T
920

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco
Casa abierta al tiempo

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

NECESIDADES DE ATENCIÓN A LA SALUD EN DOS LOCALIDADES SOCIOTERRITORIALMENTE DIFERENCIADAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES

TESIS QUE PRESENTA
ELVIRA MANDUJANO CANDIA

PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL

DIRECTOR DE TESIS
DR. JOSÉ ALBERTO RIVERA MÁRQUEZ.

MÉXICO, D. F., Julio 2009.

Indice. **Página**

Introducción 1

Capìtulo 1. Las necesidades de atención a la salud desde los enfoques críticos y hegemónicos 5
1.1. Respuesta social organizada en torno a las necesidades de atención a la salud desde las corrientes críticas de pensamiento en salud 5
1.2. Las necesidades de atención a la salud como necesidad básica y universal 9
1.3. El Estado Moderno Mexicano frente a las demandas de atención a la salud 11
1.3.1 Los sistemas de salud 12
1.3.2. El papel del Estado: reduciendo responsabilidades 12
1.3.3. El proceso de Reforma en América Latina 13
1.4. El Estado neoliberal y el combate a la pobreza: la lógica que subyace a Oportunidades 19

Capítulo 2. Las necesidades de atención a la salud y sus expresiones en el socio-territorio 28
2.1. El uso del socioterritorio en la aproximación a la salud-enfermedad de los colectivos 28
2.2. Uso de variables censales para la reconstrucción de territorios 34

Capítulo 3. Una propuesta para la aproximación a las necesidades de atención a la salud en poblaciones y socioterritorios concretos 37
3.1. La mirada cualitativa desde el enfoque médico social 37
3.2. Principales hallazgos de las evaluaciones cualitativas realizadas al programa Oportunidades 39
3.3. Concreción de una propuesta metodológica a partir del enfoque médico social 42

Capítulo 4. Resultados 47
4.1. Introducción 47
4.2 Los hogares 47
4.3. Las localidades 49
4.4. Relaciones de producción y fuerzas productivas

específicas del territorio (acercamiento a su reconstrucción) 51
4.5. Breve aproximación a algunos aspectos históricos de las localidades 56
4.5.1. Santiaguillo 56
4.5.2. Petlacotla 58
4.6. Atención a la salud 59
4.7. Padecimientos crónicos 61
4.8. Padecimientos agudos 63
4.9. Embarazo y parto 63
4.10. Cirugías 66
4.11. Problemas de salud frecuentes en el hogar 67
4.12. Respuesta frente a accidentes o problemas de salud que se consideran graves 67
4.13. Respuesta frente a problemas de salud que no consideran graves 67
4.14. Relación entre la actividad laboral y los problemas de salud 68
4.15. Facilidad/dificultad para enfrentar los problemas de salud en la localidad 69
4.16. Ocasiones especiales en las que han tenido problemas para atender su salud 70
4.17. Forma deseable para atender la salud 70
4.18. Enfermedades frecuentes, nuevas y posibles causas 71
4.19. Características socio-territoriales relacionadas con los problemas de salud y propuestas de solución desde la opinión de los entrevistados 72

Discusión y conclusiones 76
Bibliografia 89
Anexo A 95
Anexo B 101
Anexo C 113
Anexo D 115

Introducción

En México, las disparidades sociosanitarias y las necesidades de atención a la salud siguen siendo dos temas de la agenda social no resueltos. En contraste, el discurso oficial afirma, tal y como lo ha venido haciendo desde hace varios años, que la salud, la calidad de vida y la nutrición de la población son temas prioritarios. Y para atenderlos se realizan grandes esfuerzos en medio de fuertes presiones financieras y políticas que explican, de acuerdo con la visión gubernamental, una buena parte de los problemas, los rezagos y los vacíos en el sistema público de salud mexicano. Desde esta postura, las necesidades de atención a la salud de amplios sectores de la población, sus condiciones de salud en sí mismas y las formas de enfrentarlas, son vistas como un conglomerado homogéneo, lo que equivale a decir que todos los pobres son iguales, necesitan lo mismo y, en consecuencia, debe haber un patrón similar para resolver sus problemas sin ninguna consideración sobre diferencias sociales ni culturales.

La desigualdad se entiende como una característica necesaria de todas las sociedades, con el argumento de que cualquier sistema de estratificaciones surge de la necesidad social de recompensar a los hombres más destacados, atribuir mayor importancia funcional a ciertas tareas, y como respuesta a la escasez de personal idóneo.

Esto, que a grandes rasgos sintetiza la lógica del combate a la pobreza es, a su vez, la lógica en la que se sustentan la mayor parte de las acciones en política social tanto en México como en otras partes de América Latina. Constituye, asimismo, el punto de desencuentro con las corrientes críticas del pensamiento en salud que miran a ésta de una manera integral, asumiendo las diferencias entre los colectivos humanos y anteponiendo las dimensiones de ciudadanía y derechos humanos a la construcción y operación de políticas sociales que privilegian su costo-efectividad, el condicionamiento al beneficio y la retribución a la inversión como los elementos que pesan para la toma de decisiones.

La implantación del Estado neoliberal en México repercute de manera importante en las reformas a las políticas sociales. La redistribución de los recursos por medio del desmantelamiento de las instituciones, así como la creación de programas focalizadores, acciones características de éste modelo, tienen la finalidad implícita de disminuir el gasto en salud e invertir sólo en proyectos rentables y en acciones de neobeneficencia específicas dirigidas a las poblaciones que no tienen la posibilidad de pagar por los servicios que requieren. Esta es, en síntesis, la lógica del Programa Oportunidades del gobierno mexicano cuyos beneficios en educación, salud y alimentación se dirigen a población extremadamente pobre convirtiéndose así en la única iniciativa en salud dirigida a las comunidades rurales e indígenas. El componente salud, objeto de análisis de esta tesis, comprende el otorgamiento de un Paquete Esencial de Servicios de Salud y una serie de pláticas informativas para el auto-cuidado de ésta. Este componente, al igual que los otros dos, es similar en todas las localidades a pesar de que éstas no lo sean entre sí.

Las reflexiones anteriores crean el interés por saber si las iniciativas llevadas a cabo bajo la lógica neoliberal resuelven las necesidades de atención a la salud de poblaciones con características socioterritoriales distintas. En consecuencia, los objetivos de este trabajo son:

Objetivo general.

Evidenciar que las iniciativas en salud llevadas a cabo desde la lógica neoliberal no resuelven las necesidades de atención a la salud de sus poblaciones blanco debido, entre otras razones, a la invisibilidad, en su planeación y ejecución, de la determinación socioterritorial de dichas necesidades.

Objetivos particulares.

Caracterizar la lógica neoliberal en salud tomando como referencia el Programa Oportunidades.

Explorar la utilidad del socioterritorio como categoría mediadora para el análisis del proceso salud/enfermedad/atención de las poblaciones.

Reconstruir las formas de expresión de la relación de los procesos macrosociales con el proceso salud/enfermedad/atención desde la cotidianidad de lo sujetos que la viven.

Para dar respuesta a la pregunta conductora y cumplir con los objetivos planteados, esta tesis se ha dividido en tres capítulos. En el primero se señalan las principales aportaciones que las corrientes críticas del pensamiento en salud han realizado en torno a las respuestas sociales organizadas frente al proceso salud/enfermedad/atención de las poblaciones. Se destaca la determinación social e histórica de los conceptos "salud" y "enfermedad" que han sido desarrollados desde estos enfoques, así como el privilegio de la condición de ciudadanía como razón suficiente para ejercer el derecho a la salud en detrimento de las acciones instrumentadas bajo la lógica neoliberal. Estas acciones se han caracterizado por la selectividad de las poblaciones objetivo, el combate a la pobreza y la fragmentación de los servicios de salud. Al respecto, se hace una breve reseña acerca del papel del Estado frente a las demandas de atención a la salud como necesidad básica y universal bajo las reformas hechas al sector. Se caracteriza, de manera particular, al programa Oportunidades como una de las iniciativas modelo del pensamiento hegemónico en salud.

En el segundo capítulo, se presentan los diferentes conceptos y sus respectivas definiciones relacionados con el Socioterritorio así como las formas de aproximarse a la salud-enfermedad de los colectivos a través de su uso como categoría analítica. En todas, destaca la determinación social e histórica de las características socioterritoriales, especialmente, en los procesos de reproducción de los grupos sociales. Asimismo, se refieren algunas fuentes de información de las que se puede disponer para reconstruirlo, que van desde variables censales hasta el uso potencial de metodología cualitativa.

En el capítulo tres, se elabora una propuesta de estudio de corte cualitativo para la aproximación a las necesidades de atención a la salud en socioterritorios concretos. La importancia de las experiencias cotidianas de los sujetos en el proceso salud/enfermedad/atención, así como la insuficiente producción de trabajos de este tipo en el campo médico social justifica esta forma de acercamiento al objeto de estudio.

Finalmente, se presentan los resultados, destacando entre estos, las diferentes respuestas que los sujetos de estudio han puesto en práctica debido a la desprotección en salud que viven, estas van desde dejar pasar sus padecimientos hasta recurrir a médicos privados de otras localidades, sobre todo, en los municipios, haciendo uso de los pocos recursos económicos con los que cuentan.

Se concluye que las características socioterritoriales determinan las particularidades de las necesidades de atención a la salud de las colectividades por lo que deben tomarse en cuenta en la instrumentación de políticas públicas. Asimismo, se hace énfasis en la necesidad de reconstruir los territorios a través de la triangulación de métodos de obtención de información dada la dificultad de lograrlo mediante el uso de una sola técnica metodológica.

Capítulo 1. Las necesidades de atención a la salud desde los enfoques críticos y hegemónicos.

1.1. Respuesta social organizada en torno a las necesidades de atención a la salud desde las corrientes críticas de pensamiento en salud.

A mediados del siglo XIX, Virchow planteaba la necesidad de entender los problemas de salud como resultado de la vida social y proponía su modificación a través de las transformaciones de las condiciones de vida de la población (Rosen, 1985, citado en citado López y Blanco, 2003a). Sin embargo, un siglo después, se consolida formalmente la salud pública como práctica social hegemónica que estudia, interpreta e interviene sobre los fenómenos de salud-enfermedad-atención (Rovere, 2003 citado López y Blanco, 2003a). Sus bases filosóficas, teóricas y prácticas se sustentan en el estudio de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud, en el método positivista para explicar el riesgo de enfermar y morir de las poblaciones humanas; en el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social y, en el reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad (Granda, 2000).

Las corrientes críticas de pensamiento en salud – como la Salud Colectiva y la Medicina Social - cuestionan la insuficiencia de los planteamientos del sanitarismo dominante y el reducido impacto de las prácticas clínicas y hospitalarias (López y Blanco, 2003a), elaborando nuevas propuestas de interpretación. Entre ellas destacan la concepción de la salud-enfermedad como proceso social e histórico (Laurell, 1982; Laurell, 1987; Breilh, 1994 citados en López y Blanco, 2003a) y el abordaje de los saberes y prácticas en salud como respuestas sociales organizadas (García, 1981). Estas corrientes conceptualizan a la salud-enfermedad como expresión de una compleja estructura, en donde los procesos sociales determinan y subordinan a los procesos bio-psíquicos. Plantean, por un lado, que los orígenes de la enfermedad no se localizan en el cuerpo, sino en condiciones externas (agravantes que exacerban o desencadenan riesgos) e

influencias amortiguadoras (que neutralizan los riesgos) y, por el otro lado, que la enfermedad es expresión del balance negativo entre los procesos protectores y los procesos de deterioro (Laurell, 1993; López y Blanco, 1994). En el terreno de los saberes y las prácticas en salud, estas mismas formas de aproximación a la salud exploran las dinámicas socio-históricas que han permitido la institucionalización de diversas respuestas sociales al proceso salud-enfermedad cuya diversidad y complejidad hacen visible un ámbito de conocimiento y acción específico del campo general de la salud pública: los sistemas de salud (Roemer, 1980 citado en López y Blanco, 2003a).Frente a este aspecto general de conocimiento, la perspectiva médico social, como corriente crítica de pensamiento en salud, contempla por lo menos tres ámbitos fundamentales (López y Blanco, 2003a):

- El plano macro de los determinantes estructurales de los sistemas de salud en donde es fundamental analizar el papel que los procesos políticos, económicos y sociales tienen sobre la conformación particular, la persistencia y el cambio de un sistema de salud determinado (Navarro, 1978; Cohn y col., 1991; López y Blanco, 1993; Cohn y Elias, 1996; Laurell, 1997).
- Un plano intermedio que hace énfasis en la organización interna de los sistemas de salud, en donde el análisis de la combinación de diversos recursos para producción de servicios de atención a la salud es lo esencial (Cohn y col., 1991; Cohn y Elias, 1996) y,
- Un nivel micro, en donde el estudio de las respuestas frente a la salud-enfermedad se orienta al nivel individual y familiar privilegiando la aproximación a las prácticas en salud de las unidades domésticas.

Los aportes médico-sociales se han centrado en la vertiente de investigación de los procesos políticos y económicos que modelan los sistemas de salud, así como en el desarrollo histórico de las políticas sociales y de salud. En las últimas dos décadas se ha desarrollado un interés creciente sobre las dinámicas de los servicios de salud locales, la participación social y la construcción de espacios de

ejercicio de ciudadanía (López y Blanco, 1994). Se enfoca el problema de la desigualdad desde el punto de vista de los distintos grupos existentes en el seno de la sociedad y su lucha por bienes y servicios. Se concibe a la desigualdad como el resultado de las formas de producción y de apropiación de los recursos, así como de los sistemas de relaciones que se establecen entre sectores y poblaciones. La desigualdad es producto de la contradicción histórica entre propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza. Los grupos sociales no se definen como agrupaciones homogéneas de individuos respecto a uno o varios criterios de clasificación, sino por la forma como actúan unos en relación con otros en condiciones particulares. En este sentido, las clases sociales no preceden a su relación sino son su resultado (López y Blanco, 1994).Para la medicina social las prácticas especializadas en salud tienen una dimensión económica porque contribuyen a seleccionar, preservar y reproducir la fuerza de trabajo necesaria para la valorización del capital, permitiendo la circulación de mercancías "médicas". Poseen, además, una dimensión político-ideológica, cuyas respuestas a la salud-enfermedad se constituyen en un elemento más de diferenciación entre grupos sociales no sólo al configurar accesos desiguales a diversas modalidades e instituciones de atención sanitaria, sino también por el desarrollo y difusión de concepciones que parten de la ideología hegemónica (Donnangelo, 1976; Waitzkin, 1977; Navarro, 1978 citados en López y Blanco, 2003a).

Desde la salud colectiva se consideran determinadas prácticas cuyo objeto son las necesidades sociales de salud, como instrumentos de trabajo, distintos saberes, disciplinas, tecnologías materiales y no materiales, y como intervenciones centradas en los grupos sociales y en el ambiente, independientemente del tipo de profesional y del modelo de institucionalización. Comprende, según Almeida y Paim (1992, p. 23)

> "...*conjunto articulado de prácticas técnicas, científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas, desarrolladas en el ámbito*

académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación, informadas por distintas corrientes de pensamiento, resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud...".

La salud colectiva privilegia en sus modelos o pautas de acción cuatro objetos de intervención: políticas (formas de distribución de poder), prácticas (cambios de comportamiento, cultura, instituciones, producción de conocimiento; prácticas institucionales, profesionales y relacionales); técnicas (organización y regulación de los recursos y procesos productivos; cuerpos/ambientes); e instrumentos (medios de producción de la intervención). Finalmente, contempla tanto la acción del Estado como el compromiso de la sociedad para la producción de ambientes y poblaciones saludables a través de actividades profesionales generales y especializadas. La salud colectiva, entendida como "conjunto de saberes que da sustento a las prácticas de distintas categorías y actores sociales frente a cuestiones de salud-enfermedad y de la organización de la asistencia", encuentra sus límites y posibilidades en las inflexiones de la distribución de poder en el sector salud y en una determinada formación social. Subrayar el carácter histórico o estructural de la Salud Colectiva, significa reconocer teórica y empíricamente un conjunto de prácticas (económicas, políticas, ideológicas, técnicas, etc.) que toman como objeto las necesidades sociales de salud. En este sentido, los procesos de producción-reproducción de este campo podrán cumplir la siguiente pauta de acción (Almeida y Paim, 1999):

a) Calificar el conjunto de necesidades sociales en salud, entendiéndolas no sólo como carencias sino como "ideas de salud" o, alternativamente, como proyectos de "llegar a ser", esto significa tomar la salud como "meta a ser conquistada, como un bien que se adquiere a través de los conflictos y de la lucha de clase" (Minayo, 1991).

b) Pensar los diferentes medios y las actividades necesarias para atender tales necesidades, aunque no se limiten al conocimiento científico y tecnológico de la salud Colectiva y de la medicina (Paim, 1992).

c) Instaurar nuevas relaciones técnicas y sociales orgánicas a tales prácticas, en un movimiento de producción de hechos capaces de engendrar cambios en la fenoestructura y en la genoestructura del campo social en salud, a ejemplo de los procesos de distritalización y municipalización, educación y comunicación social, grupos de presión, ONGs, productores culturales, entre otros (Paim, 1994).

d) Invertir política y técnicamente en los espacios institucionales abiertos por tales propuestas, en la medida en que, en tanto las necesidades de salud están socialmente determinadas, las prácticas de Salud Colectiva son redefinidas teniendo en cuenta el desarrollo de sus instrumentos de trabajo y la instauración de nuevas relaciones internas al campo de la salud (Paim, 1992).

1.2. La necesidad de atención a la salud como necesidad básica y universal.

Las políticas sociales deben ir dirigidas a garantizar a los ciudadanos de una sociedad una gama de opciones vitales. Las opciones vitales pertinentes son aquellas que son necesarias para proteger el estatus de los individuos como miembros plenos de la comunidad. Su finalidad consiste en ofrecer oportunidades auténticas de participar en la forma de vida de la sociedad. Las necesidades se definen como todo aquello que se refiere a tal efecto. Un individuo está "necesitado" a efectos de política social en la medida en que carece de los recursos necesarios para participar como miembro pleno de la sociedad en su forma de vida (Doyal y Gough, 1994).Entre las necesidades y satisfactores básicos habitualmente reconocidos se encuentran: la alimentación; el cuidado de la salud y la reproducción; la vivienda; la educación y socialización; el vestido, calzado y cuidado personal; el transporte público; las comunicaciones básicas; la información, recreación y cultura; y la seguridad.

El cuidado a la salud es uno de los elementos indispensables para la subsistencia y parte esencial de los derechos humanos (López y Blanco, 1994).La salud es reconocida universalmente como una necesidad humana básica y su atención un satisfactor esencial y un derecho humano inalienable. La salud y el cuidado a ésta

> *"...supone servicios de salud personales (incluyendo los productos y servicios terapéuticos) y no personales (salud pública y los satisfactores que permitan la higiene del hogar y la personal..."* (PNUD, 1990 citado en López y Blanco, 1996, p. 81).

La forma en la que cada sociedad responde a esta necesidad es muy diversa pero tiene como punto de partida una definición ético-política. En los Estados-nación modernos esta definición se materializa con frecuencia en derechos sociales y ciudadanos (López y Blanco, 1996). Las condiciones de salud-enfermedad tienen existencia objetiva, aun cuando se les consideren situaciones que requieren cuidado o atención. Es decir, que se interpretan socialmente como necesidades de salud. Son el punto de partida sobre el cual los distintos grupos, y la sociedad en su conjunto, construyen sus representaciones (necesidades de salud, necesidades de atención o ambas) y derivan respuestas para resolverlas (Menéndez, 1990).

La demanda de atención requiere que la condición de salud-enfermedad se perciba; posteriormente necesita comprenderse como una alteración que puede resolverse (potencial o realmente) con la atención, y finalmente, debe desencadenar una búsqueda de ésta última. Si bien se reconoce que la percepción de las condiciones de salud-enfermedad y la búsqueda de respuestas para modificarlas se realizan a nivel individual y familiar, las representaciones y las propuestas de solución, sintetizan complejos procesos de determinación económica y político-ideológica (López y Blanco, 1996). Los procesos de producción y de consumo, son determinantes de la generación de necesidades. Estas, así como sus satisfactores, son socialmente producidos (Terrail, 1977).

Así, necesidades y satisfactores tienen una dimensión histórica general, derivada de la noción de dignidad humana y de la universalidad de los derechos humanos fundamentales y una dimensión particular que remite al sistema ético-valorativo de cada sociedad, del que se desprende un conjunto de necesidades y satisfactores esenciales relativos a esa sociedad (PNUD, 1990 citado en López y Blanco, 1996). Avanzar en la discusión sobre necesidades de salud remite a la noción más general de necesidad humana cuyo punto de partida es la concepción de ser humano que se define y diferencia de otras especies vivas por su capacidad de apropiarse de la naturaleza y en este proceso transformarse a sí mismo (Marx, 1971). Esta transformación es realizada mediante la actividad vital más específicamente humana: el trabajo. El tipo de trabajo, la forma y la intensidad del trabajo, y las condiciones de trabajo determinan el tipo de desgaste de las capacidades físicas, nerviosas e intelectuales que implican ciertas exigencias de reposo, consumo alimenticio, distracciones, etcétera (Préteceille, 1977). A través de éste, el hombre es capaz de transformar en objeto de sus necesidades y de su actividad todos los fenómenos de la naturaleza y, en ese proceso, desarrollar y ampliar sus propias capacidades y necesidades. En esta concepción la necesidad tiene un doble componente: como carencia y como potencialidad (Boltvinik, 1990).

1.3. El Estado Moderno Mexicano frente a las demandas de atención a la salud.

A partir de los años cincuenta comienzan a darse los primeros intentos de ajuste del Estado Benefactor al desarrollo económico a nivel mundial (Vilas, 1995). Algunos cambios tendrían que darse en los espacios de acción y las funciones del Estado bajo la premisa de lograr un mejor ordenamiento social de acuerdo con el sistema económico prevaleciente. En la relación Estado-Sociedad, la salud había sido tradicionalmente uno de los espacios de acción del Estado, en el que los sistemas de salud han sufrido transformaciones esenciales (López, 1999), al igual que las políticas sociales. Para comprender la relación actual entre Estado y Sociedad, así como las consecuencias resultantes de ella, es necesario entender

el proceso a través del cual se han venido dando las reformas en los sistemas de salud.

1.3.1 Los sistemas de salud.

Para comprender el funcionamiento de los sistemas de salud es importante distinguir sus dos dimensiones: la arquitectónica o estructural que hace referencia a los elementos de los sistemas de salud así como a las relaciones que se dan entre estos, y la dimensión de las funciones, que hace referencia al vehículo de la respuesta social organizada en salud (práctica en salud) orientada, guiada o regulada por políticas establecidas desde el Estado (componente central). De esta manera, es en el sistema de salud donde se concretiza la forma en que el Estado participa en la atención a la salud a través de tres mecanismos principales (Frenk, 2003): regulación, financiamiento y prestación directa de servicios. Un sistema de salud se caracteriza, entre otras cosas, por el grado y la forma en que el Estado desempeña las funciones señaladas en un momento histórico determinado. Cabe mencionar que es en estos niveles donde se han estado llevando a cabo modificaciones bajo una lógica neoliberal. El sistema de salud contiene la relación del Estado con la sociedad, la cual puede estar regulada por cualquiera de los siguientes cuatro principios (Frenk, 2003):

- El poder de compra (que considera la atención a la salud como un mercado)
- La pobreza (la cual ha sido la base de la asistencia pública)
- La prioridad socialmente percibida (por presiones de actores sociales)
- La ciudadanía (implica considerar a la atención a la salud como un derecho social con la sola condición de ser ciudadano, acceso universal para todos los ciudadanos)

1.3.2. El papel del Estado: reduciendo responsabilidades

Algunos historiadores de la salud, como Rosen (1979) y Foucault, han documentado los orígenes del papel del Estado en los sistemas de salud desde los siglos XVIII y XIX en Estados europeos. Desde entonces, el papel protagónico

del Estado en el campo de la salud se ha extendido a todos los países con variantes en los diferentes momentos históricos. Esta variación ha estado determinada continuamente por las condiciones económicas y políticas de cada región y no necesariamente por un mayor compromiso ético con las necesidades sanitarias de las sociedades.

Las reformas que se han dado en los sistemas de salud están orientadas a la eficiencia y a la competencia. Los cambios que se llevan a cabo por las reformas, conllevan a la transferencia de responsabilidades del sector público al privado, así como una menor regulación por parte del Estado con la finalidad de incrementar la eficiencia, la cobertura, la calidad y la equidad en los servicios de salud (Twaddle, 1996). Por otro lado, la industrialización de las actividades médicas ha promovido estándares internacionales de tratamiento médico que tienden hacia la privatización así como a la introducción de la competencia en el sector público (Esping-Andersen, 1991).

1.3.3. El proceso de Reforma en América Latina

En América Latina y el Caribe la reforma del los sistemas de salud se ha planteado como

> "*...un proceso a introducir cambios sustantivos con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población...*" (Crocco, 2000, p. 128).

Este proceso de reforma se ha concentrado principalmente en los cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas de salud y en los ajustes a la prestación de servicios de atención a las personas (Muñoz, 2001). Dentro de los lineamientos o directrices de la Reforma se encuentran los siguientes (Conferencia, 2000):

- La seguridad social y las fuerzas del mercado se deben considerar como herramientas para alcanzar el objetivo de la cobertura universal de los servicios de salud.

- Independientemente de que se recurra a proveedores de salud públicos o privados, el sistema ideal es aquel que los integra en un solo marco.

Estos lineamientos fueron consensuados en la conferencia "La Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina: Aprendiendo de los Éxitos y los Fracasos de Otros Países", organizada por Latin American Newsletters y la Escuela de Economía de la Universidad de Londres. En dicho evento, el Doctor Frenk, entonces Director Ejecutivo de Pruebas Científicas e Información para Políticas, de la Organización Mundial de la Salud, dictó la conferencia titulada "Hacia un *nuevo universalismo*: una visión de políticas de salud en América Latina". Esta forma de universalismo contiene implicito *"el matrimonio"* entre lo público y lo privado en la prestación de servicios, en la que la función del Estado se reduce de manera importante bajo el argumento de mejorar la eficiencia en el acceso a los servicios. Este nuevo orden se consolida a partir de la crisis económica mundial de mediados de los setenta, dando lugar al neoliberalismo, y con éste al combate a las teorías del Estado benefactor. Para los años ochenta se consolida la política neoliberal que se caracteriza por la restricción de todas las funciones del Estado y el otorgamiento de las funciones de acumulación y legitimación al mercado. La política neoliberal se orienta hacia el control de la inflación y el abatimiento del déficit fiscal, a la vez que se propone reencauzar el crecimiento económico. Por un lado se realiza la venta o transferencia de las empresas del sector público al sector privado, por otro, se intenta regresar las prestaciones sociales al libre juego del mercado, al juzgar *a priori* que este es un proveedor más eficiente y equitativo que el Estado (Molina, 1996). A ello se suman otros objetos de crítica hacia el Estado benefactor: la irracionalidad administrativa, un universalismo ineficiente y su alto costo de administración (CEPAL, 2004).

El Cuadro 1.1 muestra las principales características de los paradigmas benefactor y neoliberal en la creación de políticas públicas en América Latina.

Cuadro 1.1. Paradigmas de políticas sociales (variables seleccionadas).

Dimensión	Paradigma benefactor	Paradigma neoliberal
Objetivo buscado	Universalidad de la oferta. Oferta homogénea	Universalidad de la satisfacción. Reconocimiento de las desigualdades.
Población beneficiaria	Clase media. Grupos con capacidad de presión.	Grupo objetivo (definido, seleccionado). Focalización.
Criterios de prioridad para la expansión	Ampliación progresiva de abajo hacia arriba. Cada ampliación implica mayor gasto.	Prioridad a los más pobres.
Finalidad	Integración e igualación.	Pobreza y capital humano.
Financiamiento	Estatal, a la oferta. Aspiración de suplir al mercado.	Participación orientada y regulada del mercado.
Institucionalidad	Monopolio estatal: el Estado financia, diseña, implementa y aplica.	Pluralidad de actores estatales y privados.
Administración	Centralizada.	Descentralizada.

Fuente: Modificado de Hernández D. Reforma de la seguridad social: desembarco, conquista y retirada de un actor no reformista. 2004

Bajo este nuevo marco de ideas y conceptos, se considera al ciudadano como usuario-cliente del servicio público cuyos requerimientos y expectativas deben ser satisfechos. Por tanto, el desarrollo de la capacidad administrativa tiene como finalidad evitar el funcionamiento deficiente y costoso de las organizaciones públicas, eliminar las actividades y acciones que no son de amplio beneficio público, desplazar de forma definitiva todas aquellas decisiones que no tienen impacto alguno en las demandas de la sociedad y exigir que toda acción pública esté comprometida y orientada a resultados concretos (González, 2003).

Una de las razones principales por las que las reformas en salud en América Latina han tenido resultados desfavorables ha sido la introducción de las directrices internacionales de la Nueva Administración Pública, originadas en los países desarrollados de Europa, principalmente en la década de los ochenta, como estrategias para lograr mayor eficiencia, efectividad, equidad, economía y calidad en la provisión de los servicios públicos. Estas directrices se caracterizan

por la descentralización, fraccionamiento de las instituciones "monopólicas", separación de servicios, definición de objetivos y gestión organizacional centrados en el usuario, en la dirección estratégica y en la cultura corporativa. Este nuevo perfil de atención echa abajo los principios establecidos a partir de los años 1977 y 1978 (Salud para Todos y Alma Ata) que empezaban a configurar lo que podría haber sido una superación de las restricciones y habilidades del Estado de bienestar en los países de la región y de los sistemas de salud precarios (Brito, 2006). Sin embargo, los procesos de reforma han avanzado, en la mayoría de los países latinoamericanos, en dirección del mercado y la competencia gestionada, especialmente sobre el seguro voluntario.

Tradicionalmente, en América Latina, la cobertura de salud estuvo marcada por el principio de ciudadanía y en segundo término por los principios de pobreza (asistencia pública), de grupo prioritario de la economía formal (seguridad social) y por el poder de compra (sector privado). Actualmente, el principio de ciudadanía queda en entredicho por dos razones fundamentales. En la asistencia pública, para población no asegurada, las restricciones sobre el acceso a los servicios de salud se han incrementado con mayores problemas de desigualdad en la cobertura. Por otra parte, en la seguridad social se está pasando a una etapa de inseguridad social (Arredondo, 2001). Asimismo, las condiciones para concretar las formulaciones teórico-prácticas alrededor de la salud colectiva se han restringido con la consolidación de la política y la ideología que privilegia lo individual y lo privado, subordina o rechaza lo colectivo y lo público y plantea la resolución de las necesidades humanas a través del mercado (López y Blanco, 1994).

Se conceptualiza a la enfermedad como una falla en la capacidad de mantenerse bien y en la capacidad para realizar tareas socialmente valiosas (ruptura de la capacidad del organismo de realizar cursos exitosos de conducta para el logro de metas – teleonimia); como un estado de perturbación en el funcionamiento normal

del individuo (biológico, personal, social) y como una forma de respuesta a las presiones que permite eludir responsabilidades sociales (López y Blanco, 1994).

Los componentes sociales y biológicos tienen la misma importancia en la generación de la enfermedad y se proponen el estudio de la determinación a través de la identificación de factores causales naturales, ecológicos y sociales, así como de las formas en que estos factores operan en los distintos niveles de producción de la enfermedad. Desde este enfoque se buscan factores determinantes para enfermedades particulares y no para conjuntos de condiciones de salud-enfermedad en grupos, lo que implica asignar especificidad etiológica a lo social (López y Blanco, 1994).

Los centros hegemónicos de la economía mundial valorizan el mercado en tanto mecanismo privilegiado para la asignación de recursos y cuestionan la responsabilidad estatal en la provisión de bienes y servicios para la atención de las necesidades sociales, inclusive la salud. El nuevo orden mundial que se instaura en la década de los ochenta, inspirado en el neoliberalismo provoca una evidente fragilización de los esfuerzos para enfrentar colectivamente los problemas de salud. Particularmente, en los países de economía capitalista dependiente, la opción por el "Estado mínimo" y el corte en los gastos públicos como respuesta a la llamada "crisis fiscal de Estado" comprometen en mucho el ámbito institucional conocido como Salud Pública (Almeida y Paim, 1999).

La corriente funcionalista entiende las respuestas médicas e institucionales frente a la salud-enfermedad como un mecanismo del sistema social para enfrentar la disfuncionalidad de la enfermedad, a través de roles institucionalizados: el rol del enfermo, el rol del paciente, el rol del médico. En esta perspectiva el sistema médico-paciente es de naturaleza no mercantil; los roles son recíprocos y simétricos y la terapia médica se considera como un proceso de certificación de la incapacidad, aislamiento y reparación-reactivación de la capacidad (retorno del paciente al estado de no enfermedad y a su condición para el desempeño de roles

y tareas). Tales roles cumplen funciones respecto al equilibrio dinámico del sistema. Se concibe a la atención médica como agente de conformidad y control social, cuyas prácticas se orientan a superar la enfermedad en el individuo. Un nivel demasiado bajo de salud es disfuncional para el sistema, puesto que incapacita a los individuos para desempeñar efectivamente sus roles (López y Blanco, 1994). Las respuestas se estructuran socialmente a través de roles; los comportamientos del usuario y del otorgante expresan funciones definidas para cada rol social, en tanto presuponen que las necesidades de todas las sociedades son semejantes y sus valores son universales, variando únicamente el orden de importancia que cada sociedad les asigna. Esta visión es esencialmente ahistórica.

Asimismo, el concepto de necesidad de salud se recorta al definirlo como una situación que requiere cuidado o atención, que genera demanda y representa, por tanto, un potencial de demanda de servicios de salud. En un extremo se propone la atención a la salud como parte del sistema de recompensas de una sociedad, mientras que en sociedades donde la conciencia social y la igualdad tienen una jerarquía mayor en la escala de valores, la atención a la salud se considera más como un derecho que como una gratificación (Donabedian, 1988).

El diagnóstico del Banco Mundial en 1993 traza una línea de política social neoliberal frente a una compleja situación demográfica y epidemiológica en el mundo, caracterizada por graves desigualdades regionales, rezagos y polarizaciones entre países y grupos sociales. Se limita a recomendar el apoyo de los gobiernos a las iniciativas de las unidades familiares, la capacitación a las mujeres y, la educación de las niñas como futuras "cuidadoras eficientes" de la salud familiar. Asimismo, propone la definición de un paquete de servicios esenciales clínicos y de salud pública (López y Blanco, 1996) y justifica un mundo bipolar para la salud, en donde los "pobres" acceden a un conjunto de intervenciones públicas en salud, simplificadas y rentables en términos de costo-efectividad sólo para paliar los daños o la muerte de aquellos que no pueden

resolver sus necesidades en el mercado y/o para disminuir el conflicto social con pocos recursos y sin transformar sus condiciones de vida, y la población "no pobre" resuelve sus necesidades de salud en el mercado, anulando para ambos la condición de ciudadanía (López, 1994; López, 2004).

1.4. El Estado neoliberal y el combate a la pobreza: la lógica que subyace a Oportunidades

Las intervenciones en salud como el Programa Oportunidades son creadas y sustentadas en el Estado a través sus diversas instituciones. A partir de 1982, el Estado de bienestar mexicano fue sustituido por el estado neoliberal como consecuencia de las políticas de ajuste estructural impulsadas por el Banco Mundial (BM) y por el Fondo Monetario Internacional (FMI). A partir de entonces, se implementó una política económica excluyente e injusta (De la Peña, 1994, Zermeño et al., 1999).

Este nuevo Estado refleja su poder en el tamaño de su riqueza y, finalmente, en su participación en el mercado. La política social es replanteada con el propósito de racionalizar los recursos, abaratar los costos, simplificar la prestación de servicios y redefinir las poblaciones a las que se orienta por medio de la asistencia focalizada y la privatización selectiva de la producción estatal de bienes y servicios (López, 1992).

La asistencia focalizada, y en general el concepto *focalización*, se refiere a la identificación de poblaciones que por su condición socioeconómica, califican para recibir los servicios y/o las intervenciones en materia de salud (BM, 1993; PND, 1990) con la finalidad de restringir la actividad a los grupos pobres y al interior de los mismos, focalizar su quehacer en algunos subgrupos (López, 1994).

El Estado tiene la capacidad y la obligación de responder a las demandas reales de la población y al cumplimiento en materia de salud, según el artículo 4º constitucional: derecho a la protección a la salud, a través del reordenamiento de

la economía para transformar y modernizar los servicios y distribuirlos de manera equitativa. A pesar de ello, el Estado no está cumpliendo con estas demandas y bajo el pretexto de la universalización de los servicios de salud se crean programas como Oportunidades y el Seguro Popular.

El Programa Oportunidades sigue los ejes impulsados desde 1982 en materia de política de salud que responden al modelo de neobeneficencia. Entre estos ejes destaca la transferencia de responsabilidades del Estado a individuos y familias, cambios de perspectiva: de universalidad a focalización, de desarrollo social a combate a la pobreza, de derechos a igualdad de oportunidades, de integralidad a fragmentación y limitación del ámbito de acción a la oferta de paquetes básicos (López, 2005, Vilas, 1995) debido a un fuerte componente privatizador característico de la nueva política de salud mexicana. Esta última tiene que ver con las propuestas de "democratización" del sistema sanitario entendida desde el gobierno como una mayor participación de la sociedad en la que el acceso a los servicios de salud depende de la capacidad de pago de la población. Quienes no pueden comprar un seguro o pagar servicios privados, se encuentran limitados a recibir tan sólo el Paquete Esencial de Servicios de Salud con el que, de acuerdo con los documentos oficiales, se pretende ampliar la cobertura de los servicios. Estas acciones, lejos de combatir la estratificación social dividen a la población y polariza la desigualdad que dice combatir (Tetelboin et al., 2005).

La focalización en el programa Oportunidades es una de sus características más criticables. Se ha encontrado que la selección de beneficiarios en una localidad favorece el rompimiento de la cohesión social entre sus miembros debido a que las diferencias en el nivel de pobreza que hay entre ellos son casi imperceptibles pero los apoyos llegan a unos y otros son excluidos. Frente a este tipo de críticas los impulsores de este programa argumentan que para la correcta selección de los beneficiarios – los pobres extremos – no sólo se contempla el ingreso económico de las familias sino que se caracteriza socioeconómicamente a los hogares según tipo de vivienda, posesión de bienes, ocupación, tamaño del hogar, edades de los

miembros, escolaridad y otras variables. Se realiza, asimismo, un cálculo del ingreso total del hogar menos el aportado por los miembros de 8 a 18 años de edad, se calcula el ingreso per cápita y se compara con el costo de la canasta básica alimentaria. Del cálculo del costo de la canasta básica alimentaria se define la línea de pobreza para la creación de una variable binaria (*dummie*) en la que el valor 1 corresponde a los hogares pobres (si el ingreso es menor que la línea de pobreza) y 0 a los no pobres (si el ingreso es mayor o igual a la línea de pobreza) (Skoufias et al., 1999).

La pregunta es qué peso tiene cada uno de estos aspectos mencionados en la clasificación que se realiza. El ingreso total sí juega un papel importante en la evaluación de los hogares. Es en este aspecto donde surge la discusión acerca de la complejidad en la definición del concepto "pobreza".Existen diversos criterios para clasificar a poblaciones e individuos como pobres y no pobres que reflejan la dificultad de construir parámetros eficientes para medir este atributo (Sen, 1992). La conceptualización de la pobreza representa un campo amplio de discusión ya que cada uno de los enfoques que se han planteado tienen ciertas limitantes y por ello la focalización de pobres extremos, en el caso de Oportunidades, siempre será cuestionable. De acuerdo con Sen (1992), hace falta una evaluación más exhaustiva de cada uno de los hogares, incluyendo sus percepciones acerca de cuánto es el ingreso que se requiere para satisfacer sus necesidades. También resulta importante diferenciar las necesidades entre cada comunidad, profundizando sobre lo que requiere cada población en particular.

Quizás un método más adecuado para medir la pobreza sea el de Encuesta Especialmente Diseñada, propuesto por Boltvinik (1990). A través de ésta se capta información de cinco factores determinantes de la satisfacción de necesidades básicas: ingresos y gasto en consumo corriente por rubros; derechos de acceso; activos que proporcionan servicios de consumo; tiempo disponible para educación, descanso, recreación y trabajo en el hogar y activos que no proporcionan servicios de consumo básico. Incluye también la medición de fuente de ingresos, ocupación,

morbilidad y mortalidad. No obstante, el uso apropiado de este tipo de evaluaciones implicaría un gasto excesivo al presupuesto del Programa Oportunidades. Paralelamente, la inclusión de la satisfacción o insatisfacción del derecho al acceso – ya sea en salud, educación o alimentación –clasificaría como "pobre" a un número mucho mayor de hogares de los que ahora son beneficiarios, lo cual revelaría la incapacidad de la intervención para el combate a la pobreza.

El concepto de pobreza se ha utilizado últimamente para focalizar en esta población los programas de neobeneficencia, en detrimento de la universalización del acceso al empleo, a los servicios, al esparcimiento, y a otros satisfactores con la finalidad de asegurar la igualdad y la equidad entre las personas. Es muy probable que el programa rompa con el círculo vicioso de la pobreza extrema en los hogares beneficiarios; sin embargo, también lo es, el que estos hogares se conviertan en los nuevos pobres moderados. En tanto, los que en un principio cayeron en esta clasificación y, por tanto, fueron excluidos del programa, se convertirían potencialmente en los nuevos "pobres extremos".

Desde la perspectiva del gobierno federal mexicano, Oportunidades es el principal programa social dirigido a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza mediante transferencias en efectivo y "acciones integradas" en salud, educación y alimentación.

De acuerdo con las Reglas de Operación del programa Oportunidades 2007 el objetivo general es apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema con el fin de potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, a través del mejoramiento de opciones en educación, salud y alimentación, además de contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y calidad de vida.

El componente salud opera bajo cuatro estrategias específicas:

- Proporcionar gratuitamente el Paquete Básico de Servicios de Salud el cual constituye un beneficio irreductible a través de las Estrategias de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida o PREVENIMSS, de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida de cada persona.

- Promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, en especial, prevenir y atender la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas o en lactancia, mediante la entrega de complementos alimenticios, la vigilancia y el monitoreo de la nutrición de los menores de cinco años, de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, el control de los casos de desnutrición y la educación alimentario-nutricional.
- Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en materia de salud, nutrición e higiene.

- Reforzar la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional.

El documento de las reglas de operación también menciona que las acciones adicionales para mejorar el modelo de prevención y promoción de la salud, deberán realizarse conforme a los modelos y protocolos de atención de cada uno de los proveedores de los servicios de salud, están dirigidas a cada uno de los miembros de las familias beneficiarias con énfasis en las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y en los niños menores de cinco años.

Se pondrá cuidado especial en la detección oportuna y el tratamiento de las niñas y niños con diversos grados de desnutrición, reforzando la vigilancia de su peso y talla, promoviendo el consumo del complemento alimenticio y otorgando orientación alimentaria.

Los talleres comunitarios de capacitación para el autocuidado de la salud a los integrantes de quince años o más y a los becarios de educación media superior se

realizarán con la finalidad de promover cambios de actitudes y hábitos a favor de la salud, tratando de arraigar una actitud preventiva y de autocuidado, y ofreciendo información accesible que considere sus particularidades étnicas y culturales, así como sus valores, usos y costumbres.

Las instituciones estatales de salud, a través de los programas regulares del sector con la participación que corresponda al gobierno federal, de acuerdo a los recursos presupuestarios disponibles aplicarán una estrategia de fortalecimiento de la infraestructura de salud. Igualmente, se procura un trato digno y de calidad a los usuarios con base en programas como la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud.

Asimismo, en el citado documento se asegura que la atención a la salud se proporcionará mediante acciones de carácter principalmente de promoción de la salud y detección oportuna de enfermedades de mayor impacto en salud pública, sin descuidar aspectos curativos y de control de los principales padecimientos.

En los casos de acciones de bajo grado de complejidad contenidas en el Paquete Básico de Servicios de Salud estas podrán ser realizadas por personal técnico de salud, y auxiliares o asistentes rurales de salud debidamente capacitados y supervisados por el personal médico.

El paquete irreductible de servicios se proporciona gratuitamente a las familias beneficiarias a través de citas programadas, conforme a las acciones por grupo de edad, sexo y evento de vida de acuerdo al protocolo de atención específica para cada uno de los proveedores de los servicios de salud.

El cuadro 1.2 muestra las estrategias de prevención y promoción de la salud durante la Línea de Vida y PREVENIMSS.

Cuadro 1.2. Paquete Básico de Servicios de Salud. Estrategias de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida y PREVENIMSS

Servicio	Acciones
Saneamiento básico a nivel familiar	- educación para la salud - disposición adecuada de excretas - control de la fauna nociva - desinfección domiciliaria del agua - eliminación sanitaria de la basura
Planificación familiar	- orientación y provisión de métodos anticonceptivos - identificación de la población en riesgo - referencia para la aplicaión del DIU, oclusión tubaria bilateral, vasectomia y manejo de infertilidad - educación y promoción de la salud reproductiva
Atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido	- educación para la salud - identificación de embarazadas - consulta prenatal de primera vez - consulta prenatal subsecuente - aplicaión del toxoide tetánico y diftérico - suministración de hierro y ácido fólico - identificación y referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo - consejería de salud reproductiva y planificación familiar, individual o a la pareja - atención del parto y cuidados inmediatos del recién nacido - detección y referencia del recién nacido con problemas - aplicación de vacunas SABIN y BCG al recién nacido - atención del puerperio - promoción de la lactancia materna
Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil	- educación para la salud - identificación de menores de cinco años - diagnóstico del estado de nutrición mediante el indicador peso para la edad - seguimiento del niño sin desnutrición seguimiento del niño con desnutrición - orientación nutricional - referencia y contrarreferencia de casos - capacitación a las madres

	- suministración de micronutrimentos
Inmunizaciones	- administración de vacunas conforme a lineamientos de la cartilla nacional de vacunación y ala normatividad oficial mexicana establecida para este rubro - promoción y educación para la salud
Manejo de casos de diarrea en el hogar	- capacitación y adiestramiento a las madres - tratamiento de los casos - distribución y uso de sobres vida suero oral - educación para la salud y referencia de casos complicados
Tratamiento antiparasitario a las familias	- educación para la salud - suministración periódica de antiparasitarios a los miembros de la familia
Manejo de infecciones respiratorias agudas	- educación para la salud - capacitación a las madres - referencia oportuna para el tratamiento de casos complicados - tratamiento específico
Prevención y control de la tuberculosis pulmonar	- educación para la salud - identificación de tosedores sintomáticos respiratorios - realización del diagnóstico - tratamiento primario - estudio de contactos - establecimiento de medidas de protección - tratamiento acortado y estrictamente supervisado
Prevención y control de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus	- educación para la salud - detección, diagnóstico y tratamiento de casos - control de casos
Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones	- otorgamiento de primeros auxilios en caso de heridas, quemaduras, luxaciones, fracturas expuestas y envenenamientos - referencia de los casos - educación y promoción para la salud, incluyendo la prevención de accidentes
Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud	- educación para la salud - promoción de la salud - apoyo a las campañas de salud - protección de las fuentes de abastecimiento de alimentos

	para el autoconsumo - cuidado de la salud en general y el uso de los servicios
Prevención y detección del cáncer cérvico uterino	- educación para la salud - promoción de la salud a grupos de riesgo - detección oportuna a través del estudio de citología cérvico vaginal, orientado a la identificación temprana de alteraciones en las células del cuello uterino y al manejo oportuno - control, seguimiento y referencia de las pacientes con resultados positivos

Fuente Reglas de Operación del programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2007. Disponible en www oportunidades gob.mx

Capítulo 2. Las necesidades de atención a la salud y sus expresiones en el socio-territorio.

2.1. El uso del socioterritorio en la aproximación a la salud-enfermedad de los colectivos

Desde hace algunos años se ha trabajado en la reformulación del conocimiento epidemiológico y el desarrollo teórico-metodológico para el estudio del proceso salud-enfermedad a partir del marxismo. Algunos modelos consideran que las variables de clasificación definidas en términos individuales son suficientes para reconstruir el componente social (p.e. escolaridad, ingreso, alfabetismo) y, a partir de su asociación con el daño investigado son consideradas determinantes para la aparición de éste (Mosley, 1984; Hertzman, 1990 citados en López y Blanco, 1994), se mantiene oculta la determinación social así como la responsabilidad de los sujetos históricos, la realidad compleja de los procesos se fragmenta en sus partes, cada una de las cuales se analiza autónomamente sin tener en cuenta las determinaciones estructurales (Pradilla, 1992).

Otros proponen categorías más generales y complejas que deben ser desdobladas en variables relacionales para la exploración del plano empírico. Por ejemplo: género, espacio socio-histórico y clase social, determinan maneras particulares de producir y consumir por parte de los grupos, que se manifiestan en formas específicas de protección/deterioro de la salud (Oliveira, 1989; Blanco, 1991; Breilh, 1992 citados en López y Blanco, 1994). Entre los principales esfuerzos se encuentra el desarrollo de categorías intermedias de análisis para operacionalizar las categorías generales. Se ha dado especial importancia a las categorías "reproducción social", "proceso de trabajo" y "clase social" debido a que expresan la relación del hombre con la naturaleza y con otros hombres y determinan la calidad de vida conformada por las condiciones materiales y socioculturales de las que el proceso salud-enfermedad es componente y resultante (Blanco, 1991), por ejemplo, cada una de las distintas clases que conforman los grupos poblacionales, participan en la reproducción de la vida social

y están sujetas a las condiciones materiales de vida (Breilh, 1984). Las relaciones de los seres humanos entre sí y con la naturaleza se concretan en tiempo y espacio definidos históricamente. Ese espacio es el resultante de dichas relaciones (Blanco, 1991).

Una de las aproximaciones teórico-metodológicas que se ha desarrollado dentro de esta reformulación es el acercamiento a los riesgos y los daños para la salud en términos de su expresión socioterritorial. El interés principal se encuentra en analizar el peso de la espacialidad en la determinación y distribución de la enfermedad y la muerte como hechos colectivos. Esta aproximación se ha constituido como un recurso metodológico y como una mediación entre los determinantes más generales del proceso salud-enfermedad y su expresión concreta en poblaciones, territorios y tiempos particulares. Los conceptos "espacio", "región" y "territorio" tienen un mismo significado aunque, en mayor medida, el primero se ha utilizado para estudios urbanos, el segundo para estudios en medios rurales y el tercero para contemplar al ámbito territorial de manera general. El fundamento de la utilización del territorio reside en la distribución socialmente diferenciada del mismo por la que se conforman áreas relativamente homogéneas en las que los distintos grupos comparten los mismos soportes materiales de la reproducción en el ámbito del consumo. Asimismo, se plantea que en dichas áreas el equipamiento arquitectónico y de servicios establece condiciones particulares de reproducción que determinan la calidad de vida y los perfiles de riesgos/ daños/ atención de la población asentada en ellas (Blanco y López, 2007).

El territorio es visto, así, como "el escenario en el que se observan objetivamente las condiciones que determinan la calidad de la vida y a las que se les atribuye, por tanto, vinculación estrecha con el proceso salud-enfermedad. A una distribución socialmente diferenciada del territorio se corresponderá cercanamente un patrón diferencial de morbi-mortalidad. El punto de partida de esta aseveración es la relación determinante de las condiciones de vida sobre los perfiles de daño

de los distintos grupos sociales" (Blanco y Sáenz, 1994). Se subraya la afirmación de que las condiciones de vida tienen una expresión territorial y pueden ser observables a través de las características de la vivienda, la alimentación, el vestido, el acceso a los servicios de educación y atención médica y las posibilidades de utilización positiva del tiempo libre, entre otras (Blanco y López, 2007). Al respecto, debe tomarse en cuenta que en la producción y apropiación social de las estructuras territoriales, regionales y urbanas han influido negativamente la reducción estructural del papel del Estado, la reducción del gasto público, la desregulación y el declive o extinción de la planeación global y territorial (Pradilla, 1992). En un estudio realizado por Breilh (1984) los aspectos que tuvieron una relación más directa con los problemas de salud en el territorio fueron el consumo del espacio o el uso residencial del mismo y la oferta de servicios de salud. Este último aspecto tuvo especial influencia como efecto moderador frente al comportamiento de la morbilidad en el espacio estudiado (Breilh, 1984).

Blanco (2006) define al territorio como una articulación específica del conjunto de relaciones, condiciones y procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales en un ámbito geográfico concreto, que incluye tanto las particularidades geofísicas como el equipamiento básico, servicios, tipo y calidad de la vivienda, así como, características económicas, sociales y culturales de la población ahí asentada (Blanco, 2006). Castells, por su parte, lo define no sólo como un espacio geográficamente determinado sino como una determinación específica de la sociedad que

> *"...expresa unas relaciones de producción, una forma de aplicar la tecnología a la naturaleza, una tradición cultural, unas relaciones de poder, una historia y una práctica cotidiana. Pero el conjunto de esas expresiones no es la reproducción 'en pequeño' de lo que es la sociedad global 'en grande'. Es una expresión específica, según el desarrollo histórico del conjunto de esos procesos en el ámbito territorial determinado"* (Castells, 1985 citado en Blanco, 1991).

Otros autores como Sinnecker (1971), Pessoa (1978), Barata (1988), Barreto (1982) y Santos (1996), entre otros, han contribuido al desarrollo de conceptos como "medio geográfico", "territorio nosogénico" y "espacio" por mencionar algunos. El concepto de "espacio" de Milton Santos (1996) constituye una de las referencias más importantes producidas en Brasil. Conceptualiza el espacio como *"un conjunto indisociable de sistemas de objetos y sistemas de acciones, un espacio que resulta de las relaciones entre la materialidad de las cosas y la vida que les da movimiento y las transforma. La configuración territorial es una producción histórica resultante de esas relaciones. Las acciones provienen de las necesidades humanas: materiales, espirituales, económicas, sociales, culturales, morales, afectivas. El espacio es hoy un sistema de objetos cada vez más artificiales, poblado de sistemas de acciones igualmente imbuidos en artificialidades. Por un lado, los sistemas de objetos condicionan la forma como se dan las acciones y, por otro lado, el sistema de acciones lleva a la creación de objetos nuevos o se realiza sobre objetos preexistentes. Es así como el espacio encuentra su dinámica y se transforma* (Santos, 1996 citado en Czeresnia y Ribeiro, 2000, p.601).

Entre los autores citados en párrafos anteriores, Castells propone la identificación de los elementos que conforman los procesos que refiere en su definición de territorio. Los agrupa en dos conjuntos. El primero se conforma por las *relaciones de producción* que pueden ser identificadas por las siguientes preguntas:

- ¿Quién produce para quién y qué se produce para qué?
- ¿Quién paga a quién, cuánto y cómo?
- ¿Cómo se produce y de qué depende que se produzca así?
- ¿De dónde viene el capital y de dónde viene el trabajo?
- ¿A dónde van las ganancias y a dónde van los hijos de los trabajadores?

El segundo conjunto lo conforman las *fuerzas productivas específicas del territorio*; las preguntas propuestas por Castells para identificarlas son las siguientes:

- ¿Qué tipo de espacio físico es?
- ¿Qué recursos naturales hay?
- ¿Qué tecnología se aplica y cómo se aplica?

Los criterios de delimitación de los territorios son muy diversos. Los que han sido utilizados con mayor frecuencia son los político-administrativos, económicos, ecológicos y etnolingüísticos, entre otros. La utilización de estos criterios puede hacer parecer a las regiones o espacios como relativamente homogéneos, mientras que al emplear otros criterios, por ejemplo, el geográfico, los antecedentes históricos, las formas y los procesos productivos dominantes, es posible reconstruir territorios bien diferenciados (Blanco, 1991). La producción, por ejemplo, determina ciertas condiciones inmediatas de la reproducción de la fuerza de trabajo que consume y define el campo real de los valores de uso consumibles y las condiciones de su apropiación real (Pretéceille, 1977).

Tal diferenciación es inter-territorial e intra-territorial. En esta última puede observarse el incremento del deterioro de las prácticas colectivas y cuestionarse la concepción generalizada de "comunidad" como un todo homogéneo; un agrupamiento de personas que comparten un territorio, con problemas y necesidades comunes, pero en donde existe un vacío organizativo que hay que llenar (Blanco, 1991).

Los miembros de una comunidad pueden compartir una cultura pero al mismo tiempo están diferenciados por el sistema económico-social que les rodea, el cual determina la posesión de los medios de producción, la posición dentro de la estructura social y la proporción en que acceden a bienes comunes. Estos últimos pueden ser entendidos como los soportes materiales del territorio que, en general, se definen como el conjunto de objetos físicos durables, socialmente producidos y que se insertan de manera estable en éste y que están conformados por la infraestructura (edificaciones, equipamientos e instalaciones) que posibilita las condiciones materiales de vida de la población en determinadas condiciones

histórico-sociales. Todo tipo de viviendas y lugares de habitación; las obras y redes básicas de los servicios de agua potable, drenaje, energía eléctrica y comunicaciones; las vías y medios de transporte de pasajeros; las edificaciones con su respectiva dotación de centros comerciales y educativos en general; los hospitales, unidades y servicios de salud; los parques, campos deportivos y demás instalaciones recreativas (Blanco, 1991). Mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas, la calidad de vida de una sociedad o grupo poblacional será mejor (Blanco y López, 2007).

Las investigaciones realizadas desde el enfoque territorial pueden agruparse en: a) las que enfatizan el problema de la determinación y la distribución diferenciada socioterritorialmente del proceso salud-enfermedad, y b) las orientadas al estudio de dicha relación para estudiar las necesidades de atención y/o la gestión y administración de los servicios de salud. Los abordajes han sido diversos, algunos se orientan a la reconstrucción teórica de categorías como calidad/condiciones de vida y territorio como naturaleza humanizada. Otros destacan la utilización de dichas categorías como recurso metodológico para localizar poblaciones o zonas de riesgo; otros más, investigan las estrategias y vulnerabilidad de grupos sociales específicos ante problemas concretos de salud/enfermedad/atención en territorios particulares; un último grupo se basa en la investigación acción (Ríos y Gasca, 2005 citados en Blanco y López). Una de las razones por las que la temática ha adquirido relevancia en los últimos años es la posibilidad de identificar territorios y poblaciones que requieren políticas públicas específicas para atenuar o modificar su vulnerabilidad socioterritorial (Blanco y López, 2007).

2.2. Uso de variables censales para la reconstrucción de territorios

Mediante el uso de variables censales puede obtenerse sólo una aproximación a las condiciones territoriales de regiones o espacios. Dentro de las principales desventajas en su utilización se encuentran la limitación a las variables incluidas en el censo y la limitación a la forma en que fueron formuladas y recolectadas. Se tiene la ventaja de coincidir con las unidades de registro de hechos vitales y con la estructura administrativa de toma de decisiones (López y Blanco, 1996). Para caracterizar los perfiles de enfermedad y muerte de los territorios mediante información de fuentes secundarias pueden utilizarse variables como mortalidad, esperanza de vida al nacer, desnutrición, deterioro fisiológico prematuro, frecuencia de enfermedades y complicaciones de las mismas, en caso de que este tipo de datos esté disponible. Puede realizarse una primera aproximación a la reconstrucción de los territorios mediante el uso de variables censales que se correspondan con algunas de las preguntas propuestas por Castells, según el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1. Relaciones de producción. Variables censales recomendadas para su reconstrucción.

Pregunta guía	Variables censales relacionadas
¿Quién produce y qué se produce para qué?	-Actividad productiva dominante (APD). -Porcentaje de PEA[1] en la APD. -Principales productos finales. -Destino de los productos.
¿Quién paga a quién, cuanto y cómo?	-Origen de los recursos económicos para la producción. -Propiedad de los medios de producción. -Promedio del número de salarios mínimos mensuales que recibe la PEA en la APD.
¿cómo se produce y de qué depende?	-Recursos y/o tecnología utilizados para la realización de la APD. -Actores que aportan los recursos y/o tecnologías para la APD.

Fuente: Blanco, J. (1991) "Región y clase social en la determinación de la enfermedad: el caso de la meseta tarasca (Michoacán)" en: Almada, I (coord.) Salud y crisis en México. Más textos para el debate. Cuadernos del CIIH. Serie Seminarios 2. México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, UNAM, 205-247.

[1] Población Económicamente Activa.

Generalmente, la información censal disponible a nivel localidad es insuficiente incluso en los registros municipales; por tanto, para complementar las preguntas

incluidas en el cuadro es necesario realizarlas a cada uno de los sujetos de investigación. En cuanto a la exploración empírica de variables e indicadores socioterritoriales se recomienda incluir en el cuestionario o entrevista lo que se describe en el Cuadro 2.2.

Cuadro 2.2. Variables e indicadores para la exploración empírica de la Inserción en la producción y la participación en el consumo*

Inserción en la producción	
Variables	**Indicadores**
Lugar en la producción	Ocupación principal Ocupación secundaria Ocupaciones complementarias Situación de empleo Tipo de contratación Compra/venta de fuerza de trabajo
Relación con los medios de producción	Propiedad de los medios de producción
Papel en la organización del trabajo	Nivel de escolaridad Número de trabajadores a cargo
Participación en el consumo	
Variables	**Indicadores**
Vivienda	Tipo Calidad Conexión a servicios Relación jurídica Gasto mensual
Abasto	Lugar de abastecimiento Gasto semanal en despensa
Transporte	Medio de transporte Tiempo de traslado
Educación	Número de hijos inscritos en la escuela Tipo de educación
Tiempo libre	Días de descanso semanal
Salud y seguridad social	Derecho a la atención médica Uso real del servicio médico Derecho a otras prestaciones

Fuentes Conferencia impartida a los alumnos de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, febrero de 2006 y Blanco, J. (1991) "Región y clase social en la determinación de la enfermedad: el caso de la meseta tarasca (Michoacán)" en Almada, I (coord) Salud y crisis en México Más textos para el debate. Cuadernos del CIIH. Serie Seminarios 2 México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, UNAM, 205-247

*Se considera a estas variables como expresiones objetivas de procesos económicos-sociales concretos. Además de las incluidas en el cuadro, Blanco propone otras variables como el vestido, la alimentación y el agua para consumo humano, así como el tipo de programas y acciones de salud que se implementan aunque no presenta indicadores para dichas variables (Blanco, 1991)

En la investigación médico social se diferencian dos momentos constitutivos de la reproducción social: el momento de producción y el momento de consumo observados en los procesos de reproducción de la fuerza de trabajo y de la

población en general realizados, principalmente, en la vivienda y su entorno. La vivienda constituye el referente material que más explícitamente puede diferenciar las particularidades de la producción social del territorio, modelando las condiciones de vida del grupo doméstico. Se reconoce como componente esencial de las viviendas la conexión a servicios de abastecimiento de agua, disposición de excretas y energía eléctrica (Blanco y Sáenz, 1994).

Otros aspectos a considerar en la reconstrucción de los territorios son los procesos históricos. En el estudio "Región y clase social en la determinación de la enfermedad: el caso de la Meseta Tarasca (Michoacán)" (Blanco, 1991), se reconstruye la historia de las regiones con base en los siguientes puntos:

- Antecedentes de la implementación del modelo capitalista.
- Actividades productivas dominantes precedentes.
- Procesos migratorios de la población general y, particularmente de los trabajadores.
- Historia de tenencia y despojo de tierras.
- Historia de la explotación de los recursos naturales.
- Transformaciones de las actividades de los trabajadores (p. e. cambio de campesinos y/o artesanos a trabajadores no calificados en construcción o servicios ya sea en la capital del país o en el extranjero, principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica).

Capítulo 3. Una propuesta para la aproximación a las necesidades de atención a la salud en poblaciones y socioterritorios concretos.

3.1. La mirada cualitativa desde el enfoque médico social.

La medicina social tiene como propósito analizar el proceso salud-enfermedad como un hecho social determinado por las condiciones históricas y sociales concretas abordando el análisis de su distribución y de sus determinantes en articulación con otros procesos sociales (Blanco y Saénz, 1994).

Generalmente, las aproximaciones hacia el objeto de estudio de la medicina social se han basado en investigaciones de carácter cuantitativo con la finalidad de relacionar los procesos macrosociales con las formas de enfermar, de buscar y de recibir atención y de morir de las colectividades. Cabe señalar que homogeneizar a las poblaciones no ha sido uno de los objetivos de esta corriente de pensamiento en salud, por el contrario, se busca mostrar la diferenciación existente en materia de salud-enfermedad así como su determinación socio-histórica.

La gran diversidad de investigaciones y reflexiones realizadas al respecto han arrojado resultados que sugieren continuar con la exploración empírica de los procesos de salud-enfermedad y su relación con las categorías analíticas desarrolladas desde el enfoque médico social. Por una parte, como ya se mencionó, a través del análisis cuantitativo se ha podido obtener un panorama general de las manifestaciones en salud-enfermedad que se derivan de la relación de los diferentes determinantes sociales de dicho proceso. Por otro lado, a pesar de que el enfoque cualitativo ha sido poco utilizado se han podido reconocer procesos de apropiación desigual de los bienes, satisfactores y beneficios producidos socialmente y relaciones de dominación/subordinación; así como entender los procesos de determinación social de la salud/enfermedad/atención,

obteniendo una visión más integral de la producción colectiva de las condiciones de salud y de las respuestas sociales para enfrentarlas (Blanco y Sáenz, 1994).

A pesar de las posibles dificultades para abordar este tipo de estudios y de las criticas y desconfianza de que han sido objeto, la orientación cualitativa se presenta cada vez con mayor difusión en el campo de la actividad científica posiblemente como respuesta a los desafíos contemporáneos, sobre todo, en el área de la salud, que por su complejidad y multidimensionalidad, puede lograr simultáneamente, al lado de los avances en conocimientos y soluciones técnicas, un desarrollo más intenso del componente humano, campo de los estudios cualitativos (Mercado y Bosi, 2007).

Además, esta perspectiva permite estudiar los fenómenos en su contexto intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos. La atención se focaliza en la multidimensionalidad, anteriormente mencionada, propia de la realidad social asumiendo su carácter dinámico e histórico, así como la intervención no neutra de los valores tanto en las personas entrevistadas como en el propio investigador (Calderón, 2002).

Mercado y Bosi (2007) señalan que debido a la hegemonía del modelo biomédico existe un gran vacío de formación en la tradición de investigación cualitativa en salud que es bastante perceptible en los estudios hechos al respecto. Además, mencionan de manera particular, que los estudios médico sociales han relegado, en lo que se refiere a la salud, las prácticas subalternas y la auto-atención, al priorizar sus análisis en las prácticas médicas hegemónicas como son las políticas públicas y los servicios de salud institucionalizados (Mercado y Bosi, 2007).

La realización de investigaciones de corte cualitativo, bajo la mirada médico social, contribuye a la mayor diversificación de los diseños metodológicos empleados hasta el momento, así como, a la posibilidad de reformular y enriquecer las categorías teóricas que han sido desarrolladas.

3.2. Principales hallazgos de las evaluaciones cualitativas realizadas al programa Oportunidades.

En el año 2000 Adato y colaboradores realizaron una evaluación al programa desde un enfoque cualitativo mediante entrevistas semi-estructuradas en la que encontraron que los beneficiarios se sentían *descontentos* o en desacuerdo con los aspectos operativos del programa, en particular, con la forma de seleccionar a los hogares beneficiarios (Adato, et. al., 2000).

En el mismo año se publicaron los resultados de otra evaluación de corte cualitativo en el que se encontró que los hogares beneficiarios del programa gastan todos sus apoyos en médicos y medicinas privados como respuesta ante problemas de atención o falta de medicamentos desapareciendo así cualquier impacto positivo del programa (Escobar, 2000).

Asimismo, en 2002, Hernández y colaboradores evaluaron el cumplimiento de metas, costos unitarios y apego del programa a las reglas de operación en una de las localidades beneficiarias. Se encontró que las beneficiarias entrevistadas sí tenían conocimientos acerca de la operatividad del programa, de las acciones en salud a las que tenían derecho, así como de las corresponsabilidades que adquirieron a partir de su incorporación al padrón de beneficiarios. Sin embargo, no se indagó acerca de la vivencia de estas mujeres y sus familias alrededor de los aspectos evaluados.

Tres hallazgos relevantes de ese estudio fueron, por un lado, que el 44% de los usuarios que demandaron atención en el año previo a la investigación, no pudieron ser atendidos. Por otro lado, el 32% de las usuarias mencionó que no se les proporcionaban medicamentos al asistir a consulta por alguna enfermedad. Al respecto de este último punto, el equipo de investigación acudió a la casa de salud de la localidad encontrando 10 claves de medicamento de un total de 66 claves

del cuadro esencial para el primer nivel de atención en los centros de salud y en los equipos de salud itinerantes de ese entonces. Por último, las entrevistadas manifestaron que en caso de requerir atención especializada se les refería al hospital municipal correspondiente a su localidad (Hernández, et. al., 2002).

En ninguno de los casos se indagó acerca de las respuestas de los y las beneficiarias frente a las problemáticas reportadas quedando un vacío en el conocimiento acerca del uso de los recursos disponibles familiarmente y localmente.

En 2004, el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) realizó la Evaluación Cualitativa de Mediano Plazo del Programa Oportunidades en zonas rurales concentrándose particularmente en el componente de sesiones educativas en salud. Se encontró que hay un impacto positivo sobre todo en los conocimientos en salud más que en las prácticas. Para superar esta situación, los investigadores recomendaron que el material pedagógico fuera particular para cada grupo étnico o grupo de edad, así como ajustar los temas a tratar tomando como base los conocimientos y las experiencias de los propios beneficiarios. Asimismo, se puntualizó que para que los conocimientos saludables que los usuarios adquieren en las sesiones sean llevados a la práctica habrá que mejorar su calidad de vida y su disponibilidad de recursos dentro de la localidad (Escobar y González, 2004).

En el año 2006, investigadores del Colegio Mexiquense realizaron una evaluación al programa Oportunidades incluyendo un componente cualitativo a través de grupos focales para la indagación de la satisfacción de los beneficiarios con la atención recibida en las unidades de salud, entre otros aspectos. Los resultados que se obtuvieron en cuanto a la atención recibida, en términos generales, fueron que la calidad de los servicios de salud es el tema de mayor concentración de inconformidades de las beneficiarias. Las quejas incluyeron desde los tiempos de espera en los centros de salud y la falta de amabilidad del personal médico y

directivo, hasta discriminación, falta de interés en las consultas y condicionamiento de ciertos servicios, aunque esto no ocurrió en todas las localidades, ni con la misma intensidad. Asimismo, se concluyó que además de los medicamentos, es importante que el mismo sistema de salud les pueda proveer los estudios y análisis que se requieren ya que el tratamiento se dificulta cuando no pueden realizarse los estudios solicitados por el médico debido a su alto costo. De la misma manera, los horarios de servicio de los centros de salud afectan severamente la percepción de la calidad del servicio (Hernández, et. al., 2006).

Finalmente, en 2008, se realizó la evaluación externa del programa Oportunidades a diez años de intervención, bajo la coordinación de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). El componente cualitativo de la evaluación consistió en conjuntar la visión de los proveedores de los servicios con la percepción de los usuarios acerca de condiciones específicas de salud/enfermedad/atención. Una de las contribuciones más sobresalientes de este estudio con respecto a todos los anteriores fue evidenciar la heterogeneidad de lo escenarios a través del análisis de microrregiones en cada estado. Las particularidades encontradas sirvieron para sustentar en sus análisis los obstáculos o ventajas que encontraron los hogares estudiados cuando tuvieron episodios de enfermedad por resolver.

Se señala como punto importante que aunque la precariedad de recursos, tanto humanos como materiales, para operar las instituciones públicas de salud es una constante, se da en distintos niveles entre las microrregiones estudiadas. Las evidencias se muestran al comparar las microrregiones de estados del sur, salvo algunas excepciones, con sus pares en los estados del norte. Encontraron que a mayor densidad de población indígena, mayores son las carencias de los centros de salud del Estado y, que, en general, las carencias de los servicios de salud se agravan en contextos de marginación geográfica de los territorios rurales, que son precisamente donde viven los hogares más pobres del país y donde hay una mayor concentración de familias indígenas. Además, independientemente de la calidad de los servicios que se ofrecen, existen francas dificultades de acceso a

los mismos, debido a las limitaciones de transporte, caminos y costos de traslado (SEDESOL, 2008).

De acuerdo con el documento publicado los hallazgos encontrados en cuanto al contexto en el que opera el programa Oportunidades, representarán, en todo momento, un impedimento para el cumplimiento de los objetivos de dicha iniciativa por lo que se señala que es imprescindible que la Secretaría de Salud asuma el compromiso de renovar sus estructuras y busque estrategias que hagan más eficiente y eficaz su labor.

Se concluye, entre otras cosas, que las condiciones socioestructurales en que viven los hogares rurales e indígenas y las desventajas propias del sistema sanitario, comprometen la calidad de vida de los hogares, y generan una acumulación de desventajas que influyen en su capacidad para tener acceso a la salud y para mantener un estado óptimo de la misma con el propósito de trabajar o estudiar, condiciones que dada su etiología estructural, difícilmente pueden ser modificadas por las acciones de Oportunidades. Se considera que el Paquete Básico Garantizado de Salud debe trabajarse a través de una lógica que comprenda los diferentes contextos culturales y asociarse con los otros sectores locales de la atención a la salud en contextos rurales e indígenas ya que, por lo común, en las acciones ofrecidas por el programa no se consideran contenidos y metodologías apropiadas a las realidades multiculturales (SEDESOL, 2008).

3.3. Concreción de una propuesta metodológica a partir del enfoque médico social.

El presente estudio se realizó utilizando metodología cualitativa con la finalidad de conocer las experiencias de quienes viven en la cotidianidad las expresiones de la relación entre los procesos macrosociales y el proceso salud/enfermedad/atención teniendo como base metodológica y analítica las características socioterritoriales de las localidades seleccionadas.

Si bien es cierto que el socioterritorio comprende toda una serie de particularidades regionales que pueden expresarse en variables censales, se enfatizaron las formas productivas dominantes, el origen de los recursos económicos de los hogares para su reproducción social, así como su pertenencia al padrón de localidades beneficiarias de Oportunidades.

Aunque en el presente trabajo no se pretende hacer una evaluación al programa Oportunidades, este se tomó como punto de partida para analizar la relación existente entre este tipo de iniciativas en salud y la determinación socioterritorial de las necesidades de atención de las poblaciones dado que es uno de los programas más representativos de las reformas neoliberales, además de ser el único que había sido instrumentado en las dos localidades de estudio.

Las formas productivas dominantes que se buscaron en ambas localidades fueron las que tienen que ver con el trabajo de la tierra, las localidades son, en esencia, campesinas. La diferencia entre ellas radica en las formas de producción, en las posibilidades de cultivar uno u otro producto y en el trabajo que lleva consigo el lograrlo

El origen de los recursos económicos con los que cuentan los hogares de cada localidad para su reproducción social provienen, sobre todo, de lo producido en el campo, sin embargo, los procesos de migración de los habitantes jóvenes de las localidades han generado fuentes alternas de recursos económicos para los hogares de ambas localidades. En una de estas, los migrantes se dirigen a los Estados Unidos de Norteamérica, en la otra, lo hacen hacia la capital del estado al que pertenece la localidad o hacia la capital de la República Mexicana. Como consecuencia de estos procesos, el origen, la cantidad y la frecuencia de envios de dinero difieren entre los hogares de cada localidad y por consiguiente, sus procesos de reproducción social también son diferenciados.

Para reconstruir los socioterritorios, se hicieron entrevistas estructuradas a los comisariados ejidales de cada una de las localidades basadas en las preguntas propuestas por Castells (1985). Además, se realizaron entrevistas, también estructuradas, a ancianos de las localidades con base en los puntos recomendados por Blanco (1991) para la reconstrucción de la historia de las localidades aunque la información recabada en este último aspecto fue insuficiente para tal propósito. En el apartado 2.2 de este documento se encuentran las preguntas guía para la reconstrucción de los socioterritorios así como los puntos a explorar para la reconstrucción de la historia de las localidades.

La necesidad de acercarse cualitativamente a las respuestas sociales ante los diversos problemas de salud de las poblaciones deriva de los hallazgos encontrados en los estudios referidos anteriormente, así como de la relevancia que, en materia de reformulación teórica, pudiera desprenderse del conocimiento de las experiencias cotidianas resultantes de las políticas públicas que operan en las localidades. Asimismo, el uso de metodología cualitativa, representa, potencialmente, una herramienta de gran utilidad en el estrechamiento de las brechas culturales que pudieran intervenir negativamente en el mejoramiento de las condiciones de salud de los sujetos.

Se realizaron cuestionarios y entrevistas estructuradas en quince hogares beneficiarios del programa Oportunidades de cada localidad seleccionada. El número de hogares estudiados responde a las recomendaciones hechas por Treviño (2007) acerca de la saturación teórica que, generalmente se logra con alrededor de doce entrevistas, de acuerdo con su experiencia en el campo cualitativo. A través de los cuestionarios se obtuvo información con respecto a la composición de los hogares, datos sociodemográficos de los miembros, inserción en la producción y participación en el consumo de algunos bienes y servicios, asimismo, se obtuvo un recuento de eventos de enfermedad y muerte a partir de su inscripción al padrón de beneficiarios del programa Oportunidades, estos datos fueron utilizados como base para la realización de las entrevistas. La versión final

de los instrumentos se obtuvo después de la realización de una prueba piloto en dos localidades similares a las elegidas para el estudio; la localidad Hula en la Sierra Norte de Puebla, ubicada a una hora y media de Petlacotla, y la localidad Santa Ana Matlavat perteneciente al municipio de Aculco en el Estado de México. El cuestionario aplicado y el guión de las entrevistas realizadas en las localidades de estudio pueden ser consultados en el Anexo A de este documento.

El análisis de los datos recolectados a través del cuestionario aplicado en los hogares se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 10, con la finalidad de caracterizar a los hogares de estudio. La información cualitativa se analizó por medio de matrices de datos.

La mayoría de las informantes fueron mujeres debido, principalmente, a que en ambas localidades ellas se encontraban en la vivienda al momento de solicitar las entrevistas y a que ellas tienen, generalmente, mayor conocimiento acerca de las condiciones de salud y enfermedad de los miembros del hogar en el que viven, sin embargo, no se descartó la posibilidad de entrevistar a cualquier persona mayor de edad que estuviese presente y tuviera los conocimientos necesarios para la obtención de la información.

La combinación de un instrumento cuantitativo y uno cualitativo surgió del interés de acercarse al conocimiento de las formas diferenciadas en que se estructura la realidad según cada sociedad y cada grupo ya que existe tanto información que puede ser documentada a través de instrumentos estadísticos como otra que sólo puede conocerse a través de la metodología cualitativa, por ejemplo, los relatos de las vivencias que cada grupo experimenta (Cortés, et. al., 1996), mismas que son también producto y manifestación de las condiciones objetivas y estructurales en que viven los colectivos humanos (Mercado y Bosi, 2007).

En el Cuadro 3.1 se resume el diseño metodológico del presente estudio.

Cuadro 3.1. Diseño metodológico.

Característica	Especificación
Tipo de estudio	Transversal, observacional y analítico de corte cualitativo
Unidad de análisis	Localidades con características socioterritoriales distintas
Unidad de observación	Hogares beneficiarios del programa Oportunidades que habiten en las localidades seleccionadas
Técnica para la obtención de información	- Selección de dos localidades socioterritorialmente diferenciadas por conocimientos previos de la investigadora, con énfasis en las formas productivas dominantes y en los procesos de migración. - Selección de quince hogares beneficiarios del programa Oportunidades en cada localidad. - Aplicación de un cuestionario previo a la entrevista para la obtención de información sociodemográfica de los miembros de cada hogar, inserción en la producción y participación en el consumo de algunos bienes y servicios, recuento de eventos de enfermedad y muerte a partir de su inscripción al padrón de beneficiarios del programa Oportunidades. - Realización de entrevistas estructuradas en cada hogar acerca de las experiencias vividas alrededor de la atención de los eventos de enfermedad y muerte refendos en el cuestionario previamente aplicado - Realización de entrevistas estructuradas a los comisariados ejidales y a algunos ancianos de cada localidad acerca de las caracteristicas socioterritoriales y de los aspectos históricos de cada lugar.
Técnica para el análisis de la información	- Los datos recolectados a través del cuestionario se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 10 para caractenzar a los hogares de estudio. -La información derivada de las entrevistas acerca de las experiencias en atención a la salud de los hogares y de las caracteristicas socioterritoriales e históricas de las localidades se concentró en matrices de datos. - Se relacionó la información obtenida con los aspectos teóricos en los que se fundamenta el estudio.

Capítulo 4. Resultados

4.1. Introducción

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de los cuestionarios y de la realización de las entrevistas en los hogares seleccionados en ambas localidades.

En el primer apartado se caracteriza a los hogares incluidos en el estudio a través de los datos obtenidos con el cuestionario aplicado antes de la entrevista.

En el segundo apartado se mencionan algunas características generales de las localidades tales como su ubicación, sus actividades productivas dominantes, sus procesos de migración y algunos aspectos educativos.

Posteriormente, se presenta un acercamiento a la reconstrucción de los socioterritorios a través de la información obtenida de las entrevistas realizadas a los comisariados ejidales y a los ancianos de las localidades.

Finalmente, se da paso a la información acerca de los procesos de salud/enfermedad/atención desde la vivencia de las personas entrevistadas.

4.2 Los hogares

A continuación se presenta un cuadro comparativo con las características de los hogares incluidos en el estudio.

Cuadro.4.1. Características sociodemográficas de los hogares de estudio.

Caracteristica	Santiaguillo (%)	Petlacotla (%)
Numero de integrantes		
1-2	0	20
3-4	26.6	**46.6**
5-6	26.6	26.6
7-8	**46.6**	6.6

Rangos de edad		
Menores de 1 año	2.3	0
1 a 5 años	**14.8**	6.7
6 a 12 años	**22.7**	**18.3**
13 a 17 años	13.6	**13.3**
18 a 40 años	**21.6**	**20.0**
41 a 55 años	**14.8**	**16.7**
56 a 65 años	3.4	10.0
66 a 70 años	1 1	1.7
mayores de 70 años	5.7	**13.3**
Hablantes de idioma indígena[1]	0.0	45.0
Máximo grado de escolaridad		
Ninguno	9.1	15.0
Preescolar	4 5	6.7
Primaria completa o trunca	**46.6**	**48.3**
Estudios técnicos que no requieren estudios previos	0.0	1.7
Secundaria completa o trunca	**15.9**	6.7
Bachillerato completo o trunco	8.0	**15.0**
Universidad completa o trunca	0.0	1.7
No aplica	15.9	3.3
No sabe	0.0	1 7
Servicios		
Agua potable al interior de la vivienda	66 6	40 0
Conexión a la red del drenaje	60.0	100.0
Luz al interior de la vivienda	100.0	100 0
Vivienda		
Propia	66.6	93.3
Prestada	33.4	6.7
Apoyos gubernamentales		
Oportunidades	100.0	100 0
Seguro popular	65.0	0 0
Otros	0.0	26 6
Recepción de apoyos económicos de parte de familiares migrantes[2]	46.6	26.6

[1] Totonaco
[2] En el caso de santiaguillo estos familiares se encuentran en los Estados Unidos de Norteamérica En el de Petlacotla, en el Distrito Federal
Fuente. Elaboración propia a partir de los cuestionarios aplicados en los hogares de estudio

La actividad productiva dominante en los hogares es la agricultura. La mayor parte de quienes se dedican a estas labores en Petlacotla son dueños de las tierras que trabajan. En Santiaguillo, trabajan contratados como peones, en su mayoría. La siguiente actividad en Petlacotla es la venta de casa en casa, realizada, principalmente, por niños, y, en Santiaguillo, el comercio establecido. Otras ocupaciones económicas redituables encontradas en menor grado son las de terrateniente y supervisora de INEGI en Petlacotla y herrero y costurera en Santiaguillo.

Las personas que son dueñas de sus tierras se concentran, principalmente, en Petlacotla, asimismo, quienes trabajan por su cuenta en el campo con tierras prestadas, generalmente por familiares, se encuentran en esta localidad.

4.3. Las localidades

Las dos localidades seleccionadas para la realización del presente estudio fueron San Pedro Petlacotla, perteneciente al estado de Puebla (en adelante, referida sólo como Petlacotla) y Santiaguillo, Guanajuato.

Petlacotla se encuentra ubicada en la Sierra Norte del estado de Puebla, su población es, en su mayoría, indígena, hablante tanto del idioma español como del totonaco. Pertenece, oficialmente, al municipio de Tlacuilotepec, aunque, en la actualidad, según el secretario del gobernador local, no existe certeza acerca del lugar al que deben enviarse los documentos oficiales como actas de defunciones y/o de nacimientos por lo que la información acerca de la localidad y sus habitantes podría encontrarse, quizá, en la capital del estado.

Se trata de una localidad campesina en donde las actividades agrícolas rebasan por mucho a las ganaderas. Los productos que se siembran mayormente son el maíz, el frijol, la lima y el mamey. Para las labores agrícolas, los campesinos de la localidad no requieren echar mano de instrumentos costosos o de procedimientos dificultosos debido a que la naturaleza del terreno facilita la producción.

La localidad cercana más urbanizada, La Ceiba, se encuentra aproximadamente a una hora en transporte automotor. Es hacia ese sitio a donde los habitantes de Petlacotla se dirigen cuando en la localidad no consiguen algún producto que necesitan, cuando requieren vender parte de sus cosechas o cuando necesitan algún servicio de salud que no esté disponible en su localidad.

Sus habitantes jóvenes, comúnmente, migran a la capital del Estado, a Poza Rica, a Huauchinango o a la capital de la República en busca de empleo al terminar sus estudios de bachillerato. Este, es el nivel educativo más alto al que los jóvenes pueden aspirar dentro de su localidad.

Cuenta con dos escuelas de educación preescolar indígena (Esc. Preesc. Adolfo López Mateos y Esc. Preesc. Jaime Nuno), una escuela de educación primaria indígena (Esc. Prim. El Tajín), una escuela telesecundaria (Esc. Telesec. Fernando de Alva Ixtlixóchitl) y una escuela de educación media superior donde se imparte bachillerato general (Guadalupe Victoria). Todas bajo control público, federal transferido en los cuatro primeros casos y, estatal en el último.

Santiaguillo forma parte del municipio de Acámbaro en el estado de Guanajuato. Su población es mestiza, hablante del idioma español.

Sus habitantes se dedican principalmente a la agricultura de maíz, frijol, sorgo, trigo y avena y alfalfa para ganado. También se dedican a la ganadería, aunque en menor medida.
Contrariamente a lo que se vive en Petlacotla, el trabajo en el campo en Santiaguillo requiere de una cantidad considerable de insumos y de procesos un tanto difíciltosos ya que las condiciones del terreno no permiten que la producción se lleve a cabo de forma más sencilla.

Los procesos migratorios de la localidad se dan, en la mayoría de los casos, hacia los Estados Unidos de Norteamérica por lo que muchos de los hogares de la localidad están dirigidos por mujeres que reciben envíos de remesas del extranjero por parte de sus familiares.

Sólo se ofrece educación básica dentro de la localidad. Se cuenta con una escuela de nivel preescolar (Esc. Preesc. Melchor Ocampo), dos escuelas donde se imparte educación primaria general (Esc. Prim. Constitución de 1917 y Esc. Prim. Doce de Octubre) y una escuela telesecundaria (Esc. Telesec. Número 59). En los tres primeros casos el control es público federal transferido y en el último, es públicc estatal. Para recibir educación media superior los jóvenes de Santiaguillo deben trasladarse a la localidad de Chupícuaro, ubicada aproximadamente a cuarenta minutos en autobús.

Chupícuaro es la localidad urbanizada más cercana a Santiaguillo, sin embargo, los habitantes de esta última, se dirigen a Acámbaro cuando requieren de insumos que no encuentran en su localidad o en busca de servicios médicos. El tiempo que debe invertirse para dirigirse a Acámbaro desde Santiaguillo es de aproximadamente una hora y media.

4.4. Relaciones de producción y fuerzas productivas específicas del territorio (acercamiento a su reconstrucción).

Se realizaron entrevistas a los comisariados ejidales de las localidades de estudio con la finalidad de tener un acercamiento más o menos claro a las características socioterritoriales de cada lugar. Asimismo, se entrevistó a algunos ancianos acerca de lo que pudieran recordar de la historia de las regiones donde habitan. Cabe mencionar que hubo muchas dificultades para conseguir información suficiente y confiable acerca de este último punto debido, entre otras razones, a la inexperiencia de la investigadora y a sesgos de memoria de los entrevistados.

A continuación se presenta un resumen de los resultados obtenidos. La transcripción de las entrevistas puede consultarse en el Anexo B de este documento. En todas las transcripciones se omitieron los relatos que no tuvieron relación clara con la pregunta realizada a los entrevistados.

Las actividades productivas dominantes son similares en las dos localidades: siembra y cría de ganado. Sin embargo, las relaciones de producción y las fuerzas productivas del territorio son particulares en cada localidad.

En Santiaguillo se siembran diversos tipos de cereales para consumo humano y para consumo animal, no se siembran frutas ni verduras debido a que *"no hay quién las compre"* aunque el comisariado ejidal opina que *"sí se podrían producir si los acaparadores quisieran comprarlas"*.

La mayoría de los campesinos trabaja en sus propias tierras y la producción se destina al consumo de la familia y a la venta. Los animales de ganado, generalmente, se venden para cubrir gastos en alguna emergencia.

Se presentan diversas dificultades, sobre todo, económicas durante el proceso de cultivo y de venta de los productos del campo. Por cada hectárea sembrada se requiere invertir alrededor de $10 mil debido a las condiciones del suelo. Se requieren insumos como fertilizantes y plaguicidas, y procesos de riego, barbecho, escardada y tablón, para los cuales es necesaria la contratación de *peones*. Además, la producción está en continuo riesgo de perderse debido a las plagas y a eventos climáticos como *las granizadas*.

Comúnmente se solicitan *créditos a cosecha*, que se liquidan hasta que los productos hayan sido vendidos. Este tipo de préstamos los realizan personas de la misma comunidad.

La forma de producir podría ser menos costosa si existieran más apoyos por parte del gobierno. Las autoridades municipales recomiendan que se trabaje *cero labranzas*, es decir, que no se lleven a cabo todos los procedimientos mencionados anteriormente, con la finalidad de que los campesinos obtengan mayores ganancias. Para lograrlo se requeriria de una *niveladora* para *"rellenar los huecos y rebajar los bordos de los terrenos"*, además, es necesario que los campesinos dejen los restos de la cosecha como hojas, ramas, etcétera, en el terreno, para que la humedad permanezca más tiempo y no se requiera el riego.

Estas recomendaciones no han podido llevarse a cabo debido al alto costo de las niveladoras que impide a los campesinos hacerse de una de ellas. Existe en la región un programa gubernamental en el que se presta este tipo de maquinaria a los campesinos pero este apoyo aún no llega a Santiaguillo. Por otro lado, la mayoria de los campesinos no está de acuerdo en dejar "*la basura*" de la cosecha pasada en los terrenos.

Aunque existen varios apoyos para la producción como concesiones para riego, ayuda para trabajar *cero labranzas* y Procampo, pocos son lo que han podido beneficiarse de ellos. Algunos no hicieron los trámites a tiempo y otros consideran que llevarlos a cabo es muy dificultoso debido, principalmente, a los traslados que tendrían que hacer hacia las oficinas correspondientes. Además, es frecuente que el apoyo llegue cuando el campesino ya ha pedido un préstamo.

Como consecuencia de las formas de producción de la localidad, la mayor parte de las ganancias que se obtienen de la cosecha se vuelven a invertir en la siembra y sólo un poco de ellas queda como ganancia.

La mayoría de los hijos de los campesinos se encuentran trabajando en Estados Unidos. algunos, dice el comisariado, *"vuelven cuando sus padres ya están viejos y comienzan a trabajar la tierra que heredan"*.

No se obtienen grandes cantidades de productos de la siembra debido, en parte, a que hay cuatro tipos de suelo en la región, uno es el de tierra negra que *"es la mejor para la siembra y es la que más abunda"*. Otro es el de la *tierra caliche* que es muy seca y, por consiguiente, poco recomendable para la siembra, dos más son la tierra roja y *la arenosa*, adecuadas para la siembra de verduras y frutas. Estas últimas no son aprovechadas debido a que no hay demanda de producción de frutas y verduras en la región.

La maquinaria que utilizan los campesinos para sus labores es rentada, en su mayoría, y para desgranar los cereales después de la cosecha se utiliza la máquina *trilladora* de *los acaparadores*.

En Petlacotla, la forma de producir es menos costosa ya que el único tipo de suelo disponible es la tierra negra, además, el clima es húmedo y se cuenta con arroyos y manantiales que favorecen el buen desarrollo de las siembras. Las máquinas no son necesarias y, aunque lo fueran, las condiciones del terreno no permitirían su entrada. Por tanto, sólo se utilizan herramientas como la coa, el machete, las palas y las bombas para fumigar en algunos casos.

Los productos de la siembra son el maíz, el frijol, y algunas frutas que tienen buena demanda en la región como la lima y los mameyes. En el caso de la lima, por ejemplo, la producción *es tardada* ya que deben pasar tres años después de haber sido sembrada, para que cada mata comience a producir una cantidad aceptable de limas y llega a su plenitud de producción hasta los cuatro o cinco años.

La ganadería se practica en pocos casos debido a que requiere de grandes extensiones de terreno y la mayoría de los pobladores cuenta con cinco hectáreas como máximo. Además, la renta de potreros para criar animales resulta muy costosa, lo que impide obtener ganancias a partir de esta actividad.

La mayor parte de la producción del campo se destina a la venta. *Los coyotes* llegan a la localidad en cada temporada de cosecha para comprar la mercancía ya que en la localidad no cuentan con los medios para transportar sus productos a lugares donde puedan obtener mayores ganancias, como La Ceiba, Poza Rica o Huauchinango.

La producción sería mayor y más variada si hubiera demanda de otros productos como las verduras que, aunque sí se siembran, sólo se utilizan para consumo del hogar que los produce o para venderlas *de casa en casa* en pequeñas cantidades dentro de la misma localidad.

Aproximadamente, un tercio de los campesinos que siembran maíz cuentan con el programa Procampo. Recibían, en el momento de la entrevista, $730 cada seis meses. Son muy pocos los campesinos beneficiarios debido a que es necesario presentar los documentos de las tierras en regla y la mayoría de ellos no cuenta con este requisito. En el caso de esta localidad el programa sólo abre convocatorias cada quince años, de los cuales, al momento de la entrevista, restaban tres.

El dinero que se utiliza para producir se vuelve a invertir en la siguiente siembra y otra parte es ganancia. Algunos habitantes pueden obtener dinero por la venta de árboles como caoba, cedro o *madera de zopilote* pero estos negocios son esporádicos y el precio de cada árbol es muy bajo ($1,500 a $2,000) debido a que, por falta de equipo para cortarlos, deben ser vendidos *en pie*. Además, después de haber sido sembrado, un árbol de éstos tipos requiere entre doce y quince años de crecimiento para que pueda ser vendido. Por ello, este negocio representa una fuente de ingresos a largo plazo, ya sea para los hijos o para los nietos de los dueños del plantío.

Actualmente, la mayor parte de los descendientes de los campesinos de esta localidad migran, al concluir sus estudios de secundaria o bachillerato, a ciudades

como el Distrito Federal, Puebla, Huauchinango y Pachuca. Los restantes se quedan en la localidad y trabajan las tierras.

4.5. Breve aproximación a algunos aspectos históricos de las localidades.

Fueron pocos los relatos que pudieron ser utilizados para la reconstrucción de la historia de las localidades de estudio. En Santiaguillo se entrevistó al comisariado y a uno de los ancianos de la localidad, un hombre de 85 años. A continuación se resume la información obtenida.

4.5.1. Santiaguillo

Hace ochenta años o más las tierras pertenecían sólo a algunas cuantas personas por lo que los hombres tuvieron que organizarse para exigir una repartición justa. En un primer momento se dirigieron a la capital del estado y, finalmente, se trasladaron a la Ciudad de México para hablar con las autoridades correspondientes. Antes de que se lograra una repartición justa de las tierras los primeros dueños cometieron numerosos asesinatos mostrando su desacuerdo con dicha medida.

Con la llegada del sorgo a las siembras, también llegaron las máquinas para trabajar el campo y *las trilladoras* para desgranar los cereales. El sorgo es utilizado para la alimentación del ganado.

En la región nunca se han dedicado a la siembra de frutas y verduras debido a que *los acaparadores* no las han demandado.

Los procesos de migración hacia los estados Unidos de Norteamérica se han dado desde varios años antes de 1945. El anciano entrevistado recuerda haber *salido a trabajar* a aquel lugar en ese año movido por las malas condiciones de vida que tenía en la localidad y a que un tío suyo ya se encontraba allá. En la actualidad, debido a la poca ganancia que se obtiene de las actividades del campo, sigue

siendo común que los jóvenes de Santiaguillo se dirijan a buscar trabajo en aquel país.

En épocas pasadas no era común que *la migra* deportara a los indocumentados. Había ocasiones en que las vacantes para *mojados*, se anunciaban por la radio para trabajar en la *pizca* de algodón o en la cosecha de betabel. Les proveían de transporte desde algún lugar del norte del país y cuando el trabajo se acababa *"los regresaban a la frontera"*.

En cuanto a las prácticas religiosas, Santiaguillo se ha caracterizado por ser una localidad de gran apego al catolicismo. Desde hace por lo menos ochenta años se festejan los días del Señor Santiago y de La Virgen del Refugio. Recientemente, también se celebra el día de La Virgen de Guadalupe.

Con respecto a los servicios públicos, las redes de luz y de agua potable se instalaron a principios de los años 70. Anteriormente, se utilizaban *aparatos* (una especie de quinqués) para alumbrar, y pozos y bordos para obtener agua. La gente utilizaba gran parte del día para conseguir un poco de líquido ya que en un inicio sólo se contaba con dos llaves para toda la localidad. Después de cinco o seis años de haber sido instaladas las llaves de agua, se comenzó a instalar el servicio para cada una de las casas.

El drenaje comenzó a instalarse hasta el año 2003. En el momento de la entrevista (2007), aún había viviendas sin conexión al sistema ya que cada hogar debe solventar los gastos que requiera el proceso y algunos hogares no cuentan con recursos suficientes para ello.

4.5.2. Petlacotla.

En Petlacotla, se entrevistó al comisariado ejidal y a dos ancianos de la localidad, uno de ochenta y tres años y el otro de noventa y cuatro.

La genie que comenzó a poblar la localidad provino del Tajín, Veracruz, debido a que hace más de 100 años hubo conflictos sociales entre los pueblos indígenas de la región que provocaron la dispersión de algunos totonacas hacia la región donde hoy se ubica Petlacotla y a los alrededores formando los cuatro o cinco pueblos más cercanos a la localidad.

Uno de los entrevistados comenta que *para hacerse de terrenos* ya en épocas más recientes hubo que pedir permisos especiales para talar los árboles que se encontraban en el lugar y poder construir casas.

La producción de maíz, frutas y frijol ha disminuido notablemente en comparación con épocas anteriores aunque, contradictoriamente, las posibilidades de vender dichos productos han aumentado. En el pasado los campesinos tenían que dirigirse a vender sus productos a Villa Juárez, localidad ubicada actualmente a dos horas de Petlacotla en autobús. Anteriormente, los campesinos tenían que ir a pie hasta aquel lugar. Sus productos los transportaban en caballos o en burros. La Ceiba no existía, *"toda esa tierra pertenecía a un General"*. Actualmente, La Ceiba es una localidad a pie de carretera donde los habitantes de petlacotla y de otros poblados cercanos pueden comprar o vender productos y solicitar atención médica.

El comisariado y los ancianos entrevistados se refieren a la construcción de la carretera de terracería como un logro muy importante debido a que los conecta con La Ceiba. La carretera se construyó en 1984 pero no ha sido pavimentada a pesar de que es una vía de gran utilidad para muchos pueblos de la región.

En 1987 se instaló el servicio de luz y de drenaje en algunas partes de la localidad. Pasaron diez años para que todas las viviendas se encontraran conectadas a la red. En el caso de la luz, todas las viviendas contaron con el servicio hasta el año 2002, aproximadamente.

En Petlacotla, también es notoria la influencia de la religión católica en sus fiestas, anteriormente se realizaban bailables como *los santiagueros* y *los moros* además de *los voladores* y *los tocotines*. Actualmente, sólo se siguen practicando las dos últimas danzas en las fiestas de San Pedro (finales de junio).

Pese a la aceptación de la religión católica, en el pueblo siguen habiendo *brujos* a quienes algunas personas acuden por problemas de salud principalmente. Se siguen realizando *costumbres*, es decir, rituales de baile y brujería que algunas personas *encargan* para situaciones especiales.

A partir de que los jóvenes tuvieron la posibilidad de estudiar, aproximadamente en el año 1948, comenzaron a incrementarse los procesos migratorios en busca de mejores oportunidades de empleo. La construcción de la carretera también fue determinante en el aumento de la migración. Los lugares de destino han sido desde entonces las ciudades de Puebla, Poza Rica, Toluca y México.

4.6. Atención a la salud

A partir de esta sección se presenta la información obtenida en relación al proceso salud/enfermedad/atención de los hogares entrevistados. La organización responde al orden en que se realizaron las preguntas en las entrevistas.

En ambas localidades las personas optan, en primer lugar, por la clínica o centro de salud locales para atenderse, siempre y cuando sea dentro del horario de consulta (de 7:00 am a 3:00 ó 4:00 pm). De lo contrario, se dirigen al municipio o a la localidad donde encuentren un médico particular. Los casos de emergencia, por ejemplo, partos o accidentes, pueden ser atendidos en hospitales públicos sin necesidad de presentar un pase del centro de salud de la localidad. Otros casos

son referidos a hospitales más alejados cuando en las primeras opciones no se cuenta con instrumentos y medicamentos *ad hoc*.

En el poblado de Santiaguillo la doctora y la enfermera, único personal con el que cuenta la clínica, faltan frecuentemente debido a que también atienden a pobladores de otras tres localidades (por ejemplo, durante la aplicación de vacunas) o, bien, cuando entregan documentos en el municipio. En esas ocasiones ninguna de las dos se queda a cargo de la clínica. Sin embargo, cuando atienden *"no se dan abasto"* con tanta gente, por lo que la mayoría de las entrevistadas prefiere buscar a un médico particular.

Por estas razones es común que sólo acudan a la clínica para cubrir sus citas, así como a checarse el peso, la talla, la presión y el nivel de glucosa en sangre si así se requiere (tal y como lo señalan los criterios del condicionamiento al apoyo del Programa Oportunidades).

En cambio, en el poblado de Petlacotla, la mayoría de las entrevistas no refieren ausentismo por parte de la doctora. La ausencia de ésta coincide, en todo caso, con sus vacaciones. No obstante siempre permanecen una o dos enfermeras que pueden atender y *recetar* a la gente. Se habla de falta de medicinas y por tal razón sólo van a la clínica para cubrir sus citas de Oportunidades, para *checarse*. En el poblado de Santiaguillo también mencionan la falta de medicinas como un problema; sin embargo, a diferencia de la gente de Petlacotla, no lo identifican tan marcadamente como causa para la búsqueda de otros servicios.

Cuando asisten a consulta, las entrevistadas de ambos poblados mencionan que la doctora que los atiende les explica cómo tomar su medicina y cómo cuidarse, pero no les explica la causa de su enfermedad. Durante las entrevistas parecen replicar lo que se les dice en las pláticas de Oportunidades y no lo que sucede en consulta.

4.7. Padecimientos crónicos

En el cuadro 4.2 se presentan los padecimientos crónicos referidos por las personas entrevistadas en los hogares incluidos en el estudio.

Cuadro 4.2. Principales padecimientos crónicos reportados.[1]

Padecimiento	Santiaguillo (n)	Petlacotla (n)
Dolor de huesos	1	12
Problemas de la vista	7	11
Dolor de muelas o dientes	6	9
Presión alta	6	4
Diabetes	3	3
Dolor de riñón	3	0
Enfermedad de la próstata	2	0
Epilepsia	3	0

[1] Los otros padecimientos crónicos pueden observarse en los cuadros 1 y 2 del Anexo C de este documento.
Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de los cuestionarios aplicados en los hogares de estudio

Estos padecimientos son atendidos de diversas maneras por las poblaciones de ambas comunidades.

Aunque, por ejemplo, en Petlacotla algunos van a la clínica, una gran parte no hace nada y deja que las enfermedades sigan su curso. De acuerdo con algunas entrevistadas cada año una camioneta del municipio ofrece consultas y medicinas a la localidad, así como algunos señores de procedencia desconocida van a vender lentes y gotas para los problemas de la vista. (Ver Cuadros 2-A y 2-B en Anexo D). En la mayoría de las ocasiones en que han acudido a la clínica para atender un padecimiento crónico sólo se les han recetado las medicinas y ellos han tenido que comprarlas por no estar disponibles. En cambio, cuando hay medicamentos, estos no les funcionan y deciden comprarlos en otros lugares tales como la farmacia de Similares que es atendida por una enfermera a quien le explican lo que sienten y les receta lo que se vende allí. Algunas entrevistadas mencionan que las medicinas de la clínica están rebajadas y que por eso no les hacen nada.

Se tienen ideas sobre por qué se padece alguna enfermedad crónica. No obstante, nadie sabe la causa exacta. Se entiende en el discurso que sólo piensan en posibles causas pero no hay seguridad sobre éstas. En el caso de las enfermedades crónicas sobre las que se imparten pláticas a través del Programa Oportunidades las entrevistadas intentan repetir la información que se deriva de éste. Sin embargo, parecen no entenderla adecuadamente o no les resulta confiable ya que terminan cuestionándose la veracidad de lo que se les transmite. Se mencionan como causas muy frecuentes de enfermedad crónica *las malpasadas*, la falta de vitaminas, el cansancio, la edad y la herencia. Pese a que algunas entrevistadas hicieron alusión a la necesidad de inyectarse vitaminas por lo menos cada año para prevenir enfermedades, ninguna le dio importancia a comer bien todos los días. Al preguntárseles si en la consulta les explican las causas de sus padecimientos, ellas responden que sí, pero refieren como explicación recibida la forma de tomar los medicamentos que les recetan y no las posibles causas que supuestamente les explicaron en consulta. Esto ocurre tanto en quienes acuden a la clínica como en quienes optan por otro servicio o establecimiento de salud.

En Santiaguillo, acuden a atender sus padecimientos crónicos con médicos particulares o a la clínica de la localidad, pero en ambos casos es necesario comprar las medicinas. Son muy contadas las personas que no buscan atención y que dejan pasar sus enfermedades; quienes lo hacen, mencionan como causas la falta de dinero para ir con un médico particular o la falta de tiempo o de *ganas* para levantarse temprano y conseguir una ficha en la clínica de la localidad o en otro servicio de salud público fuera de ella. Refieren como causas de padecimientos crónicos *las malpasadas*, *la gordura*, las preocupaciones, las depresiones y el calor. La mayoría de las mujeres entrevistadas no tiene duda en sus razonamientos sobre las posibles causas de sus propias enfermedades y de las de sus familiares. Una de las grandes diferencias en el caso de la alimentación con respecto a lo que se encontró en Petlacotla, es que para las mujeres de

Santiaguillo resulta muy importante comer bien; es decir, en buena cantidad, respetando los tiempos de comida y procurando tener un consumo moderado de carne.

4.8. Padecimientos agudos.

Los principales padecimientos agudos reportados en ambas localidades — durante las dos últimas semanas — fueron las infecciones respiratorias e intestinales (ver Cuadros 3 y 4 de Anexo C). De los quince hogares visitados en cada localidad, sólo tres en Santiaguillo mencionaron haber tenido a uno o más miembros de la familia enfermos en el período referido. En Petlacotla, esta situación se presentó en nueve de los quince hogares visitados (ver Cuadros 3-A y 3-B en Anexo D).

Los recursos utilizados para atender estos padecimientos fueron, en el caso de ésta última localidad, los médicos particulares y la Farmacia de Similares. Algunos no buscan atención y simplemente toman los medicamentos que tienen en casa y que dicen saber para qué sirven y cómo tomarlos. Al parecer, en la clínica del pueblo sí hay medicamentos para estas enfermedades. Las entrevistas que se realizaron en el hogar de la enfermera y en el de algunos de sus familiares confirman que ella trae los medicamentos de la clínica. En Santiaguillo también acudieron a médicos particulares y se auto recetaron. Este poblado no cuenta con farmacias. Algunos compraron medicamentos en las tiendas de abarrotes que los expenden. En ambos casos ya tenían los medicamentos en casa o los compraron y cuando acudieron a médicos particulares tuvieron que buscarlos fuera de su localidad (al menos a una hora de distancia).

4.9. Embarazo y parto.

Durante el tiempo en que las mujeres entrevistadas han sido beneficiarias del Programa Oportunidades sólo se encontraron tres casos de embarazo y parto en Petlacotla y ocho en Santiaguillo (ver Cuadros 4-A y 4-B en Anexo D). En Petlacotla las mujeres fueron a sus revisiones cada mes en la clínica de la localidad. Esto es parte de lo que se les informa en las pláticas de Oportunidades.

Una de ellas comenzó a ir a la clínica por recomendación de una partera a quien visitó para que *la sobara*. Otra acudió sólo después de estar segura de su embarazo mediante pruebas de laboratorio que ella *mandó a hacer* debido al temor de que se molestaran en la clínica por no haber ido antes a *avisar*. Las mujeres de Santiaguillo también fueron a revisión cada mes en la clínica de la localidad. Una de ellas también acudió a un médico particular cada mes y otra prefirió ir al centro de salud de Acámbaro (a una hora y media aproximadamente), por presentar diabetes gestacional y necesitar insulina inyectada.

Al preguntárseles cuáles fueron los cuidados que tuvieron a partir de saber que estaban embarazadas, las mujeres de Petlacotla dijeron no haber hecho algo en particular. Sólo la que acudió con la partera para ser *sobada* (debido a que sentía que *su bebé se ponía de lado* y le dolía) fue recomendada con ésta última por personas mayores de la localidad. Esta misma mujer mencionó que la enfermera de la clínica *sí la sobaba, pero no le acomodaba al bebé*.

En Santiaguillo las mujeres sí refirieron haberse cuidado de forma especial: se alimentaban mejor y se tomaban el calcio que les recetaban, también mencionaron que dejaron de cargar cosas pesadas, sólo dos manifestaron no haber hecho cambios.

Las mujeres de Petlacotla no estuvieron muy conformes con la atención que recibieron en la clínica debido a que se les hacía esperar mucho para pasar a revisión. El tiempo de espera era agotador debido a que en la clínica *"no hay dónde sentarse"*. Comentan que *"no les daban nada"*, sólo las medían y las pesaban. Una de ellas mencionó que le daban vitaminas cuando había, pero que la leche del apoyo no se la daban. A otra le recomendaron ir al hospital público de La Ceiba (a una hora aproximadamente), pero ella no quiso porque *"una vez la querían operar para no tener más hijos"* sin su consentimiento.

En el caso de las mujeres de Santiaguillo, todas manifestaron haber sido bien atendidas. Sin embargo, algunas tuvieron que acudir a otros servicios de salud debido a que presentaron problemas durante la gestación que no pudieron resolverles en la clínica de la localidad. Dentro de esos problemas destacan: dolores de parto a los ocho meses, contracciones desde los cuatro meses y dolor de estómago. Para solucionar tales problemas se dirigieron a Acámbaro a buscar atención particular o en el hospital general.

Al término de la gestación, las mujeres de Petlacotla pagaron su propio traslado en un automóvil particular hacia el sitio donde se les atendería el parto. En la clínica no se cuenta con ambulancia para transportar a los pacientes. Además, aunque la doctora de la clínica les dijo que podía atenderles el parto ahí, las mujeres fueron a buscar atención a otro lado debido a que era de noche cuando comenzaron con los síntomas de parto. El servicio en la clínica, tal como se mencionó en párrafos previos, se ofrece hasta las 3:30 pm. Una de las mujeres acudió al hospital general de La Ceiba y relata que no la dejaron dormir desde que llegó hasta que se fue debido a que ella misma tenía que cuidar a su bebé. Le colocaban a su hija entre las piernas y cuando llegaba a quedarse dormida la despertaban. Las otras mujeres acudieron a un servicio particular y relatan haber sido tratadas bien. Una de ellas dijo que sólo se quedó un día porque ya no quiso pagar más. De regreso a casa, las tres mujeres pagaron nuevamente por su traslado. Estando en casa, dos mujeres relatan que nadie les ayudó. De éstas, la mujer que buscó atención para el parto en el hospital general comenta que le dijo una de las enfermeras de la clínica que la enfermera que la acompañó al hospital debía cuidarla y con más razón si se le había practicado la salpingoclasia. Se dice que por cada mujer que da su consentimiento para que le realicen dicho procedimiento la enfermera que las lleva *gana algo.* Sin embargo, esa enfermera nunca fue a visitar a la señora. La señora restante mencionó que su cuñada, que es una de las enfermeras de la clínica, le ayudó yendo a su casa a bañar a su bebé y lavarle el ombligo.

La atención que recibieron las mujeres de Santiaguillo al momento del parto se divide entre los servicios de salud particulares y el hospital general de Acámbaro. Para trasladarse a dichos sitios algunas utilizaron transporte público, otras usaron automóviles propios o de familiares y otras más pagaron por su traslado en un automóvil particular. Las que acudieron a los servicios privados pagaron hasta nueve mil pesos por la atención y se quedaron en el hospital dos días. Mientras que las mujeres que acudieron al hospital general no pagaron por el servicio. En uno de los casos sí pretendían cobrarles, pero hablaron con la trabajadora social para evitarlo. Al parecer, en la clínica de la localidad sí reciben a las mujeres para atención del parto; sin embargo, ellas piensan que no se cuenta con lo necesario para la atención. Una de las entrevistadas iba a ser atendida allí pero la doctora encargada le dijo que mejor fuera al hospital porque en la clínica los medicamentos ya estaban caducos. Para regresar del hospital a casa utilizaron nuevamente sus propios vehículos o pagaron un taxi. Estando en casa, algunas recibieron la visita del médico particular y otras recibieron ayuda de sus familiares para preparar alimentos y realizar las labores del hogar. Es importante mencionar que también refirieron haber sido apoyadas por sus esposos.

4.10. Cirugías.

En ninguno de los hogares visitados de Petlacotla hubo quienes hubiesen sido intervenidos quirúrgicamente. En Santiaguillo sólo se reportaron tres casos de operaciones de vesícula biliar. Todas ellas fueron realizadas en hospitales privados, ya sea en Acámbaro o en la Ciudad de México. El costo de las intervenciones osciló entre $21 mil y $50 mil. Los aparatos y materiales necesarios para hacer una exploración de la vesícula no se encuentran en la clínica de la localidad. Se puede, sin embargo, expedir un pase para que acudan al hospital general de Acámbaro. Las personas que refirieron haber sido operadas de la vesícula no acudieron al hospital general por falta de confianza en el servicio. Esto se atribuye a las malas experiencias que han tenido y a la costumbre de acudir con su médico particular (ver Cuadro 5 en Anexo D).

4.11. Problemas de salud frecuentes en el hogar.

En ambas localidades los problemas de salud más frecuentes en el hogar fueron las infecciones respiratorias. Las entrevistas fueron realizadas en los meses de julio y agosto, periodo en el que las lluvias son continuas y fuertes y es común que se presenten este tipo de enfermedades. Sin embargo, en muy pocos hogares se comentó que hubiese un padecimiento que se presentara muy seguido entre sus integrantes. Para enfrentar las enfermedades respiratorias se recurre a la auto-medicación. Se considera que este tipo de padecimientos se contraen por los cambios de clima, por *no taparse bien* y por *meterse* a los arroyos. En Santiaguillo se menciona, además, la importancia de tomar vitaminas para que no se bajen las defensas. El *desgano ocasionado por sustos* es una de las explicaciones a la aparición de las enfermedades respiratorias (ver Cuadros 6-A y 6-B en Anexo D).

4.12. Respuesta frente a accidentes o problemas de salud que se consideran graves.

En Santiaguillo coinciden en que la mejor forma de atender accidentes o enfrentar problemas de salud que se consideran graves es llevando a los pacientes con un médico particular o al hospital general de Acámbaro, ya que a veces la doctora de la clínica no se encuentra en la localidad y el horario de consulta termina temprano. En Petlacotla las opiniones están divididas entre ir con un médico particular e ir a la clínica. Sin embargo, quienes manifiestan que irían a la clínica también mencionan que sólo lo harían por el pase para el hospital general ya que en la clínica no podrían atenderlos y menos si ya terminó el horario de consulta (ver Cuadro 7 en Anexo D).

4.13. Respuesta frente a problemas de salud que no consideran graves.

Frente a los problemas de salud no considerados graves las personas entrevistadas en Santiaguillo manifiestan que se automedican y toman algún té que ellos saben que sirve para la enfermedad que se presente. Muy pocos son los que comentan que irían a la clínica de la localidad. En cambio, en Petlacotla, acuden a la clínica para que les den pastillas o pomadas y en contados casos

mencionan que comprarían las medicinas que ya conocen para la enfermedad (ver Cuadro 8 en Anexo D)

4.14. Relación entre la actividad laboral y los problemas de salud.

En Santiaguillo los hombres que trabajan se dedican, en su mayoría, al campo. Se dan algunos casos de mujeres y otros hombres del hogar que trabajan en labores distintas a esta. Algunas mujeres son costureras o atienden tiendas que han acondicionado en su propia casa. Otros hombres se dedican a la soldadura o son obreros. En la mayoría de los casos las personas entrevistadas sí encuentran relación entre algunas características propias de la actividad laboral que desempeñan ellas u otros integrantes de su hogar y algunos problemas de salud. Los campesinos consideran como un factor importante para desarrollar enfermedades el uso de productos químicos como fertilizantes y *líquidos mata hierba*, ya que consideran que son dañinos para los pulmones y para la piel. Asimismo, se piensa que el clima caluroso y el cansancio pueden provocar enfermedades a quienes se dedican al campo. En Petlacotla también consideran que el trabajo del campo provoca problemas de salud, particularmente atribuibles al calor y a la lluvia que *de pronto cae* cuando aún los trabajadores *"están calientes por el sol"*. Piensan que en esos casos pueden presentar calentura, vómito y dolor de cuerpo. También consideran importante el riesgo de accidentes en el campo por caídas, ya que los hombres *"siempre traen su machete colgando de un cinturón"*, o por picaduras de animales que se encuentran en las milpas donde los hombres trabajan.

Para las mujeres tenderas, la presión de sus clientes por ser atendidos y las preocupaciones por la tienda en sí misma es causante de estrés y presión alta. Las obreras y obreros, según las entrevistadas, están expuestos a las *"malpasadas"*, toman poca agua y respiran la pelusa de las telas que se trabajan en la fábrica, por lo que pueden presentar gastritis, así como problemas de riñón y pulmón. En general, las mujeres se quedan en sus casas para realizar labores domésticas y muy pocas consideran que esto les puede provocar algún problema

de salud. Para las que sí existe una relación entre trabajo doméstico y salud, en Petlacotla sobre todo, llaman la atención factores como el humo y la lumbre de los fogones donde cocinan: el fuego se asocia a quemaduras y el humo a problemas en los ojos.

Entre los integrantes de los hogares estudiados en Petlacotla son muy contados quienes realizan otros oficios aparte del campo, algunos son: panadero, bordadora, vendedor de casa en casa (en particular los niños), artesano, encargada de molino y supervisora de INEGI. También en estos casos se encontró una relación entre ocupación y enfermedad. Destacan, por ejemplo, dolor de cabeza debido a *las asoleadas*, los dolores o heridas en extremidades y espalda y los problemas de vista. (Ver Cuadro 9 en Anexo D).

4.15. Facilidad/dificultad para enfrentar los problemas de salud en la localidad.

La clínica de Santiaguillo sólo puede atender *cosas leves o sencillas* como gripas, raspaduras, piquetes, presión alta y diabetes. No así partos, fracturas y enfermedades graves. La ausencia de la doctora y la falta de medicamentos y aparatos necesarios son señaladas como causas que orillan a pedir atención en otro lugar, generalmente en Acámbaro. En Petlacotla, también se considera que hay dificultades para atender problemas graves de salud en la clínica local, tales como fracturas o venas cortadas. Consideran que hacen falta medicamentos, aparatos y un carro para trasladar a los enfermos. Algunos mencionan que a veces *"los doctores que atienden no saben tanto y hay que buscar a otros que sepan más"*. En esta localidad, se mencionó que cuando una persona está grave se le tiene que llevar al hospital general que se encuentra a una hora de la localidad, en el poblado llamado La Ceiba, y que a veces en ese hospital tampoco pueden atenderlos por lo que los mandan al hospital de Poza Rica o al de Pachuca. Estos últimos se localizan a más de dos horas de distancia. También mencionan que no es fácil atenderse en la clínica debido a que hay que comprar los medicamentos; allí sólo les dan la receta. (Ver Cuadro 10 en Anexo D).

4.16. Ocasiones especiales en las que han tenido problemas para atender su salud.

Ninguno de los entrevistados en Petlacotla recordó haber tenido problemas importantes para atender su salud. En Santiaguillo, tres entrevistadas comentaron sus experiencias sobre la falta de atención en la clínica local. El motivo por el cual requerían ser atendidas fue, en los tres casos, grave: dolor de vesícula en una señora, fractura de brazo en una niña y picadura de araña en otra. La dificultad más frecuente fue la imposibilidad de recibir atención por parte de la doctora en turno debido a que se presentaron fuera de los horarios de consulta. En el primer caso la persona que pidió atención se presentó a las siete de la mañana en la clínica pero le dijeron que *"no eran horas de despertar a la gente"*. Dada la situación, la señora tuvo que amenazar con presentar una queja en Acámbaro. En el segundo caso, la madre de la niña se encontraba *muy asustada* por la fractura; en la clínica local no pudieron atender a su hija y tuvieron que trasladarse al hospital de Acámbaro. Finalmente, en el tercer caso, a la niña le picó una *araña capulina* en la noche y no quisieron atenderla en la clínica. La madre esperó dos horas por no saber qué hacer y por falta de dinero; la niña estuvo muy grave y la madre terminó por llevarla a Acámbaro con la ayuda de sus familiares. (Ver Cuadro 11 en Anexo D).

4.17. Forma deseable para atender la salud.

Se indagó en las entrevistadas cuál sería una buena forma de atención su salud en la localidad. En Santiaguillo respondieron que debería haber más medicamentos, más médicos y enfermeras; más aparatos y todo lo que se requiera para brindar un buen servicio que, además, estuviese disponible todo el tiempo. También les gustaría que no hubiese tanto tiempo de espera, que la clínica fuera más amplia y que contara con baños. En Petlacotla, la mayoría querría que hubiese más medicamentos. Algunas entrevistadas piensan que hay favoritismo en su entrega; otras mencionan que es necesario que haya más personal y más equipo y que se les atienda rápido. También comentan la necesidad de contar con una o dos ambulancias (Ver Cuadro 12 en Anexo D).

También se les preguntó si les gustaría que algo cambiara en la atención recibida en sus clínicas locales. En Santiaguillo dijeron, además de lo que ya se menciona, que el trato debería ser más amable, mientras que en Petlacotla les gustaría que dieran mejores medicamentos, *que sirvan más*. Hubo casos en ambas localidades en que se menciona que el servicio está bien o que no saben qué responder. (Ver Cuadro 13 en Anexo D).

4.18. Enfermedades frecuentes, nuevas y posibles causas.

La diabetes y la gripa son las enfermedades que de acuerdo con las entrevistadas en Santiaguillo son más frecuentes. En general, piensan que son causadas por la herencia y por la alimentación en el caso de la primera y por los cambios de clima en la segunda. En Petlacotla se destacan la diabetes, la presión alta y algunas enfermedades infecciosas como la gripa y la tos. También se menciona en algunos casos la embolia. Existe una idea generalizada acerca de que la causa de la diabetes es comer carne de animales que han sido alimentados con productos especiales para ese fin, como la *Pollinaza* en el caso de los pollos. Señalan que se trata de muchos químicos y que las personas ancianas no presentan la enfermedad porque no comieron animales alimentados de esa manera. Algunos manifiestan haber sido informados de esto por la doctora de la clínica de la localidad. Consideran, asimismo, que las enfermedades infecciosas son producto de descuidos, como no lavarse las manos o no lavar bien las verduras, así como de los cambios de clima. Las posibles causas que explican la embolia son los cambios de temperatura que sufren los trabajadores del campo, ya que de un momento a otro llueve a pesar del calor. (Ver Cuadro 14 en Anexo D)

Las entrevistadas de Santiaguillo consideran que las enfermedades de reciente aparición son las mismas que refirieron como más frecuentes, sólo en algunos casos se menciona el cáncer como una nueva enfermedad para la cual no hay servicio en la clínica de la localidad. Las pocas personas que lo mencionan piensan que los alimentos con químicos tienen que ver con su aparición, así como el no hacerse el Papanicolaou y la falta de aparatos para revisar los senos. En

Petlacotla, las entrevistadas identificaron a la tuberculosis y al cáncer en la matriz como padecimientos de reciente aparición. En el primer caso se menciona que en la clínica se les da atención especial, citan a los enfermos todos los días para *darles su medicamento en la boca*, ya que no deben olvidarlo. Además, les dan recomendaciones para que no contagien a más gente. En el segundo caso, no se les puede atender en la clínica y la doctora sólo les da un pase para que vayan al hospital de La Ceiba o al de Poza Rica. Se piensa que el cáncer es producto de que, en la actualidad, los alimentos tienen muchos químicos. También se argumenta que, en las mujeres, este padecimiento es resultado de no acudir oportunamente a sus revisiones. (Ver Cuadro 16 en Anexo D).

Al parecer, en los servicios de salud de las localidades estudiadas sí se cuenta con medicamentos suficientes para tratar las enfermedades consideradas más frecuentes. En Petlacotla, a diferencia de Santiaguillo, se les explica cómo se tienen que cuidar y qué pudo haber provocado la enfermedad. (Ver Cuadro 15 en Anexo D).

4.19. Características socio-territoriales relacionadas con los problemas de salud y propuestas de solución desde la opinión de los entrevistados.

Se preguntó si consideraban que en las condiciones actuales de su localidad encontraban algo que pudiera afectarles la salud, cómo les afectaría y qué se podría hacer para solucionar el problema. En Santiaguillo, se mencionó como uno de los principales problemas la falta de drenaje en algunas casas de la localidad. Mucha gente *"tiene sus baños al aire libre y tira agua sucia en cualquier lugar, se hacen charcos y puede aparecer el dengue o se seca y en el tiempo en que hace mucho aire todo ese polvo sucio vuela"*. De cualquier modo, el drenaje desemboca en el arroyo, por lo que el agua sucia se encuentra al aire libre y hay lugares en donde esa agua *pasa* muy cerca de las casas. Las entrevistadas consideran que todo eso les puede provocar enfermedades aunque no saben exactamente cuáles. Proponen que el arroyo se entube y que haya un acuerdo de que toda el agua sucia desemboque en el drenaje, para lo cual también es necesario que todas las

casas cuenten con el servicio. Proponen también que el gobierno les ayude con la mitad del costo de la obra y los pobladores pongan el resto. Reportan, asimismo, el caso especial de un molino que tira agua sucia cerca del kínder, lo que ocasiona que, a pesar de que algunas señoras limpian, se perciba un olor desagradable que puede afectar la salud de las niñas y los niños que pasan a diario por el lugar. La solución es sencilla: los dueños del molino deberían poner un tubo para conectarse al drenaje.

El estiércol también representa un problema; en tiempo de lluvias éste se moja y *"corre junto con el agua"* hacia el arroyo. Las soluciones a este problema las encuentran en los dueños de los animales quienes deberían poner los corrales lejos de las casas y limpiar seguido. El estiércol deberían, en todo caso, usarlo como abono en las parcelas. Asimismo, comentaron que muchas veces la gente *"tira animales muertos en donde sea"* y que es responsabilidad de los dueños *no tirarlos*, sino, enterrarlos.

El siguiente problema que se encontró fue el mal manejo de la basura. Se dice que algunas personas *"no echan su basura al carro"* a pesar de que es gratuito, es enviado por el gobierno y la propina a los recolectores es voluntaria. Algunas personas siguen quemando basura o tirándola a la vía pública a pesar de que en la clínica *les dicen que eso es muy malo para la salud*. La conclusión es que deberían cobrarse multas o interponerse demandas a quienes continúen con tales prácticas, las cuales, también, son reconocidas por el daño que ocasionan al medio ambiente.

Las condiciones de las calles también son consideradas como una causa probable de enfermedad debido a que no todas están pavimentadas y cuando llueve *se enlodan* y las personas se ven obligadas a pisarlo. Esta es una de las razones que explican la gripa o *las anginas*. También comentan que esto les afecta porque *"los autos no pueden ir más rápido"*. La solución a ello también la encuentran pidiendo ayuda al gobierno.

La venta de drogas a los jóvenes también es identificada como un problema grave en el pueblo. Si unos comienzan a drogarse, los demás *aprenden* y el problema se hace más grande *echando a perder toda la juventud*. Proponen que para acabar con este problema se cuente con el apoyo del gobierno, vigilando continuamente la localidad y que quienes se encarguen de ello no acepten dinero para dejar libres a los narcomenudistas y a los usuarios que sean detenidos.

Finalmente, les parece necesario que haya un médico de planta que siempre esté dispuesto a atenderlos, así como la apertura de una farmacia en la localidad. Para ello, consideran necesario hacer la petición en el lugar correspondiente con la participación de todos los habitantes.

Las personas entrevistadas en Petlacotla mencionan que el polvo, las frecuentes lluvias, los animales ponzoñosos y el mal manejo de la basura son los principales problemas en la localidad. Relacionan el polvo con padecimientos como la tos, el dolor de estómago, los vómitos, la diarrea y *las lombrices*. La gran cantidad de lluvias provoca que el excremento de los animales domésticos *corra hacia el arroyo* y hacia los depósitos de agua potable pudiendo provocar enfermedades. En las noches, cuando llega a fallar el servicio de luz, las personas están expuestas a sufrir fracturas por caídas y a la picadura de víboras y alacranes que *salen de las piedras al anochecer*. Para solucionarlo, lo ideal sería que las calles se pavimentaran. Sin embargo, los gobiernos han pasado haciendo caso omiso de la situación.

El manejo de la basura se torna problemático cuando las personas no la queman en lugares alejados de la comunidad tal como se les indica en las pláticas de Oportunidades. Las entrevistadas refieren que hay que llevar la basura al panteón de la localidad para que pueda ser quemada o enterrada sin dañar la salud de los habitantes. Asimismo, estas prácticas previenen la reproducción del mosco del

dengue ya que se evita la formación de charcos. A pesar de la insistencia que se le da al tema en la clínica *la gente no obedece*.

Los excrementos de perro en las calles así como el olor que se desprende en sus épocas de apareamiento es *muy malo para la salud* según se les ha informado en la clínica. Los dueños de los perros deberían mantenerlos en sus casas, bañarlos, y recurrir a los médicos veterinarios que en ocasiones llegan a la localidad para realizar esterilizaciones. Por el contrario, cuando se da aviso de que la camioneta de servicios veterinarios va a llegar a la localidad, *"la gente no entiende y amarra a sus perros en sus casas"*. Sería recomendable que la camioneta llegara sin previo aviso.

La calidad de los alimentos que consumen les resulta un tema preocupante debido al uso de sustancias químicas como el *líquido mata hierba*. Aunque en la localidad es poco frecuente su uso en los procesos de cultivo, la cosecha no es suficiente en cantidad y variedad para las necesidades alimentarias de los habitantes ya que sólo se cultivan los alimentos de mayor demanda por parte de los intermediarios e inevitablemente adquieren gran parte de sus alimentos en el mercado de La Ceiba. La propuesta de solución es que los campesinos, en general, vuelvan a trabajar el campo con machete y coa para evitar el uso de químicos

Finalmente, es necesario que se aproveche el sistema de drenaje en mayor medida, sobre todo, en las viviendas dónde sólo el baño está conectado a la red. El agua que ha sido utilizada para lavar ropa y utensilios de cocina también debería desecharse a través de este servicio. Los habitantes tendrían que conectar todas las salidas de agua de su vivienda al sistema o, por lo menos, *"hacer zanjas por donde pueda correr el agua hacia el drenaje"*.

Discusión y conclusiones.

La producción histórica de las condiciones materiales de vida caracterizadas por una baja inversión estatal puede verse reflejada en la deficiente infraestructura con la que se cuenta en ambas localidades (caminos sin pavimentar; insuficiencia de medios de transporte, de centros de abastecimiento y de centros educativos, entre otros). Ambas localidades han sido territorios no privilegiados históricamente. Los servicios comenzaron a instalarse en las décadas de los 70 y 80, y en el caso particular del drenaje, se concluyó la instalación de la red en los primeros años del presente milenio. Actualmente, algunos hogares no están conectados a los servicios (Santiaguillo) o los subutilizan (Petlacotla).

La intervención mínima del Estado en el mejoramiento del acceso a los servicios públicos en las localidades, genera estas dificultades en los hogares ya que su acceso depende, a final de cuentas, de las posibilidades económicas de cada uno de ellos, en consecuencia, los hogares con condiciones económicas más precarias se colocan en una condición de mayor vulnerabilidad al no poder hacer uso de los servicios.

Las relaciones de producción que definen en gran medida las posibilidades económicas de los hogares están diferenciadas por aspectos geofísicos del ámbito territorial, por el insuficiente apoyo gubernamental para la producción y por las demandas del mercado.

La propiedad de los medios de producción (en específico, la tenencia de la tierra que se trabaja) no significa, necesariamente, una mejor condición de vida de los propietarios, sobre todo, cuando no hay posibilidades de invertir en la producción debido a las pocas ganancias que genera la comercialización de los productos. Tal es el caso de los campesinos dueños de sus tierras que estan económicamente imposibilitados para contratar trabajadores y mejorar sus procesos productivos así como para transportar sus productos a mejores lugares para la venta (Petlacotla). Por ello, en el caso de las localidades de estudio, el trabajo asalariado en el

campo parece ser una mejor opción ya que esto permite contar continuamente con recursos económicos debido a que las características geofísicas del territorio demandan por lo menos seis momentos en la producción en los que se requiere la contratación de trabajadores (preparación de la tierra, siembra, riego, fertilización, fumigación y cosecha). El desgaste físico es menor ya que las actividades se reparten entre ellos lo que no significa que los riegos y daños a su salud sean menores, sino, simplemente diferenciados respecto a otras condiciones de trabajo. De cualquier modo, las fuentes de empleo son insuficientes y las que existen no generan mejores condiciones de vida.

Hay una incompatibilidad en la entrega de los programas de apoyo para la producción en el campo con los que se cuenta en las localidades (Procampo y préstamo de maquinaria) debido a que las transferencias monetarias no se reciben en el momento adecuado ni en cantidad suficiente para lograr un beneficio real en la producción (Santiaguillo) así como a la demanda de requisitos legales, con los que los campesinos no cuentan, para ser beneficiarios (Petlacotla).

Las actividades productivas alternas que realizan algunos campesinos para obtener recursos extras no son suficientes ya que no representan beneficios inmediatos (venta de árboles en Petlacotla) o sólo pueden ser utilizados en casos de emergencias, sobre todo de salud, debido a que su práctica en mayor escala demanda grandes inversiones que no pueden ser solventadas (ganadería en Santiaguillo).

La migración en las localidades esta definida por las condiciones productivas antes mencionadas. Contar con un familiar migrante representa una fuente alterna de recursos económicos que parece ser mejor cuando el lugar de destino de aquél se encuentra en el extranjero. Frecuentemente, la migración de zonas rurales a zonas urbanas dentro del país no genera mejores condiciones de vida en quienes la llevan a cabo, por el contrario, debido a la precariedad de los empleos disponibles, se ven en la necesidad de vivir en zonas urbano marginales

contribuyendo a la proliferación de estas y a una mayor demanda de servicios en los sitios de destino. Se puede decir que los lugares hacia los que se dirigen los migrantes están determinados históricamente (Santiaguillo), además, tienen relación estrecha con el nivel educativo que poseen estos (Petlacotla).

Es muy limitada la capacidad resolutiva de los servicios de salud como consecuencia de las reformas del sector que han tenido lugar en el país, particularmente la participación reducida del Estado en el financiamiento. Todo ello provoca que las poblaciones recurran al sector privado para atender su salud restando responsabilidad al sector público.

Las otras intervenciones en salud (Seguro Popular) que se reportaron aparte del programa Oportunidades, también se caracterizan por ser simplificadas. Su utilización es reducida como consecuencia de las experiencias negativas que han tenido los usuarios al acudir a solicitar el servicio ante diversos problemas de salud (Santiaguillo) por lo que el contar con una o más intervenciones de corte neoliberal no asegura una mejor atención a la salud de los beneficiarios.

Existe un déficit en la infraestructura de los servicios de salud disponibles, así como, falta de personal idóneo y de insumos (medicamentos e instrumental médico) que generan diferencias entre la cobertura formal (padrón de beneficiarios y hogares en general) y la cobertura real (hogares que acuden realmente a los servicios y que son atendidos). La oferta de los servicios de salud se limita a acciones de tipo preventivo que se otorgan a través del programa Oportunidades por lo que los problemas de salud que no encuadran en los contemplados por el programa se resuelven, generalmente, mediante el uso de soportes materiales de otros territorios. La precariedad de la infraestructura en los servicios de salud no permite, siquiera, realizar diagnósticos para referir los casos a otras instituciones públicas de salud, lo que conlleva una subutilización de estas unidades de atención. Las prácticas en salud derivadas de esta situaciones están determinadas por la capacidad resolutiva de los hogares (posibilidad de trasladarse a otro lugar

para recibir atención, de pagar un médico privado y de comprar los medicamentos necesarios), del lugar geográfico en que se encuentre la localidad (cercanía de zonas urbanizadas donde haya mayor oferta de servicios de salud tanto públicos como privados), así como, de los soportes materiales con los que se cuente para el traslado (condiciones de las carreteras o caminos, acceso a medios de transporte públicos).

La situación social de los usuarios de los servicios de salud, además de las otras condiciones socioterritoriales que ya han sido mencionadas, genera dependencia y limitación al otorgamiento de otras acciones simplificadas y rentables que ofrecen los gobiernos locales (servicios de salud otorgados esporádicamente por camionetas municipales) o a servicios de dudosa calidad que se ofrecen sin la menor supervisión de las autoridades sanitarias municipales (sujetos de procedencia desconocida que venden anteojos y soluciones en gotas para los problemas de vista).

El abastecimiento insuficiente de medicamentos en las dependencias de la Secretaria de Salud Federal en México (Gómez-Dantés y col, 2001) se ve reflejada en gran medida en los servicios de salud de las localidades ya que se refiere continuamente como una de las mayores problemáticas de estos servicios. Esta deficiencia de insumos pudiera deberse a problemas de planeación, adquisición, transporte, almacenamiento y distribución locales como se reporta en el estudio citado aunque la información recabada en la presente investigación no aporta elementos suficientes para afirmarlo.

Es evidente que se requiere una mayor inversión en el gasto destinado a la salud por parte del Estado para lograr, por lo menos, la ampliación del cuadro básico de insumos del sector salud además de una inspección adecuada del trayecto de estos entre el laboratorio procedente y el lugar al que están destinados. Al respecto, del presente estudio se desprenden indicios de un otorgamiento diferenciado de medicamentos entre los beneficiarios del programa Oportunidades

y un mal uso de los mismos por parte del personal que labora en las clínicas locales.

El desabasto de medicamentos conlleva a que los usuarios no demanden los servicios de salud ante padecimientos que no consideran graves o a que recurran a servicios de salud privados. En algunos casos, los remite a la adquisición de medicamentos de bajo costo cuando están disponibles en la localidad y a la demanda de farmacias para satisfacer esta necesidad.

La homogeinización de las acciones en salud otorgadas por el programa Oportunidades, especialmente en el caso de las sesiones informativas sobre padecimientos específicos, resulta en una apropiación diferenciada de los conocimientos entre los usuarios de las diferentes localidades (convencimiento vs. desconfianza) que puede explicarse por las particularidades culturales de las mismas que hacen necesaria la adecuación de los temas a tratar y de los materiales empleados para la difusión de estos con la realidad de cada lugar, sin lo cual, sólo se logra la replicación del discurso hegemónico que privilegia las relaciones causa-efecto en el pensamiento en salud (factores causales como condiciones climáticas, fauna propia del lugar, irresponsabilidad individual en el manejo de la basura, en el cuidado de animales domésticos, en los hábitos de limpieza, en el manejo de alimentos y en el mal uso de servicios como el drenaje, entre otros).

Asimismo, la priorización en la atención de padecimientos específicos (diabetes e hipertensión) característica de las iniciativas como el programa Oportunidades invisibiliza en los mismos locatarios la ocurrencia mayor de otros problemas de salud (diabetes e hipertensión vs. dolores de huesos, accidentes de trabajo, problemas dentales y problemas de la vista).

Las ideas y prácticas acerca de la alimentación se relacionan estrechamente con la información que se posee al respecto y con la disponibilidad y el acceso a los

alimentos en los diferentes territorios (Petlacotla: vitaminas inyectables; Santiaguillo: moderación en el consumo de ciertos alimentos, sobre todo, la carne).

Como se sabe, el otorgamiento de los beneficios del programa Oportunidades está condicionado al cumplimiento de las "acciones de corresponsabilidad" que los empadronados adquieren. Esto resulta claro para todos los beneficiarios, sin embargo, hay un desconocimiento generalizado acerca de los servicios a los que tienen derecho por pertenecer al programa. Las reglas de operación no se llevaron a cabo en algunas situaciones referidas en las entrevistas (nula referencia de las embarazadas a los hospitales de la red de salud responsables de este tipo de atención, no se otorgaron los cuidados durante el puerperio previstos en el paquete básico de servicios de salud en los once casos encontrados, no se otorgaron en su totalidad los complementos alimenticios y nutricionales para las embarazadas). El discurso de las entrevistadas denota que estas irregularidades pasan desapercibidas por la incipiente comunicación del personal de salud acerca de los derechos que tienen por pertenecer al programa que contrasta con la claridad acerca de sus obligaciones.

Las acciones en salud que cubre el programa Oportunidades no se relacionan con el tipo de enfermedades que desde la visión de los usuarios se derivan de las formas de reproducción social y de los aspectos geofísicos de los territorios. Las actividades comerciales potencialmente generan, por ejemplo, estrés e hipertensión arterial; el trabajo en la fábrica, problemas de gastritis, de riñón, de pulmones, dolores de espalda, etcétera, que no pueden ser atendidos en los servicios de salud locales.

La accesibilidad limitada a los servicios de salud por horarios estrechos de atención, sobrecarga de trabajo en el personal de salud, falta de insumos adecuados para los perfiles de morbilidad particulares, así como, las posibilidades económicas de los hogares (determinadas por las relaciones de producción)

limitan, en gran medida, la recuperación y el mantenimiento de condiciones de salud favorables. Por otro lado, debido a la insuficiente inversión en salud, no se cuenta con las condiciones mínimas necesarias para otorgar el servicio adecuadamente (mobiliario básico como sillas o baños y ampliación de clínicas por sobrepoblación).

Para los habitantes es clara la relación que existe entre algunas expresiones socioterritoriales de sus condiciones de vida (falta de conexión al drenaje, mal manejo de la basura, falta de pavimentación, seguridad insuficiente en las calles y limitada capacidad resolutiva de los servicios de salud) y algunos riesgos de morbilidad (dengue, gripa, infecciones en la garganta y drogadicción). Asimismo, reconocen el papel que tiene en dichas condiciones la minima inversión del gobierno en obras públicas lo que les genera descontento e incertidumbre acerca de otros posibles daños que estas condiciones pudieran causar en su salud.

En el Cuadro 1 se resumen las características socioterritoriales encontradas en cada localidad relacionadas con las necesidades de atención a la salud.

Cuadro 1. Características socioterritoriales de las localidades relacionadas con sus necesidades de atención a la salud.

Santiaguillo	Petlacotla
Accesibilidad a los servicios públicos - red de drenaje no accesible para todos	**Subutilización de los servicios públicos** - red de drenaje subutilizada a pesar de contar con conexión en todos los hogares - agua potable disponible fuera de las viviendas en algunos casos
Relaciones de producción - productos comercializados a bajo costo y dependientes de la demanda - baja producción por falta de apoyo gubernamental para mejorar las condiciones del terreno - la mayor parte de las ganancias se utilizan para volver a producir.	**Relaciones de producción** - productos comercializados a bajo costo, dependientes de la demanda - falta de medios de transporte para comercializar los productos a un mejor costo - subutilización de la tierra disponible por imposibilidad de inversión - la mayor parte de las ganancias se utilizan para

	volver a producir
Inserción en la producción - peones asalariados por temporadas	**Inserción en la producción** - dueños de las tierras sin posibilidad de invertir para mejorar la producción
Apoyos gubernamentales insuficientes - transferencias monetarias de Procampo en cantidades insuficientes y en momentos inadecuados para generar efectos positivos.	**Apoyos gubernamentales inaccesibles** - situación legal irregular de la tenencia de la tierra que imposibilita el acceso a los apoyos.
Infraestructura insuficiente - caminos sin pavimentar - medios de transporte insuficientes - clínicas sin equipamiento básico - red de servicios de salud incomunicada	
Capacidad resolutiva de los servicios de salud limitada - sobrepoblación - falta de personal -falta de insumos (medicamentos e instrumental médico) - nula referencia a otras instituciones públicas de salud - horarios de atención estrechos	**Capacidad resolutiva de los servicios de salud limitada** - falta de personal -falta de insumos (medicamentos e instrumental médico) - nula referencia a otras instituciones públicas de salud - horarios de atención estrechos
Particularidades culturales - prácticas en salud contrahegemónicas (herbolaria)	**Particularidades culturales** - idioma indígena - prácticas en salud contrahegemónicas (parteras, hueseros, herbolaria)

Las localidades rurales, indígenas o no, viven en condiciones de desprotección social debido a las reformas de Estado implementadas en el país que privilegian las políticas sociales basadas en la planeación de acciones costo-efectivas, en el condicionamiento de los servicios y en la disminución del gasto en salud.

Todo territorio presenta particularidades que determinan sus necesidades en infraestructura, en política social, en recursos humanos, en relaciones con el

exterior, en inversión pública, etcétera. Sin embargo, en todos ellos se requiere de una base mínima de recursos que generen las condiciones que permitan a sus habitantes reproducirse en forma socialmente aceptable.

Es indispensable que las acciones en salud se redefinan tomando en cuenta las necesidades particulares de los territorios atendidos así como el derecho constitucional a la salud para todos los mexicanos. Dada esta invisibilidad, así como la simplificación de sus acciones a cuestiones de carácter puramente preventivo, las iniciativas en salud formuladas bajo la lógica neoliberal, como el programa Oportunidades, no repercuten de manera significativa en el mejoramiento de las condiciones de salud de sus poblaciones objetivo ni satisfacen sus necesidades de atención de manera adecuada.

La focalización de este tipo de iniciativas en subgrupos poblacionales considerados prioritarios por sus condiciones de pobreza extrema deja desprotegidos a los demás sujetos debido a que en las unidades de atención a la salud sólo son llevadas a cabo las acciones consideradas en las reglas de operación de los programas y se da prioridad a la atención de los empadronados.

Los grupos poblacionales pertenecientes a socioterritorios precarios aun en su condición de sujetos de políticas públicas de salud, resuelven sus necesidades haciendo uso de los soportes materiales de otras territorios, lo que muy probablemente repercute negativamente en la capacidad resolutiva de aquellos servicios que se sobredemandan.

Las condiciones en las que se reproducen socialmente los colectivos son producto de las formas de producción, distribución y consumo de bienes y servicios en un ámbito geográfico concreto. Así, las necesidades y sus satisfactores (incluso, las básicas y universales como la atención a la salud) presentan particularidades que deben tomarse en cuenta para la instrumentación de políticas públicas. Para lograr el mejoramiento de las condiciones de salud desde la perspectiva socioterritorial,

se requerirá de una mayor inversión del gobierno en obras públicas y en el otorgamiento de las condiciones mínimas necesarias para resolver, por ejemplo, las necesidades de atención a la salud (medicamentos, instrumental médico y mobiliario suficientes y adecuados; personal médico capacitado y suficiente para evitar sobrecargas de trabajo que pudieran estar relacionadas con un otorgamiento deficiente de los servicios). Estas necesidades de inversión no se corresponden con el Estado mínimo actual.

El uso del socioterritorio como categoría mediadora para analizar el proceso salud/enfermedad/atención permite caracterizar de manera integral su determinación social. Para reconstruirlo de forma apropiada, es recomendable triangular diferentes técnicas metodológicas para acceder a la información necesaria, por ejemplo, análisis de censos oficiales, aplicación de cuestionarios, realización de entrevistas y uso de guías de observación, por citar algunas, sobre todo, en el caso de regiones rurales en las que comúnmente no se dispone de suficiente información oficial útil para tal propósito.

Al respecto, la realización de estudios de corte cualitativo, permite conocer más cercanamente la forma en que los usuarios de los servicios de salud viven en la cotidianidad las expresiones de la relación entre los procesos macrosociales y sus formas de enfermar, de atenderse y de morir. Por tanto, resulta importante considerar la realización continua de estudios de este tipo. De cualquier modo, esta primera aproximación al estudio de la relación entre las necesidades de atención y las particularidades socioterritoriales puede ser utilizado como referencia para la realización de estudios similares.

Finalmente, resulta evidente que una adecuada atención a la salud va más allá de contar con una clínica y con personal e insumos suficientes para operarla. El mejoramiento de las condiciones socioterritoriales de las regiones repercutiría de manera más significativa y favorable en el proceso salud/enfermedad/atención de los sujetos y permitiría el mantenimiento de los beneficios a largo plazo.

En el cuadro 2 se presenta un contraste entre la política social neoliberal, las características del programa Oportunidades y las experiencias reales de los beneficiarios.

Cuadro 2. Caracterización de la política social neoliberal, el programa Oportunidades y las experiencias de los beneficiarios.

Características de la política social neoliberal	**Características del programa Oportunidades**	**Experiencia de los beneficiarios**
- La atención a la salud se mercantiliza - La asistencia pública se focaliza en la población pobre, quienes acceden a un conjunto de intervenciones simplificadas y rentables en términos de costo-efectividad - Se incrementan las restricciones sobre el acceso a los servicios de salud con lo que se incrementa la desigualdad en la cobertura. - Se nulifica el derecho constitucional a la salud - El ciudadano se convierte en usuario-cliente. - La población "no pobre" resuelve sus necesidades de salud en el mercado. - Reformas orientadas a la eficiencia y a la competencia. - Transferencia de responsabilidades del sector público al privado. - Transferencia de responsabilidades del Estado a	- Focalización de las acciones a población extremadamente pobre. - Oferta de un paquete básico esencial de servicios de salud. - Impartición de talleres sobre el autocuidado de la salud - Acciones en salud principalmente de tipo preventivo - Se condiciona la prestación de servicios y las transferencias monetarias. - Las acciones en salud se "montan" en las condiciones estructurales preexistentes - Los beneficiarios deben demostrar su condición de pobreza extrema para acceder al programa.	- El acceso a los medicamentos es insuficiente o nulo. - Se ven en la necesidad de comprar los medicamentos que requieren. - Otros insumos como instrumental y equipo médico para diagnóstico son inexistentes. - La asistencia al centro de salud se concibe como una obligación más que como un servicio al que se tiene derecho. - Ante la falta de respuesta hacia los problemas de salud se dirigen a solicitar atención en el sector privado. Incluso en casos considerados dentro del paquete del programa - La referencia a otras instituciones públicas de salud es inadecuada o inexistente. - El otorgamiento de los servicios de salud es diferenciado. - Los habitantes no beneficiarios deben esperar a que se atienda a los beneficiarios para recibir atención.

los individuos y a los hogares. - Industrialización de las actividades médicas que tiende a la privatización. - Reducción de la participación del Estado - Se considera al mercado como un proveedor más eficiente y equitativo que el mercado. - La atención a la salud se propone como parte del sistema de recompensas de una sociedad. - Apoyo a iniciativas de unidades familiares, capacitación de mujeres y educación de niñas como futuras "cuidadoras eficientes". - Definición de un paquete de servicios esenciales		- Los beneficios del programa no se distribuyen de manera adecuada. - Las "acciones de corresponsabilidad" se llevan a cabo por temor a que se les retire el apoyo económico - Hay sobrepoblación en las clínicas de las localidades. - El personal de salud tiene cargas excesivas de trabajo que le impiden ofrecer un mejor servicio.

La focalización en localidades pobres hacia los subgrupos en extrema pobreza fragmenta a las comunidades, difuminando las redes sociales que pudieran existir y desprotegiendo a quienes no puedan acreditarse en esa condición. Asimismo, el bajo financiamiento en el sector salud provoca una falta de insumos que coloca a las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad social, obligándolas a resolver sus problemas de salud en el sector privado haciendo uso de sus escasos recursos económicos con lo que se ratifica al mercado como un mejor proveedor de servicios e insumos para la salud.

Derivado también del bajo financiamiento, se define el paquete básico de servicios de salud que no resuelve las necesidades de las localidades y genera desigualdad en el acceso a los servicios dentro y fuera de ellas. Bajo estas condiciones la población "extremadamente pobre" debe conformarse con los escasos servicios que se les asignan. Por otro lado, la población no pobre resuelve sus necesidades

en el mercado. Todo ello, aunado a la transferencia de responsabilidades en la producción de riesgos y daños a la salud hacia los individuos, que se concreta en el discurso hegemónico sobre hábitos para el autocuidado a la salud, minimiza la responsabilidad del Estado en los aspectos sanitarios.

El derecho constitucional a la salud se invisibiliza por todo lo anterior y por el condicionamiento de los servicios al cumplimiento de ciertas "obligaciones" adquiridas al formar parte de un programa ya de por sí simplificado.

Bibliografía.

Adato, M., Coady, D., Ruel P., Marie T. (2000). Evaluación de operaciones de Progresa desde la perspectiva de los beneficiarios, las promotoras, directores de escuela y personal de salud: Informe Final. En International Food Policy Research Institute, **PROGRESA Report**. Washington: IFPRI.

Aguilar, J. (2005) Los procesos productivos dominantes como determinantes de la incidencia de diabetes mellitus tipo 2: comparación de dos comunidades rurales. Tesis de Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Almeida, N. y Paim, J. (1999) Crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales* 75:3-30.

Arredondo A. (2001) Economia y Salud en tiempos de reformas (reseña). *Salud Pública de México*, marzo-abril 2001, vol. 43, no. 2, p.170-171.

Banco Mundial (1993) **Informe sobre el desarrollo mundial 1993, Invertir en salud**. Washington: Banco Mundial.

Blanco, J. (1991) "Región y clase social en la determinación de la enfermedad: el caso de la meseta tarasca (Michoacán)". En: I. Almada (coord.) **Salud y crisis en México. Más textos para el debate**. Cuadernos del CIIH. Serie Seminarios 2. México: CRIM-UNAM, 205-247.

Blanco, J. y López, O. (2007) Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re) construcción. En E. Jarillo y E. Guinsberg (eds.) **Temas y desafíos en Salud Colectiva**. México: Lugar Editorial.

Blanco, J. y López, O. (2008) Caminos divergentes para la protección social en salud en México. *Salud Colectiva*, 4(3):319-333.

Blanco, J. y Sáenz (1994) Espacio urbano y salud. En: F. Mercado y C. Eibenschutz (coords), Colección Fin de Milenio, Serie Medicina Social. México: Universidad de Guadalajara.

Boltvinik, Julio (1990) **Pobreza y necesidades básicas. Conceptos y métodos de medición**. Venezuela: PNUD.

Brito P. (2006) Políticas de Salud en las Américas. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, marzo 2006, vol. 24, número especial, p.96-103.

Calderón, C. (2002) Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5):473-482.

Castro, R. (2000) **La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza**. México: UNAM-CRIM.

CEPAL (2004) citada en Hernández D. Reforma de la seguridad social: desembarco, conquista y retirada de un actor no reformista. *Prisma*, octubre 2004, no. 19, p.227-259.

Conclusiones de la conferencia sobre las reformas de salud en América Latina. (2000) *Salud pública Méx*, 42(1):79-80.

Cortés, F., Menéndez, E. y Ruvalcaba, R. M. (1996) Aproximaciones estadísticas y cualitativas. Oposiciones, complementaciones e incompatibilidades. En C. Stern (coord) **El papel del trabajo materno en la salud infantil**. México: El Colegio de México.

Cortez C., Landazuri, G., Morena, P "El Pronasol: ¿Un modelo alternativo para el combate a la pobreza? Pobreza y pobreza extrema (documento fotocopiado).

Crocco P, Schroeder, P, Villen, MT. (2000) Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 8(1-2):126-134.

Czresnia, D. y Ribeiro, A. M. (2000) O caonceito de espaco em epidemiologia: uma interpretacao historica e epistemológica. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3):595-617.

De la Peña, Sergio (1994) "Viejos y nuevos sujetos sociales". *Redefiniciones*, (1):23-36.

Donabedian, A (1988) **Los espacios de salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. México: FCE.

Doyal, L. y Gough, I. (1994). **Teoría de las necesidades humanas**, Barcelona: ICARIA/FUHEM.

Escobar, A. (2000) **Progresa y el bienestar de las familias. Los hallazgos**. México. CIESAS.

Escobar, A. y González, M. (2004) **Evaluación cualitativa de mediano plazo del programa Oportunidades en zonas rurales**. México: CIESAS-INSP.

Esping-Andersen (1991) As tres economias politicas do welfare state. Lua Nova, 24:85-115

Frenk, J. (2003) **La salud de la población. Hacia una nueva salud pública.** México: FCE/ CONACYT.

García, J. C. (1981) La medicina estatal en América Latina. *Revista Latinoamericana de Salud*, 1-2.

Gómez, O., Garrido, F., Tirado, L., Ramírez, D., Macías, C. (2001) Abastecimiento de medicamentos esenciales en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México. *Salud Pública de México*, 43(3):224-232.

González E. (2003) El Cambio en el Paradigma de la Reforma del Estado: del Ajuste Económico al Cambio Organizacional en las Agencias Gubernamentales. *El Cotidiano*, 19(121):79-92.

Granda, E (2000) Formación de salubristas. Algunas reflexiones. En Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Antioquia **La salud colectiva a las puertas del siglo XXI**. Colombia: Universidad de Antioquia.

Hernández, B., Meneses, F., Baltasar, M. C., Téllez, M. M., Hernández, M. (2006) Evaluación del cumplimiento de metas, costos unitarios y apego del Programa Oportunidades a las Reglas de Operación 2005. Reporte Final: Conclusiones y recomendaciones. México: El Colegio Mexiquense A. C.

Hernández, B., Meneses, F., Baltasar, M. C., Téllez, M. M., Hernández, M. (2002) **Evaluación del cumplimiento de metas, costos unitarios y apego del Programa Oportunidades a las Reglas de Operación. Evaluación de Resultados de Impacto del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades**. México: INSP-CIDE.

Hernández, D. (2004) Reforma de la seguridad social: desembarco, conquista y retirada de un actor no reformista. *Revista Prisma*, 19.

Laurell, A. C. (1993) La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre salud de los trabajadores. En Organización Panamericana de la Salud **Investigación en salud**. Washington: OPS.

Lobato, S. (2005) Repercusiones de la migración a Estados Unidos sobre las condiciones de vida y salud en comunidades de origen de la mixteca poblana: el caso de Tehuitzingo. Tesis de Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

López, O. (2005) La política de salud en México 1982-2004. Ponencia presentada para el primer trimestre de la Maestría en Medicina Social. UAM-Xochimilco, Octubre, 2005.

López, O. (2004) Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas. Publicación virtual, disponible en: www.paho.org.SpanishDPMSHDHPhp_xi_taller04_pres_Lopez-arellano.pdf.pdf

López, O. (1994) La selectividad en la política de salud. En: AC Laurell (coord.) **Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud**, México: Fundación Fredrich Ebert/UAM-Xochimilco, p.p. 33-60.

López, O. (1992) La política de salud en México: ¿Un ejemplo de liberalismo social? En Laurell, C. (coord.) Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. México Fundación Frederich Ebert, 165-183.

López, O. y Blanco, J. (2003a) La contribución médico-social al campo de la salud pública. Aportes y nuevos retos. *Higiene* 5(1):42-48.

López, O. y Blanco, J. (2003b) Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. *Salud Problema*, Nueva Época, (14-15):7-16.

López, O. y Blanco, J. (1996) Las necesidades de salud y las propuestas de solución. Notas para la discusión. En: C. García y H. Hernández (comp.) **Mortalidad, salud y discurso demográfico**, México: UNAM/CRIM, p.p. 79-97.

López, O. y Blanco J. (1994) Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Pública de México* 36(4):374-384.

López, S. (1999) Medicina, ética y reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica. *Salud Pública de México*, 41(5):437-439.

Marx, K (1971) **El capital**, México: Siglo XXI.

Menéndez, E (1990) **Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones**. México: Centro de Investigaciones y estudios Superiores en Antropología Social.

Mercado, F. J. y Bosi, M. L. (2007) Investigación cualitativa de los servicios de salud: notas para un debate. En M. L. Bosi y F. J. Mercado (orgs.) **Investigación cualitativa en los servicios de salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Molina. R. (1996) Modernización de los servicios de salud. El caso del IMSS. *Salud Problema*, primavera 1996, no. 26, p.5-20.

Muñoz, F. (2001) Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. *Rev Panam Salud Publica*, jul. 2001, vol.10, no.1, p.62-68.

Pradilla, E. (1992) Las teorías urbanas en la crisis actual. *Sociológica*, 7(18):45-71.

Préteceille, E (1977) Necesidades sociales y socialización del consumo. En: JP Terrail, E. Prétecelle y J. L. Moynot (eds.) **Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual**. México: Grijalbo.

Poder Ejecutivo Federal (1984) Plan Nacional de Desarrollo 1984-1988. México.

Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2007. Disponible en: www.oportunidades.gob.mx

Rosen G. (1979) The Evolution of Social Medicine. En: Freeman, H. E., S. Levine (comps.). **Handbook of Medical Sociology.** 3a edición, 23-50.

Secretaría de Desarrollo Social (2008) **A diez años de intervención. Evaluación Externa del Programa Oportunidades 2008 en zonas rurales (1997-2007)**. Tomo II El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición. México SEDESOL.

Sen, Amartya (1992)"Sobre conceptos y medidas de pobreza". *Comercio Exterior* 42(4):310-322.

Skoufias, E., Davis, B., De la Vega, S (1999) **Focalización de los pobres en México: Evaluación de la selección de hogares que participan en progresa**. Washington: International Health and Food Policy Research Institute.

Terrail, J. P. (1977) Producción de necesidades y necesidades de producción. En J. P. Terrail, E. Prétecelle y J. L. Moynot (eds.) **Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual**. México: Grijalbo.

Tetelbóin, C, Granados, A, Tournier, N, Tavernier, P (2005) "Alternancia y políticas de salud en México". *Estudios Sociológicos*. Colegio de México, 23(67):75-94.

Treviño, S. (2007) **Metodología cualitativa en la investigación en salud pública**. Programa de Actualización en Salud pública y Epidemiología. México: INSP

Twaddle, (1996) Health system reforms toward a framework for international comparisons. *Social Science and Medicine*, 43(5):637-654.

Vilas, C. (1995) Después del ajuste: la política social entre el Estado y el mercado. En **Estado y Políticas Sociales después del ajuste. Debates y alternativas**. UNAM/Nueva Sociedad, México.

Zermeño, F. y Domínguez M (1999) "Estado y políticas de combate a la pobreza en México: algunas reflexiones para la comprensión de Progresa". *El Cotidiano*, (99):13-21.

Anexo A.

I. Identificación de los hogares.[1]

Localidad _____

Beneficios con los que cuentan: Conasupo/Liconsa____ Vales____ Despensa____ Oportunidades____ Seguro Popular____

Datos de los integrantes del hogar.

Nombre **1° jefe**	Parentesco con jefe (a)	Sexo	Edad	Estado civil	Lugar de Origen	Hablante de idioma indígena. Cuál	Escolarida

Ocupación principal	Hrs/día dedicadas a su ocupación principal	Antigüedad en su ocupación principal	Lugar en el que realiza su ocupación principal	Tiempo traslado hacia su ocupación principal	Tiempo viviendo

Sólo para miembros con trabajo redituable en salario o especie.

[1] Modificado de las encuestas aplicadas por Lobato, 2005 y Aguilar, 2005.

Inserción en la producción

No. de miembro	Situación de empleo	Tipo de contratación	Propiedad de los medios de producción	Número de trabajadores a cargo	Días de descanso semanales

Participación en el consumo

Características de la vivienda:

Conexión a servicios: agua potable ___ drenaje ___ luz ___

Propiedad de la vivienda: rentada ___ prestada ___ propia ___ otra _____

II. Salud.

Servicios de salud con los que cuentan: IMSS_____ SSA (en otro lugar) _____ISSSTE_____ PRIVADOS

Cuadro 1. Padecimientos crónicos (edad de inicio)

Nombre miembro	Diabetes	Cancer	HTA	Tos crónica	Prob vista/ojos	Riñón	hígado	alergias	Corazón	Enfermedades autoinmunes	Discapacidad física/mental	Congés

Cuadro 2. Padecimientos agudos (en las últimas dos semanas) **(recordar dental)**

Nombre miembro	Descripción del padecimiento

Cuadro 3. Embarazo y parto (antigüedad en programa).

Nombre	Frecuencia de revisiones	Lugar donde la revisaban o revisan y persona	Enfermedades o problemas de salud	Llegó a término	Lugar do parto y pe

Cuadro 4. Operaciones o internamiento (antigüedad en el programa)

Nombre	Causa	Lugar donde lo operaron	Secuelas

Cuadro 5. Muertes (antigüedad en el programa)

Nombre	Causa	Período de convalecencia

Cuadro 6. Enfermedad, dolor, problema de salud frecuente en la familia

Nombre	**Enfermedad, dolor o problema de salud**	**Frecuencia**

III. Entrevista sobre necesidades de atención a la salud.[2]

1. ¿Con quién van cuando se enferman?
2. ¿De que depende que vayan con _____ o con _____? ¿Cuál es la razón por la que a veces van con _____ y otras con _____? ¿Con quién enferman?
3. ¿Siempre encuentran a la persona que buscan cuando se enferman? ¿Qué hacen cuando no encuentran a esa persona?
4. ¿Cuándo va con _____ esa persona le explica porqué se enfermó de eso? ¿Cómo le explica? ¿Y cuando va con _____ le explica....? ¿
5. **(Cuadro 1)** ¿Qué está (n) haciendo _____ (nombre) para curarse o para evitar complicaciones de la _____ (enfermedad)?
6. **Similar a la anterior** ¡¡¿Cuáles es el tratamiento que lleva ____ (nombre) para la ___ (enfermedad)?
7. ¿Tiene o ha tenido problemas con ese tratamiento (en caso de que lo tenga)? ¿Cuáles? ¿Qué hace para solucionar... (mencionar proble
8. ¿Quién y donde le dan esas medicinas (o lo que haya dicho que toma)? ¿Qué le dicen de su enfermedad?
9. ¿Por qué cree que _____(nombre) se enfermó de ____ (enfermedad)?
10. **(Cuadro 2)** ¿Qué hizo o que está (n) haciendo _____ (nombre) para curarse de _____ (enfermedad)?
11. **Si recibió atención:**¿Hubo (o ha habido) algún problema cuando atendieron a ___ (nombre)? ¿o algún problema con el tratamiento que
12. ¿Dónde le dieron las medicinas (o lo que dijo que tomó)? ¿Qué le dijeron de su enfermedad?
13. **Si aun esté enfermo (a)** ¿Por qué cree que no se ha curado?
14. **(Cuadro 3)**¿Cómo supo que debía ir a revisiones _____ veces durante el embarazo?
15. **¿Cómo se** cuidó (a) durante el embarazo?
16. **¿Quién le recomendó que fuera a ese lugar o con esa persona a revisarse? ¿Cómo la atendían ahí?**
17. **(Si hubo problemas)** ¿Cómo resolvieron el problema de salud que se presentó en el embarazo (mencionar el problema)?

---

[2] Modificado del cuestionario aplicado en el proyecto PROURBE, Blanco, et. al., (1992) y preguntas adaptadas de los guiones utilizados por Cas

18. ¿Cómo fue el parto? (desde que salió de casa hasta que regresó) **{traslado, costo, atención, regreso, recuperación}**
19. ¿Cómo se le atendió después del parto?
20. **(Cuadro 4)** ¿Cómo supieron que tenían que operar a _____ (nombre)?
21. ¿Podría contarme qué pasó desde antes de salir al lugar donde operaron a _____(nombre) hasta el regreso? **{traslado, costo, atención, r**
22. ¿A qué se debe que lo hayan operado en _____ (lugar) y no en otro lugar?
23. **Secuelas:** ¿Cómo le atienden _____ (secuela) que le quedó por la operación? ¿Les explicaron allá donde lo operaron o aquí algo ace
24. ¿Qué piensan de ___ (secuela) que le quedó por la operación?
25. **(Cuadro 6)** ¿Usted porqué cree que se presente mucho _____ (problema de salud) aquí en la familia?
26. ¿Con el paso del tiempo se han complicado estos padecimientos? **SI:** ¿a qué cree se deba?
27. ¿Han ido a que los atiendan por _____ (probl. de salud)? ¿Qué les dan? ¿Ahí mismo? ¿qué les dicen de esa enfermedad?
28. **(Cuadro 5)** ¿Cómo se le atendió a _____ (nombre) antes de morir? **Convalecencia:** ¿Cómo se le atendió a ____ (nombre) en todo e antes de morir? ¿Qué les decían de esa enfermedad (o causa de la muerte)?
29. Si algún miembro del hogar sufriera un accidente o tuviera alguna emergencia de salud, ¿qué harían?
30. Cuando alguna persona de la familia se enferma de algo que no es grave o tiene un dolor que no es grave ¿qué hacen?
31. ¿Cree que el trabajo de _____ (actividad) le puede provocar alguna enfermedad o problema de salud a _____ (nombre)? **SI:** ¿Cuá pueda enfermar de eso?
32. Actualmente, ¿alguna persona de este hogar tiene algún problema de salud que le impida realizar las actividades de la vida diaria? ¿cuál enfermedad?
33. ¿Cree que es fácil atender las enfermedades aquí en _____? ¿Qué pasa, qué problemas hay?
34. ¿Ustedes han tenido problemas para atender su salud? ¿cuáles han sido esos problemas? ¿por qué habrán tenido esos problemas?
35. ¿Hay alguna ocasión en especial que recuerde en la que hayan tenido problemas para atender o para que les atiendan a algún enfermo?

36. ¿Cuál sería una buena forma de atender su salud y la de su familia?
37. ¿Cuál sería una buena forma de que les atiendan su salud aquí en _____?
38. ¿Hay algo que le gustaría que fuera distinto en las cosas que pasan cuando van a que los atiendan en la clínica (centro de salud, casa de
39. ¿Cuáles son las enfermedades que más se presentan aquí en _____? ¿A qué cree que se deba que aquí se enfermen mucho de ___
40. ¿Qué hacen en la clínica (centro de salud, casa de salud) para curar o controlar la _____ (respuesta anterior)?
41. Últimamente, ¿se ha presentado alguna enfermedad distinta a (respuesta anterior)? ¿A qué cree que se deba que haya aparecido esa enf
42. ¿Qué hicieron en la clínica (centro de salud, casa de salud) cuando se presentó esa enfermedad? (no entendida: para curarla o controlarla
43. ¿Para usted cómo sería un buen servicio de salud? (¿Aquí en _____ así es el servicio que les dan?)
44. Por último, así como es _____ con todos los servicios que tiene y los que le puedan faltar, sus caminos, su gente, ¿usted cree que les af entiende: ¿cree que les puede afectar en su salud la forma como es su comunidad?) ¿Cómo les afecta que _____ (respuesta anterior)? les afecte o que esté mal?
45. ¿Cómo cree que pueden solucionarse ese (esos) problema (s)?

Observaciones:

Anexo B.

RELACIONES DE PRODUCCIÓN Y FUERZAS PRODUCTIVAS ESPECÍFICAS DEL TERRITORIO.

LOCALIDAD	QUÉ SE PRODUCE	QUIÉN LO PRODUCE	PARA QUIÉN SE PRODUCE
SANTIAGUILLO, GTO.	Maíz, sorgo, frijol, trigo, avena para ganado, alfalfa para ganado. Criamos vacas, las crías de vaca para vender (becerro), chiva y borrego para una necesidad se vende.	Lo producen los campesinos que tienen una, dos o cinco hectáreas (h). Todos son de aquí de santiaguillo	En tiempo de cosecha se vende al ac paga a un precio y de ahí guarda sus c Los animales se venden por una nec vender leche o tomarla
SAN PEDRO PETLACOTLA, PUE.	Lima, el maíz, frijol, chile, plátano, también se da la caña. Algunos de nosotros tiene sus moliendas, se produce la panela, se vende a los coyotes. También mamey da en abundancia y así lo vendemos a los coyotes. El café también pero el café ya anda por los suelos y ya no le ponemos tanto…le estamos dando más mantenimiento a las plantas mejores, la lima, el maíz, el frijol, los mameyes, el plátano que son productos que nos defiende un poquito más. Se produce jengibre, azafrán, calabaza, en terrenos especiales. Hay que conseguir la semilla, comprarla, limpiar el terreno y sembrar, se limpia, se cuida y se reproduce también. También se produce el chayote pero aquí no ha habido nada de ese movimiento de vender las verduras, el nopal también se da muy bien pero no se reproduce porque no ha habido interés en esas plantas. También se produce ganado El ganado aquí somos pocos los que lo producimos porque es difícil porque hay que tener suficiente terreno para que haiga pastizal bueno, de verdad el ganado si es negocio pero para los terratenientes, los que no tienen aunque quisieran no pueden porque pagando pastos es muy caro, entonces no conviene. El ganado es muy comerciado también, tanto como hembra, macho, todo es comercial.	Los campesinos, todos son de petlacotla.	Todo se lo llevan los coyotes. El maíz vende, igual el frijol. No tenemos los no tenemos otro apoyo de gobierno usamos para consumo del producto coyotes, la cuarta parte para consumo [las otras tres partes] para el coyote, produce para venderlo, en pie se sacrifican. Nosotros lo entregamos p Tulancingo, tal vez a México, no s Ceiba. Hay una báseula. Lo entregan también, puros coyotes, no podemos ciudad o exportarlo por falta de re gobierno y hacemos lo poquito que se

LOCALIDAD	CÓMO SE PRODUCE
SANTIAGUILLO, GTO.	En el primer trabajo de la tierra si es barbecho, $ 650 por h. Barbecho es voltear la tierra para echar la semilla. Se le mete el barbecho $ enseguida se le mete una rastra, son $350 por h, después se vuelve a meter otra rastra, son otros $350 y ya después se mete la zurca luego una escardillada, son $300 de vuelta y de allí se va a al siembra, ya son $700 por h. Después de la zurcada es el riego de $1150, $400, $600, depende de que el gobierno nos ha dado concesiones para pozos y hay un grupo que hicimos decidia y no sacamos conc recogimos. Luego otra escarda y tablón. La escarda es formar la raya $350 por h y el tablón es de $300 que es acomodar la raya más a media tonelada (ton) por h. Hay un fertilizante que vale $5000 y el más barato $2500. La mayoría siembra del más barato. Otros usan llueve se necesita otro riego, eso es de lo más común, luego otra fertilizada, se dan de dos a tres fertilizadas. Luego los plaguicidas c cm., ese cuesta $160 el litro, hay otro de $600 para controlar la hierba y los pastos. Se usa un litro por h, el de $600 la mayoría no lo us malas. Ya que el maíz está jiloteando hay que andar pendiente para fumigar de vuelta, [esposa comisariado]: según el tiempo, en vec [Comisariado]: cuando está jiloteando el maíz llega el elotero (plaga), luego llega la conchita que es verde y ella lo que hace es come elote...como que cada cabellito es un granito entonces si la conchilla sigue mochando está afectando adentro de la mazorca y ya sale l granitos por lo mismo que la plaga atacó el cabellito y si no lo atacamos pues ellos se llevan la cosecha y nosotros quedamos endroga Se contratan también peones. Hay personas que siembran poco y como siembran poco ocupan el peón pocos días entons esas person día y las personas que ocupan los peones diario digamos 3 o 4 meses ya pagan $100 porque es más tiempo y el peón va a decir yo no así yo mejor me voy con otro fulano pero ese no lo va a usar tres meses sino días entonces por eso mismo se les paga $100 al día. Hay días u 8 tres o cuatro peones y ya otro los agarra de vuelta otros cuantos días y el que siembra más no los suelta basta que termin ocupan 3 o 4 peones. El trigo cada 6 meses, se cosecha en mayo. El maíz y el sorgo cada año, se siembra en marzo, se cosecha en día Hay parcelas que le dan a uno una producción de 5 u 8 ton por h, por decir algunos tienen 2 h o 4 h.
SAN PEDRO PETLACOTLA, PUE.	Por h se produce como 12 ton de lima y por millar produce 25 o 30 millares. Aquí nomás se limpia la tierra bien limpiecita con tarpala se quema y si no, nomás se destiende la basura y se siembra el maíz, al maíz le gusta porque la basura mantiene la humedad y con e pero bien precioso, mientras no venga el aigre o una temporada seca la cosecha se da perfectamente bien porque aquí las tierras tienen se mapea con un cordón, se zurquea para limpiar para que el maíz se de bien para que desarrolle bonito y se de. Nomás se siembra , sa que está la mata de unos 50 cm. y ya cuando va a florear se la da otra limpia y con esa sale, si le da uno 2 limpias con eso sale. Cada puede 1 h, 2 h, 3 h, lo que se puede. Hay gente que tiene hasta 5 h de ahí máximo y ya de ahí para abajo, hasta 1/2 h mínimo, es esfu mismo se mete a trabajar porque pues no hay recurso, no hay gente para trabajar entonces uno mismo tenemos que limpiar, cepar, p que la planta levante y produzca. La lima se lleva tres años para producir, a los tres años ya produce un ciento por matita a los 3, 4 año Aquí hay que hacerlo con gente aquí todo el trabajo que se hace a base de gente porque aquí el terreno esta muy quebrado, la verdad entre máquina pero también hay una ventaja de que aquí no es de riego, aquí el terreno es húmedo y se mantiene la planta con la hum hay riego, en primera no se puede, y sí se podría, pero la cosa es de que aquí la tierra aguanta, la planta aguanta por la humeda necesidad de riego y también la máquina no puede entrar porque el terreno es muy quebrado. Es poco lo que se produce de maíz pe tener que hacer un esfuerzo de producir lo más que se pueda porque ya hay tierras suficientes para producirlo, ya hay potreros, huert quedado y ahora puro monte y eso puede producir el maíz, el frijol, el chile, platanar, mamey, entonces ahorita es lo que estamos trata hay la posibilidad de que el gobierno se empeñara un poco en nuestro pueblo de apoyarnos un poquito y con eso sacaríamos adelan machete, pala y un corral para sembrar mateado, un corral es una púa le ponemos un pedazo de palo aunque en medio de piedra pa echamos el frijol y la planta crece

LOCALIDAD	DE QUE DEPENDE QUE SEA ASÍ
SANTIAGUILLO, GTO.	Hay otra forma de hacerse producir pero de momento tenemos que anivelar las tierras con una niveladora y dejar toda la basura. Enton de barbecho y todo eso, entonces, si se nivela la tierra se deja la basura y ya no barbecha y se riega sin trabajar, así nomás, echar el ag hay que controlar más los pastos y las plagas con líquidos y ya la tierra no se va a mover, nomás puro riego, siembra y líquidos pero quién nos de una ayuda. La niveladora es como un tractor jalando la niveladora y donde no haya tierra ahí va soltando y donde haya bo centro de la parcela se pone una varilla con una brújula y se va nivelando, ya por aquí andan cerca pues. El gobierno quiere que trab porque pues, no le sale.
SAN PEDRO PETLACOTLA, PUE.	Porque no hay recursos. Aquí lo que hace falta hacer es un proyecto, dirigirlo al gobernador, al presidente de la república que nos podamos ampliar nuestro sembradío porque la verdad aquí sí hay tierra suficiente para eso, porque toda la gente ha emigrado, ora trabajar, producir eso, si un poquito que nos ayudara el gobierno sacamos adelante, ampliamos más nuestro producto, de verdad...Aquí nos dedicamos a eso pero si viene una persona que se dedicaran a eso sí se da, ¿porqué no?, el cilantro, el rábano, el pápalo, si se d perfectamente aquí.

LOCALIDAD	CON QUÉ PROGRAMAS CUENTAN
SANTIAGUILLO, GTO.	Hay concesiones para pagar menos por el riego. Se consiguen haciendo papeleo, sin pagar. En aguas nacionales se va y se renova. Para una ayuda porque hay solicitudes pero no todos salen, hay solicitudes que el grupo de 6 o 10 personas se mete la solicitud y si se paquete, el gobierno nos está dando un 70% y nosotros estamos poniendo un 30%. La maquinaria para la ayuda es el tractor, viene la sus orzuelos, que son unos picos que sirven para aflojar la tierra y la sembradora que siembra cero a labranza, sin que esté preparada etc.). Los orzuelos nomás le meten tres picos o cinco, afloja poquito la tierra para que menos agua se gaste, menos agua se dura reg basura guarda más humedad, la planta trabaja más tiempo y donde la tierra está preparada dura menos la humedad porque no hay gobierno lo que quiere es que no queme nadie pero no entiende la gente hay algunos que ya no la queman pero otros la qu [Comisariado]: Por el primer año uno no ve el resultado pero el siguiente ya lo ve uno. Donde hay basura se va mojando más parejo, rápido. Decimos que se tira más agua sin basura. No todos salen con la ayuda del gobierno, hay muchos que hasta se enojan que po metiendo la solicitud y no salgo y tu apenas la metiste y ya saliste pero yo me imagino que como hay muchas solicitudes, son miles, quién le tocó arriba, es una suerte, que me tocó arriba pues ya salí y si estoy hasta abajo pues cuándo voy a salir, a lo mejor al otr papeleo o será con el corte, no sé como será, el chiste es que va a la suerte que vayan saliendo. Hay ayudas como de fertilizante Procampo viene siendo que le están pagando a uno un poquito más caro, vamos a decir si nos están pagando la ton de semilla a $15 entonces nos está saliendo a $2000, pero también batallamos con el Procampo porque ya son muchos requisitos los que requieren e papeleo, que carta poder, que copias, que vete al banco, que a ti no te va a llegar aquí, que te va a llegar al banco con tarjeta y si tiene si no pues no sé cómo llegará el chiste es que llega a los bancos y en Sagarpa te dan la tarjeta y vas al banco y ahí lo sacas pero luego l se ha endrogado en pedir dinero prestado para su fertilizante, para su siembra para su mata hierba, el suelo que está pagando, ento apoyo, nos ayudaría, yo digo que sería un poquito más pronto porque ahorita a muchas personas no les han dado. Es una vez por año, c cosechamos, a nosotros nos lo programan casi siempre el 11 o 13 de junio o julio. Se da el apoyo por h sea sorgo o sea maíz. Por dec dan 900 y si tiene 2, pues ya le dan por las dos pero que usted debe presentar sus documentos de las h. Muchas personas renegamos que se van a Estados Unidos y si la hermana, hermano, papá o tío, deja una carta poder pero cuando le van a dar el Procampo le van credencial y si las oficinas están fueras hay que hacer gasto para transportarse en carro propio o en camión pasajero ahí es donde se le las oficinas ya no están en Acámbaro, están fuera del pueblo, ya tenemos que hacer gasto, que hubiera las copiadoras ahí pues no sacábamos copia, pero están alejadas del pueblo, no están en el pueblo. Entonces yo digo que el gobierno está mal. Si el gobierno s debe de tener una copiadora, que claro, le cobren a uno el papel pero si nomás estan las oficinas sin copiadora pues es lo que le aeal problemoso, el que trae carro particular que es de uno pues me nos mal , bueno, también vas gastando la gasolina, pero te transporta

	carro particular tiene que esperar a que pase el camion, que pase el autobús, sacas tu copia pero tienes que esperar de vuelta a venirte es lo que reniega más la persona. La mayoría tiene esa situación de que se van a Estados Unidos.
SAN PEDRO PETLACOTLA, PUE.	Por el maiz tenemos Procampo. Cada 6 meses nos dan $730 por h porque aquí se cosecha 2 veces por año de maiz entonces eso es lo no todos, porque la tercera parte trabaja de su propio esfuerzo y así, aquí no tenemos ningún apoyo de gobierno para cultivos. Lo documentación por ejemplo escrituras notariadas, registradas, esas personas son las que obtuvieron purque un censo, un programa o demás quisieron entrar ya no pudieron y fue un contrato por 15 años. Hoy, ya falta como 3 años para finalizarse, no sé si vuelvan a quien sabe, no sabemos A la mejor haiga chance de volver a inscribirse Es la tercera parte de los que producimos los que tienen poquito de unión de la gente, hay manantiales abajo, arriba y nos favorece a lo que nosotros quiéramos si llegara un poquito de apo posibilidad...

LOCALIDAD	PROCEDENCIA DEL DINERO PARA LA PRODUCCIÓN	DESTINO DE LAS GANANCIAS DE LA PRODUCCIÓN
SANTIAGUILLO, GTO.	Los vendedores de semilla son los que nos dan los créditos a cosecha. El que tiene fondos lo trabaja de su propia bolsa el que no, a pura punta de créditos. Sacamos crédito a pagar a cosecha, hay personas que se dedican a eso y hay personas que cobran un interés y eso va a cuenta de la cosecha y el campesinu es el que se está amolando para pagar todo eso.	Se vuelven a invertir para la misma producción. Se hace de centavos pero de vuel sacando uno de vuelta y ya no acabala uno, por decir este año estamos comprando l necesidad la ton la podemos comprar en $2,000 ó $2,500 y como el fertilizante es má [Esposa comisariadu]: queda ganancia poquito. [Comisariado]: ahorita el sistema de r bombeo nos salió en $2150 por h por riego. Si el agua del cielo entra muy tarde hay q o maiz) entonces ya sale más cara.
SAN PEDRO PETLACOTLA, PUE.	Es del puro esfuerzo del productor.	Casi no nos deja ganancias pero ahora si que ya es un compromiso porque dependem esfuerzo, luchar lo más que se pueda, se gane o no se gane, tenemos que sacar adel dependemos. No podríamos dejar de producir porque de dónde dependeríamos entonc o no nos de, tenemos que dar porque a veces se pierde, la verdad se pierde, pero pues adelante y hay cosechas que sí nos da, que sí nos ayuda, nos deja. Lo que mejor n plátano y también el maíz, porque la panela pura gente grande, señores, los que van de esa gente no se hace el producto porque los chamacos no pueden entrar a ese tra lima pa limpiarla, pa cortarla, chamacos, señoras, lo pueden hacer, el plátano igual, que lo cortan peru es más fácil, cualquiera lo puede hacer entonces eso nos favorec hacer y lo de la panela, lo de las cañas no, ahí quiere puros señores, son 5 personas por ejemplo, caballos o reses para moler, para que muelan la caña, entonces es más di plátano, la lima, es muy comercial la lima, el plátano y el mamey, entonces es lo que mismos 5 señores lo tienen que hacer, niños y señoras no pueden, la señora podría hacer ese trabajo no, es dificil...

LOCALIDAD	DESTINO DE LOS HIJOS DE LOS TRABAJADORES
SANTIAGUILLO, GTO.	Cuando es un campesino viejo y tiene un hijo de unos 15, 20, 25 o 30 años, no hay edades pa eso, dice "hijo pues qué día se acordará Dios me muero", entons el señor como ya es persona de edad y es campesino y es de aquí del pueblo, ejidatario, entonces él puede pasar sus pa decir que nene 15 o 18 años pero por lo regular de 18 pa arriba entonces el papá le cede los derechos en una junta del ejido o con una licen una junta en el ejido y si usted habla en lugar de su papá y su papá ya no vive, entonces algún compañero puede decir él no puede votar o n ejidatario pero entons, como su papá ya le había dado el poder, entons el hijo ya saca un poder de la licenciado o de la mesa, entons la m hablar, él puede tener voto porque ya está representando a su papá, su papá le dejó el documento y ahí es donde empieza uno a ser eji edades trabajando, hay unos chiquillos de 13, 14, de 12 años, todo a como la necesidad haiga, si aquél chiquillo no puede trabajar con el pues lo traen de boyero, cuidando el ganado. Como dice el dicho: la vida da muchas vueltas. Mis hijos a lo mejor puedan pensar, yo no qu mejor voy a estudiar, otros dicen no, pues yo pa México me voy, por decir que están en Estados Unidos, entonces pa México me voy, buen vueltas y ya cambió diferente y ya llegó aquí, entons si uno ya está avanzado de edad pues ya no podemos trabajar pues le dice "mijo si qu tierra, siémbrala" entons ya puede agarrar el hijo el mismo ramo del padre de sembrar la tierra pero como le digo hay muchos hijos que dic o yo no voy a trabajar el campo pero como le digo la vida da muchas vueltas y eso es. Ahorita la mayoría de los hijos están allá en Estados
SAN PEDRO PETLACOTLA, PUE.	Los jóvenes que se preparan pues emigran porque ellos no pueden trabajar igual que un campesino. Como ya está preparado tiene que mig la que se va quedando por ejemplo, se va quedando el 25% vamos a decir, se va el 75% a la ciudad y entonces así es como vivimos.

LOCALIDAD	TIPO DE SUELO	RECURSOS NATURALES DISPONIBLES
SANTIAGUILLO, GTO.	Hay como de 4 tipos de suelo. Hay uno que es negro, es tierra negra, chiclosa esa tierra es un poco más buena para producir, bueno, todo depende de qué producción le eche uno pero por decir maíz, sorgo y frijol, es bueno. Hay otro tipo de tierra que es tierra blanca, no blanca, blanca, la nombramos caliche, esa es mala como para la siembra, es mala, no desarrolla mucho la planta, aunque sea, así la usamos para sembrar frijol, pues cómo la vamos a dejar de baldío si gobierno ahorita está dando Procampo para que haiga producción para que siémbremos, entonces la tierra blanca tenemos que sembrarla. Está otra que ya le nombramos, como quien dice, colorada, viene siendo buena también como para sorgo o maíz y si echamos otras clases de verdura yo me imagino que también han de pegar pero no las acostumbramos porque aquí la gente no cuida, aquí si sembramos verdura se la acaba, se acaban la verdura entonces el que cosechó fueron ellos, nosotros que sembramos no cosechamos nada, nomás puros corajes, eso es lo que pasa en las verduras, en frutas. La gente se la roba. La otra es otra tierra arenosa que ya viene siendo también como para verdura, como para jícama, jitomate, tomate, fresa, todo eso, se da en esas tierras pero como le digo no las sembramos porque otras personas son las que hacen cosecha primero y ahora si como dice el dicho: come más el que no siembra que el que siembra, come más primero y eso es lo que pasa, pero hay de cuatro suelos aquí. De la negra hay más, hay una parte más negra, en otros lugares hay pura caliche, de la colorada hay menos y la arenosa también hay	Sólo contamos con la tierra para sembrar.

	menos, de la que hay más es la negra y la caliche.	
SAN PEDRO PETLACOTLA, PUE.	El suelo es húmedo no se necesita riego lo que se necesita es tener la planta libre de hierba, de monte, de ahí la planta produce involuntaria, eso es lo que nos ayuda, nos favorece aquí a los campesinos, si no, imaginese si quisiera mucho fertilizante u otros productos para matar la hierba, estaría muy difícil porque pues no nos da la cosecha. Aquí todo lo que es San Pedro es el mismo tipo de tierra porque produce lo mismo y la misma calidad por ejemplo si todos sembramos lima la misma calidad sale, si todos sembramos maiz, la misma calidad; si sembramos chile, la misma calidad; semhramos frijol, la misma calidad; sembramos plátano, la misma calidad; sembramos mamey, la misma calidad; entonces toda el área que tiene apropiados para sembradíos San Pedro es la misma tierra, no necesita máquina, que se pudiera, pero el terreno no se presta, lo que aquí nos favorece es la humedad, que no es de riego, sembramos la planta y se va hasta producir, no hay necesidad de riego, es lo que nos favoreee. La tierra roja es la que está arriba, esa ya es diferente pero aquí la nerra es la misma aquí es negra y guarda humedad. En Plan de Ayala es otra tierra, es muy frágil y se le va la humedad y aquí la tierra es fuerte y mantiene la humedad y cada año produce	Aquí hay cedro, hay acaoba, hay madera de zopilote bejuco, los cuatro árboles es la misma madera y la plantíos que se han cortado árboles que ya estan bie han dado permiso pero estamos produciendo. T acaoba, cedro, zopilote y caoba bejuco, es igual qu madera, igual de fuerte, madera fina, si tenemos cortar a partir de 12 años, 15 años de sembrar, así s que sembrarlo por partes y siempre vamos a tener. (la madera, vienen otros de fuera que vienen y con coyotes y compran los árboles en pie y los mandan llevan la madera pues nosotros madera hecha no la delicado, aqui no podemos nosotros, no tenemos lo los gastos que la ley pide, ese es el detalle de que po en pie el árbol al coyote que viene y él se hace enc los andamos ofreciendo porque entonces lo paga alguien, los busca y se les da un precio más o men de 600 pies esta valiendo $1500, $2000 máximo continuo ese es negocio hay de vez en cuando, n ayudamos, decir: "no pues vamos a sembrar estos que sembrarlos a lo mejor para los hijos o para los manantiales, los tenemos abajo, arriba, lo que nos del gobierno aquí hay la posibilidad, es lo que nos f

LOCALIDAD	MAQUINARIA PARA LA PRODUCCIÓN	PROPIEDAD DE LOS MEDIOS DE PRODU
SANTIAGUILLO, GTO.	La máquina va cortando y va desgranando. Se le pone su cabezal de sorgo. Hay de 6 zorcos, hay otros de 8, otros de 10 zurcos, lo va trillando su sorgo y ya sale limpio, lo va almacenando la máquina en la tolva y luego se avienta en el camión. El camión se va a vender con el acaparador y uno va buscando el acaparador que pague más. En el maíz hay de 4 a 8 zurcos, igualmente llena su tolva y vuelve a descargar, antes era pura gente, el pizcador y ahora es pura máquina Se cobra a $1.20 el kilo, está incluido la trilla y el flete y a $1 es el sorgo. El peso depende de cómo esté el grano de tendido, estamos hablando entonces de la plaguicida y del fertilizante, cuando el grano está bien dado, bien producido le da entre 3.800 ton a 4 ton la tolva y cuando no, le da unas 3 o 3.5 ton. Todo depende de cómo se encuentre la bolsa del campesino	La maquinaria se renta, es de gente de aquí somos propietarios.

SAN PEDRO PETLACOTLA, PUE.	Usamos machete, pala, bomba para fumigar el que fumiga y el que no, pues palas para limpiar y machete para chapear, palas para cepar, de herramienta es lo que utilizamos. Aquí en los terrenos de verdad no puede entrar la máquina. Tenemos caballos y bestia mular para transportar los productos del cerro al lugar de compra, lo traemos con nuestras bestias. Son meses que hay cosecha, son meses de trabajo, no es un día o dos días, por ejemplo, la de café son 3 meses, la de mamey son 4 meses, la de lima son 4 meses y hay que trabajar del diario con las bestias, cortando y acarreando hacia donde está la bodega donde estan comprando.	Aquí casi todos somos propietarios de tierr otros tienen 15, otros tienen 20, otros tienen h 2 para adelante pero casi todos son propi producen va a ser de sus tierras. Hay gente qu está aquí y tiene ganas de trabajar, renta. Tal

Acercamiento a la reconstrucción de la historia de las regiones de estudio.

A continuación se transcribe la parte de las entrevistas correspondiente a los aspectos históricos y culturales de las regiones de estudio. Se indagó a los comisariados ejidales debido a que poseen, según la opinión de algunos pobladores, un amplio conocimiento de sus localidades. Además se entrevistó a las personas más viejas de la localidad que estuvieran en condiciones de responder.

Santiaguillo

[Comisariado ejidal]. yo me acuerdo de mis abuelos que vivían aquí enfrente yo me acuerdo apenititas como un sueño, ahí tenían su casita de dos alitas así de teja colorada, muy bajita su casita y tenían una puertita y pus ahi me atajaba y luego me daba taquitos de tortilla de sal, pero apenas me acuerdo, yo soy de diciembre del 58, yo apenas me acuerdo. De ellos sí me acuerdo pero de cómo fue aquí Santiaguillo no me acuerdo. La luz puede que la tengan como... ¿de qué año sería? tendríamos como quince años...ha de haber sido... [esposa comisariado]: como en el 72, 70 por ahi, [comisariado]: ya para el 72 ya estaba.. [esposa comisariado]: más o menos como del 70 y del agua fue primero ¿o después? [comisariado]: fue después, pues cómo, [esposa comisariado]: tenía que ser después pero a los poquitos años, como a los cinco.

El drenaje tiene poco [esposa comisariado]: como unos dos años [comisariado]: ¡cuatro! [esposa comisariado]: ya hace cuatro años y todavía no lo tienen todos (la entrevista fue en 2007). [Comisariado]: Yo me acuerdo que cuando estábamos chiquillos acarreábamos el agua en maromas, en botes, un bote aquí un bote acá y el palo aquí en la nuca y así acarreábamos el agua del bordo para los animales, para las plantas. [Esposa comisariado]: ahí donde está el kinder era un bordo pero luego bajo una creciente del cerro y se rompió pero lo remendaron pero se volvió a desbaratar [comisariado]: estaba el bordo completo, lleno, y de ahí íbamos a acarrear el agua para las plantas, para los trastes y ellas allá en la presa, la gente que agarra más cerca la presa pues en la presa y la gente que estamos aquí en el bordo pues en el bordo para las plantas, para lavar los trastes ahí acarreábamos el agua en unos botecillos chileros de esos de los chiles en vinagre o según como pudiera uno, si ya estaba más grande pues era el bote de latas de alcohol, unos botes de lámina ya grandes 19 o 20 litros que son más grandes.

La mujer acostumbraba en chondos se los ponía en el hombro y ya después de ahí se metió el agua potable, primero pues andábamos acarreándola y ya después empezaron a programarse lo del agua potable y la luz pus también la luz como no la teníamos nos alumbrábamos con aparatos o velas, nomás con aparatos, la vela yo todavía no la conocía yo la conocía pero en chiquita como en las posadas era cuando conocía las velitas, yo conocia el aparato Haciamos aparatos cuando no comprábamos aparatos en Acámbaro ..[esposa comisariado]: eran unas botes les ponían agarradera y un pico de la misma lámina y ahi les metían un trapo que esa venia siendo la mecha y les ponia uno petróleo y con eso [comisariado]: y le prendíamos la mecha, primero le mojabamos la mecha.. .[esposa comisariado]: y luego ya solito como que chupaba el petróleo [comisariado]: y se alumbraba uno con el aparto que era una humadera de el humo pues del aparato y después habian personas que tenían su linterna, era una así con una parrillita así de puro vidrio que yo creo que por ahi han de estar en los libros y su depósito también de petróleo.

[Comisariado]. y ya después se llegó la luz, aventamos a la fregada los aparatas y se iba la luz ¡onde aventamos el aparato! ¡Onde se quedó el aparato! pues también se iba y al principio la gente decía: nombre cuándo van a poner la luz aquí y sí con el tiempo se va acomodando, ya ve, tenemos el agua potable, que decíamos que nunca íbamos a tener el agua a las casas.

Cómo nos acordamos nosotros el agua llegó primero, una llave en una calle, y otra llave en otra calle y así, entons ya después ya íbamos a formarnos para que nos tocara para llenar los botes de la maroma pero antes de que tuviéramos el agua potable ibamos a un pozo que está aquí todavía [esposa comisariado]:está pero ya se adueñaron una persona, ya quedó el pozo adentro de su casa [comisariado]: entons en ese pozo por decir en este tiempo de estas horas era un bullicio pal agua [esposa comisariado]: y la sacaba uno con reatas, con mecates y la amarraba uno el bote y lo metia al pozo y para sacarla tenía uno que jalar la reata por ahi [comisariado]: dos o tres personas las que fueran [esposa comisariado]: o las que querían llenar [comisariado]: y si yo esta solo pues yo solo tenía que jalarla y otro esperando el bote, estaba muy hondo como de unos 30 mts, puede que hasta más. En la madrugada, eran las 3 de la mañana, 2 de la mañana, 4 de la mañana ya era un ruido de bote, ya andaban tres o dos carrillos, carrillos viene siendo donde corre la reata pa bajar el bote, hacen un ruidazo y los botes cuando se encuentran ¡puuum! sonaban pues ya se oía

en la madrugada [esposa comisariado]: y las gentes que llevaban reatas y le querían dar a la persona le daban y si no pues esperarse hasta que hubiera gente que se la prestara y luego íbamos a lavar la ropa sucia a la presa o a los arroyos o al bordo.

[Comisariado]: había agua nomás un rato cuando llegaron las llaves y tenía que formarse uno para llenar y pues a correr uno a las llaves que le agarraba más cerquita a uno y ya después de ahí se metieron la red ya después a las casas. Siempre pasó buenos años de las calles a las casas pasó como unos 5 ó 6 años y no toda la gente tiene agua. Hay personas que no tienen agua, no les cae [esposa comisariado]: aquí nos caía poquita teníamos que poner la manguera en una tina y de ahí a la pileta pero era muy poquita agua, no nos era suficiente y después hizo la cisterna, o sea un tanque enterrado y ya nos cayó más, porque la llave como era un tubo que era para arriba y tenía que caer al tanque y no caía porque pues le faltaba como presión. teníamos que tirar la manguera a la tina y luego de la tina a la pileta y ya por eso hicimos losa enterrada, como decir, la pileta enterrada.
[Comisariado]: hay personas que no les llega por lo mismo que no todo el año tenemos trabajo porque se termina un producto y empieza el otro. Tenemos que darle duro porque si no, nos atrasamos.

Antecedentes de la implementación del modelo capitalista.

[Anciano]: Yo sembraba maíz y frijol. Los que agarraron la primera tierra si sembraban sorgo. Nosotros no teníamos agua, nos dieron los últimos pedacitos que eran pura piedra pero si se puede sembrar maíz. La gente empezó a sembrar maíz, trigo y después llegó el famoso sorgo yo creo que ese maíz se lo dan a los animales que están en criaderos. Empezaron a venir máquinas cuando empezaron a traer sorgo, yo tendría unos 20 años o 25.

También se sembraba calabaza, la cebada también se sembraba. Había un pasto que le decían el grano, ese me dejó un tío mío, el era Morenista, era de la gente de Moreno, yo creo del gobierno y de aquí se fue pa Texas y allá murió.

Aquí la verdura ni la fruta deja nada. El que acapara lo paga muy barato. Sí hay árboles pero nomás así como una planta Otra es que nadie siembra eso, nomás maíz y sorgo y trigo sólo unos cuantos, unas 5 personas, esta carísimo todo. En la capital dice que el campesino qué mas quiere, si nomás trabaja seis meses pero aquí hay plagas, granizadas y ya se fue la cosecha y no paras, hay que fumigar, puro gastar, entonces se trabaja todo el año, si bien le va se saca lo que invirtió sino, nada más el trabajo sobre la espalda. Se desanima uno. Luego el acaparador dura hasta meses para pagar, aparentemente se ve que no, pero la realidad es otra. Si tengo dos hectáreas dejo una para sembrar para el maíz para tener para la casa. Los acaparadores lo pagan a su gusto, ellos son los que ponen el precio, el campesino no, uno dice, está rebarato y él dice, no, está bien pagado.

Migración.

El día primero del 45 yo entré de mojado a Texas. Me fui a trabajar, aquí casi no había trabajo. Cuando mis hijos estaban chiquitos aquí no había trabajo, ocupaban a uno en tiempo de las escardas, alzaba uno los zurcos y ahí íbamos acomodando el zurco. Todos sembraban y la gente que no tenía tierras pues con dificultad.

Cuando me fui ya estaba ahí un tío mío que yo no conocía, él trajo acá la grama que es un pastizal para animales, él vivía en Encarnación. La migra no nos hizo nada, nos encontraron y...yo ya andaba bien vestido, yo trabajé en un hospital en ayudarles a subir agua para los que estaban enfermos, pa bañarlos yo creo y luego ya mejor me salí y me fui a la pizca de algodón, era por contrato y ya ganaba más, en tiempo de la pizca trabajaba y luego ya me agarré a hacer yardas, es por ejemplo, sembrar pasto y poner los tabiques donde te dijeran y con máquina. Cuando no había pizca del algodón, tenía 17 yardas por contrato y ya se las arreglaba uno, arreglaba las yardas.

El dinero no tenía a quién mandárselo, estaba solo, y mis centavos a quién se los mando, no tengo ni una hermana ni nada, no, y me iba a la cantina, no, decía, ya estoy mejor aquí.

Regresé porque tenía yo magueyes y ya estaban listos para el pulque, no, tenía una borrachera también aquí todos los días., aquí tenía una casa pero me la hicieron descuadrada y luego ya la tumbamos y mis

hijas fueron las que hicieron la casa, se fueron a trabajar a México para hacer la casa. Todavía volví como unos dos meses.

Cuando yo me fui ya se había ido mi tío para allá y otra gente también pero ya iban contratados, los mandaban traer de allá. Iban contratados y yo me llevé un primo mio. Había contrataciones y había también de mojados. En Texas dijeron sálganse a contratarse a Nebraska, todo el que quiera ir a Nebraska, salga a contratarse y sí, luego luego nos contrataron en Reynosa, en la radio dijeron que se vayan a Reynosa para contratarse en Nebraska. Después de cruzar el río llegábamos a Edimburgo y de ahí nos pasábamos a Reynosa a contratarnos. Dijeron: salgan todos los mojados que se quieran ir a Nebraska al betabel. Yo no conocía ni el betabel pero ya íbamos contratados en un carro hasta Nebraska y nomás éramos cuatro por patrón. Cuando se acababa el contrato nos volvían a dejar en Edimburgo y de ahí dábamos la vuelta y cruzábamos el río.

Se acabó el trabajo porque llegó el hielo; me paré yo temprano y vi que estaban como plumas y se miraba blanquiado y les dije a los compañeros: a que no saben qué, está cayendo como hielo, sabe qué juda sea, se ven como unas holotas, ahhh, dijeron, es la nieve, ya valió madres es la nieve, ya no, ¿ya no que? ya no vamos a trabajar, se pone dura la tierra y hasta se quiebra el machete porque tenemos que ensartar el camote y mocharle el rabito y aventarlo y llegaba un carro con una máquina a juntar todo el betabel.

Trabajábamos cuatro días bien y luego el primer día nosotros andábamos en la pizca del algodón, se acabó el algodón y ya estábamos impuestos a pizcar algodón y del betabel no sabíamos y le dije a un compañero: cómo le hago, dijo: lo enganchas y le quitas el rabo y ya aprendí y salimos parejitos.

Luego ya llegamos a Nebraska en un autobús y en la tarde dijimos que en la mañana le entrábamos al betabel y otra vez estaba el plumero y otra vez ya valió madres, pues ahí estuvimos 15 días, nos íbamos a almorzar, a comer y a dormir y de trabajo nada y ya luego nos trajeron en avión a un lado de Edimburgo y de ahí nos trajeron a Reynosa pa echarnos pa fuera y luego de ahí salimos para el puente y nos pasamos pero otra vez me pasé después.

El primer año que me fui duré 5 años que me fui, tenía muchas amistades y ya luego no, decía yo, ya acabó la pizca del algodón y ya me venía y ya después iba y venía una vez al año. La pizca de algodón duraba unos dos meses. Cuando regresaba me dedicaba a echar pulque, también vendía pulque y luego eso me servía para comprar cerveza, yo no tenía hijos, entonces compraba cerveza. Cuando me casé empecé a trabajar la yunta en tierras ajenas y ya luego me compré 2 hectáreas.

Historia de tenencia y despojo de tierras.

A mi papá lo mató su patrón por pelear por sus tierras cuando yo tenía 5 años, después los patrones se fueron a Salvatierra, era Gustavo Torres, el dueño de todo Santiaguillo, mi papá peleó sus tierras con él. Ya después cuando dieron la tierra mi mamá no quiso recibir la tierra para que no me mataran como a mi papá, me dieron unos pedazos de cerro, ya ahorita no los siembro porque ya no puedo.

Yo tenía como unos 25 años cuando compré unas tierras. Los hombres iban a Guanajuato, a México, andando, y luego en el camino comiendo elote o zapotes como no llevaban ni qué comer.

A México los mandaban de Guanajuato con el presidente para hablar con él, luego el patrón ya echó de ver que tenía que repartir la tierra, el gobierno les dio la tierra, la repartió cuando se llegó la hora. Lucharon hablando y luego duraban como dos meses para venir. La tierra costó mucha sangre porque a muchos los mataron, los dueños mandaron matar porque no querían soltar las tierras.

Tradiciones.

Siempre se han hecho las mismas fiestas, aquí era Santiago y luego la gente agarra y se va quedando como una historia "no, mejor Santiaguillo, aquí se llama Santiaguillo" creo que no les caía bien Santiago y es la fiesta que se hace. De Santiago, de la Virgen del Refugio y ahora la Guadalupana. Esa aquí se apareció, aquí está en la iglesia, se apareció adentro en donde están los lavaderos, yo creo que tiene como unos 10 años, aquí se apareció.

Se apareció en la tele secundaria, la vieron unas chamacas, una que es sobrina de nosotros. Ahí está en la iglesia, luego un padre de Chupícuaro se la quería llevar, ya andaba ahí entre la bola porque vinieron a verla pa ver bien si era la Virgen de Guadalupe pero le dije no, ¿por qué? pa analizarla dice, y andaba gente conmigo de Las Piedras, eran como unos ocho, gente mayor que yo, le dije, la virgen de aquí no sale es de nosotros o ¿es de ustedes? ¿nació allá en ustedes? ¿allá se les apareció a ustedes?, no pues que no, dicen los padres, vinieron tres. No, la virgen es de nosotros, de aquí no la dejamos salir, ¡aguas! Se quedaron chitones, ¡nos la querian quitar! La gente no decía nada, nomás esos de Las Piedras.

Petlacotla.

[Comisariado ejidal] Yo fainé cuando se empezó abrir para pavimentado, no sé el año pero lleva más o menos como unos 25 años y hasta ahorita no se ha podido pavimentar siempre sigue terracería cuando es un camino bien transitado porque es una vía muy favorable para la subida de la sierra porque aquí ya hay muchos pueblos. El primero, San Pedro, Plan de Ayala, Tenancingo, Tacubaya, Zacatal, Pápalo, Tlaxco, Iltepec, y de ahí ya sale para Tlacuilo, pa San Pedrito, ya para rumbo a Tulancingo. Este camino, tiene entrada y salida ya no es una entrada... aquí entra y sale a Pahuatlan, San Pedrito, rumbo a Tulancingo y también sale a Villa Juárez por Izatlan entonces ya amerita estar pavimentado este camino. Según se escucha que ya se va a pavimentar, esperemos que así sea pero ya tardó muchos años aquí.

Es muy transitado este camino, de verdad, camiones grandes, aquí todo producto que entra y sale es en este camino. El drenaje tiene como 20 años. Agua potable tiene como unos 28 años. Todas las familias, todas las viviendas están beneficiadas con agua potable y drenaje, todos tienen su conexión al drenaje. Hay 2 redes de agua, una es permanente y otra no. La toma que viene de dos caminos es la que le llega agua en días porque ha de llevar alguna fuga y están componiendo y por esa razón no hay.

La luz tiene como 20 años que llegó aquí, al final ahorita todo el pueblo tiene electrificación pero al llegar no fue así, para que todos tuvieran pasó como 15 años para que se rehabilitara la electrificación, lo que pasa que fueron solicitudes que se fueron metiendo para la colonia que no la tenía y se llevaba tiempo y se llegaba el día que se aprobaba una colonia. Los presidentes municipales fueron viendo esa parte.

Con el drenaje ese sí llegó para todos, que no todos se pudieron conectar en el mismo tiempo pero poco a poco se fue rehabilitando, la red se metió y por partes fue metiendo su rehabilitación la gente. La red vino de gobernación pero ya lo de viviendas fue particular, la gente tenía que hacer sus sanitarios y comprar su tubo para conectarse a la red del drenaje. Para conectarse avisaban al comité para que les diera permiso de hacerle un registro y meter su red de drenaje. Aquí se contrataba un albañil que hacia los registros y el mismo usuario hacia la excavación y a lo mejor el albañil tendía la tubería y el usuario tapaba y ya quedaba en condiciones el servicio. Se llevó como 10 años para estar todo en rehabilitación la red del drenaje Ahorita ya todos tienen.

El drenaje se tuvo un acuerdo en el municipio se pidió una asesoría en el municipio porque se descargó hacia un arroyo, ya no habiendo de otra pues ya el agua estaba contaminada y toda la red del drenaje se descargó ahí, pero hubo una asesoría y un acuerdo no nomás el pueblo decidió contaminar el agua, no, entonces no hay problema, hasta ahorita no ha habido problema. Tiene como 300 metros de distancia hacia el arroyo a donde descarga pero ya llega por medio de zanjas que llevan agüita y ya por ahí hubo descarga, no llega el tubo directo al arroyo grande, no, por zanjas y ahí hay corrientes de agua y con la descarga de la red del drenaje pues ya lleva más agua. Se sacó del pueblo la zanja, estaba cerca pero se retiró, como a 100 mts del pueblo, 150 mts se llevó las tuberías y ahí sale la descarga y las aguas negras ya se van al arroyo grande. De donde empiezan las zanjas el arroyo está como a 150 metros son como 8 descargas, al final descargan al mismo arroyo pero están alejadas.

Ese arroyo va a dar al río San Marcos y ya llega a la playa de Poza Rica porque se compone con el río que viene de Paso de Chicoloc y el Río de Pantepec y antes de llegar a Poza Rica ya van los 3 ríos juntos.

El río de San Marcos ya tiene descarga de el de Villa Juárez el de Pahuatlan que se va de lleno, de Izatlan, Teteloloya, Ula y aquí San pedro y La Ceiba, ya lleva todas las aguas negras nomás que como es mucha agua pues no se le nota pero sí, ya va bien contaminado ese río, desde su raíz, casi desde donde depende este río porque este río depende de Pahuatlan adelante de Pahuatlan, viene como un arroyo y ahí en Pahuatlan todas las descargas del drenaje se van al río y es el río San Marcos.

Pahuatlan está a un costado del río. arriba, mucho adelante de Tlacuilo entonces Tlacuilo también tiene el descargue de drenaje hacia el río San Marcos. El río San Marcos carga con todas las aguas negras de los pueblos que tiene a los costados, ni modo, no queda de otra porque es el higiene que tenemos nosotros no nos quedó de otra más que ensuciar el agua como luego se dice.

Antecedentes de la implementación del modelo capitalista.

[Anciano 1] Sembraban maíz, frijol, hacían panela, ajonjolí, hacán cañales pero se acabó de morir la gente cuando pasó la gripa y un veneno que habían echado lejos en el 17 [1917) y aquí llegó en el 18 [1918]. [Anciano 2]: antes se daban más cosas, pero ahora la tierra ya no tiene jugo. Cuando yo era chico me llevaban a ayudar a mi papá y traíamos mucha carga, ahora ya no se da así. Antes se mataban los puercos para vender la carne pero ahora ya no sale.

Actividades productivas precedentes.

[Anciano 2] La siembra no lo vendíamos, no existía la Ceiba, ese terreno era del General Almazán. Sólo se podía ir a vender a Villa Juárez [a dos horas en transporte público], no había compradores aquí. A Villa Juárez nos íbamos caminando desde las cuatro de la mañana, con caballos que iban cargando el maíz y el frijol, mucha gente hacía eso, de todos los pueblos iban a vender allá.

Yo trabajé cuando abrieron el camino, una vez fui a México para pedir apoyo a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes para que arreglaran un bordo. En el Palacio de la ciudad nadie se arrimaba porque habían armados pero yo conocía bien el Palacio porque hice servicio. Yo pedí la ayuda para arreglar como 100 metros de la carretera. Del Palacio nos llevaron a la Secretaría de Obras Públicas, ahí hablé con el director de ingeniería, me dijo que todo lo que se necesite en La Sierra hay que pedirlo directamente ahí y a la semana llegaron las máquinas. Ahora aquí ya hay potreros y cafetales grandes, los ricos son los que tienen mucho terreno y tiene cafetales y potrero.

Migración.

[Anciano 1] Mis abuelos llegaron de Tajín cuando los de Tajín perdieron. Mis papás ya nacieron aquí. En Tajín peleaban porque llegaron personas de otro lugar. Los totonacos se repartieron por todos lados. [Anciano 2]: yo no sé si vinieron del Tajín. tal vez sí. Cuando yo era chico nadie hablaba español, ni mexicano [otro idioma indígena] sabemos aquí. Se empezó a hablar castilla por la escuela, yo aprendí en la escuela, los maestros me hablaban en castilla, llegué hasta el segundo año de primaria. Mi papá hablaba castilla y totonaco, ése aprendió solito castilla porque no fue a la escuela. Dicen que Dios nos da toda la voluntad en la cabeza por eso mi papá aprendió, él empezó a escuchar en las tiendas y aprendió. En el 48, cuando yo regresé [del ejército]muchos se animaron a irse a Puebla, Poza Rica, México, Toluca.

Cuando pusieron la escuela, se empezaron a ir, hasta las señoritas. La gente decía que está mal porque se están quedando sólo los sonsos, los burros y los buenos se están yendo, los que ya pararon la oreja, y los otros se van a quedar aquí, se van a morir aquí. Por eso cuando yo tenía 18 años me fui, me animé porque me iban a pagar tres pesos. Todavía quedaba algo de Revolución.

Cuando abrieron el camino ya la gente se empezó a ir más a trabajar a otro lado. Cuando empezaron a salir de la escuela comprendieron que allá iban a tener una vida mejor [en México]. El pueblo cambió desde que yo fui presidente auxiliar en el 67 y en el 69 entré a la presidencia. Me tocó ir a México a pedir el sexto año de primaria, luego se pidieron más maestros, luego el kinder y así fue progresando el pueblo. La gente cambió porque unos se fueron a trabajar, ganaron, ahorraron y se hicieron sus buenas casas.

Tenencia de las tierras.

[Anciano 2]: el gobierno le quitó su terreno al General Almazán y pusieron un comisionado que arregló todo, por eso La Ceiba todo es ejido.
En el 45 la gente estaba muy asustada porque el ejército vino a juntar gente. Después se pidió permiso para tumbar los árboles y empezar a construir casas, aquí la tierra da igual que en el rancho.

Tradiciones.

[Anciano 1]: cuando era niño ya había iglesia aquí. Porque mis papás la hicieron, antes estaba en el campo santo y luego se quemó.
[Anciano 2]: La costumbre siempre se ha hecho, siempre ha habido brujos, hasta ahorita. Te dicen que te van a aliviar pero engañaban para sacarte dinero. Es como, los protestantes que vienen y dicen que si te vas con ellos no te mueres pero no es cierto.

Mi papá bailaba de Santiaguero, empezaba el 29 de junio. Siempre hemos tenido las mismas fiestas que ahora, bueno, antes había moros y santiagueros, ahora sólo quedan voladores y Tocotines. El padre exigió que se hiciera la fiesta porque ya habían aprendido otros bailes las muchachas.

Anexo C.

Cuadro 1 **Padecimientos crónicos reportados en Petlacotla**

Padecimiento	Casos (n)	Padecimiento	Casos (n)
Agruras	1	Anemia	1
Anorexia	1	Ardor ojos	1
Ardor talón	1	Artritis	1
Asma	1	Azúcar baja	1
Calambres	1	Cansancio	2
Colesterol alto	1	Diabetes	3
Dientes encimados	1	Dolor brazo	1
Dolor cabeza	3	Dolor cadera	2
Dolor cintura	5	Dolor cuerpo	2
Dolor de costillas	1	Dolor de huesos	3
Dolor de ojos	1	Dolor espalda	3
Dolor estómago	3	Dolor matriz	1
Dolor menstrual	1	Dolor muelas/dientes	9
Dolor pie	3	Dolor pierna	1
Dolor rodilla	3	Garganta lastimada	1
Gastritis	1	Grano nalgas	1
Granos en la cara	1	Hongos en pies	1
Manchas cuello	1	Mareos	1
No ve de un ojo	1	Ojo lastimado	1
Pie hinchado	2	Presión alta	4
Presión baja	2	Quiste mamario	1
Salpullido	1	Sindrome Down	1
Sobrepeso	1	Tifoidea	1
Tos crónica	1	Varices	1
Vista borrosa	8	Vista nublada	3

Nota En el reporte de dolor de huesos en la sección de Resultados se engloba Dolor de costilla, Dolor de cintura, Dolor de rodilla y Dolor de huesos. (n = 12) Los problemas de vista incluyen Vista borrosa y Vista nublada (n = 11)

Cuadro 2. **Padecimientos crónicos reportados en Santiaguillo.**

Padecimiento	Casos (n)	Padecimiento	Casos (n)
Ac. Urico	1	Artritis	1
Cansadad	1	Colitis	1
Columna desviada	2	corazón crecido	1
Desgano	1	Diabetes	3
Dientes encimados	1	Dientes picados	7
Dolor corazón	1	Dolor dedo pie	1
Dolor en cada embarazo	1	Dolor huesos	1
Dolor muela	6	Dolor ojo	2
Dolor oido	1	Dolor panza	2
Dolor riñón	3	Dolor pecho	1
Dolor pies	1	Drogadicción	1
Epilepsia	3	Gastritis	1
Mal de riñón	1	Mancha blanca	1
Nervio ciático	2	No camina bien	1
No puede respirar	1	Pie plano	1
Piel irritada	2	Presión alta	6
Próstata	2	Pulmón	1
Reuma	1	Tendón desgastado	1
Tos crónica	1	Ulcera gástrica	1
Várices	1	Vista borrosa	5
Vista nublada	2		

Nota: En el reporte de Problemas de la vista en la sección de Resultados se incluyen Vista borrosa y Vista nublada (n =7)

Cuadro 3. **Padecimientos agudos presentados en los hogares entrevistados de Petlacotla, durante las dos últimas semanas.**

Padecimiento	Casos (n)	Padecimiento	Casos (n)
Oído tapado que rechinaba	1	Calentura	1
Tos, calentura y dolor	1	Gripa con escalofríos, calentura y tos	1
Gripa	3	Dolor de garganta	1
Anginas	1	Tos	1
Dolor estómago	1	Le salió espuma porque se le subió el azúcar	1
Diarrea	1		

Cuadro 4. **Padecimientos agudos presentados en los hogares entrevistados de Santiaguillo durante las dos últimas semanas.**

Padecimiento	Casos (n)	Padecimiento	Casos (n)
Vómito y calentura	1	Calentura y dolor garganta	1
Calentura y dolor estómago	1	Gripa y tos	1

Anexo D. Matrices de datos.

Cuadro1-A. **Lugar de atención. PETLACOTLA.**

No. entrevista	Con quien van cuando se enferman	De qué depende que vayan ahí	Siempre encuentran a esa persona?	Que hacen cuando no la encuentran	Le explican porqué se enfermó?	Cómo le ex
016SP (01/20)	1. Clínica 2. Particular (Ceiba) 3. Particular (Villa Juárez)	1. Por el apoyo. Hay cita para checarse pero no hay medicinas, eso dicen, a mí no me dan. Sólo para desparasitar. Sólo me recetan 2 y 3. Con particular te dicen qué enfermedad tienes Hay aparatos Te dan tratamiento. Si estamos enfermos mejor vamos con particular. En la ceiba hay otro bueno pero cobra más caro.	1. A veces se va de vacaciones. 2 y 3. Siempre los encontramos.	---	1. Sí	1. Cómo no Nos dan plá A veces se incompleto cita y a la fa La faena es Yo creo que Sino, queda botellas de Lo quemam regresamos Una vez no mitad del ap En la planill la faena. Nos dicen c ponen falta 2 y 3. No, n
017SP (02/20)	1. Clínica 2. Similares (Ceiba) 3. Particular (Villa Juárez)	1. Acá hay cita cada mes. Me checan de peso y hay plática. Por las citas por la presión. 2. Cuando hay dolor fuerte tengo que ir a particular (similares). Ya le platiqué a la doctora y no me dice nada (clínica) En particular me da para control del dolor. 3. Voy allá por la matriz (dolor)	1. Siempre que tengo cita la encuentro pero esta vez estaba de vacaciones. 2 y 3. Siempre están.	1. La enfermera atiende.	1. Sí 2 y 3. Sí	1. --- 2 y 3. Que tratamiento
018SP	1. Clínica	1. Cuando no estamos	1. La doctora y las		1. Sí	---

(03/20)	2. Hospital público (Ceiba) 3. Particular (Ceiba)	enfermos. 2. Cuando nos mandan al laboratorio. 3. Al particular sólo hemos ido dos veces por dolor de cabeza fuerte.	enfermeras están. 2. Sí 3. En Ceiba a veces no lo encontramos.	3. Nos regresamos y vamos al otro día.	2. No 3. No sé, fueron mis papás.	
019SP (04/20)	1. Clínica 2. Particular (ceiba)	2. Porque no hay medicamento en la clínica, o porque no me hace la medicina que hay, no tienen lo que me recetan en el hospital.	1. Sí 2. Sí	1. NA 2. NA	1. No 2. No.	1. Sólo en 2. Me dijer tomar mis
020SP (05/20)	1. Clínica 2. Hospital público (Ceiba)	1. Si es enfermedad poca. 2. Si es grave.	1. Sí, la Dra. o la enfermera. 2. A veces no están o no hay lo que se necesita.	1. NA 2. Nos mandan a Poza Rica.	1. Sí 2. No	1. Que nos Depende d 2. Vamos a Sólo nos at lado.
021SP (06/20)	1. Clínica 2. Particular (ceiba) 3. Hospital público (ceiba)	1. sólo a cubrir citas. Nos ponen firma de que acudimos. Nos ponen falta en el programa de Oportunidades y dicen que nos descuentan pero yo no entiendo. No me dan medicinas, yo las compro. Nomás me preguntan y me dicen que siga con la medicina que la siga comprando.	1. La Dra. no pero las enfermeras sí. 2. Voy con diferentes pero siempre están. 3.---	1. NA 2. NA 3. ---	1. Sí 2. SI	1. dice que presión, es 2. Por esta que termin él quiso est y luego yo calentura m con agua o cubrirse o verduras y que prepar
022SP (07/20)	1. Clínica 2. Hospital público (ceiba) 3. Particular (Villa Juárez y Huauchinango)	1.--- 2. Cuando nos dan el pase para análisis 3. A veces nos mandan para análisis de colesterol, en el hospital no hacen ese estudio.	1. Sí 2. Sí 3.---	1. NA 2. NA	1. Sí 2. No 3.---	1. Le decim receta. Si no hay n Ella (Dra. C recetar y a No nos dic Con los an bien o salis 2. No nos e consulta.

023SP (08/20)	1. Particular (ceiba) 2. Clínica	1. Porque aquí no podemos ir. Si tú vas no tiene medicina. Nomás voy porque me dan dinero pero no dan medicamento nomás se enojan y dicen: " ¿qué no puedes comprar tu medicina?, nomás te estás quejando" En la ceiba no te dicen nada porque vas a pagar.	1. Sí 2. Sí, pero se enojan.	1. NA 2. NA	1. Sí 2. No	1. Te va a c Me dan sue Me dicen qu harto no sir Te va a por comer. 2. Se enoja
024SP (09/20)	1. Farmacia o Tienda. 2. Clínica	1. Porque en la clínica no hay medicamento, sólo recetan. En la farmacia me dicen y ya lo compro. 2. Sólo a las citas. Sí atienden pero a veces no hay medicinas, sólo recetan.	1. Sí 2. Sí	1. NA 2. NA	1.--- 2.---	1.--- 2.---
025SP (10/20)	1. Particular (ceiba) 2. Hospital público (ceiba) 3. Clínica	1.— 2. A veces nos dan pase para análisis. 3.---	1. Sí 2.--- 3.---	1. NA 2.--- 3.---	1. Sí 2. Sí 3.---	1. Te dice p 2. Depende 3.---
026SP (11/20)	1. Clínica 2. Particular (ceiba, villa Juárez) 3. Hospital público (ceiba)	1. Cada mes tenemos cita. 2. Acá no me hace la medicina	1. Sí, pero ahora tiene vacaciones (la Dra.) sólo están las enfermeras. 2. Sí 3.---	1. NA 2. NA 3.---	1. Sí 2. Sí 3.---	1. Nos expl 2.--- 3.---

027SP (12/20)	1. Clínica 2 Particular (ceiba)	1. --- 2. En la clinica a veces no hay medicamentos, entonces, para más seguro. el particular. Si no hay medicina la recetan, entonces, para no estar ahí. No le hace las cucharadas a mi niño. Pensamos que es mejor.	1. Sí, sólo cuando tiene vacaciones (la Dra.) se queda una o dos enfermeras. 2. Sí.	1 NA 2. NA	1. Sí 2. Sí	Nos dicen c niños cuan medicina cu 2.---
028SP (13/20)	1. Clínica 2. Particular (ceiba) 3. INER (DF)	1. Aquí vamos y cuándo hay medicinas y cuando está la Dra. 2. Por enfermedad muy grave. Urgencia. No hubo de otra Por la calidad. 3. Allá estuvimos sólo un año, ya no.	1. No, a veces ya salió, viernes o sábado o tiene reuniones pero siempre hay enfermeras pero no dan consulta, sólo medicinas y no es igual, prefiero ir con un Dr. 2. Si 3. NA	1. Voy con un Dr. 2. NA 3. NA	1. No 2. No 3. NA	1. NA 2. NA 3. NA
029SP (14/20)	1. Clínica 2. Hospital público (ceiba) 3. Particular (ceiba)	1. Porque nos dan apoyo. Nos ponen cita 2. Cuando nos dan pase. 3. Porque tenía un dolor muy fuerte, ya no aguantaba. Primero fui a la clínica pero no había medicina y me dijeron que me fuera al particular para que sepa bien qué tengo.	1. Sí, nos avisan cuando no va a estar la Dra., las enfermeras siempre están. 2. Sí 3. Si	1. NA 2. NA 3. NA	1. Sí 2.--- 3. Sí	1. Explica t 2. --- 3. Nos expl

030SP (15/20)	1. Clínica 2. Hospital público (ceiba)	1.--- 2. Nos mandan para análisis.	1. Sí 2. Sí	1. NA 2. NA	1. Sí 2. Sí	1. Nos han cuidarnos, 2. Yo piens solito.

Cuadro 1-B. **Lugar de atención. SANTIAGUILLO.**

No. entrevista	Con quien van cuando se enferman	De qué depende que vayan ahí	Siempre encuentran a esa persona?	Que hacen cuando no la encuentran	Le explican porqué se enfermó?	Cómo le
001Sa (01/15)	1. Particular (Acámbaro)	1. Ya se acostumbra uno a ir allá. A veces la Dra. sale de acá del Centro de Salud (CS) Él (Dr. particular) ya es doctor de la familia. En la noche acá la Dra. no se levanta y allá el Dr. sí.	1. Sí	1. NA	1. Sí	1. Él le vesícula
002Sa (02/15)	1. CS 2. Particular 3. Hospital	1.--- 2. Cuando no encontramos al Dr. del CS 3. Ya cuando no encontramos al Dr. particular porque en el hospital atienden cuando uno ya va muy enfermo.	1. No. 2. No 3. ---	1.--- 2.--- 3.---	1. Sí, a veces 2. A veces 3. No	1. Cuan tapa un no lava 2. Viene 3. No m
003Sa (03/15)	1. CS 2. Particular (Acámbaro)	1.--- 2. En sábado o domingo que no hay servicio o cuando no hay Dra. todavía.	1. No 2. Sí	1.--- 2.NA	1. Sí 2. Sí	1. deper 2. Depe
004Sa (04/15)	1. CS 2. Particular (Acámbaro)	1.--- 2. Porque no hay Dr. aquí. Porque no hay medicinas.	1. --- 2. Sí	1. --- 2. ---	1. --- 2. ---	1. ---
005Sa (05/15)	1. CS 2. Hospital (Acámbaro)	1. A tomar peso, medirlos, con calentura. 2. Cuando se quiebran o se cortan o les pica un alacrán o para partos.	1. No 2. Sí	1. --- 2. NA	1. Sí 2. Sí	La Dra. tratamie La enfer Checa 2. es lo
006Sa	1. CS	1. ---	1. No.	1. Nos vamos a	1. Sí	1. Que

(06/15)	2. CS de Acámbaro	2. Cuando no encontramos a la Dra. de aquí porque luego se va a atender otros pueblitos.	2. Sí	Acámbaro 2. NA	2. Sí	y receta, compra. 2. Uno la
007Sa (07/15)	1. CS 2. Particular (Acámbaro)	1.--- 2. Vamos cuando ha mucha gente acá o no está la Dra. porque la llaman a otro lado a vacunar a los ranchos.	1. No 2. Sí	1. Vamos al particular 2. NA	1. Sí 2. Sí	1. Nos da veces se 2. Tambi
008Sa (08/15)	1. CS 2. Hospital general (DF)	1. Por Oportunidades. 2. Nosotros nos vamos para allá.	1. --- 2. Sí	1. --- 2. NA	1. No, bueno, a mí, no. 2. No	1. NA 2. NA
009Sa (09/15)	1. CS 2. Particular	1. --- 2. Cuando uno no haya remedio aquí.	1. No 2. Sí	1. Nos vamos al particular 2. NA	1.Sí 2.Sí	1. No me 2. Dice q no se mo vapor.
010Sa (10/15)	1. CS 2. Particular	1. Tenemos la cita. 2. Cuando no está la Dra. o cuando no hay medicinas.	1. No 2. Sí	1. Vamos al particular 2. NA	1. Sí 2. Sí	1. Que n hay que dieta con 2. Tambi
011Sa (11/15)	1. CS 2. Hospital General (Acámbaro)	1. --- 2. Nos mandan de acá porque nos hacen estudio cuando es algo malo.	1. No, rara es la vez. 2. Sí 3.---	1. --- 2. NA	1. Sí 2. No, hay mucha gente.	1. Nos di que no c qué vam uno teng

012Sa (12/15)	1. CS 2. Particular (Acámbaro y Chupícuaro) 3. Hospital General	1. --- 2. Es que aquí se le junta la gente a la Dra., vienen de otros pueblos entonces se tienen que ir uno desde las cuatro de la mañana. Debería haber dos doctoras y un par de enfermeras porque luego nos tratan mal las enfermeras. 3. sólo fuimos una vez, por una urgencia.	1. No, a veces no porque luego van a entregar papeles los lunes. 2. Sí. 3. Sí	1. Nos regresamos a casa. Pero una vez a un niño le picó un alacrán y le dijeron a la mamá que hasta que se ahogara lo iban a atender. 2. NA 3. NA	1. No 2. No 3. Sí	1. NA 2. NA 3. Nos d una arai vayamo dinero.
013Sa (13/15)	1. CS 2. Hospital general	1. --- 2. Cuando me voy a aliviar porque aquí no atienden partos, que porque luego no están.	1. Sí 2. Sí	1. NA 2. NA	1. Sí 2. Sí	1. Que v da vitam niño ade 2. Me ex
014Sa (14/15)	1. CS 2. Hospital General (Acámbaro)	1. --- 2. Porque luego no hay las cosas que se necesitan. Allá sacan muelas y acá no hay para eso. Cuando uno se va a aliviar pues allá hay más médicos y los partos son de noche casi todos.	1. No 2. Sí	1. --- 2. NA	1. Sí 2. Sí	1. --- 2. ---
015Sa (15/15)	1. CS 2. Particular	1. Por las citas cada mes. 2. Por la epilepsia de Mario.	1. No 2. ---	1. --- 2. ---	1. Sí 2. ---	1. Me di tomar m comer y

Cuadro 2-A. **Padecimientos crónicos. PETLACOTLA.**

No. Entrevista	Que está haciendo para curarse o para evitar complicaciones de la enfermedad	Cuál es el tratamiento que lleva?	Tiene o ha tenido problemas con ese tratamiento? Cuáles?	Que hace para solucionar el problema?	Quien y donde le dan sus medicinas?	Qué le dicen su enfermed

016SP (01/20)	**Vista borrosa** No he ido a revisarme, ya tiene años, más de 20.	Usar lentes	Sí, cuando me los pongo mucho tiempo me duele la cabeza.	Me los quito	Para los lentes pasó un oculista y anunció que lo mandaban...que sólo pagabas los lentes y la revisión era gratis. Me dio gotas pero se me perdieron. Ya traía un montón de lentes ya hechos, me checó, me hizo leer un papel y me dio unos.	No me dijo n
	Dolor de huesos y brazo Me he dejado, a veces tomo pastillas.	Analgen	No, porque no tomo mucho (analgen)	NA	Una señora me dijo que es muy bueno y sí es cierto.	NA
	Fui con un Dr. a La Ceiba	Me puso esas cochinadas de fibras, tenia bien vendado	No me compuse	Me quité las vendas	Dr. Ceiba	---
	Me sobaron aquí pero no me arreglaron y una vez pasó un joven y me dijo de un huesero de Villa Juárez y fui, no me jaloneó, me sobó bien. Acá en la clínica no fui porque no me hubieran hecho nada porque no había herida, sino, si te curan.	Sobadas	No	NA	Huesero (Villa Juárez)	---
	Várices Un tiempo me estuve poniendo una pomada	Pomada de coyote	No, rápido me hizo.	NA	Un señor la vendía en La Ceiba.	---

	En la clínica me las han visto pero no me dicen nada.	Friegas de agua de sal con un trapo	Pasó el tiempo y la volví a comprar y ya no me hizo. me empezó a arder.	Ya no me la puse		
	Dolor muelas					
	No he hecho nada porque no me ha dolido mucho.	NA	NA	NA	NA	NA
017SP (02/20)	**Pie hinchado**					
	Fui con el Dr. del Similar	Pastillas	No	NA	Las compro en el Similar	Que era por riñón, que po eso se hincha
	Ardor talón					
	Nada	NA	NA	NA	NA	NA
	Dolor de matriz Le digo al Dr. y ya él sabe lo que me receta	Pastillas	No	NA	Las compro en la farmacia, es Dr. de Villa Juárez, la farmacia es de ahí mismo.	No me dice n
	Dolor de cabeza Fui a la clínica	Lavado de oído	Sí, No se destapó	Fui a la Ceiba con un Dr.	En la clínica	Nada

	Fui con el Dr. aunque era muy caro (Ceiba)	Ampolletas, gotas y cápsulas.	No	NA	Las compré	Me dijo que r me tenían qu lavar mi oído que había infección y q sentía así po golpe.
	Garganta lastimada Fui a la clínica	Pastillas	Sí, No me hizo	Le dije a la Dra y me anotó unos estudios para hacerlos con un particular.	En la clínica sólo me las recetan pero las compré en la farmacia.	---
	Le platiqué a mi comadre	Pastillas	Sí, Chupé una y no me hizo.	Chupe otra.	Las compré	---
	Presión alta Fui a la clínica	Tomo una pastilla diaria	No	NA	En la clínica me las dan cada mes	Que haga ejercicio. Qu presión es co el azúcar, rá te mata. Que no debemos hacer corajes que estemos contentas
	Vista borrosa No he hecho nada porque no conozco bien las letras, nomás voy a tener los lentes y no puedo leer	NA	NA	NA	NA	NA

	bien, ahora, para escribir...no sé escribir					
	Dolor de ojos No hago nada, no he dicho en la clínica	NA	NA	NA	NA	NA
	Hongos en los pies Voy a la clínica	Miconazol Me eché barniz	Sí, No se compone Sí, Se me hizo más feo, estaba bueno un dedo y se me hizo feo	Fui a la clínica otra vez Ya no me eché	Me la recetaron en la clínica y la compré La enfermera de la clínica me dijo que me echara ese barniz, yo pensé que el de la mesa pero me dijo que el de uñas, dijo que con el de mesa se caen los dedos.	No me dicen nada
	Diabetes (madre) Fue con el Dr. de similares	Pastillas	Sí, Ya no quiso tomarlas pero ya no come tanta sal Dice que siente feo con la pastilla, que se marea.	Ya no se las toma.	El Dr. de la Ceiba, de similares.	No explicó na
	La enfermera la viene a checar de presión y de azúcar	NA	No	NA	NA	La enfermera dijo que tal v en el laborat saldría más b su nivel de azúcar y que está bien que no tome las pastillas si ya quiere. La Dra. de la clínica dice q vaya pero ell se anima. No

						quiere porqu dice que se v fastidiar de e ahí sentada.
	Dolor de costillas y de dedo del pie(madre) Va con el Dr. de similares (Ceiba)	Pastillas	No	NA	Dr. de similares (Ceiba)	Que cuando esté bien le v dar vitaminas
	Dolor menstrual (sobrina) Fue con el Dr. de la ceiba	Pastillas	No	NA	Dr. similares (Ceiba)	Que cuando cure le va a d vitaminas por a lo mejor es eso. Del dolo dijo nada
	Fuimos con la enfermera, porque le dio dolor en la noche	Mandó pastillas y té de acoyo	No	NA	Enfermera de la clínica	---
	Dientes encimados con dolor (sobrina) No ha ido al Dr.	Buscapina	No	NA	Su tía	NA
	Dolor estómago (sobrina) Le compramos aceite de oliva	Tomó aceite de oliva y cuando se acabó tomó dos cucharadas de aceite de comer	No	NA	---	NA

	La llevamos al Dr. de la ceiba Las llevamos a la clinica pero no estaba la Dra. Le compramos ampolletas	Pastillas Pastillas y Vitaminas Bedoyecta	No Si, no quiso tomarlas No	NA Ya no las tomó NA	Dr. similares La enfermera de la clinica Su tia	Que se malpasaba Que se vitam que a lo mejo por eso le du pero ella no quiso, querla ampolletas. NA
018SP 03/20	**Vista borrosa (padre)** Nada Una vez lo revisaron unos Drs. que vinieron **Dolor rodilla (padre)** Fue a similares (SP) **Vista borrosa (madre)** Le echamos gotas	No trajeron nada entonces así está Pastillas Gotas para los ojos en las noches	No No, dice que ve mejor	NA NA	Dr. similar Unos señores que vienen a vender medicinas, andan rancheando, viene la propaganda, con un carro y una bocina. Vienen del municipio	Que si no le hacia le iban dar otras más fuertes Nada

	Dolor de muelas, de cabeza y de cuerpo (madre) Fui a la clínica	Pastillas	---	---	---	---
	Dolor muela (padre) Tomó pastillas	Pastillas			La enfermera (cuñada)	---
019SP 04/20	**Vista borrosa (esposo)** Usa lentes de su hija	Lentes que no le sirvieron a su hija	No porque nomás los usa un rato	NA	Unidades móviles del municipio	Nada
	Manchas moradas en el cuello (esposo) Fue a la clínica	Pomada	Si, no le hace	Ya no se la puso	La compró, la Dra. sólo le recetó	---
	Dolor de cadera (esposo) No hace nada, sólo se lo aplasta	NA	NA	NA	NA	NA
	Presión baja Fui con el Dr. (particular, ceiba) me dio tres cajas de pastillas y una ha de ser para eso	Pastillas	Si, me quita el sueño un rato	Ahí estoy devisando, a veces me vuelvo a levantar	La compré en la ceiba	Que la presi estaba baja no me dijo n de la comida dijo que com bien, que no dieta, no me quitó nada
	Artritis Voy con el Dr. particular	Pastillas	No	NA	Las compro en la ceiba	Que me va a pastillas y qu me voy a ser

						bien un rato y luego se pasa que es contro que eso no s quita
	Dolor muelas Me inyecté	Inyecciones	No	NA	Yo sé que es para infección esa inyección, por eso la compré	NA
	Tos Me revisó el Dr. de la ceiba	Nada	No	NA	Dr. Ceiba	Que está irrit y que está inflamado
020SP 05/20	**Dolor de cintura** Fui a Huauchinango	Me dijeron que con operación	Si, yo pensé que se trataba de mucho dinero.	Ya no regresé	Dr. particular Huauchinango	Me dijo que l traer un Dr. c México si yo animaba. Dijo que no e hueso desvia que son tendones que era mucho p que había qu operar, pero Dra. dijo que se ve nada, c muy poco.
	Uso medicinas naturistas	Puras hierbas y sobadas	Sí, no me hacen			
	Ardor de ojos (esposa) La revisó la Dra. de la clínica	Gotas	Sí, le vuelve a escurrir el ojo	Se las vuelve a poner	La Dra. se las recetó y ella las compra	No sé
021SP	**Presión alta**					

06/20	Fui a la clínica	Captopril No tomo café, o hacer corajes y tomar las pastillas tres veces al día	Sí, al principio me daba mucho sueño	Les dije en la clínica y me las cambiaron	La Dra. me las dio	---
	Diente picado Nada	NA	NA	NA	NA	NA
	Dolor de estómago (hijo) Ha ido al seguro pero no le dieron nada Se toma medicamentos él solo	Buscapina con leche	No	NA	En la farmacia similar	Nada
022SP 07/20	**Presión alta (madre)** Va a la clínica	Captopril	No	NA	La compra, la Dra. le receta	Que a veces muy alto o q una está baj otra está alt
	Vista borrosa Nada	Gotas	No	NA	Oigo que por hay platica que sirven y pregunto en similares y las compro	
	Dolor de huesos, cintura, pierna, cabeza					

	(madre) Vinieron unos señores de Puebla a dar medicina y fui	Pastillas para dolor y para calambre	Sí, se me acabaron pero no fuimos porque se puso mala, tuvo un mareo muy fuerte	Busqué medicina, fui a preguntar y me recetaron unas pastillas y fui a comprar a la Ceiba porque aquí no hubo	Esos señores de puebla	Nada, que p edad
	Hemos ido a la clínica	Le recetan calciofem	No	NA		Que por el fr podía estirar brazos
	Anorexia (madre) Fuimos a clínica La mandaron hacer análisis	Vitaminas y desparasitante	Sí, se le quitó bien el hambre	Nada, siguió tomándolas pero ya no podía ni caminar	Las compramos porque no había en la clínica. Sólo nos dieron fumarato.	
	Dolor de cintura y de pies He ido a la clínica	Nada, perdí mi receta				
	Azúcar baja Nada					
	Presión baja Fui a la clínica	Pastillas	No	NA	La Dra. en la clínica	Me dicen na que ya no pi en nada que haga corajes por eso se m sube
	Vista nublada Compro gotas yo sola	Gotas	Sí, ya no me las dieron en la clínica eso fue desde	Las tuve que comprar	Nada	Ya no les he dicho en la clínica

			hace 20 años			
	Dolor de cintura, espalda y pies Voy a la clínica	Ampolletas de neomelubrión Pastillas para el dolor	No	NA	---	Las ampollet yo las compr las pastillas r las da la Dra.
	Dolor diente Yo sola me compro la medicina	Neomelubrina	No	NA	---	Yo sola sé qu me sirve
	Mareos Voy a la clínica	Pastillas	No	NA	Me dicen que está alta mi presión	La Dra.
023SP 08/20	**Diabetes** Fui a la clínica	Pastillas Té de hierbas amargoso, antes del café, a medio día y en la tarde	No	NA	Que nos vamos a cuidar , que debemos tomar la pastilla temprano y en la tarde. Así nos vamos a ir controlando, dicen.	Me recetan e clínica y las compro en la Ceiba (pastill El té yo lo tor porque es amargo, me una señora.
	Dolor de huesos					
	Fui a la clínica	Inyección	Si, no me quitó el dolor	Ya no me la puse	La Dra. me recetó pero yo la compré	Que nada ma tenía dolor
	Le conté a otras mujeres	Inyección (dispespan)	No	NA		

	Vista borrosa Voy a la camioneta que a veces viene gritando un señor que trae para la camosidad	Gotas	No, parece que veo mejor	NA	Le compro al de la camioneta	Que me va a componer qu tengo que lav siempre, que tengo que compara, que uno o dos no va a compone
	Fui a la clínica	Nada	NA	NA	NA	Que por el azúcar, que s me cuido ya r voy a ver
	Agruras (hija) Le dijo a alguien	Pastlllas	No	NA	No sé quién le dijo	
	Dolor de rodilla Se pone inyección	Inyección	No	NA	Nos dicen en donde compramos la medicina	---
024SP 09/20	**NO ve bien (ojo lastimado) (esposo)** No hace nada porque no tiene dinero	Nada				
	Quiste mamario (hija) La llevé a la clínica	Pastillas	Sí, no se le quitó No	La llevé al Dr particular	La Dra. las recetó	Que estaba desarrollando sus hormona que esperára

						a ver si se p rojo y ya des vemos qué hacemos
	La llevé al particular en Villa Juárez	Ampolletas, bedoyecta y pastillas	No, apenas fuimos	NA	El Dr., las recetó y las compramos	El Dr. dijo qu era normal, p unas señora dijeron que r normal pero a esperar a v qué pasa
	Dolor muelas (hijo) A veces le doy medicina	Pastillas	No	NA	Alguna persona nos dice a veces que la pastilla es buena y la compramos	NA
025SP 10/20	**No ve bien (esposo)** No ha hecho nada					NA
	Dolor de espalda (esposo) Va a comprar a la camioneta que luego viene	Pomada	No	NA	---	
	No ve de un ojo (hija) Ahorita ya nada, la llevábamos a Puebla	La operaron	Sí, necesita otra operación y ya no tenemos dinero	Nada, a ver cuándo la llevamos	---	---
	Granos en la cara (hija) La llevamos a Ceiba, Huauchinango, Villa Juárez, México, Puebla	Inyecciones Suero Pomadas	Sí, no le hizo nada	Ya no la llevamos	Nos recetaron y las compramos	Que es una infección se que por el p
	La llevamos a la clínica	---	Sí, no le hizo nada lo que le dieron	Ya no le ponemos nada	La Dra. de la clínica	---

026SP 11/20	**Vista nublada**					
	Voy a la camioneta que viene.	Gotas	Sí, algunas no me hacen, otras sí	Nada	Me las dio el Dr. de la camioneta	Que tenía mu infección
	Presión alta					
	Voy a la clínica	Captopril	No	NA	Me las da la Dra.	Que no coma mucha grasa mucha tortilla café.
	Calambres					
	Les digo a los que vienen a vender medicinas	Pomada	No	NA	Me las dieron los que venden, que pasan seguido.	---
	Fui a la clínica	Pastillas	Sí, no me hacen	Ya no voy a la clínica	La Dra. de la clínica	---
	Gastritis					
	Fui a la clínica	Pastillas	No	NA	La Dra. de la clínica	Que cuando duela me ton medicina, qu lo mejor pien mucho por m hijos o no viv bien con mi esposo
	Dolor muelas					
	Voy con los que venden	Líquido				
	Fui con unos doctores que vinieron	Trataron de quitármela	Sí, se me subió la presión mucho	Me inyectaron	NA	Que ya no m iba a tumbar
	Fui con la Dra. de la clínica	Líquido para lavarme la boca	No	NA	La Dra. me recetó y yo la compro	Que me lava con eso
	Dolor rodilla (esposo)					
	Fui con el Dr. naturista (Villa Juárez)	Pomada	Sí, no se me calma para nada	Me la sigo echando	La compramos con el naturista y me la	Que con la pomada se n

					recetó el Dr. naturista de villa Juárez	va a quitar
	Fui a Pachuca con un Dr.	Nada	NA	NA	NA	Que tenía qu al hospital mi pero que ibar a gastar muc dinero, que c 90 o 100 mil pesos
	Grano y ardor en nalgas (esposo) Nada, me paro un rato					
	Dolor brazo y cintura (esposo) Fui a la farmacia	Pomada Ampolleta	Sí, no me hizo nada	Fui otra vez y me recetaron voltaren y no me hizo nada y ya no le eché	El de la farmacia, la compré	Nada, sólo lo me voy a ech
	Dolor dientes (esposo) Nada	NA	NA	NA	NA	NA
	Mal de orín (esposo) Fui al Dr. particular	Pomada Té	Sí, no se me cortó, no pasa nada			Que con eso me va a quita
027SP 12/20	**Dolor muelas** Fui a la farmacia	Cápsulas para la infección	No	NA	La compré en la farmacia, me la recomendó la enfermera que atiende ahí	La muchacha que atiende enfermera, n que dijo porq mandé a mi

	Cansancio Le dije a la Sra. de la farmacia	Todavía no me las tomo pero compré Vitaminas				Que esas vitaminas so muy buenas
028SP 13/20	**Presión alta** Fui a la clínica	Captopril	No		Ahí me la dieron en la clínica	
	Anemia Como más					
	Colesterol alto Fui al Dr. de la ceiba y con uno de acupuntura	No me dieron nada	No		NA	El de la ceiba dijo que sí te colesterol y e acupuntura n dijo que no e cierto
	Como mucha avena	NA	No		Yo lo vi en la tele	
	Asma					

	Fui con el Dr. de la ceiba (hospital público)	Salbutamol spray y jarabe	No	NA	El Dr. me recetó y yo las compro	Me dijo el Dr alguien de m padres o abu tuvieron asm
	Poca vista (suegra) Se pone gotas	Gotas de hierbas	No	NA	Le dijo una señora	Que eran mu buenas las g que le limpia ojo
	Pie hinchado (suegra) Fue con el Dr. de similar en Ceiba	Calcio Pomada	No	NA	Las compramos en la farmacia similar	Nada
	Dolor de estómago (suegra) Antes le daba pastilla	Pastillas	Sí, se le quitaba sólo un día	Se las volvíamos a dar pero luego le empezamos a dar el té de jengibre	Nada más sabemos que sirven para el estómago	NA
		Té de jengibre	No, se le quita por uno o dos meses el dolor	NA	Aquí mi familia, mi hija me dijo porque el té es caliente	NA
	Principios de tifoidea (hija) Fui al Dr. en Tulancingo primero y ahorita ya no voy, ya sé qué medicamentos son Dejé de comer en la calle Desinfecto las verduras	Pastillas	No	NA	El Dr. de Tulancingo	Que porque habia comid la calle, porq comí taquito estaban pasaditos
	Sobrepeso (hija)	Dieta				

	Dejé de comer harinas		No	NA	Yo sola	NA
	Dolor de columna (hija) Nada	NA	NA	NA	NA	NA
	Dolor de cabeza (hija 2) Ella misma se compra las pastillas	Pastillas	No	NA	NA	NA
029SP 14/20	**Presión baja** Fui a Dr. particular	Nada	NA	NA	NA	Que por eso r duele la cabe
	Dolor de cintura Nada					
	Dolor de cabeza Fui a la clínica	Coca-cola y leche	No	NA	NA	Que me toma la coca o la le y un poquito c chocolate
	Vista nublada (padre) Nada					
	Salpullido (padre) Nada, como no se enferma nunca va, él no se quiere curar dice que está fuerte					
	Dolor estómago (hermano) Toma lo que a mi me	Nada	NA	NA	NA	NA

	recetaron en la clínica para dolor de estómago, él no va al Dr. tampoco					
030SP 15/20	**Diabetes (esposo)** Fue a la clínica y lo mandaron a los análisis	Pastillas	Sí, le daba mucho sueño y se le hacía oscuro la vista	Lo llevé al particular (ceiba)	En la clínica	Que tome la pastilla enter temprano y e tarde.
	Fuimos al Dr. particular de la Ceiba	Pastillas	No	NA	En la clínica (pueblo)	Que ya no to entera la pas que tome un pedacito (1/4 el día que po si lo va a tom en la noche pensando es durmiendo e señor y está muerto
	Cansancio y dolor de cuerpo Nada, porque delante de la gente una vez me dijo la enfermera que yo tenía mucha gripa y que mejor me fuera a parar lejos, y sentí feo, que si mi nombre pasaba alguien me iba a avisar y me pasó hasta el último y me dio mucho coraje y mucha pena y ya por eso mejor a la Ceiba que me lleven. Pensaba que mejor ya no me dieran mi carnet, que ya no iba a recibir dinero y aunque esté pobre a nadie le voy a estar pidiendo lo que voy a comer. Mejor que me lleven a la Ceiba.	NA	NA	NA	NA	NA

	Mal de nacimiento (Síndrome de Down) : dolor de cabeza y pecho Nada, así se le pasa Lo llevamos a la clínica	NA Vitaminas	No	NA	Le recetan y las compramos	Que le falta vitamina

Cuadro 2-B. **Padecimientos crónicos. Santiaguillo**

No. Entrevista	Que está haciendo para curarse o para evitar complicaciones de la enfermedad	Cuál es el tratamiento que lleva?	Tiene o ha tenido problemas con ese tratamiento? Cuáles?	Que hace para solucionar el problema?	Quien y donde le dan sus medicinas?	Qué le dicen su enfermed
001Sa 01/15	**Vista nublada (suegra)** Fue al Dr. de Acámbaro (particular)	Gotas	No	NA	Las recetó el Dr. y las compramos	Nada
	Ac. Úrico (suegro) Fue al Dr. particular	Medicamento y dietas	No	NA	Las recetó el Dr. y las compramos	Que va mejo que no deje dietas y evite carnes rojas
	Colitis (suegra) Fue al Dr. de Acámbaro	Pastillas	No No	NA NA	Las recetó el Dr. y las compramos	El Dr. dice q coma pero c ya está gran pues no quie
	Nada, ella dice qué no va a comer	Sólo come pollo y sopa	No	NA	NA	NA
	Mal del riñón (yerno) Fue a ver al Dr. particular	Pastillas	No	NA	Un Dr. particular	No sé
002Sa 02/15	**Dolor de muela (esposo)** Fue al dentista, particular en Acámbaro.	Nada, le dijeron que se le tenía que deshinchar	NA	NA	NA	Que se le ha infectado y c regresara ha que se le ba

		para sacársela				lo hinchado
	Vio un libro de medicinas	Se hizo un remedio de hierbas	No	NA	NA	NA
	Vista borrosa (hija) Le hicieron examen de vista en la escuela y dijeron que le iban a hacer lentes pero ya no me han dicho nada	Nada	NA	NA	NA	NA
	Dolor de pecho (hija) La llevé al CS de aquí	Nada	NA	NA	NA	Que era por gordita, que hiciera ejercic para que le funcionara bi su organismo
	Mancha blanca (hija) La llevé al CS de aquí	Nada	NA	NA	NA	Que era alerg al sol
	Dolor de panza (hija2) La llevé al CS de aquí	Pastillas para infección y desparasitante	Sí, se le quitó un tiempo pero ya le volvió, días anda bien y días anda mal	Nada	La Dra. del CS	Que era infección. Qu con el medicamento le iba a quitar
003Sa 03/15	**Dolor en cada embarazo (en dientes)** Fui con el dentista particular	Me arreglaba los dientes	No	NA	NA	Que era por l sensibilidad c expresión de huesos y que eso se me afectaba más rápido por el embarazo
	Dientes picados (hijos) Los llevo al dentista de	Les arregla las	No	NA	NA	

	Acámbaro (particular)	muelas				
004Sa 04/15	**Diabetes** Voy al CS de aqui	Pastillas	No	NA	La Dra. del CS	Que lleve un control. Nos checan el az el colesterol presión cada mes
	Presión alta Fui al CS de aquí	Pastillas	No	NA	La Dra. del CS	Que se sube porque estoy muy gordita que no debo comer ni pan tortilla ni gras pero ya ve u
	Vista borrosa Nada	NA	NA	NA	NA	NA
	Presión alta (esposo) Fui al CS de aquí	Pastillas	Sí, no tenian las medicinas y aunque las comprara siempre la traía alta	Fui con el Dr. de Acámbaro (particular)	Las compraba	Nada
	Voy al Dr. particular porqué acá no tenía medicinas cuando iba	Pastillas	No	NA	NA	---
	Enfermedad de la próstata (esposo) Fui con el Dr. de Acámbaro (particular)	Pastillas	No	NA	NA	---

005Sa 05/15	**Dolor muelas (hija)** La llevé al Hospital General de Acámbaro por parte del Seguro Popular	La Dra. se las rellenó Le dieron pastillas por si le dolía	No	NA	NA	Que cuando mudara la lle para ver si no habia queda alguna raiz d viejita
006Sa 06/15	**Epilepsia (hija)** La llevaba a Morelia pero me salía muy caro el viaje	Pastillas	No	NA	Las compro, se las recetó el Dr. de Morelia	Que era tard que la enfermedad duraba de 5 años. Que er porque había durado much para nacer
	Dolor de oído (hija2) La llevamos a la clínica	Gotas	No	NA	Compramos las gotas	Que necesita operación po ya no tiene remedio
	No ve bien con un ojo (esposo) Fui una vez con un oculista que vino a estafarnos	Nada	NA	NA	NA	Que iba a es viniendo cad año y ya no regresó
	Dolor de muelas Nada	Pastillas Tempra	No	NA	Yo sé que sirven para el dolor	NA
007Sa 07/15	**Epilepsia** Vamos con un particular a Morelia (neurólogo)	Pastillas La mandaron estudios	Sí, le da sueño	Se lo sigo dando a ver si le hace	Lo tengo que comprar	Que es un paciente difíc porque no le hacen las medicinas y necesita estu

						más profundo que esperem que no salga cosa
008Sa 08/15	**Pie plano (hija)** La llevo a particular	Zapato ortopédico y plantillas	No	NA	Compramos los zapatos y las plantillas	Que ya va ma bien y que le poniendo la plantilla
	Piel Irritada (hija2) Nada, no se quiere levantar temprano para el hospital porque para particular no tenemos	NA	NA	NA	NA	NA
	Artritis (suegra) La han llevado a México, Reynosa, Celaya, Acámbaro	Pastillas	Sí, ya camina muy poco, no le hacen las medicinas	Ya no toma nada ni va a que la revisen desde hace un año	Las compró allá	Que no tiene líquidos
		Líquido inyectado	Sí, nomás duraba bien unos días			
	Columna desviada (suegra) Fue a Acámbaro	Nada	NA	NA		Que ya estab muy desgast y que no se podía hacer r

	Compra sola sus pastillas	Toma cualquier pastilla para el dolor	No	NA	Las compra en la farmacia	NA
	Presión alta, corazón crecido y pulmón (padre) Fue al Dr. particular de Acámbaro	Pastillas	Sí, no le damos todas porque son muy caras	Nada	Las compramos en la farmacia de Acámbaro	Que ya no se va a quitar, es de por vid
	Próstata (padre) Fue con Dr. Acámbaro (particular)	Pastillas	No	NA	Las compramos en la farmacia de Acámbaro	Que ya no pueden oper
009Sa 09/15	**Dolor en el dedo del pie (esposo)** Nada, no quiere porque no tienen medicinas aquí	NA	NA	NA	NA	NA
	Dolor de los pies Nada	NA	NA	NA	NA	NA
	Muela picada (hijo) Nada	NA	NA	NA	NA	NA
010Sa 10/15	**Presión alta (hermano)** Va a la clínica	Pastillas	Sí, dice que se ha sentido mal	Nada	Se las dan en la clínica	Que no coma cosas malas se cuide
	Vista empañada Fue a la farmacia de Acámbaro	Gotas	Sí, no ve bien	Nada	Las compró en la farmacia de Acámbaro	Que era aire necesitaba ir oculista
	Dolor en boca del estómago Fue al Dr. de Acámbaro	Pastillas	No	NA	Las compró en la farmacia de Acámbaro	Que no podí saber si sería vesícula o al así, que a ve se le quitaba las pastillas

						necesitaba operación
	Dolor de riñón Fue a la clínica aquí	Pastillas	No	NA	---	Que porque tomaba muc refresco, que tomara agua
	Diabetes (hermana) La llevamos a Acámbaro	Insulina	No	NA	La compra en la farmacia de Acámbaro	Que fuera al para que le pusieran la insulina
	Presión alta (hermana) Va a la clínica de aquí	Pastillas	No	NA	Se las dan en la clínica	---
	Vista borrosa (hermana) Nada	NA	NA	NA	NA	---
	Dolor de riñón (hermana) Fue al Dr. particular de Acámbaro	Pastillas	No	NA	Las compramos en Acámbaro	Que por la misma diabe perjudicaba riñón, la vista todo, que es la diabetes
	Dolor de muelas (hermana) Fue al Dr. de Acámbaro y ese Dr. le llevó a un dentista a su casa	Pastillas Limpieza	No	NA	Las compramos en Acámbaro	Que así era gente diabét que cualquie cosa les ven que tuviera mucha limpie precaución e boca
	Presión alta Fui con un especialista a Acámbaro	Pastillas	No	NA	Las compraba en Acámbaro	Que me fuer la clínica ya estaba controlada

						porque ya es gastando mu
	Fui a la clínica	Pastillas	No	NA	Me las dan en la clínica	Que no me apure, que n preocupe, qu las cosas las deje como qu no
	Carnosidad					
	Fui a Celaya con un oculista	Gotas	No	NA	Las compré en Celaya	Me dijo que echara las go porque si me operaba me podía salir ot vez. Que era andar mucho el sol
	Dolor del riñón					
	Fui aquí al CS	Pastillas	Sí, no me hicieron nada	Fui con una naturista	Me las dieron en el CS	Que no comi chile, no tom refresco, que tomara much agua
	Fui con la naturista	Gotas y pastillas	No	NA	Las compré con la Dra. naturista	Que tome mu agua
	Várices					
	Fui al CS de aquí	Nada	NA	NA	NA	Que no habí medicinas
	Fui con la naturista	Gotas	Sí, me siento igual	Nada	Las compré con la naturista	---
	Dolor de muelas					
	Fui al CS de aquí	Nada	NA	NA	NA	Que no habí tratamiento, mejor fuera a me las sacar CS de Acám
	Tomé pastillas	Pastillas	No	NA	Me las recomendó una señora	Que eran mu

						buenas esas pastillas
011Sa 11/15	**No puede respirar** Fui al CS de aquí	Nada	NA	NA	NA	Que era por nervios, que controlara sc
012Sa 12/15	**Tos crónica (esposo)** Nada	NA	NA	NA	NA	NA
	Reuma (esposo) Nada	NA	NA	NA	NA	NA
	Nervio ciático (esposo) Fuimos con un Dr. a Chupícuaro	Inyecciones Mandó unos estudios	Sí, no tengo dinero para hacerme los estudios pero las inyecciones sí me sirvieron	Nada	NA	Que necesita esos estudio
	Fuimos a la clínica	Nada	NA	NA	NA	Que no tenía inyecciones necesitaba
	Dolor en ojo y vista borrosa Nada	NA	NA	NA	NA	NA
	Columna desviada Fui al CS de aquí	Bedoyecta	Sí, sentí un enchinamiento del cuerpo y me dio un temblor muy fuerte y las uñas se me pusieron moradas	Consiguieron un carro y me llevaron al Dr. particular	La Dra. me las recetó y yo las compré	---
	Dr. particular	Inyecciones	Sí, sentí que me dormí y me morí un rato y cuando volví me agarró un vómito muy fuerte y sentía que ya no	Los Drs. me volvieron	Me la pusieron ahí mismo con el Dr.	---

			era de aquí, y no me daba sueño			
	Fui a que me sobaran y compré inyecciones	Neomelubrión	Sí, el dolor no se me quita	Ya no me las pongo	Yo sola me las compré	NA
	Úlcera gástrica Le dije a la enfermera que me diera melox	Melox	No	NA	---	Me dijo que u cucharada ar de cada com
	Nervio ciático Nada	NA	NA	NA	NA	NA
	Dolor muelas (hijo) Pidió pastillas en le CS	Pastillas	Sí, no se le quitó	Ya no las tomó	La Dra.	Nada
	Drogadicción (hijo) Lo llevé a un centro de rehabilitación	Internamiento	Sí, lo maltrataban, no le daban lo que yo le llevaba, se lo comían los encargados. Lo cambiaron de lugar y no me decían	Lo saqué	---	Nada
	Gastritis (hijo2) Le compré Genoprazol	Pastillas Genoprazol	No	NA	Lo vi en la tele	NA
	Tendón desgastado en					

	el talón (hija) La llevé al Dr.	Le pusieron una rodillera	No	NA	El mismo Dr	Nada
	Le compré el herbalife	Calcio	No	NA	Un señor que vino de visite y dijo que antes era Dr.	Que luego lo Drs. asustan uno que a lo mejor la niña necesita mu calcio porqu fue la última no agarró m de usted, há la lucha con calcio
013Sa 13/15	**No camina bien (hijo)** Lo llevamos a masajes	Masajes	No	NA	---	---
	Lo llevamos al DIF ($200)	Le mandaron estudio	Sí, no tuvimos dinero para hacer los estudios	Nada	NA	Ellos me preguntaron porqué estab así el niño
	Se pela de todo el cuerpo (hijo) Lo llevamos al DIF	Vitaminas	No	NA	Se las recetaron ahí en el DIF	Nada
014Sa 14/15	**Desgano** Me tomo una pastilla	Pastilla	No	NA	Yo sé que sirven para el dolor	NA
	Dolor de ojos (hija) Le recetaron unas gotas en una farmacia	Gotas	No	NA	Los señores de la farmacia	Que tenía la muy clara
	Dolor de huesos (hijo) Le pongo una pomada	Bálsamo blanco	No	NA	Ya ve que dice la gente que eso sirve	NA
015Sa 15/15	**Diabetes** Voy al CS	Metformina	No	NA	La Dra. del CS	Que es por l que está un gordo, que

	Dolor de corazón (hija) La llevamos al CS	Nada	NA	NA	NA	somos obesc Que no comamos gra ni nada que r pueda dañar. Que comamo mucha verdu Que era com nervios y que nada más qu esté tranquila Mucha calma que no se preocupe. Qu los nervios h que se sienta apretada
	Dientes encimados (hija) Nada	NA	NA	NA	NA	
	Epilepsia (hijo) Lo llevamos con su Dr. particular porque aqui no hay aparatos	Pastillas	No	NA	El Dr. las recetó y las compramos	Le mandó a hacer unos estudios. Dic que ya va me y que no falle sus citas. Qu había sido po falta de oxige del niño cuar nació.

Cuadro 3-A. **Padecimientos agudos (últimas dos semanas). Petlacotla**

No. entrevista	Qué hizo o qué está haciendo para curarse de su enfermedad?	Hubo algún problema cuando lo atendieron?	Hubo algún problema con el tratamiento que llevó (a)?	Donde le dieron las medicinas o le que haya tomado?	Qué le dijeron de enfermedad?
016SP 01/20	**Oído tapado y rechinaba** Fui a Villa Juárez con Dr. particular	No	No	Las compré en Villa Juárez	Nada
017SP 02/20	**Calentura (madre)** Al Dr. panicular de la Ceiba	No	No	Las compramos allá	Que me espere u días después de termine el tratami y si ya no tiene na de dolor le vamos dar vitaminas. Que le vayamos a avisar cómo sigu fui a decir que ya nada más tiene e dolor
018SP 03/20	**Tos, calentura, dolor (sobrino)**	No	Se le acabó la medicina que su tía le trajo de la clínica y compró en similares	De la clínica y de la farmacia similares (pueblo)	Nada
	Gripa, calentura, escalofrios y tos (sobrina) Le dijo a su tía (enfermera)	No	No	Se las trajo su tía (enfermera) de la clinica	Nada
020SP 05/20	**Gripa (esposo)** Tomando pastillas, cápsulas y poniéndome inyecciones	No	No	Le dijo la Dra. a mi esposa (enfermera)	Nada
021SP 06/20	**Dolor de garganta (hijo)** Cuidarse, que no se bañe con agua fría	No	No	Las compró en la farmacia	Nada

	Fue con la enfermera que atiende en la farmacia de similares **Gripa (hija)** Está tomando mejoraditos, yo se los compré	NA	No	Las compré en la farmacia	NA
026SP 11/20	**Anginas** Fui a la clínica a revisarme y me dieron pastillas Fui con el naturista y me dijo que hiciera gárgaras	No No	No me hizo No	En la clínica Lo compré con el naturista	Que tengo mucho infección por den Que me lavara co que me dio
027SP 12/20	**Tos (hijo)** Le compramos unas pastillas **Gripa (toda la familia)** Mi esposo y mi hija grande fueron a la farmacia por las pastillas	NA NA	No No	Le recomendaron a mi esposo Nada más mandó las medicinas la de la farmacia y las compraron	NA Nada
029SP 14/20	**Dolor de estómago** Fui con e Dr. particular	No	No	Las compré en la farmacia	Que hago mucho coraje y que por e me duele tambiér cabeza
030SP 15/20	**Le salió espuma, se le subió el azúcar (esposo)** Lo llevamos al hospital de la Ceiba (público) **Diarrea** Fui a la farmacia y le dije lo que tenía	No No	No No	Se lo pusieron en el hospital La compré en la misma farmacia	Nada Nada

Cuadro 3-B. **padecimientos agudos (últimas dos semanas). Santiaguillo**

No. entrevista	Qué hizo o qué está haciendo para curarse de su enfermedad?	Hubo algún problema cuando lo atendieron?	Hubo algun problema con el tratamiento que llevó (a)?	Dónde le dieron las medicinas o le que haya tomado?	Qué le dijeron de enfermedad?
005Sa 05/15	**Vómito y calentura (hijo)** Le di Tempra y lo bañé y luego lo llevé al Dr. particular	No	No	Yo sabia que servía para eso	Que hicimos bien todo lo que le hice me dio medicinas sólo cobró la cons ($400)
	Calentura y dolor de garganta (hijo2) Le di las medicinas que le dieron a mi otro hijo	NA	No	Me sobraban del otro niño	NA
006Sa 06/15	**Calentura y dolor de estómago (hija)** La llevamos con un Dr. particular	No	Sí, le empezaron a salir ronchas	Las recetó el Dr. particular	Que era una infec
	La llevamos a la clínica de aquí	No	No	Se la dieron en la clínica	Que ya no le diera que el Dr. le manc porque le estaba haciendo daño
007Sa 07/15	**Gripa y tos** Le di una pastilla Naproxen	NA	No	La compré yo	NA

Cuadro 4-A. **Embarazo y parto (desde que es beneficiaria). Petlacotla**

No. entrevista	Cómo supo que debía ir a revisiones esas veces?	Cómo se cuidó durante el embarazo?	Quién le recomendó que fuera a ese lugar o con esa persona a revisarse?	Cómo le atendían ahí?	Cómo resolvieron el problema de salud que se presentó en el embarazo? (si es el caso)	Cómo fue el parto? (desde que salió de su casa hasta que regresó)?
021SP 06/20	**1 vez al mes en la clínica** **Cada dos o tres meses con la partera** Fui con la partera a que me sobara y ella me dijo que es mejor en la clínica Fui a decir a la clínica y me empezaron a dar mis citas	No hice nada, todo siguió normal, sólo fui a que me sobara porque se me hacía aun lado por acostarme de ese lado También la enfermera me sentía pero no es igual que la partera, no te la acomoda. Me daban vitaminas cuando había. La leche del apoyo no mela daban.	Yo les platiqué que me dolía a otras personas ya grandes, que tenía una bola y me dijeron que el bebé no estaba en su lugar normal y que fuera con la partera La partera	Me sobaba bien, me lo acomodaba bien y me decía que fuera cuando me sintiera mal para que lo acomode y no me operaran No sobaba como debe ser. Era muy tardada, pasaba mucho para que entráramos. Ya estaba muy cansada porque no hay asiento para sentarse. Nomás íbamos a cansarnos, no nos daban nada.	Con las sobadas	Se me bajó como influ como parto, con sang Pensé que ya me tocaba aunque no me dolía porque ya sé có es. Contratamos un carro especial para la Ceiba (hospital público) No me dejaron dormir en la noche en el hospital, me despertaban para no dormirme, para que cuidara a mi niña, me ponían entre las piern No nos cobraron sólo compramos una medicina y las toallas para mí. Me atendieron bien. De regreso contratam un taxi.
025SP 10/20	**Una vez al mes a la clínica** Porque nos explicaban en las pláticas de	Casi no me cuidé, ni los meros días,	En las pláticas nos dijeron	Me pesaban y me medían nada	NA	Contratamos un carro para que me llevaran

	Oportunidades	yo no sufrí gracias a Dios		más, me dijeron que fuera la hospital pero no me gusta, mejor particular. Porque en el hospital me querían operar y decían que yo habia dicho que si pero no había dicho nada.		ese mismo día salí, fu parto normal. De regreso me trajo e mismo coche.
027SP 12/20	**Una vez al mes a la clínica** Me empezaron a dar ascos y como en la clínica si no avisas luego, te llaman la atención no quise ir allá porque se iban a molestar pero yo no sabía y mejor se llevó mi esposo los orines para que le hicieran análisis en Huauchinango en Dr. particular y salió positivo y avisé a la clínica ya con mi sobre y que viniera cada mes.	—	En las pláticas nos dicen.	Me dijo la Dra. que estaba bien que me hice los análisis antes y que si quería que me aliviara aqui estaba bien pero como fue de noche no se pudo. Me atendieron bien en el parto en el particular pero paga uno.	La Dra. no le sentía la cabeza y me dijo que sacara ultrasonido y no hice caso y ya cuando faltaba un día me dio escalofrío mandé a mi cuñada (enfermera) por la Dra., vino, me dio una pastilla y se me quitó y me llevaron en la noche al hospital	Contratamos un carro Me iba sacudiendo el carro y en el camino y no aguantaba el dolor Se fue más rápido el señor, nomás iba brincando y más me dolió. Llegando a la casa de Dr. yo ya no me podía enderezar y sentía qu me ganaba del uno y esperé. La enfermera le dijo q le sacara primero ultrasonido, me lo hizo dijo que ya me voy a aliviar, que venía bien rápido el bebé. Me dijo que iba a hac en la cama (orinar), m metió una charola y n hice nada. Su esposa le ayudó, r apretó con la mano y cuatro dolores nació e niño Llevaron al niño a otra cama para sacarle lo

						sucio, lo pesaron, lo midieron y quién sabe qué mas le hicieron porque me dormí. Desperté y ya estaba cambiado. El Dr. me puso el paña Y le dijo a mi esposo que me comprara algo de comer Del parto pagué $1500 con todo, llegué a las 1 de la noche y salí a las de la tarde, ya no me quise esperar otra noche para no pagar más. Le hablamos al mismo señor que nos llevó pa regresar, ese señor se dedica nomás a eso. Cobra $200 ahorita po cada viaje.

Cuadro 4-B. **Embarazo y parto (desde que es beneficiaria) Santiaguillo.**

No. entrevista	Cómo supo que debía ir a revisiones esas veces?	Cómo se cuidó durante el embarazo?	Quién le recomendó que fuera a ese lugar o con esa persona a revisarse?	Cómo le atendían ahí?	Cómo resolvieron el problema de salud que se presentó en el embarazo? (si es el caso)	Cómo fue el parto? (desde que salió de s casa hasta que regresó)?
001Sa 01/15	**Una vez al mes al CS de Acámbaro** En el hospital supo que estaba embrazada y el Dr. le puso las citas	Caminaba	Ella decidió ir	Bien	**Diabetes gestacional** Le pusieron insulina en el hospital	Se fue al hospital de Acámbaro pero le dijeron que corría má peligro y que le faltab más tiempo. Ella fue con el Dr. particular c Acámbaro y luego la operaron que porque

						no aguantaba la niña Se fue en el camión normal $8 pesos El Dr. cobró $6000, estuvo cuatro dias Regresó en un taxi de Acámbaro que cobró $150
002Sa 02/15	**Una vez al mes al CS de aquí** Por tantos hijos que una ya tiene	No alzaba cosas pesadas y me alimentaba bien	Yo ya sabia y por parte de Oportunidades nos han dicho las obligaciones que tenemos que admitir para revisarnos aunque no estemos enfermos	Muy bien	**Dolores de parto a los 8 meses** Fui con la Dra. y me mandó al hospital general porque se me quería venir. Me dijeron que estuviera en reposo y así estuve. Luego fui al Dr. particular y me dijo que ya mejor me operara porque ya no tenía mucho líquido mi niño. Fue mucha contradicción.	Nos fuimos en nuestr coche, el parto costó $9000. Estuve dos días allá. De regreso fue en nuestro coche.
003Sa 03/15	**Una vez al mes al CS de aquí** Porque me pegó un dolor y fui a la clínica de Acámbaro pero era embarazo	Alimentándome, lo poquito que podia comer, trataba de que se me quedara porque me daban ascos. Tenía reposo	En la clinica me dijeron que debia revisarme y como aqui me agarra más cerca	---	**Contracciones desde los 4 meses** Me ponían vitaminas y ampolletas para que no se me vinieran hemorragias ahi en la clínica particular de	Nos fuimos en nuestr camioneta. Nos cobraron $5000 el parto. De regreso también f en la camioneta nuestra. Fuimos allá porque siempre he id allá, acá nunca me

					Acámbaro	quedé, me fui más all porque aquí no hay lo implementos y allá ha de todo
006Sa 06/15	**Una vez al mes al CS de aquí y al Dr. particular de Acámbaro** Porque aqui nos explica la Dra.	Nomás me daban calcio aqui y luego en Acámbaro me dieron vitaminas, las compré	La Dra. de aquí		**Dolor de estómago** Me dieron vitaminas porque no crecía el bebé, lo vio en el ultrasonido el Dr. particular, cuando me dio el dolor me fui con él	Pagamos un coche. Llegamos al particula me pusieron suero y nació. Nos costó $5000 el parto. me quedé dos días. El tamiz se lo hicieron en el Hospital Genera De regreso volvimos pagar para que nos trajeran
008Sa 08/15	**Una vez al mes aquí al CS** Me dijo la Dra.	Seguí como si no estuviera embrazada	La Dra.	Bien	NA	Me dieron un pase de aquí porque no atienden eso, sólo las citas cada mes. Pagamos un carro de ida y de regreso. No nos cobraron nad por el Seguro Popula en el hospital.
009Sa 09/15	**Una vez al mes al CS de aquí** Porque la Dra. dice	No me cuidé, yo andaba haciendo quehacer. Me iba a dar almuerzo hasta el campo	La Dra.	Bien	NA	Fui al hospital porque aquí me dijeron que medicamento ya esta pasado y me dieron u pase. Me llevó un compadr No me cobraron nada del parto. De regreso pagamos

						carro
013Sa 13/15	**Una vez al mes al CS de aquí** Porque nos dan pláticas y nos ponen citas cada mes	No cargaba cosas pesadas	La Dra.	Bien	NA	Fui con mi hermano para que me llevara e su camioneta al hosp general. Todo fue gratuito. Estuve la noche y ya. Regresé en taxi.
014Sa 14/15	**Una vez al mes al CS de aquí** Ya sé lo que tengo que hacer	Tomando calcio y no trabajando tanto	Yo sola	Bien, me tocaron muy buenas gentes	NA	Ni me quisiera acordar...me acosté le dije a mi señor que me oriné, nunca me había pasado eso. N me dio dolor. Nos esperamos hasta las de la mañana desde 2. Caminando hacia el camión me sentía mareada, se me subi la presión. En el hospital nunca dieron dolores y un D dijo que se me estaba pasando el parto y qu debían operarme por vida de mi bebé. Estuve tres días en e hospital. No nos cobraron porq mi suegra habló con trabajadora social y e nos ayudó pero sí querían cobrar. Regresé en un taxi ($120) Desde entonces que con la presión alta.

Cuadro 5. **Operaciones e internamiento (desde que son beneficiarios) Santiaguillo.**

No. entrevista	Cómo supieron que se tenía que operar a ?	Qué pasó desde antes de salir al lugar donde le operaron hasta su regreso a casa?	A qué se debe que le hayan operado en ese lugar y no en otro?	Cómo le atienden las secuelas que le quedaron de la operación? (si es el caso)
001Sa 01/15	**Vesícula (padre)** Traía un dolor y le hicieron un ultrasonido y le salieron piedras	Se fue en autobús y ya de ahí no regresaron hasta que llegó operado. Se fue a Acámbaro. Le costó $21000, fue con rayo láser. Se quedó un día. Regresó en taxi. El Dr. venía cada tercer día a verlo.	Porque él le tiene mucha fe a ese Dr. él luego le atina a su enfermedad, le da medicina y luego se compone. Ya le agarró confianza.	NA
002Sa 02/15	**Vesícula** Porque me dio dolor en el estómago y fui aquí al CS y me dijo el Dr. que era gastritis y me puso dos inyecciones y se me empeoró, estuve vomitando en la noche y a las 7 de la mañana fui a buscar al Dr. y ya se había ido y ya de ahí no me pude levantar y una muchacha me levantó de donde estaba tirada y me llevaron con mis papás a Chupícuaro y de ahí me llevaron a Acámbaro con un particular. Me hicieron análisis y radiografías y me dijeron la vesícula la tenía estrangulada	Me metieron sondas en la nariz por 5 días y me salían cosas negras y me dijeron que me iban a operar. Yo le dije a mi mamá que no dejara que me operaran porque eso dice la gente que luego se muere uno y le dije a mi mamá que le preguntara a mi cuñada que es enfermera que si me operaban y ella le dijo que no, que no me operaran porque yo no aguantaba la operación que estaba muy débil y los Drs. me dijeron que si no tenían suficiente dinero mis papás para operarme ahí que me trasladaran a Morelia y nos dieron un pase pero me llevaron a otro particular que conocía mi cuñada y me atendió muy bien el Dr. Duré tres días internada. Me dijo que me iba a operar hasta que estuviera bien vitaminada y muy coagulada mi sangre y ya luego me operó alas tres semanas de salir internada y salí muy bien. Me cobraron $50000, nos cobró eso por conocer a mi cuñada porque pasaba de los 50 pero no me	Porque mi papá no tenía para trasladarme a Morelia en la ambulancia porque cobraba como $3000 En el hospital general no fuimos porque me han dicho que sólo que uno vaya enfermo. Yo pienso que no ayudan porque cuando me iba a aliviar una vez me dieron pase de acá que según me iban a atender y no me atendieron, me dijeron que fuera hasta que anduviera sangrando. Ya se me había reventado la fuente pero me dijeron que hasta que fuera sangrando y yo pienso que no ayudan o sólo ala gente que miren más pobre o más rica, no entiendo porque hay mucha gente que platica	NA

		aseguraban que quedara bien porque las piedras ya las traía entre el páncreas y enredadas en el estómago y dijo mi mamá que nombrando a Dios a ver si salía bien.	que las atienden muy bien, otras que muy mal pero a mi francamente no me han atendido.	
008Sa 08/15	**Vesícula (suegra)** A ella le dolía el estómago y no quería irse a checar y una hermana mía se la llevó a México. Le hicieron estudios y eso salió. Hizo un coraje y empezó a estar mala	Mi hermana se la llevó en un coche de su hijo. Allá la operaron, no sé cuánto costó y estuvo allá todo un año, hasta que se recuperó.	Mi hermana la llevó hasta allá. Acá siempre la checaron porque se le habían reventado las úlceras pero con ese dolor de estómago no quiso ir a checarse. Nomás quería tomar pastillas. Mi hermana se la llevó porque se puso muy mala y allá se le puso más mala	NA

Cuadro 6-A. **Problemas de salud frecuentes en la familia. Petlacotla**

No. entrevista	Por qué cree que se presente mucho ese problema de salud en su familia?	A qué cree que se deba que con el paso del tiempo se hay complicado este problema? (si es el caso)	Qué les han dado para esa enfermedad? Dónde?	Qu
018SP 03/20	**Gripa (sobrina)** Porque no se quiere tapar en la noche	NA	No la hemos llevado a que la atiendan porque digo que es normal, pasan meses para que le de	NA
024Sp 09/20	**Gripa (todos los niños)** Por el cambio del tiempo, como ahorita en las tardes llueve y al otro día está bien fuerte el calor. A veces así va a empezar a llover toda la tarde, dos semanas lloviendo y luego va a empezar a hacer sol. En tiempo de calor no llueve. Hace calor y toman cosas frías	NA	No los llevo, les compro cucharadas, en la farmacia o en la tienda. A veces es más caro en la tienda pero les hace más y cuando no les da tan fuerte pues les hace el de la farmacia.	NA

Cuadro 6-B. **Problemas de salud frecuentes en la familia. Santiaguillo**

No. entrevista	Por qué cree que se presente mucho ese problema de salud en su familia?	A qué cree que se deba que con el paso del tiempo se hay complicado este problema? (si es el caso)	Qué les han dado para esa enfermedad? Dónde?	Qu
001Sa 01/15	**Gripa (toda la familia)** Por falta de vitaminas, no sé si sea verdad, a veces nos dan pláticas en el centro de salud, que por falta de vitaminas da la gripa porque se pierden defensas	NA	No vamos, sabemos qué pastillas sirven para gripa y con eso	NA
012Sa 12/15	**Anginas (hija y entrevistada)** Porque se mete en el arroyo.	NA	La llevé con el particular porque era domingo, además aquí dan puras inyecciones y ella es cobardita para las inyecciones. Allá nos dieron solución y sí se le quitó Para mí he ido a la clínica y me dan las inyecciones ahí.	No tra
014Sa 14/15	**Gripa (entrevistada y esposo)** Por el susto que pasamos, nos sentimos desganados	NA	Nadamás compramos botella de agua de contra espanto. Nosotras solas nos la recomendamos y le compré (a mi esposo) unas inyecciones que son tomadas, Aderogil 15, y se le ha calmado la gripa. Yo no las tomo porque no me gusta el medicamento.	NA

Cuadro 7. **Respuesta a accidentes o problemas graves de salud.**

Santiaguillo	Petlacotla
001Sa Lo llevaríamos al hospital. Primero al CS de aquí y si no lo pueden atender lo llevaríamos al particular de Acámbaro porque ahí llegamos siempre	016SP Iríamos a otro lado porque la Dra. ya no se queda metieron a la clínica
002Sa Si no encontramos aquí lo llevaríamos a donde fuera	017SP Vamos a ir al hospital o a particular, mejor en par

	vana atender bien, o no te vana atender luego aur particular rápido te van a atender. Aquí, si es muy grave no te vana atender. Aquí so está la Dra., te tienen que llevar a la Ceiba al hosp enfermera nomás te va a dar tu pase para el hosp
003Sa Llevarlo a lo más cercano, donde pueda uno.	018SP nos vamos a la clínica y ahí dan el pase para el h hospital si es de emergencia nos atienden sin pas Poza Rica
004Sa Ir al médico pero no aquí porque a veces la Dra. no está. Iríamos a un particular a Acámbaro porque es más rápido	019SP avisar en la clínica porque luego nos mandan al h controlar o para curar
005Sa Iría al hospital general a urgencias, les tengo mucha fe porque atendieron muy bien a mis hijos de un accidente.	020SP correríamos al hospital, no iríamos a la clínica alg Ceiba
006Sa Se lo lleva uno si no es grave a la clínica y si es grave a Acámbaro al particular, donde haya servicio rápido, aquí a veces no están. Cierran alas 4 o 3:30 PM. No atienden en la noche.	021SP Buscarle donde nos atiendan mejor, como en Hua hacer nada
007Sa Como tenemos el SP lo llevaríamos al hospital general de Acámbaro	022SP vamos a la clínica
008Sa Correr a l hospital de Acámbaro porque a veces no hay nadie aquí	023SP tenemos que llevar a la Ceiba, acá no les van a d tenemos que pagar
009Sa Llevarlos al hospital grande o a un particular, ya donde sea	024SP con un Dr. particular, ahorita aunque ya está el h
010Sa Correr a Acámbaro si no está la Dra., sino, nos atendería aquí	025SP vamos al particular a la Ceiba
011Sa Llevarlos hasta Acámbaro al hospital general	026SP Buscar el médico pero no hemos tenido ninguna la clínica pero mi esposo a otro lado porque no va
012Sa Ir al hospital general	027SP Iríamos al Dr. particular de la Ceiba porque aquí muy grave la Dra. hace pase para el hospital.
013Sa Ir al hospital porque en la noche no atienden aquí, pero en el día aquí	028SP ir a la clínica
014Sa Ir al hospital porque en el CS no atienden así	029SP Hay que ir a la clínica porque estamos apuntados
015Sa Ir a Acámbaro porque aquí en la noche no quieren atender porque no son horas de consulta, no abren porque luego hay muchos malillos, les da miedo, pero aunque	030SP correríamos a la clínica y de ahí si nos mandan a

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

	y la pido en la farmacia
015Sa Le damos unas pastillas que tengamos y un té	030SP Iríamos a la clínica

Cuadro 9. **Relación entre la actividad laboral y los problemas de salud**

Santiaguillo	Petlacotla
001Sa Ya con el tiempo puede afectarse el riñón por andar en el campo porque no toman agua. Los del comercio, a lo mejor por las malpasadas, cuando van comprando cosas no alcanzan a almorzar y a veces ni a comer por salir a vender y les puede dar gastritis.	016SP Dicen que sí porque en ele campo nomás se ima llega hasta colorado. Todo el día en el sol. Pero p uno así. Ahora el sol como que quema. Luego dicen que en la piel da cáncer. (campesino Yo aquí en el hogar no, al contrario.
002Sa Puede ser que sí, por el sol, que les cae cáncer (campesino)	017SP Sólo si se corta, se puede lastimar con su mache
003Sa En sus pulmones por el polvo y los químicos que le ponen a la tierra (campesino) A mí, aquí en la tienda me afectas al estrés y la mente.	018SP Sí porque se queman mucho del sol y luego se m dar fiebre porque están calientes y les llega el ag pueden cortar con el machete o la coa. Les pued alacranes o gusanos borregos, duele harto de es (campesino) Nosotras en la casa, el humo o la lumbre, porque tentamos agua fría y entonces agarra dolores o v dedo, se entumen. Si mojas luego la mano hasta tortillas y duele por dentro. Cuando tuestas el caf cuerpo y eso es lo que hacemos. El humo pica en los ojos. También nos pueden dar temperaturas por salir a
004Sa Para lo ojos, la luz del aparato molesta y también a la cara. Se siente ardor, como arenilla. En la cara como que el pellejito se quema porque arde (soldador), es que casi no me pongo careta, sólo para trabajo más grandes. También por el humo de la soldadura, de los pulmones, él respira el humo. Se me pueden enfermar los pulmones por la pelusa de las telas, uso cubre bocas pero no es igual (costurera) También de los riñones por estar sentada o agarrar una infección de vías urinarias, por no tomar líquido.	019SP Yo creo que ni el campo ni de albañil porque su p campo y anda bien.
005Sa Pues luego dice que le duelen los pies pero ha sido muy sano (campesino) A mi hijo Fabián le pasaba la humedad de los zapatos y se puso ronco; el agua del pozo es caliente y se le subía a la cabeza y se le quitó solo (campesino) Eso sí les hace mal porque me habló que le dolía mucho el pie por andar con un pie	020SP Sí porque ahora el sol quema más que hace año y pienso que más a los hijos que ayudan en el ca vómito y luego no tomamos mucho agua porque dar fiebre por andar sudado y luego con el agua.

arriba del bordo y otro abajo para cortar las lechugas (lechuguero EU)	También accidentes, se corta uno, se llega uno a con el machete. (campesino) De enfermera, mi esposa, se puede contagiar de hiciera yo, llegan vomitando y tienen que aguanta difunto tiene que ir a prepararlo para que aguante pronto. También se cansa mucho. Le vaya a dar lo de los Luego con sus ojos infectados le digo que no se v difuntos.
006Sa Sí porque me dolía el pulmón derecho. Cuando descanso no me duele (señor) De lavar yo creo que sí (señora)	021SP De tanto cargar se puede enfermar de los huesos A mí, se me puede afectar la vista y la espalda po (bordadora) Se puede lastimar porque usa desarmadores, se cosas de casas) se estira y hace el esfuerzo de estirarse, se puede lastimar de su brazo por el jalón que hace o lastim para jalar el hilo (hace colares) A los niños les puede afectar que se asolean muc de garganta (venden)
007Sa Anda mucho en el sol y usan químicos, se puede enfermar de la piel, granos o irritación con lo que les cae.	022SP de nada
008Sa Sí, le hace mal la mata hierba, una vez se andaba intoxicando porque la echó borracho y llegó tieso y aventaba espuma por la boca y estaba morado. Es que andaba crudo y volvió a tomar y con la ropa húmeda se le penetró por los poros. Ya no nos lo aceptaban porque estaba muy mal. Lo atendió un particular.	023SP Así como va a trabajar se puede cortar o le puede víbora. (campesino) Yo pienso que si le va a pegar una enfermedad s yo pienso que por el calor del horno (panadero)
009Sa No sé	024SP De corajes se puede enfermar o de pensar en sus diabetes. (vigilante)
010Sa Sí por el cansancio, no sé de qué se enfermaría pero yo creo la presión se le sube a la gente (campesino) En la tienda puede ser que nos afecte que la gente anda muy apurada y de la preocupación se sube la presión (tendera)	025SP Algún accidente rápido (campo)
011Sa El fertilizante y el mata hierbas le ha de hacer daño porque son muy fuertes esos líquidos (campesino)	026SP Alguna caída en la que me lastime o que me cort
012Sa Una vez se enronchó con el mata hierba, a veces se queman con ese líquido	027SP Sí porque están los calores muy fuertes, le da gri

(campesino) La costura me puedo enfermar de la espalda, los pulmones, los nñones. Porque no tomo mucha agua por no perder el tiempo, por no ir a orinar. De la espalada, sería del pulmón de tanto trabajar. (costurera) En la fábrica están encerrados y luego salen al aire, yo digo que le puede pegar enfermedad en los ojos y por la pelusa se le puede afectar adentro (obrero)	con el machete o a veces se caen, hay muchos a
013Sa Como hay tanta cosa en el campo, como gente que tira cosas como basura. le puede pegar una enfermedad por eso. Que le pique una víbora (campesino)	028SP del estrés y la tensión por la presión que he tenid ahí, por la presión de sacar el trabajo (supervisor
014Sa No	029SP ---
015Sa Yo creo que no	030SP Por el solazo, como que siente que ya no tiene fu por la presión en el campo. También dolor de cabeza porque se moja uno y l dolor de hueso, dolor de cuerpo

Cuadro 10. **Facilidad/dificultad para enfrentar los problemas de salud en la localidad**

Santiaguillo	Petlacotla
001Sa Aquí sólo algo sencillo, gripa o diarrea pero enfermedad más grande, no	016SP Una enfermedad fuerte está difícil. Si una enferm hemorragia fuerte tiene uno que ir con el médico la clínica pero si no hay medicinas tienes que cor particular para que te apliquen lo que hace falta.
002Sa Sólo si no es grave, sino hay que acudir a Acámbaro donde hay Drs. más expertos	017SP yo creo que es fácil aquí
003Sa Sí se cae un niño o algo, una raspadura lo pueden atender pero una quebradura ya no.	018SP es fácil atender las enfermedades aquí
004Sa Yo pienso que si se detecta a tiempo sí pero es que aquí la Dra da para puras cositas leves. Ya para dolor fuerte o presión alta corre uno a Acámbaro porque además es sábado y la Dra. ya anda por irse, ya terminó. Está una encargada pero no da medicina. Aparte no hay lo necesario, suponiendo que le duela el riñón o el hígado, aquí no hay para eso, sólo para presión, azúcar y gripas.	019SP A veces no es fácil porque no hay carro si algún llevar rápido, dicen que iban a poner ambulancia no lo puso. En la clínica no atienden a los graves hay que lle ahí no hay lo mandan a otro lado a Poza Rica o a
005Sa Aquí sólo cosas sencillas, las graves nos manda a Acámbaro. Las embarazadas ella las revisa aquí pero para el parto les da el pase por si nace el niño enfermo o ellas quedan enfermas o no les pueda nacer el hijo y ella no tiene los útiles para eso.	020SP No es fácil porque se complican las enfermedade los inyecten pero yo le digo que se vayan a otro l compromiso, luego les dice que vayan al hospita le vayan a echar la culpa si le pasa algo grave. L

	la noche y tienen que andar buscando. Las cosas graves no se pueden porque no tienen huesos o se cortan las venas ya no se atiende aq
006Sa A veces no hay dinero y tenemos que conseguir. La Dra. no está y tenemos que ir a Acámbaro	021SP no es fácil porque el medicamento que nos receta podemos, tenemos que trasladarnos a otro lado p
007Sa Cuando es algo sencillo como gripas o piquetes sí se puede aquí pero algo más grave ya nos mandan al hospital general. No hay lo que se necesita.	022SP El que está muy enfermo lo mandan la hospital de Poza Rica. Creo que aquí les falta estudio o no tie
008Sa No es fácil porque no hay todos los aparatos aquí.	023SP Es fácil atender porque compramos las medicinas tienen dinero tienen que buscar para su pastilla o creo que porque es rancho.
009Sa Algunas enfermedades no se pueden atender por falta de medicamentos	024SP Mientras no sean graves los pueden atender aquí con un Dr. particular. Aquí los mandan a hospitale hospital.
010Sa Depende qué enfermedad. No hay lo suficiente aquí para atender y hay que ir a Acámbaro.	025SP si es sencilla se puede atender aquí pero las que entiende y hay que buscar al que sabe más
011Sa Aquí no es fácil porque si da un dolor fuerte aquí no se puede porque no está la Dra., si estuviera si podría	026SP Si se encuentra la Dra. es fácil pero a veces no es hospital pero si está muy grave hay que ir a Poza Aquí no se puede porque está cerca el hospital, e
012Sa Aqui no es fácil porque sólo es una Dra. y una enfermera. Hace falta una farmacia, si está uno grave y no hay medicina en la clínica pues ya agarra uno aquí. Ahorita tiene que ir uno hasta Acámbaro	027SP Cuando son graves las enfermedades es difícil po hace falta también lo que ocupan como pinzas en
013Sa Aquí es fácil atenderse	028SP Si la enfermedad es grave no es fácil atender aqu sólo está la clínica y una farmacia entonces para salir.
014Sa Aquí no es fácil, necesitamos un Dr. de planta. Si la enfermera sale ya no hay nadie aquí. No hay baño y si tenemos diarrea y vamos a la junta nos tenemos que aguantar	029SP Sí se puede atender aquí porque si estás grave lu pasan
015Sa No es fácil, luego no se encuentran en el CS	030SP No es igual aquí porque cuando no hay medicina comprar

Cuadro 11. **Ocasiones especiales en que han tenido problemas para atender su salud (desde que son beneficiarios).**

Santiaguillo
008Sa Hace dos años la Dra. no me quería atender porque fui a tocarle a las 7 de la mañana, dijo que no eran horas de despertar a la gente. Le tres de la mañana y no fui para no molestarla y que si no quería atenderme yo me iba a ir a Acámbaro que iba a contarles que no quiso y Tenía un dolor muy fuerte de vesícula, hasta estaba sudando.
011Sa Una vez se me quebró mi niña y no sabía qué hacer y me mandaron al hospital
012Sa Cuando a mi niña le picó una araña, la dejamos dos horas por falta de dinero y ya era de noche y no me la atendieron, ya la llevamos has no tuviéramos nada.

Nota: en las entrevistas que no aparecen en esta tabla no se recordó alguna ocasión especial en el período considerado.

Cuadro 12. **Forma considerada deseable para atender su salud.**

Santiagulllo	Petlacotla
001Sa Que hubieras más atención y más medicamentos en el CS	016SP Que hubiera medicamento, vas a sentir bien porq hay medicinas, nomás para desparasitar
002Sa No sé, a mi me han atendido bien, gracias a Dios. Me dan lo que necesito y me atienden aunque no sea hora de consulta.	017SP
003Sa Que hubiera implementos, simplemente para el parto que hubiera todo y no lo hay	018SP Que reciban bien a los pacientes
004Sa Necesitamos mucha limpieza. Que siempre esté el médico y haya lo necesario	019SP no sé
005Sa Aquí en la clínica atienden bien pero si la Dra. no puede ella recomienda uno y llegando allá lo atienden porque llevas tu papel de acá	020SP Que fuera más grande, que hubiera más persona ejemplo una mujer primeriza no la pueden atende que mandar a otro lado.
006Sa Que tuviéramos dinero para movernos dondequiera. Que aquí hubiera otro Dr. para cuando se fuera uno. Que hubiera medicinas porque sino hay que comprar y sale peor	021SP debería haber un médico particular aquí y un carr mucho los que hay aquí
007Sa Que hubiera más médicos y enfermeras porque con el programa que tenemos no se dan abasto. A veces ya están sin comer. Diario está igual.	022SP No sé porque ahí lo que te receten , tu no sabes c
008Sa Que no faltaran los Drs. porque la gente está enferma y no están. Que tuvieran lo que se requiere. Hay picaduras de alacrán y a veces no hay nadie.	023SP Aquí casi no atienden nos vamos a checar la pres nos venimos. No te van a dar medicamento.

	Está bien como vamos porque hay plática de crón que cómo estoy de promotora si luego siento mal si barren, si queman basura y si hierven su agua., nos metamos pero yo me quedo sentada y pregu Que no me digan nada, que me den medicinas. Que pasemos rápido porque vamos en ayunas.
009Sa Que se atienda lo más pronto que se pueda	024SP que hubiera medicamento
010Sa Tener lo mejor para lo que se necesite. Que hubiera lo suficiente.	025SP No sé, ya me acostumbré a ir al particular. Mi señ
011Sa Nos debemos cuidar. Aquí debería haber más médicos. La Dra. dice que tiene muchas cosas que hacer, ir a otros ranchos y por eso no está	026SP Que esté el Dr.
012Sa Teniendo la facilidad de ganar un centavito más por si no nos pueden atender la clínica. Aquí que hubiera otra enfermera y otra Dra. o Dr. y así ya alcanzaríamos. Que la clínica estuviera más amplia	027SP Que haya más medicamentos, más material, tene luego llegan dos de urgencias.
013Sa Que siempre estuviera la Dra., que haya la medicina para la enfermedad que tenga uno	028SP Que la clínica estuviera dotada de medicamentos tenemos ahí a la Dra. que es bueno pero medica
014Sa Que hubiera más Drs. y enfermera y que estuvieran todo el día porque luego están hasta las 3 o 3:30	029SP A mí siempre me han atendido bien. Qué bueno muriendo, vete y te atienden.
015Sa Que hubiera más médicos y medicamentos. Lo necesario para el pueblo. Que haya farmacias y que en el centro hubiera más servicio, que atiendan con amabilidad. Que hay ampliación del CS y baños Que esté la Dra. como debe de ser, que no tuviera tanto tiempo libre	030SP Que a todos nos den medicinas porque a algunos los que les caen bien y yo voy a ir y me va a deci pidiendo porque no tengo dinero.

Cuadro 13. **Cambios deseados en la atención del servicio de salud de la localidad.**

Santiaguillo	Petlacotla
001Sa Está bien así porque de todas maneras las personas tienen que salir a dejar un papel y a veces no están pero nosotros hemos tenido suerte de encontrarlos. Con Oportunidades sólo vamos cuando tenemos la cita. Por enfermedad no vamos.	016SP no sé, no voy seguido
002Sa Yo miro que está bien todo.	017SP no sé

003Sa Otro Dr. para que atiendan, hay mucha gente	018SP Que te den algo mejor de medicamentos, que te s cucharadas que les dan, dicen que la medicina es que dan si sirve, las debes tomar como te lo diga curar. Lo llegamos a comprar porque luego no hay.
004Sa Que me atendieran cuando llegara. De aquí nos vamos a las 5:30 AM para apartar lugar para no salir tan tarde. Digo que si no está alta la presión nomás de estar ahí se sube.	019SP parece que está bien todo aquí
005Sa Todo está bien. Sólo si hay otras personas hay que esperar pero está bien	020SP Que no se esperara uno mucho, no hay ni dónde que haya comodidad mientras uno está esperanc
006Sa Que no perdiéramos tanto tiempo allá, es que se vienen de otros ranchos que no tienen servicio	021SP Que hay dos Dras., dos o tres enfermeras para m que están diabéticas tienen que estar mucho tiem muestra de sangre y sufren más, una señora ven rápido y ya cuando pueden almorzar ya no hay. regresas hasta las 12 o una de tarde.
007Sa Que ampliaran la clínica y que hubiera más doctores y enfermeras	022SP nada
008Sa ---	023SP ---
009Sa Que siempre haya alguien	024SP Que haya medicamento
010Sa Que todo estuviera bien, a veces, no te atienden bien. Que fueran buenas personas. A veces están enojadas.	025SP No sé, para mí está bien, los atienden y todo.
011Sa Que nos atendieran pronto, que luego nos pasen. Que la enfermera tratara bien a la gente, como que se enoja si uno le pregunta algo, que cambiara para que nos atiendan bien.	026SP Que nos atiendan más rápido
012Sa Que nos atendieran con más amabilidad	027SP Que haya de todo para que la gente que vaya de mujeres que les hacen el Papanicolau, luego van te dicen que ya no hay materia y te citan para de entonces de en valde va uno.
013Sa Que atiendan bien, porque está una enfermera que luego se enoja porque hay mucha gente	028SP no, el servicio está bien
014Sa Que nos atendieran bien. Yo a la enfermera le digo que no puede venir mi hija	029SP

temprano y ella no es comprensiva. Que hubiera aparatos para checarnos de todo	
015Sa Que estuviera bien grande el CS, que hubiera baños. Que atendieran a uno para no gastar tanto en ir a otro lado, los camiones son tardados y hay que pagar carro.	030SP

Cuadro 14. **Enfermedades que consideran más frecuentes en la localidad y causas consideradas.**

Santiaguillo	Petlacotla
001Sa La diabetes, la presión alta. Es lo que más hay en el CS, llega más gente. Eso es por falta de alimentación, la diabetes y la presión por la obesidad	016SP La gripa y calentura. Alta presión y diabetes. No sé porqué será, dicen que no se cuidan, no se
002Sa Gripa y diarrea. Por los cambios de temperatura. Calor de día y frío de noche.	017SP Diabetes y presión alta No sé, porque antes dicen que no había, dicen qu pollos y los puercos, la carne de res está lleno de no les pasaba nada aunque ya bien abuelitos, por cada ocho días. No comían eso lo que come uno. penetra a los quelites y luego si no se lavan eso e De la presión no sé porqué.
003Sa Diabetes, no sé porqué haya tanto sólo veo las filas de diabéticos.	018Sp diabetes y presión alta La Dra. y la enfermera dicen que porque comemo alimento que les dan a los animales, que ya no co por el azúcar que se le hecha al agua o al café, no echamos azúcar y la dejamos hervir, entonces se mejor comer la panela, está bien cocido, o compra no de diabetes y comer mucha verdura y menos c agua de fruta. Lo de la presión dice la Dra. que no hierve su agu reciban Oportunidades, cuando van a revisar lo hi proviene por no comer bien, cuando te da hambre cuerpo, así dice la Dra., por las malpasadas, se te
004Sa La diabetes y gripas cuando es tiempo de fríos. La herencia que dejan de la diabetes, es por eso. A veces por el tiempo de fríos da la gripa o porque se mojen.	019SP la diabetes dicen que hay mucho y alta presión Dicen que por los pollos que comen puro alimento que comen puro alimento, dicen que por eso. Porque antes parece que no había así. La presión por la grasa porque cuando hay presió comas grasa ni dulce ni sal.

005Sa Mucha diabetes. No sé porqué. Antes no se oía tanto.	020SP Diabetes, presión alta, embolia Lo del azúcar es muy delicado, si se cortan se au dicen que toma uno mucho refresco y lo que com puerco con alimento, la gente platica eso, todo es años y él trabaja igual y no se cansa, él vivió la vi ya todo está avanzados comemos las frutas pero echamos pero luego compramos en la Ceiba porq por el abono que le echan. La embolia ha de ser porque se asolea uno en el otro porque esa embolia cae de momento y ahí qu así un año o dos y se mueren y es triste. Otros se
006Sa Diabetes y gripas. La diabetes por las comidas que hay ahora, mucha química. La gripa por los cambios de clima	021SP Azúcar, vómito y diarrea, infecciones Del azúcar no entiendo porqué hay tanta. Del vómito, diarrea e infecciones es por los niños lavan bien las frutas y verduras, andan en la calle
007Sa Presión alta y diabetes y gripas. La diabetes no sé porque haya tanta, depende de la herencia de la familia. De la presión tampoco sé, no creo por alimentación. De la gripa tal vez falten defensas porque hay bastante, se necesitan vitaminas, vit C	022SP dolores y calentura, fríos y sarampión, varicelas, No sé porqué sean los dolores, primero había mu alguien de quién sabe dónde y venían a regar las rociar las casa y se fue quitando eso, ahora empi gente. Las embolias no sé porqué
008Sa Gripas y diabetes.	023SP Diabetes No sé porque haya tantos así, dicen unas mujere que venden de lata, pensamos que está bien bue que so nos hace mal porque antes no había eso
009Sa No me doy cuenta, voy muy poco al CS. Sólo vamos dos veces al año por el Oportunidades.	024SP Diabetes y presión Dicen que por comer cosas dulces, otros que por La presión que por pensar mucho, unos tienen m hacer y dicen que por eso les da.
010Sa Diabetes No sé porqué sea.	025SP Gripa y tos Porque uno toma mucho agua fría.
011Sa La gripa No sé porqué será	026SP Dolor del cuerpo, dolor de cabeza No sé porqué sea, la enfermedad está corriendo. En al clínica les dan pastillas o su receta para qu
012Sa	027SP

Gripa, piquetes de animales La gripa es por los cambios de tiempo, por cosas químicas, como los animales que los crian con pura química.	Gripas y temperaturas Eso es por falta de vitaminas.
013Sa Tos, gripa Por la contaminación de la basura o de tanto que queman sorgo y como los animales cuando les dan pollinaza.	028SP Desnutrición, tos y temperaturas y asma. Por el suelo, que es muy húmedo aunque estamo humo que echan los carros, no limpian su motor, la gente. en la clinica nos dicen que quememos la mucho entonces no sabe uno qué hacer. La desnutrición es por la alimentación que no hay alimentan más porque ya se les da el apoyo.
014Sa Diabetes No sé porqué	029SP diabetes y presión dicen que se espantan por ahí de la presión no sé porqué
015Sa Diabetes y presión La diabetes es por no cuidamos, necesitamos entender lo que el Dr. nos dice La presión no sé a qué se deba	030SP Gripa, tos ,calentura, dolor de cabeza Pienso que es por la clima, por tanto calor, se tom duele la garganta por tomar mucho agua. En la clinica nos atienden de la gripa, a veces nos compramos.

Cuadro 15. **Respuesta del servicio de salud de la localidad frente a las enfermedades consideradas como más frecuentes.**

Santiaguillo	Petlacotla
001Sa Les dan medicamento, pastillas	016SP Yo creo que dan medicamentos para los de gripa presión los checan cada mes, no sé qué más hac
002Sa Dan medicinas, paracetamol y otros medicamentos	017SP Para diabetes les dicen cómo cuidarse. Los chec Paral la presión les dan pastillas
003Sa Los checan y les dan medicamento	018Sp Para la diabetes y la presión les quitan qué no va poquito. Les dicen qué van a comer, se lo comen muy dulce su café. Luego todos los días los vacu pastillas del diario, cuando no hay en la clínica lo más seguido, los llaman más para que estén bien
004Sa Nos dan las pastillas para la diabetes. Para la gripa dan jarabe y si es muy fuerte pues puras pastillas	019SP en la clinica les dan pastillas y las checan una ve de presión también les dan pastillas
005Sa Les mandan medicamento.	020SP Para la diabetes y la presión dan pastillas y los ch

	Para la embolia no los atienden aquí
006Sa Les toman presión, peso y les dan citas Para la gripa les ven la garganta, les toman temperatura y les dan su suspensión	021SP A los del azúcar les dan medicamento y les dicen porque están muy dulces ni azúcar ni refresco y q Para el vómito, diarrea e infecciones les explican lavarse bien las manos, que no se chupen los ded tapada y e agua que sea clorada o hervida.
007Sa A los de diabetes les dan citas para control y tratamiento. Para la gripa si tienen medicamento nos dan sino nos recetan y lo compramos	022SP en la clínica les dan tratamiento
008Sa Dan pastillas, les checan azúcar, tienen que ir a su cita cada mes Para la gripa ponen vacunas para niños y ancianos	023SP Dan pastillas pero no nos hace.
009Sa NA	024SP A los de diabetes sí los atienden, les dan medicina A los de presión también les dan medicamento y s
010Sa Dan tratamiento para la diabetes	025SP No sé qué hacen aquí con la gripa y tos porque yo
011Sa Para la gripa dan pastillas	026SP les dan pastillas o receta si no hay medicamento
012Sa Dan pastillas	027SP En la clínica para gripa y calentura nos dicen que cosas así para que no les de gripa, cosas que con naranja y eso, a los niños y vitaminarlos cuando le que vitaminarlos, vamos a la clínica y le preguntar frascos de puro hierro perro a ellos y no les gusta compro en la farmacia porque son de sabor y esas
013Sa Recetan medicamento	028SP En la clínica para los desnutridos les dan papillas Para la tos y la calentura nos dan pláticas para sa mucha gente que no lo lleva a cabo. Para el asma les dan su tratamiento en la clínica
014Sa Le oponen su cita a los diabéticos y les dan medicamento	029SP En la clínica los vacunan y los están chocando. (d Para la presión es otro grupo también los ven.
015Sa Le dan sus medicamentos según el desarrollo de la enfermedad	030SP cuadro anterior

Cuadro 16. **Enfermedades nuevas en la localidad. Causas consideradas. Respuesta del servicio de salud de la localidad.**

Santiaguillo	Petlacotla
001Sa Ninguna	016SP Tuberculosis Les están dando tratamiento en la clinica
002Sa Hipertensos y diabéticos. No sé porqué hayan aparecido. En el CS los citan para controlarlos	017SP NA
003Sa Que yo sepa ninguna	018SP Tuberculosis Mandan a traer del diario el medicamento, se los olvidarlo, van en las mañanas en ayunas y la Dra. cómo se van a cuidar, que tengan aparte todo lo Bronquitis. Casi es igual porque también tosen muy seco. A meses, les dicen cómo tomarlo, ellos no van a la cómo van
004Sa Hay mucha gente con diabetes	019SP Cáncer de la matriz. Sé de dos señoras. Yo creo que porque nunca se hijos y nunca se hizo el estudio y cuando le empe mamá si me revisan y dije que sí que si hay infec te vana curar. Cuando le dolió le empezó a bajar bien blanca y la operaron pero al Dr. no le dio tien pedacito y volvió a escurrir. La otra ya es abuelita y no quiere que sepa la gen operaron porque ya está abuelita sólo se está me hospital. Ninguna fue a la clínica, sólo una para que le den hospital porque no se apuraban y la llevaron a Vil
005Sa Sólo la diabetes	020SP Ninguna
006Sa Ninguna	021SP lo único que apenas empezó es la presión y azúc Lo de la presión no sé porqué será. En la clínica las que tienen muy alta la presión las pongan un suero para que se les baje la presión.
007Sa Ninguna	022SP ninguna
008Sa Cáncer y ronchas como alergias.	023SP sólo diabetes

Las ronchas dicen que con la sopa Maruchan pero quién sabe, en el CS nos dan pastillas pero no se quitan las ronchas.	
009Sa Ninguna	024SP Dicen que unos ya tienen el cáncer. Antes no había nada de enfermedad y pienso que ya son puro de alimento, puerco, pollo y ganado v por eso. Los mandan a Poza Rica para que los atiendan
010Sa No sé	025SP No sé
011Sa Diabetes Las citan pero no sé qué les den.	026SP Enfermedad que mata rápido No sabemos que hicieron en la clínica
012Sa Ninguna	027SP Cáncer No sé a qué se deba En la clínica las mandan al hospital y andan en tra dos han salido así, todavía no era cáncer pero si hubiera hecho cáncer.
013Sa No sé	028SP la diabetes en la clínica los controlan
014Sa Cáncer Yo creo por tanta química de los alimentos. Les hacen papanicolau pero necesitamos que haya aparatos para ver los senos.	029SP La diabetes es nueva, quién sabe porqué
015Sa Cáncer en las mujeres. A lo mejor porque no nos checamos como debe ser con el Papanicolau En el CS he oído que los meten en tratamiento por sus estudios y les dan un papel y los mandan a otro lugar	030SP La gripa antes no había y ahora sí. Antes se calentaban mucho, con lumbre cerca de ahora ya no se calientan y dicen que les da gripa

Cuadro 17. **Características socio-territoriales que se consideran relacionadas con los problemas de salud de la localidad y propu**

Santiaguillo	Petlacotla
001Sa Falta mucho, hay muchos sin drenaje. La carretera todavia no está muy bien y hay mucha gente que no pone la basura donde debe estar y eso afecta a todo Santiaguillo. El drenaje se necesita par el baño y mucha gente tiene su baño al aire libre y tiran su agua sucia donde quiera y afecta a las personas. Hay personas que no tiran la basura en el carro cuando pasa y la tiran en las vias públicas o la queman y el humo también afecta. Las carreteras afectan porque los carros no pueden ir más recios. La basura depende de nosotros porque el carro pasa mandados por el gobierno. Se deberia multar a la gente, poner un aviso o una demanda. Ya es por flojera o que no quiera darle una propina. El drenaje si nos pudieran ayudar estaría mejor. La carretera que el gobierno nos ayudara y otra parte la gente.	016SP Si afecta, en abril y mayo vuela polvo. Ya dijo un dije que yo voy a votar por quien quiera porque s era secreto. Cuando vienes en la camioneta hasta te falseas Está bien feo. Lo del polvo te puedes enfermar, del estómago o solucionar, se necesita pavimentar, es porque no barrer. Con la caca de los perros también te puedes enfe dueños los tienen que amarrar para que ya no an en su casa, que no los saquen. Si quiero tener un amarrado, que no vaya a hacer daño en otra casa hijo, lo voy a cuidar, lo voy a bañar y todo su suci no perjudica a nadie.
002Sa Yo lo miro bien, quién sabe más adelante.	017SP Si no recogen la basura por eso ahí se vienen a e produce los zancudos, con charco de agua o hay agua. Que hay que chapear las hierbas, hacer aseo en Hay que bañarse, se siente feo, como enfermo si Lo de la basura ya no se tiene que tirar en la calle lo echa la gente. Los que van pasando con carro bolsas o los pañales, parece que soy yo por eso Los pañales, lo van a traer los perros y lo desbord Con la gente no se puede hacer nada porque aun
003Sa No veo nada que afecte.	018SP Así como los carros o camiones pasan, por el pol llueve en mayo, si cae una llovizna se vienen un grandes y hay mucho microbio. Se siente cómo e Nos podemos enfermar del estómago, diarrea, lo Algunos queman su basura o la dejan tirada por a tiran por ahí y eso hace daño a la gente. Nos pod queman dondequiera también afecta el humo. Mu hay gente que no lo hace y está el mosquerío ahí Luego andan los perros en la calle con las perras clínica. Dicen que hay que capar a los perros y pe bañes no deben estar cerca porque los moscos s luego pasa uno y nos tiran. Para el polvo tendrian que pavimentar.

	La basura hay que quemarla retirado de los vecin grande y se tapa, le ponen un tubo y sale el humo retirado. Si se quema la basura, debe ser en la noche ya c Para los perros hay que caparlos, bañarlos y no d retirados de los niños. Ya capados habría menos pero la gente no entiende. Yo creo que tendrían que venir de sorpresa y aga los amarran y ya no encuentran nada.
004Sa No porque está tranquilo, no te preocupas de nada (señor) Aquí sería lo del drenaje que echaron para el arroyo y los animales que tienen, el estiércol huele muy feo. También los vienen a tirar a medio puente a los animales muertos porque son microbios, se reseca y al tiempo de aire vuela y afecta la salud mucho. Lo del drenaje estuvo mal bajarlo para el arroyo porque no está entubado y en las casas de abajo pasa cerquita. El estiércol ahorita que llueve se hace aguado y corre también al arroyo. El drenaje ya no lo quitarían del arroyo, sólo tendrían que entubarlo pero se necesita un tubo grande y no creo que lo entuben. Lo de los animales muertos sería con multa para quien lo tire Es mejor enterrarlo. Lo del estiércol es por la lluvia pero nunca quitarían los animales, seguiría así. Si los limpiaran seguido serviría para las parcelas el estiércol.	019SP A veces cuando es de noche y algún enfermo no buscando a ver si lo pueden llevar, como aquí no Se soluciona poniendo un carro para los enfermo
005Sa No hay nada que afecte	020SP No están bien las calles, no están pavimentadas. contamina a la gente. También hay mucho polvo. El polvo enferma de tos y entra a los ojos. El agua sucia que corre va lavando, lleva toda la perros, hasta apesta el agua y eso se va hasta el puede dar cualquier enfermedad. Como es monte nos afecta que a veces se va la camino, más cuando llueve, salen los animalitos Para el polvo hay pavimentar. Para la lluvia, habiendo esas calles pavimentadas Lo de los animales quién sabe cómo se solucione trabajar, los necesitamos. Para los animales que pican, si está arreglado ya hace fácil salir de las piedras. Para nosotros es bonito que estén pavimentadas
006Sa Los mariguanos porque enseñan a los demás y luego ya todos son mariguanos. Que haya seguridad de otro lado porque los de Celaya no sirven, les dan dinero y	021SP El polvo vuela mucho y vamos respirando, como nariz.

los dejan ir.	El agua está estancada, donde está el depósito s personas malvadas que juntan su basura y la van depósito, llega la lluvia y se la lleva al depósito. A Lo del polvo se tiene que pavimentar la calle y aú Lo del agua , no sé cómo se resuelve porque hay tiene que pasar por ahí, creo que no se puede ar
007Sa No hay nada que afecte, si no nos cuidamos pues nos enfermamos. Con Oportunidades y SP es gratuito, antes del programa pagábamos la consulta y las medicinas creo que también las pagábamos a bajo precio.	022SP La basura que tiran mucho y que riegan mucho lí La basura tiene muchos mosquitos y si te pican te El líquido mata hierba nos hace daño porque com eso, ahora ya no se da tanto quelite, tomate y chi comprar pero no sabe cómo viene. La basura hay que quemarla. La mata hierba que ya no la rieguen, que ya no la venden y si quieren trabajar rápido la riegan, ya c de eso, ya no trabajan con coa o con machete.
008Sa Cuando son las secas, toda la polvadera eso sí. La basura, nos ponen a recogerla por grupos pero de todas formas nos dan alergia y comezón en la nariz. En partes tiran animales y pasa uno y huele muy feo. En el Kinder está bien sucio porque hay un molino que tira agua y limpiamos pero está feo y para los niños más chiquitos sí les afecta, ellos pasan diario por ahí Lo del polvo se soluciona arreglando las calles. La basura. La gente no entiende, nos pusieron botes pero como que no entienden. Los animales no los deben tirar deben enterrarlos o echarlos en el carro de la basura. Los del molino pueden poner un tubo y sacarlo al drenaje.	023SP Nada, las mujeres que están enfermas ahí andan leña, cuando hay cosecha de café van a trabajar La calle no tiene pavimento, dicen que lo van a ha que entran.
009Sa Cuando hay cualquier cosa nos puede afectar como agua sucia, basura. Cuando la gente no tiene cuña de que haya agua encharcada nos puede afectar el dengue. La basura la debemos echar en el carro. El agua sucia debe haber un acuerdo de que ya se vacíe el agua en el drenaje.	024SP Yo creo que nada porque aquí no está contamina no es igual.
010Sa Creo que falta que haya un Dr. de planta, que a la hora que lo pidas venga a ver al enfermo, que haya farmacias con todo lo suficiente.	025SP No sé, hay mucha enfermedad pero no sé porqué mosquitos, hay mucho agua sucia y van y tientan Hay agua sucia porque unos no tienen drenaje o corriendo. Mejor puro drenaje y se evita que haya agua suci Los moscos dicen que les agarra vómito y diarrea A lo mejor hay varias cosas pero no sé.

011Sa Porque a veces hay aromas de excremento de reses y creo que hace daño, se puede enfermar uno, no sé de qué pero huele muy feo Se puede solucionar retirando los animales del rancho, que los corrales estén lejos de las casas.	026SP No sabemos
012Sa Eso de que les vendan drogas a los jóvenes echan a perder toda la juventud y la niñez, yo digo que a lo mejor sí hay quien venda aquí porque dónde van a sacar dinero para ir a Acámbaro. Da pendiente hasta con los nietos chiquitos. En tiempo de seca no hay agua, hay un pozo pero no funciona y nos falta agua hasta para poner unas plantas de fruta y verdura. Los caminos, cuando llueve hay mucho lodo y uno tiene que pisar los charcos y se enferma uno de gripa o anginas. Lo de las drogas se soluciona habiendo gobiemo diario, que se echaran unas tres vueltas la vigilancia. Lo del pozo lo deben arreglar, pidiendo ayuda a la presidencia. Que uno cooperara con la mitad y el gobiemo la otra mitad. El camino, hay que pavimentarlo pidiendo ayuda también.	027SP Hay calles que están muy feas, los niños se puede están tiernitos fácil se les rompe el brazo o el pie. También hay mucho tiradero de basura. Ahorita a Oportunidades, las mujeres recogemos la basura feo. Luego tiran bolsas donde se ve barranquito y pueblo porque es basura que se está regando o s una bolsa y lo tiran y huele feo, donde quiera se v Nos podemos enfermar del dengue porque en la b mosquito. Los caminos feos se puede hacer una reunión cor se lleva con el pueblo porque entró a la fuerza y p luego es un borracho y le falta un año todavía. Se la gente se lleva con él. Cuando recogemos la basura la llevamos en el ca donde todo lo quemamos pero la botella de vidrio hoyo en la clínica donde las echamos. Nos dicen un hoyo para enterrar todo lo que no se quema pa moscos.
013Sa Que no hay Dr. de planta. Podemos ir a donde los mandan, tendría que ir toda la gente reunida.	028SP El polvo nos afecta. Hay mucho tiempo seco, pasa los ojos y la garganta. Que queman la basura por donde quiera y eso so hay agua encharcada. El polvo se solucionaría pavimentando. Lo de la basura, la verdad pues reciclándola pero
014Sa La basura, los charcos La basura afecta en el aire, pueden dar alergias o infecciones. Los charcos por los moscos. La basura hay que echarla en el carro de la basura, un tiempo estuvimos re bien porque nos daban una despensa y nos pusieron condiciones de tener el rancho limpio y nos dejaron de dar y se acabó todo. La gente no entiende. Para los charcos se debe poner el drenaje, yo no tengo drenaje y mi agua se sale así porque no tengo dinero para conectarme al tubo. El gobierno no ayuda. Hay que hacer la lucha más que nada.	029SP No sé, yo pienso que hay suciedad y vuela mucho clínica que vamos a tomar agua hervida o con clo Dicen que donde hay charco de agua hay muchos eso hacemos faenas, levantamos la basura o cha hay caca de perro le echamos cal. No sé qué otra cosa se pueda hacer porque dond Para el agua se puede hacer una zanjita para que
015Sa	030SP

Todo lo que tiran las personas, lo que quemamos. Luego queman zapatos, llantas, botellas. Nos puede afectar los pulmones y todo lo de la respiración, también afecta al medio ambiente. El drenaje también que no está terminado y a las que viven en la orilla les puede llegar el olor del agua sucia y hacerles daño. La basura hay que ponerla en unos costales y echarla en el carro, no quemarla. Nos han dado pláticas para tirar bien la basura pero hay unos que siguen quemando. Pienso que con unas multillas ya no lo harían. Con el drenaje el gobierno que ayude un poquito y hacer una poza grande para los desechos.	Lo malo es que a unos se les da medicina y a ot está mirando cómo se les está dando a otro, ahí El pueblo está bien.