

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

# **Trayectorias del proceso Salud/Enfermedad y los programas sociales de atención a la salud en México.**

Mtro. José Manuel Rangel Esquivel.

Cita:

Mtro. José Manuel Rangel Esquivel (2009). *Trayectorias del proceso Salud/Enfermedad y los programas sociales de atención a la salud en México. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1552>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# **Trayectorias del proceso Salud/Enfermedad y los programas sociales de atención a la salud en México.**

***Mtro. José Manuel Rangel Esquivel***

***Universidad Autónoma de Tamaulipas***

***Candidato a Doctor en Estudios Científico-Sociales, ITESO.***

***Correo electrónico: josemre@gmail.com***

## **INTRODUCCIÓN.**

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

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

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

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

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

Uno de los efectos más comunes de un evento adverso en salud son los gastos adicionales que tienen que realizar las personas y los hogares; debido a estos gastos, las personas de bajos ingresos que no cuentan con acceso a los mecanismos formales de aseguramiento, y aún disponiendo de estos, se encuentran expuestas al círculo vicioso que vincula el padecimiento de una enfermedad con el empobrecimiento temporal o permanente; pues los hogares pertenecientes a programas como *Oportunidades* y *Seguro Popular* que habitan en situación de pobreza (sea en localidades rurales o urbanas) no sólo sería para ellos la falta de acceso a este servicio para caer en dichas trampas, sino también la carencia de servicios públicos básicos; el costo del traslado a hospitales y clínicas para ser atendidos; las condiciones de vivienda; el medio ambiente urbano que les rodea (lagunas,

arroyos, pastizales, depósitos de basura al aire libre); la situación de higiene y salubridad de sus colonias y lugares de trabajo, entre otras.

Aunque es difícil poder enunciar a ciencia cierta, donde se encuentran los hogares más pobres del país que destinan menos recursos a su gasto en salud, el desafío para el sector salud ha sido durante los últimos años hacer llegar a la población de escasos recursos los servicios médicos. El problema ha estado latente, pese a la gran cantidad de programas planteados y llevados a cabo, sin duda, como enfatiza Cortés (2000) persistirá que los hogares más pobres del país se localizan en zonas de menor densidad poblacional, en poblados dispersos y pequeños; a los que es más difícil el acceso a este tipo de servicio especializado por el hecho de tener que trasladarse a otros puntos o municipios cercanos para que puedan ser atendidos.

El presente trabajo parte de la definición de *salud* expuesta por la Organización Mundial de Salud a fines de la década de los cincuenta, es decir, como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad y padecimiento”. De acuerdo con Ratcliffe y González del Valle (2002) esta es una *definición positiva*, pues se enfoca a la salud y no a su contraparte negativa: enfermedad o padecimiento. Ellos plantean que operacionalizar esta definición, requiere primero diferenciar aquellas condiciones sociales que promueven la salud física y mental y la longevidad de aquellas condiciones sociales que generan enfermedad, padecimientos y muerte prematura; y segundo, trabajar a nivel de sociedad para maximizar aquellas condiciones que promueven la salud y minimizar aquellas que promueven enfermedad y padecimientos (Ratcliffe y González del Valle, 2002). Aspectos que pueden llevar a replantear algunas de las estrategias con las que se implementan los programas sociales, *Oportunidades* y *Seguro Popular*<sup>1</sup>, los cuales se toman como referencia en las sujetos participantes en el presente estudio.

Partiendo de la definición anterior, los problemas de salud son vistos como problemas sociales, como consecuencias de la estructura social-organizacional dentro de la cual los grupos de población son afectados de maneras similares (Hawley, citado por Ratcliffe y González del Valle, 2002), y que deben ser enfrentados por medio de cambios estratégicos en política social. Por esto, estos mismos autores proponen que este tipo de investigaciones se centren en las interrelaciones entre

---

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

enfermedad o padecimiento en poblaciones y sus contextos sociales, los cuales son el resultado de patrones particulares de política social; esto sin duda, conduce a pensar en estudios que aborden las representaciones y trayectorias en torno al proceso salud/enfermedad/atención de las personas, es decir, recuperar su reconstrucción y connotación social, no como sujeto aislado, sino como integrante de grupos de la sociedad. De ahí que sea más importante preguntar qué tipo de personas tienen ciertas enfermedades (en qué condiciones se ha vivido y se vive en la actualidad), y no, qué tipo de enfermedades presentan las personas.

Desde este enfoque, se indaga mediante aproximaciones cualitativas en las sujetos participantes<sup>2</sup> y no participantes directas<sup>3</sup> de los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*, para comprender sus representaciones sociales y trayectorias acerca del proceso salud/enfermedad/atención que cada uno de los casos ha tenido en sus diferentes etapas y curso de vida. Se les denomina participantes por el hecho de ser sujetos activas(os), al pertenecer a *Oportunidades (OP)* es requisito indispensable acudir a pláticas de educación para la salud, realizarse revisiones médicas en los Centros de Salud y/o Hospitales Civiles pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA), asistir a las reuniones programadas por las mujeres que fungen como vocales en el sector al que pertenecen, así como acudir el día de entrega del recurso monetario al lugar asignado para recibirlo. Por su parte, con el *Seguro Popular (SP)*, en lo que respecta a la enferma(a) requiere haber establecido un contrato previo y renovarlo cada año, o según se le haya indicado, para poder hacer uso de éste, si requiere utilizar su *SP* y no se ha renovado, no puede acceder a los servicios médicos estipulados. Por estas razones, se habla de sujetos activos y no pasivos, pues en este sentido se considerarían sólo como “beneficiarias”.

---

<sup>2</sup> Ramírez Sáiz (1993) argumenta que en términos latos, la participación se entiende como la acción y efecto de tomar parte en algo, tener parte en una cosa. En este trabajo de investigación retoma esta acepción como la pertenencia y el hecho de tener parte en la existencia de un grupo (Vázquez, citado por Ramírez Sáiz, 1993), de ahí que se les denomine a las sujetos como participantes y no como beneficiarias.

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

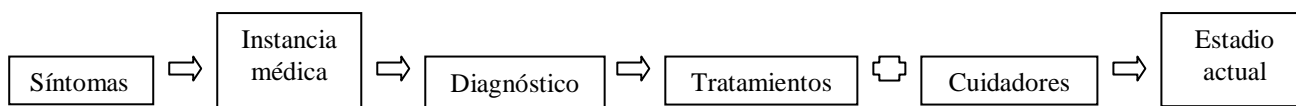
## LAS TRAYECTORIAS DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN Y LOS PROGRAMAS SOCIALES.

En este segundo apartado, se exponen algunos de los hallazgos detectados en la segunda fase de trabajo de campo<sup>4</sup>, los cuales dan cuenta de las condiciones de precariedad en que han habitado las mujeres participantes en programas sociales, como son *Oportunidades* y *Seguro Popular*, durante su curso de vida<sup>5</sup> aunado a las distintas trayectorias que han incidido en su proceso salud/enfermedad/atención (de aquí en adelante se leerá: SEA). Cabe destacar que se trata de personas del municipio de El Salto, Jalisco, al interior de la zona metropolitana de Guadalajara, que por el hecho de vivir en la periferia han tenido que recurrir a distintas prácticas curativas, aún teniendo los “beneficios y apoyos” producto de su participación constante en los mencionados programas, como son el suministro de medicamentos alópatas y la atención de su salud por medio de citas programadas semestralmente, así como las pláticas para la educación en salud impartidas en el Centro de Salud de su comunidad.

### La heterogeneidad de las trayectorias del proceso SEA.

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

#### Esquema General: proceso SEA



Son cinco las etapas que se distinguen dentro de la trayectoria del proceso SEA: a) los síntomas o sintomatología expresada por las mujeres como el primer signo manifestado; b) la o las instancias médicas a que acudieron para determinar en una etapa posterior el diagnóstico; c) diagnóstico, donde se le determina a las mujeres qué tipo de enfermedad portan; d) tratamientos y cuidadores, los primeros prescritos por la instancia médica elegida para posteriormente dar seguimiento a un

<sup>4</sup> En la primera fase en campo se realizó la reconstrucción histórica del sector de estudio.

<sup>5</sup> La perspectiva del *curso de vida* (Tuirán, 2001), provee un esquema flexible para comprender la interacción social. Esta perspectiva considera a cada persona constituida por trayectorias múltiples, para este estudio se refiere a la forma en cómo la mujer reconstruye su proceso de salud/enfermedad/atención en los distintos contextos en que ha vivido durante su niñez, adolescencia-juventud y adultez.

tratamiento, en tanto los segundos suministrados por las personas que actuaron como cuidadores principales o secundarios en las distintas fases de la enfermedad, y; e) estadio actual, el cual refiere a la situación de salud/enfermedad en que se encuentran las entrevistadas.

La simbología elegida para representar los esquemas particulares está determinada de la siguiente manera:

→ = Indica el seguimiento de la trayectoria.

⊕ = Complementación de las dos fases de la trayectoria (tratamientos y cuidadores).

↙ = Se refiere a una ruptura en la trayectoria, seguida por lo regular por líneas punteadas (- - - - -).

↪ = Indica el destino de la instancia o enfermedad, partiendo de un origen.

⊂ = Congrega a un grupo de tratamientos suministrados.

↳ = Quiere decir el paso de un componente o integrante a otro, en la trayectoria.

{ = Se refiere a la prevalencia conjunta de enfermedades.

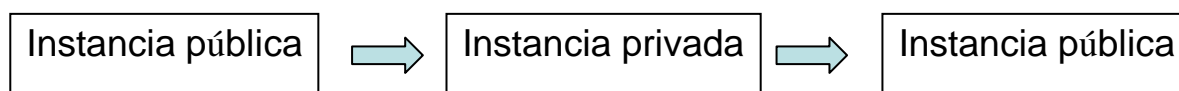
*Nota:* Hospital del IMSS A y B/Clínica particular A y B/Cruz Roja A y B = Se nombran de esta manera dentro de la trayectoria para diferenciar a dos instancias.

De acuerdo a cada una de las trayectorias particulares, puede apreciarse por medio de las flechas del proceso SEA, la continuidad o seguimiento que cada mujer relata como óptimo para un resultado positivo en su estadio de salud.

### **Tipologías de acuerdo con la Instancia.**

Existen casos que de inicio han recurrido a instancias públicas de atención, no obstante, cuando la enfermedad ha incrementado su estadio o se ha presentado una crisis inesperada, los integrantes del grupo doméstico deciden trasladarla a instancias privadas de salud con la finalidad de agilizar la atención y tener un mayor repertorio en cuanto a diagnósticos se refiere, sin embargo, los gastos que originan la atención en clínicas privadas ocasionan que el enfermo retorne a la instancia pública para dar continuidad al tratamiento prescrito. Para esta tipología, reúnen el perfil los casos de Jimena e Inocencia. En la primera, es su hija mayor quien decide trasladarla a la instancia privada ubicada en las cercanías de su vivienda, y así estar al cuidado de su madre, pero al incrementarse los gastos en medicamentos y en consultas, Jimena y su hija de común acuerdo, optan porque regrese a su domicilio y continúe el tratamiento en el Centro de Salud de la comunidad; en la segunda, cuando el esposo de Inocencia vivía con ella, decide llevar a Lucía a una clínica privada, después de un año abandona el hogar por lo que Inocencia ante la falta de recursos económicos contrata el Seguro Popular para dar seguimiento al tratamiento de su hija. Esquemáticamente, estaría representado de la siguiente forma:

#### **Tipología A: Instancias de atención**

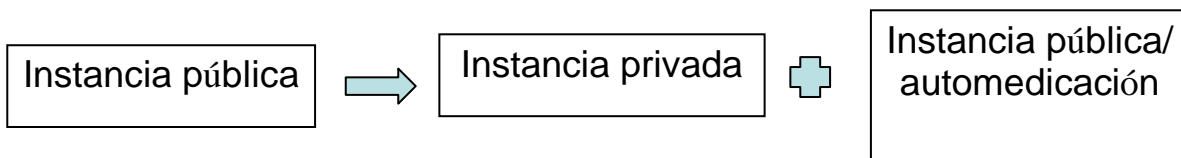


Por otra parte, existen cuatro perfiles (Pilar, Julieta, Margarita y Carmen) que también transitan de la instancia pública a la privada, pero con la particularidad de complementar el diagnóstico y tratamiento con la instancia pública o mediante la automedicación. En los casos de Pilar y Carmen está presente el contacto con instancias públicas de la Secretaría de Salud y de derechohabencia como el IMSS, pero también recurren a la automedicación. En el caso de Pilar, su hijo mayor pudo incorporarla a dicha institución, y en el caso de Carmen, ella disponía de Seguro por el empleo que tenía cuando se le detectó el cáncer. En ambos casos se presentan gastos en materia de salud, por ejemplo cuando el hijo de Pilar decide llevarla a la clínica privada y así corroborar el diagnóstico, por lo que regresa al IMSS a atenderse, pero nuevamente por los gastos en transporte debido a las largas distancias en el traslado desde su domicilio hasta la clínica del Seguro Social, decide que sea en el Hospital de la SSA y con la automedicación la continuidad de su tratamiento. Por otro lado, con Carmen, la espera de una cita en el IMSS para diagnosticar y tratar su enfermedad, hace que su esposo le sugiera otro tipo de instancia, por esto, deciden acudir al Hospital de la SSA y contratar el Seguro Popular, desafortunadamente dicho seguro no les cubre algunos estudios por lo que se ven



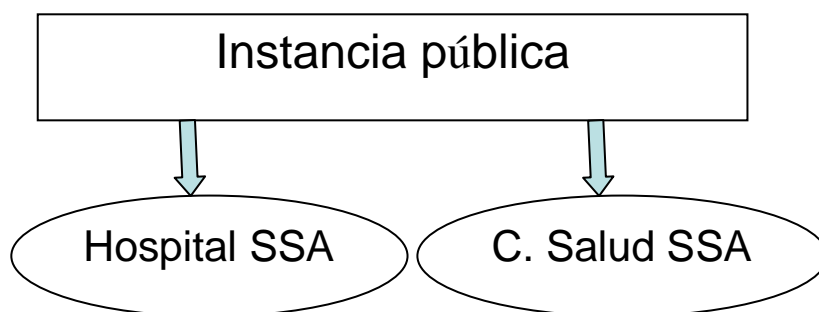
envueltos en gastos clínicos en instancia privadas, a esto se le agrega la automedicación sugerida por su esposo. En los casos de Margarita y de Julieta, destaca el contacto con instancias privadas, por medio de la homeopatía, al mismo tiempo que las instancias públicas, pero sólo la automedicación aparece en Margarita. Destaca en ambos casos el poder de decidir la o las instancias para establecer diagnósticos y su posterior tratamiento. Margarita, por ser un hogar unipersonal es quien establece los contactos para lograr la atención de sus enfermedades, Julieta, por su parte, por el reconocimiento que le otorga a la medicina homeópata y alópata es como decide tratarse con ambas. De manera esquemática, se presenta la siguiente tipología:

### Tipología B: Instancias de atención



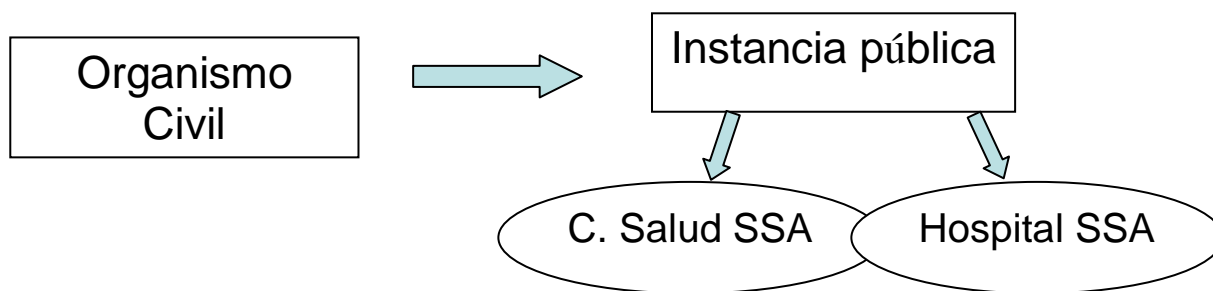
La tercera tipología, refiere a los casos donde predomina la instancia pública de salud a lo largo de la trayectoria, brindando el diagnóstico y la atención tanto el Hospital de la SSA como el Centro de Salud comunitario. Los perfiles que reúnen de manera general este patrón, son los de Guillermina, Esther, Isadora y Sonia. Aunque en los dos primeros se recurre a la automedicación, el hecho de que Guillermina haya sido intervenida quirúrgicamente indica que la instancia pública ha tenido un valor agregado a su estadio de salud, y por otro lado, Esther, al recurrir a la instancia pública más próxima a su domicilio, como es el Centro de Salud, lo establece con mayor ponderación para el cuidado de su salud. En los casos de Isadora y Sonia, es destacable la presencia de la instancia pública a partir de los diagnósticos establecidos para tratar sus enfermedades, aunque ambas en su sintomatología inicial hayan recurrido a instancias privadas de salud, su trayectoria queda enmarcada bajo la medicina pública de atención. El esquema quedaría integrado de la siguiente forma:

### Tipología C: Instancias de atención



La cuarta tipología de instancias de salud para la atención de la enfermedad, está compuesta por organismos de la sociedad civil, en estos casos la Cruz Roja, y las instancias públicas de salud. Candelaria y Micaela son los perfiles que cubren esta tipología al optar por instancias de esta índole, aunque en una primera fase Candelaria recurre a la instancia comunitaria (la partera), es quien finalmente provoca que se tenga que optar por el organismo civil al no completar el ciclo de salud reproductiva<sup>6</sup>. En ambas, la instancia civil aparece porque cuando se presenta el evento de enfermedad es la única disponible, pues en fines de semana la atención más próxima en casos de urgencias es la Cruz Roja, pues el Centro de Salud comunitario no brinda sus servicios. Asimismo, en ambos casos es necesaria la presencia del Hospital de la SSA para la realización de cirugías. El esquema propuesto para representar esta tipología, está integrado de la siguiente manera:

**Tipología D: Instancias de atención**



A partir de estas cuatro tipologías acordes con las instancias de atención, puede concluirse que el constante transitar de las mujeres de instancias públicas a privadas, y viceversa, así como la aparición de la automedicación y el organismo civil, se ve relacionado directamente con situaciones de exclusión social<sup>7</sup> en materia de salud, pues cuando la instancia pública no satisface las

<sup>6</sup> Al respecto el Dr. Cristóbal indica que “cuando nace el bebé es el nacimiento, y cuando la placenta nace se llama alumbramiento, entonces si la placenta no sale, o sea no se extrae del útero entonces no hay alumbramiento, entonces este, allí hay un riesgo de hemorragia, de sangrados, de infecciones, y pues las atenciones con personas no capacitadas, o a lo mejor semi capacitadas p’os yo pienso que casi no debería de existir”.

<sup>7</sup> Retomado desde la postura de Gil (2002), como lo contrario a incluir, es decir, dejar fuera del juego social.

necesidades el paciente enfermo tiene que recurrir a instancias privadas, generando con esto gastos en pro de la salud, aspecto contrastante con el Seguro Popular, pues este sistema de seguridad social fue creado para sufragar los gastos catastróficos en que incurría la población al acceder a servicios privados de salud. En este sentido, pese a haber igualdad de oportunidades para acceder al Seguro Popular, es el mismo sistema el que propicia la exclusión de “los derechohabientes” en detrimento del impulso que debiera dársele a uno de los servicios elementales como es la salud. En palabras de Adelantado (2008:120) “el asentamiento de un modelo económico excluyente es el factor central para comprender la fragilidad de las ‘instituciones democráticas’”.

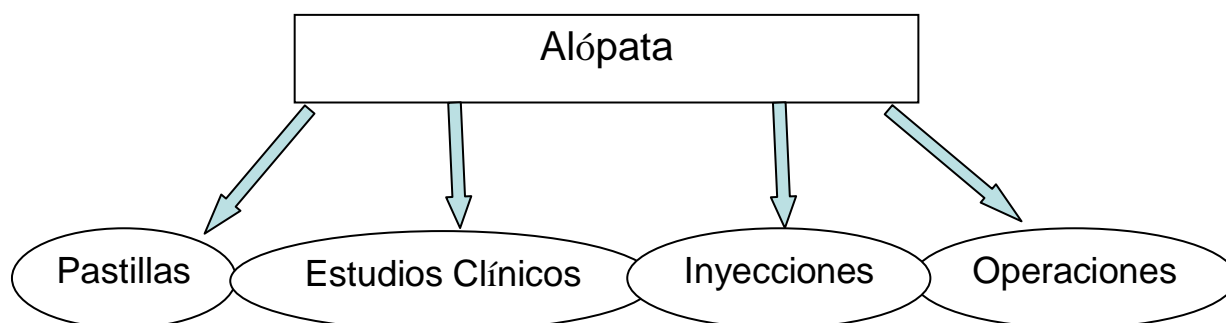
Otro aspecto destacable, son los diagnósticos alópatas predominantes. Una vez que este se conoce, se recurre a distintos tratamientos, no sólo alópatas sino también alternativos, pues en algunos casos se le atribuye una mejor contribución a su estadio de salud. Todos los casos, salvo Carmen, tienen en la actualidad contacto directo con el Centro de Salud comunitario para atender alguna de sus enfermedades, aún y cuando no dispongan de Seguro Popular y/o Oportunidades, ya que aquél representa la instancia pública cercana a sus domicilios.

Aunque en momentos parecería que algunos casos se considerarían en tipologías distintas a las que se muestran, al hacer la lectura transversal y horizontal de cada trayectoria particular, se observa claramente la frecuencia con que aparece cada instancia de salud mencionada, esto, junto con los relatos expresados en la descripción de los procesos del apartado dos, permite ubicar los casos sin que se cometa el error de que se traslapen.

### **Tipologías de acuerdo con los Tratamientos.**

Con relación a los tratamientos, la primera tipología está compuesta por los medicamentos alópatas que más utilizan las mujeres para atender su enfermedad. En este aspecto, destacan los perfiles de Isadora y Lucía, de los que cabe comentar son los dos casos que portan epilepsia, pero también cuando se trata de problemáticas de salud relacionadas con las piernas y rodillas, como los casos de Micaela, Margarita y Jimena, existe el predominio de estos tratamientos. De igual forma cuando se trata de atender una *enfermedad considerada de atención pública (Entrevista con Dr. Cristóbal)*, como la lepra en Sonia, el tratamiento es meramente alópata.

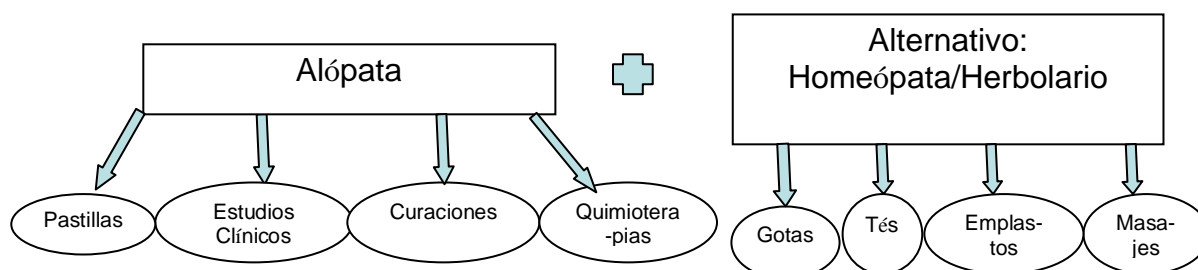
### Tipología E: Tratamiento único



Una segunda tipología tiene que ver con el amplio repertorio que tienen las mujeres para atender y tratar sus enfermedades. Estos, refieren tanto a medicamentos alópatas como alternativos, como son la homeopatía y la herbolaria, con sus distintas prácticas curativas que esta última congrega. En los casos donde la enfermedad está relacionada con tumores cancerosos en ovarios o con los distintos estadios de cáncer cervicouterino, ha predominado la combinación de tratamientos, como los perfiles médicos diagnosticados a Candelaria, Guillermina, Pilar, Julieta y Carmen.

Asimismo, cuando la enfermedad crónica está relacionada con la prevalencia de diabetes e hipertensión, la gama de tratamientos suministrados también es amplia, como en los casos de Esther, Jimena, Sonia y Margarita. De manera esquemática, la tipología quedaría integrada de forma complementaria:

### Tipología F: Tratamientos Complementarios

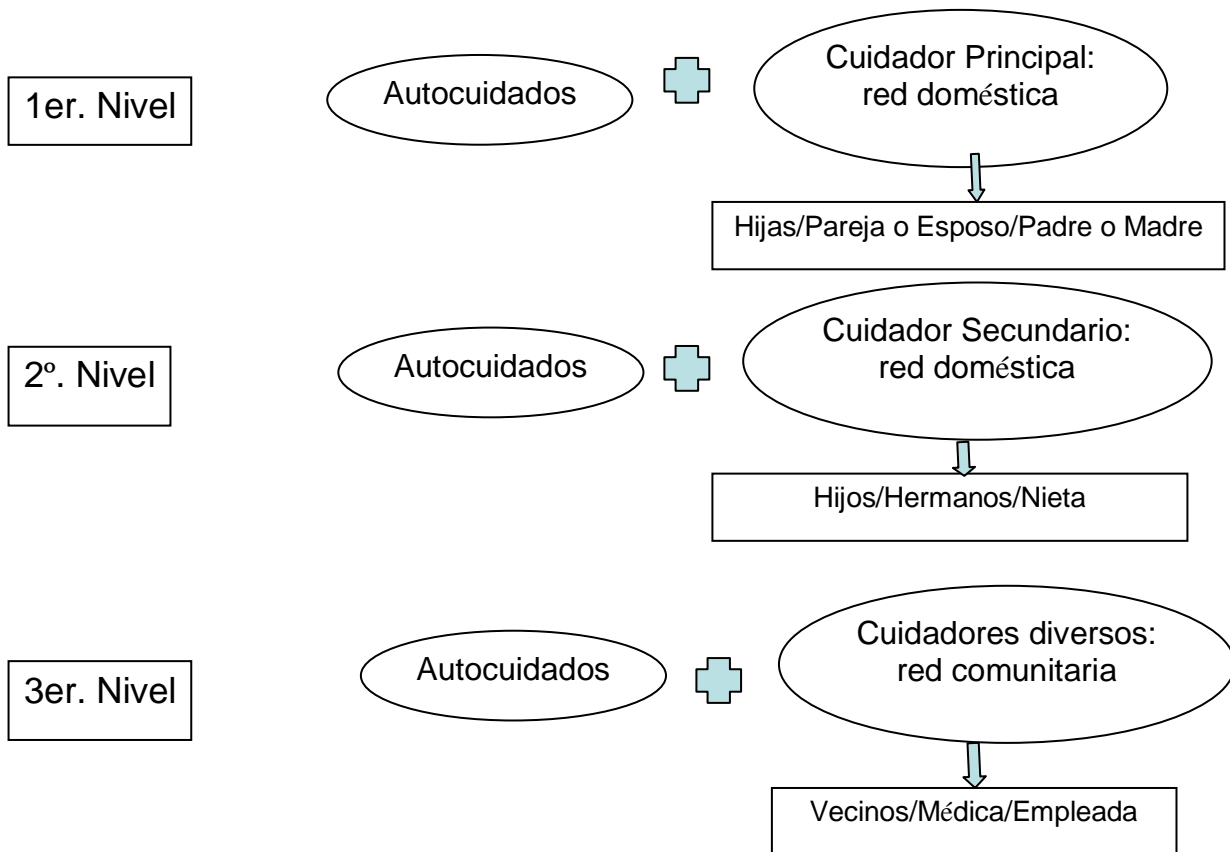


Este repertorio coadyuva al incremento de conocimientos en cuanto a prácticas terapéuticas que las mujeres desarrollan para dar atención a sus enfermedades, no sólo cuando se porta, sino cuando se hace presente en otras personas, con estos conocimientos amplían su capacidad médica (Boltanski, 1974).

### **Tipologías de acuerdo con los Cuidadores.**

La tipología con respecto a los cuidadores se presenta en tres niveles. En el primer nivel aparecen los cuidadores principales de la red doméstica: hijas y esposo o pareja según el caso, padre o madre cuando la enferma(o) es la hija. Son ellos quienes por lo regular están al frente de las actividades que la mujer en su estadio de salud desempeña en el hogar, además de suministrar los medicamentos, hacer que guarde sus dietas y cuidados necesarios para recuperarse de la enfermedad. En un segundo nivel están los cuidadores secundarios de la red doméstica: hijos, hermanos, nieta, quienes también tienen el rol de salvaguardar la vida de la enferma cuando el cuidador principal o directo está ausente del hogar. En un tercer nivel se presentan los cuidadores de la red comunitaria: vecinos, médica, empleada, quienes fungen como responsables en casos cuando ni el cuidador principal ni el secundario están en el hogar, o como en el caso del hogar unipersonal de Margarita, quien ha necesitado de las personas de su confianza, como la empleada de su negocio de comidas o la médica titular del Centro de Salud, para cuidarla en algunos momentos de su proceso SEA.

## Tipología G: Niveles de Autocuidados y Cuidadores



No obstante, pese a que los autocuidados aparecen en los tres niveles, habría que hacer un matiz en este aspecto relacionado con el incumplimiento de las dietas o del reposo necesario para acceder a la salud. La prescripción médica por lo regular va acompañada de restricciones en cuanto al tipo de alimentos que deben ingerirse, sin embargo, para algunas de las mujeres fue difícil guardar dietas, como el caso de Carmen. Por el lado del reposo, vital después de alguna cirugía, en los casos de Guillermina y Micaela, fueron días difíciles, puesto que tenían que volver a las actividades de elaboración de ladrillo para solventar los gastos del hogar, por lo que los autocuidados fueron prácticamente nulos. Con esto tres niveles presentes en la tipología de autocuidados y cuidadores, se constata cómo el derecho a cuidar y ser cuidado, propuesto como *cuidanía* (Vara, 2006) aplica, dependiendo del sujeto enfermo, sea este masculino o femenino, y por tanto, adquiere una connotación de género de acuerdo al nivel en que se ubique al cuidador.

Como pudo observarse cada tratamiento de enfermedad y cuidados de la salud ha formado parte del *modus vivendi* de cada mujer, acorde a la trayectoria particular de su proceso SEA, mostrando la complejidad y heterogeneidad con que se enfrenta la enfermedad ante las diferentes adversidades de cobertura de servicios médicos. Las trayectorias ponen en juego la diversidad de recursos o instancias de atención (públicas, privadas y civiles), así como los múltiples cuidadores, destacando la presencia de la familia nuclear.

### **A manera de reflexión: Los programas Oportunidades y Seguro Popular en las vidas de las mujeres.**

Si bien el estudio socioeconómico de los hogares, aplicado por el personal de la Secretaría de Salud para acreditar la adscripción al *Seguro Popular*, genera una visión o conocimiento general de las condiciones en que se encuentra cada grupo doméstico, hace falta distinguir particularidades de los demás integrantes, más cuando dentro del hogar se reconoce al que es cuidado y al cuidador(es) del portador de la enfermedad; es decir, mediante la comprensión de su modo de vida y las adversidades saludambientales a las que se enfrentan diariamente en su comunidad de residencia, se detectarían factores que inciden en su estadio de salud.

Con respecto a lo anterior, un aspecto cualitativo y cultural contrastante es que el asegurado sepa leer. Al parecer quienes registran a los derechohabientes al *Seguro Popular* dan por obvio que todas las personas conocerán a detalle la gama de servicios médicos que se les provee al recibir su *Seguro*. Sin embargo, en el caso de Inocencia no sucedió así, pues después de un año con el *Seguro Popular de Salud* fue cuando el personal médico, después de la consulta de su hija, le indicó que podía pasar a recoger parte del tratamiento al área correspondiente. Lo mismo ocurre cuando a algunas de las informantes se les dificulta verbalizar el diagnóstico médico de la enfermedad portada o el reconocimiento de las funciones de cada uno de los medicamentos suministrados.

Otro aspecto, detectado en la Reglas de Operación del programa *Oportunidades* (2007), específicamente el señalado en los componentes de salud que indica “*las acciones del programa se dirigen con especial énfasis a la población más vulnerables como son las mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como a los menores de cinco años*”, en la experiencia vivida por Candelaria, cuando con conocimiento de que se tenían más de quince días transcurridos después de los nueve meses de su embarazo, la parte médica de la clínica de maternidad le niega el acceso en tres ocasiones. Los médicos desconocen el tiempo que le lleva a Candelaria trasladarse desde su domicilio hasta la clínica ubicada en el centro

de Guadalajara, aproximadamente de media hora a cuarenta y cinco minutos en promedio, sin contar el tiempo de espera de alguna unidad de transporte que logre trasladarla directamente. Pareciera que el discurso de Candelaria no tiene importancia cuando les explica los constantes sangrados que ha sufrido, razón por la que tuvo que recurrir a una partera para que la examinara, después de la segunda vez que fue regresada de la clínica a su domicilio. El diagnóstico de la partera al tocarle el vientre, es que el niño no está en la posición adecuada para ser dado a luz, por lo que se vale de su instrumento de trabajo *'las manos'* para corregir la postura del bebé. Además, le explica que ya está punto de nacer, por lo que le recomienda asistir al Centro de Salud de la comunidad para obtener un pase inmediato de atención en la clínica de maternidad.

Ante la situación vivida por Candelaria, *"los cuidados necesarios para las mujeres embarazadas"* asentado en las Reglas de Operación de *Oportunidades* quedan en duda. ¿Hasta dónde la operacionalización de los programas sociales garantizan una atención médica de calidad?, puesto que las vivencias descritas distan mucho de las acciones emprendidas, ya que pudieron presentarse complicaciones mayores, exponiendo la vida tanto de la madre como del recién nacido. Esto, pone de manifiesto distintas interrogantes que pueden formularse en torno al servicio médico de las clínicas de salud pública, por ejemplo, ¿cómo es que se continúa ampliando la adscripción a un *Seguro Popular* de atención cuando en los Centros o Clínicas de Salud no existe la garantía de que se atienda al ciudadano(a) en el momento oportuno?; por otro lado, el llamado *"trato digno y de calidad a los usuarios"* queda completamente en duda, pues al parecer la mujer embarazada tiene que programar su parto acorde a los horarios y turnos médicos, así como tener el conocimiento exacto en fecha y hora en que su hijo nacerá, para ser atendida y brindarle su espacio y "derecho a la salud", y de esta manera garantizar que las acciones en maternidad se están llevando a cabo.

Aunado a lo anterior, la cobertura en la oferta de servicios médicos que ofrece el *Seguro Popular*, si bien año con año desde su implementación se ha venido incrementando<sup>8</sup>, en las entrevistadas queda de manifiesto la falta de recursos monetarios para la implantación de una prótesis o para la realización de estudios clínicos cuando se detecta cáncer cervicouterino en un estadio avanzado. Esto genera la duda, si una vez presentado el caso se da paso a la inclusión del servicio en forma posterior al requerimiento del paciente.

---

<sup>8</sup> Actualmente se ofertan alrededor de cuatrocientos, entre acciones preventivas, medicina ambulatoria, salud reproductiva, odontología, rehabilitaciones, urgencias y cirugías.



Al hablar de prácticas curativas, en este sector urbano destaca la presencia y asistencia por medio de preparación de tés, tónicos, masajes, hasta intervenciones de parteras, entre otros, por lo que sería conveniente que el Centro de Salud de “la Huizachera”, ante la carencia de personal médico, valorara las prácticas y formas de curar de las personas que se dedican a este tipo de sanación, pues si las participantes aceptan tanto la medicina biomédica como la denominada “medicina tradicional” en sus tratamientos, no estaría por demás, que en los manuales en que se especifican las Reglas de Operación de estos programas se reconociera su existencia como tratamientos alternativos que han estado vigentes no sólo en comunidades rurales, sino también al interior de las grandes zonas conurbadas del país, dichos tratamientos contribuyen a un estadio de salud de la población participante.

Por otra parte, con respecto a *Oportunidades*, al presentarse como un programa condicionado a la asistencia a pláticas de salud y a revisiones médicas semestrales, para las mujeres trabajadoras de ladrillo no es invertir en su salud, al contrario, es perder medio día de trabajo cuando asisten a la plática mensual, pero también es perder otro medio día cuando tienen que ir consulta médica, y otro medio día más, cuando tienen que llevar a sus hijos pequeños a la revisión. Por lo que esto se traduce en detrimento de su situación económica familiar, más cuando las mujeres son las que proveen el recurso principal para el sostenimiento del hogar (caso de Guillermina).

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

Por otra parte, se ha señalado la falta de cobertura en los servicios que otorga el *Seguro Popular*, pero al mismo tiempo se detecta ese ir y venir de las mujeres de una institución a otra, tanto de instituciones públicas a privadas como viceversa, ocasionando el aumento en los gastos en materia de salud (traslados, estudios clínicos, hospitalización), consideración principal por la que fueron creados estos programas “*en pro de la salud de los que menos tienen acceso*”.

De igual forma, un caso atípico que se presenta es el de Jimena, quien decide por iniciativa propia no formar parte de los estudios socioeconómicos de *Oportunidades* para el otorgamiento de sus “beneficios”, pues por su estadio de salud considera que no podrá asistir a las pláticas, requisito indispensable para recibir el recurso monetario.

Con la presentación de estos casos, se observa cómo cada persona, mujeres participantes y pertenecientes a dos programas sociales, constituyen trayectorias múltiples, reconstruyen su proceso de salud/enfermedad/atención en los distintos contextos de su curso de vida, generando al mismo tiempo incertidumbre en la forma en que operan los programas para cada ciudadano adscrito a estos. Por lo que hace falta una atención a la salud en forma integral, en la que se reconozca que no es sólo del estadio etiológico que manifiesta la persona, sino que la cobertura de servicios, la infraestructura disponible, el tiempo de traslados, el medio ambiente social y ecológico en que se vive, son indispensables para emprender y comprender las acciones a favor de la salud, no sólo de la población en situación de pobreza, sino de los habitantes en general.

## Bibliografía

- Adelantado, J. y Elenise Scherer (2008). Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina. En: *Estado, Gobierno y gestión Pública*, No. 11, jun 2008. Chile. pp.117-134
- Boltanski, L. (1974). *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Editorial Laia.
- Dávila, E. y Maite Guijarro (2000). Evolución y reforma del sistema de salud en México. En: *Financiamiento del desarrollo*, Serie 91. Santiago de Chile: CEPAL.
- Di Tella, T. S., Hugo Chumbita, Susana Gamba, et. al. (2001) *Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas*. México: EMECÉ.
- DOF (2007). Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. México: Diario Oficial de la Federación.
- Gil, F. (2002) *La exclusión social*. Barcelona: Ariel.
- Secretaría de Salud (2004) *Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas*. México: SSA, segunda edición.
- Secretaría de Salud (SSA) <http://www.ssa.gob.mx> [en línea] Seguro Popular (página consultada el 10 de octubre de 2006)
- Secretaría de salud (2006). *Sistema de Protección Social en Salud. Estrategia de Evaluación*. México.
- Ratcliffe, J. W. y Amalia González Del Valle (2002). El rigor en la investigación en salud: Hacia un desarrollo conceptual. En: Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro (comp.) *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. México: El Colegio de Sonora- Universidad de Guadalajara.
- Vara, María de J. (2006). Precarización de la existencia y huelga de cuidados. En: *Estudios sobre género y economía*. Vara, María de Jesús (coord.). Madrid, España: AKAL. Pp. 104-135