



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO
División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Conocimientos y prácticas sobre salud, enfermedad y su atención.
Estudio de caso de beneficiarias y no beneficiarias del programa
Oportunidades en San Pedro Nexapa, Estado de México.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN MEDICINA SOCIAL
P R E S E N T A :
TONATIUH DAVID VÁZQUEZ GALARZA

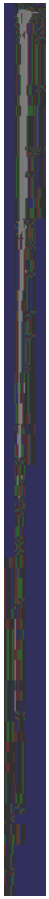
DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSÉ ALBERTO RIVERA MÁRQUEZ

MÉXICO, D.F.

2009

ÍNDICE

	Página
Introducción	1
 Capítulo 1. Necesidades en salud: enfoques y aproximaciones	
1.1 Introducción	7
1.2 Notas sobre la política social mexicana contemporánea	7
1.3 Necesidades humanas básicas: el contexto para entender las necesidades en salud	10
1.4 Importancia de las representaciones sociales para el estudio de las necesidades en salud: encuadre en el pensamiento médico social.	14
1.5 Aproximaciones a las necesidades en salud a partir del Territorio.	16
 Capítulo 2. Una aproximación empírica al estudio de las necesidades en salud desde la medicina social	 19
 Capítulo 3. Resultados	
3.1 El espacio-población: características de los sujetos y de su territorio	24
3.2. La salud y la enfermedad desde la visión de beneficiarias y no beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	31
Discusión	45
Bibliografía	49
Anexo 1	53
Anexo 2	54
Anexo 3	56



Introducción

El presente trabajo se deriva del interés por profundizar en el conocimiento sobre intervenciones en política social, particularmente en la necesidad de ver de manera crítica al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y cómo éste programa funciona en localidades con características rurales. Esta aproximación se nutre, por un lado, de experiencias de investigación previas en las que beneficiarias y no beneficiarias se refieren a problemas en la prestación de servicios de salud tales como falta de personal médico, dificultad de acceso a clínicas o centros de salud, falta de medicamentos y malos tratos, por mencionar algunos ejemplos. Por el otro lado, y para complementar el estudio, recoge experiencias de las mujeres para enfrentar problemas de salud, entre los que destacan la utilización de métodos tradicionales de curación, la automedicación, la utilización de servicios médicos públicos, entre otros. Se eligió una localidad predominantemente rural, San Pedro Nexapa, ubicada en el municipio de Amecameca, en el Estado de México, como el contexto particular donde opera el Programa Oportunidades, mismo que, según el discurso oficial, satisface las necesidades más apremiantes de los pobres: salud, alimentación y educación.

No se trata de una evaluación al programa ni a ninguno de sus componentes. Se busca, en cambio, analizar experiencias, conocimientos y prácticas en salud-enfermedad, y en su atención, en beneficiarias y no beneficiarias del Programa Oportunidades. Para ello, se desarrolló una estrategia teórico-metodológica que consistió en la observación y aplicación de entrevistas semiestructuradas. A partir de ésta se logró obtener información no sólo sobre conocimientos y prácticas en salud, sino además sobre condiciones de vida en general, así como sobre "experiencias-vivencias" cotidianas relacionadas con prácticas médicas tradicionales, prevención de enfermedades y expectativas sobre la resolución de problemas de salud desde los servicios de salud.

En las últimas décadas la política social ha tenido expresiones concretas en la instrumentación de programas asistencialistas y focalizados para el combate a la

pobreza extrema. Estos se basan en el apoyo a grupos marginados, con mínimos de bienestar, y su finalidad es compensar las desigualdades que la organización social y económica ha generado. En el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades se parte de la homogenización de su población objetivo, pues se identifica a los beneficiarios potenciales únicamente a través del índice de marginalidad, suponiendo que estos dejarán de ser pobres extremos al cubrir sus necesidades básicas de educación, salud y alimentación. De acuerdo con esta lógica, tanto las necesidades como sus satisfactores son los mismos para todos los pobres, indistintamente de los diversos contextos regionales, culturales y sociales del país.

Los beneficios del programa se otorgan mayoritariamente a quienes demuestren la condición de ser extremadamente pobres. Sin embargo, esto se ha puesto en entredicho porque se contrapone a la solución de una pobreza más generalizada, a la satisfacción de necesidades más amplias y complejas, a la distribución más equitativa de los beneficios y a la integración del tejido social, es decir, se reconoce que, en vez de integrar, fragmenta el tejido social. (González de la Rocha y Escobar, 2002). El programa ha operado desde el año 2000, como continuidad del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), que funcionó entre 1994 y el año 2000.

Las beneficiarias de Oportunidades tienen la obligación de utilizar el servicio médico otorgado por el programa; de lo contrario, éste se les cancela. En principio, acceden de forma inmediata, gratuita y periódica a la clínica o centro de salud donde se realizan pruebas como la detección de cáncer cervicouterino, se les dan pláticas sobre prevención y tratamiento de accidentes y algunas enfermedades agudas como infecciones de vías respiratorias, de tracto gastrointestinal o crónicas, entre las que destacan diabetes e hipertensión arterial, con una periodicidad de 30 días aproximadamente. Las no beneficiarias, por su parte, cuentan o no con seguridad social. Sin embargo, si desean hacer uso de una clínica o centro de salud local que regularmente está involucrado con el programa,

éstas deben pagar por recibir atención médica y esperar hasta que todos los beneficiarios que acudan en ese momento sean atendidos. De no ser así, acuden a otros servicios médicos fuera de la localidad, ya sean públicos o privados, dependiendo de los recursos disponibles, o recurren a prácticas tradicionales o automedicación para resolver el problema que les aqueja (Bronfman y col. 1997).

Existen evidencias de que *"...no todos los que demuestran tener condición de pobreza son beneficiados por el programa..."*, así como en algunos casos quienes teóricamente no son pobres extremos sí son beneficiados (Escobar, 2000). Esto supone una contradicción en la selección de beneficiarios porque existirían pobres extremos y no pobres extremos que reciben el programa, así como pobres extremos y no pobres extremos que no lo reciben. De esta forma, las beneficiarias que no tienen la condición de pobreza extrema tendrían, en teoría, más ventajas para cubrir o satisfacer la necesidad de salud que las no beneficiarias que son pobres extremas. En tanto, las beneficiarias pobres y las no beneficiarias no pobres serían los grupos que cumplen, respectivamente, los criterios de inclusión y exclusión del programa. Es decir, personas necesitadas que reciben apoyo y personas no necesitadas que no lo merecen porque no son "oficialmente" pobres extremos.

Las distintas combinaciones entre condición de pobreza y condición de beneficio influyen, por tanto, para que los sujetos asuman su salud-enfermedad y las formas de atenderla de manera distinta. La utilización de servicios de salud, la adquisición de medicamentos, la automedicación y el uso de prácticas médicas tradicionales están determinadas, también, por la condición de beneficio y por la cantidad de recursos económicos disponibles. Todo ello sintetiza el problema de estudio en este trabajo, el cual requiere, además, responder a las siguientes preguntas conductoras: **¿qué conocimientos tienen las mujeres beneficiarias y no beneficiarias sobre la salud, la enfermedad y su atención?, ¿qué prácticas llevan a cabo las personas de ambos grupos ante la enfermedad?, ¿cómo se resuelven los problemas de salud? y ¿qué expectativas tienen sobre la**

resolución de problemas de salud por parte los servicios? Los objetivos del trabajo son, en este sentido, avanzar en la **identificación de determinantes sociales de la satisfacción de la necesidad de salud en grupos sociales distintos**, a partir de la exploración de **condiciones de vida, conocimientos y las prácticas en salud-enfermedad y su atención**. Paralelamente, se busca describir y analizar la información que se tiene sobre salud y enfermedad; reconocer las acciones que las mujeres emprenden para atender su salud, así como describir y **analizar la relación entre condiciones de vida y el actuar ante la enfermedad** como parte de la experiencia subjetiva en la resolución de problemas de salud.

Desde su puesta en marcha, se han llevado a cabo evaluaciones permanentes a los indicadores de operación del programa, así como evaluaciones externas para medir su impacto. Algunos resultados señalan que el programa es efectivo desde el inicio porque selecciona adecuadamente a su población objetivo y tiene impactos positivos en las áreas de educación, salud y alimentación. Según Skoufias (1999:3) las evaluaciones externas muestran que el *"...programa ha mejorado significativamente la salud tanto de niños como de adultos beneficiarios..."*. Lo que no se menciona es que esta mejora surge del análisis de la atención que se brinda en los servicios médicos otorgados por el programa casi de forma exclusiva y no a la satisfacción cabal de la necesidad de salud.

Adato y col. (2000) llevaron a cabo una evaluación externa al programa desde la perspectiva de las beneficiarias, las promotoras y personal de salud, demostrando que desde el arranque operativo del programa algunas personas manifestaron descontento o desacuerdo por la inclusión desigual en el sentido de que no todos los pobres que necesitan el apoyo del programa lo reciben. Esto genera la exclusión injustificada del programa de aquellas personas que necesitaban el apoyo y que, por razones ajenas a éste, se les retiró del padrón o no se les seleccionó. Otros problemas que se identificaron tuvieron que ver con la desconfianza que manifiestan algunas personas sobre el programa, el miedo a

proporcionar información personal o familiar desde que son entrevistados por vez primera y el cansancio que significa participar en estudios cuyo beneficio es incierto. Otro de los aspectos relevantes del estudio de Adato y col. fue que a través de la percepción de beneficiarios y otras personas que participan en la operación del programa a nivel de comunidad, tal como promotoras o vocales, maestros de escuela y personal médico, se reconoció la presencia de fenómenos sociales y culturales que están fuera del control del programa y que afectan de alguna forma la concepción que se tiene sobre este. En la evaluación de Escobar (2000), se identificaron problemas que tienen que ver con la exclusión de familias extremadamente pobres por errores en la selección de beneficiarios potenciales. Tales fueron atribuidos a la lejanía de algunas viviendas (respecto del centro de la localidad) que no fueron visitadas cuando se aplicó la Encuesta de Características Socioeconómicas de los Hogares (ENCASEH).

Un estudio llevado a cabo en una localidad Otomí del estado de Querétaro en torno a la inclusión y exclusión del Programa Oportunidades identificó como núcleo central de las representaciones sociales las aseveraciones de algunos entrevistados quienes se asumieron y representaron como pobres necesitados de ayuda. Asumirse como pobre significa tener más posibilidad de acceder a los beneficios del programa. Los beneficiarios no hablaron necesariamente sobre dejar de ser pobres o salir de la pobreza, ni de preparación para incorporarse al mercado laboral. Asumen que el programa es un apoyo para hogares en situación de necesidad (García y Valencia, 2003). En este trabajo, llama la atención que ser identificado, caracterizado y asumirse como pobre es primordial para seguir perteneciendo a un programa que busca dirigir las acciones de los individuos.

Existe, a la fecha, una escasa producción de trabajos que aborden conocimientos y prácticas en salud-enfermedad-atención en grupos socialmente distintos y que, además, se diferencien entre sí por su condición de acceso a programas sociales como Oportunidades. Menos aún son las aproximaciones que parten desde una visión crítica de la salud-enfermedad en los colectivos humanos, que antagonizan con la idea de que todos los pobres tienen las mismas necesidades en cantidad y

calidad y que, por tanto, deben ser atendidos con los mismos beneficios. De allí, la importancia de este trabajo.

Capítulo 1. Necesidades en salud: enfoques y aproximaciones

1.1. Introducción

La actual política social mexicana dirigida a grupos en extrema pobreza restringe la atención a la salud al otorgamiento de un paquete de atención básica que incluye un conjunto mínimo de acciones esenciales en salud, y de bajo costo, a través de servicios públicos gratuitos. Bajo esta lógica asistencialista se fijan prioridades en salud, así como un mínimo obligatorio de beneficios para combatir la pobreza (Hernández y col. 2003). En ese sentido, la salud pasa a ser una aspiración y no un derecho. El complejo perfil epidemiológico actual, que se caracteriza entre otras cosas por el incremento de los diferenciales de morbilidad y mortalidad entre regiones, estados, municipios y grupos poblacionales específicos, sugeriría, entonces, que la necesidad de salud no sólo es más amplia, sino además más compleja para algunos grupos que para otros (Hernández y col, 1991). Por tanto, reconocer la necesidad de salud como una necesidad amplia y socialmente determinada, significaría reconocer también que un programa dirigido de manera vertical, con un paquete homogéneo de beneficios, podría hacer poco para enfrentar la diversidad socioeconómica, política y cultural que se expresa en una sociedad como la mexicana.

1.2. Notas sobre la política social mexicana contemporánea

En México, antes de la revolución de 1910, las acciones sociales consistían en un esquema asistencialista compartido por la caridad de la iglesia católica, la beneficencia privada y muy marginalmente por la intervención del Estado. El régimen emanado de la revolución mexicana y las fuerzas políticas conformadas a partir de ese entonces coincidieron en la necesidad de construir una política social capaz de proporcionar empleo, educación y salud a toda la población bajo la premisa de bienestar como compromiso constitucional. Desde entonces, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos incluye lineamientos de una política social basada en los derechos sociales con las correspondientes obligaciones públicas. En ella se establece en el artículo 4^o, que la seguridad social tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, educación,

asistencia médica, así como la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917).

La política social mexicana post-revolucionaria protegía a la población campesina que protagonizó las batallas de entonces. Posteriormente, fue la población asalariada industrial y la de los sectores de servicios formales quienes más se beneficiaron de la política social. Esto ocurrió entre la posguerra y finales de la década de los setenta. De los ochenta a la actualidad - entre ajustes económicos y reformas estructurales - la población objetivo ha sido la que se clasifica como pobre y extremadamente pobre. La política social como política pública, aparece en el vocabulario de la agenda gubernamental hasta finales de los años ochenta, por razones tales como el aumento de la pobreza en diversos sectores de población por un lado y, por otro, como respuesta a las reformas sugeridas por organismos internacionales, como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), quienes justifican la focalización de los recursos en la instrumentación de programas.

Las variables y los procesos económicos condicionaron, así, la política social en la medida en que se demarcaron claramente los límites en los que debía centrarse el combate a la pobreza extrema. Con el nuevo consenso en torno a la asignación de recursos fiscales, *"...la política social adoptó tres vertientes dentro de esta lógica de atender a los pobres: la formación de capital humano, el desarrollo de proyectos productivos y la dotación de infraestructura social básica..."* (Millán, 2001:75). Con ello se supondría que las capacidades de los sujetos extremadamente pobres se activarían para desempeñarse adecuadamente en el ámbito escolar y productivo desarrollando habilidades laborales para que los individuos se inserten al mercado de trabajo, a través de la educación, la salud y alimentación. La esencia de esta política es, desde sus orígenes, incorporar al mercado laboral y productivo a aquellas personas que por su condición de carencia no se encuentran en condiciones de formar parte de este. Una propuesta

concreta del Banco Mundial para alcanzar tales metas fue la formulación y la operación de programas asistencialistas sustentados en la focalización y en la horizontalización.

La política social del Estado moderno mexicano ha tenido, sin embargo, un éxito limitado en aliviar la pobreza en tanto que las desigualdades generadoras de exclusión se han agravado. La mayor parte de los fenómenos relacionados con la exclusión social están identificados: desigualdad socioeconómica extrema, concentración geográfica de la inversión productiva y de las asignaciones presupuestales, pérdida o falta de acceso al empleo y/o a medios de vida y falta de acceso o acceso insuficiente a educación y salud. Se entiende, por tanto, que las desigualdades sociales conducen a la exclusión cuando generan condiciones de competencia en las que amplios sectores de la población, por razones de su formación o debido al lugar en el que habitan, no pueden tomar parte. De esta forma, se impide el acceso a la satisfacción de necesidades básicas como la alimentación y la salud de amplios sectores de la población. En ese sentido, las desigualdades sociales como constituyentes de exclusión, evidencian un *"...abandono virtual de los sectores más vulnerables..."*. Los programas focalizados funcionan como *"...objetivaciones que cumplen el papel de regular y orientar los comportamientos humanos, se convierten en ordenadores del mundo social, tienen fuerza normativa en tanto se experimentan como existentes por encima y más allá de los individuos a quienes acaece encarnarlas en determinado momento..."*. Es decir, *"...se experimentan como si poseyeran una realidad propia, que se presenta al individuo como un hecho externo y coercitivo..."* (Berger y Luckman, 1991). Es decir, un programa focalizado no contempla la diversidad social y cultural por un lado y, por otro se instrumentan homogenizando las necesidades, así como sus satisfactores.

1.3. Necesidades humanas básicas: el contexto para entender las necesidades en salud

Las políticas sociales deben garantizar una gama de opciones vitales pertinentes y necesarias para proteger el estatus de los individuos como miembros plenos de toda comunidad. Su finalidad consiste en ofrecer oportunidades auténticas de participar en la sociedad. En ese sentido, [Harris, 1987. citado en Doyal y Gough (1994)] define a las necesidades como todo aquello que se requiere para tal efecto, *"...un individuo está necesitado a efectos de la 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..."* (p. 101)

La discusión sobre necesidades humanas y sus satisfactores se justifica por los límites impuestos al Estado de Bienestar en el momento de satisfacer necesidades, integrar a grupos socialmente no favorecidos y ante el fracaso del desarrollo económico para resolver la pobreza. La concepción naturalista define a las necesidades como deseos y preferencias subjetivas, regulados por el mercado capitalista al que se supone superior en eficiencia y moralidad a cualquier otro instrumento social. Se ha considerado que la cosificación de las necesidades humanas implica que los individuos se vean arbitrariamente condicionados *"...a cambiar aquellos aspectos de su medio físico, personal y social que inhiben su auto exploración y estipulan que las necesidades humanas son socialmente relativas y se manifiestan únicamente sobre lo que algunos grupos humanos prefieren y otros no..."* (Doyal y Gough, 1994:164).

Parte del debate sobre las que se consideran necesidades sociales que tienen su origen en el momento histórico y el contexto social en que se vive y las que son universales, es decir, las que comparte el ser humano con el resto de sus similares. Quienes defienden la primera postura rechazan una noción de necesidades bajo una mirada universal, puesto que éstas dejarían de considerar las particularidades de cada cultura, provocando por un lado *"...actitudes paternalistas en los responsables de aplicar las políticas sociales y por otro,*

despojo de la identidad de los individuos, al soslayar su pasado histórico y su entorno cultural..." (Dieterlen, 2001:149). Aquellos que defienden la segunda postura piensan que es posible hablar de necesidades básicas aplicables a cualquier ser humano independientemente de su historia y cultura, es decir, universales.

En la teoría de las necesidades de Doyal y Gough (1994), se reflexiona sobre la satisfacción de necesidades sociales y el problema de su definición, concreción conceptual y normativa. Los autores desarrollaron una teoría enfocada a dos necesidades definidas como básicas y universales: la salud, vista como la ausencia/presencia de capacidades físicas y mentales, y, la autonomía, que distingue tres aspectos para comprenderla: "...[1]...la comprensión que las personas tienen de sí mismas y de su cultura...[2]...la capacidad psicológica que tienen los hombres y las mujeres para crear sus propias opciones y...[3]...las oportunidades objetivas que permiten que una persona actúe o deje de actuar..." (p.160) Según su discurso, para que las personas puedan actuar y ser responsables, deben tener determinada capacidad física y mental, por lo que la supervivencia física y la autonomía personal se consideran precondiciones para que los individuos puedan actuar, independientemente de su entorno cultural. Sin embargo, reconocen que cada sociedad tiene sus propias necesidades y que cada una cambia en función de su naturaleza de formación social. Es decir, cada necesidad está estrechamente relacionada y se va transformando paralelamente con los procesos históricos y sociales particulares de cada sociedad. En consecuencia, es posible "...reducir el análisis de la necesidad a como los grupos concretos, no las sociedades, las producen y las reproducen..." (Doyal y Gough, 1994:162). lo que le da relevancia a la necesidad de definir el conjunto de necesidades a nivel de todos los mundos existentes. Habría, por tanto, que dejar que los individuos decidan qué es lo que necesitan y qué es en lo que deberían invertir para lo que reconocen como necesidades subjetivas y colectivas.

Sen (1998) considera que las necesidades humanas son finitas, pocas y clasificables. Son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos

históricos. Aunque pareciera haber coincidencias con la teoría de Doyal y Gough, en tanto se reconoce a la salud y la autonomía como parte de necesidades humanas universales, la limitación de las necesidades a esas características ha hecho posible la definición de un núcleo irreducible de necesidades básicas que al no cubrirse generan pobreza. Bajo esa perspectiva, la medición empírica del núcleo irreducible de necesidades, se centra en reconocer y resolver las necesidades más apremiantes de los más desfavorecidos independientemente del contexto social en el que se producen.

Nussbaum (1998), por su parte, se inclinó a favor de la universalidad de las necesidades, aunque destacó las siguientes funciones humanas básicas: "...*poder vivir con buena salud, alimentación suficiente, vivienda digna, derechos y responsabilidades, libertad de expresión, pensamiento y reflexión...*" (p.71). Según la autora, al rechazarse esta noción de necesidades básicas esenciales no se está valorando una guía crucial para construir una teoría de la justicia distributiva que sirva para implementar políticas públicas. Sin embargo, el grupo de necesidades básicas descritas es lo suficientemente amplio como para incorporar diferencias culturales y sociales.

En contraste, Neef y col. (2001) consideran que el error típico en el análisis de las necesidades humanas radica en que no se explica la diferencia esencial entre las que son propiamente necesidades y sus satisfactores. Estos últimos pueden contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades, así como una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha. El hecho de que un mismo satisfactor tenga efectos distintos en diversas necesidades depende del contexto y de los bienes que el medio genera, de cómo los genera y de cómo organiza el consumo de esos bienes (Neef y col. 2001). Así, lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de estas.

A pesar del debate generado en los últimos años, en el marco de la política social, el análisis de las necesidades humanas ha servido como base para una definición absoluta de pobreza. Para finales de la década de los noventa, los conceptos y medidas de Sen (1998) tuvieron centrada su atención en normas de consumo y una línea de pobreza, que se traduce en *"...niveles de consumo inferiores a las normas establecidas, o ingresos por debajo de esta línea..."*. El problema con la identificación de los pobres radica en que la descripción de éstos se centra en medidas globales de pobreza, lo que significa para algunas corrientes de pensamiento simplemente contar el número de pobres; o sea, *"...la relación entre el número de pobres y la población total de la comunidad..."* (Sen, 1998:1). Una persona se considera pobre si no tiene cubiertas todas sus necesidades primarias o todas sus necesidades básicas. El problema que plantea este tipo de definición es que *"...la línea que separa los tipos de necesidades está muy borrosa ya que se basa en la opinión de la sociedad, lo que es muy difícil de medir..."*. (Sen, 1998:1). Conceptuar la pobreza como norma absoluta de la *situación de necesidad*, o del bienestar como forma de satisfacer esta *norma absoluta*, presupone la existencia de alguna norma consensual clara de necesidades que se comprendan además en un sentido más amplio y complejo. Es decir, *"...no se trata de relacionar las necesidades solamente con los bienes y servicios que presuntamente las satisfacen, sino de relacionarlas además con prácticas sociales, tipos de organización, modelos políticos y valores que repercuten sobre la forma en que se expresan las necesidades..."* (Neef y col. 2001:4).

La forma en que se viven las necesidades es, en último término, subjetiva. Al mismo tiempo que se constituyen de forma heterogénea. Hablar de necesidades humanas fundamentales obliga, por tanto, a situarse en el plano de lo subjetivo-universal, lo cual torna estéril cualquier enfoque mecanicista y general. Smith (1980; citado en Doyal y Gough, 1994:45), afirma que al *"...estudiar las necesidades humanas lo que se puede hacer es describir con la mayor precisión las distintas nociones subjetivas de necesidad que se encuentran en discursos comunes, así como sus formas de aplicación en contextos sociales específicos..."*.

Sugiere además que al evaluar un medio social cualquiera, en función de las necesidades humanas, es preciso examinar en qué medida el medio reprime, tolera o estimula las capacidades de los propios individuos o grupos que componen la sociedad en el momento de satisfacer necesidades como es el caso de la salud.

1.4. Importancia de las representaciones sociales para el estudio de las necesidades en salud: encuadre en el pensamiento médico social.

Las representaciones sociales se refieren a la forma en la que se organiza y jerarquiza el conocimiento adquirido por los individuos, el cual está constituido por *"...el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores de quienes habitan un espacio geográfico y, se relaciona además con las formas de interpretar la realidad..."* (Araya, 2002:41). Se trata de un conjunto de estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta y se atribuye sentido a la realidad.

Las representaciones sociales se relacionan con el sentido común, es decir, con el tipo de conocimiento que incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que permiten que las personas actúen, piensen, se comuniquen y organicen su mundo (Mora, 2002; Araya, 2002). Esta connotación social de pensamiento, plantea la percepción de la vida cotidiana como un continuo intercambio de conocimiento y comunicación de vivencias. Se ha planteado, que el surgimiento de las relaciones sociales como un producto de las sociedades contemporáneas se debe en parte a la diversidad entre los grupos sociales. Existen varios tipos de representaciones que confluyen en un mundo complejo, en donde la comunicación de masas posee contenidos que expresan valores, actitudes, creencias y opiniones diversas (Banchs, 1999).

En la concepción de Moscovici (1984) se plantean cuatro elementos constitutivos de las representaciones sociales: determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud). Estos sirven como guía para el análisis de la información. Las representaciones tienen que ver con la forma como los sujetos sociales

aprehenden los acontecimientos de la vida diaria, lo que sucede en el medio ambiente, las informaciones que circulan, las personas que hacen parte del entorno próximo o lejano *"...no se refieren a simples opiniones acerca de, imágenes de, o actitudes hacia, sino que son teorías, ramas del conocimiento por derecho propio, para el descubrimiento y organización de la realidad..."*. Asimismo, *"...son conocimiento que se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social..."* (Jodelet, citado en Moscovici, 1984:472). Conocer el punto de vista de los sujetos implica aproximarse a sus representaciones de la realidad para, posteriormente, analizar cómo la dinámica de las mismas reproduce y produce modos de acción sobre la realidad. Cada sujeto tiene vivencias propias, es producto de circunstancias históricas, sociales y regionales (territoriales). No es un ser humano en abstracto, tiene subjetividades, intenciones, intereses y un modo particular de vivir, el cual moldea la forma de ver e interpretar la realidad, compartiendo una misma experiencia social, o una misma condición social. Berger y Luckmann (1991) propusieron que la realidad es una construcción social; los acontecimientos de la vida, las conversaciones y las relaciones que se establecen con otros se consideran relevantes si permiten que cada individuo forme su propia visión de la realidad. Hablar de la construcción social de la realidad implica hablar de la tendencia a considerar los procesos subjetivos como una realidad objetiva, es decir, las personas aprenden de la vida cotidiana como una situación que es independiente de sus propias percepciones. Las representaciones sociales están influenciadas por la forma de ser de las personas, su identidad social y la cultura de la cual provienen (Araya, 2002).

La respuesta de los individuos ante un mismo proceso (como parte de la construcción social de la realidad) no es siempre la misma; existen elementos culturales que influyen en la percepción de los síntomas y en el comportamiento (actitud) frente a ellos. Es decir, *"...el contexto sociocultural interactúa con lo genético, lo biológico y lo psíquico en el proceso de organización de las formas mismas de presentación, representación y modificación de los procesos vitales del*

individuo..." (Breilh, 1994:42). La salud-enfermedad-atención se entiende como un proceso de construcción permanente que reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales que comprometen todas las relaciones de los seres humanos y, por tanto, de su vida misma. La reflexión sobre la concepción de la salud como una necesidad humana implica una mirada de las representaciones de los sujetos, a través de la observación de cómo estos interactúan en determinado territorio de una manera particular, posibilitando la transformación de las políticas en salud que promulguen la identificación de necesidades específicas, así como sus soluciones posibles.

1.5. Aproximaciones a las necesidades en salud a partir del territorio

La distribución y los determinantes de la salud-enfermedad, así como la atención a las necesidades de salud de la población tienen lugar en espacios socialmente contruidos. Para la medicina social el territorio puede ser entendido como *"...la 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..."* (Blanco y López, 2007). Esta categoría ha posibilitado la identificación de *espacios-población* vulnerables en términos de calidad de vida y riesgos potenciales para la salud. La calidad de vida, a su vez, se refiere a las *"...condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos...[y, se considera mejor]...mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas..."* (Breilh y col., 1991; citados en Blanco y López, 2007). La calidad de vida tiene que ver con la resolución satisfactoria en cantidad y calidad del conjunto de necesidades humanas y la posibilidad de desarrollo humano a partir de las capacidades de una sociedad ubicada en un territorio con características geográficas e históricas particulares. Sin embargo, más que la calidad de vida se aprehenden las condiciones de vida como determinantes de procesos relacionados con la satisfacción de necesidades humanas.

El territorio se refiere a un espacio determinado y privilegiado de investigación, un *"...recurso metodológico de particular importancia, que puede incluso ser exigido por la propia teoría..."*. Consiste en el espacio medio, menos extendido que la nación o el gran espacio de civilización y más vasto que el espacio social de un grupo determinado. *"...Integra lugares vividos y espacios sociales con un mínimo de coherencia y especificidad..."* y como un *"...conjunto que posee una estructura propia, distinguible por ciertas representaciones en la percepción de los habitantes y los extraños. Constituye, en la organización del espacio-tiempo vivido, una envoltura esencial, anterior al acceso a entidades mucho más abstractas, mucho más desviadas de lo cotidiano..."* (De la Peña, 1981:60,67). Así, los individuos que habitan en territorios determinados representan experiencia acumulada, proyecto de cotidianidad que puede transformarse, continuarse y compartirse. Por tanto, el concepto de espacio-región-territorio es socialmente creado porque es socialmente vivido, socialmente representado. Sin embargo es necesario tener claro que no todos los individuos que viven en un mismo territorio y que comparten un mismo contexto tienen las mismas representaciones sociales o las viven de igual manera. Si bien es cierto que existe un componente colectivo en ellas, también hay que reconocer que en el campo de las representaciones sociales se identifican componentes individuales.

Si las condiciones de vida en un territorio específico determinan la satisfacción de una o varias necesidades ¿qué condiciones determinan la satisfacción de la necesidad de salud en función de pertenecer o no a un programa asistencial que opera en un territorio específico? La pregunta se deriva en parte por el interés de conocer lo que sucede en un lugar con características geográficas y sociales particulares y donde se ha instrumentado un programa *focalizado* que asiste a los más desfavorecidos. Otra forma de cuestionar al respecto es ¿de qué forma las condiciones de vida determinan la satisfacción de la necesidad de salud siendo o no beneficiaria? Más que hablar de la satisfacción de esta necesidad por vía del programa y la relación con las condiciones de vida, lo que interesa en todo caso

es ¿cómo experimentan dos grupos de personas la satisfacción de la necesidad de salud en función de sus condiciones de vida? Parte de las respuestas se pueden identificar en los hallazgos y resultados de este estudio.

Capítulo 2. Una aproximación empírica al estudio de las necesidades en salud desde la medicina social

El presente estudio exploró las representaciones sociales de la salud, la enfermedad y su atención. Se realizó un estudio de caso, exploratorio y analítico de corte cualitativo combinando técnicas que permitieron estudiar grupos de personas con características particulares. Se caracteriza este abordaje cualitativo por la importancia de conocer el punto de vista de las personas involucradas en la lógica de un programa asistencial que combate la pobreza. Las estrategias metodológicas para este estudio fueron:

1. Observación: con la cual se describen algunas actividades de las mujeres entrevistadas, así como de algunos varones con algún parentesco (esposos, parejas).
2. Entrevistas semiestructuradas: a mujeres beneficiarias y no beneficiarias del programa

Como recurso metodológico se utilizó la categoría territorio para reconstruir la región tomando como base los siguientes componentes: características geográficas, recursos naturales, cultivo principal, destino de la producción y ocupación. La comunidad de trabajo fue San Pedro Nexapa, ubicada en el municipio de Amecameca, Estado de México.

El muestreo para este estudio fue por conveniencia, se seleccionaron a las mujeres en función de pertenecer o no al programa. Al inicio se le preguntó a la informante clave¹ si conocía personas que fueran beneficiarias o no. Posteriormente se indagó sobre la condición de aquellas mujeres que contaran con apoyo económico de familiares migrantes². Las respuestas apuntaron hacia personas conocidas no familiares, las primeras dos entrevistas se realizaron a

¹ Con esta persona (que no tiene relación alguna con el programa, es decir, no es vocal o promotora) se tuvo contacto desde el año 2003 en el lugar donde hasta la fecha vende alimentos preparados a pie de carretera, rumbo a paso de cortés. Desde ese entonces hizo invitaciones a diferentes festejos en la localidad y a partir de haber acudido a algunos, la relación con ella se tornó como una "amistad". A diferencia de las personas entrevistadas esta informante es una mujer de 35 años cuyo estado civil es soltera.

² Más adelante se describe por qué emerge esta condición.

beneficiarias que son hermanas. La tercera entrevista fue a una vecina de la informante³ y las últimas cinco mujeres entrevistadas fueron las hermanas de esta persona, todas ellas son beneficiarias. En cambio la selección de no beneficiarias fue más heterogénea, no se identifica parentesco entre las entrevistadas. En el momento de preguntar a la informante sobre aquellas personas no beneficiarias, reconoció a personas que no son familiares sino conocidas o amigas. Se contactó con cada persona en su vivienda y se le hizo una invitación para participar en el estudio. Casi todas aceptaron y en ese mismo momento se les aplicaron las entrevistas, sólo una persona se negó a participar.

Se consideró importante que la informante fuera la encargada de seleccionar a las entrevistadas potenciales no sólo por ser nativa de la comunidad de estudio, sino también por su amplio conocimiento sobre quienes se benefician o no del programa. Según la informante, quienes tienen familiares migrantes cuentan con el apoyo económico de estos independientemente de su condición de beneficio. Al respecto, existe un alto índice de migración de varones de entre 15 y 50 años, algunos de los cuales son familiares de mujeres de la localidad. Se partió de la premisa de que las remesas permiten solventar algunas necesidades de manera más satisfactoria o integral. En el Cuadro 2.1 se describen los distintos grupos explorados

Cuadro 2.1. Pertenencia al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y disponibilidad de recursos a través de remesas

BENEFICIARIAS					NO BENEFICIARIAS				
Con	apoyo	económico	de	familiar	Con	apoyo	económico	de	familiar
	migrante					migrante			
Sin	apoyo	económico	de	familiar	Sin	apoyo	económico	de	familiar
	migrante					migrante			

³ Cuando la informante pensaba en alguien e íbamos a buscar a esta persona y no estaba, casi de inmediato recordaba quien estaba en casa y establecíamos contacto en ese momento.

Pertenecer a un programa social y contar con recursos proveniente de remesas no son las únicas variables que explican las formas como la población enfrenta los problemas de salud-enfermedad, ni como asume la atención; sin embargo, son importantes para la toma de decisiones ante la adversidad. Contar con apoyo siendo beneficiaria, podría significar ciertas ventajas sobre quien no cuenta con ese apoyo teniendo o no el programa. Esta caracterización de los grupos de mujeres tiene similitud con los hallazgos de estudios que se refieren al programa (Escobar, 2000).

Previo al trabajo de campo se probó la entrevista semiestructurada en seis personas; posteriormente, se descartaron los tópicos irrelevantes para el análisis de la información⁴. Para tener un referente más claro del perfil de las mujeres entrevistadas se indagó sobre aspectos sociodemográficos tales como edad, ocupación, estado civil y escolaridad. Dichas condiciones no se utilizaron para el análisis de la información, es decir, no se exploró la relación que pudiese existir entre éstas y las representaciones sociales sobre los temas abordados. En un inicio se contemplaron aspectos a investigar relacionados con los conocimientos y actitudes que tienen las personas en relación a la salud y la enfermedad ¿cómo interpretan ambos conceptos?

Un segundo término tuvo que ver con las enfermedades reconocidas y padecidas por las mujeres entrevistadas ¿de qué se enferman? ¿qué enfermedades tienen en la actualidad? para entender su condición actual de salud. Posteriormente se indagó sobre el quehacer personal cuando se tiene alguna enfermedad ya sea aguda o crónica. Ante el evento de enfermedad ¿qué se hace? ¿cómo es el actuar de las personas en relación con la búsqueda de la solución de un problema de salud? Al haberse identificado en un inicio testimonios que refirieron algunos problemas del centro de salud local, se decidió indagar sobre las expectativas de

⁴ Los tópicos eliminados fueron: ¿qué medicamento le dieron? ¿Alguien más de su familia se ha enfermado últimamente? ¿Cuándo fue la última vez que usted acudió al doctor, a la clínica o centro de salud?

las personas respecto a la resolución de problemas de salud por parte del servicio médico local. Si bien no fue la intención evaluar la atención que otorga el personal médico del centro de salud, si fue el conocer el punto de vista de las personas involucradas directa e indirectamente (beneficiarias y no beneficiarias) sobre este fenómeno. El Cuadro 2.2 muestra las preguntas seleccionadas para la obtención de información.

CUADRO 2.2. Representaciones sociales exploradas y contenidos del análisis

Representaciones sociales	Contenidos de análisis
Significados sobre salud y enfermedad (cómo se interpreta)	¿Para usted que es la salud? ¿Qué entiende usted por salud? ¿Para usted que es la enfermedad? ¿Qué entiende usted por enfermedad?
Información sobre enfermedades presentes (que se sabe)	¿Usted se ha enfermado últimamente? ¿de qué?
Actitud ante enfermedades (comportamiento)	¿Qué hace por su enfermedad?, ¿Cómo se trata?, ¿Qué hace cuando se enferma?
Expectativas sobre la resolución de problemas de salud (creencias)	¿Usted cree que la clínica o centro de salud de la localidad resuelve problemas de salud de las personas? ¿Usted cree que sus problemas de salud están resueltos?

Durante el trabajo de campo fueron surgiendo temas que parecieron tener relación con los aspectos que se estaban indagando. Se decidió incluirlos por considerarlos importantes para la identificación de la relación entre las condiciones de vida y las representaciones estudiadas. Se instrumentó el término *vulnerabilidad económica* por su relación con la incapacidad económica de adquirir medicamentos. Se decidió llamarla *vulnerabilidad* porque no necesariamente implica que se tenga una condición de pobreza permanente. En otras palabras, la vulnerabilidad económica implicaría experimentar o vivir momentos en la vida en

que no se cuenta con recursos económicos suficientes para resolver algún problema de salud considerado de gravedad como un accidente o alguna enfermedad que implique atención inmediata.

Otro tema que surgió a raíz de la identificación de problemas tuvo que ver con la atención en el centro de salud y en otros servicios médicos. Se incluyó, por tanto, un tópico que reafirmó lo relacionado con los problemas reconocidos por las personas (Cuadro 2.3).

CUADRO 2.3. Temas adicionales

Temas adicionales a la entrevista.	Preguntas (tópicos)
Vulnerabilidad económica	¿Alguna vez no ha podido comprar medicamento? ¿Se ha encontrado en alguna situación en que no haya podido comprar medicamento?
Atención en servicios de salud	¿Cuándo usted se enferma y acude a algún servicio de salud qué es lo que hacen, como la atienden regularmente?

Se elaboraron y analizaron esquemas de información concentrados en una matriz de datos donde se describe parte de los testimonios. Se llegó a una saturación teórica⁵ en la entrevista 17. Ya no hubo información nueva sobre los conocimientos y prácticas en salud, enfermedad y su atención.

En el momento de realizar las entrevistas no hubo nadie más de la familia. Cuando se les visitó, estaban en labores domésticas casi siempre. Las visitas fueron casa por casa. Se visitó a las mujeres en sus viviendas. Los actores involucrados fueron principalmente familiares, aunque indirectamente, es decir estaban en la vivienda pero lejos de la entrevista.

⁵ (Peñarrieta, 2005)

Capítulo 3. Resultados

3.1. El espacio-población: características del territorio y los sujetos

San Pedro Nexapa se encuentra en el municipio de Amecameca y está situado en la parte sur-oriental del estado de México. Se encuentra en las faldas de la sierra nevada dentro de la provincia del eje volcánico y en la cuenca del río Moctezuma-Pánuco. Su altura al nivel del mar es de 2420 m y está constituida por seis delegaciones entre las que destaca San Pedro Nexapa, situada en el camino a paso de cortés, a seis kilómetros de la cabecera municipal. La población total del municipio de Amecameca, según el II Conteo de Población y Vivienda en 2005, (INEGI, 2005) era de 48,363 habitantes, de los cuales, cerca de la cuarta parte vive en localidades con características rurales. De este número total de habitantes aproximadamente el 8% corresponde a los pobladores de Nexapa.

La temperatura media anual es entre los 12 y los 18 grados centígrados y entre los meses de octubre a principios de marzo entre los 3 y los 12. La precipitación pluvial es, por su parte, de 1200 mm anuales. Sin embargo, según testimonio de algunos pobladores, en los últimos años ha disminuido el número de lluvias por año, condición que ha afectado las tierras de cultivo donde se siembra maíz blanco, azul y haba, principalmente con fines de autoconsumo y ocasionalmente con fines de comercio. Las heladas bajo cero son frecuentes de octubre a marzo. Otro de los problemas ambientales que enfrenta Nexapa es la cantidad de ceniza arrojada por el volcán Popocatepetl durante las últimas décadas. Puede observarse gran cantidad de ceniza y arena en calles no pavimentadas, en el bosque, en las tierras de cultivo, así como dentro y sobre la mayoría de las casas.

La totalidad de ríos, arroyos y manantiales proviene del escurrimiento de la sierra nevada que está conformada por los volcanes Iztaccíhuatl y Popocatepetl. El río que surte de agua a Nexapa proviene del río Molinos cuyo deshielo se localiza en la parte sureste del Iztaccíhuatl. En las últimas décadas, el cauce ha disminuido drásticamente, entre otras causas por la tala inmoderada y el cambio climático.

Nexapa posee en su parte oriente una buena porción de vegetación relativamente deteriorada de bosques compuestos por pinos, ocotes, cedros, encinos, cipreses y oyameles, completándose con matorrales de jarillas, mahajuates y zacates semipoblados. Con respecto a la fauna silvestre, ésta ha mermado considerablemente. La mayoría de las especies están extintas y las que quedan las componen algunas aves y reptiles.

El deterioro del bosque tiene relación con algunos fenómenos sociales que actualmente se identifican y en los cuales algunas personas de la localidad se ven relacionadas. Estos son deforestación, tala clandestina, pastoreo nómada e incendios. Hasta hace un par de años en la localidad se identificaban aserraderos, varios de los cuales actualmente se encuentran sin operación. Durante el trabajo de campo se observó en dos ocasiones la tala de árboles con fines de construcción de vivienda y se obtuvo el testimonio de un varón que se dedica a esta actividad⁶.

Aunque algunas viviendas están construidas con la madera que surge de la tala, se observan varias con un franco deterioro. Otras viviendas están construidas con materiales como ladrillo, tabique o tabicón. En los últimos años las viviendas construidas con este tipo de materiales han ido en aumento, particularmente las de pobladores que tienen por lo menos un familiar migrante. Nexapa cuenta con servicios de saneamiento, como son agua potable dentro de las viviendas, drenaje y recolección de basura. En los últimos años algunas calles han sido pavimentadas.

Asimismo, Nexapa posee un estrato herbáceo con una mezcla de especies, algunas con usos medicinales como el *estahiate*, *epazote de zorrillo*, *toloache*,

⁶ "...nosotros sabemos que dañamos el medio ambiente, pero por el momento no tenemos trabajo y nos vemos en la necesidad de hacer esto..." (esposo de entrevistada 5, 21 años).

árnica, jarilla, gordolobo y hojas de lenguas de vaca, entre otras, que son utilizadas como remedios. Sin embargo, no todas las personas recolectan y algunas las utilizan muy poco. Se recurre, en ocasiones, a preparaciones caseras que se mezclan con compuestos como bicarbonato de sodio o productos tales como manteca de cerdo (que combinan con una hierba a la que reconocen como *lenguas de vaca*). En ese sentido, se indagó sobre el uso de remedios tradicionales a los que llaman *los menjurjes* (Entrevista 1). Dicha práctica se considera tradición familiar y se utiliza como alternativa de curación de algunas enfermedades o padecimientos principalmente de niños menores de seis años.

Aunque las actividades agropecuarias en Amecameca y sus alrededores han disminuido en los últimos 20 años, de éstas depende poco más de la cuarta parte de la población. Con la crisis económica de los ochenta, la situación regional se tornó compleja con respecto al trabajo; buena parte de la población en edad productiva comenzó a trasladarse a la Ciudad de México o ha migrado hacia los Estados Unidos. La falta de empleo en la región por el cierre de algunas industrias se considera, desde entonces, como uno de los principales problemas locales y municipales. A principios de la década de los noventa, las actividades industriales disminuyeron drásticamente. Por ejemplo, la fábrica de zapatos *Sandak* y la de hilos *Cadena* desaparecieron entre 1994 y 1996, como resultado de la crisis económica de esos años.

En la actualidad, y como consecuencia de la crisis, Amecameca no cuenta con una industria capaz de generar empleos para la población en edad productiva. Todo ello explica en parte el alto índice de migración de varones entre quince y treinta años de edad hacia los Estados Unidos de Norteamérica en las últimas tres décadas. Desde los primeros acercamientos con la comunidad, en enero de 2004, parte del argumento de la informante clave se centraba en la mención de personas conocidas que habían emigrado y de cómo estos apoyaban a sus familias económicamente.

Tan sólo durante el trabajo de campo de este estudio cerca de 52 varones dejaron sus hogares con miras a trabajar en Estados Unidos para mejorar sus condiciones de vida concebida como humilde, pobre y con falta de oportunidades para acceder a un empleo. En cambio, los varones que no migran tienen diferentes actividades. Algunos de los que se dedican a la albañilería tuvieron oportunidad de conseguir trabajo en las construcciones de puentes vehiculares situados en las inmediaciones de Amecameca y otros consiguieron trabajo en la construcción de tiendas Oxxo allí mismo. Hay sin embargo, varones que trabajan como jornaleros o peones en el campo⁷. Otros se dedican a la tala y comercio de madera, aunque esta actividad disminuyó drásticamente por la regulación ambiental que se instrumentó durante 2004, y que continúa a la fecha. Llamen la atención, en ese sentido, los operativos policiaco-militares contra la tala clandestina, algunos de los cuales han sido frustrados por los pobladores de Nexapa.

En los últimos dos años la opción de migrar a los Estados Unidos es cada vez menos sencilla. De los últimos dos grupos de personas (de aproximadamente 25) que intentaron emigrar durante 2007 no todos lograron su objetivo; algunos fueron interceptados por autoridades y repatriados hacia la localidad. Otros que permanecieron los últimos cinco años han regresado con sus familias debido principalmente a la recesión económica de ese país. Algunas mujeres entrevistadas que tenían a sus parejas o familiares fuera vivieron este acontecimiento unos meses después de haberlas entrevistado. Hasta la fecha el autor de este estudio mantiene contacto con la localidad.

Entre junio y julio de 2007, se aplicaron las entrevistas y se completó la observación de actividades cotidianas de las mujeres y de algunos varones con algún parentesco.

⁷ Según un testimonio suelen ganar máximo entre ochenta y cien pesos por día quienes son jornaleros, a diferencia de quienes trabajan en la construcción; el salario en este rango fluctúa entre los ochocientos y mil pesos semanales.

El perfil de las personas estudiadas se muestra en el Cuadro 3.1.

CUADRO 3.1. Perfil de las personas entrevistadas.				
Beneficiarias	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil
Entrevista 1 FM	35	Primaria completa	Hogar, campo y recolección.	Casada
Entrevista 2 FM	30	Quinto año de primaria	Hogar, campo.	Casada
Entrevista 3	52	Sin estudios.	Hogar	Casada
Entrevista 8	45	Quinto año de primaria	Hogar, campo y recolección.	Casada
Entrevista 9	36	Primaria completa	Hogar, campo y recolección.	Casada
Entrevista 11	49	Segundo de primaria	Hogar	Casada
Entrevista 14 FM	38	Tercer año de primaria	Hogar	Casada
Entrevista 15	35	Primaria completa	Hogar, comerciante de alimentos preparados y productos derivados de maíz, campo y recolección.	Soltera
No beneficiarias	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil
Entrevista 4	26	Primaria completa	Hogar	Casada
Entrevista 5	21	Primaria completa.	Hogar, campo y comerciante de productos derivados de maíz	Casada
Entrevista 6	56	Tercero de primaria	Hogar	Viuda
Entrevista 7	66	Primaria completa	Hogar y comerciante de ropa (actualmente inactiva)	Casada
Entrevista 10 FM	19	Secundaria completa	Hogar	Casada
Entrevista 12	24	Preparatoria completa	Hogar, campo y recolección.	Casada
Entrevista 13 FM	18	Primaria completa	Hogar	Casada
Entrevista 16 FM	25	Quinto año de primaria	Hogar	Casada
Entrevista 17	32	Secundaria completa	Hogar	Madre soltera
Fuente: entrevista directa				
FM: con familiar migrante.				

Este mismo cuadro muestra que la mayor parte de las entrevistadas tenía menos de 40 años de edad; de hecho seis eran menores de 27 años (dos de ellas incluso menores de 20). Sólo cinco mujeres tuvieron 45 o más años al momento de las entrevistas. Ninguna de las entrevistadas con familiares migrantes ($n = 6$) tenía más de 38 años. Por lo que toca a la escolaridad, sólo tres entrevistadas tuvieron

secundaria completa y más. La totalidad de la población estudiada se dedica al hogar, pero sólo 7 participan, además, en las labores del campo. Dos mujeres reportaron ser comerciantes. Del total de las entrevistadas, 14 estaban casadas.

Observación.

Actividades que desempeñan las mujeres entrevistadas y algunos varones en Nexapa

Entre mayo y septiembre algunas mujeres y varones de todas las edades caminan en zonas boscosas y húmedas para recolectar hongos comestibles que identifican como *mazayel*, *totopicle*, *chilpan*, *gachupin*, *ahuevado*, *escobetilla*, *orejita*, *venadito* y *juandiego*, entre otros. No todos los pobladores se dedican a esta actividad, es necesario saber identificar y diferenciar aquellos comestibles de los que son venenosos, que regularmente no recolectan. Esta actividad requiere de todo un día, pues es necesario caminar casi sin descansar de las 10 de la mañana hasta las seis o siete de la tarde *veredeando* por las inmediaciones de los volcanes. La mayoría de los hongos recolectados son vendidos regularmente a pie de carretera o en el mercado de Amecameca. El precio varía según la especie. Algunos se venden hasta en 80 pesos por pieza, como en el caso del *mazayel*: un hongo de hasta 50 centímetros de diámetro. Otros se venden por montones que varían entre los 30 y 50 pesos y otros se utilizan para el autoconsumo. En temporada de lluvias es cuando más se desarrollan estos. En los últimos años la cantidad de hongos que se recolecta ha disminuido considerablemente en parte por la disminución de las lluvias y por la sobreexplotación de los pobladores tanto de Nexapa como de localidades cercanas Santiago Xalizintla y San Rafael, entre otras. En diferentes periodos del año, grupos de 10 a 20 hombres de entre 9 y 50 años cazan venados por la parte sur-oriental del volcán Popocatepetl, y ocasionalmente conejo entre 10 y 20 veces por año. La caza se da, al parecer, más por entretenimiento que por necesidad. La carne difícilmente se comercializa.

En dos ocasiones se observó la tala y fue allí donde el testimonio de uno de los presentes evidenció que tenían conciencia de lo que estaban haciendo porque

sabían que dañaban la naturaleza, pero que lo hacían por necesidad y por falta de trabajo. En otra ocasión que *agarraron in fraganti* a un par de varones talando un árbol se les detuvo, pero cerca de cien personas impidieron que se los llevaran. En ese sentido una característica que llama la atención sobre los pobladores de Nexapa es la amplitud de una red social compuesta no sólo por familiares, sino también por otras personas conocidas que se apoyan entre sí ante algún fenómeno que ponga en algún tipo de riesgo a una o varias personas.

La tierra es propia; sin embargo, no todos se dedican al campo. El Cuadro 3.2 describe algunas condiciones típicas de la tenencia de la tierra en Nexapa. Los principales cultivos son maíz y haba, pero hay quienes cultivan pera, manzana, chabacano, capulín, ciruela amarilla y roja. Algunos de estos cultivos todavía se comercializan. Ninguna de las personas entrevistadas manifestó dedicarse a la venta de frutas, sólo al campo y a la recolección de hongos. Cerca del 95% de la tierra es de temporal y menos de la mitad es fertilizada. El uso del abono depende en parte del precio.

Tabla 3.2. Condición de tenencia y trabajo de tierras de cultivo

Entrevistas	Descripción
E1, E2, E5	Trabajan la misma porción de tierra aunque tienen sus viviendas aparte. El padre de estas personas cuenta con una extensión de 2 hectáreas aproximadamente.
E8	Para este caso se cuenta con porciones tierra dentro de las viviendas de aproximadamente 10 x 15 metros
E15	La madre de esta persona tiene un terreno de 10 x 100 metros y es trabajada por ambas
Fuente: entrevista directa	

En la localidad de Nexapa se identificaron comercios tales como tiendas de abarrotes, carnicerías, pollerías, tortillerías, panaderías, tlapalerías, vinaterías y

papelerías. No obstante, quienes manifestaron dedicarse al comercio no tienen ninguno de estos, sino que venden comida a pie de carretera, venden tortillas y hongos (cuando es temporada) en el mercado de Amecameca o en el tianguis de Ozumba.

3.2. La salud y la enfermedad desde la visión de beneficiarias y no beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

Nexapa cuenta con un centro de salud. El personal que labora en él está compuesto por dos médicos y regularmente opera de lunes a viernes de las 10:00 de la mañana a las 15:00 horas. Una enfermera local brinda sus servicios a la población aunque, según testimonios, se desconoce si esta persona labora para alguna institución. Anteriormente había una *curandera*, pero esta falleció hace tiempo y nadie de su familia siguió con esta tradición.

Conocimientos sobre salud, enfermedad y su atención.

En este estudio se exploraron los conocimientos sobre la salud, la enfermedad y su atención, así como algunas prácticas llevadas a cabo en este proceso. Los conocimientos sobre salud pueden apreciarse en dos dimensiones. Por un lado, la salud como parte de un quehacer colectivo: *alimentarse bien, tener higiene personal y con el manejo de alimentos, hacer ejercicio, acudir con el doctor, prevenirse* y, por el otro lado, la salud como parte de un estado anímico personal: *es un bien, significa estar bien, estar contentas, tener ganas de hacer las cosas cotidianas y de relacionarse con otros, que no duela nada, es lo más importante de nuestra vida, la mejor manera de estar en la vida* (Ver la sección de conocimientos y prácticas de salud-enfermedad y su atención de beneficiarias y no beneficiarias en el Anexo 2).

Al indagar sobre los conocimientos en salud, algunas respuestas se enfocaron en describir lo que han aprendido en las pláticas mensuales del programa (en el caso de algunas mujeres beneficiarias) en materia de prevención de accidentes e infecciones gastrointestinales, planificación familiar, osteoporosis,

diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), prevención y tratamiento de cáncer cérvico uterino y deshidratación de niños pequeños. También las no beneficiarias identificaron información sobre estos aspectos; reconocieron que lo que han escuchado con respecto a la salud en cuestión de prevención y tratamiento de algunas enfermedades ha sido en pláticas cotidianas con personas conocidas, algunas de las cuales son beneficiarias. Se reconoce la transmisión de información por parte de este grupo de mujeres en relación a lo aprendido en las pláticas mensuales.

La enfermedad, por su parte, se concibe en dimensiones similares a las de la salud, pero con algunas particularidades: no actuar ante programas preventivos (como es el caso de los programas de vacunación, por creer que perjudica a los niños); como percepción de síntomas: tener dolor en alguna parte del cuerpo, tener alguna enfermedad crónica (como diabetes mellitus o hipertensión arterial); sentirse *agotado y mal*; como una afectación al desempeño de actividades cotidianas; como algo contrario en cierta forma a la concepción de salud: *estar tristes, no estar contentas, no tener ganas de realizar actividades*. La enfermedad se concibe asimismo *como algo malo que no debería estar presente en las personas*. Las enfermedades reconocidas tanto por las mujeres beneficiarias y no beneficiarias de San Pedro Nexapa son, particularmente, a) las infecciones de vías respiratorias (tos, catarros o gripas con sus respectivos síntomas, tales como calentura, mucho frío, escalofríos y dolor de anginas, entre otras) y, b) las infecciones del tracto gastrointestinal (diarreas, vómitos, disentería). Se identifican otros padecimientos tales como, gastritis, colitis, hepatitis, colesterol alto, problemas de vesícula biliar y enfermedades crónicas como diabetes, presión arterial alta e intervenciones quirúrgicas relacionadas con el cáncer cérvico uterino [entrevistas 9 (beneficiaria, 36 años), 12 (no beneficiaria, 24 años) y 15 (beneficiaria, 35 años)]. Las beneficiarias y no beneficiarias tienen claro su estado de salud o enfermedad, algunas no se han enfermado en periodos que van desde unas semanas hasta años (entrevistas 8 (beneficiaria, 45 años), 9 (beneficiaria de 36 años), 14 (beneficiaria, 38 años) y 15 (beneficiaria, 35 años). Las mujeres

cuyas entrevistas son: 2 (beneficiaria de 30 años), 6 (no beneficiaria, 56 años) y 11 (beneficiaria, 49 años) respectivamente, reconocen su enfermedad o padecimiento (diabetes o hipertensión arterial.) y en algunos casos conocen su tratamiento.

En la población de estudio hubo una persona con diabetes y dos con hipertensión, mismas que refirieron *tener seguimiento* de su enfermedad en el centro de salud, cada 30 días. Se sabe cómo debe tratarse la diabetes y se asume que su origen es *el susto*. Aunque no se exploraron creencias sobre enfermedades se consideró pertinente preguntar a la persona de este caso: ¿Por qué cree que le haya dado la diabetes?

"...siento que por un susto...porque mi niño, yo fui a Ozumba y cuando yo regrese mi niño tenía un chichón...pero un chichón grandote y pues yo me asusté y me desguancé toda, toda...como que quería yo soltar mis bolsas...las deje así y sentí muy feo...como que algo se me subió aquí a la boca del estómago y desde ahí tuve mucha sed o pues yo no pensé que me iba a dar..." (Entrevista 2, beneficiaria de 30 años).

La persona entrevistada tiene antecedentes heredo-familiares de diabetes (su padre). Esta persona manifestó acudir constantemente al centro de salud para dar seguimiento a su enfermedad al mismo tiempo que tiene conocimiento sobre el hecho de que ya no es curable. No se preguntó a qué atribuían la hipertensión a quienes la padecían por la complejidad que entraña analizar ese tipo de creencias.

De las personas entrevistadas, tres manifestaron haber tenido intervenciones quirúrgicas en lesiones en cuello de la matriz, que son interpretadas como *úlceras*. Esta información muestra, por un lado, la exposición de las mujeres de Nexapa al cáncer cervicouterino y, por otro, la intervención de los servicios médicos públicos como medida para evitar el desarrollo de esta enfermedad.

¿Qué prácticas llevan a cabo las personas de ambos grupos ante la enfermedad?

Se exploraron las prácticas (el actuar) de las personas en relación a las enfermedades: En algunos casos, siendo beneficiaria, la primera opción es la automedicación, la cual depende de los síntomas [entrevistas 1 (beneficiaria, 35 años), 8 (beneficiaria, 45 años) y 15 (beneficiaria, 35 años)]. En el caso de no beneficiarias, seis mujeres argumentaron llevar a cabo esta práctica (entrevistas 4, 5, 10, 13, 16 y 17 respectivamente). Las no beneficiarias se automedican más que las beneficiarias, esto nos da indicios de diferencias para resolver problemas de salud aún entre los grupos de personas estudiados.

La segunda opción, que depende de la gravedad de los síntomas, consiste en acudir al centro de salud, al médico de Farmacias Similares de Amecameca o a la clínica del Seguro Social de ésta última localidad. Llama la atención que todas las beneficiarias manifestaron acudir al centro de salud a parte de recurrir a otro tipo de prácticas. En el caso de las no beneficiarias sólo algunas refirieron acudir al centro de salud. En cambio cuando la situación es grave acuden a cualquiera de las instituciones que estén abiertas en el municipio o con médicos particulares. En ocasiones optan por desplazarse al Distrito Federal, a Nezahualcóyotl o a Toluca. Otras veces acuden al centro de salud de Tepetlixpa, localidad situada en la parte sur de Amecameca, cerca de Nexapa. Sólo un caso reportó haber acudido con una persona que tiene estudios de enfermería, la cual aplica inyecciones, orienta sobre alguna enfermedad y cobra cinco pesos por consulta.

"...ella estudió enfermería, tiene su...de que se gradúa...nos dice: saben qué tómense esto...o...esto es bueno para...para la gripa o para la tos o para esta inyección...nosotros la compramos y ella nos las aplica..." (Entrevista 5, No beneficiaria de 21 años)

Los métodos tradicionales como la herbolaria se utilizan en momentos en los cuales se tienen síntomas leves a moderados. Pocas mujeres llevan a cabo estas

prácticas, ocasionalmente y cuando no se tiene la *disponibilidad* del centro de salud local. Llama la atención que no se hace mención de esta práctica cuando no se tienen recursos económicos suficientes para adquirir medicinas. Es decir, el uso de técnicas tradicionales se da indistintamente entre beneficiarias y no beneficiarias, contando o no con recursos económicos y teniendo o no la disponibilidad del centro de salud. Se reconocen esas prácticas como una tradición familiar. Cuando comentan al personal médico sobre su uso, éste último argumenta que *no sirven*; las personas que los utilizan tienen, sin embargo, la percepción de que sí resultan, sí sirven.

“...pues cuando se me enferma en la noche...le ponemos alcohol con jitomate en los pies y en el estómago...nosotros les ponemos acá los menjurjes...que...este...nos dan las abuelitas...mira hija sabes qué...le vamos a poner maripundia con mantequilla y se la vamos a poner acá...” (Entrevista 1, beneficiaria de 35 años)

“...en ocasiones cuando al niño le da temperatura rápidamente este...corto unas hojas de jarilla y mi mamá las pone con nejayote así se le llama el agüita de nixtamal, y se les pone...este...se mojan ahí las hojitas y se les pone en el estómago y eso hace que les baje la temperatura...y es jarilla con nejayote. También hay unas que son lenguas de vaca...son hojas muy anchas...y se les llama lenguas de vaca...también se les pone en los pies con manteca de cerdo lavada. Para la tos es el gordolobo...se pone la hierbita así como una florecita seca y este se ponen a hervir, después se le pone limón y se le pone miel...para diarrea hay una hierbita que se llama hierba de ángel y se pone a hervir, es muy amarga, se pone a hervir se le pone este unas gotas de limón...” (Entrevista 1, beneficiaria de 35 años)

En relación a los servicios de salud, se reconoce como primer problema la falta de personal médico y el horario del centro de salud. No hay personal médico que

permanezca 24 horas o que esté en fines de semana. Esto ha sido manifestado tanto al personal médico, como al coordinador de Oportunidades y a distintos presidentes municipales. Aunque no se indagó directamente sobre estos problemas, las personas los refirieron en sus discursos:

"...si por ejemplo si nosotros somos pobres, hay mucha gente que es más humilde...más pobre con menos recursos...entonces ellos han venido, o sea los supervisores...los que mantienen los centros de salud y...se les ha comentado pero pues siempre nos dejan que tienen solución, que van a mandar medicamento...presidente que suba o presidente que baja se le hace la misma petición...porque posiblemente sábado y domingo ellos no trabajan y les digo o sea...siempre es mi pregunta a los doctores; doctor, ¿que sábado y domingo no está permitido enfermarse?...sábado o domingo si me enfermo o si mi niño llega a enfermarse que voy hacer si no hay doctor, si no hay nadie que puedo hacer..." (Entrevista 1, beneficiaria de 35 años)

En ese sentido, se formuló la siguiente pregunta a esta beneficiaria ¿Si alguien se enferma entonces que hacen? Este testimonio muestra incluso problemas más graves por la falta de personal médico.

"...Pues fíjese, lo bajamos...hay veces que hay niños que no les ha dado tiempo de llegar al...hospital...ora si que hay...en lo que nadan buscando se han muerto por lo mismo...de que el niño no aguanta el dolor y tiene mucha diarrea y cosas así...hay niños que han fallecido por eso...." (Entrevista 1, beneficiaria de 35 años).

Por otra parte, la falta de medicamentos es otro problema identificado, no sólo en el centro de salud de Nexapa sino también en otras instancias de salud..."

"...en ese centro que tenemos nosotros, no hay medicamentos ni nada..." (Entrevista 1, beneficiaria de 35 años)

"...No es que a veces no hay medicamento, porque nomás nos hacen la receta y compramos el medicamento porque por lo regular no hay medicamento...." (Entrevista 2, beneficiaria de 30 años)

"...tuve que comprar el medicamento porque sólo lo recetan..."
(Entrevista 4, no beneficiaria de 26 años)

"...y allá si nos cobran 24 pesos y luego nos recetan el medicamento porque no hay...o sea...no hay...luego a veces...tiene que comprar esto porque no hay...entonces nosotros ya tenemos que comprarlo y supuestamente vamos allá porque no tenemos dinero y... o sea no son nuestros alcances y vamos allá por que medicamento que dan...y nos salen con que no...ese medicamento...entonces nosotros lo tenemos que comprar..." (Entrevista 5, No beneficiaria de 21 años)

Debido a ello se preguntó ¿de qué forma influye la falta de medicinas de los servicios de salud en el quehacer ante enfermedades? Las respuestas apuntaron al hecho de que influye en la medida que las personas recurren a otras formas de enfrentar problemas de salud tales como la automedicación y las prácticas tradicionales (aunque de una forma limitada) por una lado y, por otro, se ven forzados a viajar a ciudades y poblados vecinos en busca de mejores servicios médicos tal como lo documentó Castro y col. (2000).

Otro aspecto que llama la atención es la imposibilidad de adquirir los medicamentos prescritos por personal médico. Tanto beneficiarias como no beneficiarias afirmaron que en ocasiones no los pueden conseguir debido principalmente a la falta de dinero. Si no tienen no compran ninguno o sólo compran los que mitigan el dolor; si se tienen recursos económicos propios o

prestados se pueden adquirir todos. Esto sugiere una condición de vida precaria, de pobreza, que determina el actuar de las personas ante la resolución de alguna enfermedad). Asimismo, habla de la imposibilidad para adquirir medicamentos, expresado en una satisfacción relativa y parcial de la necesidad de salud por experimentar momentos de vulnerabilidad económica.

Aunque no se contempló indagar sobre este problema en un inicio, se consideró importante incluirlo posteriormente por tener relación con la manera como se enfrentan problemas de salud contando o no con recursos económicos suficientes. El apoyo económico no sólo se da en un nivel estrictamente familiar; trasciende a otro nivel de red social. Se recurre a personas conocidas no familiares que prestan dinero como apoyo para el pago de consultas o para la compra de medicamentos en casos graves o cuando no se tienen recursos. En uno de los casos donde existe apoyo económico de familiares migrantes se manifestó haber acudido al médico particular de Amecameca, para lo cual se pagaron cantidades desde seiscientos hasta mil doscientos pesos por consulta. En estas ocasiones el padecimiento que obligó de cierta forma a acudir con el médico particular fue considerado como grave.

Contar con apoyo económico posibilita hacer uso de otros servicios tales como médicos o clínicas particulares. Se tiene la idea de que existe cierta ventaja de estos servicios respecto a los públicos, pues implica obtener todos los medicamentos necesarios para aliviar la enfermedad. Este apoyo económico se identificó en tres personas de cada grupo. En ese sentido, pertenecer o no al programa no necesariamente implica tener o no el apoyo económico de remesas. De allí la importancia de analizar ambos grupos de personas. En otras palabras, se tiene el apoyo económico indistintamente de la pertenencia o no al programa. Esto muestra que aún dentro de los grupos de mujeres hay quien cuenta con este apoyo, se evidencia por tanto, que en cada grupo de mujeres hay quien atraviesa por la vulnerabilidad económica y quien no. En este caso, tanto beneficiarias como no beneficiarias experimentan este problema, la diferencia sin embargo es que

quien cuenta con el apoyo económico de remesas indistintamente de la pertenencia o no al programa, tiene más posibilidades de enfrentar de forma inmediata algún problema de salud.

¿Qué expectativas tienen las beneficiarias y no beneficiarias sobre la resolución de problemas de salud por parte de los servicios médicos públicos?

Sobre las expectativas que se tienen en cuanto a la resolución de problemas de salud por parte de los servicios médicos, algunas personas consideran que ésta es parcial. Otros testimonios se centran en la falta de insumos en el centro de salud.

"...Pues...yo pienso que a lo mejor algunos, pero no todos...bueno yo pienso, porque he escuchado, bueno a mi no me ha tocado, pero he escuchado allá cuando fui cuando llevé a mi esposo, he escuchado que algunas señoras...o sea...platicaban allá que no o sea, que no los podían atender allá y los mandaban a otro lado...ajá...o sea yo nomás escuchaba que las señoras platicaban que no los podían atender allá y los trasladaban a otro lado..." (Entrevista 8, beneficiaria de 38 años).

"...este centro de salud no cuenta con ningún tipo de... o sea le hace falta muchas cosas y eso es lo que a mi me gustaría que...que tuvieran el equipo que uno necesita, no cuenta con médico de las 24 horas..." (Entrevista 9, beneficiaria de 36 años)

"...pues a veces y a veces casi no...como le digo a veces luego no hay medicamento..." (Entrevista 11, beneficiaria de 49 años)

"...cuando va uno con cosas más complejas no tienen lo necesario para atendernos, pero por ejemplo con algo simple como son gripas, infecciones de garganta o del estómago si este...atienden y los

resuelven... pero no, por lo mismo de que no está resuelto, pero considero que no nada más es culpa de ellos (el personal del centro de salud) sino también de la economía..." (Entrevista 12, no beneficiaria de 24 años)

Estos testimonios amplían un poco más la visión sobre los obstáculos que la gente enfrenta para atender y, en su caso, resolver los problemas de salud. Pero también las formas de ver a la salud-enfermedad en sí misma. Ayudan, asimismo, a entender su percepción sobre las acciones en política social en condiciones socioeconómicas desfavorables.

Otro aspecto que llama la atención es que a pesar que no exploró la relación que pudiese haber entre el perfil de las entrevistadas y los conocimientos y prácticas en salud, enfermedad y su atención, se identificó información que da cuenta de esta relación. La persona cuya escolaridad es preparatoria terminada, fue la única persona cuyos conocimientos en salud se enfocaron en *sentirse bien, tanto física como mentalmente* (entrevista 12, no beneficiaria, 24 años). Por otra parte, la única persona adulta mayor de la muestra fue quien manifestó más padecimientos o enfermedades a diferencia de las demás mujeres (ver anexo 2).

Se reconoce que el concepto de representaciones sociales permitió identificar pistas e indicaciones sugerentes de lo que es la experiencia subjetiva de las beneficiarias y no beneficiarias en Nexapa. Los hallazgos de este estudio no son generalizables. Aquellos de orientación más empírica mantienen su validez en la medida que se refieren al contexto de Nexapa y el mundo subjetivo de las mujeres entrevistadas. La manera en que las mujeres dan cuenta de su experiencia sobre la salud, enfermedad y su atención, está estrechamente relacionada con sus condiciones de vida siendo o no beneficiaria. Uno de los aportes a la visión médico social radica en que a partir de representaciones sociales sobre salud-enfermedad y su atención fue posible identificar desigualdades socioeconómicas en cada grupo de estudio, así como desigualdades en la disponibilidad, acceso y calidad de la atención a la salud. Pese a que únicamente se exploró la experiencia en salud en mujeres de dos grupos y su posible relación con las condiciones de vida, se encontró evidencia de algunos conceptos relacionados con la calidad de la atención en los servicios de salud. Aunque este no fue un estudio en el que se estudiara la calidad de los servicios, se reconocen algunos fenómenos relacionados con esta tal como lo documentó Burgos y Paravic, (2003), largos tiempos de espera, mal trato y violencia hacia los usuarios de servicios, falta de medicamentos, por mencionar algunos.

Los largos tiempos de espera fueron evidentes en cuanto se preguntó si han tenido que esperar para ser atendidas en el centro de salud.

“...me dio coraje que llega uno y se sienta uno y...una hora ahí está uno o dos horas y a veces atienden bien...y se les hace fácil (decir)...no pues no hubo medicamento...” (testimonio anónimo de beneficiaria que decidió no participar)

“...ya...este...ya por mucho tarda unas dos horas para ser atendidos...” (entrevista 12, no beneficiaria, 24 años)

“...o sea, por decir me tocaba a la una y media la plática y no nos lo daba a esas horas por lo que ya salía a las dos y media de la tarde o

media hora, una hora se retrasaba y luego ya así uno le reclamaba..."

(entrevista 14, beneficiaria, 38 años)

"...sí, sí porque a veces mi mamá se tiene que ir al campo con mi papá, entonces yo soy la que me quedo a cargo de toda la casa, entonces se imagina tengo que dejar aquí casi cuatro horas...y me llevo a la niña pero ya se pone inquieta por las cuatro horas y tengo que regresar para hacer la comida o cualquier otra cosa que tenga que hacer y eso sí es mucho tiempo lo que pierde uno..." (entrevista 17, no beneficiaria, 32 años)

Asimismo, algunas personas argumentaron malos tratos por parte del personal médico o administrativo.

"...con esa si tuvimos mucho problemas, con la enfermera esa porque o sea, si nos quería gritar...pos ella tenía estudio y uno no o sea como le quería gritar a uno y pues tampoco ¿verdad? Porque pues no porque ella tenga estudio me va hablar como ella quiera pues no..." (entrevista 14, beneficiaria, 38 años)

"...Hay veces que están ya hartos de tanta gente y pues uno lo entiende porque pues es el único centro de salud y hay veces que si se hartan, se llegan a molestar...sabe que, ya no tengo tiempo...porque hay veces que no desayunan o no comen..." (entrevista 1, beneficiaria, 35 años)

"...después hubo otra ocasión que varias señoras estaban ahí y...es de eso mismo y nos poníamos a platicar y luego me comentaban que de que las operaban o así...entonces dice: pero no hubiera pagado eso y yo como no sabía pues pagué todo, entonces...este... yo y otra persona le fuimos a decir al cajero y dice, ahí dice....pues ya nos contestó mal, nos contestó mal y ya muchas personas...que este... así cuando llegamos a ir a la consulta eso es lo que comentan que... o sea ya es muy pesado el cajero...porque o sea luego, luego es muy

agresivo...y hay veces que pues algunas, porque como le digo que no son enfermeras que si tienen de planta, que nomás son pasantes pues hay unas enfermeras que son medias canijitas...pero pues yo si siempre así...luego les he dicho a mis compañeras con quien me toca en las pláticas...yo no, yo no...este...serán enfermeras pero así como me hablen, así les voy a hablar porque yo, porque tienen su trabajo ahí y nosotros venimos a las pláticas nos van a decir o nos van a tratar como ellas quieran, no...si ellas quieren ser bien tratadas, también así que traten a uno, pero así como me traten las voy a tratar y si le digo que tiene como tres meses que también así una enfermera como se que se quería pasar de lista con nosotros y no, yo si le dije y dice que me iba a reportar y le dije repórtame... Porque usted me dice algo y yo le digo la otra porque así como quieren que sean bienvenidas y todo, pues así también nosotros...". (entrevista 9, beneficiaria, 36 años)

También fueron evidentes otros aspectos tales como la politización del programa

"...ora hasta de la política ya lo metieron...el otro día que fuimos con Enrique Peña Nieto a Ameca y Chalco también me dijeron...dice...dijeron unas señoras...oiga señora usted de dónde viene?...le digo de San Pedro (Nexapa)...dice sabe que yo tengo un montón de hambre pero no nos podemos ir hasta que nos anoten porque si no dice...las doctoras ya nomás nos están checando si venimos a la campaña o no venimos y le digo por qué si esto es político...si de antemano la gente se comprometió a apoyar a la gente pobre...le digo no...y me dicen si, pero no y me dicen los doctores nos están checando y les digo no, no les tengan miedo y les digo a mi siempre me han visitado los de la prensa y se los voy a decir...y les digo no se anoten si tienen algo que hacer...y le digo es que ellos simplemente (los doctores) atacan a la gente y se supone que ellos son doctores...el gobierno les está pagando..." (testimonio anónimo de beneficiaria que decidió no participar)

A pesar de que no fue un estudio que explorara la operatividad de algún paquete del programa Oportunidades, se reconoce que las acciones llevadas a cabo por el personal médico parecen ser adecuadas. Algunas personas entrevistadas tienen concepciones positivas sobre el personal médico local y de otros servicios de salud, no todo es *negativo* en los testimonios.

"...¿con quién van a pasar? con el doctor Fajardo...pero la doctora no tiene a nadie...si pero queremos con el doctor Fajardo porque ya le agarraron fe y la doctora apenas llegó, entonces ese es el problema...la doctora tiene como...yo creo que unos tres meses...hay precisamente un doctor que ya tiene tiempo acá, la gente le tiene fe porque si funciona..."

(entrevista 1, beneficiaria, 35 años)

"...yo con el doctor que voy si es muy amable, porque ya ve que hay otros que tratan muy mal..." (entrevista 14, beneficiaria, 38 años)

"...y por eso le digo si dan buen servicio no se queja uno de eso porque el doctor si da buen servicio...es muy amable el doctor Fajardo..."
(entrevista 3, beneficiaria, 52 años)

"...le digo a mi señor, la doctora es bien buena y todos los doctores que están en la terapia y con otro doctor que voy...en el hospital de Toluca... luego me voy al centro de salud que está por Neza, también la doctora es buena, le tengo fe, es buena doctora..." (entrevista 7, no beneficiaria, 66 años).

Discusión.

A lo largo de este trabajo se identifica un componente de la realidad social de Nexapa: en el ámbito de las condiciones objetivas de vida, la característica central de algunas mujeres entrevistadas es la pobreza. Paralelamente, es evidente que quien cuenta con remesas tiene más ventajas (principalmente económicas) para resolver problemas de salud, a diferencia de quien experimenta vulnerabilidad económica. En ese sentido, se reconoce que el programa satisface de manera diferencial la necesidad de salud, si tomamos en cuenta las condiciones de vida de las personas como parte de los determinantes sociales en salud, enfermedad y su atención y, por otro lado, la pertenencia o no al programa. A pesar que el programa argumenta en su discurso que quienes sean pobres extremos dejarán de serlo al satisfacer necesidades entre ellas la salud, en el caso de las mujeres entrevistadas en Nexapa no se está cumpliendo con la condición de satisfacer cabalmente la salud de las beneficiarias. Esto se aprecia en la experiencia de la búsqueda de soluciones ante la enfermedad. Un ejemplo de ello (indistintamente de pertenecer o no al programa, es decir, tanto beneficiarias como no beneficiarias) es solicitar dinero a alguien para atender la necesidad de salud. La precariedad se evidencia, también, por el hecho de que las personas recurren a la automedicación, utilizan alguna preparación casera o tradicional, o buscan atención fuera de su comunidad, ya sea en distintos municipios conurbados de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México o en el mismo Distrito Federal.

La necesidad de salud de las mujeres entrevistadas se satisface de forma limitada y parcial. Contar con recursos económicos no necesariamente implica satisfacer la necesidad de salud, porque existen otras necesidades que también deben ser atendidas, como la alimentación o los gastos escolares de los hijos. Otra limitante está dada por la falta de calidad y la disponibilidad de los servicios médicos. Contrario a lo que el discurso oficial comúnmente sostiene, la necesidad de salud no se satisface cabalmente por el hecho de pertenecer al programa; se satisface parcialmente. La satisfacción de otras necesidades resta, por decirlo de alguna forma, la capacidad personal de satisfacer la salud de manera más integral. Las

condiciones que inciden de alguna forma en la búsqueda de solución a problemas específicos tienen que ver con la pobreza económica de manera importante y con la falta de empleos de algunas parejas de beneficiarias y no beneficiarias. La utilización de servicios de salud, la adquisición de medicamentos, la automedicación y el uso de prácticas médicas tradicionales se determina en parte por la cantidad de recursos económicos con que se cuenta.

El actuar ante la enfermedad también está determinado por la gravedad del padecimiento o los síntomas, por el conocimiento y uso de métodos tradicionales de curación, por la disponibilidad de los servicios de salud (horario, personal, disponibilidad de medicamentos, atención diferencial a beneficiarias y no beneficiarias); la accesibilidad al centro de salud (en el caso de las personas no beneficiarias), las restricciones económicas para adquirir medicamentos y el conocimiento de la enfermedad. Contar con apoyo económico de familiares migrantes es tener más posibilidades de resolver problemas de salud personales y de otros miembros en el hogar de una forma más completa o integral.

Aunque este estudio no tuvo un enfoque de género, se identificó información con algunos matices que pueden contribuir para estudios que manejen esta categoría. Un aspecto relevante en ese sentido es la participación que tienen las mujeres en diferentes actividades dentro y fuera del hogar. Por ejemplo, aparte de las labores domésticas participan en labores de campo, en labores de recolección de hongos principalmente en temporada, leñar en el monte, preparar alimentos, cuidar y atender la salud personal y la de los demás integrantes de familia, al mismo tiempo que (en el caso de beneficiarias) tienen que acudir a consulta cada mes, a las faenas, las pláticas, entre otras actividades. Esto nos da un panorama que es incluso mucho más amplio y complejo de lo que se indagó en este estudio. Parece que los esfuerzos por comprender ciertos significados y actitudes son limitados en la medida que sólo se logra estudiar una porción de la realidad en un momento histórico determinado. Obligándonos de cierta forma a profundizar sobre

fenómenos particulares relacionados con necesidades específicas de diversos grupos sociales.

Los conocimientos que se tienen sobre salud y enfermedad tienen dos vertientes; una subjetiva y otra de grupo. Cada persona tiene conocimientos particulares, pero en algunos casos similares a otros, sobre el significado de lo que es la salud y la enfermedad. Existe, asimismo, la reproducción de un discurso impuesto desde la lógica de un programa asistencial, como es el caso de Oportunidades. Algunas beneficiarias comentan lo que han aprendido en las pláticas del programa y en ocasiones estos conocimientos adquiridos son transmitidos a personas conocidas o familiares que no son beneficiarios.

Comentarios finales

Como se aprecia, este estudio no solo aporta información relacionada con los conocimientos y las prácticas en salud, enfermedad y su atención en relación con las condiciones de vida. Las condiciones restringidas de vida determinan la satisfacción de la necesidad de salud en los grupos de mujeres entrevistadas de una manera *diferencial* por condición de grupo (beneficiarias y no beneficiarias) y, por otro lado por las condiciones de vida existentes en San Pedro Nexapa. Por ejemplo: la falta de empleo deriva en la merma o ausencia ingresos económicos que, a su vez, imposibilita a algunas mujeres la compra de algunos o todos los medicamentos descritos por algún tipo de personal médico, así como la utilización de algunos servicios de salud. En ese sentido, la vulnerabilidad económica define en parte su determinación social sobre el actuar de las mujeres entrevistadas sobre la atención a la salud y la enfermedad. Se reconoce que esta práctica es una tarea asumida y asignada principalmente a la mujer. Las representaciones sociales sobre la salud, la enfermedad y su atención de las mujeres entrevistadas están ligadas a las condiciones de vida existentes en la localidad.

La exploración de algunas representaciones sociales y su relación con algunas condiciones de vida permitió identificar otras categorías discutidas desde la óptica médico social tales como, género o satisfacción de servicios

de salud, por mencionar algunas. En ese sentido, puede decirse que el estudio de ciertas representaciones sociales posibilita la identificación de categorías, enfatizando la necesidad de enriquecer el pensamiento médico social.

Los hallazgos de este estudio aportan pistas que pueden explorarse más a fondo.

Con parte de la información obtenida en este estudio se reflexiona lo siguiente: ¿cómo viven el proceso salud-enfermedad-atención no sólo las mujeres, sino también los varones? ¿cómo influyen las condiciones de vida en la satisfacción de otras necesidades tales como, la alimentación, el vestido o la educación? ¿de qué forma influye la satisfacción de otras necesidades sobre la satisfacción de la necesidad de salud?. Pareciera que el reto de explorar fenómenos relacionados con la salud, la enfermedad y su atención no es limitado en la medida que se contemplen las condiciones de vida de cada región o territorio, así como la diversidad de contextos sociales y económicos existentes en México.

Bibliografía consultada y referencias

1. Adato, M., Coady, D., Ruel, M. (2000). "*Evaluación de operaciones de Progresá desde la perspectiva de los beneficiarios, las promotoras, directores de escuela y personal de salud: informe final*". en PROGRESA Report Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute (IFPRI). pp 88.
2. Araya, S. (2002). "*Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. En: Cuaderno de Ciencias Sociales*". No 127. Disponible en: <http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf>
3. Banchs, M. (1999) "*Representaciones sociales, memoria social e identidad de género*". ponencia presentada en el XXVII congreso interamericano de psicología. Caracas, Venezuela.
4. Berger, P., Luckman, T. (1991) "*La construcción social de la realidad*". Buenos Aires: Amorrortu.
5. Blanco J. López, O. (2007) "*Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en reconstrucción*". En Temas y desafíos en salud colectiva, 1ª edición.
6. Breilh, J. (1994) "Prevención profunda, biológico y lo social". OPS/OMS Washington DC. EUA.
7. Bronfman, M., Castro, R., Zuñiga, E., Miranda, C. y Oviedo, J. (1997) "*Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios*". Salud pública de México, vol. 39, no. 5, septiembre-octubre.
8. Burgos, M., Paravic, T. (2003) "*Violencia Hospitalaria en pacientes*". Ciencia y Enfermería. Concepción, Chile.
9. Castro, R. (2000) "*La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*". Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. UNAM.
10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), Artículo 4º.

Capítulo I De las garantías individuales. Disponible en:
info4.juridicas.unam.mx/juslab/leylab/250/5.htm

11. De la Peña, G. (1981) *"Los estudios regionales y la antropología social en México"*, Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad, El Colegio de Michoacán, II, 8. (También en Pérez Herrero, Pedro (comp.) (1991) *Región e historia en México*, México: Instituto Mora / UAM.
12. Dieterlen P. (2001) *"Derechos, necesidades básicas y obligación institucional"*. En publicación: *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
13. Doyal, L. Gough, I. (1994) *"Teoría de las necesidades humanas"*. Barcelona, Icaria
14. Escobar, A. (2000) *"Progresas y el bienestar de las familias: los hallazgos, en Progresas. Evaluación y resultados del programa de Educación, Salud y Alimentación. Impactos a nivel comunitario"*. México: Sedesol, pp. 3-31.
15. Escobar, A., González de la Rocha, M. (2002) *"Evaluación cualitativa del programa de desarrollo humano Oportunidades: seguimiento de impacto 2001-2002, comunidades de 2,500 a 50,000 habitantes"*. Análisis del impacto del programa Oportunidades en términos de mejores condiciones de vivienda, salud y situación laboral de los beneficiarios del programa. Secretaría de Desarrollo Social, 2004, c2004 ISBN 968-838-544-1 Vol. 3. Serie (Documentos de Investigación SEDESOL 3)
16. García, S., Valencia, E. (2003) *"Las representaciones en torno al Progresas-Oportunidades en Santiago Mexquititlán"*. En *Pobreza y bienestar: nuevos debates interdisciplinarios*. Universidad de Guadalajara.
17. Hernández, B., Meneses, F., Baltasar, M., Téllez, M., Hernández, M. (2003) *"Evaluación del cumplimiento de metas, costos y apego del Programa OPORTUNIDADES a las reglas de operación"*. en *Evaluación de resultados del impacto del programa de desarrollo humano Oportunidades*. Instituto Nacional de Salud Pública, México.

18. Hernández P., Zapata, O., Leyva, R., Lozano, R. (1991) *"Equidad y salud: Necesidades de investigación para la formulación de una política social"* Salud Pública de México Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10633103>> ISSN 0036-3634
19. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005) "II Censo de Población y Vivienda. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/cepo2005/iter2005/consultafiltro.aspx>
20. Jodelet, D. (1984) *"La representación social: fenómenos, concepto y teoría"*. En Serge Moscovici (compilador). Psicología social II. Barcelona: Paidós.
21. Neef M., Elizalde, A., Hoppenhayn, M. (2001) *Desarrollo a escala humana: algunas proposiciones*. Ecoportal.net: el directorio ecológico natural. <http://www.max-neef.cl/libros/Desarrollo/indice/index.html>.
22. Millán H. (2001) *"Política social y teoría de la justicia. Los fundamentos del combate a la pobreza extrema en México"*. En Economía, sociedad y territorio, vol.III, núm. 9, 63-92.
23. Mora, M. (2002) *"La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici"*. Athenea Digital, N°2. Disponible en: <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>.
24. Moscovici, S. (1984). *"Psicología social II"*. Barcelona: Paidós.
25. Nussbaum, M. (1998) *"Capacidades humanas y justicia social. En defensa del esencialismo aristotélico"*, en Riechmann, Jorge (comp.) *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad* (Madrid: Los Libros de la Catarata)
26. Peñarrieta, I. (2005) *"Introducción a la investigación cualitativa"*. Editores de textos mexicanos, Universidad Autónoma de Tamaulipas.
27. Sen A. (1998) *"Sobre Conceptos y medidas de Pobreza"*. Comercio Exterior, vol. 42, núm. 4, México.
28. Skoufias, E. (1999) *"¿Está dando buenos resultados Progresar?"*. Síntesis de la evaluación de impacto. Informe de los resultados obtenidos de una

evaluación realizada por International Food Policy Research Institute (IFPRI).

Anexo 1. Guía de observación y entrevista

Guía de observación

1. ¿qué actividades realizan las mujeres entrevistadas?
2. ¿qué actividades realizan los varones con algún parentesco con las mujeres (esposos, parejas)?

Guía de entrevistas

1. ¿Para usted que es la salud? ¿Qué entiende usted por salud?
2. ¿Para usted que es la enfermedad? ¿Qué entiende usted por enfermedad?
3. ¿Usted se ha enfermado últimamente? ¿de qué?
4. ¿Qué hace por su enfermedad?, ¿Cómo se trata?, ¿Qué hace cuando se enferma?
5. ¿Usted cree que la clínica o centro de salud de la localidad resuelve problemas de salud de las personas? ¿Usted cree que sus problemas de salud están resueltos?
6. ¿Alguna vez no ha podido comprar medicamento? ¿Se ha encontrado en alguna situación en que no haya podido comprar medicamento?
7. ¿Cuándo usted se enferma y acude a algún servicio de salud qué es lo que hacen, como la atienden regularmente?

ANEXO 2. Matrices de información sobre conocimientos en salud, enfermedad y su atención.

BENEFICIARIAS	Significados sobre salud (conocimientos)	Significados sobre enfermedad (conocimientos)	Enfermedad o padecimiento actual.	Actitud ante enfermedad
Entrevista 1 FM	Mantener bien el cuerpo, alimentarme bien, hacer ejercicio, tener higiene.	No vacunar a los niños, no tener higiene.	Diarrea, vómito	Automedicarse, ir al centro de salud, ir con particular, práctica tradicional.
Entrevista 2 FM	Alimentarme bien, ir al doctor, vitaminarse.	Tener dolor estomacal, de espalda, pies, cintura. Tener gripa o calentura.	Diabetes mellitus tipo II	Ir al centro de salud, ir con particular.
Entrevista 3	Estar bien, estar contentas	No comer bien, tener dolor de pies, cabeza, no tener ganas de hacer cosas, no estar contentas.	Dolor de pulmones y tuvo problemas de vesícula biliar hace más de un año.	Ir al centro de salud, hospital de Ameca, práctica tradicional
Entrevista 8	Tener higiene personal y en preparación de alimentos	Tener infecciones, diarreas.	No se ha enfermado desde hace más un año.	Ir al centro de salud, automedicación.
Entrevista 9	Tener higiene personal y con alimentos, estar bien.	Estar triste.	No se ha enfermado desde hace más un año.	Ir al centro de salud
Entrevista 11	Estar bien del cuerpo	Estar triste, no tener ganas de convivir	Presión alta	Ir al centro de salud o acudir con médico particular
Entrevista 14 FM	Es un bien, es la prevención de enfermedades.	Algo malo, no estar contentas, no tener ganas de platicar.	No, pero tiene una especie de infección en la cara desde hace 4 meses.	Ir a hospital general, ir al centro de salud.
Entrevista 15	Lo más importante en nuestra vida, la mejor manera de estar en la vida.	Algo malo, algo muy triste.	No, sólo una herida en párpado por accidente.	Ir al centro de salud, automedicarse.

NO BENEFICIARIAS	Significados salud	Significados enfermedad	Enfermedad o padecimiento actual.	Actitud ante enfermedad
Entrevista 4	Estar bien, tener higiene, ir al doctor	Cuando se va con el doctor.	No se ha enfermado	Automedicación
Entrevista 5	Tener higiene personal y con los alimentos.	Cuando da los, catarro, duele el estómago, tener diabetes, hepatitis.	Gripa	Automedicación, acude con otro personal médico
Entrevista 6	Estar bien, no tener enfermedades	Tener dolor de cabeza, no sentir el cuerpo.	Presión alta (HTA)	Ir al centro de salud
Entrevista 7	Estar sanos, que no duela nada	Desconoce	Gastritis, colitis, colesterol, desgaste de rodillas.	Hospital de Toluca, centro de salud en Neza, hospital general en DF.
Entrevista 10 FM	Algo que está bien, sentirse con ganas de hacer cosas	Estar triste, no tener ganas de hacer cosas.	Gripa	Doctor particular en Ameca, automedicación
Entrevista 12	Que los organismos trabajen adecuadamente, que uno se sienta bien física como mentalmente.	Que los órganos no estén trabajando como se debe y que afecte al desempeño.	Tuvo disentería hace más de un año y actualmente tiene quistes en los ovarios.	Ir al centro de salud, con particular
Entrevista 13 FM	Tener higiene personal, prevenir accidentes.	Cosa mal, algo que no debería estar.	No se ha enfermado	Automedicación, ir al centro de salud
Entrevista 16 FM	Estar bien, ir con el doctor.	Algo malo y triste, no acudir al doctor.	Gripa	Ir al centro de salud, automedicarse
Entrevista 17	Estar bien, no enfermarse.	Tener gripa y sus síntomas, sentirse mal, sentirse agotado.	Gripa	Ir al centro de salud, automedicarse, utilización de preparaciones caseras

Anexo 3. Transcripciones de las entrevistas de beneficiarias (B) y no beneficiarias (NB).

Significados sobre salud

¿Para usted que es la salud? ¿Qué entiende usted por salud?

B1. *Pues para mí la salud es mantener bien el cuerpo, o sea alimentarme bien ¿no? Alimentarme bien, hacer ejercicio, tener limpio, este...por ejemplo, la casa, los sanitarios, todo eso es salud para mí.*

B2. *Pues que este uno bien alimentada...este...a checarsé al doctor para que tenga una buena salud...vitaminarse...este...pues también constantemente al doctor para que estemos bien de salud...comer verduras...comer frijoles, lentejas, habas...todo eso para que tengamos buena salud.*

B3. *Este...el estar bien, estar contentas de salud, pues que nos duela nada. Es lo que yo entiendo que es la salud.*

NB4. *Más que nada estando bien, con limpieza todo. Ir al doctor.*

NB5. *Este...yo entiendo que la salud es, bueno hacer las cosas con limpieza y bueno si...cuando los niños van al baño lavarse las manos y antes de comer...este... también lavar las verduras, las manzanas, los plátanos...los niños para que no se enfermen...bueno yo...para mí eso es la salud o que esté uno bien de salud eso deberíamos hacer.*

NB6. *Pues...estar bien...que no tenga uno...bueno enfermedades*

NB7. *Pus que esté yo sana, que no me duela nada. Pero yo en octubre empecé estar mal de mis rodillas me duelen mucho mis rodillas y estuve yendo con doctores en México y nada más me daban algunas pastillas para que se me iba a*

quitar el dolor, pero nunca me hicieron análisis de nada y yo no sentía que se me quitara nada... a lo contrario sentía yo que más y más y más entonces ya le platiqué a una hija de Morelia y me dijo que me fuera yo para allá para que...este...ella me iba a llevar con un doctor, un hospital bueno que había y fui y me checaron las rodillas y me dijo el doctor que se me iba a ir quitando y no, no se me quitaba y luego se me complicaron las enfermedades, se me hincharon los pies, me enfermé de los riñones, entonces no...este...no vi nada de mejoría, nada nada de mejoría, entonces ya me fui para Toluca y allá me llevaron al hospital de Toluca y ahí me estoy tratando y...este...estoy en tratamiento y me preguntó la doctora que como me siento y le dije que todavía me siento igual entonces me dijo que necesito que me van hacer cirugía...pero yo me da miedo porque dicen que luego uno no queda bien...que luego no camina uno y yo ahorita pues, hasta luego no puedo dormir porque pienso, yo me gusta andar pa'ca o pa'lla...porque vendo una poquita de ropa de eso me mantengo, porque a mis hijos no les puedo pedir ya porque así no tienen a veces lo suficiente...si me ayudan algo, como ahorita me han ayudado, porque ve que yo no puedo trabajar...y mi hermano también ha estado hablando por teléfono y dice...esta bien eso que te van hacer dice, porque yo me siento mal, que no hago nada, me aburro mucho...por eso la gente dice que si está bien que me haga eso.

B8. O sea pues la salud, es tener limpio, lavar las cosas...o sea...los alimentos que comemos, lavar las frutas las verduras, o sea para que tengamos higiene y para que estemos bien de salud...para no enfermarnos tanto porque ya ve que si no lavamos eso nos puede venir una infección....

B9. Pues...para mi la salud pues es...este...más que nada cuidarnos nosotros...este...también que aiga mucha limpieza en la casa y también cuando se preparan los alimentos, hacerlos con mucha higiene, también los utensilios lavarlos antes de usarlos, porque aunque se lavan antes, pero siempre se llenan con el polvo...pues darles otra enjuagada cuando se van a necesitar

NB10. Pues yo creo que es algo...este...algo que está bien porque pues el cuerpo se siente sanamente...y pues me siento con ganas, con actividades que pueda hacer, realizar más con fuerza.

B11. Pues es este...estar bien del cuerpo, no tener enfermedades...es lo básico que entiendo de eso.

NB12. Como es...que los organismos trabajen adecuadamente, este pues...que también uno se sienta bien física como mentalmente

NB13. Pues para mí la salud algo que, o sea que para que los niños que no estén enfermos, que estén sanos, también que tengamos que tener cosas limpias para cuando les damos de comer o que se les laven las manos antes de comer, que no agarren cosas que ellos se vayan a lastimar, pues creo que para mí eso es la salud.

B14. Pues para mí es un bien porque ahí aprendemos muchas cosas por el cual deben prevenir las enfermedades.

B15. Pues para mí...yo pienso que...este...es muy importante más que nada ¿no? la salud y pues...este...yo creo que pues es la mejor manera de estar porque por ejemplo que si nos enfermamos es muy triste...ajá entonces este pues la salud es lo más importante en nuestra vida.

NB16. De nosotros ¿no? que no nos enfermemos, o sea que estemos bien, nos revisemos cada...bueno o sea uno de mujer pues tiene que ir más al hospital.

NB17. Es estar bien para que el cuerpo esté sano y no tener ninguna enfermedad.

Significados sobre enfermedad

¿Para usted que es la enfermedad? ¿Qué entiende usted por enfermedad?

B1. Pues enfermedad todo lo contrario, sería pues...no vacunar a los niños, ve que luego pasan a vacunar y uno dice *no porque se enferman*...porque no quiere uno. Pues este...no asear a mi niño, tenerlo todo sucio, no bañarlo, dejarlo que juegue en cualquier lugar así nomás, o sea no tenerle cuidados.

B2. Pues...que nos duele el estómago...que...este...que nos duela la espalda, la cintura, los pies...eso es enfermarse...tener gripa, calentura...este...pues...también del estómago luego que duele muy feo, también...eso es enfermarse también.

B3. Bueno también como nos han dicho que está uno enfermo psicológicamente, también puede estar uno enfermo psicológicamente, a veces siente uno algo de dolor o...así ya está uno con esa imaginación que...este...me duele...me duele todo mi cuerpo...me siento mal y no tengo alguien que me ayude...está uno psicológicamente enfermo. Porque...este...ya no es la enfermedad que tiene uno sino la obsesión de estar enfermo pero, también enfermo...pues entiendo pues estar mal, no comer bien, este le duelen a uno los pies, la cabeza, entonces...este...pues no está uno contenta, no come uno bien...no...pus eso nomás no tiene uno ganas de nada. Pero cuando esta uno bien...tiene uno ganas de hacer el quehacer...hacer la comida, ir a lavar...todo eso...estamos contentas.

NB4. Estar más o menos...ir con el doctor de vez en cuando. Checarse.

NB5. ¿Pus cuando les da tos no? catarro, bueno les duele el estómago, les da diarrea. Cualquier enfermedad como la diabetes, hepatitis, este pues si otras enfermedades que son más fuertes.

NB6. : Pues...como yo ahorita padezco de la presión alta...me duele la cabeza...me siento sin el cuerpo

NB7. No se decirle.

B8. O sea, pues yo pienso que como las infecciones, como por ejemplo que nos agarra diarrea, ve que luego nos agarra una diarrea, o sea por infección de eso

B9. Pues para mi sería muy triste estar enferma, porque pues dependiendo la enfermedad y luego a veces no tiene uno este...suficiente dinero para acudir a un doctor...o a veces acude uno...como está la clínica de acá del centro de salud, pero no tienen lo necesario, no tienen el medicamento que uno quiere o...los aparatos que uno quiere uno...y yo ya estuve enferma.

NB10. Enfermedad yo creo que es algo...se podría decir triste porque pues la verdad pues todo sin ganas, este...triste porque pues así mire ni para salir a pasear porque me siento mal en mi misma.

B11. Pues estar triste, no tener ganas ora si que de no hacer nada, de no convivir con la familia.

NB12. Pues que los órganos no estén trabajando como se debe y que afecte al desempeño.

NB13. Para mi significa cosa mal, porque para mi nunca quisiera que se enfermaran mis hijos ni nada, yo quiero que...para mi la enfermedad que nunca estuviera cerca de mis hijos por eso los cuido mucho, le doy cosas como verdura o así, cosas que le hagan provecho a ellos.

B14. Pues el estar enfermo, pues nosotros nos han explicado que cuando los niños por decir tienen mucha temperatura, que es lo que nosotros debemos hacer

de ellos o sea, que les demos cuando tienen temperatura, cuando tienen la temperatura respiran muy fuerte, este...se le sumen acá las costillitas (señalando las costillas) cuando ya la temperatura la tienen muy elevada.

B15. Pues yo creo que una cosa muy triste ¿no? luego a veces por ejemplo...este...llegamos a...nos llegan a detectar algo que es muy malo y ya o sea desde ese momento uno empieza a estar muy triste con esa enfermedad porque pus...bueno por ejemplo yo nunca me he enfermado pero yo creo que si algún día me llegara yo a enfermarme de algo que sea muy malo, yo creo que si sería muy triste...y no gracias a dios no... hasta ahorita no, no me he enfermado así que digamos que me han detectado algo malo, pero pues yo creo que la enfermedad si sería muy triste, muy triste.

NB16. Malo y triste porque pus hay muchas personas que ya no tienen...así curación, tristeza también por ya no se componen...y todo pasa eso por...bueno no irse a checar o sea...a la mera hora decimos que no nos duele nada y luego salimos con cualquier enfermedad y es donde uno después...

NB17. Yo pienso que es algo que tiene del cuerpo que reacciona uno a estornudos por ejemplo en la gripa ¿no? los estornudos yo pienso que eso es la enfermedad...de sentirse mal, agotado, qué se yo.

Enfermedades y padecimientos presentes

¿Usted se ha enfermado últimamente?

B1. Si del estómago también, tuve diarrea, vómito.

B2. Yo...este...ahorita me enfermé de la diabetes...de la diabetes y si es muy feo porque da mucha sed...este...aunque coma uno se va uno se va uno delgadeciendo mucho...entonces si...se siente uno mal.

B3. Sí, yo nomás me duelen mis pulmones...los siento cansados, adoloridos, como que si alguien me aiga pegado, me siento toda apaleada, es lo que siento de mis pulmones...y nomás eso porque otra cosa no me duele.

NB4. No

NB5. Si de...tiene como dos meses, si de lo de la gripa.

NB6. Padezco de la presión alta

NB7. Pues tengo gastritis, colitis pero eso porque luego ando comiendo cosas así y pues ya...me siento mejor porque tenía colesterol pero ahorita con la dieta que llevo, porque yo estaba gorda...tenía varios kilos y ahorita si me he sentido mejor del colesterol y la gastritis, pero yo en octubre empecé estar mal de mis rodillas me duelen mucho mis rodillas y estuve yendo con doctores en México y nada más me daban algunas pastillas para que se me iba a quitar el dolor, pero nunca me hicieron análisis de nada y yo no sentía que se me quitara nada y luego se me complicaron las enfermedades, se me hincharon los pies, me enfermé de los riñones.

B8. Pues hay veces que de gripa nada más...pero pues hasta ahorita gracias a dios de otra enfermedad no, pues no...no he conocido

B9. Este...pues hace un año de que me operaron... este...de una úlcera (en el cuello de la matriz).

NB10. Pues yo...de gripa, lo normal...este...pues una vez tuve una infección (de vías urinarias) durante mi embarazo

B11. Si yo si...luego padezco de mi presión mjù...o luego que me agarra gripa, que me duelen los huesos, me duele la cabeza.

NB12. He tenido disentería y también he estado...este...me ha estado fallando...este...un poco la matriz...es que lo que pasa es que apenas este...tuve una ulcera en la matriz y...este...me estuve también controlando para planificar mi familia pero creo que eso tuvo repercusión porque creo que...este...me ha creado unos pequeños quistes en los ovarios.

NB13. No

B14. Pos hasta orita no...namás de la vista que me enfermé

B15. No...no hace como cuatro años me detectaron nada más una ulcera en la matriz, pero me...este...gracias a dios me la detectaron a tiempo y me la quemaron, ajá y desde ese momento pues gracias a dios no me he sentido mal y a pesar de que tenia eso pues no, no me sentía mal. nada más de lo del golpe que tuve y me abrí esta herida y nada más, ajá

NB16. No

NB17. Si me enfermé de gripe.

Quehacer ante enfermedades (actitud)

¿Qué hace por su enfermedad?, ¿Cómo se trata? O ¿qué hace cuando se enferma?

B1. Pues este, mi mamá me hizo un suero y este, les dieron un medicamento para la infección. De medicamento me dieron naproxeno, se llama naproxeno. Sirve para la infección y para cualquier tipo de dolor y pues nada más recetan porque en

ese centro que tenemos nosotros, no hay medicamentos ni nada...voy y le platico y me revisan...hay doctores, enfermeras y simplemente voy y me revisan que tengo...*tiene una pequeña infección y...este...le vamos a recetar porque no le vamos a dar...no hay medicamentos...*pues según manda nada más poco el gobierno casi siempre...no hay posibilidad de que esté llena la farmacia.

B2. Pues ahorita llevo un tratamiento...este...me dan pastillas y más que nada vitaminas. pues...siento que me la controlan porque ya no voy mucho al baño...ya no me da sed...y ya no me endelgadezco más...cuando está controlada...pero cuando me siento mal...es que otra vez ya tengo el azúcar.

B3. Fui al doctor aquí en Ameca con el similar y este entonces si fui al médico y me dijo que tenía yo muy delgados los pulmones porque he trabajado mucho y era falta de vitaminas...porque no me he puesto vitaminas para reforzar los pulmones y me dio una medicina para que se fortalezcan mis pulmones, también unas pastillas para que me quite el dolor y ya no me moleste.

NB4. Me tomo unas aspirinas o sal de uvas

NB5. Pues me...mi esposo me dio una pastilla, este me dio...bueno si como no acostumbramos luego...pus tomate esto, tomate una aspirina un xl3, pero no, no se me cortó o sea no me hicieron las pastillas. Me pusieron una inyección de penicilina. Aquí la señora que inyecta, aquí doña Lupe.

NB6. Ir a consulta cada mes

NB7. Me fui al doctor allá a México y...este...me dieron unas ampolletas y pastillas y si se me quitaba un poco, pero después ya no. Hago ejercicios...me mandaron con una terapia que haga ejercicios yo diario y ya la primera vez me hicieron como que yo los hiciera y me preguntaron que como me sentía y dije que igual y me mandaron a hacer otros y sigo igual, sigo igual...fíjese que hay veces

que camino un poco más en las mañanas y hay días que no nomás salgo nomás al baño y luego me duele y ya no puedo caminar bien

B8. Pues nada más me tomaba las pastillas estas que venden...contac o xl3, así me las tomaba con jugo de limón.

B9. Fui al centro de salud de acá y este...me hicieron el papanicolau y entonces me dijeron que salí mal, entonces me mandaron al hospital de ahí de Ameca y fui y me dijo el doctor que ya era cosa de operación, ya lo más rápido que se pueda y ya luego me operó luego luego a los ocho días, no me mandaron sacar estudios ni nada porque ya estaba muy avanzado...entonces fui...fui y si me operaron y este...fue porque era una úlcera que ya estaba muy grande...ajá ya estaba muy grande, entonces pus si me la quitaron y de ahí volví a ir al mes y medio a la consulta y otra vez me tuvieron que operar porque me dijeron que había quedado un pedacito...un pedacito y me volvieron a operar y ya hice un año que me operaron.

NB10. Pues fui con un doctor particular en Ameca

B11. Voy al centro de salud...porque los otros ahí es donde van o cuando no, nos vamos con el doctor particular.

NB12. Pues, recurrí a la clínica (Centro de Salud de Nexapa)

NB13. Este...me compré una pastillita de graneodín y nada más.

B14. Me fui hasta México a un hospital, especialmente para lo de la vista

B15. Pues nada más me lavé con agua y jabón, es ese momento que me corté me lavé con agua y jabón y hasta que se me parara la sangre y me pusieron alcohol y

nada más hasta ahí, hasta ahí se quedó...ya no fui al centro de salud porque no abre, ajá aquí en este no abren ni sábado ni domingo

NB16. Pus a veces voy a la clínica y a veces...nomás tomo cual...bueno así un medicamento pa la gripa aquí.

NB17. Me tomé nada más un té de canela...ya a otro día fui a la clínica, fui aquí al centro de salud a consulta

Atención en servicios de salud

¿Cuándo usted se enferma y acude a algún servicio de salud qué es lo que hacen, como la atienden regularmente?

B1. Pues nada más recetan porque en ese centro que tenemos nosotros, no hay medicamentos ni nada...voy y le platico y me revisan...hay doctores, enfermeras y simplemente voy y me revisan que tengo...*tiene una pequeña infección y...este...le vamos a recetar porque no le vamos a dar...no hay medicamentos...*pues según manda nada más poco el gobierno casi siempre...no hay posibilidad de que esté llena la farmacia.

B2. A veces no hay medicamento, porque nomás nos hacen la receta y compramos el medicamento porque por lo regular no hay medicamento.

NB4. Tuve que comprar el medicamento porque sólo lo recetan

NB5. bueno aquí en la clínica también vamos...cuando el se enferma mi niño luego lo llevo y allá si nos cobran 24 pesos y luego nos recetan el medicamento porque no hay...o sea...no hay...luego a veces...tiene que comprar esto porque no hay... le digo que falla el medicamento...que luego no hay

NB6. Pues cuando tienen me dan medicamento y cuando no lo compro

NB7. Pues me recetó la doctora y me mandaron hacer terapias y me recetaron y me dieron la medicina (acudió al hospital de Toluca y allí si le dieron medicamentos)

B8. O sea pregunta el doctor si no me duele algo o así y le digo que no porque no me duele nada y pues no, no nos da medicamento...y yo creo que aunque le dijera...no hay...este...así medicamento, no hay, es lo que hace falta también acá nada más nos lo recetan y nosotros lo debemos de comprar.

B9. No tienen lo necesario, no tienen el medicamento que uno quiere o...los aparatos que uno quiere uno...y yo ya estuve enferma y pues este... o sea mandan a otros hospitales que no son los de aquí, sino que mandan a hospitales de Ameca, ahí todas las medicinas las tuvimos que comprar...ajá...ya me dieron un medicamento, pero ya este la última vez que fui a la consulta, me los dio el doctor...eso...pero todo lo demás lo tuvimos que comprar nosotros.

NB10. Aquí en las clínicas casi no atienden bien o nada más sienten el estómago y recetan las pastillas y a veces no la atienden de lo qué es...

B11. Si nada más ven que cosa es lo que tenemos porque casi aquí en nuestra clínica si, no hay medicamento...ajá...entonces luego nomás vamos y luego nos dicen: que se compre esto, que se compre lo otro, bueno lo que nos recetan y ya nos los compramos y ya...nos dan (recetan) que penicilina, que ampicilina, suspensión para el dolor de estómago o de dolor de cabeza, tabletas

NB12. Como le podré decir...la atención fue la adecuada nada más que tenemos el problema de que a veces, bueno...nosotros recurrimos a la clínica porque no tenemos recursos para acudir con un doctor particular y a veces los medicamentos

que uno requiere no los hay en la clínica y tiene que comprarlos en otra parte y a veces...este...están muy, son muy costosos

NB13. Cuando fui allá (al centro de salud) no tenían los medicamentos entonces tuve que acudir a otro para que me dieran pero ya así todo.

B14. o sea por decir al doctor yo voy cada medio año o cada año porque voy hacerme los estudios de eso del papanicolau y nada más me dijeron que estaba yo bien de salud, que ya me encontraba bien de salud.

B15. pues en ocasiones pues cuando llegamos así a ir, pues a veces si un poquito mal ¿no? a veces no siempre, porque luego no hay la...lo que pasa es que aquí cambian...este...no se si cuatro veces las enfermeras o así, pero el doctor que está como que ya se quedó, como que ya se tardó un poquito más, luego a veces a cada rato lo cambiaban pero orita si ya tardo un buen que no lo han cambiado y el doctor si, pero la enfermera es la e que era media...ajá...porque luego nos tocaba a una hora la plática y ya...o la consulta y como había tanta gente se ponía de malas y luego -espérese u orita- o sea como que si, si era muy mala, mñu pero el doctor si, si es muy buena gente.

NB16. Me recetaron medicamento...nomás me revisaron ese día y me recetaron medicamento...lo compré y o sea ya me dieron las indicaciones para tomarlo cada ocho horas así...por siete días y ya...pus se me quitó.

NB17. No me dijeron que no había...me dieron la receta y me dijeron que tenía que comprarla que porque no tenían medicamento

Creencias sobre resolución de problemas de salud por parte de los servicios médicos.

¿Usted cree que la clínica o el centro de salud de la localidad resuelve problemas de salud de las personas? ¿Usted cree que sus problemas de salud están resueltos?

B1. Aprendemos un poco de las pláticas...o sea, por lo menos saber que hacer en caso de un accidente

NB7. Pues yo digo que no porque pues por los medicamentos que le digo no lo hay

B8. Yo pienso que a lo mejor algunos, pero no todos

B9. Pues le diré que no...no, porque le digo que este, este centro de salud no cuenta con algún equipamiento nomás los revisa el doctor, pero no, no da ningún medicamento, lo tuene uno que comprar...como le digo ahorita fue una enfermedad y al rato otra...pus sigue lo mismo, sigue el mismo problema porque tengo que ir hasta allá o como le digo ir a otro médico particular y aqui casi todos...nomás los revisa el doctor, pero no, no da ningún medicamento, lo tiene uno que comprar, entonces como yo le digo a mi esposo, que cosa aunque va uno a este centro de salud, si no dan las cosas que necesita uno, uno lo hace uno porque para que den el medicamento que como le digo a veces por falta de dinero no lo compra uno, pero pues nada sirve porque este centro de salud no cuenta con ningún tipo de... o sea le hace falta muchas cosas y eso es lo que a mi me gustaría que...que tuvieran el equipo que uno necesita uno, porque más que nada como comunidad, hace falta muchas cosas porque aquí mucha gente es pobre y entonces pues como le vuelvo a decir, no tiene uno el dinero, pues se deja uno así. Hay muchas personas que tienen salvación, pero por falta del dinero se deja uno morir porque este centro de salud no tiene medicamento, no tiene...este...aparatos para, pus para alguna operación, ora no cuenta con médico de las 24 horas...entonces como le digo a mi esposo: de qué sirve que lo hay, si no hay los suficientes médicos especialistas o un médico que atienda las 24 horas,

porque yo mi enfermedad, así alguna enfermedad o algún dolor de estómago no me va avisar a que hora me voy a enfermar, entonces a dónde, si no tenemos que ir hasta Ameca con algún doctor, porque aquí el centro de salud no cuenta con servicio de las 24 horas...y no tiene, no tiene suficiente medicamento para darles a las personas, por eso muchas personas de acá no, no van al centro de salud, porque no cuenta...o sea...con las medicinas que necesite uno...mjù...si para así algún...luego que se llegue uno a cortar así...pues no ni lo pueden coser porque no tienen nada de eso...entonces pues le digo que no...o sea nosotros...este...al centro de salud casi no y si uno tiene dinero tener que conseguirlo para poder y si no pus hay ocasiones que así hasta otras personas...este...sus niñitos se les han muerto porque pues a esas horas andan corriendo y le digo no tiene uno suficiente dinero...no pus ya se murió...por eso le digo que no, aquí no

NB10. Pos yo creo que algunos a veces y a veces casi no...como le digo a veces luego no hay medicamento...no tienen mucho medicamento...porque varios doctores y namás tienen tres o así...pues ve que luego se necesita del ginecólogo o así...pos yo creo que no todos

B11. Pues a veces y a veces casi no...como le digo a veces luego no hay medicamento pues cómo...no hay...no, a veces no nos dan nada...mjù...como que no...yo siento que no ¿verdad?...pus en lugar que nos resuelvan, pues no porque no tienen medicamento

NB12. Pues, no todos...cuando va uno con cosas más complejas no tienen lo necesario para atendernos, pero por ejemplo con algo simple como son gripas, infecciones de garganta o del estómago si este...atienden y los resuelven... pero no, por lo mismo de que no está resuelto, pero considero que no nada más es culpa de ellos (el personal del centro de salud) sino también de la economía...bueno de principio teníamos el problema de que discriminaban mucho a la gente que no tenía el programa ese oportunidades y no se le brindaba a veces de los medicamentos que necesitaban y la gente más humilde pues no, no llega adquirir esos productos y ya cuando uno tiene que ir debe tener un expediente

clínico para ver si...este...cómo anda uno y a ver si acude uno constantemente a la clínica y a veces se les dota del medicamento y hay veces que no y pues claro que la gente más humilde no los puede alcanzar (comprar)

NB13. Pues algunos porque le digo que...algunos no porque su enfermedad es muy avanzada y no los pueden atender bien allá.

B14. Pues a veces si y cuando no, yo creo que...ver de la manera de donde conseguir el dinero para asistir a otro lado, o sea con otro médico.

B15. Pues yo creo que en ocasiones si y en ocasiones no porque en ocasiones...bueno cuando mi mamá se puso enferma...este...no le resolvieron su problema aquí, la tuvimos que pasar aquí al hospital de Amecameca, entonces que porque aquí no había lo necesario para curarla entonces nos trasladaron para allá.

NB16. Pus a veces, si a veces si...si pero a veces pienso que requiere de otras cosas por ejemplo aquí en esta clínica tienen como para...yo le digo para una enfermedad chica así porque para estudio nos mandan a Ameca o a otro lado porque aquí nomás para cosas...o sea leves porque así fuertes no lo curan...bueno no tiene suficientes aparatos...si.

NB17. Pues yo pienso que para muchos si, para muchos si porque por ejemplo...este...mi mamá es diabética y las veces que ha ido si le han dado su medicamento...luego dicen que para hipertensos y diabéticos si tienen, entonces imagínese que mi mamá como tiene...este...muchas veces que el medicamento si sale un poquito caro y pos a ellos se los dan y a ellos no les cobran la consulta...a mi mamá cuando va hacerse la prueba de la diabetes y la consulta, el medicamento no le cobran, o sea yo pienso que para muchos si les...les...este...conviene estar ahí, pero para la mayoría ya ve que no. Y los míos

pues no, pues no porque no sabe uno ni cuando se vaya a enfermar otra vez, yo pienso que a veces va a pasar lo mismo...si

Vulnerabilidad económica y adquisición de medicamentos

¿Usted tiene la posibilidad de conseguir todos los medicamentos que le han recetado? ¿Se ha encontrado en alguna situación en que no pueda comprar medicamento?

B1. Pues a veces no porque *no me alcanza el dinero*, hay veces que no cubrimos porque los medicamentos son un poco altos, entonces...este...pues hay veces que nada más compramos la mitad y como se sienta uno ya vamos...este,...ora si que ya vamos viendo pues me duele más...o sea más que nada siempre preguntamos cuál (medicamento) es para el dolor, este es para el dolor. Son los medicamentos que compramos más, para el dolor y para la infección...ya los demás que se dejan pues, a veces los dejamos en blanco porque no los compramos por lo mismo de que hay veces que no alcanza.

B2. Le dan medicamento

B3. A veces si, porque a veces hay ocasiones que dicen *no compres en le similar compra en las buenas* o sea que no las de similar compramos, en lo que compramos otras, cuando duele mucho por ejemplo en los niños, cuando están muy mal compramos no similares para que rápido se compongan y como orita en mi caso yo compré en similar porque no estoy muy mal...entonces esto me va refortaleciendo y siento que si me alivia y pues no gasto mucho, pero como orita...este...que no...este...como orita que...cuando los niños están muy mal pues si tenemos que cuidarlos. Por eso le digo a usted que si.

NB5. Si...si me he encontrado y luego pus ya no me alcanza y pus ni modo ya no...ya no lo compro

NB7. No, pues luego mi hijo me los compra. Cuando ahí no me alcanza la medicina, me los compra. Pero me dijo el doctor que pues me sale caro, pero que me iba ayudar...entonces por eso el me las compra, pa que no deje yo de tomarlas las compra...bueno y me dicen que tengo que seguirlas tomando...si se me acaban tengo que seguirlas comprando y si unos de mis hijos se cooperaban, porque mi hija les habló por teléfono y les dijo, mi mamá le recetaron eso y ya pregunté y está caro...y pues dijo, te vamos a mandar un giro y vamos a juntar...te vamos a mandar y ellos se cooperaban y me mandaban para comprar la medicina...si... luego no tenemos dinero.

B8. Este, pues le digo que nomás nos los recetan, pero pues hay veces como le digo, a lo mejor si los podemos conseguir, pero...el dinero...ajá...el dinero y pues tenemos que ir a Ameca hasta las farmacias, pero pues como, por falta de dinero pues no...hay veces que aunque sea prestado pero, pues lo conseguimos...ajá...y ya que lo trabajemos pues lo pagamos...ajá

B9. Pues no, no...todos los compramos aunque sea pidiendo prestado el dinero, pues si, si los compramos

NB10. Pus que no pueda...no...o sea si me he encontrado porque no tengo dinero.

B11. Pues si a veces si...a veces si porque ve que luego no alcanza el dinero...pues no a veces ya no las compramos

NB12. No, a veces no todos se pueden conseguir, a veces dicen que no los trabajan aquí o que tiene uno que acudir a México en una farmacia más surtida para que los tenga... pues si, por lo de la economía cuando de plano mi esposo trabaja de jornalero que hay trabajo, hay veces que no...pues cuando no hay

trabajo...este...con lo que alcanza de los medicamentos pus me tengo que adaptar a los medicamentos que sean más costosos aunque no compre yo todos.

NB13. No nunca

B14. Pues si, a veces si por falta de dinero

NB16. Cuando puedo lo compro y cuando no, no lo compro pues como le digo ya no tengo la posibilidad de comprarlo, entonces ya no pude comprarlo...después otras cosas que me decían que para la infección o algo pus lo tomé y ya...ya no fue tanto y ya no lo compré, pero si se siente uno mal de que no compra uno las medicinas.

NB17. Si...si anteriormente cuando mi niña se enfermó...también mi mamá tuvieron problemas económicos y no, no teníamos para comprar y pedimos prestado dinero.