

# Salud y Curso de vida de mujeres adscritas al programa Oportunidades en el norte de México

Resultado de Investigación finalizada

Nombre GT 19: Salud y seguridad social. Transformaciones sociales e impactos en la población.

José Manuel Rangel Esquivel  
Nancy Villanueva Pérez  
Martha Sandra Hernández Saucedo  
Idalia Vázquez Sánchez  
Universidad Autónoma de Coahuila

## Resumen.

El presente trabajo se ubica en la perspectiva teórico metodológica Curso de vida, la cual vincula los distintos tiempos en que los sujetos constituyen sus diversas trayectorias. Con la finalidad de dar cuenta del recorrido histórico, individual y social de los procesos de salud/enfermedad/atención (SEA) que los adultos, específicamente mujeres titulares de los programas Oportunidades-Seguro Popular han construido durante los años de adscripción a estos programas, se analiza cómo se imbrican los eventos de las distintas trayectorias, al tener como eje los procesos SEA. Se identifican las discontinuidades en su Curso de vida producto de la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, esto a la postre, permite proponer estrategias alternativas en la operatividad de los programas de política pública.

**Palabras clave:** Curso de vida, salud, política pública.

## Introducción.

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

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

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

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

Para identificar y focalizar la acción sobre la pobreza extrema, la dimensión territorial fue dejada de lado en diversos programas (Paz, et. al., 2004). En este sentido, la familia aparece como el eje principal de las intervenciones, lo que permite, además, incluir entre los objetivos consideraciones acerca del ciclo de vida individual y familiar. Pero, en muchos casos, dentro del concepto de familia no se han contemplado las profundas transformaciones ocurridas en las estructuras familiares a lo largo de las dos últimas décadas (Torrado, 2003). En este sentido la perspectiva Curso de vida (Gutiérrez y Valladares, 2006) permitió en este estudio una mayor aproximación a los sujetos y sus hogares porque se pone el foco en los procesos transicionales por los que atraviesa la unidad familiar.

Esta perspectiva se enfoca en el análisis diacrónico de las transiciones del ciclo vital y doméstico de los sujetos, dentro de un marco socio-histórico (Tuirán, 2001; Gutiérrez y Valladares, 2006), en el cual al formar parte como “beneficiarios” de los programas sociales, la reconstrucción del curso de vida se articula con las estructuras de la política social en materia de salud, lo cual hace que el estudio se ubique desde los procesos de salud/enfermedad/atención (SEA) de los adultos con Oportunidades.

La perspectiva de estudio Curso de Vida se ha utilizado desde abordajes cuantitativos en la zona metropolitana de Monterrey, N.L. (Solís, 2007), no obstante, el presente estudio se ubicó desde un enfoque cualitativo en los municipios de Monterrey, García, Apodaca y General Escobedo, particularmente en el componente de salud de los adultos adscritos a los programas Oportunidades/Seguro Popular con prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y con un tiempo de adscripción mayor a seis años. La salud es uno de los componentes en el que se han implementado estrategias de acción para la superación de la pobreza, de ahí la relevancia de abordar el estudio desde dicha perspectiva, además, el curso de vida forma parte de los temas de innovación social propuestos en el análisis interdisciplinario desde las ciencias sociales (Rosales, Gutiérrez y Torres, 2006).

En el primer apartado se destaca la importancia de realizar abordajes teórico-metodológicos desde la perspectiva Curso de vida, en el que se sitúa al lector cómo se procedió en la realización del proyecto de investigación “Actores sociales adscritos a programas de políticas públicas: un estudio desde la perspectiva Curso de vida”. En el segundo apartado, se presentan algunos de los hallazgos relevantes que dan forma y sentido al Curso de vida individual/familiar en las etapas transicionales en que se viven los procesos salud/enfermedad/atención, que destacan en las trayectorias al interior del Curso de vida. Finalmente, se realizan algunas reflexiones finales respecto a lo detectado y su incidencia en materia de política pública.

## **1. Los alcances de Curso de vida como perspectiva teórico-metodológica.**

La pertinencia del abordaje teórico-metodológico del Curso de vida surge a partir del vínculo que permite realizar al objeto de estudio, entrelazando las vidas individuales y el cambio social (Blanco y Pacheco, 2003). Esta perspectiva fue creada y desarrollada en la década de los setenta por Glen Elder.

De manera general, esta perspectiva analiza la forma en que las fuerzas sociales más amplias moldean el desarrollo de los cursos de vida individuales y colectivos (Blanco y Pacheco, 2003).

Desde la perspectiva de Elder (1974, 1999), los cinco aspectos fundamentales en los que se sustenta son:

- a) el principio del desarrollo a lo largo del tiempo, es decir, tener una perspectiva de largo plazo en la investigación y análisis; en este sentido, la edad de las mujeres entrevistadas promedian cincuenta años, además, los procesos salud/enfermedad/atención (SEA) comprenden períodos de tiempo superiores a los cinco años, o bien, la enfermedad ha aparecido en el transcurso de los años en que han estado adscritas a los programas, esto, permite analizar cómo se han entrelazado sus distintas trayectorias (educativas, laborales, familiares, entre otras) con dicho proceso, o bien, cómo se han hecho presente a lo largo de sus trayectorias distintos eventos o crisis por enfermedad o enfermedades crónicas degenerativas que padecen;
- b) el principio de tiempo y lugar refiere a la importancia de tomar en cuenta lo contextual; por medio de la reconstrucción de los acontecimientos, de los lugares donde han habitado en sus diferentes etapas del ciclo vital y la observación realizada en los Centros de Salud, como el espacio donde se brinda atención por medio de los servicios de salud, se logra dar cuenta de la contextualización de las experiencias de sus procesos SEA;
- c) el principio del timing, el cual refiere al momento en que sucede un evento en la vida de la persona; este es el eje o centro en el cual se basó el análisis del Curso de vida de este proyecto, al colocar como evento principal el surgimiento o detección de una enfermedad crónica degenerativa: factores asociados directa e indirectamente con la aparición de la enfermedad;
- d) el principio de vidas interconectadas, este afirma que las vidas son interdependientes y es donde se expresan las influencias histórico-sociales; este aspecto se refleja en la interconexión de las vidas de las titulares de los programas, al ser sujetos adscritas a los mismos “beneficios” y “apoyos” en materia de salud y por ende tener una serie de co-responsabilidades similares, así como la interacción que se produce entre las titulares y con el personal de la Secretaría de Salud.
- e) el principio de libre albedrío, refiere a que los sujetos son entes activos, sometidos a influencias y constreñimientos estructurales, esto hace que construyan su curso de vida; en los procesos de salud/enfermedad/atención las titulares de los programas han elegido diversas formas de brindar atención a sus enfermedades, de acuerdo a la situación y contexto presente en su etapa del ciclo vital, esto quiere decir que no solamente ha sido a través de la medicina alópata, sino también por medio de la medicina alternativa o la denominada medicina tradicional.

Blanco y Pacheco (2003) exponen que la perspectiva Curso de vida se basa en tres conceptos fundamentales a saber: la trayectoria, la transición y el turning point.

La primera considera diversos ámbitos, para esta investigación fue primordial el trayecto de los procesos salud/enfermedad/atención, para analizar cómo se entrelazan con la formación educativa, el trabajo y la vida familiar, esto, en palabras de los autores mencionados refiere a la existencia del entrelazamiento de las trayectorias, las cuales permiten profundizar en el análisis de la perspectiva Curso de vida.

La segunda corresponde a uno de los momentos específicos en que se producen cambios y transformaciones en los distintos trayectos: la transición, ésta alude a los eventos que no necesariamente están previstos, por tanto, dichas transiciones son las que dan sentido y forma a las trayectorias (Blanco y Pacheco, 2003). Para este estudio fue necesario destacar en el análisis, los momentos cuando la enfermedad aparece: el contexto, la edad, los síntomas previos, el diagnóstico, la

reacción, las prescripciones médicas, el tratamiento, los cuidados, entre otros aspectos relevantes que las titulares de los programas verbalizan.

El tercer punto, estrechamente relacionado con el anterior, enfatiza el momento significativo del cambio. En este sentido, la aparición de la enfermedad crónica degenerativa se convierte en el turning point no sólo para las sujetos titulares de los programas, sino también para los demás integrantes del hogar, pues incide en la dinámica al interior y exterior de éstos.

Desde los enfoques mencionados, es que se retoma la perspectiva Curso de vida la cual provee un esquema flexible para comprender la interacción social (Elder, 1974; Tuirán, 2001). El curso de vida explora la sincronización entre el tiempo individual, el tiempo familiar y el tiempo histórico (Hareven, citado por Tuirán, 2001). Además, esta perspectiva considera a cada persona constituida por trayectorias múltiples, en esta investigación se profundizó en las reconstrucciones de los procesos SEA, en los distintos contextos vividos durante su niñez, adolescencia-juventud y adultez. Asimismo, enfatiza el estudio de las transiciones familiares, dentro de estas transiciones se considera el tiempo histórico, el tiempo familiar y el tiempo de vida individual. Esto se logra cuando las mujeres aportan los elementos clave en la construcción de sus trayectorias de enfermedad como parte de su proceso SEA, relacionándolo con los sujetos e instituciones presentes en dicho proceso.

Desde esta perspectiva, la propuesta Curso de vida (Elder, 1999; Gutiérrez y Valladares, 2006) permitió entretrejer las distintas trayectorias que se imbrican dentro del proceso SEA de cada una de las mujeres, por lo que la heterogeneidad presente en dichas trayectorias enmarca la complejidad con que se vivencia la enfermedad crónica degenerativa.

Las técnicas de investigación cualitativa centrales para reconstruir las trayectorias fueron la observación, ubicada dentro de un contexto local, con un enfoque inclusivo, al incorporar los elementos del contexto (Rodríguez, Gil y García, 1996), reflejando los acontecimientos durante el tiempo de duración de las entrevistas a profundidad; éstas, condujeron a entender esta aproximación como un proceso de comunicación verbal (Grawitz, 1984), que se presenta como parte de un proceso social (Goode y Hatt, 1991), para poder así, analizar el Curso de vida en cada uno de los casos por medio de los relatos de vida de tipo biográfico, con los que se obtuvo la reconstrucción los procesos SEA, destacando los momentos transicionales en los síntomas, diagnósticos, tratamientos y prácticas terapéuticas de las enfermedades. De ahí la importancia del Curso de vida, cuando se entrelazan distintos eventos de crisis de enfermedad y la trayectoria de vida de las sujetos titulares de los programas, quienes interaccionan con médicos, curanderos, parteras, o bien familiares o vecinos pertenecientes o no al grupo doméstico, al brindar estos últimos consejos o sugerencias para atender el evento de enfermedad crónica.

Para lograr la aproximación a las titulares se estableció contacto con la Secretaría de Salud del estado de Nuevo León para definir los Centros de salud de los municipios conurbados a Monterrey, y así detectar a la población mayor a cinco años de adscripción al programa Oportunidades. Lo anterior, con la finalidad de aprovechar los espacios en que se reunían para recibir las pláticas/talleres de educación para la salud y con esto establecer el primer contacto. Se aplicaron cuatro grupos focales en igual número de Centros de Salud de los municipios de García, Apodaca, Monterrey y Escobedo, Nuevo León. Estos grupos focales fueron de utilidad para ubicar y seleccionar a las mujeres para entrevista a profundidad, es decir, se pudo distinguir entre las asistentes a los grupos, aquellas mujeres portadoras de enfermedades crónico-degenerativas que tuvieron diversas adversidades económicas, de adscripción a los programas, familiares o educativas, para acceder nuevamente a un estadio de salud.

Se diseñó una guía de entrevista a profundidad, con la que se logró una mayor aproximación a las informantes clave, lo que permitió entretrejer el Curso de vida individual con el social respecto a las trayectorias de los procesos SEA y el tiempo de adscripción a los programas. Por esto, la aplicación de entrevistas a profundidad, partieron desde la visión de Taylor (1987) quien las define como los encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la

comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras.

En este sentido, los hallazgos microsociales permitirán en su momento, vincularse con aspectos socio-históricos, como señalaba Castro (2011) los niveles de los determinantes sociales de la salud, que han dado sentido a la conformación del desarrollo social y local, así como sentar una base que integre nuevos aspectos para la operatividad de programas de política pública de la población del noreste mexicano.

## **2. Los procesos salud/enfermedad/atención en el Curso de vida de las mujeres.**

En el estudio de la salud/enfermedad en sectores urbanos en situación de pobreza es preciso tener presente dentro del Curso de vida, las nociones de especialistas en salud que se rigen por la presencia de conocimientos, creencias y prácticas curativas bajo el modelo tradicional, por lo que es pertinente no cerrar el enfoque de atención de la enfermedad sólo a la parte biomédica. Desde la antropología médica, Menéndez (1981) ofrece una tipología que clasifica a los curadores tradicionales, la cual es menester retomar para este trabajo:

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

Algunos estudios (Menéndez, 1981; Mercado, 1991; Foucault, 1999) han puesto énfasis en cómo la medicina científica ha tenido un papel preponderante sobre la medicina tradicional, desplazando las creencias, valores y significaciones de grupos étnicos con relación a sus prácticas curativas. Es hasta el año 2000 en que se reconoce la perspectiva de los médicos indígenas tradicionales en la planeación y puesta en marcha de la medicina institucional (Freyermuth y Sesia, 2006)<sup>1</sup>. Para el caso de los estudios urbanos, sobre todo en aquéllos que estudian el curso de vida individual y familiar e imbrican trayectos y procesos de salud/enfermedad/atención vividos en sectores rurales y urbanos, es necesario tener en cuenta la amplitud del repertorio medicinal al que acceden los sujetos.

Las mujeres estudiadas, tienen como lugar de origen comunidades rurales tanto del estado de Nuevo León, como de otros estados del país. Quienes nacieron en la ciudad de Monterrey o en municipios de la conurbación, habitaron en sectores con características rurales o semiurbanas. Esto vislumbra la presencia de servicios de atención médica tanto públicos como privados, así como la presencia de curanderos y yerbateros cuando habitaron en comunidades rurales, incluso es preciso destacar la atención de partos con parteras o ellas mismas han sido quienes se han auto asistido sus “trabajos de parto”.

---

<sup>1</sup> Esta iniciativa se impulsó por la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional para el Desarrollo de los pueblos indígenas, los cuales promovieron el enfoque intercultural de salud (Lerín, citado por Freyermuth y Sesia, 2006).

Por otra parte, aunque en este escrito no se aborda a fondo la perspectiva de género, es importante la noción que Vara (2006) establece, dados los roles de género, cómo el derecho a cuidar<sup>2</sup> se ha convertido simultáneamente en deber femenino y en privilegio social en la medida que se asocia a una cierta norma de género y se les niega a las mujeres que se desvíen de ella<sup>3</sup>. Lo anterior, porque en los procesos SEA de las mujeres uno de los aspectos primordiales para los estadios de salud, son los cuidados proporcionados por la red familiar. De ahí que la autora proponga el término de ciudadanía, mismo que al partir de la doble tensión inclusión/exclusión y control/emancipación, se reconstruye la lectura liberal dominante sobre la ciudadanía mediante una mirada que ponga en el centro la sostenibilidad de la vida y no la lógica del beneficio y la acumulación, mediante el reconocimiento y la práctica del derecho a cuidar y a ser cuidado, sin que el cuidado suponga merma de otros derechos (Vara, 2006).

El término anterior aporta elementos desde la óptica en que se proponen los programas sociales en atención a la salud; pues como señala Foucault (1999) desde la intervención del Estado en el siglo XVIII en Europa, en la atención a la salud y la enfermedad por medio de la medicalización (alópata) como medio de control, los roles entre el que cuida y el que es cuidado constituyen una de las leyes morales de la familia. Este autor argumenta que se presenta una transición en cuanto a la forma de entender y atender el cuerpo por parte del Estado: del exhorto a la limpieza e higiene para mantenerse en buen estado de salud, se pasa a tener derecho a enfermarse, y a partir de esta concepción, la salud se convierte en un asunto macroeconómico pues se incurre en gastos en este aspecto para proteger a los habitantes. Por esto, a partir de la evidencia empírica, las prácticas de cuidados, las prácticas curativas y preventivas de los tratamientos suministrados, forman parte de la atención a la salud en el cuerpo de la mujer enferma.

En este sentido, Menéndez (1998, 2003) alude a la noción de autoatención definiéndola como las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser referencia de esta actividad, además, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso del tratamiento de forma autónoma o relativamente autónoma.

Menéndez (1998) entiende la autoatención en dos sentidos “amplio” y “restringido”. El primero refiere a todas las formas requeridas para asegurar la reproducción biosocial de sujetos y grupos, específicamente a nivel de grupo doméstico, estas formas son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidas por la propia cultura del grupo. Esto incluiría no sólo la atención y prevención de los padecimientos, sino las actividades de preparación y distribución de los alimentos, el aseo del hogar y del medio ambiente inmediato, la higiene del cuerpo, el reposo, la obtención y uso del agua, entre otros. El segundo refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso salud/enfermedad/atención. Si bien es difícil realizar un corte entre la autoatención<sup>4</sup> en sentido amplio y restringido, esta opera como un ordenamiento de la realidad, en términos metodológicos.

Por lo anterior, se hace alusión a las prácticas de autocuidados, pues se relacionan directamente con el cuidado personal de la salud, además de que adquiere un matiz especial cuando se trata de entrar en contacto con la intimidad del cuerpo femenino. Por esto, se retoma la postura de Robles (2007) con respecto al cuidado, el cual se considera como una actividad común para las mujeres pero a la vez

<sup>2</sup> Al respecto, la autora señala que el cuidado no debe significar subordinación para las mujeres, ni tampoco para ninguna otra posición de sujeto cuidadora/cuidada.

<sup>3</sup> El estudio de la CEPAL (2004) “Panorama Social de América Latina”, muestra que 69% de las mujeres en México dedican parte de su tiempo al cuidado de enfermos; además, el 65% de las mujeres mexicanas dedican su tiempo exclusivamente a cuidar personas con limitaciones físicas y mentales.

<sup>4</sup> Carracedo y otros (2005) explican que puede confundirse a la autoatención con la automedicación, es decir, con la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados medicamentos sin intervención directa o inmediata del médico o personal de salud, por lo que la automedicación se convierte en sólo una parte de la autoatención.

representa un fenómeno social. Sus dominios principales son el hogar y las instituciones de salud, constituyendo respectivamente, los ámbitos privado y público. Para la autora, el cuidado se convierte en un trabajo, ya que se convierte en una acción social. Por esto, en general las prácticas de cuidados persiguen tres fines: ayudar a satisfacer las necesidades del otro (al receptor del cuidado), proporcionar los recursos suficientes para que sobreviva y garantizar su bienestar y florecimiento (Robles, 2007).

Particularmente en las mujeres adscritas a los programas Oportunidades y Seguro Popular de la ciudad de Monterrey y los municipios conurbados, los cuidados y autocuidados han estado presentes desde la primera etapa del ciclo vital: la niñez. Algunas de ellas han asumido roles de hermanas, hijas y madres al proporcionar cuidados en eventos de distintas enfermedades, y esto se ha transmitido a sus descendientes quienes en momentos de crisis han actuado al cuidado de ellas.

Los autocuidados han estado presentes parcialmente durante sus partos, destaca para todos los casos haber procreado a sus primogénitos en su etapa de adolescencia, entre los catorce y dieciocho años. No obstante, señalan que ante las adversidades de vivir en pobreza, en sectores carentes de servicios médicos, en algunos casos sin la presencia de su pareja, o bien, sin la proximidad de parientes, los autocuidados post-parto han sido prácticamente nulos.

Es importante destacar en qué aspectos la enfermedad ha impactado en las actividades domésticas, en las laborales y particularmente en el cuerpo de las mujeres. Esto, porque en los procesos salud/enfermedad/atención las mujeres se ven en ocasiones inhabilitadas para valerse por sí mismas, pues dejan de desempeñar actividades que realizaba tanto al interior como al exterior del hogar, estas últimas, en algunos casos remuneradas, las cuales son parte fundamental para el sostén del hogar.

Primeramente, cabe destacar la discontinuidad de las actividades al interior y exterior del hogar, sobre todo en lo que a sus actividades vitales refiere, aunque por el dolor paulatinamente se van dejando de realizar actividades al exterior que en un estadio anterior de salud se lograba con mayor facilidad.

Es destacable mencionar cómo un accidente conlleva a someter a la mujer a cuatro cirugías de prótesis en la cadera, esto produce también discontinuidad, básicamente con las perspectivas de trabajo a futuro, más aún cuando se hace presente después del segundo tercer parto, por lo que el binomio salud-trabajo aparece en el curso de vida dentro del marco de verse imposibilitada ante un evento de enfermedad de tal magnitud.

La presencia de las enfermedades rompen los esquemas de actividad que venían produciéndose al exterior del hogar, en unas totalmente, en otras de manera parcial, pero sin duda la reciprocidad constante con la red social con que se tenía contacto se debilita en este proceso salud/enfermedad/atención, como con los patrones en el trabajo u empleo, vecinos, amigos, entre otros (Bronfman, 2001; Sluzky, 2002). Ante este marco, es que se infieren como categoría de análisis las limitaciones por la enfermedad al vivir en pobreza, porque se entrelazan emociones de miedo, soledad y tristeza, ante un escenario económico adverso al interior del hogar, como ya lo señalaba Enríquez (2008) en su estudio, pero a la vez surge ese miedo y tristeza al no poder realizar acciones y ejecutar tareas a futuro, por lo que se rompe con el sueño o esperanza en su realización.

Con respecto a las implicaciones al interior del hogar, si bien las mujeres continúan realizando actividades como la preparación de alimentos, lavar, planchar, el aseo de la vivienda y en algunos de los casos salir a desempeñar alguna ocupación remunerada, ya sea al interior de su comunidad o al exterior de ésta, se presentan casos en que las actividades al interior del hogar ya no se ejecutan de la misma manera, esto por las secuelas que ha dejado la enfermedad.

La reconstrucción de su situación actual de salud/enfermedad con respecto a las actividades, permite dar paso a cómo el cuerpo comienza a debilitarse y mostrar nuevos signos que anteriormente no estaban presentes, como se presenta a continuación.

Estos signos que aparecen paulatinamente y en algunos casos se naturalizan, tal como Ramírez Velázquez (2004) lo detecta en su trabajo sobre representaciones de la salud/enfermedad de un grupo

de obreras, hace que los nuevos padecimientos tengan relación con el dolor de cabeza y el entumecimiento, esto, porque la mayoría de los casos aluden a la presencia de diabetes. Cabe hacer mención de que la autora diferencia entre padecimiento y enfermedad, el primero en el sentido de la experiencia y percepción que construye quien lo sufre, y la segunda, en términos de categorizaciones elaboradas desde la profesión médica. No obstante, cabe destacar que a partir de las narrativas de las mujeres se distingue, a partir de las experiencias ante enfermedades crónicas degenerativas, cómo se apropian de los conocimientos medicinales y cómo son puestos en práctica en sus vidas, sin diferenciar entre padecimientos y enfermedades.

Para las mujeres la apariencia corporal como el estar delgada o las marcas en la piel producto de la diabetes, se presentan como la principal afectación corporal de la enfermedad. A lo largo de su Curso de vida, se detecta como factor central la nula presencia de adicciones, como al alcohol o al tabaco, esto, ha contribuido a que las enfermedades crónico-degenerativas no hayan llegado al grado de afectar su organismo. Aunque en alguna etapa de su ciclo vital hayan recurrido a estas prácticas, sobre todo al tabaco, con el paso de los años y al reconocer su estadio de enfermedad ha propiciado dejarlo a un lado y pensar en términos de salud. Esto, quizá puede asociarse a que en las pláticas de salud del programa Oportunidades y en las recomendaciones médicas producto de las citas programadas por el programa o cuando se tenía alguna cita médica por parte del Seguro Popular, se prescribían las afectaciones que podían traer consigo estos tipos de adicciones.

### **3. Reflexiones finales.**

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 sector de residencia, se detectarían factores que inciden en su estadio de salud.

La Secretaría de Salud indica que el aumento en los servicios de los catálogos es directamente proporcional al presupuesto que se destine para este fin expresado en costo per cápita. Así, la SSA inició en el 2002 el Sistema de Protección Social en Salud con el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), el cual agrupaba 78 intervenciones en salud; posteriormente, en 2004, ascendió a 91 servicios bajo la denominación de Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES); en 2005, se actualiza por consenso de especialistas, aumentando a 151 servicios; en 2006 y 2007 se presenta el incremento per cápita, por lo que asciende a 249 y 255, respectivamente; para 2008, se incrementa 266 y es el que se registra en la actualidad (SSA, 2008). Lo anterior, refleja que la focalización puede ser el medio complementario para el acceso universal a la salud, como lo han propuesto Filgueira, Molina, Papadópulus y Tobar (2006). No obstante, hace falta sentar las bases para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, asimismo, como lo enuncian los autores, uno de los desafíos es cómo llegar a la población que más lo requiere para igualar las oportunidades ofrecidas, mediante políticas de Estado con visión de largo plazo.

La complejidad está presente en las trayectorias al interior del Curso de vida de los procesos SEA vivido por las mujeres adscritas a los programas sociales, pues detectarse distintas instancias de atención a la salud queda manifiesta la incapacidad de un solo sector (el público) para ofertar servicios curativos a la población sin derechohabencia a la seguridad social, además, refleja cómo este sector ha coadyuvado a la utilización de servicios privados de salud. Esto, en palabras de Adelantado y Scherer (2008) ha incrementado la empresarialización de los servicios básicos de bienestar, al grado de ubicarse por encima de los derechos sociales convirtiendo a estos últimos en mercancía, como se observa en el



aspecto de salud. Por lo que se evidencia la crisis en que actualmente se encuentra el sistema público de salud, respecto a la cobertura y calidad de la atención de los servicios médicos que éste otorga a la población.

La información obtenida, permite discutir en términos de políticas sociales desfamiliarizadoras (Esping-Andersen, 2000)<sup>5</sup>, en el sentido de que la carga de la atención de la salud logre su equilibrio entre el Estado, el Mercado y la Familia. El primero y el segundo al ser proveedores de los servicios médicos requeridos, y la tercera de los cuidados vitales, no obstante, la participación de los dos primeros en éstos últimos son de gran importancia para que no recaiga en solo una de las partes, pues para familias en situación de pobreza la generación de gastos en traslados y en tratamientos, cuando éstos últimos no son provistos por la SSA, genera el ensanchamiento de las trampas de la pobreza de que son sujetos.

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

Por otra parte, con las significaciones inferidas acerca de la pobreza de capacidades, relacionadas directamente con la salud física corporal, se da cuenta de que la focalización de los programas no generan cambios significativos en la forma en que se concibe la salud/enfermedad por parte de sus participantes, pues por una parte la enfermedad continúa prevalente, limitando la posibilidad de trabajar para obtener recursos y mantenerse activo, como en un estadio de salud pudiese estar. Esto, desafortunadamente hace pensar en términos de que las acciones en pro de la salud, como las pláticas de educación para la salud del programa Oportunidades, no consideren la discapacidad en los temas que se imparten, y por ende, se excluya de su participación a personas de la tercera edad con limitaciones físicas para asistir a dichas pláticas.

Finalmente, aunque se perciben aspectos positivos en la operacionalización del programa Oportunidades, como la prevención de enfermedades, la concientización de hábitos pro salud y la promoción de prácticas de salud en los periodos prenatal y postparto, se continúa percibiendo cuestiones que perjudican al sujeto, al hogar y a la comunidad. Por ejemplo, las exigencias con que deben cumplirse la serie de requisitos, si uno de los miembros no participa en la plática de salud o en la revisión médica, los ingresos producto de las transferencias se ven afectados al interior del grupo doméstico; también, al recaer en la madre la serie de compromisos adquiridos para con el programa (aspecto abordado en las distintas evaluaciones cualitativas), hace que su ingreso por concepto de la actividad económica que desempeña se vea mermado.

## **Bibliografía.**

Adelantado, J. y Elenise Scherer (2008). “Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina”, en *Estado, Gobierno y gestión Pública*, No. 11. Chile, junio, pp.117-134.

---

<sup>5</sup> A este término Esping-Andersen (2000) no le atribuye la connotación de antifamiliar, sino cómo las responsabilidades y asistencias al interior del grupo doméstico se vuelven independientes, esto debido a que el Estado o el Mercado se convierte en el proveedor principal, por esto, un régimen desfamiliarizador es aquel en el que se trata de descargar a la familia y de reducir la dependencia del bienestar de los individuos del parentesco.

Arteaga Botello, N. (2003). “Abatimiento de la pobreza en México 2000–2006”, en Arteaga Botello, Nelson (coord.) *Pobreza urbana, perspectivas globales, nacionales y locales*, México: Gobierno del Estado de México–CEMAPEM–Porrúa, pp. 139–166.

Bautista, S., Sebastián Martínez, Stefano Bertozzi y Paul Gertler (2003). “Evaluación del efecto de Oportunidades sobre la utilización de servicios de salud en el medio rural”, en *Evaluación de resultados de impacto del programa de desarrollo humano Oportunidades*, México: INSP.

Barcalett, M. L. y Nelson Arteaga Botello (2009). “Necropolítica, vida nuda y vigilancia: una lectura sobre la figura de la pobreza en América Latina”, en Arzate Salgado Jorge, Carlos E. Massé Narváez y Nelson Arteaga Botello (coords.) *Instituciones del bienestar y gestión de la precariedad. Una mirada interdisciplinaria*. México: Senado de la República-UAEM-Porrúa.

Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*, Barcelona: Ariel.

Blanco, M. y Pacheco, E. (2003). Trabajo y familia des un enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Papeles de Población* (083), 159-193.

Blaxter, M. (1983). “Las causas de la enfermedad. Hablan las mujeres”, en *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*, Inglaterra: Elsevier Science Ltd., Oxford, pp. 127-161.

Boltanski, L. (1974). *Puericultura y moral de clase*, Barcelona: Editorial Laia.

Bronfman, M. (2000). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales, y muerte infantil*, Cuernavaca: UNAM-CRIM.

Carracedo, M., Elida Iglesias y Paola Saraceni (2005). *Significaciones sobre el proceso de salud/enfermedad/ atención y de las políticas en salud publica*. Argentina: Escuela de Antropología Facultad de Humanidades y Artes Universidad Nacional de Rosario, <http://identco1.homestead.com/lerin/doc-pdf/Carracedo-4.pdf>

Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: UNAM-Lugar Editorial.

\_\_\_\_\_ (2002). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza*, México: UNAM - CRIM.

CEPAL (2005). *Panorama social de América Latina 2004*, Santiago de Chile: CEPAL.

Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (2006). *Macroeconomía y salud, invertir en salud para el desarrollo económico*, México: Fondo de Cultura Económica-SHCP-INSP-CMMS-Fundación Mexicana para la Salud-Secretaría de Salud.

Cortés, F., Agustín Escobar y Mercedes González de la Rocha (2008). *Método científico y política social. A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales*. México: El Colegio de México.

Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative*, Montreal: Mc Graw-Hill Editeurs.

- Elder, G. (1999). The life course and aging:some reflections. American Sociological Association, 1-25.
- Enríquez, R. (2008). *El crisol de la pobreza. Mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*, Guadalajara: ITESO.
- Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona: Ariel.
- Filgueira, F., C. G. Molina, J. Papadópolos y F. Tobar (2006). “Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida”, en Molina, C. G. (ed.) *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, Washington: BID, pp. 19-55.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder. Obras esenciales*, vol. II, Barcelona: Paidós.
- Freyermuth, G. y Paola Sesia (2002). “Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica”, en *Desacatos Revista de antropología social*, núm. 20, México: CIESAS.
- Gertler, P. (2000). “El impacto del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) sobre la salud”, en *PROGRESA, Evaluación de resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación*, México: Sedesol, pp. 1-42.
- González de la Rocha, M. (2006). *Procesos domésticos y vulnerabilidad. Perspectivas antropológicas de los hogares con Oportunidades*, México: CIESAS-Publicaciones de la Casa Chata.
- \_\_\_\_\_ (1994). *The resources of poverty. Women and survival in a Mexican city*, Oxford: Basil Blackwell.
- González de la Rocha, M. y Agustín Escobar Latapí (2004). “Evaluación cualitativa del programa Oportunidades en zonas urbanas, 2003”, en *Resultados de la evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, México: INSP-CIESAS, pp. 265-299.
- Goode, W. J. y Paul K. Hatt (1991). *Métodos de investigación social*, México: Trillas.
- Gutiérrez, A. (2002). *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social en América Latina*, México: UNAM – Editorial Siglo XXI.
- Gutiérrez, S. y C. Valladares (2006). “La perspectiva ‘curso de vida’ como eje interdisciplinario en la investigación sociodemográfica en la ‘nueva’ formación familiar: una reflexión sobre el caso mexicano”, en Rosales, R., S. Gutiérrez y J. L. Torres (coords.) *La interdisciplina en las Ciencias Sociales*, Barcelona: Anthropos-UAM. Cuadernos A. Temas de innovación social, pp. 57-68.
- Grawitz, M. (1984). *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*, México: Editorial Mexicana.
- Hammersley, M. y P. Atkinson (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*, Barcelona: Paidós.
- Levy, S. (1994). “La pobreza en México”, en Vélez Félix (comp.) *La pobreza en México. Causas y políticas para combatirla*, México: ITAM-Fondo de Cultura Económica, pp.15-112.
- Mechanic, D. (1961). *The concept of illness behavior*, Journal of Chronic Diseases, vol. 15, pp. 189-194.
- Menéndez, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México: CIESAS-Ediciones de la Casa Chata.
- \_\_\_\_\_ (2003). “Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Ciencia y saúde colectiva*, vol 8, núm.1, pp.185-207.

- Mercado Martínez, F. Javier y Teresa Margarita Torres López (2000). *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, México: Universidad de Guadalajara – Plaza y Valdés Editores.
- Millán, H. (2001). “Política social y teoría de la justicia. Fundamentos del combate a la pobreza extrema en México”, en *Economía, sociedad y territorio*, vol. III, núm. 9, pp. 63-92.
- Moser, C. (1996). “Confronting crisis. A comparative study of household responses to poverty and vulnerability in four poor urban communities”, in *Environmentally sustainable development studies and monographs series*, núm. 8. Washington, D.C.: The World Bank.
- Ordóñez Barba, G. (2000) “Eficacia y equidad en el combate a la pobreza en México”, en Valencia Lomelí Enrique, Mónica Gendreau y Ana María Tepichín (coords.) *Los dilemas de la política social. ¿Cómo combatir la pobreza?*, México: Universidad de Guadalajara-ITESO-Universidad Iberoamericana, pp. 205-239.
- Pedrero M. (2005). *Trabajo doméstico no remunerado en México. Una estimación de su valor económico a través de la encuesta nacional sobre uso del tiempo 2002*, México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Ramírez Velázquez, J. (2004). “Representaciones y prácticas acerca de la salud y la enfermedad en un grupo de obreras”, en Pérez-Gil Romo Sara Elena y Patricia Ravelo Blancas (coords.) *Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México*, México: CIESAS-Porrúa, pp. 277-320.
- Rangel, J.M. (2011). “El proceso salud/enfermedad/atención de las mujeres en el marco de los programas sociales de política pública en México”, en Patiño Rodríguez Malpica Mario Ivan, David Martínez Mendizábal y Enrique Valencia Lomelí (coords.) *La necesaria reconfiguración de la política social de México*. México: UdeG-Cátedra Konrad Adenauer-UIA León.
- Ratcliffe, J. W. y Amalia González Del Valle (2002). “El rigor en la investigación en salud: Hacia un desarrollo conceptual”, en Denman Catalina A. y Jesús Armando Haro (comps.) *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, México: El Colegio de Sonora- Universidad de Guadalajara, pp. 57-111.
- Robles Silva, L. (2007) *La invisibilidad del cuidado de los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*, Guadalajara: Editorial Universitaria/UdeG
- Rodríguez, G., Javier Gil F. y Eduardo García Jiménez (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*, España: Aljibe.
- Rodríguez Hernández, F. (1992). *Aportes de investigación. Atención a la salud y desigualdad regional: distribución de los recursos para la atención de la salud en México*, Cuernavaca: UNAM-CRIM.
- Rosales, R., Gutiérrez, S., & Torres, J. (2006). *La interdisciplina en las ciencias sociales*. España: Anthropos.
- Secretaría de salud (2006). *Sistema de Protección Social en Salud. Estrategia de Evaluación*. México: SSA.
- Sluzki, C. (2002). “De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social”, en Dabas Elina y Denise Najmanovich (comps.) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*, Argentina: Editorial Paidós, pp. 114-123.
- Solís, P. (2007). *Inequidad y movilidad social en Monterrey*. México: El Colegio de México.
- Taylor S.J. y R. Bogdan (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona: Paidós
- Titmuss, R. (1981). *Política social*, Barcelona: Ariel.
- Tuirán, R. (2001). “Estructura familiar y trayectorias de vida en México”, en Gómes Cristina (comp.) *Procesos sociales, población y familia*, México: Porrúa-FLACSO, pp. 23-66.
- Unda, M. (2003) *Compendio de política económica en México, 1980-2000*, México: ITESO.

- Vara, M. de J. (2006). "Precarización de la existencia y huelga de cuidados", en Vara, María de Jesús (coord.) *Estudios sobre género y economía*, Madrid, España: AKAL, pp. 104-135.
- Viveros, M. (1998). "Orden corporal y esterilización masculina", en *Horizontes Antropológicos*, año 4, núm. 9, octubre de 1998, Porto Alegre: Universidad Federal do Río Grande do Sul, pp. 145-170.
- Zborowski, M. (1958). *Cultural components in responses to pain*, Jaco, G.E.
- Zola, I. K. (1966). Culture and symptoms: an analysis of patients presenting complaints. *American sociological review*, 31, num. 5, pp. 615-630.