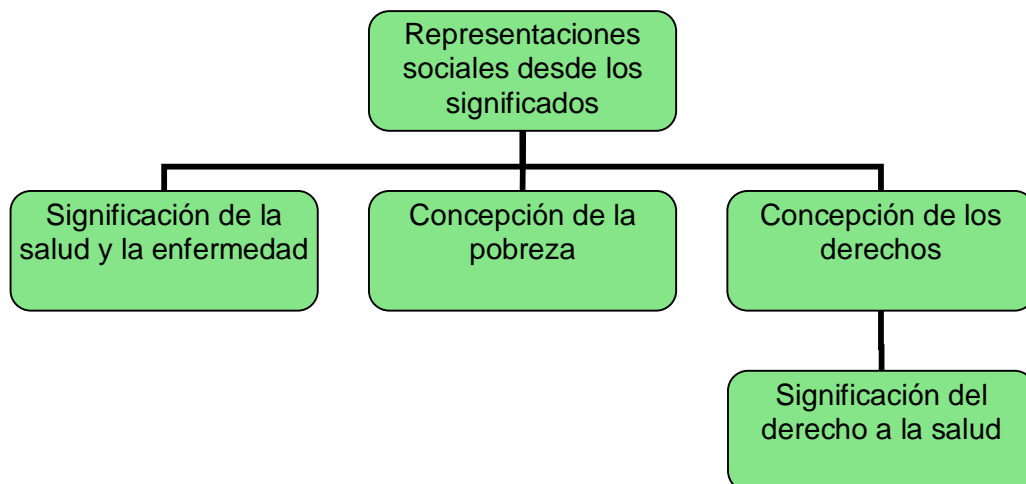
CAPÍTULO VI

REPRESENTACIONES SOCIALES DESDE LOS SIGNIFICADOS Y LAS PERCEPCIONES EN TORNO A LOS PROGRAMAS SOCIALES

Introducción.

En este capítulo se hace énfasis en las representaciones sociales desde los significados que otorgan las mujeres a la salud y a la enfermedad, a la pobreza, a los derechos sociales desde la perspectiva de derecho a la salud, así como también se alude a las percepciones de los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular* que de ellas emanan. Una forma de presentar estas representaciones es con base en el Diagrama 3 que se muestra a continuación, en el que se articulan las distintas significaciones de las mujeres participantes y no participantes directas, para complementarlos con las representaciones del proceso SEA del capítulo anterior, para entonces llegar al último de los Diagramas que se presenta en el siguiente y último capítulo en el que se presenta una propuesta denominada “deconstrucción desde la operacionalización y análisis de los programas sociales”, con base en las representaciones sociales inferidas desde los relatos de las mujeres entrevistadas.

Diagrama 3: Representaciones sociales desde los significados.



Fuente: elaboración propia con base en el análisis narrativo de las entrevistas.

1. Significados de la salud y la enfermedad.

Tomando como punto de partida la propuesta teórica del análisis de las representaciones sociales de Abric (2004) en el que se destaca el núcleo central, así como la estructura y el contenido (Banchs, 2000), pero a la vez tomando en consideración el marco del proceso SEA vivido en situaciones de pobreza en que se interpretan las representaciones mediante la significación de términos como la salud y la enfermedad, es que ahora se procede a dar cuenta de estas construcciones sociales de las mujeres entrevistadas.

Con respecto a la enfermedad, como se ha detallado en los dos capítulos anteriores, el presente estudio concuerda con Gali y Fasaneli (citados por Banchs, 2007) cuando por medio de las trayectorias y las representaciones sociales del proceso SEA las mujeres proporcionan más información sobre la enfermedad que sobre la salud, aunque no puede hablarse en términos de “un estilo de vida enfermo” como lo hacen los autores, la significación central que emana de sus representaciones tiene que ver con *la soledad y la tristeza*, como también Castro (2002) aludía a este último significado de la enfermedad en la situación de pobreza en que vive una comunidad rural de Morelos.

También, dentro de esta situación imperante, en el que las actividades para allegarse recursos monetarios o en especie se convierten en el principal sustento económico del hogar, las mujeres refieren a la enfermedad como *la inmovilidad, incapacidad o limitación para trabajar*, de ahí que se sientan inútiles o frustradas ante una enfermedad crónica degenerativa, esto puede equipararse al significado que otorgan el grupo de obreras estudiado por Ramírez Velázquez (2004) cuando “estar enfermas” es sinónimo de “perder el trabajo”.

Por otro lado, se logra acceder por medio de la entrevista desde su connotación escrita al caso particular de Lucía haciéndole preguntas centrales acerca de su estadio de enfermedad. Es destacable en su respuesta además del significado anterior de ver incumplida su meta de trabajar, el hecho de *estar al cuidado de*

alguien, aspecto que infiere su representación en los términos de *no tener un estilo de vida saludable*, pues al contrario de Gali y Fasaneli (citados por Banchs, 2007), para Lucía vivir en un estadio de enfermedad y no poder valerse por sí misma, el cuidado adquiere parte importante en su significación de enfermedad.

Asimismo, destaca también la significación de *recordar los buenos y malos momentos del trayecto de vida*, como lo enuncian Pilar y Julieta, más aún cuando el cáncer lo ven como la etapa anterior a la muerte. Esto, permite ubicar la significación desde las creencias que en el siglo XIX aludían a la presencia del cáncer debido a la vida hiperactiva de las personas, de ahí que a inicios del siglo XX y hasta nuestros días prevalezca la ecuación cáncer = muerte (Sontag, 2003). De igual forma para Sonia, la lepra significó *la muerte*, quizá por la incertidumbre de lo que pasaba en su cuerpo ante esa *infiltración bacteriológica*, metáfora militar en palabras de Sontag (2003) “... esa enfermedad es bien mala, no es dolorosa pero se va uno acabando y acabando...” (Entrevista a Sonia).

Finalmente, otra acepción de la enfermedad que va estrechamente ligada a la pobreza material es cuando se menciona la *falta de recursos para atenderse*, esto, refuerza las características que Lustig (2002) menciona cuando una persona se siente pobre al no tener el dinero suficiente para cubrir los gastos en salud, por otro lado, denota la pobreza de capacidades en que viven las mujeres (Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, Sedesol, 2002) pese a disponer en algunos casos del *Seguro Popular* por parte de la Secretaría de salud.

En un estudio reciente realizado en comunidades urbanas en situación de pobreza del noreste de nuestro país, además de los significados de enfermedad relacionados con la falta de recursos para atender la enfermedad, se ubica como *la experiencia obtenida* a partir del evento de enfermedad, así como el sentimiento de *no aguantar más* o de *soportar el dolor* (Rangel, 2006). Lo anterior, indica que al realizar el recorrido de la trayectoria del proceso SEA y sus representaciones sociales permite conocer a fondo la heterogeneidad con que se vive la

enfermedad, aunque también incide el factor cultural y socioambiental de la población de la región noreste a la región occidente, aspectos en los que es necesario dar continuidad en su análisis.

Es preciso señalar que la forma de significar la enfermedad en sectores urbanos en situación de pobreza, como se ha dejado en claro en este estudio y en los estudios de los autores considerados, dista todavía de la concepción que ha establecido la OMS desde la década de los noventa como “la alteración del equilibrio en el proceso salud-enfermedad”, como Nascimento-Shulze, Fontes García y Arruda (citados por Banchs, 2007) lo detectan en su estudio con profesionales y estudiantes de medicina y psicología, así como con empleados universitarios de bajo nivel económico en Brasil. Por lo que centrar el estudio en participantes de programas sociales abre el campo en el que se vive la experiencia de la enfermedad crónica.

Al significar la salud, situándola como parte del mismo proceso y no como polos opuestos (Rodríguez Hernández, 1992), las mujeres significan esta palabra con la *movilidad para trabajar, para realizar todo tipo de actividad y seguir adelante*, esto, tiene que ver con la necesidad de salir a buscar los recursos diariamente para sostener o complementar los gastos del hogar. Sin duda, esto se asemeja a lo que Ramírez Velázquez (2004) detectaba en su estudio con las obreras como “la fuerza”, “la capacidad para la acción y el movimiento”, así como también Antonio, cuidador de Carmen, significa la salud como *estar activo para trabajar y hacer todo*.

Aunado a lo anterior, la salud también se significa como *estar bien consigo mismo*, como fue también encontrado con los profesionales y no profesionales de la salud en el estudio de Nascimento-Shulze, Fontes García y Arruda (citados por Banchs, 2007) y por Rangel (2006) en los sectores urbanos estudiados. Asimismo, es preciso destacar la acepción de la salud cuando se vive en pobreza como *el estar a gusto y feliz*, como Castro (2002) también lo señalaba en su estudio de la

comunidad rural en pobreza como el *estar contento* ante la ausencia de síntomas de enfermedad.

No obstante, es preciso destacar la significación de Lucía como el *estar igual que antes*, refiriéndose específicamente a su estadio anterior al golpe sufrido en la cabeza, es decir, sin ser cuidada y realizando todas las actividades que formaban parte de su vida diaria, como estudiar, trabajar y divertirse, así como recordar sus eventos del pasado en compañía de sus padres y hermanos. Además, Margarita significa la salud como *la higiene y el aseo*, no sólo personal sino de la vivienda, sin duda, hábitos que son básicos en el modus vivendi de las sociedades como prácticas en pro de la salud.

Como se aprecia, en sentido lato la significación de la salud alude a los aspectos destacados por la Organización Mundial de Salud (OMS) como el estado completo de bienestar físico, mental y social, no obstante, cabría preguntarse si ¿estar sano es no tener enfermedades?, pareciera que para la médica titular del Centro de Salud la respuesta sería afirmativa “... *la salud es la ausencia de enfermedad, entonces el que tiene salud no tiene enfermedad así de simple...*”, sin embargo, esta cuestión debe indagarse a profundidad en los estudios cualitativos de este tipo, pues como ya ha sido señalado la complejidad del proceso SEA se acentúa a medida que pasan los años y la población en situación de pobreza se ve limitada en el acceso a mejores servicios de salud próximos a donde habitan.

2. Significados de la pobreza.

Es relevante cómo las mujeres asocian la pobreza con la experiencia que han acumulado en su curso de vida, algunas de ellas se asumen como personas pobres, en tanto otras establecen pautas que tienen que ver con los niveles de pobreza elaborados por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (2002).

Sonia es quien se declara abiertamente en situación de pobreza cuando expresa “... *hay po's una persona pobre, pienso que es como yo, que no tiene uno nada,*

que a veces tiene uno ganas de una cosita, y no puede uno nada...”, esto quiere decir que no se dispone de seguridad social, se vive a expensas de lo que sus hijos puedan otorgarle y lo que el Gobierno a través de los programas sociales la apoyen.

Por otro lado existe una relación estrecha en el significado de Julieta con el de Margarita, en el sentido de ubicarlo en la pobreza de capacidades relacionado con la salud “... *pobre es una persona que está discapacitada, que no tiene pies, sí, y aún así se mueve...*” (*Entrevista a Julieta*), en tanto Margarita se representa a sí misma en el estadio de enfermedad en que se encuentra “...*no poder moverse, no tener para comprar medicamentos...*”.

También, se presenta quienes ubican a la pobreza tanto en el nivel de pobreza alimentaria como en el de patrimonio *el que no tiene para comer y vestir ni donde vivir, no hay buen piso, no hay buen techo*. Pero a la vez, dentro del tercer nivel de patrimonio se asocia con la falta de trabajo “... *pobre le llamo p’os a uno que más bien que no tiene trabajo...*” (*Entrevista a Inocencia*), refiriéndose a estas personas en el sentido de la falta de voluntad para buscar un trabajo mediante el cual perciban ingresos. Aunado a esto hay quienes el ser pobre lo ven en las personas dedicadas a la elaboración del ladrillo, pero en el sentido de no allegarse bienes materiales, como un terreno o una vivienda en la que habiten en mejores condiciones.

Las significaciones anteriores están relacionadas con las experiencias de carencias múltiples (Lustig, 2002), cuando no se tiene el dinero suficiente para el sustento alimenticio, para la salud, para vestirse o dónde vivir. Pero también, cabe destacar cuando la pobreza significa desde otras dimensiones cualitativas, cuando se alude a los valores del ser humano, como lo deja en claro la siguiente narrativa al aludir a la *pobreza de espíritu y de mentalidad*. Aunque esto último no sea propiamente una condición o característica general de la población en situación de pobreza.

“...viene siendo una persona que sea pobre de espíritu, pobre de mente, porque aunque la persona esté humildemente vestida y viva humildemente, que coma humildemente sus alimentos, de todas maneras no es una persona pobre, porque si tiene valores, tiene, entonces no es una persona pobre, que se sepa superar en su persona...” (*Entrevista a Micaela*)

Como se ha dejado entrever, las concepciones de la pobreza aluden a aspectos relacionados con la falta de recursos económicos, la enfermedad, la carencia de una vivienda digna, la desnutrición, así como la falta de una mentalidad abierta ante la situación en pobreza en que se vive.

Asimismo, se observa la presencia de los factores que inciden en las denominadas trampas de la pobreza (CMMS, 2006), más allá de consideraciones económicas como lo señalaba Arzate (2003), pues al estar discapacitada o no poder moverse, es difícil hacer llegar los recursos suficientes al hogar, pues si a esto se le agrega una pobreza de espíritu y de mentalidad, en palabras de la entrevistada, la reproducción intergeneracional de la pobreza está latente, por lo que las mencionadas trampas se acentúan.

Por lo anterior, la pobreza adquiere matices cualitativos distintos a los que se han determinado para la clasificación de los niveles de pobreza por parte del Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (2002), pues cuando en la persona se hace presente la pobreza de espíritu y mentalidad, bien puede inferirse que se asociará con la soledad y la tristeza con que se vive la enfermedad, más aún cuando se es pobre y se tienen limitaciones físicas, por lo que nuevamente surgen las trampas de la pobreza en relación con el factor salud/enfermedad.

Por lo anterior, las significaciones que se han deducido son importantes tener en cuenta para la deconstrucción de los programas sociales de atención a la salud, así como la concepción de los derechos a la salud que a continuación se abordan.

3. El derecho a la salud.

Es destacable en las significaciones de las mujeres el hecho de considerarse como sujetos de *derechos a una vida saludable* porque así lo estipula la constitución y las leyes que nos rigen, pero cuando se trata de la disponibilidad de servicio de salud dejan en claro que se requiere el recurso monetario necesario para ser atendidos, independientemente si es una institución privada o pública, pues con respecto a las primeras, como ya se detalló en el Capítulo III, algunas de las mujeres tuvieron contacto con estas instituciones en ciertos momentos de sus enfermedades, por su parte con las instituciones públicas ha quedado claro que cuando se requieren estudios clínicos de los que no disponen los Hospitales de la Secretaría de Salud tienen que recurrir a la clínica privada a realizárselos o a los laboratorios con quienes tiene convenio la Secretaría de Salud y les ofrece los servicios a un costo menor.

“... a estar sano y ser atendido... p’os porque semos mexicanos (*la señora se ríe*)... p’os porque es el deber de un doctor tener que atendernos...” (*Entrevista a Guillermina*)

“... si pagas te atienden, si no tienes el Seguro Popular tampoco no te atienden, si llevas dinero te atienden si no, no...” (*Entrevista a Esther*)

“... eso de la igualdad de derechos, de que se supone que las leyes ya les otorgan (*a las mujeres*) tener los mismos derechos que el hombre verdá, para un trabajo, pa’ los estudios, pa’ todo, los mismos derechos...” (*Entrevista a Antonio*)

En los relatos aparece la connotación de *la falta de universalidad* al interior del sistema de salud público, pues sólo se brinda atención en el Centro de Salud de la delegación a que se pertenece.

“... normalmente tenemos el apoyo del Centro de Salud...” (*Entrevista a Antonio*)

“... nosotros nos atendemos donde nos corresponde el programa (*refiriéndose a Oportunidades*), en cada colonia tienen su delegación, sí, o sea, delegación es por decir así, nosotros aquí en la colonia “Santa Rosa” pertenecemos a “la Huizachera”, entonces no nos pertenece acá “el Catorce” (*del sector de las Pintitas en el mismo municipio de El Salto, Jalisco*) porque es otra delegación...” (*Entrevista a Julieta*)

Estos son algunos de los aspectos en que debe centrarse el análisis de los principios básicos de ciudadanía en materia de salud, pues se requiere hacer valer la gratuidad (Medici, 2006) y la integralidad (Medici, 2006; Valencia, 2008) como los atributos del sistema de salud para hacer valer el libre acceso a los servicios, sin importar la condición socioeconómica de las personas.

Dentro de esa integralidad hacen falta acuerdos tanto en la forma de brindar la atención al interior de las instancias de la Secretaría de Salud (Centros de Salud-Hospitales), como intersecretariales en materia de acceso a la atención, es decir, entre las Secretarías de Salud y de Educación, pues como señala Antonio, esposo de Carmen, uno de sus hijos al abandonar su formación educativa básica dejó de ser derechohabiente al IMSS, por lo que no quisieron atenderlo.

“... cuando mi esposa lo llevó a que lo atendieran (*a su hijo a la edad de trece años*), es más ella lo llevó al Seguro (*al IMSS*), pero en el Seguro la mandaron por un tubo... porque no presentaba papeles de estudios, y qué les importaba a ellos si tenía estudios o no tenía él, lo que importaba era que él tenía el Seguro por parte de su mamá y tenían que atenderlo... mi esposa por no discutir, agarró y se lo llevó en un taxi al Hospital Civil (*de la Secretaría de Salud*), y allá falleció...” (*Entrevista a Antonio*)

Por lo anterior, para las mujeres participantes, en tanto prevalezcan los mismos esquemas de accesibilidad a los servicios de salud, los programas sociales continuarán siendo la vía para garantizar el acceso, pero sólo a la institución próxima, como lo es el Centro de Salud y de ahí, si se requieren servicios especializados, los Hospitales de la Secretaría de Salud, y al interior de estos, ser valorados socioeconómicamente por medio del *Seguro Popular* para darles a conocer qué les corresponde pagar y qué no, como en el caso de la operación e implantación de prótesis en la rodilla de Micaela, *‘me dijo el doctor que me había podido conseguir la prótesis en veinticuatro mil pesos, la operación me la cubrió el Seguro Popular, pero todavía al salir le dijeron a mi hermana, la enfermera, que había que pagar quinientos pesos más, yo creo por los tres días que estuve ahí en recuperación’* (*Diario de campo, visita a su domicilio en febrero de 2009*).

No obstante, las mujeres pertenecientes a los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*, ante un evento de enfermedad buscan donde atenderse, sea en caso de alguna enfermedad recurrente en sus hijos o en ellas mismas, como las respiratorias o gastrointestinales, o bien para el tratamiento de hipertensión o diabetes, aunque tengan que pagar el servicio médico privado *'muchos de los que vienen tienen su Seguro Popular y sus oportunidades (refiriéndose al programa) allá en el Seguro Popular los atienden en el Centro de Salud y tienen que irse a las seis de la mañana a hacer la cita, y luego no les toca, no les alcanza, nada más dan como diez fichas, dan como diez fichas y tienen que estar allí desde las seis de la mañana, y no, p'os estar ahí desde las seis de la mañana y luego 'no me tocó doctor', y no, p'os del Centro de Salud se vienen para acá conmigo'* (Entrevista a Dr. Cristóbal).

Estos gastos médicos para acceder a la salud continuarán en tanto no haya la disponibilidad de ampliar el horario y la presencia del recurso humano requerido en el Centro de Salud "la Huizachera", pues ante una población del sector por encima de los ocho mil habitantes (INEGI, 2005) se continúa con criterios obsoletos por parte de las autoridades de la Secretaría de Salud ya que *'se considera un médico por cada tres mil habitantes para los Centros de Salud de la Jurisdicción'* (Diario de Campo, reunión sostenida con personal de la jurisdicción sanitaria, período agosto-diciembre 2008), por lo que las participantes de los programas y sus grupos domésticos continuarán accediendo a la salud alópata mediante la atención privada *'yo calculo como un cincuenta por ciento, eso más o menos, porque tengo muchos pacientes que tienen esos servicios, que tienen sus oportunidades (refiriéndose al programa)'* (Entrevista Dr. Cristóbal). Sin duda, estos hallazgos mediante el trabajo de campo, contrastan lo que se esperaba en el corto plazo al realizar la evaluación del programa *Oportunidades* (2005) que el programa incrementara el uso de servicios de salud preventivos y curativos del sector público, reduciendo el uso de servicios de salud privados (Gutiérrez et. al., 2005).

Con lo detectado en el trabajo empírico se da cuenta de la mercantilización de los servicios públicos de bienestar a que aludían Adelantado y Scherer (2008), pues sólo se logra la atención médica especializada si se tienen los recursos monetarios necesarios para cubrir el gasto, ésto, aunado a la inexistencia del servicio requerido en la parte de la salud pública, a la postre genera el uso de servicios privados de salud, induciendo a la proliferación de pequeños consultorios, algunos de ellos autodenominados como “similares”, en los que si bien la consulta médica puede considerarse a precio módico (veinte pesos), cuando a este gasto se le agrega el costo de los medicamentos, *las implicaciones de vivir en pobreza* hacen su aparición, pues tienen que destinar la parte monetaria correspondiente de la jornada de trabajo a la atención y servicios médicos, volviendo a caer en las trampas de la pobreza (CMMS, 2006).

También, al requerir de servicios de salud, propicia que gran parte de la población al no disponer del recurso monetario necesario, tenga que esperar su turno para ser atendida en las instituciones públicas especializadas, máxime cuando se trata de una enfermedad crónica degenerativa para la que se requiere una gran suma de dinero y no puede tenerse acceso a la clínica privada de salud. Lo anterior conduce a reproducir la institucionalización de la política de la desigualdad (Adelantado y Scherer, 2008), pues como se observa en algunos de los casos, las mujeres tuvieron que hacer frente a su enfermedad por el tiempo en el que lograron conseguir el recurso para ser atendidas por la(s) institución(es).

Quizá por esta controversia implícita en la forma de operar por parte de las instituciones de salud, sean públicas o privadas, es que exista confusión en la gente cuando por un lado las significaciones como sujetos de derechos se relacionan directamente con la igualdad al ser connacionales, sin importar distinción en el sexo, pero en la práctica se continúa con la concepción de sujetos de beneficios, dependientes de decisiones gubernamentales. Por esto, es preciso conocer ahora la percepción que tienen las mujeres de los programas y cómo en

algunos casos la exclusión o las complicaciones para ser participante han estado presentes.

4. Percepción de los programas sociales de atención a la salud.

Las mujeres mencionan lo constante que tienen que ser en la asistencia a las pláticas de salud por parte del programa *Oportunidades*, pues es un requisito por cubrir para obtener el recurso monetario, además de estas pláticas, las señoras que fungen como vocales del programa las citan para capacitarlas y mantenerlas al tanto de los aspectos que deben atender para no dejar de recibir sus “apoyos” de alimentación y becas educativas. Consideran que los temas de salud que les han impartido han sido diversos y han ayudado a recordarles aspectos necesarios para realizar en casa con relación a su alimentación y prevención de enfermedades de sus grupos domésticos.

“... a mí me gusta ir a mis pláticas, a mis juntas, porque es lo que me ha ayudado mucho también que yo esté en este programa, pues nos tocan temas de la salud, desde la higiene personal en la casa, hasta cómo debemos cuidar nuestra salud, cómo debemos de protegernos, cómo debemos de cuidar a los hijos...” (*Entrevista a Julieta*)

El programa ha procurado concientizar al grupo de gente ‘beneficiaria’ mediante recomendaciones relacionadas con la higiene personal y la limpieza en las viviendas, lo cual consideran importantes como hábitos en pro de la salud. Existe una serie de beneficios al interior del hogar producto de las pláticas de salud, destacando el uso del agua potable y las prácticas alimenticias a base de alimentos nutritivos en sus hijos. Estos aspectos, se asemejan a los que García Falconi (2007) denomina como representaciones acerca de la significación de los beneficios obtenidos, además, en algunos casos han procurado reutilizar el agua con que lavan los trastes o con que se bañan, esto, porque las personas que habitan en las ladrilleras tienen que hacerse llegar el vital líquido por medio del llenado de tanques a base de pipas.

“... nos han dado pastillas pa’que uno eche ahí en los pozos o en los tambos... igual de los zancudos que a veces el dengue, casi nunca le pongo así a los tambos porque no lo veo necesario porque no me gusta comprar

mucho agua, me gusta comprar dos, tres tambos pa' no tenerla rezagada, ir comprando y la vamos gastando... yo les digo a mis hijos 'a mí me cuesta y el gasto que tengo es poco, y pu's me tiene que alcanzar para todo', entonces si no la cuido pu's quién me la va a cuidar..." (*Entrevista a Guillermina*)

"... (temas que han impartido en las pláticas) de las enfermedades de ahorita, del mosquito, del dengue, a pues de alimentación, que deben estar los alimentos bien cocidos y bien desinfectados, y que no vienen desinfectados, la persona debe estar con sus manos limpias y su pelo cubierto con su d'este (se refiere a una malla o gorro), que todo debe estar, también nos dicen lo de energético, que no tenemos que usar más luz que la que ocupemos, del gas también..." (*Entrevista a Micaela*)

Sin embargo, en aspectos de sanidad del medio ambiente ecológico que predomina, aún falta reforzar acciones en pro de la salud comunitaria, pues en el transcurso del año y medio en que se realizó el trabajo etnográfico en el sector se observó la presencia de "una empresa" que recolecta llantas, plásticos, fierros, pastura y todo tipo de "chatarra", la cual utiliza para la fabricación de químicos (ver fotografía), produciendo cada vez que entra en operaciones, además de una amplia mancha de humo, olores desagradables, aunado a esto, la materia hecha cenizas empieza a caer sobre gran parte del sector, pese a los esfuerzos de la gente, sobre todo la que habita en las ladrilleras, en llamar a personal de ecología del Ayuntamiento de El Salto, Jalisco, la persona dueña de dicho negocio ha hecho caso omiso a las quejas y denuncias, coincidiendo en varias ocasiones su ausencia cuando acude el personal del departamento de ecología (*Diario de campo, período agosto 2007 – diciembre 2008*).



Hornos de ladrillo colindantes con la empresa recolectora.

Este es uno de los ejemplos de la falta de sinergias entre las Secretarías de Salud y del Medio Ambiente, sobre todo a nivel municipal, en que sus acciones no alcanzan a conjuntarse para actuar a favor de la salud socioambiental. Además, otro factor en detrimento de la salubridad del sector, como ya se ha hecho alusión, es el canal contaminado y de aguas negras que separa a “la Huizachera” de “Santa Rosa del Valle”, en el que tampoco se ven acciones, más aún cuando en los campos ladrilleros comienzan a infiltrarse sus aguas por los pozos que tienen en sus predios, de los que años atrás utilizaban para beber (*Diario de campo, período enero 2008 – diciembre 2008*).

Lo anterior, contrasta con los hallazgos que Escobar y González de la Rocha (2005) aludían respecto a la mejoría en las condiciones de sanidad y salud pública de las comunidades donde ha entrado en operaciones el programa *Oportunidades*, como producto de las pláticas de salud, aunque las observaciones anteriores no estén directamente relacionadas con los temas impartidos en las pláticas de salud dirigidas a las participantes, está claro que mientras la insalubridad persista y no existan las condiciones propicias para una vida saludable, el sector “la Huizachera” seguirá siendo catalogado en situación de pobreza y con índices relativamente altos de enfermedades infecciosas, como se

comentó en el Capítulo II, asimismo, el sector continuará siendo el escenario ideal para las prácticas clientelares y para la focalización de programas, lo cual, en palabras de Adelantado y Scherer (2008) son perjudiciales en países con regímenes duales como el nuestro, porque merma la consolidación de políticas de corte universal.

También, como ya se ha planteado en las evaluaciones cuantitativas y cualitativas del programa (Gertler, 2000; Bautista et.al., 2003; González de la Rocha y Escobar, 2002, Gutiérrez et. al., 2006), las mujeres comentan que las pláticas de cuidado de la salud han contribuido a que más personas se realicen prácticas de salud en el período prenatal y postparto, así como estudios clínicos para la detección de enfermedades, como es el caso de la diabetes, la hipertensión, el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama (Adato, 2000; García Falconi, 2007). No obstante, hay que tomar en cuenta que estos forman parte de las acciones en salud suscritas en las reglas de operación de *Oportunidades*.

“... antes no iba uno a checarse ni hacerse el examen de diabetes ni nada de eso, y ahorita pues sí, ya mucha gente acude a hacerse el examen de diabetis y mejor...” (*Entrevista a Guillermina*)

Sin embargo, todavía hay casos, sobre todo en las no participantes directas cuando la médica titular o la enfermera les sugieren realizarse un papanicolaou, es producto de vergüenza o sencillamente porque no consideran que sea una práctica confiable para su organismo.

“... (*el examen del papanicolaou*) ese nunca me lo he hecho, pa'que voy a decir, nunca, un día me dijeron, y no quise... porque me daba vergüenza, me dijo una señora así como yo, grande, 'vamos', le digo 'no, luego si me dicen que sí tengo algo', mejor así me muero sin saber...” (*Entrevista a Sonia*)

“... la vez pasada me dijeron que si me quería hacer el papanicolau (*en el Centro de Salud*), les digo '¡no, están bien locas!, me van a desgraciar ¿por qué voy a permitir eso?...” (*Entrevista a Margarita*)

Estas representaciones de *timidez* o *temor*, y de *maltrato médico* ante una práctica de prevención, es uno de los aspectos en que se diferencian las reconstrucciones de las no participantes directas de las participantes, por lo que quizá el programa realmente esté logrando concientizar a las mujeres en realizárselos. Aunque cabe destacar que las no participantes son mujeres en su etapa de vejez, por lo que ya no están en edad reproductiva, pero la detección y atención oportuna de cáncer cervicouterino puede coadyuvar a un estadio de salud en las distintas etapas del ciclo de vida, como sucedió en forma contrastante en los casos de Julieta, participante de *Oportunidades*, y de Carmen, participante del *Seguro Popular*.

“... yo tengo una doctora que conozco desde hace mucho tiempo (*la homeópata*), fui con ella, ella me mandó hacer un papanicolau, me dice ‘hazte un papanicolau’, porque yo le decía los síntomas que tenía... allá el médico me dice que es por el desgarre fuerte que traigo, le digo ‘¿tengo cáncer?’, dice ‘no señora, usted estuvo propensa a cáncer, pero bendito sea Dios está bien’...” (*Entrevista a Julieta*)

“... no sabíamos nosotros lo que ella tenía, no le habíamos hecho estudios, fue gran parte de culpa de ella y a lo mejor hasta culpa mía... ella no fue a checarse periódicamente, hasta después fue cuando ella me dijo que le habían recomendado que fuera cada seis meses a checarse y nunca iba...” (*Entrevista a Antonio*)

En este mismo sentido, Gutiérrez y colaboradores (2006) señalaban como fundamental investigar las posibles sinergias *Oportunidades-Seguro Popular* para conocer cómo este último estaba coadyuvando a la salud de los participantes. Sin embargo, el caso de Pilar muestra lo contrario cuando ante un diagnóstico de cáncer cervicouterino, en el Hospital de la Secretaría de Salud le programan fechas no muy próximas para iniciar su tratamiento.

“... me llevaron al Hospital, para ver eso del Seguro Popular y ¡uuuhh!, ni una fecha...” (*Entrevista a Pilar*)

Por otra parte, las mujeres participantes de *Oportunidades* externan que el programa exige demasiado la asistencia a las pláticas de salud, una o dos inasistencias representan un recorte significativo al recurso monetario mensual.

“... (con respecto a los requisitos del componente de salud) son muchas y es mucha la pérdida de tiempo vedá, o a veces de que bueno, es mucho requisito porque son estrictos porque nos citan a un horario y si no estamos a ese horario ya es falta que nos pusieron y ya ahí nos rebajaron la mitá que nos dan (refiriéndose al recurso monetario), si tiene uno dos faltas ya no nos dieron nada, por eso uno si está inconforme, que son tan estrictos, pero pu's así queda, que hace uno vedá...” (Entrevista a Guillermina)

Por otra parte, al presentarse *Oportunidades* como un programa condicionado a la asistencia a pláticas de salud y a revisiones médicas semestrales, para las mujeres trabajadoras de ladrillo no es invertir en su salud, al contrario, es perder medio día de trabajo cuando asisten a la plática mensual, pero también es perder otro medio día cuando tienen que ir a consulta médica, y otro medio día más, cuando tienen que llevar a sus hijos pequeños a la revisión. Por lo que esto se traduce en detrimento de su situación económica familiar, más cuando las mujeres son las que proveen el recurso principal para el sostenimiento del hogar (caso de Guillermina y Candelaria). Estos aspectos concuerdan con las representaciones de los perjuicios señalados por García Falconi (2007).

En la evaluación de impacto del programa (2005) en cuanto a la utilización de los servicios de salud en áreas urbanas, se mencionaba que en promedio una familia con *Oportunidades* aumentaba en 17% el número de visitas a los Centros de Salud y Hospitales de la Secretaría de Salud en las prácticas preventivas y curativas de salud. No obstante, esto debe quizá, porque las mujeres tienen que dar cumplimiento a las reglas de operación, en el Centro de Salud “la Huizachera” se programa un día para la consulta médica de las participantes “titulares”, otro día para los niños en edad escolar, otro día para la aplicación de vacunas en menores de cinco años, otro día para las pláticas de salud de las mujeres y otro día distinto para las pláticas de los adolescentes (Diario de campo, período agosto 2007 – diciembre 2008).

Otro aspecto es el lugar donde se les imparten dichas pláticas, pues aún con el pequeño espacio al interior del Centro de Salud “la Huizachera”, en ocasiones las reuniones se llevaban a cabo en la pequeña sala de espera de consulta externa, lo

cual resultaba incómodo para las participantes de *Oportunidades* al tener que buscar algún asiento, o mantenerse de pie durante el tiempo de duración de la plática. Al personal de la Secretaría de Salud no le pareció que se reunieran en esta sala porque en temporada de lluvias las mujeres participantes del programa ensuciaban el piso, generando un mal aspecto por la falta de un intendente que se encargara de realizar la limpieza, razón por la que tuvieron que establecer roles de aseo del lugar, una vez que terminaba cada sesión de pláticas. No obstante, de igual forma resultaba incómodo recibir las pláticas de salud en el consultorio ubicado al fondo del Centro de Salud (ver fotografía), donde actualmente se ubica el archivo de los expedientes de todas las personas que se consultan en este Centro (*Diario de campo, período agosto 2007 – diciembre 2008*).



Plática de educación para la salud del programa Oportunidades.

Con respecto al *Seguro Popular* algunas mujeres comentan la dificultad para obtenerlo, pues fueron varias veces las que tuvieron que trasladarse al Centro de Salud de “las Pintitas”, ubicado en el sector del mismo nombre al cruce de la carretera a Chapala o Av. Solidaridad, para saber sí se encontraban registradas en el listado de las nuevas aseguradas.

“... hubo problemas en ese tiempo (*cuando se dieron los primeros contratos*), pues salió la que manejaba el Seguro Popular y todo, y ya no se supo nada, entonces me dijo Luisa, la doctora que estaba antes ‘sabes qué, que tu tarjetón nunca apareció’, dijo ‘hasta que no vayas allá a sacarlo, o ve a buscarlo, a ver si está allá (*refiriéndose al Centro de Salud de “las Pintitas”*)...” (*Entrevista a Micaela*)

También, como ya se ha visto con algunos casos, para tener derecho a servicios médicos quirúrgicos o estudios clínicos se debe valorar si el caso está considerado en la gama de servicios que ofrece el *Seguro Popular*, o en todo caso si cubre la operación o existen otros aspectos que tendrían que pagarse, como medicamentos o los gastos que se generan como producto de terapias de recuperación, aspecto que no se considera por el programa una vez que se ha realizado alguna intervención quirúrgica.

“... yo les dije si cubría el *Seguro* esta operación que me habían dicho, entonces me dijeron que no, no la cubrían (*la señora se refiere a la operación de su oído*)...” (*Entrevista a Esther*)

“... desde el primer d’este (*especialista*) que me vio, me dijo que me tocaba operación y prótesis, le digo ‘nosotros no tenemos medios económicos, pues yo no cuento más que con el apoyo del *Seguro Popular*, que dicen que costea la operación’, pero como eso es cosa de fuera, la prótesis es cosa de fuera, con eso no me pueden ayudar, vedá, entonces es el problema...” (*Entrevista a Micaela*)

“... algunos estudios se los tuvimos que pagar porque decían que eso no los cubría el *Seguro Popular*, no recuerdo cómo se llamaba el estudio que no cubría, no lo recuerdo, pero no recuerdo si fueron uno o dos estudios que le costaban setecientos y tantos pesos...” (*Entrevista a Antonio*)

“... (*el Seguro Popular*) me lo dieron ahí en el DIF, sí porque me vieron muy mala con eso de la operación, por eso me ayudaron en eso, pero no se pudo porque no cubre la operación (de su pierna), que no la cubre el *Seguro Popular*... (*por medio del sacerdote le iban a cubrir los gastos de operación de su pierna*) ya que salga de la operación quién me va a dar para seguir yendo a las terapias, para estar yendo a las consultas y eso, ¿quién me va a mover de aquí?, porque pa’ todo eso hay que estarlo pagando...” (*Entrevista a Jimena*)

Como se comentó en el Capítulo III, se detecta un aspecto que el personal del *Seguro Popular* da por obvio al momento de tramitarlo. Se piensa que todas las personas por el hecho de llevar los documentos solicitados, firmar e imponer su

huella digital, por añadidura leerán todo lo concerniente a los servicios de salud que como nuevos derechohabientes podrán hacer de su uso. Sin embargo, con Inocencia no sucedió así, ella al no saber leer y al estar preocupada por brindar atención a su hija Lucía, pensó que el Seguro sólo le cubriría las citas médicas. Para Inocencia resultó sorpresivo cuando le indicaron que recogiera el medicamento señalado en la receta en la farmacia del Hospital de la Secretaría de Salud, pues en citas anteriores sólo asistía con su hija a la consulta, no recogían la medicina y se iban directamente a comprarla a alguna farmacia de descuento.

“... yo siempre le compraba la medicina pero lo que me importaba era la consulta, yo decía con que no me cobren la consulta ya es mucha ganancia y la medicina no la sacaba yo en el *Seguro Popular*, apenas tengo dos meses que la empiezo a sacar...” (*Entrevista a Inocencia*)

Por otra parte, al dar seguimiento a las condiciones de salud reproductiva de Candelaria, después de casi ocho años de haber tenido su tercer parto, ella y su nueva pareja deciden procrear un hijo. En este sentido, por el hecho de estar en contacto con clínicas de salud pública por estar adscrita al *Seguro Popular*, es necesario relatar cómo se presentó la atención antes de dar a luz, en el Centro de Salud “la Huizachera” y en la clínica de maternidad “López Mateos” de la Secretaría de Salud, esto, con base en las notas en el *Diario de campo del período enero-junio 2008*:

Era alrededor de la una de la tarde cuando Candelaria acude acompañada de su pareja al Centro de Salud “la Huizachera”, sin embargo, es día en que sólo se encuentra la médica titular atendiendo las consultas y las urgencias, debido a que el médico pasante no asistió a consultar, en tanto las enfermeras están aplicando las vacunas, pesando y midiendo a los menores de cinco años. A la entrada del Centro de Salud se observa un letrero que dice: “*hoy sólo habrá 12 consultas + urgencias*”, ante esto, su espera para ser atendida en dicho Centro se prolonga por espacio de veinticinco minutos. Posteriormente, la médica sale de su consultorio para llamar al siguiente paciente, es en ese momento cuando Candelaria aprovecha e ingresa junto con ella; después de diez minutos consigue

el pase para ir inmediatamente a la clínica de maternidad “López Mateos”, la médica sale detrás de ella y le dice: *“vaya y plántese ahí, no se mueva hasta que la atiendan”*.

Candelaria sale lo más rápido posible del Centro de Salud, se dirige con su pareja para enseñarle el pase, apenas lo ve y le dice: *“bueno, vámonos”*. Ya estando en la clínica, la espera de atención se prolonga por espacio de una hora y veinte minutos, pues eran las dos de la tarde y se aproximaba el cambio de turno médico (a las 3 pm), por lo que habría que esperar a que el turno vespertino se hiciera cargo de la atención.

Transcurren alrededor de quince minutos después de las tres de la tarde, una de las enfermeras se asoma por la puerta de la sala de recepción para dar acceso a la primera señora que llegó; no pasa mucho tiempo en revisión, la señora sale y la enfermera se dirige hacia otra mujer, con menos meses de embarazo, a la cual le dice que pase, sin tomar en cuenta que no tenía ni diez minutos de haber arribado. Cinco minutos después, alrededor de las tres y media de la tarde, Candelaria ingresa; la examinan durante diez minutos, nuevamente se abre la puerta y sale Candelaria diciendo: *“que todavía no, que regrese cuando se incrementen los dolores, que es mejor que me vaya a mi casa a descansar”*, su pareja se queda desconcertado, pues en son de broma le había dicho que fingiera fuertes dolores para que se quedara y no la regresaran nuevamente. Aún y con el pase obtenido fue inútil, pues tendrían que regresar nuevamente a “la Huizachera” y esperar. Candelaria un tanto molesta expresa: *“... yo le digo al doctor que a poco cree que yo vivo aquí cerca, y todavía me pregunta ‘¿no tiene algún familiar por aquí?’, le digo: ‘pues no’...”*

Candelaria regresa con su pareja a su domicilio por tercera ocasión, se aprecia incómoda y desesperada por el tiempo de espera, los recorridos que han tenido a la clínica, y además, porque los sangrados continúan incrementándose. Es hasta las tres de la mañana del día siguiente cuando le solicita a su pareja que consiga urgentemente la camioneta con su vecino para trasladarla a la clínica, quien ya

estaba dispuesto con anterioridad para lo que se ofreciera. Los lleva a la clínica y al arribar una vez más es examinada, después de varios minutos de espera el médico le dice que camine durante una hora afuera de la clínica y posteriormente regrese. Se va con su pareja, siguen las indicaciones y después de la hora se sientan en la banqueta para descansar y relajarse. En su intento por volver a ingresar a la sala de recepción, se da cuenta que en unos minutos se presentará el cambio de turno del personal médico a las siete de la mañana, por lo que tendrá que esperar dicho cambio. Alrededor de las nueve de la mañana Candelaria solicita urgentemente ser atendida, pues siente cada vez más las contracciones, su esposo le llama a la enfermera para que la ingresen, rápidamente le dicen a Candelaria que se suba a la camilla para trasladarla, pero no puede, se le dificulta pese al esfuerzo que realiza para subirse. En ese momento “*se rompe la fuente*” y el niño nace, esto hace que los médicos y enfermera actúen rápido para ayudarla y brindarle la atención requerida para trasladarla al quirófano.

Después de dar a luz y de conocer la parte médica de que su hijo se encuentra bien, le indican que tiene que estar en observación para que no se vaya a presentar alguna complicación a futuro en su estadio de salud, debido a que el nacimiento se presentó afuera del quirófano. Candelaria acepta la indicación, pues ella se siente muy bien con su hijo en brazos, cuidando de él. Permanece tres días en la clínica esperando la autorización para llevárselo, sin embargo, tiene que esperar un día más para que se lo entreguen, hasta ese entonces es cuando regresa a su casa con su bebé. Después de esta experiencia, ya todo lo demás quedó atrás: los quince días de incertidumbre, de dolores, de sangrados, de insomnio, traslados constantes a la clínica, incomodidades tanto para ella como para su hijo, lo importante para Candelaria es que ya están juntos en su hogar.

Con estos sucesos, se presenta la falta de correlación con respecto a lo establecido en las Reglas de Operación del programa *Oportunidades* (2007), específicamente el señalado en los componentes de salud que indica “*las acciones del programa se dirigen con especial énfasis a la población más*

vulnerables como son las mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como a los menores de cinco años". En la experiencia vivida por Candelaria, cuando con conocimiento de que se tenían más de quince días transcurridos después de los nueve meses de su embarazo, la parte médica de la clínica de maternidad le niega el acceso en tres ocasiones. Los médicos desconocen el tiempo que le lleva a Candelaria trasladarse desde su domicilio hasta la clínica ubicada en el centro de Guadalajara, aproximadamente de media hora a cuarenta y cinco minutos en promedio, sin contar el tiempo de espera de alguna unidad de transporte que logre trasladarla directamente. Pareciera que el discurso de Candelaria no tiene importancia cuando les explica los constantes sangrados que ha sufrido, razón por la que tuvo que recurrir a una partera para que la examinara, después de la segunda vez que fue regresada de la clínica a su domicilio. El diagnóstico de la partera al tocarle el vientre, es que el niño no está en la posición adecuada para ser dado a luz, por lo que se vale de su instrumento de trabajo *'las manos'* para corregir la postura del bebé. Además, le explica que ya está punto de nacer, por lo que le recomienda asistir al Centro de Salud de la comunidad para obtener un pase inmediato de atención en la clínica de maternidad.

Ante la situación vivida por Candelaria, *"los cuidados necesarios para las mujeres embarazadas"* asentado en las Reglas de Operación de *Oportunidades* quedan en duda. ¿Hasta dónde la operacionalización de los programas sociales garantizan una atención médica de calidad?, puesto que las vivencias descritas distan mucho de las acciones emprendidas, ya que pudieron presentarse complicaciones mayores, exponiendo la vida tanto de la madre como del recién nacido. Esto, pone de manifiesto distintas interrogantes que pueden formularse en torno al servicio médico de las clínicas de salud pública, por ejemplo, ¿cómo es que se continúa ampliando la adscripción a un *Seguro Popular* de atención cuando en los Centros o Clínicas de Salud no existe la garantía de que se atienda al ciudadano(a) en el momento oportuno?; por otro lado, el llamado *"trato digno y de calidad a los usuarios"* queda completamente en duda, pues al parecer la mujer embarazada tiene que programar su parto acorde a los horarios y turnos médicos,

así como tener el conocimiento exacto en fecha y hora en que su hijo nacerá, para ser atendida y brindarle su “derecho a la salud”, y de esta manera garantizar que las acciones en maternidad se están llevando a cabo.

Como se deja entrever, el funcionamiento del *Seguro Popular* con las mujeres de “la Huizachera” es incierto, todo indica que el punto principal de arranque del programa era tener un padrón que validara su existencia y la afiliación por parte los ciudadanos, sin embargo, la cobertura de servicios ha sido insuficiente, por lo que quizá hacen falta estudios más a fondo con la población en situación de pobreza acerca de los tipos de enfermedad y sus estadios, pues los primeros asegurados bajo este sistema fueron los hogares pertenecientes al programa *Oportunidades*, de ahí que haga falta mayor aproximación cualitativa a sus contextos socioeconómicos y socioambientales.

Las experiencias anteriores destacan las experiencias vividas y representadas por las mujeres, los cuales se vuelven contrastantes a lo estipulado en las reglas de operación de los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*, como se aborda en el apartado siguiente de este capítulo con las no participantes directas de los programas.

5. Paradojas respecto a las Reglas de Operación de Oportunidades-Seguro Popular.

Primeramente, se establece como uno de los lineamientos “el fortalecimiento del tejido social y comunitario con base en la familia, para emprender acciones conjuntas en la superación de su pobreza” (DOF, Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano *Oportunidades*, 2006-2008), no obstante, en la Huizachera se observa la falta de compromiso social por parte de quienes están al frente de las instituciones de salud, como son los Centros de Salud y la Jurisdicción Sanitaria, pues durante el trabajo en campo no se contemplaron dichas acciones, sólo quedó en una plática de acercamiento para conocer de viva voz de las mujeres las necesidades más apremiantes en materia de salud, en

donde al dar a conocer la necesidad de un médico más para brindar atención en el Centro de Salud, todo se redujo a que no existían plazas de médicos para este amplio sector, y tramitarla tardaría tiempo en resolverlo (*Diario de campo, período agosto-diciembre 2008*).

Lo anterior, contradice lo referente al reforzamiento de la oferta de servicios de salud, donde se establece que “los servicios estatales de salud son los responsables de gestionar las plazas de las unidades médicas” (DOF, Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2006) precisamente éstas forman parte de los Centros en que se atiende a las y los participantes de Oportunidades. Las mujeres externan que ha habido casos en que no se brinda la atención a la población que recién llegó a habitar a fraccionamientos aledaños al sector “la Huizachera”. En tanto, al observar y escuchar a grupos de mujeres no participantes del programa a las afueras del Centro de Salud o de los templos, externan que ‘se ha dado preferencia a la atención médica a los que pertenecen a Oportunidades, con ellas tienen para cubrir las diez fichas que dan por día’ (*Diario de campo, período enero-junio 2008*).

“... yo pienso que debería de ser parejo, porque a veces viene una persona de ‘las Magnolias’ (*fraccionamiento cercano a la Huizachera*) también es gente que no tiene la posibilidad pero que hace el sacrificio de comprar una casa, a esas personas a veces se les niega el servicio (*en el Centro de Salud*), o sea, a mí me ha tocado ver ahí en el Centro de Salud que ‘no pu’s, que ¿dónde vives?’, ‘que en las Magnolias’, ‘ah no, es que no las podemos atender’, pero pu’s también es gente humilde, gente que no tiene...” (*Entrevista a Guillermina*)

Con respecto a la orientación por parte del personal que trabaja en *Oportunidades* acerca de los derechos y responsabilidades que tienen las participantes, la forma en que se llevaba a cabo en “la Huizachera” era por etapas, es decir, el enlace municipal de El Salto se reunía con las mujeres que fungen como vocales para darles a conocer los pormenores de estas reglas de operación de manera gradual, o sea, “sobre la marcha” en que el programa ya ha entrado en operaciones; posteriormente las vocales retransmitían dichas reglas a las demás

participantes, organizando a las mujeres por grupos: cada vocal por lo regular tenía a su cargo alrededor de veinte mujeres, las citaba un día de la semana por la tarde al lado del templo del “Perpetuo Socorro”, debajo de un árbol, algunas sentadas sobre piedras y el resto de pie, todas soportando los piquetes de zancudos y llevando a cabo dinámicas implementadas por las mismas vocales, para así, de manera activa hacer que las mujeres comprendieran mejor sus corresponsabilidades (Diario de campo, período agosto 2007-junio 2008).

Con respecto a los derechos que tienen las familias participantes en *Oportunidades*, uno de éstos es el de “recibir información oportuna a sus solicitudes, quejas y sugerencias”. Sin embargo, cuando Margarita fue dada de baja por la inasistencia a las pláticas de salud en el año 2006, solicitó un oficio a la médica titular del Centro de Salud, quien le apoyó firmándolo y entregándolo a la enfermera. Esta última ha sido la persona a cargo de recabar las asistencias y la documentación necesaria emitida por el Centro de Salud para que las mujeres no se vean perjudicadas en sus recursos, pero en esta ocasión no registró el oficio en el expediente de Margarita.

“...el único problema ha sido con lo de *Oportunidades*, que me han hecho a un lado... porque no fui a juntas (a las pláticas de salud), la enfermera fue la que hizo eso, esa luego luego me dio de baja, luego ya me dijo ‘ya está dada de baja, porque no viene’, le digo ‘pues ni modo, yo no puedo caminar’...”
(Entrevista a Margarita)

Posteriormente, Margarita con ayuda de las vocales del programa envió cartas dirigidas al Presidente de la República Mexicana, en ese entonces Vicente Fox, se le turnó la solicitud al personal indicado de la Secretaría de Desarrollo Social, tras varias respuestas donde se le indicaba que estaba atendiéndose su petición, finalmente, le dicen que debe dirigirse con el personal de *Oportunidades* en los días en que acudan a la entrega de los recursos en “la Huizachera”, o bien, asistir directamente a las oficinas ubicadas en Guadalajara⁶⁹. Ante este suceso, quedan claras las contradicciones entre lo que dicen las reglas de operación y la forma en que se actúa con las personas de tercera edad, discapacitadas y que viven solas,

⁶⁹ Ver Anexo 6: Fotografía de documento oficial.

pues pese a las redes establecidas por Margarita para solucionar su situación, todo indica que el programa no está dirigido a los hogares unipersonales con enfermedades crónicas degenerativas. En las reglas de operación del 2006 se indicaba que “el apoyo monetario para los adultos mayores está sujeto al cumplimiento de su corresponsabilidad a los servicios de salud... cuando una familia está integrada sólo por adultos mayores, el cumplimiento de esta corresponsabilidad sustentará la emisión de los apoyos alimentario y el de adultos mayores” (DOF, Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2006:17).

En la cédula de adscripción al programa, en la que se registra la información para cada miembro del hogar, se contempla el aspecto de la discapacidad, por lo que resulta cuestionable el que las autoridades de *Oportunidades* hayan desconocido el estadio de salud de Margarita. Aunque en la parte de identificación de los titulares uno de los rubros menciona a las mujeres sin hijos de cincuenta y cinco años y más de edad, no se alude a la discapacidad, sólo se hace explícita en la parte del cumplimiento con las citas médicas, pero no se especifican las pláticas de educación para la salud como aconteció con Margarita.

Resulta cuestionable que para el siguiente año (2007), en la parte correspondiente a las correcciones de inasistencias por errores queda establecido que “la corrección de un incumplimiento aplica en aquellos casos donde se reporta inicialmente el incumplimiento y después se corrige reportando que el beneficiario sí cumplió con su corresponsabilidad” (DOF, Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2007:33). Pero no se plantea cuáles pueden ser los porqués del incumplimiento que pueden justificarse.

Además, en lo que refiere a la suspensión definitiva de los “apoyos” para la gente de la tercera edad, en las reglas de operación del año 2006 al año 2007 se incorporó la siguiente parte escrita con letras cursivas “no cumple con la corresponsabilidad de asistir a los servicios de salud por más de dos semestres

consecutivos, *y no exista incapacidad corroborada por el personal de salud*" (DOF, Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2006-2007). Esto, genera incertidumbre ante la situación vivida por con Margarita, pues como se comentó líneas atrás, se justificó su discapacidad con un oficio firmado por la médica titular del Centro de Salud, entonces ¿por qué volverlo a hacer notar en las reglas de operación cuando se está procediendo por medio de las instancias correspondientes y aún así no se brinda solución de facto?

De igual forma en las reglas de operación para el 2007 se añadió otro apartado de reincorporación de familias en el que se deja en claro el volver a comprobar su situación de pobreza extrema, esto quiere decir que ¿existen fallas en el sistema de identificación de los pobres para poder otorgar el recurso?, ¿por qué excluir y luego recertificar a quien sólo incumplió en las pláticas de salud por discapacidad?, tal parece que añadir este apartado es para dar una nueva oportunidad con quien se cometió un error de exclusión.

Por otra parte, en el caso de Jimena, quien como se comentó en su presentación en el Capítulo III, ante su estadio de enfermedad en sus piernas decidió no ser evaluada para percibir los "apoyos" del Programa Oportunidades, cabe destacar que en sus relatos expresa que la persona que la visitó para aplicarle el estudio socioeconómico le comentó que aún aplicándosele no podría ser evaluada, debido a que su nieto, quien vive en su hogar, recibía en ese entonces una beca en la escuela primaria.

"... (respecto al estudio socioeconómico de Oportunidades) no me lo hicieron porque el niño salió becado (su nieto), entonces p'os a mí no me lo hicieron, como aquí vive... dijeron que no, que en la misma casa no pueden, no me podían ayudar a mí por esa razón... na'más vinieron a hacer preguntas y ya les dije que aquí estaba un niño becado (su nieto) y ya dijeron que no, que no se podía así... como les dije, yo no puedo andar en juntas, no puedo andar caminando, veces ha de tocar bien lejos o muy temprano, dije 'yo no puedo andar en eso', me salía pior, una caída que me dé..." (Entrevista a Jimena)

En las reglas de operación de *Oportunidades* (DOF, Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2005-2008), se deja en claro que “el programa promueve la articulación con otros programas sociales”, es decir, la complementariedad con otros programas para actuar en pro del desarrollo de las familias, sin especificar que esos otros programas sean de índole municipal, estatal o federal, por lo que no se considera duplicidad en la entrega de becas educativas el hecho de ya disponer de una beca por motivos de aprovechamiento escolar. No obstante, como se observa con Jimena, la aplicación del estudio socioeconómico del programa *Oportunidades* no se realiza debido a que ya estaba presente una beca escolar que consistía en la entrega de una despensa mensual y un incentivo monetario debido a las altas calificaciones de su nieto. En este caso, *Oportunidades* no desplazó al programa social existente en uno de los hogares, como Tepichín (2000) detectaba con respecto al *Progresá* en sus inicios en comunidades rurales, sino que sucede lo contrario, no se aplica la cédula de cuestionario del estudio socioeconómico por parte del personal del programa por considerar que no se puede otorgar el apoyo ante la presencia de otro programa social.

Ante esto, resulta cuestionable el porqué hasta las reglas de operación 2009, este apartado que corresponde a las orientaciones y articulaciones del programa aparece más detallado, enfatizando que “el Programa propicia la complementariedad de sus acciones con otros programas de desarrollo social orientados a mejorar el nivel de vida de las familias y de las comunidades, y lo realiza en dos sentidos: aportando información socioeconómica de los hogares y promoviendo espacios de coordinación y articulación institucional” (DOF, Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2009: 14). Quizá, si a Jimena se le hubiese aplicado el estudio socioeconómico, apegado a este lineamiento desde el año 2004, se habría logrado la articulación con el programa municipal y no quedarse al margen de estos “apoyos”.

Por otro lado, con relación a Sonia, su caso se centra en uno más de los que han quedado fuera de *Oportunidades* por la focalización, a la que Schteingart (2000) atribuía la causa de haber dejado fuera a los más pobres de entre los pobres en comunidades rurales donde operó el *Progresá*. Esta cuestión vuelve aparecer ante la invisibilidad de la situación en pobreza que persiste al interior del hogar de Sonia, por parte del personal del programa al momento de realizar los recorridos en las manzanas de los sectores urbanos y aplicar una cédula de cuestionario para conocer las condiciones socioeconómicas, y posteriormente, a partir de aquí apegarse a “la metodología cuantitativa por el método de puntajes de análisis discriminante, el cual parte de los criterios de ser objetivo, homogéneo y transparente estadísticamente” (DOF, Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2005 – 2009), por lo que esta metodología deja a un lado criterios de pobreza cualitativa en que se vive, al no considerar la heterogeneidad de la pobreza ni de las trayectorias del proceso salud/enfermedad/atención.

Conclusiones.

Con las significaciones inferidas acerca de la pobreza de capacidades, relacionadas directamente con la salud física corporal, se da cuenta de que la focalización de los programas no generan cambios significativos en la forma en que se concibe la salud/enfermedad por parte de sus participantes, pues por una parte la enfermedad continúa prevalente limitando la posibilidad de trabajar para obtener recursos y mantenerse activo, como en un estadio de salud pudiese estar. Esto, desafortunadamente hace pensar en términos de que las acciones en pro de la salud, como las pláticas de educación para la salud del programa *Oportunidades*, no consideren la discapacidad en los temas que se imparten, y por ende, se excluya de su participación a personas de la tercera edad con limitaciones físicas para asistir a dichas pláticas.

Por otro lado, al conceptualizar la pobreza y asumirla como *'no tener nada'*, verbaliza la significación de la enfermedad con la *falta de recursos para atenderse*, lo cual, como se había señalado se convierte en una de las *implicaciones al vivir en situación de pobreza*, pues lo primero que se busca es satisfacer las necesidades vitales de alimentación y posteriormente si se puede, brindar atención a la enfermedad. Por lo que en los casos en que se puede *disponer de recursos monetarios para atenderse*, como parte de la concepción de derecho a la salud por parte de las mujeres, genera una visión de que para el logro de la salud se acceda por medio de las instituciones privadas, lo que vuelve a corroborar la desbordada mercantilización de los servicios de salud (Adelantado y Scherer, 2008) que el mismo sistema público provoca. Aunado a esto, la insatisfacción en la cobertura de servicios quirúrgicos, así como el no considerar terapias de recuperación en los gastos por parte del *Seguro Popular*, coadyuva al incremento de los servicios privados, y por tanto, de la empresarialización de la salud, por lo que nuevamente, si se tiene el recurso se atiende la enfermedad, si no, a esperar a tenerlo para lograr un estadio de salud.

Una connotación importante que adquiere relevancia en el estudio del proceso SEA, sobre todo haciendo alusión al curso de vida (Tuirán, 2001; Gutiérrez y Valladares, 2006) es que la enfermedad se signifique como *el recordar los buenos y malos momentos del trayecto de vida*. Este aspecto cualitativo, sin duda, es importante en la retrospección que el individuo consigue de sí mismo ante un evento o crisis de enfermedad.

Por otra parte, aunque se perciben aspectos positivos en la operacionalización del programa *Oportunidades*, como la prevención de enfermedades, la concientización de hábitos pro salud y la promoción de prácticas de salud en los periodos prenatal y postparto, se continúa percibiendo cuestiones que perjudican al sujeto individual, al hogar y a la comunidad. Por ejemplo, las exigencias con que deben cumplirse la serie de requisitos, si uno de los miembros no participa en la plática de salud o en la revisión médica, los ingresos producto de las

transferencias se ven afectados al interior del grupo doméstico; también, al recaer en la madre la serie de compromisos adquiridos para con el programa (aspecto abordado en las distintas evaluaciones cualitativas), hace que su ingreso por concepto de la actividad económica que desempeña se vea mermado, sobretodo cuando se vive de la elaboración de ladrillo; y por último, al no haber sinergias interinstitucionales, como con los departamentos de ecología de los ayuntamientos, la falta de salud ambiental afecta a la comunidad al continuar habitando en lugares insalubres. Ante estos escenarios, puede afirmarse que la vulnerabilidad (Moser, 1996) se acrecienta en los tres niveles en materia de recursos monetarios y en el factor salud.

Finalmente, la universalidad no se cristaliza, aún teniendo el derecho constitucional a la atención de la salud, pues en el Centro de Salud se excluye de la atención médica a la población que habita en sectores aledaños, además, se continúa dando de baja de *Oportunidades* a personas con discapacidad, se menciona que aunque se aplique el cuestionario de adscripción a *Oportunidades* la sujeto no será evaluada por la presencia de otro programa social, así como por la presencia de errores de invisibilidad de la situación en pobreza en que se vive.

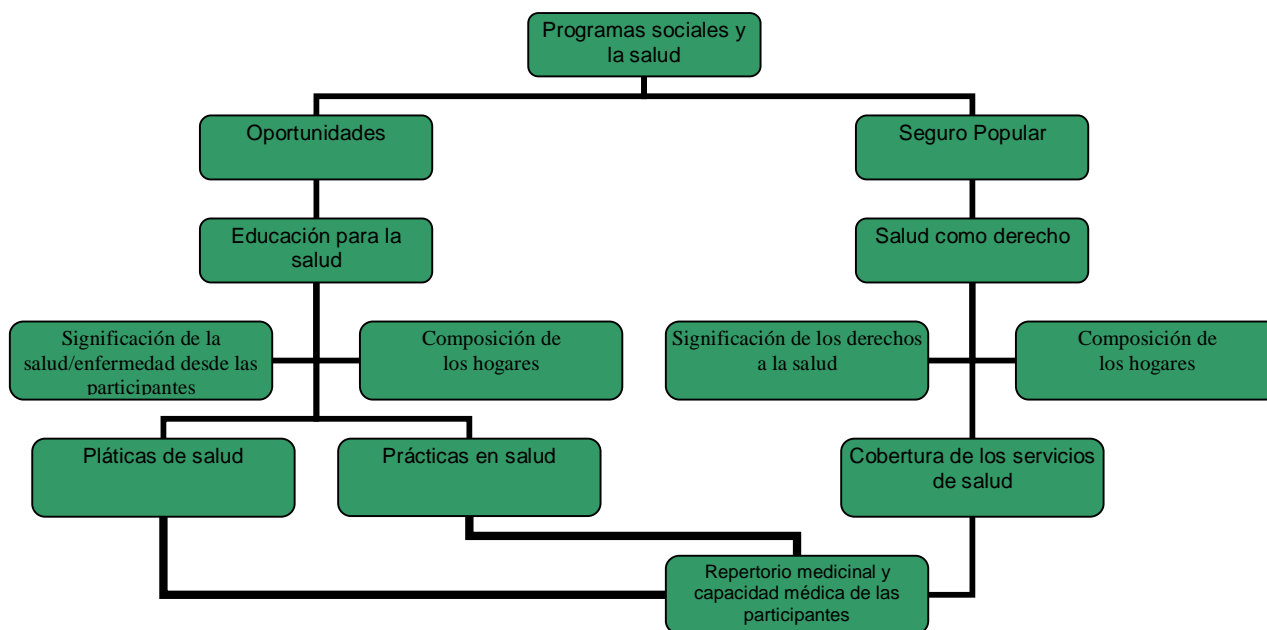
Con lo analizado hasta este capítulo, a partir de las representaciones sociales del proceso SEA, de las significaciones y de las percepciones de los programas sociales, es que en el siguiente capítulo de conclusiones se propone la deconstrucción en la operacionalización y análisis de los programas, centrándose en aspectos esenciales que desde la parte académica son considerados como base para las acciones que de los programas emergen.

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

Deconstruyendo la operacionalización y el análisis de los programas sociales.

A partir del siguiente Diagrama, se plantea la propuesta de deconstrucción del análisis de los programas sociales, al establecer los puentes o vínculos con las representaciones sociales del proceso SEA y las percepciones de los programas detectadas en los capítulos anteriores. Se parte de las concepciones de los programas, en lo que respecta a *Oportunidades* dentro de su componente de salud, pues en éste se ha establecido la educación para la salud por medio de las pláticas impartidas en los Centros de Salud, pero a la vez complementándose con las distintas prácticas realizadas por parte de las mujeres titulares. Por otro lado, en lo que refiere al Seguro Popular, se parte desde la salud como derecho para la población del país, sobre todo dirigida a aquella sin derechohabencia a alguna institución de salud, por lo que a partir de esta concepción institucional, se han establecido una serie de servicios que gradualmente se han incorporado como parte de su cobertura para poder alcanzar la universalidad en la salud.

Diagrama 4: Deconstrucción de los programas sociales de atención a la salud.



Fuente: elaboración propia.

A partir de este esquema es como se ha procedido institucionalmente, por lo que es preciso incorporar aspectos necesarios al formular las estrategias de operacionalización en pro de la salud de los grupos en situación en pobreza, los cuales se presentan a continuación.

Primeramente, es menester considerar en los programas cómo se vive la enfermedad en los grupos en situación de pobreza urbana, pues en la significación de la enfermedad se menciona *la soledad* y *la tristeza*, contrario a lo que establecía Frenk cuando dio a conocer en 2004 la creación del Sistema de Protección Social en Salud al enfatizar que “ya no más soledad ante la enfermedad...” (Ortiz, 2006). Esta realidad continúa persistiendo en las vidas de las mujeres al no tener a su lado al ser querido o a la instancia médica próxima de la Secretaría de Salud para atenderse en el momento en que ocurre un evento de enfermedad.

Asimismo, con respecto a las dimensiones de cambio que han aumentado la complejidad de la salud, en el aspecto demográfico señalado por Frenk (2000), se visualiza en el sector “la Huizachera” la desordenada urbanización en su crecimiento, sobre todo en el área en que se ubican las ladrilleras, pues al adentrarse a éstas se percibe el hacinamiento en que viven sus moradores, además de la falta de saneamientos, propicio para una calidad de vida de sus habitantes. Por lo que se concluye que este gran sector, en el que habitan más de dieciséis mil personas, ha quedado al margen de los satisfactores necesarios para acceder a servicios de salud, como se constató con el Centro de Salud comunitario.

Por su parte, en el aspecto social (Frenk, 2000), ya se había hecho mención en el capítulo correspondiente acerca de que no necesariamente en contextos de pobreza el nivel de escolaridad es directamente proporcional a los conocimientos y mejores prácticas en salud, aunque si es preciso reconocer que el contacto con personal de salud (médicos alópatas) acrecienta la capacidad médica (Boltanski,

1974) de la población, el contacto con especialistas en medicina alternativa (homeopatía y herbolaria) también conduce a la implementación de prácticas curativas y preventivas para la salud. Además, en cuanto a dichas prácticas implementadas por los servicios biomédicos de salud, si bien se interpretan representaciones sociales como la *valoración positiva de buen funcionamiento*, la *incorporación de indicaciones institucionales* y los *hábitos positivos para la salud*, por otro lado, se infieren representaciones como *el maltrato médico* y la *agresividad en la práctica terapéutica*, lo cual refleja la no aceptación en su totalidad en el trato recibido y de las distintas prácticas que ofrece la Secretaría de Salud.

En el aspecto político (Frenk, 2000) también surgen aspectos contrastantes, pues aunque el autor mencione que se han exigido servicios de calidad al concebir a la salud como derecho, la aproximación al sector “la Huizachera” deja manifiesto que ante la falta de voluntad política al interior de las instituciones de salud, la calidad de los servicios y de las instalaciones serán sólo lo básico, muchas veces ni esto. Como ejemplos, ha quedado asentado la falta calidad humana y de atención por parte de Candelaria en su período prenatal, así como los servicios que alcanza a ofrecer el Centro de Salud comunitario. Esto, va de la mano con el aspecto tecnológico (Frenk, 2000), en el que se refleja la carencia de equipo de biotecnología en los servicios de salud prestados a la población que habita en la periferia de las grandes urbes.

Aunado a lo anterior, la salud, es significada por las mujeres en términos de *movilidad para trabajar*, la conjunción de la salud y el trabajo es la fórmula para vivir dignamente como seres humanos, y no estar en la encrucijada *‘si mañana me siento bien, iré a trabajar’*, por lo que la evidencia empírica señala lo que las mujeres en situación de pobreza visualizan como perspectiva de un mejor futuro tanto en lo material como en lo corporal.

“... vivir mejor y sentirse mejor, uno de pobre va haciendo lo que se puede y darle lo mejor que se puede a los hijos...” (*Entrevista a Julieta*)

“... doy gracias a Dios que me dé licencia de moverme, y que me dé licencia de tener fuerza en los brazos para hacer lo que hago (*sus comidas*)...” (*Entrevista a Margarita*)

“... me gustaría en mis últimos años estar buena y sana, más que nada que no me falte la alimentación...” (*Entrevista a Esther*)

Por otra parte, es necesario incorporar en los indicadores de resultados de los programas ya sea semestral, o bien, en las evaluaciones de impacto anuales, los estadios de las mujeres con enfermedades crónicas como las presentadas en este estudio: hipertensión, diabetes, cáncer cervicouterino, tumores malignos en el cuello del útero y en extremidades, en las que se incluya año de detección, tiempo con el tratamiento, tipo de tratamientos y estadio al año de evaluación. Esto permitirá lograr mayores aproximaciones a la situación de salud/enfermedad/atención de “las titulares” de ambos programas, para conocer si el paquete básico de servicios de salud es suficiente, qué partes habría que reforzar y cómo abordar el tema de estas enfermedades en las pláticas de educación para la salud, pues el manual de temas utilizado en la impartición de las pláticas ha sido el mismo utilizado desde hace cuatro años que se implementó el programa *Oportunidades* en “la Huizachera”, por lo que cada año se repiten los temas para las sesiones programadas por grupos de veinte mujeres, donde dichas sesiones se convierten en un monólogo en el que se retransmiten las líneas y párrafos escritos en el manual por parte de la enfermera (*Diario de campo, observación durante las pláticas de salud, período agosto 2007 - diciembre 2008*).

Aunque es preciso señalar que las sesiones del segundo semestre de dos mil ocho, la enfermera delegó la responsabilidad de exposición del tema a equipos de tres mujeres por sesión, una se encargaría hacer un dibujo alusivo al tema, otra de hacer la síntesis escrita y la tercera de exponerlo (*Diario de campo, observación durante las pláticas de salud, período agosto - diciembre 2008*). De ahí, que al valorar las aptitudes de las mujeres participantes de acuerdo con los

conocimientos adquiridos permite comprender los esquemas bajo los que han estructurado sus representaciones en torno a su salud/enfermedad/atención, pues sus conocimientos acerca de prácticas preventivas y curativas, constituyen un aporte a la necesidad de salud expuesta por Lara, Támez y Eibenschutz (2000), desde la participación de los usuarios.

Aunado a lo anterior, si el paquete básico de servicios de salud de *Oportunidades* así como el catálogo de beneficios médicos del *Seguro Popular* han considerado la detección y tratamiento de enfermedades como la hipertensión, la diabetes y el cáncer cervicouterino, por considerarlas como causas de muerte en la población adulta (DOF, *Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, 2006) además porque en la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006) se les atribuye cada vez más su prevalencia en la población mexicana, a los casi doce años de implementación del programa en zonas rurales y casi siete años en áreas urbanas, bien se podrían lograr aproximaciones cualitativas a sus estadios realizando las trayectorias de SEA, mostrando a la luz pública en los informes anuales el año de detección, el diagnóstico establecido, los tratamientos suministrados y el estadio actual de cada uno de las o los portadores.

Al parecer ya se pueden ir sentando las bases para estructurar dichas trayectorias del proceso SEA de las participantes y sus grupos domésticos, pues tomando como base la técnica de entrevista a profundidad podría partir con la selección de las llamadas “titulares” para reconstruir cómo eran las condiciones de salud/enfermedad/atención antes de *Progresar-Oportunidades* y cómo se han presentado a partir de la inclusión en el programa, esto, considerando el repertorio medicinal al que se tiene acceso tanto en zonas urbanas como rurales.

Lo anterior quizá pueda ir perfilando la forma en que tanto *Oportunidades* como el *Seguro Popular*, coadyuven a un sistema de gestión de salud más descentralizado y flexible, pues al reconocer las particularidades de los procesos SEA (relatos, convergencias y divergencias, paradojas, patrones) de los habitantes de las

localidades y de los sectores rurales y urbanos que integran cada una de éstas en los municipios, pues aunque se ha insistido en la importancia del aspecto regional (Preciado, 2000, 2006) para la configuración de la pobreza, en el caso de la salud también es necesaria esta intervención de facto, pues con ello se reconocería cómo los grupos poblacionales en situación de pobreza hacen frente a condiciones adversas saludambientales y experimentan su proceso SEA.

Por otro lado, uno de los aspectos centrales es la concepción de la pobreza, si bien en las Reglas de Operación de *Oportunidades* se tiene su propio sistema de medición y los criterios del Coneval parten de la disponibilidad de ingresos monetarios, es preciso aclararlos al interior de estas reglas y centrarse no sólo en los tres tipos a combatir, la alimentaria, la de capacidades o la de patrimonio. En este sentido Román (1998) ha argumentado con base en Lautier: si se tiene una población universo de población en pobreza ¿por qué focalizar?, ¿por qué no enfrentar macrosocialmente las problemáticas que se reproducen en espacios microsociales?, esto, conduce a pensar en la debilidad que adquieren las instituciones de ciudadanía social, llámese Secretaría de Desarrollo Social o Secretaría de Salud, al actuar individualizando sus acciones y sus riesgos en los participantes de los programas, como ya establecía Procacci (1999).

Con base en estos argumentos, es que nuestro régimen dual de bienestar mexicano ha actuado para acceder a la universalización sólo por etapas, precisamente cuando la focalización de los programas adquiere una mayor presencia (Barba, 2006). Precisamente, en este marco, es que se ha inferido la representación de *dependencia institucional*, no sólo en cuanto a la red social vertical, sino a las transferencias monetarias condicionadas y a los servicios de salud que provee la Secretaría de Salud por medio de sus Centros comunitarios. No obstante, es preciso señalar la capacidad de agencia que las mujeres tienen cuando se trata de acceder a tratamientos con base en la medicina alternativa (homeópata y herbolaria), aunque haya existido un diagnóstico alópata, ellas deciden bajo qué tipo de medicación atenderán sus estadios de enfermedad. Por

ejemplo, en los casos de cáncer cervicouterino las mujeres reconocen el valor que representa su cuerpo, pues pese a la *agresividad* con que se practican las quimioterapias, algunas de ellas han optado por hacer uso del repertorio medicinal a su alcance. Quizá esta capacidad de agencia no se refleje tanto cuando se está al cuidado del otro, pues como se dejó en claro cuando se tiene la *dependencia en las prácticas íntimas personales* por parte de la red familiar horizontal, no así, cuando se decide aún en el clímax de la enfermedad continuar con las actividades tanto al exterior como al interior del hogar, ya que se hacen presentes *las implicaciones de vivir en pobreza*. Esto quiere decir, enfrentar la enfermedad, sin el reposo y los cuidados vitales para acceder a un estadio de salud.

Como se dejó en claro, la pobreza se vive desde aspectos cualitativos que significan las mujeres, no sólo entendida desde sus aspectos materiales como los ingresos monetarios, sino desde aspectos cualitativos psicológicos que impactan en las personas, más aún ante una crisis económica o una crisis por enfermedad. Algunas de las mujeres significaron la enfermedad como *la soledad y la tristeza*, aunado a *la falta de recursos para atenderse*, obstaculiza a los sujetos para enfrentar su situación particular de pobreza.

Ahora bien, si ambos programas consideran a la unidad hogar como referencia para la selección y entrega de los “apoyos” de sus participantes, las mujeres continúan percibiendo estas estructuras institucionales bajo esta forma, no como sujetos de derechos. Por lo que se sugiere retomar las clasificaciones propuestas de autores como Tuirán (2000) y Esteinou (1999), pues en la actualidad persisten en la sociedad los hogares con núcleo conyugal simple, los hogares extendidos que admiten, además del núcleo conyugal simple, a uno o más miembros (emparentados o no), siempre y cuando estos últimos no formen un núcleo conyugal adicional, los hogares con núcleos conyugales múltiples, los hogares aislados o de personas solitarias, los hogares integrados por más de una persona, pero que no forman un núcleo conyugal entre sí, así como los reconstituidos y los de jefatura femenina de facto o de jure propuesto por Chant (1997). A partir de

esta apertura a los tipos de hogar, se podrían especificar los tipos de enfermedad prevalentes en los integrantes de cada grupo doméstico y dirigir las acciones de los programas desde una visión holística de la composición de los hogares en nuestra sociedad, reduciendo su vulnerabilidad.

Si bien los programas aluden a que la mayoría de sus participantes son mujeres, y que un porcentaje representativo son mujeres jefas de hogar, habría que realizar los matices señalados, pues no se detalla si la jefatura es por la aportación de recursos monetarios o en especie, o porque la mujer viva sola con sus hijos, por abandono, separación o viudez.

Dicho de otra manera, al considerar los distintos arreglos domésticos existentes en la sociedad el reparto de responsabilidades entre el Estado, el Mercado y el Hogar (Esping-Andersen, 2000; Adelantado y Scherer, 2008) podría conducirse al equilibrio. Por un lado al inferirse la *dependencia institucional*, se alude a la provisión del servicio de salud sea público o privado, de tal manera que éste último pueda jugar el papel de proveedor al primero, con la particularidad de incorporarse en el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos en salud, y por otro lado, al dilucidar la representación de *valoración positiva de buen funcionamiento* y *valoración del apoyo*, la carga pasa al suministro de los tratamientos y de los cuidados por parte de la red familiar. Esto se encuentra estipulado en las formas de operar de los programas, sin embargo cuando se le incorporan representaciones sociales interpretadas a partir de las narrativas, la aspiración por la salud adquiere matices distintos. En este sentido, habría que incorporar la fase de recuperación de la salud, en donde, tanto la institución pública como la privada, así como el papel del hogar, tienen un rol fundamental para que se complete el ciclo del proceso SEA.

A partir de este señalamiento, se propone continuar con investigaciones de este tipo pero incorporando la recuperación, pues aunque pudiera decirse que se encuentra implícita en la fase de atención, requiere mención particular, porque es

en ésta donde se logra que la persona vuelva a realizar sus actividades físicas como lo realizaba antes de la enfermedad, de ahí que las responsabilidades en su consecución sean compartidas por estas tres fuentes de gestión de los riesgos sociales (Esping-Andersen, 2000). Desde esta perspectiva el proceso se denominaría como Salud/Enfermedad/Atención/Recuperación de la Salud (SEARS).

Desde la evaluación de *Oportunidades*, Gutiérrez y colaboradores (2005) señalaban que las mujeres incorporadas al programa con las pláticas de salud mostraban mejor nivel de conocimientos que las no incorporadas, en temas como salud reproductiva, vacunación y cuidado de los niños. Quizá mediante técnicas cuantitativas, como lo han hecho en las distintas evaluaciones se logren establecer estas diferenciaciones, pero cuando se logra una aproximación cualitativa para comprender el proceso SEA de las mujeres participantes y no participantes directas, se aprecia una amplia gama de conocimientos en pro de la salud, lo cual es producto de la capacidad médica y de su repertorio medicinal, mismas que ya se han mencionado.

En este estudio las no participantes directas fueron personas de tercera edad, como se mencionó anteriormente una integra un hogar unipersonal, por lo que no tiene hijos ni pareja, otra vive con su esposo y dos bisnietos, sólo se encarga de estos últimos en el tiempo en que su nieta sale a trabajar, en tanto la tercera vive con ella un hijo y su hija menor con sus dos hijos, por lo que, si bien no pudieran contrastarse los hallazgos en dicha evaluación porque estas mujeres no asumían la responsabilidad total de los cuidados y vacunación de sus nietos, sí se da cuenta de los conocimientos apropiados y llevados a la práctica ante un evento de enfermedad crónica con respecto a las prácticas preventivas y curativas analizadas en el Capítulo III.

Concebir la salud y la enfermedad como parte del mismo proceso también presenta acepciones de carácter cualitativo, no sólo cuando se señalan limitaciones físicas y mentales con respecto a la enfermedad, sino que implica el *ser cuidado y comprender la experiencia del proceso SEA como parte de una trayectoria*, pues no solamente las instituciones viven la situación de enfermedad desde las clínicas u hospitales brindando la atención y/o tratamientos. De ahí que la búsqueda de la salud lleve implícita la connotación de *reflexión* para comprender los distintos estadios es que se vive la enfermedad.

Por lo anterior, este estudio al comprender las representaciones sociales del proceso SEA, se apoya en la antropología médica porque se logra una aproximación a la intimidad de las mujeres para comprender sus experiencias cuando se hace frente a la enfermedad. Las personas responsables en establecer las reglas de operación deben comenzar a poner la mirada en cómo se vive este proceso cuando se es pobre, sobre todo cómo se hace frente a las enfermedades crónicas. Quizá esta sea una de las formas en que los diseñadores de políticas públicas puedan considerar los discursos y prácticas de las participantes.

Si bien, algunos autores como Freyermuth y Sesia (2006), Eroza (2006) y Menéndez (1988; 2006) han realizado estudios desde la antropología médica enfocando la interculturalidad al análisis de las comunidades de grupos indígenas y su relación con el saber médico como profesional de la medicina alópata hegemónica. Esta investigación, no profundiza en esta área de la antropología social, pues habría implicado un trabajo etnográfico más profundo en términos de identificar en el sector de estudio a las personas que portaban *in situ* alguna enfermedad crónica degenerativa, presenciar las diversas prácticas curativas, preventivas y de cuidados, así como el suministro de tratamientos en el momento preciso, lo cual hubiese implicado estar presente cuando se asistía al médico o con la curandera, o en su caso a las clínicas y hospitales del sector salud.

El análisis de las trayectorias de los procesos salud/enfermedad/atención (SEA), conjuntamente con la estrategia teórico-metodológica del curso de vida, permiten descubrir las representaciones sociales que emergen de las narrativas de las mujeres. Es decir, cómo las mujeres sitúan el tiempo y el contexto de sus estadios de salud/enfermedad, cómo dan nombre a sus distintos síntomas, las causas de la enfermedad, representando sus tratamientos y diversas prácticas de salud.

Asimismo, las representaciones del proceso SEA permiten comprender cómo las participantes se *apropian del discurso médico*, por medio del contacto establecido con las instituciones de salud. Además, el proceso es dinámico cuando ponen en práctica sus conocimientos medicinales en la búsqueda incesante de la salud. Por lo anterior, el *repertorio medicinal* del que dan cuenta coadyuva a replantear las prácticas curativas y preventivas utilizadas cuando se evalúan los programas de atención a la salud, ya que no sólo se realizan desde el modelo biomédico, sino desde la medicina homeópata y tradicional, pues es un fenómeno que persiste en los sectores urbanos en situación de pobreza. Desde esta perspectiva, es que los estudios socioculturales de los grupos en situación de pobreza requieren continuar en estas líneas de indagación para complementarse con la dinámica socioeconómica con que se evalúan los programas sociales.

A partir del análisis cualitativo del proceso SEA, se propone para estudios posteriores con participantes de los programas, centrar las investigaciones en los resultados de las evaluaciones realizadas, y a partir de éstas inferir las representaciones sociales de las llamadas “titulares” para comprender lo que reportan tanto ellas como sus grupos domésticos en dichos informes. Esto conduciría a ampliar la mirada acerca de cómo se ven en el producto final de los programas: las evaluaciones de impacto de los programas, pues finalmente son las mujeres y sus grupos domésticos las fuentes primarias de quienes se hace referencia en sus análisis.

Al comprender las estrategias y dinámicas que se reconstruyen en torno a la experiencia de enfermedades crónicas degenerativas en sectores urbanos en situación de pobreza, permite sugerir al personal de atención de la salud, entre los que se encuentran médicos(as), enfermeras(os) o bien estudiantes de medicina de la universidades, el tener la sensibilidad requerida para tratar con dichos grupos de población. Para el personal de salud es fácil diagnosticar y recetar, sin tener en cuenta que para la persona que lo escucha es difícil traducirlo en su lenguaje coloquial y poder externarlo cuando llega a casa y le comenta a algún familiar o vecino lo que el médico diagnosticó acerca de su estadio de salud, pues la visión hegemónica de la biomedicina se traduce en sólo tomarse el medicamento señalado y acudir el siguiente mes a una nueva revisión.

Otro aspecto que tiene que ver con esta sensibilización ante el medio social en que se consulta y diagnostica, es el relacionado con las dosis a ingerir por el paciente, el médico da por hecho que las pacientes tienen los conocimientos básicos de lectoescritura, por lo que solamente se enfoca a entregar una receta, le explica al paciente cuántas veces debe tomarla, pero no se detiene a pensar en que por error pueden darles otro medicamento no apto para su salud, más aún cuando el medicamento es para un menor de edad o para un recién nacido, donde un error de este tipo puede ocasionarle hasta la muerte.

Por último, puede decirse que la incorporación de servicios básicos se ha incorporado gradualmente en el sector “la Huizachera”, no se puede pasar por alto las enfermedades que han llegado a reproducirse, por habitar en condiciones de insalubridad y de falta de higiene, pues como se apreció, todavía en la actualidad no disponen de servicios de drenaje o “saneamientos” como le han llamado los integrantes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Por lo que en temporadas de lluvias, de mucha humedad, o incluso de calor (por lo seco del ambiente), se presentan infecciones en la piel, enfermedades respiratorias e infecciones estomacales, lo cual continúa caracterizando a los sectores en

pobreza como lugares propensos a la retransmisión y propagación de este tipo de enfermedades.

A partir de esta situación latente, es necesaria la coordinación de los Centros de Salud y de los departamentos de Planeación, Ecología y Desarrollo Urbano de los municipios, para implementar “estrategias otras” de salud integral, particularmente en las colonias o asentamientos que se presentan este tipo de características o condiciones sociales, urbanas y ecológicas desiguales. Hablo de “estrategias otras” siguiendo la idea de Mignolo (2003), cuando refiere a que las naciones latinoamericanas están conformando un “pensamiento otro” o nuevos esquemas de entender lo social desde proyectos o investigaciones locales; esto quiere decir en materia de salud, que las instituciones conjuntamente con la población deben comprender que alcanzar niveles de salud significativos, no está solamente en la dotación medicamentos y vacunas como parte de un programa de gobierno, sino en asumir que la mejoría de la salud y/o enfermedad depende de factores internos y externos que han estado y continúan presentes en los estadios de salud/enfermedad de los grupos domésticos.

Bibliografía.

- Abric, J. C. (2004). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Adato, M., Bénédicte de la Brière, Dubravka Mindek, Agnes Quisumbing (2000). “El impacto de Progresá en la condición de la mujer y en las relaciones al interior del hogar”, en PROGRESA, *Evaluación de resultados del Progresá. Impacto sobre el trabajo y las relaciones intrafamiliares*. México: Sedesol, pp. 65-212.
- Adelantado, J. y Elenise Scherer (2008). “Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina”, en *Estado, Gobierno y gestión Pública*, No. 11. Chile, junio, pp.117-134.
- Almonacid, F., Carolina Daroch, Paula Mena, Carmen Gloria Palma, Mariela Razeto y Evelyn Zamora (1996). “Investigación social sobre violencia conyugal”, en *Última década*, No. 004, Viña del Mar, Chile: Centro de Investigación y Difusión Poblacional de Achupallas, p.p. 1-17.
- Altamirano, T. (1988). *Cultura andina y pobreza urbana*. 1ª Edición. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú.
- Ameigeiras, A. R. (2007). “El abordaje etnográfico en la investigación social”, en Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.) *Estrategias de Investigación Cualitativa*, Barcelona: Gedisa, pp. 107-151.
- Arteaga Botello, N. (2003). “Abatimiento de la pobreza en México 2000–2006”, en Arteaga Botello, Nelson (coord.) *Pobreza urbana, perspectivas globales, nacionales y locales*, México: Gobierno del Estado de México–CEMAPEM–Porrúa, pp. 139–166.
- Arias, P. (2002). “Hacia el espacio rural urbano: una revisión de la relación entre el campo y la ciudad en la antropología social mexicana”, en *Revista de estudios demográficos y urbanos*, 17 (2), mayo-agosto, pp. 363-380.
- Arriagada, I., Verónica Aranda y Francisca Miranda (2005). “Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas”, en *Políticas Sociales*, Serie 114, Santiago de Chile: CEPAL.
- Arzate, J. (2003). “La pobreza como ciudadanía y complejidad de lo social”, en Arteaga, N. (coord.) *Pobreza urbana. Perspectivas globales, nacionales y locales*, México: Porrúa-CEMAPEM-Gobierno del Estado de México, pp. 269-274.
- Banchs, M.A. (1999). *Entre la ciencia y el sentido común: relevancia de la teoría de las representaciones sociales para una psicología del proceso*

salud/enfermedad, Venezuela: V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina.

_____. (2000). *Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales*, Universidad de Venezuela: Paper on social representations, volumen 9, pp. 3.1-3.15

_____. (2007). "Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud", en Rodríguez Salazar Tania y María de Lourdes García Curiel (coord.) *Representaciones sociales: teoría e investigación*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Barba Solano, C. (2004). "Régimen de bienestar y reforma social en México", en *Políticas Sociales*, Serie 92, Santiago de Chile: CEPAL.

_____. (2006). *De los regímenes de bienestar a los regímenes de producción y reproducción de pobreza. Una estrategia para estudiar América Latina*. Ponencia presentada en el II Congreso Internacional sobre Política Social y Estados de Bienestar, Chapala, México.

Barfield, T. (2000). *Diccionario de Antropología*, México: Editorial Siglo XXI.

Bautista, S., Sebastián Martínez, Stefano Bertozzi y Paul Gertler (2003). "Evaluación del efecto de Oportunidades sobre la utilización de servicios de salud en el medio rural", en *Evaluación de resultados de impacto del programa de desarrollo humano Oportunidades*, México: INSP.

Beltrán, M. (1998). "Cinco vías de acceso a la realidad social", en García Ferrando Manuel, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira (comps.) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, España: Alianza Editorial.

Bergás, J. (2002). "El rol de los municipios. Asistencialismo generación de oportunidades" en Dabas Elina y Denise Najmanovich (comps.) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*, Argentina: Editorial Paidós, pp. 203-207

Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*, Barcelona: Ariel.

Blanco Gil, J. y Orlando Sáenz Zapata (1994). *Espacio urbano y salud*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Blaxter, M. (1983). "Las causas de la enfermedad. Hablan las mujeres", en *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*, Inglaterra: Elsevier Science Ltd., Oxford, pp. 127-161.

Boltanski, L. (1974). *Puericultura y moral de clase*, Barcelona: Editorial Laia.

- Boltvinik, J. (2001). "Métodos de medición de la pobreza. Conceptos y tipología", en Gallardo Gómez, Luis Rigoberto, Joaquín Osorio Goicoechea y Mónica Gendreau (coords.) *Los rostros de la pobreza. El debate*. Tomo III, México: Limusa-UJA-ITESO, pp. 17–116.
- _____ (2001). "Conceptos y medidas de pobreza", en Boltvinik, Julio y Enrique Hernández Laos (autores) *Pobreza y distribución del ingreso en México*, México: Siglo XXI Editores, pp.30-80.
- Boltvinik, J. y Araceli Damián (2004). *La pobreza en México y el mundo*, México: Siglo XXI Editores – Gobierno del estado de Tamaulipas.
- Bronfman, M. (2000). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales, y muerte infantil*, Cuernavaca: UNAM-CRIM.
- Carracedo, M., Elida Iglesias y Paola Saraceni (2005). *Significaciones sobre el proceso de salud/ enfermedad/ atención y de las políticas en salud publica*. Argentina: Escuela de Antropología Facultad de Humanidades y Artes Universidad Nacional de Rosario, <http://identco1.homestead.com/lerin/doc-pdf/Carracedo-4.pdf>
- Castro, R. (2002). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza*, México: UNAM - CRIM.
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe www.cepal.org.mx/publicaciones/ [en línea] (página consultada los días 5, 8, 12 y 23 de noviembre de 2005).
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe www.cepal.org.mx/publicaciones/ [en línea] Evolución y reforma del sistema de salud en México (página consultada el 5 de noviembre de 2005).
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe www.cepal.org.mx/publicaciones/ [en línea] Descentralización de la educación y la salud en América Latina (página consultada el 14 de octubre de 2005).
- CEPAL (2005). *Panorama social de América Latina 2004*, Santiago de Chile: CEPAL.
- Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (2006). *Macroeconomía y salud, invertir en salud para el desarrollo económico*, México: Fondo de Cultura Económica-SHCP-INSP-CMMS-Fundación Mexicana para la Salud-Secretaría de Salud.
- CONEVAL (2006). *Cifras sobre la evolución de la pobreza en México*, comunicado 001, octubre, México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

- _____ (2008). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México 2008*, México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- _____ (2009). *Cifras de pobreza por ingresos 2008*, comunicado 006/09, México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Cordera Campos, R. (1998). "Progresas y la experiencia mexicana contra la pobreza. Notas sobre el contexto social y el registro histórico", en *Alivio a la pobreza. Análisis del Programa de Educación, Salud y Alimentación dentro de la política social*, Memoria del Seminario, México: CIESAS-PROGRESA, pp. 13-24
- Cortés, F. (1998). *La distribución del ingreso en México en épocas de estabilización y liberalización económica*, México: Editorial Porrúa.
- Cortés, F., Eduardo Menéndez y Rosa María Rubalcava (2002). "Aproximaciones estadísticas y cualitativas. Oposiciones, complementaciones e incompatibilidades", en *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica*. Mercado Francisco J., Dense Gastaldo y Carlos Calderón (comps.) México: UdeG – UASL – UANL, pp. 29-48
- Cortés Cáceres, F., Daniel Hernández, Enrique Hernández Laos, Miguel Székely Pardo y Hadid Vera Llamas (2005). "Evolución y características de la pobreza en México en la última década del siglo XX", en Székely Miguel (coord.) *Números que mueven al mundo: la medición de la pobreza en México*, México: Sedesol-CIDE-ANUIES-Porrúa, pp.223-252.
- Cortés, F., Agustín Escobar y Mercedes González de la Rocha (2008). *Método científico y política social. A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales*. México: El Colegio de México.
- Chant, S. (1997). *Women-Headed Households. Diversity and Dynamics in the Developing World*. Great Britain: Macmillan Press LTD, pp. 1-68; 256-282.
- Dávila, E. y Maite Guijarro (2000). "Evolución y reforma del sistema de salud en México", en *Financiamiento del desarrollo*, Serie 91, Santiago de Chile: CEPAL.
- De la Peña, G. y Regina Martínez. (2005). "Pobreza, exclusión social y procesos culturales: perspectivas antropológicas", en Gendreau, Mónica (coord.) *Los rostros de la pobreza. El debate*. Tomo IV, México: UIA-ITESO, pp. 225-288.
- De la Torre García, R. (2005). *Evaluación externa de impacto del programa Oportunidades. Versión final*, Cuernavaca: INSP.

- De la Torre, R. (2004). "Teodiceas y Sociodiceas en torno a una catástrofe social: las explosiones del 22 de abril, Guadalajara 1992", en *Relaciones*, invierno, año/vol. XXV, número 097. Zamora, México: El Colegio de Michoacán, pp. 92-122.
- De Lomnitz, Larissa A. (2003). *Cómo Sobreviven los Marginados*, México: Editorial Siglo XXI, 15ª Edición.
- De Suremain, Ch. E., Pierre Lefevre, Emma Rubín de Celis y Edgar Sejas (2003). *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú*, Bolivia: Instituto Francés de Estudios Andinos – Instituto de Investigación para el Desarrollo – Plural editores.
- Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative*, Montreal: Mc Graw-Hill Editeurs.
- Di Tella, T. S., Hugo Chumbita, Susana Gamba y Paz Gajardo (2001). *Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas*, México: Emecé Editores.
- DOF (2005). *Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, México: Diario Oficial de la Federación.
- _____ (2006). *Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, México: Diario Oficial de la Federación.
- _____ (2007). *Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. México: Diario Oficial de la Federación.
- _____ (2008). *Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. México: Diario Oficial de la Federación.
- _____ (2009). *Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Enríquez Rosas, R. (1998). "Pobreza y hogares de jefatura femenina en México", en Gallardo Gómez, Luis Rigoberto y Joaquín Osorio Goicoechea (coords.) *Los rostros de la pobreza. El debate*. Tomo II, México: Limusa-UIA-ITESO. pp. 245-280.
- _____ (2000). "Redes sociales y pobreza: mitos y realidades", en *La Ventana*, número 11, junio, pp. 36-72.
- _____ (2002). *El crisol de la pobreza: malestar emocional y redes de apoyo social en mujeres pobres urbanas*. Tesis de doctorado (publicada), CIESAS-Occidente, Guadalajara, Jalisco, México.

- _____ (2004). "El crisol de la pobreza: malestar emocional y redes de apoyo social en mujeres pobres urbanas", en *Contexturas*, núm. 5, vol. 13, diciembre 2003-marzo 2004, pp. 40-45.
- _____ (2005). "Malestar emocional femenino en contextos de pobreza urbana: un estudio de caso", en Gendreau, Mónica (coord.) *Los rostros de la pobreza. El debate*. Tomo IV, México: UIA-ITESO. pp. 129-163.
- _____ (2008). *El crisol de la pobreza. Mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*, Guadalajara: ITESO.
- Enríquez Rosas, R. y Ana Paola Aldrete González. (1999). "Características de los hogares pobres urbanos. El caso Las Flores", en Enríquez Rosas, Rocío (coord.) *Hogar, pobreza y bienestar en México*, Tlaquepaque, Jalisco: ITESO, Colección Avances, pp. 71-114.
- Eroza Solana, E. (2002). "Las crisis convulsivas entre los tzotziles y los tzeltales. Del don sagrado al estigma", en *Desacatos Revista de antropología social*, núm. 20, enero-abril, México: CIESAS, pp. 77-108.
- Escobar Latapí, A. y Mercedes González de la Rocha (2005). *Evaluación cualitativa de mediano plazo del programa Oportunidades en zonas rurales. Evaluación externa del impacto del programa Oportunidades 2004*. Cuernavaca: INSP.
- _____ (2006). "Vulnerabilidad y activos de los hogares: el programa Progres-Oportunidades en pequeñas ciudades" en Ordóñez Gerardo, Rocío Enríquez Rosas, Ignacio Román Morales y Enrique Valencia (coords.) *Alternancia, políticas sociales y desarrollo regional en México*, México: COLEF-ITESO-UdeG, pp. 249-295
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds Of Welfare Capitalism*. Cambridge, Polity Press. (Traducción española en 1993, Los tres mundos del Estado de bienestar, Valencia: Editorial Alfons El Magnánim).
- _____ (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona: Ariel.
- Esteinou, R. (1999). "Fragilidad y recomposición de las relaciones familiares", en *Desacatos Revista de antropología social*, núm. 2, otoño 1999, México: CIESAS, pp. 11-25.
- Falquet, J. (2003). "Mujeres, feminismo y desarrollo: un análisis crítico de las políticas de las instituciones internacionales", en *Desacatos Revista de antropología social*, núm. 11, primavera, pp. 13-35.
- Farr, R. M. (1988). "Las representaciones sociales", en Moscovici Serge (comp.) *Psicología Social II*, Barcelona: Paidós, pp. 495-506.

- Figueroa Perea, J. G. y Mariana Yanes Esser (2001). Políticas públicas. Marcos normativos y actores sociales involucrados con la sexualidad y la salud reproductiva. En: Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (coord.) *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva: políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*. México: COLMEX-PIEM.
- Filgueira, F., C. G. Molina, J. Papadópulos y F. Tobar (2006). "Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida", en Molina, C. G. (ed.) *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, Washington: BID, pp. 19-55.
- Flores Palacios, F. (2001). "Representación social: género y salud mental", en Calleja Nazira y Gilda Gómez-Peresmitré (comps.) *Psicología Social: investigación y aplicaciones en México*, México: Fondo de Cultura Económica, pp. 195-213.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder. Obras esenciales*, vol. II, Barcelona: Paidós.
- Foladori, G. (2004). "La crisis contemporánea de los sistemas de salud", en *Comercio Exterior*, mayo, vol. 54, núm. 5, México.
- Frenk, J. (2000). "Salud: la reforma necesaria", en Cordera Rolando y Alicia Ziccardi (coords.) *Las políticas sociales de México al fin del milenio. Descentralización, diseño y gestión*, México: Ed. Porrúa – UNAM, pp. 195-218.
- Freyermuth, G. y Paola Sesia (2002). "Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica", en *Desacatos Revista de antropología social*, núm. 20, México: CIESAS.
- García de Alba, J., Elva Arias, Ana Miranda y Ana Martínez (1990). "Morbilidad y Mortalidad en la zona metropolitana de Guadalajara", en De la Peña Guillermo, Juan Manuel Durán, Agustín Escobar y Javier García de Alba (comps.) *Crisis, conflicto y sobrevivencia. Estudios sobre la sociedad urbana en México*, México: Universidad de Guadalajara – CIESAS, pp. 207-228.
- García Falconi, S. (2007). "Progres-Oportunidades ¿programa familiarista? Diez años en Santiago Mexquititlán", en Juárez Bolaños Diego y Eduardo López Estrada (coords.) *El programa Oportunidades y el combate a la pobreza en México*, Monterrey: UANL, pp. 319-345.
- _____ y Enrique Valencia Lomelí (2004). "Las representaciones en torno al Progres-Oportunidades en Santiago Mexquititlán" en *Revista Universidad de Guadalajara*. México.

- Garrocho, C. (1995). *Análisis socioespacial de los servicios de salud. Accesibilidad, utilización y calidad*, México: El Colegio Mexiquense.
- Gertler, P. (2000). "El impacto del Programa de Educación, Salud y Alimentación (ProgresA) sobre la salud", en *PROGRESA, Evaluación de resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación*, México: Sedesol, pp. 1-42.
- Gil, F. (2002). *La exclusión social*, Barcelona: Ariel.
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. *Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006*, [en línea] <http://pnd.presidencia.gob.mx/>.(página consultada el 23 de abril de 2005.
- Gonzalbo, P. y Cecilia Rabell (2004). "La familia en México", en Rodríguez, Pablo (coord.) *La familia en Iberoamérica 1550-1980*, Colombia: Universidad Externado de Colombia-Convenio Andrés Bello, pp. 92-125.
- González de la Rocha, M. (1986). *Los recursos de la pobreza: familias de bajos ingresos de Guadalajara*, México: El Colegio de Jalisco-CIESAS.
- _____. (1994). *The resources of poverty. Women and survival in a Mexican city*, Oxford: Basil Blackwell.
- _____. (2006). *Procesos domésticos y vulnerabilidad. Perspectivas antropológicas de los hogares con Oportunidades*, México: CIESAS-Publicaciones de la Casa Chata.
- González de la Rocha, M. y Agustín Escobar Latapí (2004). "Evaluación cualitativa del programa Oportunidades en zonas urbanas, 2003", en *Resultados de la evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, México: INSP-CIESAS, pp. 265-299.
- González Navarro, Moisés (1985). *La pobreza en México*, México: Colegio de México.
- Goode, W. J. y Paul K. Hatt (1991). *Métodos de investigación social*, México: Trillas.
- Grawitz, M. (1984). *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*, México: Editorial Mexicana.
- Gutiérrez Arriola, Angelina (2002). *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social en América Latina*, México: UNAM – Editorial Siglo XXI.
- Grediaga P. y Daniel Hernández (1998). *Alivio a la pobreza. Análisis del Programa de Educación, Salud y Alimentación dentro de la política social*. Memoria del Seminario, México: CIESAS-PROGRESA.

- Gundermann Kröll, H. (2004). "El método de los estudios de caso", en: Tarrés María Luisa (coord.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México: Miguel Ángel Porrúa-El Colegio de México.FLACSO, pp. 251-288.
- Gutiérrez, J.P., Sergio Bautista, Paul Gertler, Mauricio Hernández, Stefano M. Bertozzi (2006). "Impacto de Oportunidades en el estado de salud, morbilidad y utilización de servicios de salud de la población beneficiaria en zonas urbanas", en Hernández Prado Bernardo, M. Hernández Ávila y José E. Urquieta Salomón (eds.) *Evaluación externa de impacto del programa Oportunidades 2006, Tomo I, Salud y Educación*, Cuernavaca, Morelos, México: INSP.
- Gutiérrez, S. y C. Valladares (2006). "La perspectiva 'curso de vida' como eje interdisciplinario en la investigación sociodemográfica en la 'nueva' formación familiar: una reflexión sobre el caso mexicano", en Rosales, R., S. Gutiérrez y J. L. Torres (coords.) *La interdisciplina en las Ciencias Sociales*, Barcelona: Anthropos-UAM. Cuadernos A. Temas de innovación social, pp. 57-68.
- Hammersley, M. y P. Atkinson (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*, Barcelona: Paidós.
- Hernández Ávila, M., Bernardo Hernández Prado y José E. Urquieta Salomón (2006). *Evaluación externa de impacto del programa Oportunidades 2006, Tomo I, Salud y Educación*, Cuernavaca, Morelos, México: INSP.
- Hernández Laos, E. (2005). "Retos para la medición de la pobreza en México", en Székely Miguel (coord.) *Números que mueven al mundo: la medición de la pobreza en México*, México: Sedesol-CIDE-ANUIES-Porrúa, pp. 35-56.
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness. A social Psychological Analysis*, Nueva Cork, Academic Press.
- Ibáñez, T. (2003). *Psicología social construccionista*, Guadalajara: Editorial Universitaria-UdeG.
- INEGI (2000). "XII Censo de Población y Vivienda", en *SCINCE 2000*, México: INEGI.
- _____. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Sitio oficial del Instituto www.inegi.gob.mx [en línea] (página consultada los días 4 de octubre; 16 de octubre; 5 de noviembre; 12 de noviembre; 22 de noviembre; de 2005).
- _____. (2005). "Base de microdatos del II Conteo de Población y Vivienda", en *SCINCE 2005*, México: INEGI.

- _____ (2005). "II Censo de Población y Vivienda", en *SCINCE 2005*, México: INEGI.
- Jodelet, D. (1988). "Las representaciones sociales: fenómeno, concepto y teoría", en Moscoviçi Serge (comp.) *Psicología Social II*, Barcelona: Paidós, pp. 469-493.
- Kaztman, R. (2008) Segregación residencial y empleo en Montevideo. Manuscrito.
- Kliksberg, B. (2006). *Hacia una economía con rostro humano*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, A. C. (1996). "La política social del pacto posrevolucionario y el viraje neoliberal", en Laurell Asa Cristina (coord.) *Hacia una política social alternativa*, México: Fundación Friedrich Ebert-Instituto de Estudios de la Revolución Democrática, pp.15-32.
- _____ (1997). "Salud y seguridad social. Hacia una reforma alternativa", en Valencia Lomelí Enrique y Carlos Barba Solano (coords.) *El debate nacional: la política social*, vol. 5, México: Universidad de Guadalajara-Editorial Diana, pp. 157-182.
- León, S. (1998). "Política social y salud", en: Pineda C. Marcela (ed.) *Las políticas sociales de México en los años noventa*, México: UNAM-FLACSO-Plaza y Valdés editores.
- Levy, S. (1994). "La pobreza en México", en Vélez Félix (comp.) *La pobreza en México. Causas y políticas para combatirla*, México: ITAM-Fondo de Cultura Económica, pp.15-112.
- _____ (2004). *Ensayos sobre el desarrollo económico y social de México*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Loggia, S. M, y Araceli Fernández-Cerdeño (2006). *Mujeres y hombres frente a las instituciones de salud. Género, Cultura y Sociedad*, México: COLMEX-Serie de Investigaciones del PIEM.
- López Arellano, O. y José Blanco Gil (1997). "Los retos en salud para fin de siglo", en Valencia Lomelí Enrique y Carlos Barba Solano (coords.) *El debate nacional: la política social*, vol. 5, México: Universidad de Guadalajara-Editorial Diana, pp. 183-206.
- López Estrada, S. y Gerardo Ordóñez Barba (2006). *Pobreza, familia y políticas de género*, México: Conacyt-El Colegio de la Frontera Norte-Instituto Nacional de las Mujeres.
- López Estrada, R. E. (2001). "La literatura de la pobreza urbana y los recursos económicos de los pobres", en López Estrada Raúl Eduardo (ed.) *La*

pobreza en Monterrey, los recursos económicos de las unidades domésticas, Monterrey: UANL, pp. 25-56.

López, M. de la P. y Vania Salles (2006). *El Programa Oportunidades examinado desde el género*, México: Programa de Desarrollo Humano Oportunidades-UNIFEM-El Colegio de México.

Lustig, N. (2004). "Crecimiento económico y reducción de la pobreza" en Boltvinik, J. y A. Damián (coords.) *La pobreza en México y el mundo*, México: Siglo XXI-Gobierno de Tamaulipas, pp. 88-99.

Marshall, T. H. (2005). "Ciudadanía y clase social", en Marshall T. H. y Tom Bottomore (ed.) *Ciudadanía y clase social*, Buenos Aires: Editorial Losada, pp. 11-36.

Mayer, R. y F. Ouellet (1991). *Methodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville: Gaëtan Morin Editeur, pp. 439-472.

Mechanic, D. (1961). *The concept of illness behavior*, Journal of Chronic Diseases, vol. 15, pp. 189-194.

Menéndez, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México: CIESAS-Ediciones de la Casa Chata.

_____ (1988). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, núm. 179, México: CIESAS-Cuadernos de la Casa Chata.

_____ (1990). "Mortalidad en edad productiva, políticas de salud y participación popular. El caso de la alcoholización en México", en De la Peña Guillermo (comp.) *Crisis, conflicto y sobrevivencia. Estudios sobre la sociedad urbana en México*, México: Universidad de Guadalajara – CIESAS.

_____ (1998). "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social", en *Cuadernos médicos sociales*, núm. 73, Rosario.

_____ (2003). "Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en *Ciencia y saúde colectiva*, vol 8, núm.1, pp.185-207.

Menéndez Eduardo L. y Renée B. di Pardo (2006). "Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México", en *Desacatos Revista de antropología social*, núm. 20, México: CIESAS.

Mercado Martínez, F. J. (1993). *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Hermosillo: Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, El Colegio de Sonora.

- Mercado Martínez, F. Javier y Teresa Margarita Torres López (2000). *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, México: Universidad de Guadalajara – Plaza y Valdés Editores.
- Merleau-Ponty, M. (1997). *Fenomenología de la percepción*, Barcelona: Editorial Península.
- Mignolo, W. (2003). *Historias locales/diseños globales. Colonialidad. Conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*, Madrid: Akal, pp. 7-107.
- Millán, H. (2001). “Política social y teoría de la justicia. Fundamentos del combate a la pobreza extrema en México”, en *Economía, sociedad y territorio*, vol. III, núm. 9, pp. 63-92.
- Mishra, R. (1990). *El Estado de bienestar en crisis*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social [1984].
- Moliner, Pascal, Patrik Rateau y Valérie Cohen-Scali (2004). *Las representaciones sociales. Práctica de los estudios de campo*, Francia: Presses Universitaires de Rennes.
- Montagut, T. (2000). *Política social. Una Introducción*, Barcelona: Ariel.
- Moscovici, S. (1988). *Psicología social II*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Moser, C. (1996). “Confronting crisis. A comparative study of household responses to poverty and vulnerability in four poor urban communities”, in *Environmentally sustainable development studies and monographs series*, núm. 8. Washington, D.C.: The World Bank.
- Mora, M. (2002). “Las representaciones sociales de Serge Moscovici”, en *Athenea digital*, núm. 2, México: Universidad de Guadalajara.
- Nahmad S., Tania Carrasco y Sergio Sarmiento (1998). “Acercamiento etnográfico y cultural sobre el impacto del programa PROGRESA en doce comunidades de seis estados de la república”, en *Alivio a la pobreza. Análisis del Programa de Educación, Salud y Alimentación dentro de la política social*, Memoria del Seminario, México: CIESAS-PROGRESA, pp. 62-109.
- Neufeld L., Sotres-Alvarez D, Flores-López L, Tolentino-Mayo L, Jiménez-Ruiz J, Rivera-Dommarco J. (2005). “Estudio sobre el consumo de los suplementos Nutrisano y Nutrividia en niños y mujeres de zonas urbanas beneficiarios de Oportunidades”, en *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004*, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Nichter, M. (2006). "Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica", en *Desacatos Revista de antropología social*, núm. 20, México: CIESAS.
- Ojeda, N. (1999). "Propuesta teórica y metodológica para estudiar la determinación social de la conceptualización de la salud reproductiva de las mujeres", en Ojeda Norma (coord.) *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*, México: Colegio de la Frontera Norte.
- OMS. Organización Mundial de la Salud, [en línea]. <http://www.oms.com> (página consultada en los meses de marzo y abril de 2007).
- Ordóñez Barba, G. (2000) "Eficacia y equidad en el combate a la pobreza en México", en Valencia Lomelí Enrique, Mónica Gendreau y Ana María Tepichín (coords.) *Los dilemas de la política social. ¿Cómo combatir la pobreza?*, México: Universidad de Guadalajara-ITESO-Universidad Iberoamericana, pp. 205-239.
- Ordóñez Barba, G. (2006). *El régimen de bienestar mexicano: entre la exclusión, la segmentación y la universalidad*. Ponencia presentada en el II Congreso Internacional sobre Política Social y Estados de Bienestar. Chapala, México.
- Ortega Rubí, M. E. (2004). "Representaciones sociales de la pobreza y las prácticas sociales. Un estudio comparativo", en Arriaga Bernal Salvador (ed.) *Del pensamiento social a la participación. Estudios de psicología social en México*, México: UAM.
- Ortiz, M. (2006). *El Seguro Popular. Una crónica de la democracia mexicana*, México: Secretaría de Salud-Fundación Mexicana para la Salud-Instituto Nacional de Salud Pública-Fondo de Cultura Económica.
- Osorio Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México: CIESAS.
- Pedrero M. (2005). *Trabajo doméstico no remunerado en México. Una estimación de su valor económico a través de la encuesta nacional sobre uso del tiempo 2002*, México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Peña Zepeda, J. y Osmar Gonzales (2004). "La representación social. Teoría, método y técnica", en Tarrés María Luisa (coord.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México: Colmex – FLACSO – Porrúa, pp. 327-372.
- Pozo, J. I. (2001). *Humana mente. El mundo, la conciencia y la carne*, Madrid: Ediciones Morata.

- Prece, G., María Herminia Di Liscia y Laura Piñero. *Mujeres populares: trabajo, cuerpo y salud familiar*, Argentina: Facultad de ciencias humanas - Universidad Nacional de la Pampa. O.n.i.c.e.t. www.fsoc.uba.ar/modules/so/article.php?storyid=4
- Preciado Coronado, J. (2006). "Programas de combate a la pobreza: la innovación social desde la perspectiva regional en Brasil, Chile, México y Perú, 1997-2002", en Ordóñez Gerardo, Rocío Enríquez Rosas, Ignacio Román Morales y Enrique Valencia Lomelí (coords.) *Alternancia, políticas sociales y desarrollo regional en México*, México: COLEF-UdeG-ITESO, pp. 85-120.
- Procacci, G. (1999). "Ciudadanos pobres. La ciudadanía social y la crisis de los Estados de bienestar", en García S. y S. Lukes (coords.) *Ciudadanía, justicia social y participación*, Madrid: Siglo XXI, pp. 15-44.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2000). *Informe del PNUD sobre la pobreza 2000. Superar la pobreza humana*. Naciones Unidas, Nueva York.
- Ramírez Plasencia, J. (2007). "Durkheim y las representaciones colectivas", en Rodríguez Salazar Tania y María de Lourdes García Curiel (coords.). *Representaciones sociales: teoría e investigación*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp.17-50.
- Ramírez Sáiz, J. M. (1999). *Hacia una estrategia de participación ciudadana para la superación de la pobreza en Jalisco. Pobreza y desarrollo social. Una estrategia para el combate a la pobreza en Jalisco*, Guadalajara: Gobierno del Estado de Jalisco.
- _____ (2000) "Pobreza y participación ciudadana. Los planteamientos programáticos de Pronasol y Progresá", en Valencia Lomelí, Enrique, Mónica Gendreau y Ana María Tepichín (coords.) *Los dilemas de la política social. ¿Cómo combatir la pobreza?* México: Universidad de Guadalajara-ITESO-Universidad Iberoamericana, pp. 349-367.
- _____ (2006). *Ciudadanía Mundial*, Guadalajara, México: ITESO-UIA.
- Ramírez Velázquez, J. (2004). "Representaciones y prácticas acerca de la salud y la enfermedad en un grupo de obreras", en Pérez-Gil Romo Sara Elena y Patricia Ravelo Blancas (coords.) *Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México*, México: CIESAS-Porrúa, pp. 277-320.
- Rangel Esquivel, J. M. (2006). Condiciones de vida y salud de hogares en situación de pobreza que habitan en sectores urbanos. Dos casos de estudio: "Fernando Amilpa" en Escobedo, N.L. y "la Ilusión" en Cd. Madero, Tamps. Tesis de Maestría. UANL, San Nicolás de los Garza, N.L.

- Ratcliffe, J. W. y Amalia González Del Valle (2002). "El rigor en la investigación en salud: Hacia un desarrollo conceptual", en Denman Catalina A. y Jesús Armando Haro (comps.) *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, México: El Colegio de Sonora- Universidad de Guadalajara, pp. 57-111.
- Ravazzola, M.A. (2002) "Las mujeres y las redes sociales. Una mirada sobre las redes sociales teniendo en cuenta las diferencias de género", en Dabas Elina y Denise Najmanovich (comps.) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*, Argentina: Editorial Paidós, pp. 203-207
- Ravelo, P. (1995). "Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México", en González Montes Soledad (comp.) *Las mujeres y la salud*, México: COLMEX – Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Reguillo Cruz, R. (2005). *La construcción simbólica de la ciudad. Sociedad, desastre y comunicación*, México: ITESO.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis*, United States: Sage Publications.
- Riquer Fernández, F. (2001). "Mujer, género y pobreza: estado de la discusión en los noventa", en Gallardo Gómez Luis Rigoberto y Joaquín Osorio Goicoechea (coords.) *Los rostros de la pobreza: el debate*. Tomo II, México: Editorial Limusa ITESO-UIA, pp. 195-243.
- Rivera Márquez, J. A. (1998). "Condiciones de salud-enfermedad en las colonias populares", en Schteingart Martha (coord.) *Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México*, México: El Colegio de México, pp. 539-627.
- Robles Silva, L. (2007) *La invisibilidad del cuidado de los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*, Guadalajara: Editorial Universitaria/UdeG
- _____ (2007) "La pobreza urbana. ¿Cómo sobrevivir enfermo y pobre?", en Arias Patricia y Ofelia Woo (coords.) *¿Campo o ciudad? Nuevos espacios y formas de vida*, Guadalajara, Jal., México: CUCSH-UdeG, pp. 67-100.
- Rodríguez Dorantes, C. (1997). "Entre el mito y la experiencia vivida: las jefas de familia", en *Familias y mujeres en México*, México: El Colegio de México, pp. 195-238.
- Rodríguez Hernández, F. (1992). *Aportes de investigación. Atención a la salud y desigualdad regional: distribución de los recursos para la atención de la salud en México*, Cuernavaca: UNAM–CRIM.
- Rodríguez, G., Javier Gil F. y Eduardo García Jiménez (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*, España: Aljibe.

- Román, I. (2001). "Algunas intuiciones sobre el diseño de políticas alternativas", en *Replones*. 5 (47), diciembre 2000-marzo 2001, pp. 92-109.
- Rondinelli, D., J. Nellis y G.S. Cheema (1984), "Decentralization in Developing Countries: a Review of Recent Experiences", World Bank Staff Working Papers, no. 581, Washington, D.C.
- Rosí, J. (2004) "Exigibilidad y justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales", en Beuren, Ingrid y Oscar Soto Badillo. *Derechos humanos y globalización alternativa. Una perspectiva iberoamericana*. México: UIA-ITESO, pp. 61-100.
- Sachs, J. (2005). *The end of poverty: economics possibilities for our time*, New York: Penguin Group.
- Salas Valenzuela, M. (2004) "¿Androcentrismo en el sistema biomédico? ...algunos datos, algunas hipótesis...", en Pérez-Gil Romo Sara Elena y Patricia Ravelo Blancas (coords.) *Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México*, México: CIESAS-Porrúa, pp. 223-254.
- Sánchez, C. (2006). "El empoderamiento femenino: pobreza cualitativa y microfinanzas", en Vara María de Jesús (coord.) *Estudios sobre género y economía*, Madrid: AKAL, pp. 83-103.
- Schteingart, M. (1998). "La urbanización popular. Interpretaciones teóricas y orientación de los estudios", en Schteingart Martha (coord.) *Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México*, México: El Colegio de México, pp. 21-28.
- Scott, J. (1998). "Progres, igualdad de oportunidades y dinámicas de la pobreza en México". en *Alivio a la pobreza. Análisis del Programa de Educación, Salud y Alimentación dentro de la política social*. Memoria del Seminario, México: CIESAS-PROGRESA, pp. 40-61.
- Secretaría de salud (2008). *Sistema de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud*, México: SSA.
- Secretaría de salud (2008). *Sistema de Protección Social en Salud. Intervenciones médicas cubiertas por el programa Seguro Médico para una Nueva Generación*, México: SSA.
- Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México.
- Secretaría de salud (2006). *Sistema de Protección Social en Salud. Estrategia de Evaluación*. México: SSA.

- Secretaría de salud (2006). *Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación Financiera*. México: SSA.
- Secretaría de Salud (2004) *Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas*. México: SSA, segunda edición.
- Secretaría de Salud (SSA) <http://www.ssa.gob.mx> [en línea] (página consultada el 24 de agosto; 18 de septiembre; 3 de octubre; 21 de octubre; 4 de noviembre; 16 de noviembre; de 2005).
- Secretaría de Salud (SSA) <http://www.ssa.gob.mx> [en línea] (página consultada el 24 de agosto de 2006)
- Secretaría de Salud (SSA) <http://www.ssa.gob.mx> [en línea] Seguro Popular (página consultada el 10 de octubre de 2006).
- Signorelli, A. (1999). *Antropología urbana*, Barcelona: Anthropos–UAM.
- Sluzki, C. (2002). “De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social”, en Dabas Elina y Denise Najmanovich (comps.) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*, Argentina: Editorial Paidós, pp. 114-123.
- Suchman, E. A. (1964) Sociomedical variations among ethnic groups. *American journal of sociology*, 70, núm. 3, pp. 319-331.
- Sunkel, G. (2006) “El papel de la familia en la protección social en América Latina”, en *Políticas Sociales*, Serie 120, Santiago de Chile: CEPAL.
- Szass, I. (1995). “La condición social de la mujer y la salud”, en González Montes Soledad (comp.) *Las mujeres y la salud*, México: COLMEX – Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Taylor S.J. y R. Bogdan (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona: Paidós.
- Titmuss, R. (1981). *Política social*, Barcelona: Ariel.
- Torres López, T. (2002). *Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales*. Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. *Revista Précis* [en línea]. No. 23 [citado 20 de septiembre 2005], p.p. 26-48. Disponible en la World wide web: www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html
- Treviño-Siller, S. (2004) *Contribuciones y aprendizajes de la antropología en la salud pública en México o cómo hacer antropología en tierra ajena y no morir en el intento*. Cuernavaca, México: Dirección de Salud Comunitaria y

Bienestar Social - Centro de Investigación en Sistemas de Salud - Instituto Nacional de Salud Pública. <http://identco1.homestead.com/lerin/doc-pdf/Trevino-25.pdf>

- Tuirán, R. (2001). "Estructura familiar y trayectorias de vida en México", en Gómez Cristina (comp.) *Procesos sociales, población y familia*, México: Porrúa-FLACSO, pp. 23-66.
- Unda, M. (2003) *Compendio de política económica en México, 1980-2000*, México: ITESO.
- Valencia Abundiz, S. (2007). "Elementos de la construcción, circulación y aplicación de las representaciones sociales", en Rodríguez Salazar Tania y María de Lourdes García Curiel (coords.). *Representaciones sociales: teoría e investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp. 51-88.
- Valencia Lomelí, E. (2003). Políticas sociales y estrategias de combate a la pobreza en México. *Hacia una agenda de investigación. Notas para la discusión*. México: COLMEX – Revista de Estudios Sociológicos.
- _____ (2003) "Acuerdo global, diferencias múltiples. Posibilidades de transformaciones en la política social mexicana", en Gendreau Mónica y Enrique Valencia Lomelí (coords.) *Hacia una transformación de la política social en México*, México: ITESO-UNICEF-UdeG-Universidad Iberoamericana-Sedesol, pp. 85-104.
- _____ (2008) *Las Transferencias monetarias condicionadas como política social en América Latina. Un balance: aportes, límites y debates*. Annual Review of Sociology.
- Valencia Lomelí, E., Mónica Gendreau y Ana María Tepichín (2000). *Los dilemas de la política social. ¿Cómo combatir la pobreza?* México: Universidad de Guadalajara-ITESO-Universidad Iberoamericana.
- Valencia Lomelí, E. y Rodolfo Aguirre Reveles. (1998). "Discursos, acciones y controversias de la política gubernamental frente a la pobreza", en Gallardo Gómez, Luis Rigoberto y Joaquín Osorio Goicoechea (coords.) *Los rostros de la pobreza. El debate*. Tomo I, México: Limusa-UIA-ITESO, pp. 21–93.
- Vara, María de J. (2006). "Precarización de la existencia y huelga de cuidados", en Vara, María de Jesús (coord.) *Estudios sobre género y economía*, Madrid, España: AKAL, pp. 104-135.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2003). *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*, Barcelona: Gedisa.
- Vela Peón, F. (2004). "Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa", en Tarrés, María Luisa (coord.) *Observar, escuchar y*

comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social, México: Miguel Ángel Porrúa–El Colegio de México–FLACSO. Colección Las Ciencias Sociales, pp. 63–95.

Vicente Torrado, T. y Raquel Royo Prieto (2006). *Mujeres al frente de familias monoparentales*, Bilbao: Universidad de Deusto – Instituto de Derechos Humanos.

Villarespe Reyes, V. (2002). *Pobreza: teoría e historia*, México: UNAM –Casa Juan Pablos.

Viveros, M. (1998). “Orden corporal y esterilización masculina”, en *Horizontes Antropológicos*, año 4, núm. 9, octubre de 1998, Porto Alegre: Universidad Federal do Río Grande do Sul, pp. 145-170.

Warman, A. (1994). *La Política social en México, 1989-1994*, México: Fondo de Cultura Económica.

Wong, R. y María Elena Figueroa (2001). “Salud y contexto familiar: una nota sobre análisis de datos”, en Gómez Cristina (comp.) *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*, México: FLACSO – Porrúa, pp. 89-102.

Yin, R. (1994). *Case study research: design and methods*. India: SAGE Publications.

Zborowski, M. (1958). *Cultural components in responses to pain*, Jaco, G.E.

Zola, I. K. (1966). Culture and symptoms: an analysis of patients presenting complaints. *American sociological review*, 31, num. 5, pp. 615-630.

ANEXOS

ANEXO 1: Abordaje teórico-metodológico de las representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención.

Marco Teórico	Conceptos	Categorías o dimensiones	Métodos	Instrumentos	Observables (Relatos de la s/e/a)	Preguntas de investigación
Representaciones sociales:	Proceso Salud/Enfermedad/Atención (SEA)	Nociones Conocimientos Creencias Actitudes Valores	Etnográfico	Entrevista a profundidad Observación participante Diario de campo	Mujeres participantes en programas sociales (como sujetos eje) Otras personas al cuidado de la enferma(o) (esposos o esposas, padres o madres, suegros, hermanos, vecinos, hijos, compadres, entre otros) Médicos (alópatas y tradicionales), enfermeras.	<p><i>Pregunta base:</i> ¿Cuáles son las representaciones de la salud/enfermedad?</p> <p><i>Preguntas secundarias:</i> ¿cómo se identifican las enfermedades?; ¿qué causas les atribuyen?; ¿cómo consideran que pueden prevenirse?</p> <p><i>Pregunta base:</i> ¿Cuáles son las representaciones de la atención de la enfermedad?</p> <p><i>Preguntas secundarias:</i> ¿qué terapias se reconocen como eficaces?; ¿cómo se desarrollan?; ¿cuáles pueden ser sus consecuencias posibles?; ¿cuál es la conducta de búsqueda de atención y la trayectoria terapéutica?</p>

	Prácticas para la salud	Curativas Preventivas De cuidados	Etnográfico	Entrevista a profundidad Observación participante Diario de campo	Mujeres participantes en programas sociales (como sujetos eje) Otras personas al cuidado de la enferma(o) (esposo o esposa, padre o madre, suegros, hermanos, vecinos, hijos, compadres, entre otros) Médicos (alópatas y tradicionales), enfermeras.	<i>Preguntas base:</i> ¿Cuáles son las representaciones de las prácticas curativas, preventivas y de cuidados? <i>Preguntas secundarias:</i> ¿qué se hace?; ¿cuáles son sus condicionantes?, ¿quién las instrumenta?, ¿en qué momento?; ¿quién decide y/o ejecuta?, ¿por qué?; ¿cómo se aplican?, ¿qué criterios se utilizan en su administración?
		Tratamientos	Etnográfico	Entrevista a profundidad Observación participante Diario de campo	Mujeres participantes en programas sociales (como sujetos eje) Otras personas al cuidado de la enferma(o) (esposo o esposa, padre o madre, suegros, hermanos, vecinos, hijos, compadres, entre otros) Médicos (alópatas y tradicionales), enfermeras.	<i>Preguntas base:</i> ¿Cuáles son los tipos de prácticas médicas y de terapia?, ¿cuáles consideran los más eficaces?, ¿por qué?; ¿cómo los evalúan?

ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA A MUJERES PARTICIPANTES Y NO PARTICIPANTES EN LOS PROGRAMAS OPORTUNIDADES-SEGURO POPULAR

I. Condiciones y situaciones vividas durante la niñez.

1. Lugar de origen.

Buenos días señora _____, vamos a platicar un poco de su niñez, a ver dígame ¿en dónde nació usted?; ¿dónde vivió cuando era niña? (colonia).

2. Condiciones habitacionales.

¿Cómo era el lugar donde se crió de niña? (se puede hacer referencia a: la ciudad, el pueblo, ejido, colonia), (enfocar la pregunta para conocer si había centro de salud, farmacias, médicos, curanderos, etc.). ¿Cómo era su casa? (que realice una descripción detallada del número de cuartos y distribución de los mismos, las dimensiones, si había patio, si criaban algún tipo de animales). ¿Cuántas personas vivían en su casa? ¿Tenían servicios de agua y luz?; si no tenían agua potable, ¿cómo le hacían para obtenerla?, ¿y con la luz cómo le hacían? ¿Y el drenaje?

3. Actividades y Vida familiar.

¿A qué se dedicaban sus papás?, ¿les ayudaba en su trabajo?, ¿usted ayudaba a su mamá en las labores del hogar?, ¿Cómo era la convivencia con los demás miembros de su hogar?, ¿cómo se repartían el trabajo que tenían que hacer en casa?, ¿qué hacían los hombres y qué las mujeres? Con relación a las actividades o trabajos que hacían fuera del hogar, ¿a qué se dedicaban sus hermanos y/o hermanas? En sus ratos libres ¿qué era lo que más les gustaba hacer?

4. Alumbramiento de la madre.

¿Cuántos hermanos fueron? Durante el cuidado prenatal, ¿a dónde acudía su mamá?, puede decirme ¿cuántas veces acudió a ese lugar?, ¿la acompañaba alguna otra persona?, ¿quién?; en el momento del parto ¿en dónde se atendió y con quién?

5. Percepción y atención de enfermedades

¿Cuáles eran sus enfermedades más frecuentes en ese entonces? (distinguir entre las enfermedades que pudo haber presentado su madre en alguno de los períodos prenatales y en otras épocas distintas a ésta), ¿quiénes se enfermaban?, ¿cuánto tiempo les duraba la enfermedad?, ¿cuántas veces les daba? (dependiendo del tipo de enfermedad y miembro del hogar que se enfermaba, interrogar para cada uno): ¿cómo se sentía?, ¿cómo sabía que estaba enferma(o)?, ¿quién la(o) atendía?, ¿a dónde la(o) llevaban?, ¿por qué la(o) llevaban ahí?, ¿qué cuidados tenía para ya no volverse a enfermar?, ¿qué tomaba para aliviarse?, ¿cómo le hacían sus papás para pagar sus consultas y conseguir los medicamentos? Y cuando se aliviaba, ¿qué actividades realizaba?

II. Experiencias vividas en la adolescencia-juventud.

Para dar continuidad a la trayectoria de la enfermedad, continuar con las siguientes preguntas:

1. Principales enfermedades.

En su etapa de adolescencia, ¿continuó presentando la misma enfermedad que presentó durante su niñez?, ¿qué otras enfermedades tuvo?, ¿cómo fue solucionándolas? (tratamientos, terapias, cuidados por parte de algún miembro de su familia y/o de ella misma), ¿por qué optó por este tipo de curaciones?

2. Tipo y condiciones habitacionales.

Durante esta etapa, ¿continúo viviendo con sus padres o se salió de su casa? Platíqueme, ¿cómo fue su situación? (considerar si se casó, si vivió en otro lugar o en casa de sus papás o suegros). Si es el caso de que vivieron con algunos de los padres es preciso preguntarle: ¿cuál fue la experiencia que tuvo o que tuvieron como pareja al vivir con ellos? (hacer énfasis en la forma en que vivían, es decir, si compartían habitaciones, si tomaban decisiones libremente en cuanto a la atención de su enfermedad, si compartían gastos para los alimentos, la relación de ella con sus suegros o de su esposo con sus papás).

Entonces, ¿cómo fue que llegó o llegaron a esta colonia?, ¿cuáles fueron los motivos que la hicieron venir a vivir aquí? ¿Qué cambios son los que más resintió de donde vivía antes a ahora en este lugar?, ¿qué es lo que más extraña?, ¿por qué?

III. Prevalencia actual de enfermedades.

1. Detección.

En el caso de esta enfermedad que presenta, ¿cómo se dio cuenta de su enfermedad?, ¿qué sentía?, ¿desde cuándo la tiene? (recordar que puede ser la entrevistada (sujeto clave) o de algún miembro de su hogar).

2. Tratamiento.

¿Qué tipo de tratamiento ha tenido?, ¿ha continuado con el tratamiento?, ¿qué le ha dicho la persona que la (lo) atiende? Si han empleado remedios caseros o se automedican, ¿cómo sabe que es lo que debe utilizar?, ¿quién se lo dijo?, ¿cómo lo emplea?

3. Prevención, cuidados y atenciones recibidos.

¿Qué hace usted para prevenir que su enfermedad siga avanzando?, ¿por qué cree que eso le puede ayudar a prevenirla? ¿Los demás miembros de su familia la cuidan? (según sea el caso del miembro del hogar enfermo), ¿quién la cuida?, ¿sabe del cuidado o atención que necesita esta enfermedad?, ¿cómo la cuida y/o atiende?

4. Consecuencias o repercusiones en las actividades.

¿De qué manera ha repercutido su enfermedad para que pueda continuar trabajando? (ya sea de la entrevistada, de su esposo, o alguno de los integrantes del hogar), o bien, ¿cómo ha repercutido esta enfermedad en sus actividades del hogar o sus actividades cotidianas?

En el caso de los hijos, ¿cómo ha repercutido esta enfermedad en sus estudios?, a pesar de que se sientan mal, ¿van a la escuela?, ¿salen a jugar?

5. Afectaciones personales.

¿Cómo le ha llegado a afectar su enfermedad en su vida familiar?, ¿cómo le ha afectado en su relación con los demás? (vecinos, sociedad en general). ¿Cómo le ha afectado a su cuerpo?, ¿qué cambios ha sentido y tenido? (aquí podrán distinguirse limitaciones físicas y mentales).

IV. Salud reproductiva.

1. Número de hijos.

¿Tiene hijos?, ¿cuántos son?, ¿cuáles son sus edades?

2. Embarazo (s).

¿A qué edad tuvo su primer embarazo?, ¿lo planeó o se presentó? ¿Cuándo fue la última vez que se embarazó?, ¿por qué se embarazó?, ¿sufrió al embarazarse?, ¿cómo se cuidó durante el embarazo?, ¿qué cosas son las que procura hacer durante el embarazo?, ¿cuáles son las que evita?, ¿cómo la han cuidado durante el o los embarazos?

En caso de tener más de un hijo: ¿cuánto tiempo transcurrió de un embarazo a otro?, ¿dónde se atendió en cada uno de los casos durante el período prenatal?, ¿quién la

atendió?, ¿por qué prefirió ahí?, ¿cómo la trataron?, ¿cómo se sintió?, ¿qué le dijeron los médicos, o bien, la persona que la atendió?

¿En qué mes de embarazo(s) acudió a su primera consulta prenatal?, ¿por qué acudió?, ¿cuántas veces acudió?

¿Cuáles fueron los padecimientos que tuvo durante su(s) embarazos? (si es el caso, distinguir para cada uno de embarazos tenidos); ¿en qué mes los tuvo?, ¿qué tan grave piensa que fueron?, ¿quién se lo(s) diagnosticó y quién la atendió?

Durante este período, ¿recibió la visita de alguna persona de la Secretaría de Salud o algún otro organismo de salud?, ¿a qué se debió la visita? (si fue por alguna complicación en su condición de salud indagar sobre dicha acontecimiento para realizar una reconstrucción de esa experiencia).

Uno de los padecimientos que suele presentarse durante el embarazo o en el parto son las convulsiones, conocidas en la medicina científica como preeclampsia, por lo que es preciso indagar:

¿tuvo convulsiones durante el embarazo y/o el parto?, ¿me puede platicar cómo sucedió, por quién fue atendida y en dónde? (en este caso se refiere tanto a algún integrante de su U.D., o bien, personal de atención médica), ¿le practicaron algún tipo pruebas de laboratorio o de otra índole?, ¿cree usted que si se embaraza nuevamente puede volver a presentar este mismo problema?, ¿por qué?

3. Enfermedades.

En el caso de que la o las enfermedades hayan estado relacionadas con los partos, indagar acerca de:

¿Tuvo usted algunas consecuencias en su salud después del o los embarazos que presentó?, ¿qué tipo de enfermedad (es) fueron?, ¿cómo las atendió?, ¿a quién recurrió?, ¿continuó en las siguientes semanas con este tipo de enfermedad (es)?, ¿qué tratamiento siguió?

¿Considera que ha tenido actualmente algunos problemas de salud por causa de esto que presentó en su(s) embarazos?, ¿por qué? (indagar acerca de: incontinencia, hemorroides, dispareunia, infertilidad secundaria); ¿a quién ha recurrido?, ¿qué tipo de tratamientos ha tenido?, ¿cómo ha sido la relación con su esposo?

En el caso de su(s) hijo(s), ¿qué enfermedades fueron las que más presentaron de recién nacidos o en sus primeros meses?, ¿cómo se las atendió? (solicitar que explique cómo fueron estas experiencias).

V. Alimentación.

1. Tipo de alimentos.

¿Qué alimentos consumen diariamente en su casa?, ¿usted los designa para cada día o sigue un plan de alimentación?, ¿los niños comen lo mismo que usted hace para los adultos? (aquí se puede abordar qué tipo de alimentos consumen en mayor proporción de acuerdo a su etapa: recién nacidos, niños, adolescentes, adultos, adultos mayores). ¿Cómo obtiene sus alimentos?, ¿cómo los prepara? (indagar si tienen algún espacio al interior o exterior de su predio en el que siembren semillas y/o hortalizas).

VI. Percepción de las pláticas de salud.

1. Pláticas nutricionales y de higiene.

¿Asiste a las pláticas que les imparten por parte del *Programa Oportunidades*?, ¿dónde se las imparten?, ¿qué les dicen?, ¿han seguido las recomendaciones que les han dado?, ¿por qué (si o no) han tomado esas recomendaciones?, ¿cree que están relacionadas con la mejora en su salud?, ¿por qué?

2. Pláticas para la prevención de enfermedades.

¿Han recibido pláticas para la prevención de enfermedades o epidemias? (puede ser por parte del *Programa* o por alguna otra institución), ¿qué les han dicho?, ¿qué han hecho ustedes?, ¿qué medidas han tomado?, ¿en qué les ha beneficiado?

3. Información sobre de las pláticas.

Platíqueme de su experiencia al recibir estas pláticas; ¿cómo se siente(n) con las pláticas?, ¿cómo ha sido su salud? ¿Está de acuerdo en cómo son impartidas?, ¿está de acuerdo en cómo la atienden los médicos y/o enfermeras?

VII. Significación y creencias sobre la salud-enfermedad.

1. Provocación de la(s) enfermedad(es).

¿Qué cree que ha ocasionado esta(s) enfermedad(es)?, ¿por qué cree que se llegó a enfermar de eso?, ¿quién más podría enfermarse de eso y quiénes no?, ¿por qué será que algunas personas se enferman de eso y otras no?

2. Limitaciones y superación.

¿Qué limitaciones ha tenido? (enfatar en aspectos físicos y mentales), ¿cómo le han hecho para ir superando esta enfermedad? (indagar sobre terapias individuales o de grupo, valores y creencias religiosas).

3. Cambios en su condición de salud.

¿Qué mejoras ha tenido?, ¿qué cambios ha notado?, ¿considera que han sido para bien o para mal?, ¿por qué?

4. Valoración.

¿Cómo se siente usted con esta enfermedad?

5. Conceptuación.

¿Qué ha significado para usted estar enfermo?, ¿cómo le dice usted a esta enfermedad que ha padecido? ¿Qué significa para usted estar sano o saludable?

VIII. Cuidado del cuerpo y de la salud.

¿Cada cuándo acude a consultar su salud? (indagar si es sólo cuando se siente enferma o si es periódicamente). Platíqueme sobre su experiencia de la última vez que fue a consultarse; ¿cuál fue el motivo?, ¿a dónde fue?, ¿quién la atendió?, ¿le resolvieron su problema?, ¿cómo fue el trato que recibió?

Cuando se siente mal, ¿qué es lo primero que hace?, ¿a quién acude? Si no acude con nadie, ¿en qué momento es cuando decide asistir con alguien que la consulte?

¿Cuándo fue la última vez que se enfermó?, ¿de qué fue?, ¿qué fue lo que hizo para aliviarse?, ¿quién la cuidó?, ¿por qué?, ¿quién le ayudó con las actividades del hogar?, ¿por qué?

¿Usted fuma?, ¿por qué?; ¿ingiere algún tipo de medicamentos regularmente?, ¿por qué?; ¿consume algún tipo de drogas?, ¿por qué?; ¿ingiere bebidas alcohólicas constantemente?, ¿por qué?

¿Realiza alguna actividad para cuidar su salud y apariencia física? (puede ser la práctica de algún deporte, dormir y comer a determinada hora, tomar vitaminas, pastillas para bajar de peso).

Se ha realizado algún tipo de exámenes para detectar cáncer (puede ser en el útero, ovarios y/o senos, a los que se les denomina papanicolau y mamografía, respectivamente). Si es afirmativo, me puede platicar sobre esta experiencia: ¿cómo fue?, ¿qué le dijeron?, ¿cómo la trataron?, ¿qué sabe sobre las prevenciones que deben tenerse?, ¿sabe cómo explorarse?

¿Qué me puede decir acerca de las enfermedades de transmisión sexual?, ¿cómo pueden prevenirlas?, ¿ha platicado con su pareja de esto?, ¿con sus hijos?

IX. Vida Cotidiana.

1. Actividades.

Platíqueme, ¿cómo es un día común en su vida?, ¿quiénes de los miembros de su familia trabajan?, ¿a qué se dedican?, ¿cuánto tiempo tienen desempeñando esta actividad? (qué actividades realizan diariamente cada uno de los miembros del hogar, qué problemas o adversidades enfrentan); ¿qué hacen los domingos o días de descanso?

2. Ingresos y gastos.

Me puede decir, ¿cuánto es lo que aproximadamente ganan cada uno de los miembros de su hogar que trabajan?; ¿cómo distribuyen el ingreso? (indagar cuánto destinan a la atención de enfermedades o a la atención de salud, así como a la alimentación).

X. Perspectiva a futuro.

Ahora dígame por favor, ¿cómo cree usted que sea su vida en los próximos años?, ¿cómo le gustaría que fueran sus condiciones de salud?; ¿cómo imagina que estén viviendo sus hijos? (estudiando, trabajando, casados); con respecto a su matrimonio, ¿cómo lo ve?; ¿cómo desearía que fuera el lugar donde viven? (su casa, su comunidad, su colonia, su ciudad), ¿por qué?

XI. Apreciación de la pobreza, derechos y programas sociales.

Para finalizar coménteme, ¿qué considera que se está haciendo para mejorar las condiciones de vida y de salud de las familias?; para usted, ¿quiénes son pobres?; ¿considera que usted y los miembros de su hogar pueden ser atendidos en cualquier institución de salud para solucionar sus problemas de enfermedad?, ¿por qué?; en atención a la salud ¿a qué cree usted que tiene derecho?, ¿qué significa para usted tener derecho?

¿Qué sabe acerca de los servicios y programas de salud que ofrece el Centro de Salud de su comunidad?, ¿quién puede utilizarlos y cómo?; también, ¿qué sabe acerca de las campañas y/o actividades periódicas que realiza el Centro de Salud con relación a la prevención de enfermedades? (éstas pueden dirigirse a niños, jóvenes, adultos, ancianos, mujeres, padres de familia; indagar sobre cada una); ¿ha participado en alguna de las campañas?, ¿cómo ha participado?, ¿cuál ha sido su experiencia?

GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL DE ATENCIÓN DE LA SALUD (médico alópata, curandero(a), huesero(a), yerbero(a), partera(o))

Tiempo dedicándose a esta actividad: ¿desde cuándo se dedica a esta actividad y/o trabajo?, ¿por qué decidió dedicarse a ser _____?;

Primeras intervenciones: podría platicarme ¿cómo comenzó? (solicitar que haga un recuento de los primeros meses y años en su desempeño como _____; en dónde fue; quiénes fueron sus primeros pacientes; cuánto le pagaban; cómo era el consultorio, hospital o lugar de trabajo, según el caso).

Gustos: ¿qué es lo que más le gusta de su actividad?, ¿y lo que más le disgusta?

Intervenciones actuales: actualmente, ¿quiénes son sus pacientes? (entre qué edades se encuentran, de qué sexo); ¿qué tipo de enfermedades les atiende? (solicitar de preferencia que realice una clasificación por tipo de enfermedad-sexo-edad); ¿cómo determina el tipo de medicamentos y/o terapias que debe tener un paciente?

Relación con los pacientes: ¿cómo es el trato que tiene con sus pacientes?, ¿consulta o atiende a algunos familiares o parientes cercanos?, ¿qué dicen ellos acerca de la atención que usted les brinda?

Con relación a los médicos del sector público que consultan a las mujeres pertenecientes a Oportunidades:

¿Cómo es que lo eligieron a usted para consultar a las personas que pertenecen al Programa Oportunidades?

¿Participan todos los médicos que consultan en los Centros de Salud de la ZMG?

¿A quién atiende? (hombres, mujeres, niños), ¿entre qué edades?

¿Cuánto tiempo lleva atendiéndolos?

¿Qué tipo de enfermedades ha logrado detectarles? (Si a partir de la detección de cierta enfermedad crónica ha continuado tratando al paciente, es necesario indagar sobre ese o esos casos particulares: cómo ha mejorado el estado de salud del paciente, cómo ha sido el tratamiento, qué le ha dicho el paciente). Se puede continuar con las siguientes preguntas, aunque también es necesario formularlas para los pacientes con enfermedades frecuentes:

¿Cómo es la relación con ellos?

¿Cuál es su horario de atención?

¿Cuáles son las recomendaciones médicas que les hace?

Programas sociales: me puede decir, ¿cuál es su posición respecto a los programas sociales que otorgan apoyo para la salud, como es el caso de Oportunidades y del Seguro Popular?, ¿cómo considera que coadyuvan a la salud de las personas?

Salud/Enfermedad: ¿qué significa para usted la palabra salud?, ¿y la palabra enfermedad?, ¿cómo considera que pueden atenderse los problemas de salud en nuestro país?

Pobreza: me puede hablar por favor de la pobreza, para usted ¿qué es la pobreza?, ¿quiénes son los pobres en nuestro país, en el estado de Jalisco y en el municipio de _____?

Derecho a la salud: para usted, ¿quién tiene derecho a la salud?, ¿cuál es su significado de derecho a la salud?

Para el médico alópata, con respecto a las enfermedades de los casos de estudio:

Desde la medicina biomédica, ¿cómo se le nombra a la situación en que la placenta se queda al interior del vientre materno?

¿A qué se le asocia el desarrollo de la epilepsia en las personas?, ¿cuál es el tratamiento para esta enfermedad?, ¿qué cuidados deben tenerse? (físicos, alimenticios).

¿Qué puede causar un tumor en un ovario?, ¿cuál es el tratamiento a seguir?

Desde la parte biomédica, ¿cómo se le conoce al soplo en el corazón?, ¿por qué se presenta esta enfermedad?, ¿cómo es el tratamiento a seguir?, ¿qué cuidados se requieren?

¿Cuáles pueden ser las causas de una parálisis facial?, ¿cuáles son las causas de la diabetes y de la hipertensión?

¿Por qué se pueden presentar tumores en las rodillas?, ¿pueden operarse?

¿En qué fase o momento del desarrollo de un tumor canceroso se le nombra como cáncer? (por ejemplo, en el caso del cáncer cervicouterino). ¿Cómo se trata?, ¿qué cuidados se recomiendan? (físicos, alimenticios).

¿A qué se le atribuye la presencia de lepra?, ¿cuál es el tratamiento a seguir?

Ahora bien, me puede decir si en instituciones de salud, como el IMSS, ¿se requiere de algún documento probatorio de inscripción en la escuela para poder brindar la atención a un menor en edad escolar?

¿Cuál es su apreciación acerca de la atención que brindan las(os) curanderas(os)?, ¿y de las parteras?

¿Cuál es su apreciación con respecto a que las personas recurran a distintas instancias médicas para solucionar su problemática de enfermedad? (medicina alópata, homeópata, tradicional)

ANEXO 3

Guión de Observación para el sector de estudio.

- **Ubicación geográfica:** municipio al que pertenece; localización dentro de la zona metropolitana; colonias colindantes. **Accesos viales:** nombres de las avenidas o calles principales; calles que limitan a la colonia con las aledañas; o en su caso, alguna característica particular que limite a la colonia (arroyo, terrenos baldíos, mercados o áreas comerciales, entre otros).
- **Aspectos de la infraestructura urbana:** calles pavimentadas, empedradas, con relleno o escombros, o sin ninguno de los anteriores, banquetas o guarniciones. Presencia de puestos y locales fijos y semifijos; aglomeración de basura; algún otro tipo de material que impida el libre tránsito de personas y/o vehículos.
- **Servicios públicos:** presencia o ausencia de agua potable, energía eléctrica, drenaje, teléfono, seguridad, transporte, recolección de basura. Pueden presentarse sectores en cada una de las comunidades que carezcan de uno u otro servicio, por lo que es importante caracterizar en qué zonas no se dispone de alguno(s) de los servicios, cómo lo sustituyen, qué estrategias implementan.
- **Áreas comerciales y de servicios:** tipos de comercios que existen (fijos o semifijos, ambulantes) éstos, como fuente de empleo para los habitantes de la comunidad; servicios que se ofrecen en las áreas comerciales o en las viviendas (albañiles, ladrilleros, carpinteros, herreros, entre otros). Presencia de tianguis en algún día de la semana (artículos que ofrecen; algunos precios de productos básicos de alimentación, de limpieza, de vestido y calzado, de entretenimiento, entre otros). Están ubicados en la misma colonia o en puntos cercanos. Quiénes realizan las distintas actividades comerciales o de servicios que se realizan al interior de la colonia (hombres y/o mujeres adultos, jóvenes, niños, ancianos).
- **Dinámica urbana:** ubicación de la colonia respecto al acceso a áreas o centros comerciales (cercanos o lejanos a la colonia); acceso a transporte público; cómo se comunica con los centros comerciales más lejanos, además, cómo se encuentran las vialidades para trasladarse a los servicios educativos y de salud más próximos; dichos servicios comerciales, educativos y de salud, demandan empleos de las personas de la comunidad.
- **Condiciones materiales de los terrenos y las viviendas:** tipo de terrenos, sean éstos habitados, deshabitados, baldíos, en venta, en renta, entre otros. Tipo de materiales de las viviendas construidas, como block, ladrillo, madera, lámina metálica, lámina de cartón, lámina de asbesto u

otros; número de cuartos promedio. Detallar si se encuentran algunas de éstas en construcción o ampliación, qué materiales predominan; quiénes participan en su edificación (en los casos que pueda obtenerse con la observación).

- **Población predominante:** presencia de niños, jóvenes, adultos, tercera edad; hombres o mujeres; presencia de grupos indígenas y en qué zona de la colonia se ubican. Tipo de vestimenta de cada grupo poblacional (puede variar, dependiendo del clima que predomine).
- **Servicios educativos:** tipos de instituciones escolares, presencia de escuelas como de preescolar, primarias o secundarias; guarderías; dónde se encuentran localizadas; existen escuelas para adultos; qué otro tipo de lugares se encuentran acondicionados para algún tipo de enseñanza o capacitación.
- **Servicios de salud:** tipos de atención (médica, homeópata, yerbero, curandero, otros); presencia de lugares de atención, como Centros de salud, DIF, dispensario médico, farmacias, unidad móvil, servicios de enfermería o atención médica en casa habitación, entre otros. Aspectos particulares que pueden ocasionar enfermedades, como polvo, aguas negras; contaminación del aire o mantos acuíferos por parte de alguna industria o fábrica cercana; basureros clandestinos o acumulación de desperdicios orgánicos e inorgánicos en las calles.
- **Religión:** festividades de la comunidad, tipos de grupos religiosos, formas de participación en celebraciones familiares que se aprecian (bodas, bautizos, quince años, comuniones, entre otras).
- **Problemáticas:** como drogadicción, alcoholismo, prostitución, violencia intrafamiliar que se aprecien. En qué tipo de población se presenta (edad, sexo). Quiénes participan en las pandillas, cómo visten. Existencia de instituciones que brinden apoyo para solucionar estas problemáticas al interior o cerca de las colonias.
- **Diversiones:** lugares donde se reúnen para divertirse (plaza, kiosco, parque, disco, antro, centro nocturno, cantina, entre otros); qué tipo de gente acude a los distintos lugares. Existencia de lugares de diversión para poblaciones específicas (niños, jóvenes o personas de la tercera edad). Ubicación de éstos en la colonia.
- **Personas clave que la comunidad identifica como líderes de la comunidad:** presidente de la colonia, sacerdote, anciano(s), profesor, médico (alopático o tradicional), primeros pobladores de la(s) colonia(s), entre otros.

Guión de observación a realizarse durante la impartición de pláticas de salud del Programa Oportunidades.

- **Temas:** principal tema o temas que se aborda(n) en la sesión; cómo se imparte la plática (hay un solo expositor o varios, qué secuencia se sigue, participa la gente, existe interacción o no, se dan ejemplos, qué material se utiliza, a qué conclusión se llega).
- **Participantes:** personal de salud que participa (cuántos); número de personas beneficiarios del programa que asisten; clasificar por sexo y edad; quiénes llegan primero; cómo visten ambas partes; qué reacciones se logran detectar en los participantes durante la plática (tanto de los asistentes de salud como de los beneficiarios); qué trato le da el personal de salud a los beneficiarios.
- **Lugar:** en dónde se imparte la plática (es un lugar abierto o cerrado); es cómodo y funcional el lugar para los asistentes; existen asientos suficientes; qué tan retirado se encuentra de la colonia donde viven los beneficiarios.
- **Duración:** tiempo de duración de la plática; hora de inicio y de término; cómo se distribuye el tiempo (a qué aspecto del tema se le dedica más tiempo); se cumple con el o los objetivo(s) en el tiempo programado.
- **Tareas:** se dejan algunas tareas para realizar en casa (ya sea que se hayan derivado de la sesión anterior o que al final se dejen a los beneficiarios); cómo se les dicta este tipo de tareas (como recomendación, obligación, prevención).

ANEXO 4

Guión de entrevista semiestructurada para la reconstrucción histórica del sector de estudio.

(Informantes clave: primeros pobladores, líderes, presidente de la colonia, profesores, personal de salud, trabajadores del Ayuntamiento de El Salto, Jal.)

- **Formación de la colonia:** años que tiene la colonia; origen del nombre; adquisición de terrenos; zona ejidal, rural o urbana; incorporación de terrenos en la actualidad; extensión de la colonia en la actualidad.
- **Procedencia de los habitantes:** origen de los primeros pobladores y de la población que ha llegado en los últimos años.
- **Gestión de servicios públicos:** incorporación de servicios básicos en el sector; instituciones o instancias a las que se acudió; tiempo de atención y de solución de problemas; incorporación de servicios en la actualidad en áreas que no han sido cubiertos; carencia de estos; gestión actual; tiempo en que se solucionarán.
- **Disponibilidad cercana de comercios y servicios:** lugares cercanos en los inicios de la colonia para abastecerse de alimentos, para atención de enfermedades; lugares de abastecimiento y de atención médica en la actualidad; servicios básicos disponibles (agua, electricidad, drenaje, pavimentación, seguridad pública, transporte urbano); forma de sustituirlos en caso de carecer de estos.
- **Actividades de trabajo:** fuentes de empleo en sus orígenes y en la actualidad; actividades realizadas por hombres y mujeres; cercanía y/o lejanía de las fuentes de empleo; semana de actividades.
- **Apoyos del gobierno municipal o estatal:** apoyos recibidos por parte del gobierno estatal y municipal (vivienda, salud, alimentación, educación, empleo); apoyos recibidos por instituciones y asociaciones civiles (DIF, Caritas, Voluntariados, AC's, Programas sociales de las distintas instancias de gobierno, empresas particulares).
- **Ambiente urbano de la colonia:** tipo de construcción de la vivienda; materiales de construcción; pavimentación de calles y accesos; recolección de basura y desechos; servicios y comercios en la vía pública.
- **Participación activa de los habitantes:** reuniones (gestión de servicios; realizar loterías, tandas; arreglar sus viviendas o las calles); organización de actividades; participantes; puntos de reunión.
- **Celebración de festividades:** festejos compartidos (de la iglesia; de la comunidad; de personas de arraigo en la colonia, entre otras); participantes; lugar y frecuencia con que se realizan.

ANEXO 5
Mapa de ubicación del sector de estudio.



ANEXO 6

Documento oficial de respuesta a la solicitud de reincorporación a Oportunidades.



Oportunidades

"2006. Año del Bicentenario del natalicio del Benemérito de las Américas, Don Benito Juárez García"

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
Coordinación Nacional
Dirección General de Atención y Operación
Dirección de Atención Ciudadana y Contraloría Social

Exp.-DAC/04315/06
Oficio No.-AC/4890/06

México, D. F., a 14 de agosto de 2006

C. MARTHA ESPINOZA MORENO
DIAMANTE NO. 49
C.P. 45680 EL SALTO
EL SALTO, JALISCO
P R E S E N T E

Por instrucciones del Coordinador Nacional, Rogelio Gómez-Hermosillo Marín y en atención a su escrito, en el cual solicita su reincorporación al Programa, al respecto le informo lo siguiente:

De acuerdo a la investigación realizada la C. Martha Espinoza Moreno, titular beneficiaria del Programa Oportunidades, con el número de folio 1407000130120001, se encuentra actualmente suspendida por tiempo indefinido, debido al incumplimiento a los servicios de salud.

Por lo anterior le comento que puede solicitar su reincorporación al Programa, por única vez, mediante la Ficha de Atención, la cual le proporciona el personal de Oportunidades que se encuentre en las Mesas de Atención durante las fechas de entrega de apoyos o acudiendo directamente en la Coordinación Estatal de Oportunidades en el estado de Jalisco, que se encuentra ubicada en: Av. Colón #3078 Col. Jardines de San José, C.P.44950, Guadalajara, Jalisco, teléfonos: 01(33) 33675358, 33675359, 33675360.

Es importante mencionar que, los procesos de reincorporación de familias a Oportunidades se realizarán de acuerdo a la disponibilidad presupuestal con que cuente el Programa.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA DIRECTORA


REBECA BARRANCO AMADOR

C.c.p.- Lic. Benigno Aladro Fernández - Coordinador de la Red Federal de Servicio a la Ciudadanía de la Presidencia de la República - Folio - 201510385-67 - Para su conocimiento
Rogelio Gómez-Hermosillo Marín - Coordinador Nacional Oportunidades - VT - 1549 - Presente
Lic. Pedro Arturo Reyes Vargas - Enlace Social y Atención Ciudadana - DS/44461/11724/06 - Para su conocimiento
Lic. Ruperto Nuñez Solís - Encargado de la Coordinación Estatal del Programa Oportunidades en Jalisco - Para su conocimiento.

LCG.

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social".

A los ojos de todos...