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

Primera edición, 2008

D.R. ©
Secretaría de Desarrollo Social
Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
Insurgentes Sur 1480, Colonia Barrio Actipan
Delegación Benito Juárez
03230 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN

Los conceptos y opiniones expresados por los autores de este documento no reflejan la postura institucional de la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Para mayor información llamar al 01 800 500 500.

Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social, el condicionamiento electoral o político de los programas sociales constituye un delito federal que se sanciona de acuerdo a las leyes correspondientes. Ningún servidor público puede utilizar su puesto o sus recursos para promover el voto a favor o en contra de algún partido o candidato. El Programa Oportunidades es de carácter público y su otorgamiento o continuidad no depende de partidos políticos o candidatos.

Capítulo II

Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades

AUTORA

Gabriela Sánchez López

Con la colaboración de: Laura Patricia Pedraza Espinoza

Citación sugerida: Sánchez López G. Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades. En: Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007). Tomo II, El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición. México, DF: Secretaría de Desarrollo Social, 2008.

Resumen ejecutivo

Introducción*

El propósito del Paquete Básico Garantizado de Salud es ofrecer atención primaria a la salud. A través de módulos educativos e informativos pretende desarrollar capacidades en los individuos que atiende, así como garantizar la asistencia a consultas regulares con ese nivel de atención, acciones orientadas a fomentar prácticas de autocuidado y prevención en la población beneficiaria.

En el ámbito de la salud, el Programa Oportunidades afecta distintas áreas, relativas a promover el bienestar general de las familias que viven en pobreza extrema, por lo que la evaluación del impacto que éste tiene sobre la salud requiere de enfoques diversos. Por impacto entenderemos "cualquier modificación en las condiciones de vida de los grupos domésticos beneficiarios que puede ser directa o indirectamente asociada al Programa".†

En este documento se describirá, por un lado, el impacto que las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud han tenido en el desarrollo de capacidades, orientadas a la prevención y el autocuidado en los hogares estudiados a través de información pertinente para la salud; y por otro, explicar las condiciones de la atención a la salud en el primer nivel y la influencia de las mismas en las pautas de atención de los hogares de estudio utilizando como principal fuente de información las trayectorias de atención de los mismos.

Este análisis busca comprender de qué modo la calidad en la atención recibida (percibida y experimentada por los usuarios) influye en las condiciones de salud de las familias, en las pautas de búsqueda de atención que manifiestan y en el desarrollo de capacidades, aspectos que en su conjunto permiten evaluar la óptima ejecución de los objetivos del componente de salud del Programa.

Se describirá el impacto de los procesos de salud-enfermedad-atención (en adelante procesos de s-e-a) en las economías domésticas y las estrategias económicas de afrontamiento‡ de estos episodios. Se considera que estas realidades brindan una panorámica más integral no sólo del modo en que las familias se enfrentan a dichos procesos, sino, en un sentido más amplio, de cómo el acceso a la salud permite comprender la estructura de *Oportunidades*, que incide en las posibilidades reales de los hogares de cambiar las economías domésticas y de los individuos de acceder a servicios no sólo de salud, sino educativos y también a mercados de trabajo.§ Por otra parte, permiten comprender las limitantes o la eficacia de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud.

De este modo, son tres los objetivos de este estudio:

a) Describir las condiciones de la atención a la salud en el primer nivel.
b) Determinar si éstas en conjunto con el Programa están incidiendo en las condiciones generales de salud de los hogares beneficiarios, y en las pautas de atención (el dónde, el cuándo y el cómo se busca la atención a la salud).

---

* El tema del Seguro Popular nunca fue objeto explícito del estudio. Es por ello que no se recabó la información suficiente para contar con un apartado específico.

† González de la Rocha M, Agudo Sanchiz A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2008 (propuesta de investigación). México: CIESAS, 2008.

‡ Se entiende por estrategias económicas de afrontamiento, al conjunto de recursos (activos y monetarios), pero también de estrategias (préstamos, venta de activos, gestión para cubrir gastos de transporte, medicamentos o intervenciones) y redes sociales (familiares o comunitarias) que los hogares emplean para resolver los costos de los procesos de salud, enfermedad, atención.

§ González de la Rocha M. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 12 (documento técnico sobre trabajo). México: CIESAS, 2008.

c) Caracterizar el impacto que las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud han tenido en el desarrollo de capacidades, orientadas a la prevención y el autocuidado en los hogares estudiados, de manera comparativa con la población no beneficiaria del Programa, a partir de la experiencia y calidad percibida por los usuarios.

Metodología

Se estudió un total de 12 microrregiones, tres por estado, en Oaxaca, Chiapas, Chihuahua y Sonora. Las microrregiones estudiadas por cada entidad federativa fueron: Oaxaca (mazateca, Costa, mixe); Chiapas (Las Margaritas, Tumbalá y San Cristóbal de Las Casas); Chihuahua (Yepachi-Maycoba, Norogachi, Samachique); y Sonora (yaqui, mayo y guarijía). Uno de los principales objetivos fue conocer las percepciones del equipo médico con respecto a la comunidad, el estado general de salud de las familias que la habitan, las condiciones laborales del personal y del servicio de salud que ofrecen, además de su opinión sobre el Programa y las corresponsabilidades del Paquete Básico Garantizado de Salud. Se realizaron entrevistas a prestadores de servicios de salud a cargo de las unidades médicas rurales y las casas de salud donde vivían los hogares de estudio, entre ellos: médicos(as), enfermeras(os) y asistentes rurales de salud.

Se hicieron observaciones en talleres comunitarios, consultas médicas familiares (corresponsabilidad exigida por *Oportunidades*) y escenarios de atención (servicios locales de salud). Se trabajó con una muestra inicial de 183 hogares, con las características incluidas en el cuadro 1.

De acuerdo con la composición final de esta muestra analítica de hogares,* se construyeron dos bases de datos: una sobre las trayectorias de atención y otra sobre las historias reproductivas. La base de datos de trayectorias de atención incluyó las siguientes variables de análisis: etnicidad, exposición al Programa, localidad, sexo, edad, tipo de padecimiento y explicación o causa que otorga la familia al padecimiento, escenarios y modelos de atención que emplearon para resolverlos, costos del tratamiento y de la búsqueda de atención, condiciones de saneamiento básico y opinión o concepciones sobre los servicios locales de salud. En total se documentaron 348 trayectorias de atención; 98 en Oaxaca, 85 en Chiapas, 92 en Chihuahua y 73 en Sonora.

La base de datos de historias reproductivas incluyó las siguientes variables: etnicidad, exposición al Programa, localidad, sexo, edad actual (2008), edad a la que se tuvo al primer hijo, edad a la que se tuvo al último hijo, tipo de atención recibida durante el embarazo y el parto, número de partos (vivos, muertos y abortos), tipo de métodos anticonceptivos empleados a lo largo de su vida, concepciones y acceso a métodos anticonceptivos. En total se documentaron 229 historias reproductivas, 38 en Oaxaca, 44 en Chiapas, 92 en Chihuahua y 55 en Sonora.

Cuadro 1
Muestra analítica teórica de hogares

ESTATUS *OPORTUNIDADES*	ETNICIDAD	CHIAPAS	CHIHUAHUA	OAXACA	SONORA	TOTAL
Beneficiarios	Indígenas	24	12	11	13	60
Beneficiarios	Mestizos	8	12	10	14	44
No beneficiarios	Indígenas	7	12	14	11	44
No beneficiarios	Mestizos	6	12	7	10	35
Total		45	48	42	48	183

Elaboración: Mercedes González de la Rocha (2008).

* De acuerdo con la muestra analítica, a lo largo del documento se hará referencia a hogares de larga exposición (beneficiarios desde 1998) y hogares de reciente exposición (beneficiarios desde 2007).

Resultados

En escenarios donde diferentes modelos médicos confluyen de manera cotidiana en la atención de los procesos de salud-enfermedad, los tipos de proveedores de servicios son también diversos. Aunque en este documento sólo se abordarán las condiciones en que operan los servicios públicos de salud, es importante considerar que la población de las microrregiones de estudio tiene acceso a cuatro tipos de proveedores locales de servicios de salud:

a) Proveedores de servicios de salud del sector público.
b) Proveedores de servicios de salud del sector privado (farmacias locales o regionales utilizadas como centros de atención como Farmacias Similares).
c) Proveedores de servicios de salud afiliados a organizaciones religiosas (exclusivamente para el caso de las microrregiones de Samachique –Hospital Misión Tarahumara– y Norogachi –Clínica San Carlos– en Chihuahua)
d) Proveedores de servicios de salud tradicionales (medicina tradicional; en menor medida medicinas y terapias alternativas o complementarias).

Para comprender la estructura de servicios y las condiciones de los mismos, este apartado se aboca a describir brevemente los insumos y recursos humanos con los que cuentan los centros de salud de primer nivel, escenario donde se llevan a cabo las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud.

Oaxaca. La oferta de servicios de salud en las microrregiones visitadas en este estado permite señalar que la presencia de los centros de salud y unidades médicas rurales en las zonas de estudio no es garantía de que la salud de la población esté bien atendida. La precariedad de recursos, médicos y materiales, es evidente y da un primer indicio para reconocer que la calidad de los servicios de salud en las zonas visitadas (con alta densidad de población indígena) es deficiente y se enfrenta a múltiples obstáculos para alcanzar los objetivos del Paquete Básico Garantizado de Salud.

Chiapas. De todas sus microrregiones sólo la unidad médica rural Unidad Médica Rural (UMR) IMSS-*Oportunidades* en Saltillo, localidad de Las Margaritas, cuenta con la presencia de lunes a viernes de un médico pasante. Las otras unidades operan bajo la responsabilidad de enfermeras y auxiliares de enfermería. Una característica fundamental para comprender la deficiente atención médica a la que tienen acceso los hogares estudiados en este estado del sur.

La presencia de centros de salud de primer nivel en las localidades estudiadas es mínima y por ello los pobladores deben trasladarse fuera de sus comunidades de origen para recibir atención médica de primer nivel; un rasgo más que explica la debilidad de la salud de los habitantes de estas zonas, quienes no cuentan con los recursos suficientes para trasladarse fuera de sus lugares de origen en busca de atención médica de calidad.

En este sentido, es importante señalar que la existencia de los centros de salud y de las UMR, no significa que los habitantes de las microrregiones estudiadas reciban ese tipo de atención, el hecho de que muchos médicos no hayan atendido nunca un parto es la muestra más clara de las ineficacia resolutiva en los centros de salud locales.

Chihuahua. La presencia de instituciones de salud privadas y religiosas en las microrregiones estudiadas en esta entidad es un rasgo que las caracteriza y que permite comparar su desempeño con el de las instituciones públicas de las mismas zonas. La comparación hace evidentes las deficiencias tanto de recursos humanos como materiales en los centros de salud y las UMR y demuestra que a pesar de las condiciones de marginalidad de la población y los obstáculos que imponen la geografía y la pertenencia a grupos étnicos distintos de los de los prestadores de servicios, la práctica médica y el cuidado de la salud se pueden desarrollar de una manera eficiente y coordinada.

Sonora. Aunque la sobredemanda de servicios de salud en la microrregión yaqui genera insuficiencias en la calidad de los mismos, largos tiempos de espera y la demanda de atención no logra ser cubierta, es aquí donde se encuentra la oferta de servicios de salud más amplia entre las zonas estudiadas en este estado. Existe una mayor diversidad de dependencias públicas que ofrecen servicios de salud. Además, en comparación con las demás microrregiones de Sonora, la yaqui cuenta con infraestructura más amplia y completa, y con equipos médicos más nutridos y profesionalizados.

Entre las microrregiones estudiadas en Sonora, la guarijía es la que presentó mayores carencias de infraestructura y recursos humanos; sin embargo, la localidad visitada cuenta con dos opciones de servicio de primer nivel, situación que no se da en otras microrregiones, en donde los habitantes de las localidades visitadas tienen que desplazarse a otras comunidades para ser atendidos.

HALLAZGOS Y COMPARACIONES ENTRE ESTADOS Y MICRORREGIONES

La descripción de los escenarios de atención a la salud permite identificar condiciones similares y a la vez rasgos que distinguen los servicios de salud entre los estados estudiados, incluso, entre sus microrregiones. En este apartado se señalarán brevemente aquellas características comunes en las microrregiones de los distintos estados estudiados y aquellas que otorgan singularidad a las regiones visitadas y que ponen en evidencia la heterogeneidad de los escenarios. Estas mismas cualidades servirán para sustentar en análisis posteriores los obstáculos o ventajas que encontraron los hogares estudiados cuando tuvieron episodios de enfermedad por resolver.

En primer lugar, la sobredemanda de los servicios públicos de salud es una característica compartida por todas las microrregiones del estudio. Después de 10 años de operación, *Oportunidades*, sin lugar a dudas, ha contribuido en el acercamiento de sus beneficiarios al sistema médico del Estado. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos por dotar de mayor infraestructura a las UMR y centros de salud, los recursos tanto humanos como materiales siguen siendo insuficientes para atender la demanda de atención médica.

En general, las condiciones de inmobiliario e infraestructura fueron menos deficientes en los centros de salud de la Secretaría de Salud (SSA), donde incluso existen salas de espera y espacios de asilamiento equipados con camastros para la exploración de pacientes que así lo requieran, además de habitaciones para el personal médico y baños.[*] Sin embargo, los centros siguen teniendo limitaciones respecto de salas de espera adecuadas y espacios apropiados para la realización de los talleres.

En cuanto al instrumental médico, la mayor parte del personal de salud entrevistado, independientemente del tipo de proveedor de servicios, reveló no contar con juego instrumental básico para la auscultación, como: estetoscopio, lámpara, espejo vaginal y ostoscopio.[†] Por lo regular, los centros locales de salud cuentan con una báscula (no siempre en óptimas condiciones), y un baumanómetro[§]. Las casas de salud, en general, prescinden de baumanómetro, dificultando el monitoreo regular de la toma de presión de aquellos individuos que ya han presentado o podrían presentar hipertensión arterial y que viven alejados de los centros de salud, donde pueden monitorear su presión mes con mes.

Las carencias relativas a la infraestructura de los centros de salud imposibilitan las acciones preventivas promovidas por el Paquete Básico Garantizado de Salud. Por ejemplo, la detección oportuna de indicadores de riesgo de hipertensión, diabetes, síndrome metabólico y la prueba del Papanicolaou (Pap). Se observa también que el abasto irregular o nulo de los artículos necesarios como tiras de resultados de glucosa para pruebas de dextrosis, baumanómetros e insumos para la toma del Pap genera el escepticismo de los usuarios, sobre todo cuando deciden practicarse las pruebas y éstas no pueden ser concretadas por falta del material indicado (dato reportado en los estudios de hogares y en las observaciones realizadas por los investigadores en campo en los centros de provisión del servicio). Estas carencias los desaniman en el intento de practicarse nuevamente las pruebas.

---

[*] A excepción de la UMR del IMSS-*Oportunidades* en la microrregión mazateca en donde, aunque las instalaciones de la UMR eran más pequeñas en comparación con las instalaciones de los centros de salud de la SSA, el equipamiento fue de mejor calidad, contando con servicios de radiocomunicación y una computadora que guarda los archivos del incipiente programa de expediente electrónico, mientras que los centros de salud de la SSA utilizan los medios de comunicación municipales. En contraste, en los centros de salud de la SSA, las camas de auscultación no estaban en óptimas condiciones. Se registró además, insuficiente ropa de cama y ausencia de batas para pacientes, inclusive falta de uniformes de los prestadores de servicios de salud, insumos para curación, medicamentos y pruebas rápidas de VIH y dextrosis, además de insumos para realizar el examen de Papanicolaou.

[†] Instrumento que permite observar el conducto auditivo, hasta el tímpano, para conocer el estado del mismo.

[§] El baumanómetro es un instrumento que permite medir la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias, su uso es de gran importancia para el diagnóstico médico, ya que permite detectar alguna anomalía relacionada con la presión sanguínea y el corazón. El baumanómetro es un instrumento imprescindible para la prevención de la hipertensión y la identificación de factores de riesgo cardiaco.

Es importante señalar que aunque la precariedad de recursos para operar de las instituciones públicas de salud es una constante, se da en distintos niveles entre las microrregiones estudiadas. Las diferencias más evidentes las encontramos al comparar la situación de las microrregiones visitadas en Chiapas con las microrregiones sonorenses.

En Chiapas se reportaron las condiciones más desfavorables en términos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, pero principalmente en cuanto al abasto de medicamentos para hipertensos y diabéticos, mientras que estos medicamentos, al menos en las otras entidades estudiadas, son relativamente suficientes, principalmente en Sonora y Oaxaca.

El abasto regular de dichos fármacos tiene una poderosa incidencia en la demanda de servicios de primer nivel. Sin duda es uno de los aciertos resolutivos de los centros de salud que funcionan al menos como dispensarios de medicamentos y en consecuencia pueden dar seguimiento y control a los pacientes, aunque sean deficientes en cuanto a consejería y prevención. El impacto positivo del abasto de dichos medicamentos en las economías de los hogares es evidente, principalmente en familias de nueva incorporación al Programa que antes pagaban por ellos y ahora no, y tiene consecuencias favorables en el cambio de percepciones, con respecto a la eficacia resolutiva de servicios de primer nivel, en hogares donde viven pacientes diabéticos.

En cuanto a recursos humanos, se observa que en las microrregiones con mayor presencia de hogares indígenas, como Chiapas, la Sierra Tarahumara y las poblaciones pimas se da una práctica generalizada de la medicina pública a cargo de auxiliares de salud. Por ejemplo, los centros de salud de la SSA en El Encanto, Chiapas y en Maycoba en la serranía chihuahuense están a cargo de una enfermera y un auxiliar de salud; cuentan también con el apoyo de un médico pasante, pero la presencia de éste es esporádica en ambos casos.

En contraste, los centros de salud de la SSA de las microrregiones yaqui y mayo en Sonora disponen de un equipo médico extenso, en promedio cuentan con tres médicos de base, de los cuales al menos uno es un médico titulado y dos son pasantes, además de prestar sus servicios de dos hasta seis enfermeras, como en el caso de la unidad de Vícam, donde incluso trabaja un dentista. Estas condiciones, sin embargo, no son extensivas en territorio sonorense a la microrregión guarijía, que presenta características de marginación similares a las localidades de la Sierra Tarahumara y Chiapas. En Burapaco, en la microrregión guarijía en Sonora, el centro de salud de la SSA es atendido únicamente por una auxiliar de enfermería.

Las microrregiones oaxaqueñas presentaron una situación intermedia, en la que el personal médico de los centros de salud de la SSA estaba compuesto, en promedio, por al menos un médico titulado y una técnica en enfermería.

Como se ve, el contraste más evidente se da entre las microrregiones estudiadas en Sonora y las de Chiapas. Mientras que en Sonora tanto las UMR, del IMSS-*Oportunidades*, como los centros de salud de la SSA cuentan con más de dos médicos titulados y más de dos enfermeras titulares a cargo; en Chiapas de las cuatro instituciones médicas de primer nivel estudiadas, sólo una contaba con un médico titulado.

La diferencia entre Sonora y Chiapas es evidente también cuando se compara su grado de marginación.* Sonora ha sido catalogado como un estado de nivel de marginación "bajo", mientras que el nivel de marginación en Chiapas es "muy alto". De los 72 municipios que integran Sonora, sólo uno tiene un grado "alto" de marginación; en cambio en Chiapas, de sus 118 municipios sólo cinco tienen un grado "bajo" de marginación, el resto va de "medio" a "alto" y "muy alto".

Tal información, en combinación con los hallazgos que aportó la investigación en campo, permite sugerir que las zonas con mayores grados de marginación son también aquellas en donde los servicios públicos de salud son más deficientes. De esta forma, los esfuerzos de *Oportunidades* se verán siempre limitados por las condiciones del contexto en el que opera, impidiéndole así cumplir con el objetivo de consolidar las capacidades de salud de sus

* Los datos de marginación que a continuación se presentan recuperan la última publicación de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del IV trimestre de 2005, cuyos datos fueron ajustados a las nuevas estimaciones de población, resultado de la Conciliación Demográfica 2000-2005; así como los ajustes a los datos del II Conteo de Población y Vivienda 2005, recientemente realizados por el INEGI, como resultado de la consolidación de archivos y de la integración territorial de las localidades, por lo que sustituyen a la versión anterior de los índices de marginación 2005 que fue difundida el 4 de octubre de 2006: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005.htm.

beneficiarios, sean estos indígenas o no indígenas. Es imprescindible que la Secretaría de Salud asuma el compromiso de renovar sus estructuras y busque estrategias que hagan más eficiente y eficaz su labor.

La presencia de instituciones de salud privadas y religiosas en las microrregiones estudiadas en Chihuahua es un rasgo que las caracteriza y que permite comparar su desempeño con el de las instituciones públicas de las mismas zonas. La comparación hace evidentes las deficiencias tanto de recursos humanos como materiales en los centros de salud y las UMR y demuestra que a pesar de las condiciones de marginalidad de la población y los obstáculos que imponen la geografía y la pertenencia a grupos étnicos distintos de los de los prestadores de servicios, la práctica médica y el cuidado de la salud se pueden desarrollar de una manera eficiente y coordinada. Un ejemplo de eficiencia y funcionalidad a pesar de los obstáculos que imponen las barreras geográficas y las culturales.

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN

Las condiciones generales de la infraestructura de servicios a la que tienen acceso los hogares de estudio determinan sus pautas de atención. Estas condiciones fueron comparativamente mejores en las entidades del norte que en las del sur, pero focalizadas a las microrregiones yaqui y mayo de Sonora, como consecuencia de una red más diversificada de servicios públicos y de su ubicación en un *hinterland* urbano, que significa mayores posibilidades de acceso, y en Chihuahua, dada la presencia de instituciones médicas religiosas, en las microrregiones de la serranía tarahumara (Samachique y Norogachi).

Oportunidades efectivamente ha incrementado la demanda de servicios en el primer nivel de atención, principalmente con motivo del cumplimiento de corresponsabilidades. Sin embargo, al cabo de 10 años, las condiciones y calidad de los servicios no corresponden al incremento de esta demanda.

En las localidades donde se documentó una limitada capacidad resolutiva en el medio local (servicios de primer nivel) se observa la tendencia de desplazamientos a nodos urbanos en la búsqueda de una mejor atención, con la creciente tendencia de una subutilización de los servicios del primer nivel como centros de monitoreo de corresponsabilidades.

La limitada eficacia resolutiva de las clínicas rurales públicas ha tenido como consecuencia numerosos obstáculos para el acceso a una atención de calidad y francas dificultades para el desarrollo cabal de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud. En consecuencia, la población indígena y rural muestra una escasa confianza en relación a la atención que reciben de los centros locales de salud. La poca confianza fue observada sobre todo en los hogares estudiados en las seis microrregiones de Oaxaca y Chiapas, en Yepachi-Maycoba y en la microrregión guarijía en Sonora; ello afecta de diferentes maneras las condiciones generales de salud y la calidad de vida de estas poblaciones.

La necesidad de una atención que resuelva los eventos de enfermedad y la desconfianza generalizada hacia los centros locales de salud –ciertamente fundamentada– están relacionadas con éxodos en la búsqueda de atención de los episodios de enfermedad, con consecuencias graves para las economías domésticas, más evidentes en hogares indígenas.

Las familias que habitan en las localidades de las microrregiones Norogachi y Samachique, donde la calidad de la oferta de servicios fue mayor, dada la presencia de instituciones médicas religiosas y de una UMR del IMSS-*Oportunidades* que provee un adecuado control y atención del embarazo y consejería sobre salud reproductiva sirven de parámetro y evidencia de que los servicios locales con eficacia resolutiva tienden a acotar las trayectorias de atención y sus costos. Las profundas desigualdades sociales en las que viven los hogares rarámuris siguen siendo indiscutibles, sobre todo las relativas a las condiciones más generales que impactan su salud, como aquellas que devienen de la infraestructura de servicios (agua, vivienda, transporte) y las características de los asentamientos serranos (rancherías, limitadas por el contexto orográfico).

En las microrregiones yaqui y mayo de Sonora, la diversidad en la oferta de servicios de salud públicos configura un abanico más amplio de posibilidades de atención y determina sus pautas. Los hogares de estas microrregiones, aun los indígenas, acuden con más frecuencia a los centros locales de salud y los costos de la atención son en general menores en comparación con los que se documentaron en hogares indígenas de las microrregiones del sur.

En las microrregiones de Chiapas, Oaxaca, Yepachi-Maycoba en Chihuahua y guarijía en Sonora se documentaron las condiciones de infraestructura y calidad más deficientes. En estas localidades, los hogares de estudio revelaron

una mayor frecuencia de atención de sus eventos de enfermedad en clínicas y laboratorios privados u hospitales públicos a donde tenían que trasladarse con implicaciones costosas. La inversión en la atención privada y en contextos alejados de sus comunidades implicó gastos que a largo plazo disminuyeron la posibilidad de resolver sus procesos de salud-enfermedad. Comúnmente estas trayectorias concluyeron antes de encontrar una solución a sus padecimientos, frecuentemente por motivos económicos.

Los episodios de enfermedad sin resolver generalmente se hacen parte de la cotidianidad de los hogares, mermando sus capacidades para trabajar y estudiar, con una consecuente acumulación de desventajas. Por otra parte, los hogares con eventos de enfermedad no resueltos tienden a acumular problemas de salud, que refieren diferentes miembros de la familia, complicando aún más sus posibilidades para generar recursos económicos y habilidades que puedan serles útiles para mejorar sus condiciones de vida.

Las consecuencias sociales en cuanto al cambio de roles domésticos (por ejemplo, de proveedor económico a cuidador del enfermo o de estudiante a desertor, frecuentemente por dificultades económicas debidas al evento de enfermedad) propiciados por los procesos de s-e-a fueron más evidentes en hogares indígenas que vivían en los contextos de mayor precariedad en cuanto a la calidad de servicios locales de salud. El impacto más evidente fue relativo a la interrupción de las trayectorias educativas de jóvenes en edad escolar, por motivos de enfermedad o por las consecuencias económicas de eventos de enfermedad que acaecieron en sus familias, obligándoles a iniciar sus trayectorias laborales tempranamente. Esta pauta fue muy evidente en la microrregión de Tumbalá en Chiapas. Aun siendo ex becarios, sus posibilidades reales para continuar sus trayectorias escolares estaban limitadas por su acceso a servicios de salud. Se cree que estas implicaciones, particulares a grupos domésticos que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, podrían hacerlos candidatos a apoyos diferenciales, principalmente de aquellos jóvenes que viven con padecimientos crónicos o que sus padres los padecen.

Por todo lo anterior, en los contextos con más desventajas en términos de acceso a servicios de calidad y que presentan una frecuencia mayor de éxodos en la búsqueda de servicios con capacidad resolutiva, se considera que es pertinente poner atención en el seguimiento de referencia y contrarreferencia de la atención en nodos urbanos o ajenas a sus localidades, a través del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas, para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes beneficiarios del Programa.

Pese a lo anterior se tienen evidencias etnográficas que permiten asegurar que sí existe una demanda real de los usuarios respecto a los servicios locales, principalmente con la expectativa de acceder a consejería, medicamentos (asumiendo, en muchos casos, que deben pagar por ellos) y búsqueda de apoyos para la gestión de "pases" o "recomendaciones" que les puedan ser útiles en los hospitales urbanos.

Se observa la concurrencia a clínicas rurales, para la atención de padecimientos, generalmente crónicos o menores (en el caso de Samachique atención durante el embarazo), de los cuales los hogares beneficiarios han aprendido a reconocer las posibilidades resolutivas de los centros locales, una habilidad que no demostraron los hogares no beneficiarios, quienes en general tienen una relación muy limitada con las unidades locales de salud. En general, estos padecimientos se refieren a la atención de dolores, diarreas, infecciones respiratorias, accidentes menores y acceso, en las comunidades donde el abasto de métodos anticonceptivos y medicamentos para crónicos degenerativos (diabetes e hipertensión) es regular, a estos insumos.

El Programa, en su propósito de ofrecer el nivel de la atención primaria a la salud, ha tenido aciertos resolutivos que son dignos de resaltar. En los casos como el de la UMR de Samachique, donde hay una adecuada atención y control del embarazo y acceso a métodos anticonceptivos las mujeres, independientemente de su condición étnica acuden por servicios.

Las consultas familiares de *Oportunidades* demostraron ser de gran utilidad en la detección de pacientes hipertensos, en las microrregiones de Chihuahua y Oaxaca, y de diabéticos en Oaxaca, aun cuando el acceso a medicamentos y el control de los casos fue irregular. La atención y tratamiento de los indígenas beneficiarios padecientes de diabetes fue considerablemente mejor que la de los no beneficiarios, entre quienes se reportó una incidencia mayor de casos de atención urgente por crisis diabética en clínicas privadas y hospitales públicos de segundo nivel.

Pese a las limitaciones de acceso a medicamentos en los centros locales de salud, las consultas familiares son útiles en la generación de diagnosis. En general, los hogares beneficiarios demostraron una mayor preocupación

por resolver sus eventos de enfermedad. Se cree que el acceso a información pertinente para su salud y el acceso a un ingreso regular (transferencias monetarias) les brindan una disposición diferente para atender sus procesos de salud enfermedad, que es más evidente al compararlos con los hogares no beneficiarios, aunque las resoluciones de sus procesos no se den, en todos los casos, en los contextos locales de atención, debido a las limitaciones en la capacidad resolutiva de los servicios rurales.

En general, las familias beneficiarias demostraron un mejor conocimiento de su estado de salud y una mejor disposición para participar en campañas de salud preventiva. Sin embargo, aunque *Oportunidades* ha logrado aumentar la demanda de servicios y la participación comunitaria de los beneficiarios en campañas de salud, las capacidades resolutivas de los centros locales de atención no son acordes con estas demandas. En localidades donde el desabasto de insumos para la detección de diabetes y toma de muestra de Papanicolaou es irregular o nulo, los mensajes de prevención que se abordan en talleres y campañas pierden credibilidad.

Los pocos pero contundentes aciertos que las familias beneficiarias identifican en cuanto al Programa (campañas de vacunación, acceso a tratamiento de crónico-degenerativos, disponibilidad de analgésicos y en algunos casos a métodos anticonceptivos, acceso a atención de padecimientos de los que identifican capacidad resolutiva de los centros) pueden a largo plazo cambiar la percepción de las familias, particularmente indígenas, sobre los servicios públicos de salud y sobre la incorporación paulatina de prácticas de prevención y autocuidado. Se considera que estos aciertos deben sostenerse, garantizando sobre todo el acceso a medicamentos en el primer nivel de atención.

De cualquier modo, ante las desfavorables condiciones en que operan los servicios públicos de primer nivel, el impacto de *Oportunidades* sigue siendo mínimo en la modificación de las pautas de atención. El tránsito hacia una medicina preventiva y a la resolución de demandas en el primer nivel de atención sigue siendo una meta lejana, que únicamente podría concretarse al garantizar las condiciones básicas para el funcionamiento de las clínicas rurales, principalmente a través del abasto de medicamentos y la presencia de equipos médicos profesionalizados. Aspectos que sólo pueden avalarse a través de un sólido trabajo interinstitucional que persiga metas comunes, principalmente entre *Oportunidades* y las autoridades sanitarias.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Fecundidad y métodos anticonceptivos. Se corrobora la hipótesis de que las mujeres indígenas presentan ciclos reproductivos ligeramente más largos que las no indígenas en todas las entidades. En promedio, las mujeres indígenas del sur tienen seis hijos, mientras que en Sonora son cinco. Por otro lado, ya se observa que en general, el inicio de las trayectorias en el caso de las mujeres de 19 años en adelante se da a edades superiores que las de sus madres. Lo cual confirma que la reducción de los ciclos reproductivos está más relacionada con la edad o generación a la que pertenecen las mujeres que con su condición étnica.

Las mujeres mestizas de las microrregiones del norte refieren los promedios más bajos de hijos, tres en Sonora y cuatro en Chihuahua. No se percibe que exista un incremento de la natalidad relacionada con la presencia de *Oportunidades*. En general, donde existe acceso a métodos anticonceptivos se reportó una frecuencia de uso mayor entre mujeres beneficiarias mestizas que entre las no beneficiarias, sobre todo a partir de su adscripción al Programa, y una buena disposición a la planificación familiar entre mujeres indígenas, de Chihuahua y Sonora, que tienen acceso a métodos anticonceptivos y a las intervenciones quirúrgicas, una vez que han decidido no tener más hijos.

La utilización de métodos anticonceptivos está relacionada con acceso a centros de salud, el abasto y las concepciones sobre los mismos. En la microrregión mayo de Sonora y en las microrregiones de Chihuahua son ampliamente utilizados sin amplias diferencias entre indígenas y no indígenas. En la microrregión yaqui la frecuencia de uso es mayor entre mujeres mestizas y en la microrregión guarijía se utilizan en muy pocos casos, tanto entre indígenas como mestizas, principalmente por dificultades del desabasto. En Chiapas, la utilización de métodos anticonceptivos por mujeres indígenas no fue reportada, y en Oaxaca se observó una preferencia por los métodos de control natal definitivos y una tendencia muy evidente de tener al último hijo en escenarios médicos organizados para acceder a la salpingoclasia. Entre las mujeres indígenas del sur la menor frecuencia del uso de métodos anticonceptivos durante

su vida reproductiva, está muy relacionada con las concepciones de que son perjudiciales para la salud reproductiva y principalmente en Oaxaca, por las actitudes de rechazo de sus parejas sexuales.

El factor generacional, también tiene una incidencia en el uso de métodos anticonceptivos, que está relacionada con la reciente creación de instituciones de salud, que en los contextos rurales de estudio se remonta en términos muy amplios a partir de mediados de la década de los noventa. Las mujeres de 20 a 40 años conocen y/o han utilizado métodos anticonceptivos, no sólo porque han tenido mayor acceso a centros de salud que sus madres, sino porque han estado más expuestas a información relativa al uso de anticonceptivos, a través de campañas generales y talleres del Programa.

Los métodos preferidos por las mujeres de la muestra durante sus vidas reproductivas (que se concentran en beneficiarias mestizas), fueron el dispositivo intrauterino (DIU) y las inyecciones hormonales, porque requieren de poca atención. Y entre mujeres indígenas, la práctica de la salpingoclasia.

No se puede precisar el impacto *Oportunidades* en cuanto a la planificación familiar, a través de métodos anticonceptivos, pero sí se puede decir que la cercanía de centros de salud y el abasto regular de métodos anticonceptivos fueron elementos más contundentes en la determinación de las pautas de empleo. Si bien el Programa ha tenido una incidencia bastante positiva en cuanto a la promoción de métodos anticonceptivos, sobre todo a través de charlas y talleres en mujeres mestizas de 20 a 40 años, se cree que estas acciones no están siendo aprovechadas del mismo modo entre las mujeres indígenas. Al cabo de 10 años, en los hogares de estudio de Oaxaca y Chiapas las percepciones sobre el uso de métodos anticonceptivos no han cambiado mucho, ni las actitudes de los varones al respecto. Se considera que en estos otros contextos indígenas, se debe hacer hincapié en la impartición de talleres mixtos, con el objetivo de explicar claramente las ventajas y riesgos de los métodos anticonceptivos. Parece imprescindible que, a la par, se desarrollen talleres de sensibilización sobre las implicaciones de los métodos anticonceptivos a la salud, dirigidos a mujeres indígenas, que se impartan respetuosamente y adaptados a las condiciones culturales de cada contexto. Para que estos talleres transiten de una exposición técnica sobre las características de cada método a una experiencia participativa, es también necesario capacitar a los equipos médicos, pues ellos suelen abordar estos temas únicamente a partir de "charlas" y "exposición".

En cuanto a los talleres de planificación familias entre jóvenes becarias de educación media superior, no se tienen elementos para determinar su impacto, pero sí se puede afirmar que estas jóvenes muestran en general una mejor disposición a discutir sobre estos temas y tienen un mejor acervo informativo al respecto. Por último se propone también que las brigadas y centros de salud ofrezcan el servicio de esterilización, que permita a los individuos tomar la decisión y someterse a dicho procedimiento sin que implique un gasto mayor para las familias y, sobre todo, garantizar el abasto constante de estos insumos en los centros de salud.

Pautas de atención del embarazo y el parto. Se observó una tendencia de cambio en las historias reproductivas de las mujeres, principalmente mestizas, que es evidente en la forma de atender los últimos partos. El impacto generacional en cuanto a las pautas de atención del embarazo, entre estas mujeres –que muestra cierta tendencia al acceso de atención prenatal en escenarios médicos organizados– está asociado con la creación reciente de centros de salud (a mediados de la década de los noventa), pero principalmente con la consolidación del ciclo doméstico de los hogares (etapa más avanzada), lo que posibilita una mayor estabilidad y una mejor atención de la salud reproductiva. Aunque sin duda estos cambios en la concurrencia a control prenatal, coinciden con los períodos en los que las mujeres han sido beneficiarias.

Entre las mujeres jóvenes (mayores de 19 años), a excepción de Chiapas, independientemente de su condición étnica y estatus en el Programa, se observó una frecuencia de atención prenatal mayor que, aducimos, está relacionada con la creación de centros de salud en sus comunidades.

En general, el cambio de pautas de atención del embarazo en contextos médicos está más relacionado con el acceso a servicios de calidad en el primer nivel de atención, que con la variable etnicidad. Para las mujeres indígenas, la condición étnica juega un papel preponderante en cuanto a la decisión sobre el modelo de atención que eligen (partera, partos sin asistencia o con la asistencia de sus esposos o figuras familiares femeninas). Sin embargo, dicha elección está en gran medida determinada por el tipo de trato que reciben en las unidades médicas y por el temor

de ser víctimas de negligencias o abusos (situación muy común en Chiapas y Oaxaca). Estas mujeres comúnmente prefieren recibir atención durante el embarazo y el parto en contextos domésticos. De cualquier forma, cuando las mujeres indígenas de 19 a 40 años tienen acceso a atención de calidad y calidez prefieren ser tratadas en contextos médicos, como ejemplifica el caso de Samachique, donde la totalidad de las mujeres de estudio, indígenas y no indígenas, acudieron a atención prenatal y posnatal en su clínica local, dado el buen funcionamiento de la UMR del IMSS-*Oportunidades*, en cuanto a la atención del embarazo y orientación para la salud reproductiva.

En cuanto a la atención del parto, la atención en escenarios médicos se concentra en mujeres mayores de 40 años a partir de la segunda generación de partos (1990 en adelante) y de mujeres jóvenes, mayores de 19 años, generalmente mestizas y beneficiarias, que viven en contextos donde pueden tener acceso a servicios de salud con eficacia resolutiva. Sin embargo, al comparar los casos respecto del tipo de atención recibida, es evidente que la atención del parto en contextos rurales sigue efectuándose mayoritariamente por parteras. En general, estas mujeres acuden a centros médicos en caso de un embarazo riesgoso y generalmente por sugerencia de las parteras.

Según el análisis realizado, la elección del tipo de atención durante el embarazo y el parto está determinada por los servicios disponibles al momento de estos eventos, y no necesariamente porque su condición étnica privilegie la atención con partera sobre la atención médica (a excepción de los casos mencionados). No es una coincidencia, por ejemplo, que las mujeres oaxaqueñas que a lo largo de su trayectoria reproductiva tuvieron distinto tipo de atención sean justamente aquellas cuyas historias de vida están marcadas también por la migración de la ciudad a la sierra (en el caso de mujeres no mazatecas) o de la sierra a la ciudad (en el caso de indígenas nacidas en la Cañada mazateca). Ahora bien, sí se observa que las mujeres indígenas prefieren tener a sus hijos en contextos domésticos, pero se debe considerar que esta preferencia está determinada no sólo por el tipo de atención que reciben por ser indígenas en contextos médicos organizados, sino por el propósito de evitar los obstáculos para continuar con el trabajo doméstico y el rol de cuidadoras de sus hijos.

Creemos que las pautas de atención con parteras en contextos rurales, de indígenas y no indígenas, siguen demostrando las dificultades de atención en contextos médicos, debido a la escasa confianza (principalmente de indígenas) y a las dificultades de traslado hacia centros de salud con capacidad resolutiva. Aunque efectivamente a partir de mediados de la década de los noventa existen más centros de atención, mayor información sobre los riesgos durante el embarazo y el apoyo de Progresa y *Oportunidades* (1998), estos esfuerzos no han sido suficientes para garantizar una atención oportuna del embarazo y el parto, en comunidades indígenas y rurales, sobre todo porque la atención de la salud reproductiva de las mujeres no es solamente una cuestión de presupuesto o acceso a servicios de salud, sino de calidad humana.

Detección oportuna de cáncer cervicouterino. Oportunidades ha tenido un impacto muy positivo en incrementar la práctica de la prueba de Papanicolaou entre mujeres beneficiarias. La ausencia de testimonios sobre esta práctica preventiva entre las mujeres no beneficiarias que se entrevistaron durante el estudio, habla de las dificultades de acceso a la toma de prueba entre mujeres no adscritas al Programa. *Oportunidades* también ha incidido en la disposición de las mujeres indígenas a realizarse la prueba. Esta disposición es mejor en aquellos contextos en los que los servicios de laboratorio son relativamente eficientes en cuanto a la notificación de resultados. El funcionamiento óptimo en cuanto a cobertura de insumos para la prueba y la relación eficiente entre clínicas rurales y los laboratorios que las procesan tienen una incidencia muy positiva en que otras mujeres cercanas a quienes se realizaron la prueba acudan al examen (microrregión yaqui y mayo en Sonora).

La percepción de las beneficiarias es que el examen de detección es parte de las corresponsabilidades del Programa, pues generalmente las revisiones ocurren después de los talleres. En aquellos contextos donde se documentaron irregularidades en el abasto de insumos (mazateca) la promoción de estas medidas preventivas suele perder credibilidad y a largo plazo desanimar a las mujeres para efectuarse la prueba. Cuando la prueba se consuma, un problema común son las notificaciones tardías de resultados o la no notificación de resultados negativos, por lo que se observa pertinente comunicar los resultados de las pruebas, explicar su lectura y orientar acerca de la importancia de la misma.

Ahora bien, aunque *Oportunidades* ha incrementado la prevención y autocuidado de la salud reproductiva entre las mujeres, particularmente en cuanto la prueba de Papanicolaou, se sugiere garantizar que estos esfuerzos coincidan con la capacidad resolutiva del sistema sanitario. Los fallos positivos en contextos de marginación y pobreza, con dificultades en cuanto al acceso de atención, son un factor que desanima a las mujeres, sobre todo mayores de 40 años, para ser partícipes de estas prácticas.

Conclusiones y recomendaciones

Las condiciones socioestructurales en que viven los hogares rurales e indígenas y las desventajas propias del sistema sanitario comprometen la calidad de vida de los hogares y generan procesos de acumulación de desventajas que influyen en su capacidad para tener acceso a la salud y mantener un estado óptimo de la misma con el propósito de trabajar o estudiar. Dada la etiología estructural de estas condiciones, difícilmente pueden ser modificadas por las acciones de *Oportunidades.*

Garantizar el acceso a la salud sigue siendo un elemento fundamental en la tarea de incidir en la transmisión intergeneracional de la pobreza. Estas consideraciones saltan a la vista en tanto las consecuencias sociales de los procesos de salud-enfermedad en los hogares de estudio y el cambio de roles domésticos. Cuando la calidad de los servicios no es una garantía, el afrontamiento de los episodios de enfermedad tiene consecuencias desestabilizadoras para las economías y los roles domésticos. Estas consecuencias implican la pérdida parcial o definitiva de la capacidad productiva de miembros económicamente activos (como enfermos o acompañantes de las trayectorias de atención), comprometen sus habilidades para el trabajo o la interrupción de trayectorias educativas. Los eventos de enfermedad generan impactos en el aprovechamiento escolar, ya sea como enfermo, o como quien padece las consecuencias emocionales y las tensiones de los cambios de roles domésticos que devienen del evento de enfermedad. Estas consideraciones son imprescindibles para estimar las posibilidades reales de estos hogares hacia una posible mejora o no en su calidad de vida.

Las condiciones en la infraestructura de servicios públicos de salud en contextos rurales e indígenas obstaculiza el pleno desarrollo del componente de salud de *Oportunidades*. El Programa podría ser muy efectivo si las condiciones de infraestructura, abasto de medicamentos y equipos médicos profesionalizados en estos contextos fueran adecuadas a las demandas y expectativas de atención de los beneficiarios. Antes de que eso suceda, consideramos necesaria y pertinente una mejor integración del Paquete Básico Garantizado de Salud a los modelos reales de atención, con el propósito de hacer un esfuerzo coordinado entre *Oportunidades* y las dependencias del sector salud en cuanto al seguimiento de referencias y contrarreferencias de la atención en servicios urbanos o rurales ajenos a las comunidades donde residen los hogares, a través del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales (regionalmente) que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas, para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes.

La calidad en la atención recibida (percibida y experimentada por los usuarios) influye determinantemente en las condiciones de salud de las familias y el acceso a servicios de salud, así como en las pautas de búsqueda de atención que manifiestan y en el desarrollo de capacidades orientadas a la prevención y el autocuidado. Se considera que el Paquete Básico Garantizado de Salud debe trabajar a través de una lógica que comprenda los diferentes contextos culturales y asociarse con los otros sectores locales de la atención a la salud en contextos rurales e indígenas.

Al cabo de una década, la presencia de *Oportunidades* en las localidades estudiadas ha generado un impacto positivo en cuanto al fomento de prácticas de saneamiento básico. Sin embargo, aunque dichas prácticas se fomenten en el ámbito familiar, particularmente de los hogares beneficiarios mestizos próximos a las unidades médicas, se estima que el Programa puede tener un impacto más integral en la salud comunitaria haciendo un esfuerzo intersectorial mejor coordinado para no sólo promover prácticas de saneamiento, sino para fomentar acciones que garanticen el acceso pleno a los servicios básicos, como agua, drenaje, control y manejo de la basura.

Se considera prioritario incorporar a las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud en contextos rurales e indígenas, más sólidamente el componente de género. Dichas acciones deben hacer posible que los mensajes informativos se cristalicen en reflexiones y prácticas de autocuidado de acuerdo al sentido y experiencia, principalmente de las mujeres en relación a la salud sexual y reproductiva, con la encomienda de integrar a los hombres a dichos ejercicios reflexivos.

El Paquete Básico Garantizado de Salud presenta diferentes grados de impacto en el desarrollo de capacidades orientadas al autocuidado y la prevención de la salud, de acuerdo al grado de exposición al Programa y etnicidad, pero principalmente en función de la calidad, acceso y proximidad a los servicios de primer nivel, que es su marco de ingerencia. Sin embargo, la deficiente calidad de los servicios debilita su correcta operación y los logros reportados se tornan relativos ante un panorama pobre de provisiones externas que hagan posible su ejercicio real. El tránsito hacia una atención a la salud más preventiva que paliativa y la incorporación de prácticas de autocuidado y prevención dependen de una intervención más amplia de política pública y social, que pueda garantizar una mejor calidad de los servicios ofrecidos por el Estado. Bajo estas condiciones, los efectos de la pobreza sobre la salud parecen explicarse no por su relación de causa y efecto, sino en tanto que las dificultades de acceso a una atención de calidad y la "mala salud" son componentes de la pobreza, más que una consecuencia o causa de la misma, haciendo evidentes las situaciones de inequidad y desigualdad y perpetuando la herencia generacional de la pobreza.

Análisis FODA

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
	FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES	
FO1	En términos generales puede decirse que *Oportunidades* tiene impactos favorables en la salud de las familias beneficiarias en tanto que, a través de la consulta preventiva periódica de éstas y la capacitación que se ofrece en los talleres de autocuidado a la salud, el personal médico logra tener un mejor conocimiento del estado general de salud de estas familias en comparación con el de las no beneficiarias	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* seguir garantizando las consultas familiares periódicas de los hogares benecifiarios
FO2	Existe una demanda real de los hogares beneficiarios de larga exposición o de aquellos que independientemente de su exposición al Programa y su etnicidad viven cerca de los centros de salud, respecto a los servicios locales, principalmente con la expectativa de acceder a medicamentos y consejería, generalmente en la búsqueda de apoyos para la gestión de "pases" o "recomendaciones" que les puedan ser útiles en los hospitales urbanos	Considerando el éxodo en búsqueda de servicios de salud con capacidad resolutiva, y las crecientes expectativas y necesidades de consejería y gestión de la población se recomienda integrar a las agendas temáticas de los talleres, asesorías sobre la oferta regional de servicios de segundo nivel, sus características, costos y posibilidades de atención
FO3	El Programa ha significado un cambio positivo para los hogares y sus comunidades, debido a las transferencias monetarias que suelen utilizarse como recurso emergente ante necesidades de salud	Esta situación sucede generalmente en hogares indígenas, se cree que podría ofrecerse un apoyo diferenciado para familias Indígenas
FO4	El Programa ha incrementado la demanda y acceso de servicios por parte de hogares indígenas en general a partir de las corresponsabilidades. *Oportunidades* ha logrado generar impactos muy positivos y específicos en cuanto a la demanda y acceso de las familias indígenas a servicios de salud y a su participación en campañas de vacunación. A través del fomento de prácticas de saneamiento básico en las comunidades se han visto también cambios, relativos principalmente a la construcción de letrinas en las viviendas indígenas, con gradientes significativos de acuerdo al grado de marginación y pobreza en que viven dichos hogares. Los más considerables son los observados en las microrregiones estudiadas en Oaxaca y Sonora	Los pocos pero contundentes aspectos resolutivos documentados (campañas de vacunación, saneamiento básico comunitario, acceso a tratamiento de diabéticos e hipertensos) pueden a largo plazo cambiar la percepción de las familias indígenas sobre los servicios públicos de salud
FO5	La adscripción al Programa significa un privilegio para acceder a canales de comunicación y redes sociales. En algunas ocasiones garantiza el acceso a programas federales y del estado	Se advierte a las autoridades locales y del Programa, que alguna información de interés para la comunidad en general no está siendo difundida adecuadamente. Se recomienda que las autoridades del Programa adviertan a las autoridades locales o de otros Programas sociales, sobre la pertinencia de incentivar diferentes formatos (además del oral o carteles ubicados en los centros donde se concentra la población beneficiaria, tales como escuelas o centros de salud) para garantizar la difusión adecuada sobre otros programas sociales que pueda ser de interés a la comunidad en general

FO6	Al cabo de una década, la presencia del Programa en las localidades estudiadas, ha generado un impacto positivo en cuanto al fomento de prácticas de saneamiento básico en las familias beneficiarias, principalmente a través de la construcción de letrinas, disminuyendo la presencia de excretas al aire libre o el empleo de corrales, parcelas o campos para la deposición de excretas	El Programa puede tener un impacto más integral en la salud comunitaria, haciendo un esfuerzo intersectorial mejor coordinado para no sólo promover prácticas de saneamiento, sino para fomentar acciones que garanticen el acceso pleno a los servicios básicos, como son agua, drenaje, control y manejo de la basura
FO7	Mejores hábitos de saneamiento básico en los hogares formados por hijas de titulares, indígenas o no indígenas que tienen un acceso relativo a servicios de salud y habitan en contextos rurales menos marginales (cabeceras municipales y comunidades cercanas a nodos urbanos o localizadas sobre carreteras o ubicadas cerca de centros de salud)	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* considerar que los mensajes de saneamiento doméstico, tienen mejores resultados en los contextos rurales menos marginales (cabeceras municipales y comunidades cercanas a nodos urbanos o localizadas sobre carreteras o ubicadas cerca de centros de salud) y que por lo tanto los mensajes de saneamiento básico en hogares que no gozan de estas condiciones deben adecuarse a sus posibilidades, y no ser señalados como casos no exitosos
FO8	Entre los beneficiarios existe una excelente disposición del control de la basura, aunque a través de métodos inadecuados (como quema de desechos plásticos; no se documentó la promoción correcta del manejo de desperdicios) que aunque no son promovidos directamente por el Programa, si lo han venido siendo por los ejecutores locales (a excepción de las microrregiones chiapanecas)	Se recomienda integrar a la agenda temática de los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud, el tema del manejo adecuado de los desperdicios, como tema específico (se hace una referencia muy general al tema en tanto: saneamiento básico a nivel familiar), debe incorporarse específicamente a la agenda cómo "Clasificación y manejo adecuado de los desperdicios"
FO9	*Oportunidades* ha tenido un impacto positivo en la identificación temprana de factores de riesgo, diagnóstico y atención de la población infantil que ha crecido bajo el umbral del Programa (principalmente de EDA, IRA y deshidratación). El primer nivel de atención es la opción prístina documentada en las trayectorias de atención de hogares beneficiarios de larga exposición que viven próximos a los centros de salud, independientemente de su adscripción étnica y, en el caso de las beneficiarias indígenas, oportuna detección sólo cuando coincide con la consulta familiar	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* garantizar los insumos y medicamentos para el tratamiento de EDA, IRA y deshidratación en los centros rurales de salud y casas de salud, con el propósito de brindar una atención oportuna a la población infantil que ha crecido bajo el umbral del Programa y considerar que el impacto de los mensajes preventivos de dichos padecimientos depende de la cobertura y la garantía del acceso a medicamentos
FO10	Los beneficiarios diabéticos e hipertensos que viven en contextos donde los servicios tienen cierta capacidad resolutiva (sobre todo referente a acceso a medicamentos), muestran un mejor tratamiento y control de sus padecimientos (no aplica para las microrregiones chiapanecas y la microrregión mixe en Oaxaca) en comparación con los no beneficiarios (diabéticos e hipertensos)	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* garantizar el abasto de medicamentos para pacientes diabéticos e hipertensos en las microrregiones chiapanecas

FO11	En varios lugares de la Tarahumara existen hospitales y clínicas dependientes de organizaciones religiosas que prestan servicios de salud con un modelo de atención respetuoso y adaptado a las condiciones culturales de la población indígena	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* establecer convenios con los hospitales y clínicas religiosas que operan en la Tarahumara para que éstas colaboren con las clínicas públicas en los servicios de atención médica y educación para la salud de las familias beneficiarias
FO12	En conjunto con otras campañas, *Oportunidades* ha coadyuvado a la promoción de la salud sexual y reproductiva como un ámbito de la salud pública y no sólo de la vida íntima de las mujeres	Seguir promoviendo la salud sexual y reproductiva a través del Paquete Básico Garantizado de Salud, integrando una sólida metodología participativa y de género en los talleres de autocuidado, además de la inclusión de los varones a dichas acciones. Diseñar y proporcionar materiales didácticos dirigidos a población indígena, que puedan ser empleados por los prestadores de servicios de salud
FO13	Mejor disposición para discutir temas de salud reproductiva (métodos anticonceptivos y prueba de Papanicolaou) en hogares beneficiarios de larga exposición donde habitan mujeres de primera y segunda generación, éstas últimas que han sido becarias y son estudiantes de Educación Media Superior (EMS)	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* garantizar el acceso a métodos anticonceptivos no sólo en centros de salud sino en escuelas de nivel medio superior y pruebas de Papanicolaou. Continuar y fortalecer los talleres de salud sexual y reproductiva
FO14	Mejor disposición para la búsqueda de atención prenatal y métodos anticonceptivos en mujeres de 19 a 40 años, con acceso a centros de salud con capacidad resolutiva	Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos
FO15	*Oportunidades* ha incrementado la prueba de Papanicolaou (Pap) entre mujeres beneficiarias, quienes muestran mejor disposición para ello	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* agilizar el proceso de la obtención de resultados, ya que en general se documentó una mejor disposición de las mujeres beneficiarias (en relación con las no beneficiarias) a practicarse la Pap
FO16	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud son espacios sociales ya reconocidos, en general la asistencia es constante y puntual, pero la repetición de las temáticas resulta aburrida para las beneficiarias (sobre todo de larga exposición al Programa). Generalmente se reproducen los temas más conocidos y que mejor manejan los prestadores de servicios locales, sin atender a la diversidad de temáticas de la agenda de *Oportunidades*	Se recomienda enfatizar la necesidad de aplicación de los talleres por grupo de edad y grado de exposición al Programa (se observa que generalmente no se considera). Se recomienda capacitar a los equipos de salud en temas relativos a la violencia familiar, abuso de sustancias entre varones jefes de familia, violencia de género y masculinidad, que aunque están contemplados en las agendas generalmente no se promueven por falta de capacitación. Es urgente la necesidad de cuadernillos de trabajo con ejemplos de dinámicas y técnicas grupales para los prestadores de servicios de salud y asistentes rurales

FO17	En general los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud no se imparten a través de metodologías participativas, se dan bajo la forma de "charlas" debido a las limitantes en términos de tiempo (sobrecarga de trabajo del personal y auxiliares de salud), capacitación, espacios adecuados y disposición de materiales didácticos	Se observa una urgente necesidad de creación de cartas descriptivas temáticas que funcionen como herramientas para las auxiliares de salud y prestadores de servicios con el propósito de facilitar su aplicación
FO18	Donde realmente se llevan a cabo, los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud resultan potencialmente útiles como un componente de educación general para adultos que no lograron completar su ciclo de educación primaria o secundaria	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades*, proveer de materiales didácticos apropiados a las y los promotores o personal de salud, para fortalecer la comprensión de la información entre los beneficiarios analfabetas. Promover los programas de alfabetización de la población adulta durante los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud
FO19	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud han tenido una mejor acogida en las siguientes temáticas: Uso del complemento alimenticio, Parasitosis/Ciclo de desparasitación, Saneamiento básico a nivel familiar, Vacunas, Diarreas y uso del Vida Suero Oral (VSO), Cuidados del menor de un año y el mayor de un año y Planificación familiar (entre beneficiarias)	Se recomienda redoblar esfuerzos para seguir garantizando los medicamentos e insumos para los padecimientos que se refieren, pues consideramos que su éxito está relacionado con la provisión regular de los mismos (vacunas y suero oral), además de la disposición de las titulares para escuchar sobre cuidados de la población infantil
FO20	Con respecto al manejo de la basura, se observa una excelente disposición al control de desechos por parte de las familias beneficiarias, pero a través de procedimientos sistemáticamente erróneos (por ejemplo, la quema de plásticos). Aunque el Programa no fomenta directamente estas prácticas, la promoción directa de los prestadores de servicios ha provocado que muchas beneficiarias vean las quemas de basura como una "corresponsabilidad"	Se considera que ésta puede ser una buena oportunidad para promover prácticas correctas de manejo de desperdicios (clasificación y reutilización) como parte de la agenda temática del Programa, haciendo explícitos esos contenidos
DEBILIDADES Y AMENAZAS		
DA1	Siendo el primer nivel de atención la base operacional del Paquete Garantizado de Salud, las desventajas estructurales del sistema de salud implican una debilidad para la operación del mismo (sin duda la más grave)	El impacto del Programa está determinado por las condiciones en que operan los servicios de primer nivel, el esfuerzo y los logros del Programa deben coordinarse con la capacidad resolutiva de los centros rurales de salud
DA2	En las localidades donde se documentó una limitada capacidad resolutiva en el medio local (servicios de primer nivel), se observa la tendencia de desplazamientos a nodos urbanos en la búsqueda de una mejor atención, con la creciente tendencia de una subutilización de los servicios del primer nivel como centros de monitoreo de corresponsabilidades	Se considera que es pertinente poner atención en el seguimiento de referencia y contrarreferencia de la atención en nodos urbanos, a través del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas, para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes beneficiarios del Programa

DA3	Muchas familias indígenas que viven en contextos de marginación geográfica, tienen más limitaciones para acceder a los servicios médicos públicos de salud, constituyen el sector de la población con mayores carencias en términos de atención a la salud y de incidencia de enfermedades materno-infantiles, respiratorias, tuberculosis y desnutrición	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* redoblar los esfuerzos de coordinación con caravanas de salud y unidades móviles, a través de visitas más frecuentes
DA4	Las conductas migratorias implican retos para el sector salud de acuerdo con las necesidades de las pautas de atención de mujeres migrantes que inician su vida sexual y se embarazan en territorios lejanos a sus comunidades, pero que vuelven a ellas durante el último trimestre para garantizar el acompañamiento de la familia y la comunidad en la atención del parto, un reto que no siempre es asumido por los prestadores de servicios de salud debido a las dificultades para evaluar el control prenatal y la condición de salud de las mujeres cuando llegan a sus consultorios rurales, provocando negativas en la atención	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* asumir este reto e incentivar algún tipo de intervención multisectorial o tal vez interestatal, que pueda permitir dar seguimiento a la atención de la salud reproductiva de estas mujeres
DA5	Ante las desfavorables condiciones en que operan los servicios de primer nivel, en términos generales, el impacto de *Oportunidades* sigue siendo mínimo en tanto cambiar las pautas de atención y orientarlas a la medicina preventiva y a la resolución de demandas en el primer nivel de atención	El impacto del Programa está determinado por las condiciones en que operan los servicios de primer nivel, el esfuerzo y los logros del Programa deben coordinarse con la capacidad resolutiva de los centros rurales de salud
DA6	Si bien *Oportunidades* ha logrado aumentar la demanda de servicios, esto no es acorde a las capacidades resolutivas de los mismos, principalmente en términos de la prevención de factores de riesgo de padecimientos crónico-degenerativos y de detección oportuna de cáncer cervicouterino, principalmente por las necesidades de pruebas rápidas de dextrosis, baumanómetros y materiales para la toma de muestra de Papanicolaou	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* dotar a los centros locales de salud, con los insumos necesarios para la toma de pruebas de enfermedades crónico-degenerativas
DA7	Las limitaciones para el desarrollo de capacidades orientadas a la prevención y el autocuidado residen en las condiciones inadecuadas en que operan los centros de salud y en la falta de credibilidad de los usuarios hacia dichos centros (historias previas de escasa o nula capacidad resolutiva, ausencia de médicos profesionales, rotación de personal de salud, negación del servicio, desabasto de medicamentos e insumos y en general malas experiencias del pasado que son transmitidas generacionalmente). Esta situación es más común entre usuarios indígenas que viven alejados de los centros	Se recomienda a las autoridades del sector salud garantizar los medicamentos, personal médico e insumos necesarios para brindar atención oportuna. Se sugiere a las autoridades del Programa, incorporar promotores de salud con autoridad y prestigio local, que coadyuven en la construcción de relaciones de más confianza entre los usuarios de los servicios y los centros de salud, considerando que generalmente, conocen mejor las necesidades y la epidemiología local, y son nativos y residentes de las comunidades
DA8	Si bien *Oportunidades* ha logrado aumentar la frecuencia de detección del Papanicolaou, la escasa capacidad de respuesta del sector salud en caso de un resultado de cáncer cervicouterino desanima a las mujeres a tener prácticas de detección oportuna, aunado a los retrasos con que llegan los resultados	Se recomienda a las autoridades del sector salud, fortalecer y garantizar la atención de las pacientes con cáncer. La difusión de la prueba de Papanicolaou como un dispositivo de salud preventiva, debe coincidir con la capacidad resolutiva del sistema sanitario

DA9	Si bien *Oportunidades* ha logrado aumentar la frecuencia de detección del Papanicolaou, independientemente de los resultados éstos generalmente no van acompañados de consejería. En general los resultados negativos, no se comunican	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* que garanticen la comunicación de resultados (positivos o negativos) de las pruebas de Papanicolaou. Se sugiere reforzar las labores de consejería individuales para mujeres que padecen cáncer de mama y cervicouterino
DA10	Uno de los motivos de mayor peso que provocan el rechazo de los servicios de atención en el primer nivel (aun por parte de quienes viven cerca de ellos), es la falta de reconocimiento y la percepción de poca efectividad de los mismos. Situación más común entre beneficiarios indígenas	Se cree que es imprescindible resarcir en los contextos locales más inmediatos la confianza en las instituciones a través de una colaboración más cercana con las autoridades médicas tradicionales que puedan coadyuvar a la construcción de una atención a la salud más integral y a generar mayor participación comunitaria. Se considera que el Paquete Básico Garantizado de Salud debe trabajar a través de una lógica que pondere la competencia cultural y asociarse con los otros sectores locales de la atención a la salud en contextos rurales e indígenas (curanderos, hueseros, parteras, hierberos, etc.). Por ello, una posible recomendación es incorporar, bajo el esquema de vocal de salud, a promotores de salud con autoridad y prestigio local, que sean miembros de las redes de atención tradicionales o indígenas. La amenaza latente es que, aun contando con las redes estructurales, estas sean subempleadas
DA11	La acogida de las temáticas de los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud suele ser mejor cuando se trata del cuidado de los otros, principalmente de los niños y no de las mujeres, aun siendo ellas el público cautivo por antonomasia de los talleres	Debe integrase más solidamente el componente de género y hacer más especificas las agendas temáticas relativas a género y salud. Aunque éstas ya están "incluidas" generalmente el tema no es abordado por los prestadores de servicios, en ausencia de capacitación

DA12	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud corren el riesgo de convertirse en herramientas que desestiman y no legitiman los saberes locales relativos al cuidado de la salud y la medicina indígena o tradicional	Los talleres deben de garantizar la competencia cultural en sus temáticas y metodologías; para ellos la capacitación y sensibilización de los prestadores de servicios de salud es imprescindible
DA13	Las violaciones a los derechos a la salud y la discriminación por motivos de etnicidad alejan a los usuarios de los servicios o los exponen a situaciones de abuso de poder, que se traduce en una mala calidad en la atención, aunque tengan acceso a los mismos	Se estima que es imprescindible la promoción de talleres de salud en derechos humanos, tanto para prestadores de servicios, como para usuarios de servicios, si lo que se busca es fortalecer y potenciar las habilidades sociales y capacidades de los hogares para ampliar sus alternativas en el propósito de alcanzar mejores niveles de bienestar
DA14	Los eventos de enfermedad grave o sin resolución suelen concentrarse en hogares con antecedentes de enfermedad. En estas familias donde los procesos de salud-enfermedad, lejos de resolverse, son parte de la vida cotidiana (caso Chiapas) las capacidades productivas se ven mermadas y se minan también las oportunidades reales de los miembros del hogar en edad escolar para continuar con sus trayectorias escolares	Se considera pertinente ofrecer apoyos diferenciados para jóvenes en edad escolar que viven en hogares en donde se concentran casos de enfermedad o que padecen alguna enfermedad que implique movilización y atención costosa. Esta medida sería conveniente para evitar la deserción escolar por motivos de salud

Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades

I. Introducción*

El propósito del Paquete Básico Garantizado de Salud‡ es ofrecer el nivel de la atención primaria a la salud (anexo A). A través de módulos educativos e informativos pretende desarrollar capacidades en los individuos que atiende y garantizar la asistencia a consultas regulares con este nivel de atención, acciones, orientadas a fomentar prácticas de autocuidado y prevención en la población beneficiaria.

En el ámbito de la salud, el Programa Oportunidades afecta muy distintas áreas, por lo que la evaluación del impacto que éste tiene sobre la salud requiere de enfoques diversos. Por impacto se entenderá "cualquier modificación en las condiciones de vida de los grupos domésticos beneficiarios que puede ser directa o indirectamente asociada al Programa".†

En este documento se pretende, por un lado, describir el impacto que las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud han tenido en el desarrollo de capacidades, orientadas a la prevención y el autocuidado en los hogares estudiados a través de información pertinente para la salud y, por otro, explicar las condiciones de la atención a la salud en el primer nivel y la influencia de las mismas en las pautas de atención de los grupos domésticos, utilizando como principal fuente de información las trayectorias de atención de los hogares de estudio.

El análisis que se presenta busca comprender de qué modo la calidad en la atención recibida (percibida y experimentada por los usuarios) influye en las condiciones de salud de las familias, en las pautas de búsqueda de atención que manifiestan y en el desarrollo de capacidades, aspectos que en su conjunto nos permiten evaluar la óptima ejecución de los objetivos del componente de salud del Programa.

Se describirá el impacto de los procesos de salud-enfermedad-atención (en adelante procesos de s-e-a) en las economías domésticas y las estrategias económicas de afrontamiento‡ de estos episodios. Se considera que estas realidades brindan una panorámica más integral no sólo del modo en que las familias se enfrentan a dichos procesos, sino, en un sentido más

---

* El tema del Seguro Popular nunca fue objeto explícito del estudio. Es por ello que no se recabó la información suficiente para contar con un apartado específico.

† González de la Rocha M, Agudo-Sanchiz A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2008 (propuesta de investigación). México: CIESAS, 2008.

‡ Se entiende por estrategias económicas de afrontamiento al conjunto de recursos (activos y monetarios), pero también de estrategias (préstamos, venta de activos, gestión para cubrir gastos de transporte, medicamentos o intervenciones) y redes sociales (familiares o comunitarias) que los hogares emplean para resolver los costos de los procesos de salud, enfermedad y atención.

amplio, de cómo el acceso a la salud permite comprender la estructura de *Oportunidades* que incide en las posibilidades reales de los hogares de cambiar las economías domésticas y de los individuos de acceder a servicios no sólo de salud, sino educativos y también a mercados de trabajo.* Por otra parte, permiten comprender las limitantes o la eficacia de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud.

Este tipo de análisis implica tener en cuenta las condiciones de los servicios locales de salud, pero también las concepciones de la población indígena y rural en relación a las diferentes instancias vinculadas con la atención a la salud en sus comunidades. Sin duda el efecto de las concepciones (a partir de la calidad percibida por el usuario con respecto a los servicios o de los no beneficiarios con respecto a la salud comunitaria como exclusiva de los beneficiarios), es elemental para entender más ampliamente la capacidad de impacto del componente de salud de *Oportunidades* en contextos específicos, determinados por procesos históricos y culturales. Estas preliminares dan posibilidades de determinar si existe un grado de congruencia entre el tiempo de exposición al Programa y el desarrollo de capacidades, prácticas de autocuidado y acceso a los servicios de atención a la salud (o identificar los factores externos que las condicionan o limitan).

El presente análisis parte de un contexto de investigación más amplio circunscrito en la "Evaluación cualitativa de impacto de largo plazo del Programa Oportunidades en localidades rurales", llevado a cabo en Oaxaca, Chiapas, Chihuahua y Sonora. Las dinámicas de dichas microrregiones han sido ampliamente descritas en los Documentos analíticos convenidos con *Oportunidades*‡ y el análisis específico relativo a los temas de educación y trabajo, son discutidos en los Documentos técnicos sobre trabajo y educación coordinados por González de la Rocha (2008)§ y Agudo-Sanchiz (2008).# Tres variables han guiado la pesquisa de la presente evaluación: a) la calidad de los servicios de salud y el acceso diferenciado a los mismos, b) la adscripción étnica de los hogares estudiados y c) el tiempo de exposición a *Oportunidades*.

Considerados estos antecedentes, el estudio se concentrará en el análisis de la operación del Paquete Básico Garantizado de Salud& en interacción con los diferentes escenarios de estudio. Posteriormente se ofrece un conjunto de recomendaciones para el mejoramiento del ejercicio del componente de salud del Programa. Las recomendaciones cuentan con el respaldo de los datos etnográficos recopilados de manera rigurosa como parte de una estrategia metodológica construida para responder las preguntas de las que partimos en esta investigación y con el análisis de los mismos, base sobre la que se elaboraron las afirmaciones.

Este enfoque privilegia el punto de vista de los miembros de los hogares estudiados y la observación de las interrelaciones institucionales, sociales y culturales que tienen lugar en la convergencia de tres esferas que, en nuestra opinión, constituyen el escenario operacional donde se concretan las acciones de *Oportunidades* (figura 1).

Las esferas de interacción del Programa implican determinantes de diversas magnitudes para el estado de salud de los pueblos indígenas y las comunidades rurales donde habitan las familias que componen nuestra muestra, conjugando factores biológicos, psicológicos y macrosociales (aspectos sociales, económicos y políticos) que se expresan y se explican de diferente modo en la arena global, nacional, regional y local. Se partió de este escenario convergente (acciones del componente de salud de *Oportunidades*, condiciones estructurales de los servicios de salud existentes

---

* González de la Rocha M. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 12 (documento técnico sobre trabajo). México: CIESAS, 2008.

‡ Agudo A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Chiapas). México: CIESAS, 2008; González de la Rocha M, Paredes P, Sánchez-López G. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Oaxaca). México: CIESAS, 2008; Haro A et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Sonora). México: CIESAS, 2008; Sariego, JL et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico: estudio etnográfico en Chihuahua). México: CIESAS, 2008.

§ González de la Rocha M. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 12 (documento técnico sobre trabajo). México: CIESAS, 2008.

Agudo-Sanchiz A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2007-2008 (informe de avances de la investigación de campo en el estado de Chiapas). México: CIESAS, 2007.

& Se parte de los Objetivos Generales de las Reglas de Operación del Programa de 2008.[1] Ello, en nuestra opinión, constituye una premisa fundamental de toda evaluación de un programa de política social.

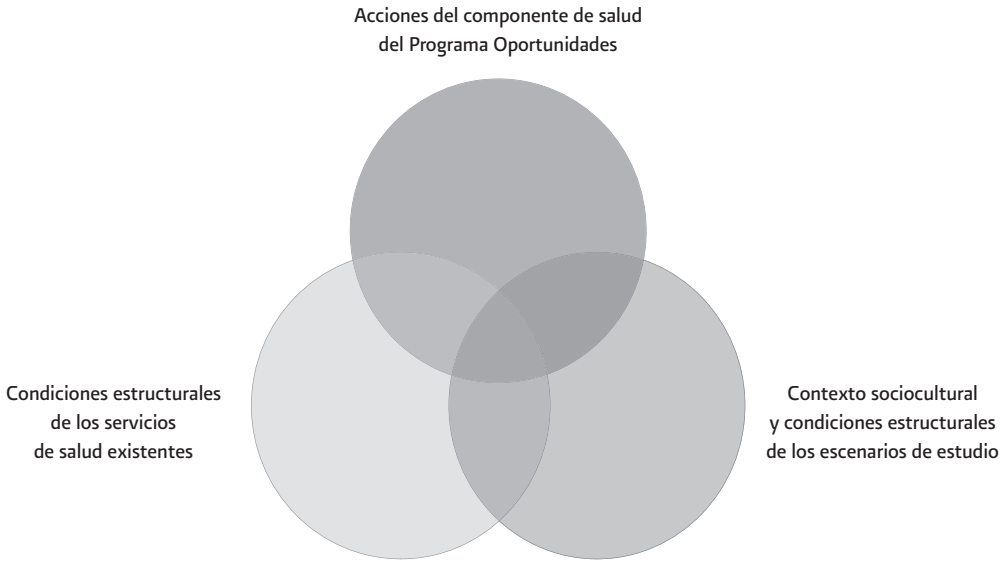


Figura 1
Esferas de interacción del Programa Oportunidades

y de las configuraciones socioculturales a nivel local) para abordar el estudio de la salud en contextos interculturales, con el fin de conocer el impacto del Programa en dichos escenarios. Ahora bien, ¿cómo evaluar si *Oportunidades* ha tenido algún impacto en el acceso a la salud, pautas de atención y desarrollo de capacidades? ¿Cómo averiguar si este impacto ha sido diferencial de acuerdo a la etnicidad o exposición de los hogares a los beneficios del Programa?

Para este fin nos se condujo el análisis por un conjunto de hipótesis* surgidas de la propuesta inicial de esta investigación y del diagnóstico realizado por Haro y colaboradores (2007),‡ documentos fundamentales para arribar a nociones claras que permiten analizar si los principales objetivos del componente de salud están concretándose cabalmente en contextos rurales e indígenas, y en dado caso, señalar las posibles fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para su realización efectiva, a través del estudio de las interrelaciones entre los puntos de contacto entre el Programa, los proveedores de los servicios y los usuarios.§

Los resultados expuestos a lo largo del documento surgen del análisis realizado conforme a las siguientes hipótesis:

- Los grupos indígenas presentan las condiciones más desfavorables de acceso a los servicios de salud y atención apropiada en casos de enfermedad a causa del rezago, cuando de atención a la salud se trata, en que se encuentran.
- El analfabetismo y la escasa escolaridad entre los indígenas, los sistemas de creencias (que en ocasiones operan como factores de retardo en la búsqueda de atención a la salud), las percepciones sobre los servicios no tradicionales o institucionalizados de salud (vistos como de difícil acceso o como fuentes de malos tratos), la (in)competencia lingüística de proveedores de servicios y de usuarios de los mismos, son todos ellos factores que ayudan a explicar las condiciones más desfavorables de los indígenas respecto del acceso a la atención a la salud y las diferencias en los perfiles epidemiológicos entre indígenas y mestizos rurales.

* González de la Rocha M, Agudo-Sanchiz A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2008 (propuesta de investigación). México: CIESAS, 2008.

‡ Haro A, Zepeda B, Restor M, Figueroa JL. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2007-2008 (diagnóstico de salud desde una perspectiva multicultural). México: CIESAS, 2007.

§ González de la Rocha M. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2007 (propuesta de investigación). México, 2007; González de la Rocha M, Agudo-Sanchiz A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2008 (propuesta de investigación). México: CIESAS, 2008; Haro A, Zepeda B, Restor M, Figueroa JL. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2007-2008 (diagnóstico de salud desde una perspectiva multicultural). México: CIESAS, 2007.

- Existen contrastes significativos entre distintos grupos indígenas. Es decir, las condiciones de vida de los diversos grupos indígenas, lejos de ser homogéneas, son muy heterogéneas.
- Existen "pautas aculturadoras" (cambios culturales que se manifiestan en la adopción de prácticas de consumo –refrescos embotellados y alimentos chatarra–) que producen cambios en la salud y la coexistencia de enfermedades típicas de la pobreza con patologías nuevas, relacionadas con los nuevos hábitos alimenticios, como la diabetes y la hipertensión.
- El acceso a los servicios de salud y la distancia entre los domicilios y los centros proveedores de atención a la salud determinan el uso de dichos servicios.
- No sólo la distancia que separa a las localidades indígenas de los centros de atención a la salud es determinante. Existen otros factores que moldean el acceso y uso a los servicios de salud: el mal estado de los caminos, la precariedad de los medios de comunicación con los que cuentan, la discriminación y el racismo que los indígenas sufren, particularmente en las instituciones proveedoras de servicio.
- Los patrones de cobertura –respecto del acceso a servicios de salud– son más bajos entre los indígenas rurales que entre los mestizos rurales.
- La práctica de las instituciones de destinar pasantes –y no médicos titulados– a los centros de salud que brindan atención a las comunidades indígenas es un factor de peso para entender el deficiente servicio de atención a la salud.
- La ausencia de personal médico –especialmente doctores titulados– es mucho más frecuente en las localidades indígenas. La rotación constante de los médicos es la causa principal de relaciones de muy escasa confianza con la gente a la que se le brinda el servicio, de escaso seguimiento a los enfermos crónicos, y de falta de conocimiento –por parte del galeno– de las afecciones y problemas específicos de la localidad y sus habitantes.
- Los actores que fungen como puentes entre las instituciones proveedoras de servicios (los llamados promotores de salud y las auxiliares rurales o auxiliares de salud), en contextos de muy escasa provisión de servicios de limpia y recolección de basura por parte de los funcionarios públicos municipales, promueven prácticas que deterioran el ambiente (altamente contaminantes) y atentan contra la salud de los habitantes rurales, indígenas y mestizos, en el corto y en el largo plazo.
- Las prácticas promovidas por las instituciones proveedoras de servicios de salud encaminadas a sanear las viviendas de los habitantes rurales (encorralamiento de aves, cerdos y otros animales de corral), y que provienen de un conjunto de nociones urbanas que emanan de un modelo de desarrollo y de vida totalmente ajeno al ámbito rural, atentan contra la economía doméstica de los beneficiarios de *Oportunidades*, tanto indígenas como mestizos.
- Los ciclos reproductivos de las mujeres indígenas son sustancialmente más largos que los ciclos de las mujeres no indígenas. Ello, en contextos en los que la atención durante el embarazo es escasa y las mujeres dan a luz en sus propias casas, está relacionado con problemas de salud materno-infantil más agudos.
- Relacionado con la salud reproductiva: En los hogares de larga exposición al Programa (9 a 10 años), éste ha contribuido a disminuir el embarazo adolescente y a retrasar la edad de la primera unión en mujeres mediante la prolongación de sus trayectorias educativas hasta los niveles de secundaria y preparatoria (especialmente donde existe presencia, cercanía de y fácil acceso a centros educativos por encima del nivel de primaria).*

De este modo, son tres los objetivos de estudio:

a) Describir las condiciones de la atención a la salud en el primer nivel.
b) Determinar si éstas en conjunto con el Programa están incidiendo en las condiciones generales de salud de los hogares beneficiarios, y en las pautas de atención (*el dónde, el cuándo y el cómo se busca la atención a la salud*).
c) Caracterizar el impacto que las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud han tenido en el desarrollo de capacidades, orientadas a la prevención y el autocuidado en los hogares estudiados, de manera comparativa

* Agudo-Sanchíz A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2007-2008 (informe de avances de la investigación de campo en el estado de Chiapas). México: CIESAS, 2007.

con la población no beneficiaria del Programa, todo lo anterior, a partir de la experiencia y calidad percibida por los usuarios.

II. Metodología

La presente evaluación contó con una "Guía para el trabajo etnográfico de campo",* que fue útil para estandarizar y acotar las fuentes de información y el universo observable, a través de una relación de actores a entrevistar y de guiones temáticos a cubrir durante las entrevistas, las observaciones de escenarios de atención y los estudios de hogares. Se estudiaron 12 microrregiones, tres por estado, en Oaxaca, Chiapas, Chihuahua y Sonora. En el cuadro 1 se detalla el nombre de cada microrregión, los municipios y localidades que comprenden, así como los grupos étnicos que habitan en ellas y los centros de salud que se ubican en cada una.

La nomenclatura con la que nos referimos a las microrregiones estudiadas en este documento ha respetado los nombres empleados en los documentos analíticos convenidos con *Oportunidades*.‡ Se podrá observar que cada investigador consideró criterios diferentes para identificar las microrregiones de estudio. En el caso de Chihuahua se trata de localidades, en Chiapas refiere al nombre del municipio, en Sonora a grupos étnicos, mientras que en Oaxaca, uno refiere a región (Costa) y dos a grupos étnicos (mazateca y mixe). Este documento refiere cada microrregión del mismo modo: Oaxaca (Costa, mixe, mazateca), Chiapas (Tumbalá, San Cristóbal de Las Casas y Las Margaritas), Chihuahua (Norogachi, Samachique y Yepachi-Maycoba) y Sonora (yaqui, mayo y guarijía).

Para el acopio de los datos, se realizaron las siguientes estrategias:

A) Entrevistas. Las entrevistas a prestadores de servicios de salud tenían como objetivo conocer las percepciones del equipo médico con respecto a la comunidad, el estado general de salud de las familias que la habitan, así como las condiciones laborales del personal y del servicio de salud que ofrecen, además de su opinión sobre *Oportunidades* y las corresponsabilidades del Paquete Básico Garantizado de Salud. Los prestadores de servicios de salud entrevistados fueron los que referimos a continuación:

1. Médicos(as). Se entrevistó a los encargados de los centros de salud que se ubican en cada localidad de estudio. No se entrevistó a aquellos médicos que laboraban en centros de salud ajenos a las comunidades donde residían las familias de estudio, aunque las trayectorias de atención de algunos hogares refirieran ser atendidos en dichos centros.

   Los entrevistados, podían pertenecer a distintas instituciones médicas, principalmente al IMSS-*Oportunidades* y a la Secretaría de Salud (SSA).

2. Enfermeras(os). Dado que comúnmente las estancias de las enfermeras en las localidades de estudio son más prolongadas que las de los médicos, la información proporcionada por éstas fue de gran valor y utilidad.

   Se procedió del mismo modo que en el caso del equipo médico, considerando al personal que laboraba en los centros de salud ubicados en las comunidades donde residían los hogares estudiados. Se privilegió la información de quienes tuvieran permanencias más prolongadas en las localidades. En algunos casos se trató de practicantes de enfermería.

---

* La "Guía para el trabajo etnográfico de campo", constituye una síntesis, redactada por Haro (2008), de las preguntas e hipótesis contenidas en la propuesta de investigación (González de la Rocha, 2007; González de la Rocha, Agudo-Sanchiz, 2008), una explicación de la muestra analítica construida por la directora de la evaluación cualitativa (González de la Rocha) con la colaboración de Escobar como miembro del Grupo Asesor de Expertos, y un compendio de los instrumentos de recolección de información elaborados por Escobar y González de la Rocha para fines de evaluaciones anteriores y rediseñados por González de la Rocha y Agudo Sanchiz para los fines del trabajo de campo de la presente evaluación. También incluye un instrumento de recolección de información relativa al tema de salud, elaborado por Haro. Para este análisis se han rescatado sólo los contenidos referentes a salud para brindar una perspectiva más completa de los materiales de apoyo etnográfico dispuestos en la investigación en campo.

‡ Agudo A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Chiapas). México: CIESAS, 2008; González de la Rocha M, Paredes P, Sánchez-López G. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Oaxaca). México: CIESAS, 2008; Haro A et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Sonora). México: CIESAS, 2008; Sariego, JL et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico: estudio etnográfico en Chihuahua). México: CIESAS, 2008.

Cuadro 1
Descripción de las microrregiones, por ubicación, grupo étnico y servicios de salud

ESTADO	MICRORREGIÓN	MUNICIPIO	LOCALIDADES*	GRUPOS ÉTNICOS	LOCALIDADES QUE CUENTAN CON CENTROS DE SALUD
Oaxaca	Mazateca	Mazatlán Villa de Flores (MVF)	Mazatlán Villa de Flores, El Progreso, El Corral, San Simón y Almolonga	Mazateco	Centro de salud, SSA (Mazatlán Villa de Flores) UMR-IMSS-*Oportunidades* (El Progreso), Casas de salud (El Corral, Almolonga y San Simón), Hospital Rural IMSS-*Oportunidades* No. 43 (Huautla de Jiménez, 30 km. de MVF)
	Mixe	San Juan Jaltepec de Candayoc	San Juan Jaltepec de Candayoc y Cerro Mojarra	Mixe / mazateco	Centro de salud, SSA (San Juan Jaltepec de Candayoc), Casa de Salud (Cerro Mojarra, aunque sus habitantes acuden generalmente al Centro de Salud, SSA de San Felipe Zihualtepec), Hospital María Lombardo, SSA (ubicado a 25 km. de San Juan Jaltepec de Candayoc y 15 km. de Cerro Mojarra)
	Costa	Santiago Jamiltepec	Santa Elena Comaltepec y El Charquito Nduayoo	Mixteco y afromestizos	Casa de Salud (Santa Elena Comaltepec y El Charquito Nduayoo), Hospital Rural IMSS-*Oportunidades* No. 45. (Ubicado a 5 km de Santa Elena Comaltepec y 23 de El Charquito Nduayoo.
Chiapas	Las Margaritas	Las Margaritas	Saltillo, La Libertad, Chacalá, El Encanto, Bello Paisaje	Tojolabal	Centro de Salud, SSA (El Encanto) y UMR del IMSS-*Oportunidades* (a donde acuden los habitantes de Bello Paisaje, La Libertad y Chacalá).
	Tumbalá	Tumbalá	Álvaro Obregón Planada, Álvaro Obregón Loma, El Porvenir y Emiliano Zapata.	Chol	Dos UMR del IMSS-*Oportunidades*, ubicadas en El Porvenir (a donde acuden los habitantes de El Porvenir, Álvaro Obregón Planada y Álvaro Obregón Loma) y Emiliano Zapata.
	San Cristóbal de Las Casas	San Cristóbal de Las Casas	El Aguaje, Corazón de María, San Ysidro de las Huertas y El Pedernal	Tzotzil	Centro de Salud, SSA (El Aguaje), Centro de Salud, SSA (Corazón de María), Centro de Salud, SSA (El Pedernal) y UMR-IMSS-*Oportunidades* (Yashintin).
Chihuahua	Yepachi-Maycoba‡	Temósachic (Yepachi) y Yécora (Maycoba)	Yepachi, Yepachi-Piedras Azules y Maycoba	Pimas bajos (o'oba)	UMR IMSS-*Oportunidades* (Yepachi) y Centro de Salud, SSA (Maycoba)
	Samachique	Guachochi	Samachique	Rarámuri	UMR IMSS-*Oportunidades* y Hospital Misión Tarahumara
	Norogachi	Guachochi	Norogachi, Ciénega de Norogachi y Santa Cruz	Rarámuri	UMR IMSS-*Oportunidades* y Clínica de San Carlos (Norogachi)
Sonora	Yaqui	Guaymas	Huiviris, Estación Oroz, Rahum, y Las Guásimas	Yaqui	Casa de Salud (Huíviris, Rahúm, Las Guásimas, Estación Oroz), Centro de Salud Rural, Unidad Médica Familiar 11, Unidad Médica ISSSTE (Vicam) Centro de Salud, SSA y Unidad Médica Familiar 27 (Potam)
	Mayo	Etchojoa	La Bocana, Los Viejos y El Salitral y Huatabampo	Mayo	Centro de Salud, SSA (La Bocana), Centro de Salud, SSA y Clínica IMSS (Etchojoa)
	Guarijía	Álamos	San Bernardo	Guarijío	Casa de Salud y consultorio médico de la CDI (San Bernardo), Centro de Salud, SSA (Burapaco), Casa de Salud (Mesa Colorada y Guajaray)

* Las comunidades donde se ubican los hogares de estudio comprenden exclusivamente las enlistadas bajo el rubro de "localidad" de este cuadro.
‡ Maycoba está ubicado en territorio sonorense, pertenece al municipio de Yécora.

3. Asistentes rurales de salud. Al menos 10 de las localidades visitadas únicamente tenían acceso a casas de salud, establecimientos de atención básica, donde se distribuyen con frecuencia analgésicos, anticonceptivos hormonales, sueros orales y medicamentos para desparasitar (en ocasiones, insumos de curación).

   En dichas comunidades se entrevistó a las asistentes rurales de salud a cargo (en este documento también se hace referencia a ellas como asistentes de salud o auxiliares de salud), quienes como característica general eran mujeres originarias de la comunidad.

Las entrevistas a personal de salud y la observación en escenarios de atención comprendieron sólo a proveedores de servicios de salud del sector público, excepto en Sonora (por contar con una diversificación de unidades públicas de salud) y Chihuahua (tiene dos hospitales de segundo nivelo afiliados a organizaciones religiosas).

Los proveedores de servicios de salud del sector privado (laboratorios, consultorios y farmacias), así como los proveedores de servicios de salud tradicionales no fueron considerados.

Es imprescindible aclarar que el número de médicos, enfermeras y asistentes rurales entrevistados varió en cada microrregión según la cantidad y el tipo de proveedores de servicios de la salud que había en cada localidad visitada.

*B) Observaciones:** Las estrategias de acopio de datos que se detallan a continuación fueron esenciales para reconstruir las condiciones de atención en los diferentes escenarios de estudio.

1. Talleres comunitarios
2. Consultas médicas familiares (corresponsabilidad exigida por *Oportunidades*)
3. Escenarios de atención (servicios locales de salud).[‡]

En el cuadro 2 se detalla el tipo de espacios de atención que existen y se documentaron (es decir, que fueron objeto de observaciones y entrevistas a personal de salud) en el conjunto de microrregiones de estudio, según entidad de acuerdo al tipo de proveedor y nivel de atención.

C) Trayectorias de atención:[§] La trayectoria de atención, es una herramienta que nos permitió conocer y describir la experiencia del padecimiento y los diferentes afrontamientos de los hogares de estudio, con el propósito de rescatar desde el punto de vista de los usuarios de los servicios, los siguientes aspectos:

a. La calidad de la atención recibida y percibida, así como el modo en que ésta influye en las condiciones generales de salud de las familias y en las pautas de búsqueda de atención que manifiestan.
b. El impacto de los procesos de s-e-a en las economías domésticas y las estrategias económicas de afrontamiento.
c. Las consecuencias sociales (el cambio de roles domésticos) propiciados por los procesos de s-e-a en los hogares de estudio.
d. La influencia del Programa en cuanto al acceso a la salud, prácticas de autocuidado y prevención.

El estudio se concentró en la voz de las madres de familia (o abuelas de los hogares), porque son ellas quienes tienen un conocimiento más amplio de las trayectorias de atención, como conocedoras de los destinos, curadoras

---

* Las características generales de los talleres y las consultas familiares han sido ampliamente descritas en los materiales de campo y los documentos analíticos convenidos con el Programa Oportunidades (Agudo, 2008; González de la Rocha, Paredes, Sánchez-López, 2008; Haro et al., 2008; Sariego et al., 2008). Este documento se enfoca a examinar el impacto directo de dichas acciones de acuerdo con el análisis de las trayectorias de atención (vertidas en ellas las opiniones de los beneficiarios sobre las corresponsabilidades, así como la documentación de prácticas de prevención y autocuidado).

‡ Es importante anotar que las trayectorias de atención contemplaron algunos hospitales en centros urbanos lejanos a las microrregiones de estudio de Chihuahua, Oaxaca y Sonora aquí sólo se consideraron cuatro hospitales de segundo nivel, ubicados cerca o dentro de las microrregiones de estudio en Chihuahua y Oaxaca.

§ Trayectoria de atención (itinerario de atención): "secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer".[2] En este documento, "itinerarios de atención", "itinerarios terapéuticos" y "carrera del enfermo" son utilizados de manera indistinta para hacer referencia a las trayectorias de atención.

Cuadro 2
Servicios de salud por estado y nivel de atención

NIVEL DE ATENCIÓN		SONORA	CHIHUAHUA	OAXACA	CHIAPAS	TOTAL
Primer nivel	Casas de salud	6		6	3	15
	Unidad Médica Rural IMSS-*Oportunidades*	1	4	1	4	10
	Centros de salud SSA	6	1	3	1	11
	Consultorio médico CDI	1				1
	Unidad Médica ISSSTE	1				1
	Unidad de Medicina Familiar IMSS	2				2
	Clínica IMSS-*Oportunidades*	1				1
Segundo nivel*	Hospitales segundo nivel IMSS-*Oportunidades*	1 (con módulo IMSS-*Oportunidades*)		2		3
	Hospitales segundo nivel SSA			1		1
	Hospitales segundo nivel organizaciones religiosas		2			2

* Aunque esta investigación no consideró en su diseño la observación y entrevistas en centros de atención de segundo nivel, las lógicas de las pautas de atención hicieron imprescindible en ocasiones entrevistar a los directivos o prestadores de servicios que laboraban en ellas.

y acompañantes de otros miembros del hogar en sus itinerarios de enfermedad y por supuesto de su propia historia reproductiva.

Las trayectorias de atención se desprenden de un contexto más amplio de investigación, que comprendió la elaboración de estudios de hogares, donde se indagaron ampliamente aspectos como la composición familiar, las condiciones de vivienda, trayectorias laborales y escolares, además de las condiciones generales de salud de las familias y los eventos de de enfermedad y atención reportados. Se trabajó con una muestra inicial de 183 hogares, con las características incluidas en el cuadro 3.

De acuerdo a la composición final de la muestra analítica de los hogares,* se construyó una base de datos sobre las trayectorias de atención del total de los hogares de estudio. La base de datos incluyó las siguientes variables de análisis: etnicidad, exposición al Programa, localidad, sexo, edad, tipo de padecimiento y explicación o causa que otorga la familia al padecimiento, escenarios y modelos de atención que emplearon para resolverlo(s), costos del tratamiento y de la búsqueda de atención, condiciones de saneamiento básico y opinión o concepciones sobre los servicios locales de salud.

Cuadro 3
Población por estado y estatus en *Oportunidades*

ESTATUS *OPORTUNIDADES*	ETNICIDAD	CHIAPAS	CHIHUAHUA	OAXACA	SONORA	TOTAL
Beneficiarios	Indígenas	24	12	11	13	60
Beneficiarios	Mestizos	8	12	10	14	44
No beneficiarios	Indígenas	7	12	14	11	44
No beneficiarios	Mestizos	6	12	7	10	35
TOTAL		45	48	42	48	183

Elaboración: Mercedes González de la Rocha (2008).

* Hogares de larga exposición, beneficiarios desde 1997; y hogares de reciente exposición, beneficiarios desde 2007.

Del total de hogares estudiados, se documentaron 348 trayectorias de atención; 98 en Oaxaca, 85 en Chiapas, 92 en Chihuahua y 73 en Sonora. Estos itinerarios fueron protagonizados por diferentes miembros de la unidad doméstica, principalmente padres e hijos, entenados y en ocasiones abuelas(os), que durante el presente etnográfico (2008) formaban parte del hogar. Se registró el último episodio de enfermedad de cada miembro del hogar aunque, a juicio de los entrevistadores, se eligieron otros episodios que arrojaban información valiosa.

La diferencia en el número de trayectorias de atención registradas por hogar, se debe a que el número de enfermos y de padecimientos en cada hogar es distinta, de ahí que en algunos no se registre ninguna trayectoria, mientras que en otros haya más de tres. Por otro lado, los afrontamientos familiares en torno a sus procesos de s-e-a, se viven y recuerdan de manera diferente, la extensión y claridad en la exposición de los mismos fue divergente, considerando que cada familia resalta aquellos elementos o experiencias que les resultan más significativos o prioritarios, aun con la guía consciente, durante las entrevistas, de cada investigador(a). Estas trayectorias de atención permitieron generar un análisis sobre las pautas de atención y las condiciones generales de salud de los hogares, con el fin de comprender ampliamente los diferentes enfrentamientos de los procesos de s-e-a.

Los temas abordados durante la reconstrucción de las trayectorias de atención, fueron los siguientes: último evento de enfermedad o padecimiento, motivos o razones por los que se consideraba había enfermado, número de diagnósticos y quién los emitió, secuencia de acciones realizadas para la atención, problemas y facilidades en dicho proceso, calidad percibida de las diferentes opciones de atención a la salud y las consecuencias económicas y sociales de la enfermedad. En el cuadro 4 se muestran las características de la muestra de trayectorias de atención.

Cuadro 4
Trayectorias de atención por microrregión

ENTIDAD	MICRORREGIÓN	TIPO DE HOGAR				TOTAL POR MICRORREGIÓN
		INDÍGENA BENEFICIARIO	INDÍGENA NO BENEFICIARIO	NO INDÍGENA BENEFICIARIO	NO INDÍGENA, NO BENEFICIARIO	
Oaxaca	Mazateca	10	7	13		30
	Mixe	11	17	3		31
	Costa	8	16	4	9	37
	Total por tipo de hogar	29	40	20	9	98
Chiapas	Las Margaritas	13	1	10	3	27
	Tumbalá	28				28
	San Cristóbal de Las Casas	15	2	12	2	31
	Total por tipo de hogar	56	3	22	5	86
Chihuahua	Samachique	13	4	16	3	36
	Norogachi	3	6	7	9	25
	Yepachi-Maycoba	7	9	11	4	31
	Total por tipo de hogar	23	19	34	16	92
Sonora	Yaqui	16	2	9	3	30
	Mayo	4	5	5	4	18
	Guarijía	5	6	11	3	25
	Total por tipo de hogar	25	13	25	10	73

La composición étnica de los hogares fue divergente de acuerdo con cada microrregión, de modo que cuando se hace referencia a "hogares indígenas", se habla de una amplia diversidad de grupos étnicos. En Oaxaca se documentaron hogares mazatecos, mixes, mixtecos y afromestizos. En Chiapas se estudiaron familias tojolabales, choles, tzotziles. En Chihuahua se trabajó con rarámuris y pimas. En Sonora se estudiaron yaquis, mayos y guarijíos. Las trayectorias de atención documentadas en hogares indígenas, de acuerdo a cada entidad y microrregión se pueden ver en el cuadro 5.

D) Historias reproductivas: Fueron aplicadas a todas las mujeres de 15 a 55 años que habitaban en los hogares seleccionados. El objetivo fue rescatar las historias reproductivas y la calidad de los servicios médicos a los que acudieron; en ellas se abordaron temas como embarazos, partos y planificación familiar. De acuerdo con esta información, se realizó una base de datos, considerando como ejes de análisis la atención materno infantil, la muerte infantil, el acceso y percepciones relativas a la prueba de Papanicolaou y a métodos anticonceptivos.

La base de datos incluyó las siguientes variables: etnicidad, exposición al Programa, localidad, sexo, edad actual (2008), edad a la que se tuvo al primer hijo, edad a la que se tuvo al último hijo, tipo de atención recibida durante el embarazo y el parto, número de partos (vivos, muertos y abortos), tipo de métodos anticonceptivos empleados a lo largo de su vida, concepciones y acceso a métodos anticonceptivos.

En total se documentaron 229 historias reproductivas, 38 en Oaxaca, 44 en Chiapas, 92 en Chihuahua y 55 en Sonora. La composición final de las historias reproductivas, se especifica en el cuadro 6 de acuerdo a cada entidad y microrregión.

Los documentos analíticos de los estudios etnográficos de Oaxaca, Chiapas, Chihuahua y Sonora* fueron de gran utilidad para la elaboración de este documento.

Cuadro 5
Trayectorias de atención en hogares indígenas por microrregión

ENTIDAD	GRUPOS ÉTNICOS	HOGAR BENEFICIARIO	HOGAR NO BENEFICIARIO	TOTAL DE TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN DOCUMENTADAS SEGÚN GRUPO ÉTNICO
Oaxaca	Mazatecos	10		10
	Mixes	11	17	28
	Mixtecos	16	8	24
Chiapas	Tojolabales	13	1	14
	Choles	28		28
	Tzotziles	15	2	17
Chihuahua	Rarámuris	16	10	26
	Pimas	7	9	16
Sonora	Yaquis	16	2	18
	Mayos	4	5	9
	Guarijíos	5	6	11

* Agudo A. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Chiapas). México: CIESAS, 2008; González de la Rocha M, Paredes P, Sánchez-López G. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Oaxaca). México: CIESAS, 2008; Haro A et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Sonora). México: CIESAS, 2008; Sariego, JL et al. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3 (documento analítico: estudio etnográfico en Chihuahua). México: CIESAS, 2008.

Cuadro 6
Composición de historias reproductivas por microrregión

ENTIDAD	MICRORREGIÓN	TIPO DE HOGAR				TOTAL POR MICRORREGIÓN
		INDÍGENA BENEFICIARIO	INDÍGENA NO BENEFICIARIO	NO INDÍGENA BENEFICIARIO	NO INDÍGENA, NO BENEFICIARIO	
Oaxaca	Mazateca	8	3	4		15
	Mixe	3	2		3	8
	Costa	4	5	2	4	15
	Total por tipo de hogar	15	10	6	7	38
Chiapas	Las Margaritas	6	3	5	3	17
	Tumbalá	13				13
	San Cristóbal de Las Casas	7	1	5	1	14
	Total por tipo de hogar	26	4	10	4	44
Chihuahua	Samachique	13	4	16	3	36
	Norogachi	3	6	7	9	25
	Yepachi-Maycoba	7	9	11	4	31
	Total por tipo de hogar	23	19	34	16	92
Sonora	Yaqui	6	2	6	2	16
	Mayo	5	4	5	6	20
	Guarijía	4	6	4	5	19
	Total por tipo de hogar	15	12	15	13	55

III. Resultados

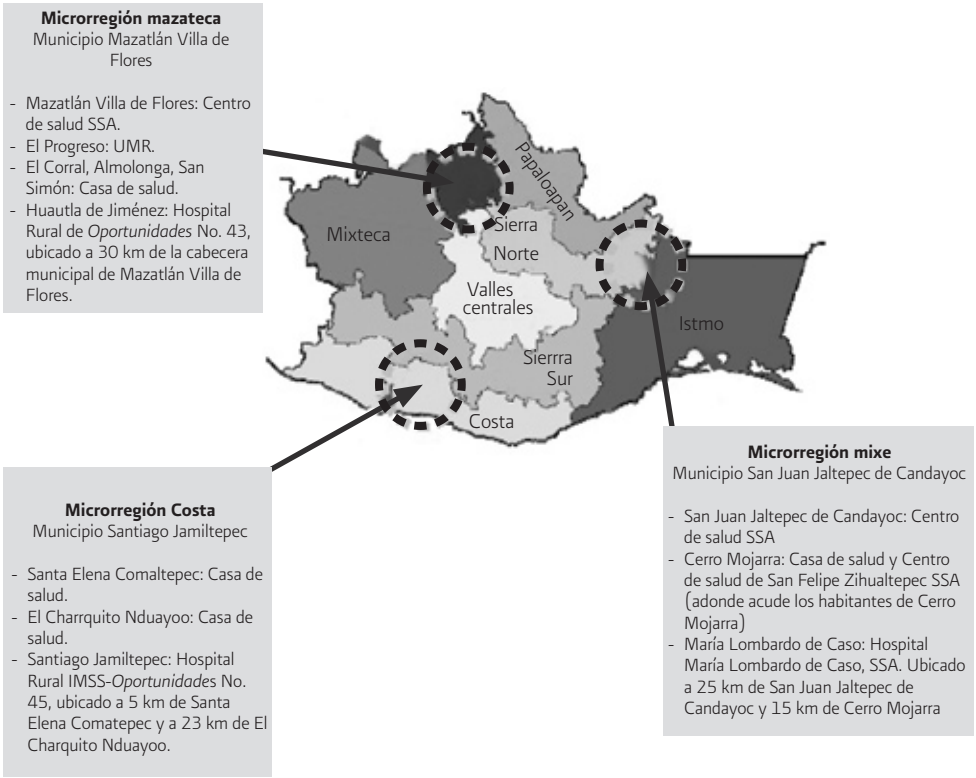
DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS MICRORREGIONES ESTUDIADAS

En escenarios donde diferentes modelos médicos confluyen de manera cotidiana en la atención de los procesos de salud-enfermedad, los tipos de proveedores de servicios son también diversos. Aunque en este documento sólo se abordarán las condiciones en que operan los servicios públicos de salud, es importante considerar que la población de las microrregiones de estudio tiene acceso a cuatro tipos de proveedores locales de servicios de salud:

a) Proveedores de servicios de salud del sector público.
b) Proveedores de servicios de salud del sector privado (farmacias locales o regionales utilizadas como centros de atención como Farmacias Similares).
c) Proveedores de servicios de salud afiliados a organizaciones religiosas (exclusivamente para el caso de las microrregiones de Samachique (Misión Tarahumara) y Norogachi (Clínica San Carlos en Chihuahua)
d) Proveedores de servicios de salud tradicionales (medicina tradicional; en menor medida medicinas y terapias alternativas o complementarias).

Para comprender la estructura de servicios y las condiciones de los mismos, este apartado se aboca a describir brevemente los insumos y recursos humanos con los que cuentan los centros de salud de primer nivel, escenario donde se llevan a cabo las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud. Los datos se obtuvieron de la observación de unidades médicas y de entrevistas con prestadores de servicios de salud. Por otra parte, los testimonios de los usuarios de los servicios de salud respecto de la calidad de los mismos fueron de vital importancia para comprender, desde su perspectiva, su relación con las instituciones médicas públicas (figura 2).

Figura 2
Microrregiones del estado de Oaxaca



Microrregión mazateca*

En esta microrregión se localizan dos opciones de atención de primer nivel, un centro de salud de la SSA, ubicado en la cabecera municipal de Mazatlán Villa de Flores (MVF) y una Unidad Médica Rural (UMR) IMSS-*Oportunidades* en El Progreso.

El centro de salud en Mazatlán es atendido por un médico profesional y un médico pasante, una licenciada en enfermería y una pasante de enfermería (auxiliar fines de semana). Recibe a población de las localidades de El Corral, El Trapiche, San Pedro, Agua Pajarito, Piedra Conejo, Piedra Alta, Loma Tepeguaje y Barrio Enrique. Consta de dos consultorios, sala de espera, un baño y habitaciones para el personal de salud. Desafortunadamente no cuentan con un espacio adecuado para la realización de los talleres de autocuidado. Hay un refrigerador para vacunas, un baumanómetro, dos camas de exploración deterioradas, una báscula en malas condiciones, hay también una ambulancia, pero no siempre hay dinero para gasolina. Los médicos entrevistados reportaron la falta de estetoscopio, de espejo vaginal y lámpara.

Se documentó desabasto de medicamentos básicos como Ambroxol, penicilina y vitaminas, así como del complemento alimenticio de *Oportunidades*. El abasto de medicamentos para crónico-degenerativos (hipertensión y diabetes) es adecuado, pero en general carecen de insumos como guantes, gasas, preservativos y DIU, jeringas, materiales de curación, pruebas rápidas de dextrosis y VIH.

Reciben de 35 a 40 consultas diarias. Por las mañanas únicamente atienden a beneficiarios del Programa y por las tardes a población abierta. En esta unidad los resultados de una prueba de Papanicolaou pueden demorar de tres a cinco meses en llegar, eventualmente las usuarias tienen que comprar los guantes para dicho examen en la farmacia, donde no siempre están en existencia, de modo que, cuando esto sucede no se efectúa la prueba. No existen comités de salud, debido los conflictos políticos que dividen la localidad. El servicio generalmente es gratuito, aunque por curaciones y partos se cobran cuotas que van de los 10 a los 300 pesos, las mujeres deben pagar o llevar a algún familiar para que realice la limpieza después del parto.

* Ubicada en el municipio Mazatlán Villa de Flores. Localidades visitadas: Mazatlán Villa de Flores, El Progreso, El Corral, San Simón y Almolonga. Grupo étnico: mazateco.

Existe una UMR del IMSS-*Oportunidades* ubicada en El Progreso, a 5 kilómetros de la cabecera Mazatlán Villa de Flores. Es atendida por una médica titulada y una enfermera titular que tiene 10 años viviendo en la localidad y a pesar de entender y hablar el mazateco, se comunica en español con los pacientes. Los fines de semana, la unidad queda a cargo de una técnica en enfermería. Regularmente las estancias de los médicos en esta clínica no son mayores a un mes (médicos con contrato esporádico y temporal, cubren especialmente plazas vacantes).

La UMR cuenta con un espacio especial para realizar pláticas o talleres, pero no tienen sala de espera, los pacientes aguardan su turno de consulta en un patio frontal, donde no hay tejabán que cubra ni del sol ni de la lluvia, además no hay sitio en dónde sentarse. Hay un pequeño cuarto de hospitalización con dos camas, tienen un refrigerador para vacunas y medicamentos, báscula, baumanómetro y estetoscopio. Carecen de espejo vaginal y lámpara.

Se documentó un abasto regular de insumos de curación y medicamentos para pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, métodos anticonceptivos (preservativos y DIU), pruebas de dextrosis y pruebas rápidas de VIH. El servicio es gratuito, pero no recibe a personas que procedan de localidades ajenas a las que tiene asignadas la UMR. Las enfermeras son las encargadas de impartir los talleres de autocuidado. En general la comunidad tiene una buena relación con la clínica y su personal, trabajan con un comité de salud consolidado hace más de 20 años, quienes realizan las campañas de saneamiento básico y vacunación. Promueven círculos de lectura, como parte de las actividades del Prevenimss, con sede (rotativa) en los domicilios de los habitantes de la comunidad.

Tanto la clínica en la cabecera del municipio, como la UMR de El Progreso envían con frecuencia a sus pacientes al Hospital Rural de *Oportunidades* núm. 43, ubicado en Huautla de Jiménez, en donde es posible recibir atención de segundo nivel. Este hospital se encuentra a 30 kilómetros de distancia de Mazatlán Villa de Flores. Se trata de un nosocomio de concentración destinado a la atención de 12 000 habitantes mayoritariamente indígenas, (una población seis veces mayor de lo que indican las normas de atención médica).

El hospital opera con un equipo humano de tres médicos generales, un ginecólogo, un cirujano, un laboratorista clínico y un equipo de enfermería (no se cuenta con datos sobre el número de enfermeras). Cuenta también con un albergue comunitario y seis consultorios de los cuales sólo tres están en uso. Según el personal de salud, las camas de hospitalización son insuficientes, reconocen una sobredemanda de servicios de ginecología y cirugía (el cirujano y ginecólogo atienden a 80% de las consultas totales del hospital). El servicio es gratuito, incluso en el albergue familiar.

De acuerdo con los testimonios emitidos por los miembros de los hogares entrevistados, sus necesidades de medicamento no siempre se resuelven ahí. Tiene un servicio insuficiente de laboratorio, ultrasonido y rayos X, que provoca la frecuente resolución de estas necesidades con laboratorios particulares. Los médicos toman vacaciones y no existen plazas para cubrir sus vacantes. Los pacientes esperan albergados o vuelven meses después a la consulta (ante estas dificultades muchos ya no vuelven y buscan atención médica en la Ciudad de México). Conseguir una cita para consulta en el hospital puede demorar de tres a seis meses.

Microrregión mixe*

Las familias de la microrregión mixe, tienen acceso a dos centros de salud de la SSA, uno ubicado en la localidad de San Juan Jaltepec de Candayoc (población mayoritariamente indígena) y el otro en San Felipe Zihuatepec. El centro de salud de San Juan Jaltepec de Candayoc atiende únicamente a familias de la localidad (cerca de 1 700 habitantes). Desde hace 17 años el centro se encuentra a cargo de una médica titulada, quien fuera acusada de negligencia médica por la comunidad una década atrás. Labora también un enfermero, responsable de impartir los talleres de autocuidado.

En esta unidad se documentó un grave desabasto de medicamentos para diabéticos e hipertensos, escasez de guantes, gasas, preservativos, jeringas, materiales de curación, DIU, además de instrumental médico deficiente. Cotidianamente se atienden de 35 a 40 consultas. Existe una deficiente detección enfermedades crónico-degenerativas debido al desabasto de pruebas rápidas de dextrosis. A partir de la acusación a la médica por negligencia médica,

* Ubicada en el municipio San Juan Jaltepec de Candayoc. Localidades visitadas: San Juan Jamiltepec de Candayoc y Cerro Mojarra.

sólo brinda atención de 8:00 a 16:00 hrs y no se atienden partos. Durante los periodos vacacionales, la médica se ausenta y el centro de salud queda en manos del enfermero.

En el centro de salud de la SSA de San Felipe Zihuatepec se brinda atención a 1 500 habitantes de las poblaciones aledañas, entre ellas se encuentra la población de Cerro Mojarra. Cuentan con un médico titulado con experiencia como cirujano (un año y medio en el cargo) y una técnica en enfermería. La capacitación del médico como cirujano, posibilita que en el centro se atiendan partos y cirugías menores. Sus instalaciones son adecuadas, aunque se documentó insuficiencia de instrumental médico. El material quirúrgico y los medicamentos se gestionan personalmente. De acuerdo con el personal, el abasto de medicamentos no es acorde a las necesidades de la epidemiología local.

La Población de Cerro Mojarra, que es la localidad donde se ubican buena parte de los hogares estudiados, no visita con frecuencia la clínica, en general solamente los diabéticos, hipertensos y embarazadas lo hacen, además de consultas para niños con enfermedades diarreicas y respiratorias. Según la investigadora que realizó trabajo de campo en esta localidad, existe un trato privilegiado a los adscritos al Seguro Popular.

Además de los centros de salud de primer nivel, los hogares de estudio de la microrregión mixe, acuden frecuentemente al Hospital María Lombardo de Caso de la SSA, ubicado en la comunidad del mismo nombre, a 25 kilómetros de San Juan y a 15 de Cerro Mojarra. Dicho hospital brinda atención a mixes, chinantecos, mazatecos y zapotecos.

El hospital dispone de un médico internista (sólo durante la mañana), una pediatra (incapacitada por embarazo). Por las noches no hay especialistas; sólo se queda un médico general de guardia y por la tarde trabajan únicamente dos médicos, el director (como médico general) y una doctora en urgencias. Cuentan con cinco consultorios, de los cuales sólo dos se utilizan, hay también un albergue inhabilitado desde hace años. De acuerdo con el personal de salud, las camas para hospitalización son insuficientes. En términos de atención y desempeño, se documentó un trato privilegiado a los adscritos al Seguro Popular. No hay clínica de obesidad, ni seguimiento a hipertensos y diabéticos, tampoco se practican diálisis y existen carencias de estudios clínicos y técnicos como radiología, ultrasonido, etcétera. Toda intervención quirúrgica tiene costo.

En general y cada vez con más frecuencia, la atención ginecológica se da en el Hospital María Lombardo de Caso, lo que genera una sobredemanda de atención en el lugar. Las implicaciones de la falta de atención de partos en Jaltepec, tiene consecuencias económicas graves en los hogares de la microrregión. El costo de un parto puede ir de 2 000 a 5 000 pesos en el área, aun contando con Seguro Popular.

Microrregión Costa*

Los hogares estudiados en esta microrregión sólo cuentan con atención médica básica de primer nivel, es decir, casas de salud establecidas en las respectivas localidades de El Charquito Nduayoo y Santa Elena Comaltepec. La decisión de los miembros de los hogares estudiados es acudir directamente al Hospital Rural de *Oportunidades* núm. 45, ubicado en la cabecera municipal de Santiago Jamiltepec, a cinco kilómetros de distancia de Santa Elena y a 23 kilómetros de El Charquito.

En este hospital laboran tres médicos, un cirujano, un ginecólogo, un laboratorista clínico y un equipo de enfermería (se desconoce el número de enfermeras que lo integran). Aunque sus instalaciones cuentan con cinco consultorios, por lo general, sólo se utilizan tres. Según los testimonios recopilados en los hogares estudiados, existe desabasto de medicamentos, siendo numerosas las veces que deben comprarlos por su cuenta. Afortunadamente, el servicio del hospital es gratuito. De acuerdo con el personal médico, los servicios de laboratorio, ultrasonido y rayos x (los estudios se tienen que realizar en negocios de particulares) son insuficientes, así como las camas de hospitalización.

Pese a los largos tiempos de espera, el trato preferente a mestizos que viven en la cabecera municipal y la burocratización del servicio que genera obstrucciones en el proceso de atención, se registró una sobredemanda del servicio.

La oferta de servicios de salud en las microrregiones visitadas en Oaxaca nos permite señalar que la presencia de los centros de salud y unidades médicas rurales en las zonas de estudio no es garantía de que la salud de la población

* Ubicada en el municipio Santiago Jamiltepec. Localidades visitadas: Santa Elena Comaltepec y El Charquito Nduayoo. Grupos étnicos: mixteco y afromestizos.

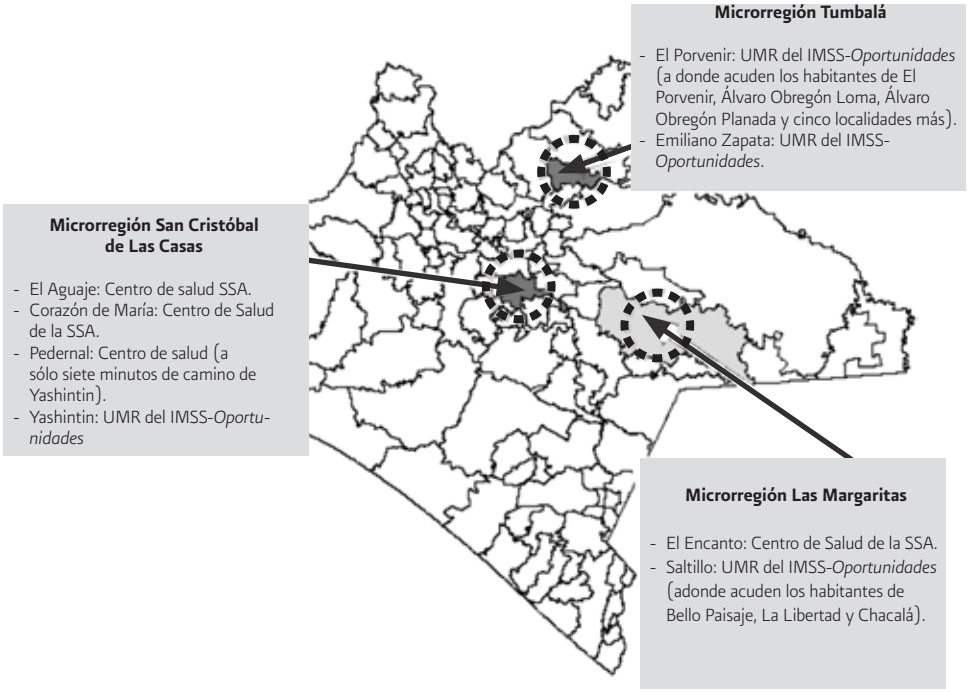


Figura 3
Microrregiones del estado de Chiapas

esté bien atendida. La precariedad de recursos, tanto médicos como materiales, es evidente y nos da un primer indicio para reconocer que la calidad de los servicios de salud en las zonas visitadas (con alta presencia indígena) es deficiente y se enfrenta a múltiples obstáculos para alcanzar los objetivos del Paquete Básico Garantizado de Salud.

Microrregión Las Margaritas*

En esta microrregión los hogares estudiados cuentan con dos centros de atención de primer nivel, ubicados en El Encanto y en Saltillo, el primero depende de la SSA y el segundo del IMSS-*Oportunidades*. El centro de salud de la SSA en El Encanto atiende a la población que reside ahí mismo y a la de cinco comunidades cercanas. Opera con una enfermera, una auxiliar de enfermera y un médico pasante que sólo está en la comunidad y da consulta los sábados para monitorear a los niños desnutridos que son beneficiarios de un programa de nutrición. Las consultas a adultos son excepcionales, en general sólo atiende a aquellos con enfermedades crónico-degenerativas. De lunes a viernes la auxiliar de enfermera está a cargo del centro, pues la enfermera titular se ausenta con mucha frecuencia debido a su participación en un programa de atención a la desnutrición en infantes llamado "Programa por una Vida Mejor".

Según reportaron las encargadas, el abasto de medicamento ha aumentado desde que se instauró en el centro el Seguro Popular, sin embargo, aseguran que es insuficiente la cantidad de fármacos para la población con hipertensión y diabetes.

Las mujeres de El Encanto prefieren acudir directamente al hospital de Las Margaritas o el de Comitán en caso de emergencia o padecimientos que consideran graves. Estos hospitales brindan atención obstétrica, con una sobredemanda del servicio y no cuentan con la infraestructura necesaria para realizar análisis médicos, diagnósticos o cirugías especializadas.

La UMR del IMSS-*Oportunidades* en Saltillo es atendida por un médico pasante, una enfermera y una auxiliar de enfermera. El médico atiende de lunes a viernes, mientras que las enfermeras se hacen cargo de la UMR los fines de semana.

* Ubicada en el municipio Las Margaritas. Localidades visitadas: Saltillo, La Libertad, Chacalá, El Encanto, Bello Paisaje. Grupo étnico: tojolabal.

Existe inconformidad por parte de los pacientes acerca de los servicios ofrecidos por esta unidad. La UMR enfrenta una gran demanda de trabajo, especialmente por parte de las familias de titulares de *Oportunidades*. De acuerdo con el personal de salud, el presupuesto para medicamentos, personal y viáticos es muy reducido. Algunos médicos nunca han atendido un parto durante su estancia de servicio en la clínica, remitiendo a las mujeres al hospital de Las Margaritas o Comitán.

Microrregión Tumbalá*

Los hogares de esta microrregión tienen acceso a dos centros del IMSS-*Oportunidades*, uno de ellos ubicado en Emiliano Zapata y otro más en El Porvenir. La UMR de Emiliano Zapata está a cargo de un enfermero que cuenta con la colaboración de una pasante de enfermería y una auxiliar. La Unidad cuenta con sala de espera y área de consulta con mesa de exploración y vitrina con medicamentos, en la clínica hay un baño, pero éste no funciona. Cuentan también con dos básculas, una para pesar infantes y otra para adultos. En el lugar hay también una pequeña cocina, un baño y una habitación que es ocupada por el enfermero el tiempo que permanece en la comunidad.

El horario de atención es de lunes a jueves de ocho a tres de la tarde, los viernes sólo atienden de 8:00 a 10:00 horas. Los fines de semana la consulta queda a cargo de la enfermera auxiliar. Se ofrecen consultas en Chol y en español, aunque se documentó una limitada confianza y comprensión de parte de los pacientes indígenas respecto del diagnóstico e indicaciones de los enfermeros. De acuerdo con los testimonios recabados, el hecho de que el enfermero titular sea hombre, genera reticencia de las mujeres para ser auscultadas. De acuerdo con el personal médico, éstos se enfrentan a graves conflictos en la revisión y diagnosis de las pacientes, que han concluido con su expulsión de la localidad.

La UMR de la comunidad de El Porvenir opera con un técnico en enfermería y una auxiliar de enfermería. El técnico atiende de lunes a viernes y la auxiliar se hace cargo los fines de semana. La Unidad trabaja en coordinación con la Clínica del IMSS de Cenobio Aguilar, localizada en un municipio aledaño. Atiende a población proveniente de las localidades de El Porvenir, Álvaro Obregón Planada, Álvaro Obregón Loma y cinco localidades más que suman 568 familias o 3 077 personas.

Esta unidad comenzó a operar a principios de 1980. Tiene un horario menos estable que el de su homóloga en Emiliano Zapata. Muchos pobladores de Obregón prefieren acudir a médicos particulares de la misma localidad porque no están satisfechos con la atención y abastecimiento de medicamentos en la UMR en El Porvenir. Manifiestan la carencia de medios para resolver sus necesidades de atención y expresan que el personal se limita a firmar las constancias de asistencia que las titulares de *Oportunidades* necesitan.

Microrregión San Cristóbal de Las Casas‡

Esta microrregión cuenta con una UMR del IMSS-*Oportunidades* con servicio de salud de primer nivel y tres casas de salud de la SSA, ubicadas en El Aguaje, Corazón de María y El Pedernal.

La UMR en Yashtinin está a cargo de una médica pasante. Consulta los lunes, miércoles y viernes de ocho de la mañana a una de la tarde. En caso de gravedad, se llama a una ambulancia para que recoja al paciente en la propia clínica del IMSS y lo traslade a la cabecera municipal de San Cristóbal. La constante rotación y poca profesionalización del personal médico en estas unidades de salud, constituyen un importante obstáculo para el óptimo funcionamiento de los servicios de salud.

De todas las microrregiones en Chiapas sólo la UMR IMSS-*Oportunidades* en Saltillo, localidad de Las Margaritas, cuenta con la presencia de lunes a viernes de un médico pasante, las demás operan bajo la responsabilidad de enfermeras y auxiliares de enfermería. Una característica fundamental para comprender la deficiente atención médica a la que tienen acceso los hogares estudiados en este estado del sur.

---

* Ubicada en el municipio Tumbalá. Localidades visitadas: Álvaro Obregón Planada, Álvaro Obregón Loma, El Porvenir y Emiliano Zapata. Grupo étnico: chol.

‡ Ubicada en el municipio San Cristóbal de Las Casas. Localidades visitadas: El Aguaje, Corazón de María, San Ysidro de las Huertas y El Pedernal.

La presencia de centros de salud de primer nivel en las localidades estudiadas es mínima y por ello los pobladores deben trasladarse fuera de sus comunidades de origen para recibir atención médica de primer nivel; un rasgo más que explica la debilidad de la salud de los habitantes de estas zonas, quienes no cuentan con los recursos suficientes para trasladarse fuera de sus lugares de origen en busca de atención médica de calidad.

En este sentido, es importante señalar que la existencia de los centros de salud y de las UMR no significa que los habitantes de las microrregiones estudiadas reciban ese tipo de atención, el hecho de que muchos médicos no hayan atendido nunca un parto, es la muestra más clara de la ineficacia resolutiva en los centros de salud locales.

Microrregión Yepachi-Maycoba*

En Yepachi cuentan con una UMR del IMSS-*Oportunidades,* mientras que en Maycoba disponen de un centro de salud de la SSA. El universo de atención de ambos es de 2 200 personas cada uno. Al frente de ellos están una y dos auxiliares médicas, respectivamente, las tres cuentan con más de 30 años de servicio en estas comunidades y con la ayuda de una aprendiz durante los fines de semana. En el caso de la UMR IMSS-*Oportunidades* de Yepachi, la presencia de médicos titulares es intermitente y dura alrededor de un mes, por lo tanto la clínica permanece la mayor parte del tiempo a cargo de las auxiliares médicas. En el centro de salud de Maycoba cada dos años llega un médico pasante de Sonora o Sinaloa para permanecer 12 meses en la localidad. Desde 2007 y hasta el momento de la visita de campo, el centro de salud había operado sin la presencia de algún médico y estaban a la espera de que se contratase a uno por parte de la SSA.

En ambos centros de atención, tanto los usuarios como las encargadas declararon deficiencias en el abasto de medicamentos. Las familias manifestaron su falta de confianza en la capacidad resolutiva del servicio sobre todo por la ausencia de personal médico capacitado. Las familias reportan que acuden a estas instituciones principal-

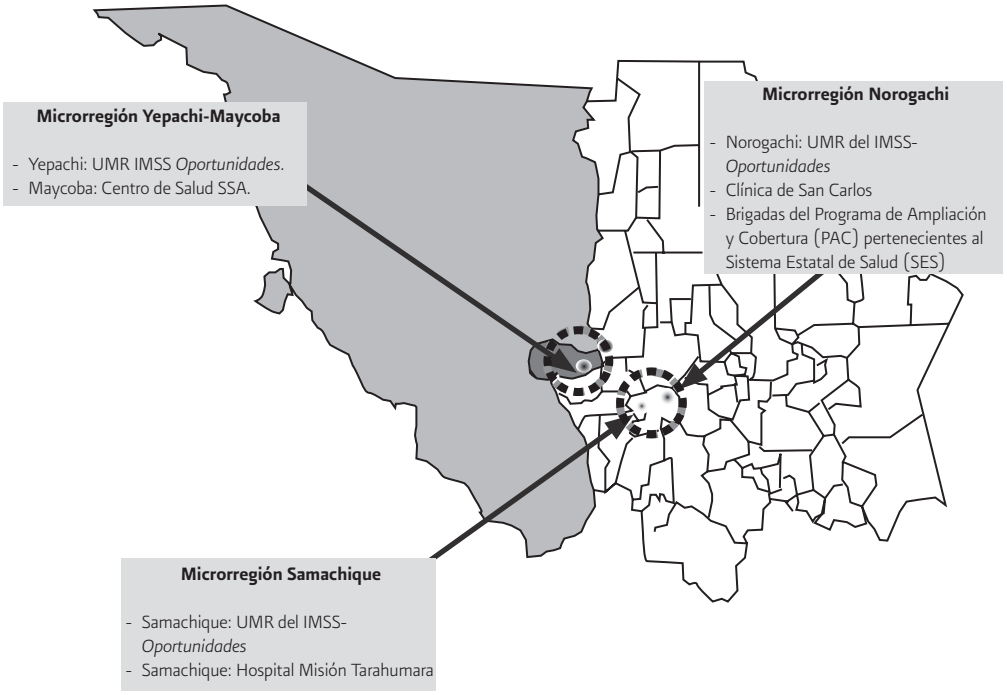


Figura 4
Microrregiones del estado de Chihuahua‡

* Ubicada en el municipio de Guachochi. Localidad visitada: Samachique. Grupo étnico: rarámuri.

‡ Ubicada en los municipios de Temosachic, Chihuahua y de Yécora, Sonora. Las localidades visitadas: Yepachi en Temosachic, Chihuahua y Maycoba y Piedras Azules en Yécora, Sonora. Grupo étnico: pimas bajos.

mente para el cumplimiento de corresponsabilidades y para obtener medicamento que controla enfermedades crónico-degenerativas, ya que la lejanía de los centros de salud y la mala calidad de los servicios locales hacen de la autoatención y de la medicina tradicional una práctica más accesible.

Microrregión Samachique*

Los hogares que habitan en esta microrregión en donde se visitó sólo una localidad, cuentan con dos opciones de atención, una UMR del IMSS-*Oportunidades* y la Clínica Misión Tarahumara. La UMR atiende a la población de Samachique y las rancherías circunvecinas de los municipios de Napuchis, Basigochi Grande y Basigochito. Se habla de aproximadamente 1 113 personas. El personal a cargo de la Unidad lo integran: un médico pasante, una auxiliar médica rural de base y una auxiliar médica de reemplazo para los fines de semana. Las auxiliares médicas llevan a cabo la consulta, ante la ausencia frecuente del practicante de medicina encargado.

Según los testimonios de los entrevistados, el abasto de medicamento es reducido y la actividad de la UMR se limita a realizar campañas de vacunación, a atender las consultas periódicas para la población beneficiaria de *Oportunidades* y a distribuir medicamentos entre los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. La fundación de la clínica data de 1979, pero entonces era responsabilidad del Instituto Nacional Indigenista.

El Hospital Misión Tarahumara fue fundado en 1999, se financia con fondos norteamericanos y ofrece atención de primero y segundo nivel. La atención en esta institución es gratuita para la población indígena que hable alguna de las cuatro lenguas de la Tarahumara: pima, tarahumara, guarijía y tepehuana. La población mestiza en cambio ha de pagar por sus consultas, por ello prefieren acudir a la UMR de la localidad o a otras fuera del pueblo que ofrezcan el servicio de manera gratuita. Por un corto periodo, el hospital atendió a pacientes del Seguro Popular, pero el convenio con esta institución fue suspendido por falta de apoyos financieros gubernamentales.

Se trata de una institución con capacidad resolutiva, a donde acuden con frecuencia los miembros de los hogares de estudio. Trabaja con un modelo de atención al enfermo indígena que busca adaptarse a sus condiciones culturales, como lo muestra el hecho del uso de una traductora y de una partera.‡

El área de cobertura del Hospital Misión Tarahumara es muy amplia y abarca zonas a donde únicamente llegan las brigadas del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). El personal está conformado por tres médicos generales, un ortopedista, una dentista, un químico, una partera, una traductora de lengua rarámuri, un piloto aviador, varios choferes, un administrador, tres enfermeras generales, así como varias auxiliares de enfermería, cocineras, recepcionista y asistentes generales. Cuenta con sala de espera, tres consultorios, tres áreas de hospitalización, laboratorio, farmacia, comedor, quirófano, sala de internamiento privada, cunero, radiología, servicio de ultrasonido y tres cabañas para dar alojamiento a las familias de pacientes, además de un ambulancia aérea, varias terrestres y un automóvil todoterreno.

Aquí se brindan los servicios de consulta médica general, odontología, ginecología y obstetricia, cirugía general, análisis clínicos, entre otros más. Además, cada mes se programan cirugías mayores para problemas de labio leporino, de rodilla, gastrointestinales, de ortopedia, cirugías plásticas, además de endoscopias, cesáreas y otras más. El personal médico realiza constantemente visitas a las localidades con la finalidad de ofrecer atención general y dar seguimiento a casos clínicos controlados.

Microrregión Norogachi§

En esta microrregión la población tiene acceso a dos UMR del IMSS-*Oportunidades*, localizadas en Norogachi y Ciénega de Norogachi, así como a la Clínica San Carlos (de organización religiosa) y a las visitas de las brigadas del Programa de Ampliación y Cobertura (PAC) a cargo del Sistema Estatal de Salud (SES).

---

* Ubicada en el municipio de Guachochi. Localidades visitadas: Samachique. Grupo étnico: rarámuri.

‡ La partera asiste a las mujeres que se resisten a entrar a la sala de expulsión o a ser atendidas por un médico varón no rarámuri. En esos casos, son las propias mujeres indígenas las que deciden la forma de tener a sus hijos. Algunas de ellas optan por la forma tradicional entre las rarámuri: dar a luz de pie con la ayuda de la partera o de algún familiar.

§ Ubicada en el municipio de Guachochi. Localidades visitadas: Norogachi, Ciénega de Norogachi y Santa Cruz. Grupo étnico: rarámuri.

Las brigadas tienen 10 años de existencia en la región. Son equipos médicos que se desplazan a distintas localidades establecidas en un radio de acción a partir de una clínica base. Colaboran con los centros de salud, pero no trabajan directamente con ellos. La ruta Norogachi cubre 54 localidades, lo que implica dar atención a 1 810 personas aproximadamente, además de otras 200 que llaman población flotante.

La Brigada de la ruta Norogachi cuenta con un médico titulado y dos auxiliares, uno que es enfermero y otro que es el chofer y promotor. La tarea de la Brigada consiste en ofrecer consultas médicas y hacerse cargo de los 193 hogares que cuentan con *Oportunidades* en la región (680 personas) llevando el control de asistencias a sus consultas familiares e impartiendo los talleres. Aunque la cobertura del servicio de salud no logra ser óptima, principalmente por la irregularidad de sus visitas, la presencia de la Brigada garantiza el acceso esporádico a revisiones de salud de los hogares más pobres y alejados de los centros de salud.

En las dos UMR del IMSS-*Oportunidades* las condiciones son semejantes. En Ciénega de Norogachi, labora un médico titulado, y en Norogachi un practicante de medicina. Cuentan con la colaboración de auxiliares rurales con más de 10 y 30 años de prestar sus servicios en la localidad. Comúnmente las auxiliares realizan la mayor parte de la consultas. No se atienden partos (presenten o no dificultad) y sólo se tratan casos de la epidemiología conocida. En general acuden enfermos de diabetes, hipertensión y asma, además de los beneficiarios de *Oportunidades* para cumplir con sus corresponsabilidades. Los hogares de estudio refieren dificultades para acceder a medicamentos, motivo por el cuál, generalmente las UMR sugieren a sus pacientes acudir a la Clínica de San Carlos y en caso de la UMR de Ciénega de Norogachi al Hospital Regional del IMSS en Guachochi. Sin embargo, recientemente la Clínica de San Carlos ha comenzado a negar la atención a pacientes mestizos beneficiarios del Programa.

La Clínica de San Carlos fue inaugurada hace 47 años, y es atendida por la congregación católica de las Hermanas de la Misericordia de San Carlos Borromeo. Opera gracias a la presencia de dos médicas (monjas), tres enfermeras (monjas), un laboratorista, un técnico en rayos X, un chofer de ambulancia, un traductor de rarámuri y equipo de limpieza, alimentación y mantenimiento. Sus instalaciones cuentan con: dos consultorios, una farmacia, tres pabellones pediátricos, sala de rayos X, laboratorio, dos salas de expulsión y área de hospitalización.

Los accidentados, los enfermos que requieren hospitalización y las mujeres que necesitan atención pre y posnatal son enviados muy menudo a la Clínica desde la UMR o del PAC. Aunque en este lugar se ofrece una buena atención obstétrica, no hay promoción de métodos anticonceptivos.

La Clínica no cobra por el servicio, sin embargo, se solicitan contribuciones en especie. Las características sociales, culturales y económicas de la población, son ampliamente conocidas por el personal de salud que labora en la clínica. La constancia y la participación en la vida comunitaria les han valido la confianza y aceptación entre una concurrida población.

La presencia de instituciones de salud privadas y religiosas en las microrregiones estudiadas en Chihuahua es un rasgo que las caracteriza y que permite comparar su desempeño con el de las instituciones públicas de las mismas zonas. La comparación hace evidentes las deficiencias tanto de recursos humanos como materiales en los centros de salud y las UMR y demuestra que a pesar de las condiciones de marginalidad de la población y los obstáculos que imponen la geografía y la pertenencia a grupos étnicos distintos de los de los prestadores de servicios, la práctica médica y el cuidado de la salud se pueden desarrollar de una manera eficiente y coordinada.

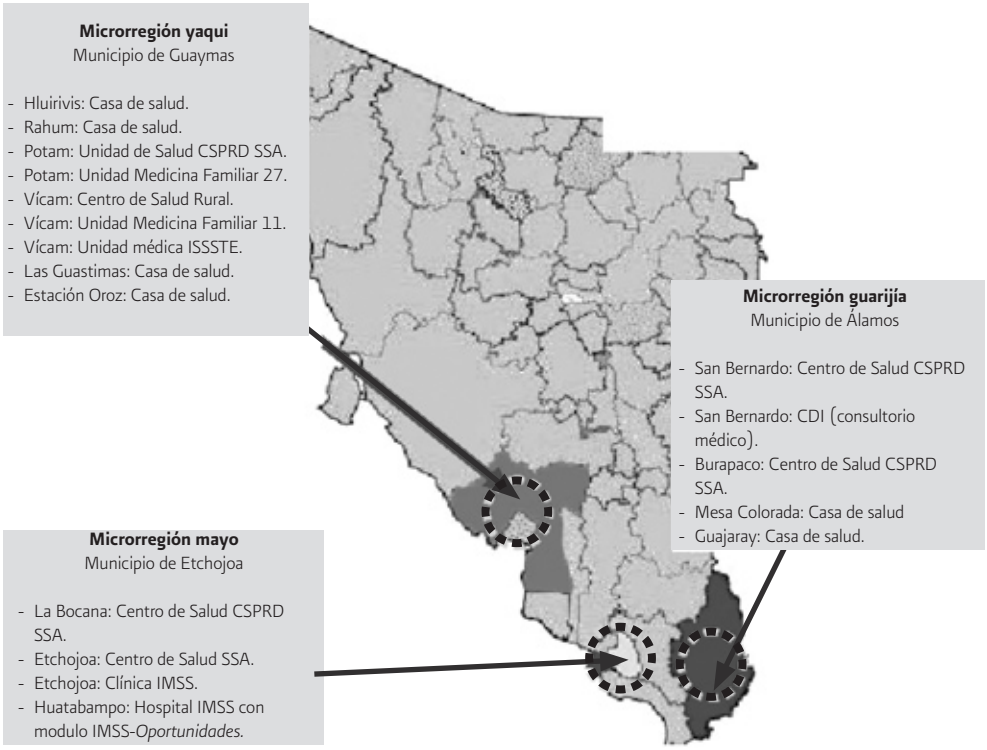
Microrregión yaqui*

Todas las localidades visitadas en esta microrregión cuentan con una casa de salud, sin embargo, este tipo de establecimiento no atiende las necesidades de salud del llamado primer nivel de atención. Para recibir este tipo de atención, los hogares estudiados han de acudir a centros de salud ubicados en localidades cercanas con mayor número de habitantes.

En las localidades de Pótam y Vícam (las más cercanas a las localidades de estudio) se encontraron cinco instituciones de salud de primer nivel. En Vícam, un centro de salud rural de la SSA, la Unidad Médica Familiar 11 del IMSS y una Unidad Médica del ISSSTE. En Pótam, el centro de salud CSPRD de la SSA y la Unidad Médica Familiar 27 del IMSS.

* Ubicada en el municipio de Guaymas. Localidades visitadas: Huiviris, Estación Oroz Rahum y Las Guásimas. Grupo étnico: yaqui.

Figura 5
Microrregiones del estado de Sonora



Entre los hogares entrevistados, las instituciones médicas a las que se reportó acudir con mayor frecuencia y de las que se hablará en este apartado fueron los centros de salud de la SSA (en Vícam y Pótam) y la Unidad Médica Familiar 27 del IMSS en Pótam.

El sitio preferido por los hogares estudiados de Huiviris, Rahum y Estación Oroz, fue el centro de salud de la SSA en Vícam. Las madres de familia entrevistadas mencionaron que en este centro la provisión de medicamentos es más constante que en otros centros cercanos, y que aunque los tiempos de espera son grandes debido a la gran demanda del servicio, los pacientes generalmente son atendidos gracias a los esfuerzos del personal médico, quienes desempeñan su labor en extensas y extenuantes jornadas cotidianas.

Este centro cuenta con la presencia de tres médicos de base, dos médicos pasantes, seis enfermeras, un dentista, una recepcionista, un chofer de ambulancia y personal de intendencia. El lugar lo conforman dos edificios. En uno de ellos se atienden las urgencias, los partos y se ubican los pacientes internados. En el segundo está la sala de espera, tres cubículos para consultas y el área administrativa; cuenta además con cubículo de vacunas, consultorio de odontología y un cubículo para atender a la población beneficiaria de *Oportunidades*. A pesar de los recursos materiales y humanos del Centro, la sobredemanda del servicio genera insuficiencias en la calidad de los mismo y largos tiempos de espera.

Por el contrario, el centro de salud de la SSA de Pótam (otro de los centros frecuentados por los hogares estudiados), cuenta con una infraestructura, equipo médico y abasto de medicamentos más limitados. Es atendido por una médica titular, un médico pasante, dos enfermeras titulares, una enfermera auxiliar, un recepcionista y un conserje. El recinto consta de dos consultorios, sala de espera, dos baños, un cubículo para vacunas, exploración y pruebas de Papanicolaou. Tienen también una ambulancia pero desde hace tres años no funciona.

Aunque tiene un horario de atención fija de 8:00 a 15:00 horas y en ocasiones un servicio de 24 horas cuando acude el médico practicante. El servicio es percibido como irregular, de modo que muchos usuarios prefieren trasladarse directamente al centro de salud de la SSA en Vícam o al de Ciudad Obregón.

La tercera institución médica preferida por los hogares entrevistados es la Unidad Médica Familiar 27 del IMSS ubicada en Pótam. La mayor queja respecto del servicio de esta Unidad fue el desabasto de medicinas y las cuotas por consulta (superiores a 20 pesos) que se exigen a quienes no son derechohabientes del IMSS.

En términos de las actividades comunitarias que promueven los centros, el desempeño de la UMF del IMSS en Pótam, goza de reconocimiento por parte de los usuarios. Los hogares de estudio también consideran que el personal médico, se conduce con calidez y profesionalismo.

En suma, se podría decir que en la microrregión yaqui, la calidad en la atención del servicio no sólo depende del tipo de proveedor (SSA o IMSS), sino también del nivel de compromiso y profesionalización de los equipos médicos al frente.

Microrregión mayo*

Los hogares entrevistados en la microrregión mayo, refirieron dirigirse a cuatro instituciones médicas distintas de primer nivel ubicadas en el municipio de Etchojoa. Dos de ellas ubicadas en la cabecera municipal, y las otras dos en dos de las localidades visitadas (La Bocana y Huatabampo).

En Etchojoa (cabecera) se encuentra un centro de salud de la SSA y una clínica del IMSS. El primero cuenta con tres médicos de base, dos médicos pasantes y cinco enfermeras; tres consultorios, una sala de espera, dos baños, almacén para medicamentos y una ambulancia. Según los hogares entrevistados el abasto de medicamentos es mejor en este centro.

La clínica del IMSS opera con cuatro médicos del IMSS-*Oportunidades* y dos enfermeras; cuenta con dos consultorios, sala de espera y anaquel de medicamentos.

En la comunidad de La Bocana, también cuentan con un centro de salud de la SSA. Este centro lo atienden un médico pasante, una enfermera titular y una auxiliar de enfermería. Consta de un consultorio, sala de espera, un cubículo para emergencias, sala de exploración, un baño y almacén de medicamentos. Los entrevistados mencionaron que las consultas tienen un costo de 20 a 30 pesos, lo cual ha ocasionado problemas con las enfermeras debido a la falta de rendición de cuentas. Como consecuencia de estos problemas entre las enfermeras y la población a la que atienden, las mujeres se rehúsan a realizarse la prueba del Papanicolaou.

En la localidad de Huatabampo se encuentra la cuarta de las instituciones médicas de la microrregión; se trata del Hospital IMSS con módulo IMSS-*Oportunidades*. Éste cuenta con dos médicos y dos enfermeras que se encargan de atender a la población beneficiaria del Programa en el módulo *Oportunidades*. El módulo IMSS-*Oportunidades* consta de un consultorio con mesa de exploración y anaquel para medicamentos. No cuentan con equipo de rayos X ni laboratorio.

Entre las opciones de atención de primer nivel en la microrregión, el módulo IMSS-*Oportunidades* de Huatabampo fue el de menor reconocimiento entre sus usuarios, quienes se quejaban del trato diferencial que recibían los beneficiarios de *Oportunidades* con respecto a los derechohabientes regulares del hospital.

Microrregión guarijía‡

Esta microrregión es la más vulnerable de las estudiadas en Sonora en términos de acceso a servicios básicos de salud. Los hogares entrevistados refirieron acudir a tres instituciones de salud del primer nivel; dos de ellas ubicadas en San Bernardo y una en la localidad de Burapaco.

Las dos opciones de atención de primer nivel en San Bernardo son: un centro de salud de la SSA y un consultorio de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). El centro de salud de la SSA es atendido por un médico titular y una enfermera; cuenta también con el auxilio de un intendente. El lugar se conforma de un consultorio, sala de espera, un baño y almacén para los medicamentos. Los habitantes de la localidad entrevistados, mencionaron que el médico atiende de martes a jueves.

El centro tiene una alta demanda a pesar de que se cobran de 20 a 30 pesos por consulta, además de 30 pesos mensuales a las beneficiarias del Programa para cubrir los gastos del equipo médico. Las titulares no comprenden cuál es el fin de ese cobro y existe desconfianza sobre el destino que este dinero tiene.

---

* Ubicada en el municipio de Etchojoa. Localidades visitadas: La Bocana, Los Viejos, El Salitral y Huatabampo. Grupo étnico: mayo.

‡ Ubicada en el municipio de Álamos. Localidad visitada: San Bernardo. Grupo étnico: guarijío.

El consultorio de la CDI atiende únicamente a población indígena, pero recibe habitantes de distintas localidades, no sólo de San Bernardo. A su cargo está un médico, quien cuenta con más de 12 años de servicio en la región; y una secretaria. El consultorio se ubica en las oficinas de la CDI y su horario es matutino. La presencia prolongada del galeno ha influido de manera positiva en la relación de los usuarios con el centro.

La tercera opción de atención a la salud de primer nivel en la microrregión guarijía es el centro de salud de la SSA ubicado en la comunidad de Burapaco. El centro es atendido por una auxiliar de enfermería; consta de un consultorio, una sala de exploración y una habitación para hospitalizar a los pacientes. Se documentaron francas carencias de infraestructura, medicamentos y equipo. Los usuarios declararon frecuentes ausencias de la encargada y aseguraron tener varios años solicitando a las autoridades sanitarias la contratación de un médico titular.

Aunque la sobredemanda de servicios de salud en la microrregión yaqui genera insuficiencias en la calidad de los mismos, largos tiempos de espera y la demanda de atención no logra ser cubierta, es aquí donde se encuentra la oferta de servicios de salud más amplia entre las zonas estudiadas en este estado. Existe, por un lado, una mayor diversidad de dependencias públicas que ofrecen servicios de salud, además, en comparación con las demás microrregiones de Sonora, la yaqui cuenta con infraestructura más amplia, completa y equipos médicos más nutridos y profesionalizados.

Entre las microrregiones estudiadas en Sonora, la guarijía es la que presentó mayores carencias en términos de infraestructura y recursos humanos; sin embargo, la localidad visitada cuenta con dos opciones de servicio de primer nivel, situación que no se da en otras microrregiones en donde los habitantes de las localidades visitadas tienen que desplazarse a otras comunidades para ser atendidos. Esta situación nos permite distinguir que a pesar de que la guarijía es la microrregión con menos dotación de recursos para atender la salud de sus pobladores, en el estado de Sonora, está mucho mejor dotada que cualquier otra microrregión en el resto de los estados visitados durante la investigación.

CASAS DE SALUD

Se decidió abordar el tema de las casas de salud rurales de manera independiente dado que las características de las mismas y las condiciones en las que operan son bastante similares en todas las microrregiones de estudio que cuentan con este tipo de servicio básico de atención a la salud. Tal situación permite hacer generalizaciones sustentadas y distinguir con facilidad los elementos que hacen singulares ciertos casos que se señalarán cuando sea necesario.

En este estudio se documentó el funcionamiento de 15 casas de salud, seis de ellas en Sonora: dos en la microrregión yaqui, dos en la mayo y dos en la guarijía. Seis en Oaxaca: tres en la microrregión mazateca, dos en la Costa y una en la mixe. Por último tres en Chiapas: dos en la microrregión de San Cristóbal de Las Casas y una en Las Margaritas. En las microrregiones de Chihuahua no se documentó el funcionamiento de casas de salud.

Las casas de salud son los mecanismos mediante los cuales la SSA ofrece el servicio más básico de atención a la salud en las comunidades rurales más apartadas de los centros urbanos. Éstas suelen estar comandadas por algún o algunos habitantes de las mismas comunidades que reciben capacitación médica básica de primeros auxilios por parte de la SSA. Los auxiliares de salud o asistentes rurales de salud tienen la obligación de permanecer en los inmuebles que albergan a las casas de salud, su elección suele apegarse a los mecanismos de la organización comunitaria y no reciben un sueldo por la labor, aunque oficialmente se les "gratifica" con montos simbólicos que reconocen el valor de su trabajo.

Uno de los objetivos de las casas de salud es recibir periódicamente al equipo médico responsable de las jurisdicciones médicas para dar consultas y seguimiento a los pacientes, además de difundir información respecto del saneamiento básico y noticias relacionadas con campañas de vacunación o programas sociales como *Oportunidades*.

Infraestructura de las casas de salud

A excepción de las microrregiones yaqui y mayo de Sonora, donde se documentó en general una mejor infraestructura y un abasto menos irregular de insumos y medicamentos en comparación con otras microrregiones,* así

como cierta capacidad de consejería y canalización, las condiciones de infraestructura que caracterizan a las casas de salud son precarias.

Generalmente no están acondicionadas con el mobiliario médico adecuado, en ocasiones no cuentan con elementos esenciales como un colchón, sábanas o báscula y cuando existen están en muy malas condiciones. Lo mismo sucede con el instrumental básico para la toma de peso, talla y presión. En todos los casos carecen de baumanómetro, obstaculizando así la detección de factores de riesgo o el control de pacientes con hipertensión arterial.[‡]

AUXILIARES DE SALUD O ASISTENTES RURALES DE SALUD

Se encontró que las personas encargadas de las casas de salud enfrentan una serie de obstáculos que les impiden cumplir cabalmente con las responsabilidades de su cargo. Un reducido porcentaje de mujeres, contaba con capacitación previa al Programa, formadas durante la década de los ochenta y principios de los noventa, y con años en cargos semejantes.

La falta de capacitación de las asistentes rurales de salud para hacer frente a las demandas de atención de la comunidad es una limitante común y una necesidad expresada por las auxiliares entrevistadas. De las 15 casas de salud que se documentaron en trabajo de campo, menos de la tercera parte de las auxiliares que prestaban sus servicios en ellas tenían conocimientos sobre prescripción básica de medicamentos y conocimientos de sutura, curación de heridas y contusiones y, por lo menos en un caso, la auxiliar no sabía aplicar inyecciones. Por otro lado, la falta de instrumental médico en las casas de salud imposibilita la práctica de conocimientos difundidos en los cursos de capacitación.

Generalmente, las auxiliares de salud, no reciben un salario por sus servicios, un agravante más para su desempeño, dadas las exigencias de permanencia en las casas de salud y la carga social que recae sobre su figura. Un caso en Cerro Mojarra, localidad de la microrregión mixe en Oaxaca ejemplifica el tipo de acciones que pueden darse y de hecho se dan como consecuencia de la precariedad económica de las encargadas de las casas de salud. Ahí se documentó el cobro por servicios como la toma de peso y talla y la venta de medicamentos que provee la SSA. Se cree que sin duda estas anomalías están relacionadas con la falta de retribución a las auxiliares de salud.

Las condiciones de trabajo descritas, ocasionan que los habitantes de las comunidades eviten a toda costa participar en la prestación de este tipo de servicios comunitarios-voluntarios. La elección como auxiliar de salud se percibe, más que un motivo de reconocimiento social, como "un castigo" de exigencias sociales y pocas satisfacciones personales. Las asistentes o auxiliares reciben módicas gratificaciones que no logran cubrir sus necesidades más básicas, lo que a largo plazo genera el consecuente abandono de estos centros o los cobros por sus servicios. Sin embargo, existen también casos excepcionales de auxiliares cuya iniciativa personal se refleja en cambios en el servicio que ofrecen las casas de salud.

Expuestas las condiciones en las que opera la mayoría de las casas de salud es fácil comprender que, en la práctica, éstas se han convertido en casetas de monitoreo de las corresponsabilidades de las titulares de *Oportunidades*, espacios regularmente abandonados, donde la asistente rural, lejos de otras posibilidades, utiliza el centro como "oficina" para llenar formatos y reportes, publicar comunicados del Programa y celebrar citas o reuniones ("charlas") de las titulares cuando no recibe la visita mensual o bimestral de brigadas de salud o campañas de vacunación.

Fuera de las actividades antes mencionadas, las casas de salud generalmente están cerradas, o tienen horarios limitados de "atención", siendo una dinámica recurrente el que la población busque a las asistentes en su domicilio.

Desde la perspectiva de los hogares entrevistados, la presencia de las casas de salud y los servicios que ofrecen son inútiles, por lo tanto prefieren acudir directamente a centros de salud o UMR que ofrecen servicios de primer y segundo nivel de atención en localidades cercanas, aunque esto implique costos de traslado.

---

* Téngase en cuenta que estas comunidades cuentan con cobertura del Seguro Popular.

‡ Los hogares beneficiarios donde alguno de sus miembros padece hipertensión y que viven lejanos a los centros de salud, reportaron como un obstáculo para la incorporación de prácticas de autocuidado, la necesidad de contar en sus comunidades con el servicio de control regular de la presión arterial.

En las microrregiones yaqui y mayo de Sonora se observó un abasto relativamente regular de medicamentos e insumos de curación (a excepción de suero para la picadura de alacrán) y horarios de atención, si no fijos, al menos sí abiertos al público con un promedio de cinco horas al día. En estas microrregiones documentamos también prácticas eficientes de canalización de pacientes hacia otros centros de atención de primer y segundo nivel. Se cree que esto se debe a la configuración más urbana de su *hinterland* (zona de influencia de un centro o núcleo, en este caso urbana) de servicios, en el cual hay un mayor flujo de información y conocimiento de las posibilidades de atención, como mayores posibilidades de transporte. En el resto de las microrregiones, la práctica de canalizar a los pacientes a centros de atención adecuados a sus necesidades es francamente muy limitada o nula.

Contribuciones y retos de las casas de salud

En las comunidades de las microrregiones yaqui y mayo, así como, en menor medida y menos regular, en la microrregión guarijía, costa y mixe, las casas de salud juegan un papel importante en cuanto al acceso a métodos anticonceptivos. En ese sentido, algunas asistentes han asumido labores de consejería, relativas a la salud sexual y reproductiva y en cuanto al saneamiento básico. Dado que la mayoría de ellas son titulares de *Oportunidades*, se puede asumir, sin riesgo a equivocación, que las charlas de salud a las que asisten y el contacto directo con los materiales generales de educación para la salud, han servido como fuentes de información, que su cargo les permite replicar de forma más pública y abierta que cualquier otra titular.

Sin embargo, hay una necesidad de materiales didácticos, sobre todo en este tipo de comunidades donde los índices de analfabetismo son altos, pues aunque los centros de salud de la SSA y las UMR cuentan con algunas herramientas de apoyo para la educación de la salud (de cualquier modo insuficientes), las casas de salud no corren con la misma suerte.

Se cree que independientemente de la capacitación a las auxiliares, poner a su disposición instrumentos didácticos, podría nutrirlas de mayores conocimientos y brindarles mejores recursos para exponer con claridad temas de salud (principalmente de salud reproductiva, atención e identificación oportuna de deshidratación y diarreas en niños menores de cinco años) a las mujeres que se acercan de manera informal en busca de consejería.

En síntesis, el óptimo funcionamiento de las casas de salud depende de un conjunto de condiciones que pueden optimizar su desempeño, entre ellos, un abasto regular de medicamentos e insumos propios de ese nivel de atención, capacitación de las auxiliares para brindar una consejería básica de salud reproductiva y orientación resolutiva en la búsqueda de servicios médicos de otros niveles, ya que en aquellos lugares donde no existen centros de salud a proximidad, el abasto regular de medicamentos propios de este nivel de atención les confiere la capacidad de ser al menos dispensarios de medicamentos e insumos de curación elementales.

Al eximirlas de tales privaciones, las casas de salud se tornan una opción verdaderamente significativa, aun con las carencias en términos de capacitación, dado que el acceso a medicamentos (o canalización para obtenerlos, sobre todo los más básicos) implica un gran alivio para las economías familiares, donde las farmacias y las clínicas rurales no son accesibles.

Hay condiciones para afirmar que las casas de salud, dadas sus carencias, no son consideradas por los hogares como un recurso útil en la atención de la salud o la obtención de consejería (salvo el acceso a métodos anticonceptivos en las localidades señaladas, no se reportó su uso en las trayectorias de atención analizadas).

Hay la conciencia de que de considerarse los factores que se han resaltado, se puede coadyuvar a modificar la conducción actual y la percepción comunitaria de que las casas de salud son locales destinados exclusivamente al control de las corresponsabilidades de *Oportunidades*, para constituirlos como espacios reconocidos socialmente y como una opción real para la resolución de necesidades muy básicas de salud (como acceso a métodos anticonceptivos, sueros orales, curación de heridas y contusiones simples, mordeduras y piquetes de animales ponzoñosos).

HALLAZGOS Y COMPARACIONES ENTRE ESTADOS Y MICRORREGIONES

La descripción de los escenarios de atención a la salud nos permite identificar condiciones similares y a la vez rasgos que distinguen los servicios de salud entre los estados estudiados e incluso entre sus microrregiones. En este apar-

tado se señalará brevemente aquellas características que son comunes en los distintos estados visitados y aquellas que otorgan singularidad a las regiones estudiadas y que ponen en evidencia la heterogeneidad de los escenarios. Estas mismas cualidades servirán para sustentar en análisis posteriores los obstáculos o ventajas que encontraron los hogares estudiados cuando tuvieron episodios de enfermedad por resolver.

En primer lugar nos gustaría señalar que la sobredemanda de los servicios públicos de salud es una característica compartida por todas las microrregiones del estudio. Después de 10 años de operación, *Oportunidades*, sin lugar a dudas, ha contribuido en el acercamiento de sus beneficiarios al sistema médico del Estado, sin embargo y a pesar de los esfuerzos por dotar de mayor infraestructura a las UMR, los recursos tanto humanos como materiales siguen siendo insuficientes para atender la demanda de atención médica.

En general, las condiciones del mobiliario e infraestructura fueron menos deficientes en los centros de salud de la SSA, donde inclusive existen salas de espera y espacios de aislamiento equipados con camastros para la exploración de pacientes que así lo requieran, además de habitaciones para el personal médico y baños.* Sin embargo, los centros siguen teniendo limitaciones en lo que respecta a salas de espera adecuadas y espacios apropiados para la realización de los talleres de autocuidado de la salud.

En cuanto al instrumental médico, la mayor parte del personal de salud entrevistado, independientemente del tipo de proveedor de servicios, reveló no contar con juego instrumental básico para la auscultación, entre estas herramientas: estetoscopio, lámpara, espejo vaginal y ostoscopio. Por lo regular los centros locales de salud cuentan con báscula (no siempre en óptimas condiciones), un baumanómetro y abatelenguas, aunque las casas de salud, en general, prescinden de baumanómetro, dificultando el monitoreo regular de la toma de presión de aquellos individuos que ya han presentado o podrían presentar hipertensión arterial y que viven alejados de los centros de salud, donde pueden monitorear su presión mes con mes.

Las carencias relativas a la infraestructura de los centros de salud imposibilitan las acciones preventivas promovidas por el Paquete Básico Garantizado de Salud. Por ejemplo, la detección oportuna de indicadores de riesgo de hipertensión, diabetes, síndrome metabólico y la prueba del Papanicolaou (Pap). Observamos también que el abasto irregular o nulo de los artículos necesarios como tiras de resultados de glucosa para pruebas de dextrosis, baumanómetros e insumos para la toma del Pap, genera el escepticismo de los usuarios, sobre todo cuando deciden practicarse las pruebas y éstas no pueden ser concretadas a falta del material indicado (dato reportado en los estudios de hogares y en las observaciones de los investigadores en campo). Estas carencias los desaniman en el intento de practicarse nuevamente las pruebas.

En este punto es importante señalar que aunque la precariedad de recursos para operar de las instituciones públicas de salud es una constante, se da en distintos niveles entre las microrregiones estudiadas. Las diferencias más evidentes se encontraron al comparar la situación de las microrregiones visitadas en Chiapas con las microrregiones sonorenses.

En Chiapas se reportaron las condiciones más desfavorables en términos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, pero principalmente en cuanto al abasto de medicamentos para hipertensos y diabéticos, mientras que estos medicamentos, al menos en las otras entidades estudiadas son relativamente suficientes, principalmente en Sonora y Oaxaca.

El abasto regular de dichos fármacos, tiene una poderosa incidencia en la demanda de servicios de primer nivel. Sin duda es uno de los aciertos resolutivos de los centros de salud, que funcionan al menos como dispensarios de los mismos y en consecuencia pueden dar seguimiento y control a los pacientes, aunque sean deficientes en cuanto a consejería y prevención. El impacto positivo del abasto de dichos medicamentos en las economías de los hogares

* A excepción de la UMR del IMSS-*Oportunidades* en la microrregión mazateca, en donde aunque las instalaciones de la UMR era más pequeñas en comparación con las instalaciones de los centros de salud de la SSA, el equipamiento fue de mejor calidad, con servicios de radiocomunicación y computadora para los archivos del incipiente programa de expediente electrónico, mientras que los centros de salud de la SSA utilizan los medios de comunicación municipales. En contraste, en los centros de salud de la SSA, las camas de auscultación no estaban en óptimas condiciones. Se registró además, insuficiente ropa de cama y ausencia de batas para pacientes, falta de uniformes, insumos para curación, medicamentos y pruebas rápidas de VIH y dextrosis, además de insumos para realizar prueba de Papanicolaou.

es evidente, principalmente en familias de nueva incorporación al Programa, que antes pagaban por ellos y ahora no, y tiene consecuencias favorables en el cambio de percepciones con respecto a la eficacia resolutiva de servicios de primer nivel en hogares donde viven pacientes diabéticos.

En cuanto a recursos humanos, se observó que en las microrregiones con mayor presencia de hogares indígenas, como Chiapas, la Sierra Tarahumara y las poblaciones pimas se da una práctica generalizada de la medicina pública a cargo de auxiliares de salud. Por ejemplo, los centros de salud de la SSA en El Encanto, Chiapas y en Maycoba en la serranía chihuahuense, están a cargo de una enfermera y un auxiliar de salud, cuentan también con el apoyo de un médico pasante, pero la presencia de éste es esporádica en ambos casos.

En contraste, los centros de salud de la SSA de las microrregiones yaqui y mayo, disponen de un equipo médico extenso, en promedio cuentan con tres médicos de base, de los cuales al menos uno es un médico titulado y dos son pasantes, además de prestar sus servicios de dos hasta seis enfermeras, como en el caso de la unidad de Vícam, donde incluso trabaja un dentista. Estas condiciones, sin embargo, no son extensivas en territorio sonorense a la microrregión guarijía, que presenta características de marginación similares a las localidades de la Sierra Tarahumara y Chiapas. En Burapaco, en la microrregión guarijía en Sonora, el centro de salud de la SSA es atendido únicamente por una auxiliar de enfermería.

Las microrregiones oaxaqueñas presentaron una situación intermedia, en la que el personal médico de los centros de salud de la SSA, estaba compuesto, en promedio, por al menos un médico titulado y una técnica en enfermería.

Como se ve, el contraste más evidente se da entre las microrregiones estudiadas en Sonora y las de Chiapas. Mientras que en Sonora tanto las UMR, del IMSS-*Oportunidades*, como los centros de salud de la SSA cuentan con más de dos médicos titulados y más de dos enfermeras titulares a cargo; de las cuatro instituciones médicas chiapanecas de primer nivel estudiadas, sólo una contaba con un médico titulado.

La diferencia entre los estados de Sonora y Chiapas es evidente también cuando se compara su grado de marginación.* Sonora ha sido catalogado como un estado de nivel de marginación "bajo", mientras que el nivel de marginación en Chiapas es "muy alto". De los 72 municipios que integran el estado de Sonora, sólo uno tiene un grado "alto" de marginación; en cambio en Chiapas, de sus 118 municipios sólo cinco tienen un grado "bajo" de marginación, el resto va de "medio" a "alto" y "muy alto".

Tal información en combinación con los hallazgos que aportó la investigación en campo, nos permite sugerir que las zonas con mayores grados de marginación son también aquellas en donde los servicios públicos de salud son más deficientes. De esta forma, los esfuerzos de *Oportunidades* se verán siempre limitados por las condiciones del contexto en el que opera, impidiéndole así cumplir con el objetivo de consolidar las capacidades de salud de sus beneficiarios, sean estos indígenas o no indígenas. Es imprescindible que la Secretaría de Salud asuma el compromiso de renovar sus estructuras y busque estrategias que hagan más eficiente y eficaz su labor.

La presencia de instituciones de salud privadas y religiosas en las microrregiones estudiadas en Chihuahua es un rasgo que las caracteriza y que permite comparar su desempeño con el de las instituciones públicas de las mismas zonas. La comparación hace evidentes las deficiencias tanto de recursos humanos como materiales en los centros de salud y las UMR y demuestra que a pesar de las condiciones de marginalidad de la población y los obstáculos que imponen la geografía y la pertenencia a grupos étnicos distintos de los de los prestadores de servicios, la práctica médica y el cuidado de la salud se pueden desarrollar de una manera eficiente y coordinada. Un ejemplo de eficiencia y funcionalidad a pesar de los obstáculos que imponen las barreras geográficas y las culturales.

Análisis de las trayectorias de atención

El concepto de trayectorias de atención o itinerarios de atención acuñado por Osorio-Carranza se refiere a:

---

* Los datos de marginación que a continuación se presentan recuperan la última publicación de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del IV trimestre de 2005, cuyos datos fueron ajustados a las nuevas estimaciones de población, resultado de la Conciliación Demográfica 2000-2005; así como los ajustes a los datos del II Conteo de Población y Vivienda 2005, recientemente realizados por el INEGI, como resultado de la consolidación de archivos y de la integración territorial de las localidades, por lo que sustituyen a la versión anterior de los índices de marginación 2005 que fue difundida por este medio el 4 de octubre de 2006. http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005.htm

> La secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer. Dichas estrategias incluyen una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación de la enfermedad, también incorporan todas aquellas instituciones, estructuras de atención y servicios de salud así como a los sujetos que participan del mismo, los enfermos/pacientes, terapeutas y otros mediadores tales como los sistema de referencia profanos, personas encargadas del cuidado o mantenimiento de los enfermos, de administrar o suspender el tratamiento, ofrecer consejos y generar soluciones.[2]

Los itinerarios de atención, en el caso de nuestro estudio, han sido de gran relevancia, pues nos permiten identificar la serie de factores que confluyen en los episodios de enfermedad y que son comunes entre los hogares estudiados. Gracias a ellos se pueden describir las experiencias de los padecimientos y las diferencias para afrontarlos. Los cuatro ejes de análisis de mayor relevancia fueron: 1) la calidad de la atención recibida (desde el punto de vista de los hogares); 2) el impacto de los episodios de enfermedad en las economías domésticas; 3) las consecuencias sociales (como el cambio de roles domésticos) de los episodios de enfermedad; y 4) la influencia de *Oportunidades* en el acceso a servicios públicos de atención a la salud, las prácticas de cuidado y prevención.

Las encargadas de narrar las trayectorias de atención de sus hogares fueron las madres o abuelas, pues son ellas quienes poseen conocimientos más amplios en estos temas, ya que no sólo han vivido los padecimientos en carne propia, sino que suelen ser las encargadas de cuidar y acompañar a los demás miembros enfermos de sus familias.

A partir de la muestra total de los 183 hogares estudiados, se construyó una base de datos en la que se recogieron todas las trayectorias de atención de cada uno de los hogares. Como es de suponerse, la cantidad de padecimientos por hogar es variable. Encontramos hogares en los que por ejemplo no se reportó ningún padecimiento, mientras que en otros se documentaron más de tres.

En el cuadro 7 se recogen las características de la muestra completa de trayectorias de atención estudiadas en las 12 microrregiones. Esta muestra se conformó por 349 itinerarios de atención. En el cuadro aparecen la cantidad de trayectorias estudiadas según las características de los hogares que reportaron padecimientos.

PAUTAS DE ATENCIÓN DE LOS HOGARES INDÍGENAS BENEFICIARIOS

OAXACA

Microrregión mazateca

De los 10 casos documentados en esta zona, únicamente uno de ellos acudió al centro de salud de primer nivel, ubicado en la misma comunidad donde reside. De acuerdo con la informante, los médicos no pudieron resolver sus necesidades de atención debido a la nosología de su padecimiento, que ella reportó como susto; decidió entonces atender su padecimiento a través de la medicina tradicional. Así, encontró solución al evento de enfermedad que la aquejaba y que había trastocado los roles sociales del hogar, incapacitándola durante meses para la realización de labores domésticas, que fueron asumidas por sus hijas, ambas en edad escolar. Los costos más relevantes a lo largo del itinerario de atención de esta entrevistada, fueron aquellos relativos al transporte.

De los nueve casos restantes, dos de ellos recibieron diagnóstico con médicos particulares en la Cuidad de México y otro en Huautla de Jiménez, sin intentar antes recibir atención médica en las clínicas cercanas a sus localidades, argumentando que en el centro de salud generalmente "no tienen medicamentos", "no sirven" o "los doctores no saben cómo curar".

Uno de los casos que fueron atendidos en la Cuidad de México, fue el de una mujer diabética. La beneficiaria llegó en estado de crisis a la ciudad. Una vez que las hijas de la enferma –quienes laboraban en la Ciudad de México– se percataron de su estado de salud y buscaron atención médica particular para su madre. Es importante señalar que, aunque el primer nivel de atención en esta microrregión tiene una considerable eficacia resolutiva en cuanto al ac-

Cuadro 7
Muestra de trayectorias de atención estudiadas por microrregión

ENTIDAD	MICRORREGIÓN	TIPO DE HOGAR				TOTAL POR MICRORREGIÓN
		INDÍGENA BENEFICIARIO	INDÍGENA NO BENEFICIARIO	NO INDÍGENA BENEFICIARIO	NO INDÍGENA, NO BENEFICIARIO	
Oaxaca	Mazateca	10	7	13		30
	Mixe	11	17	3		31
	Costa	8	16	4	9	37
	Total por tipo de hogar	29	40	20	9	98
Chiapas	Las Margaritas	13	1	10	3	27
	Tumbalá	28				28
	San Cristóbal de Las Casas	15	2	12	2	31
	Total por tipo de hogar	56	3	22	5	86
Chihuahua	Samachique	13	4	16	3	36
	Norogachi	3	6	7	9	25
	Yepachi-Maycoba	7	9	11	4	31
	Total por tipo de hogar	23	19	34	16	92
Sonora	Yaqui	16	2	9	3	30
	Mayo	4	5	5	4	18
	Guarijía	5	6	11	3	25
	Total por tipo de hogar	25	13	25	10	73

ceso a medicamentos y citas de control para pacientes diabéticos e hipertensos, el caso ilustra que esta posibilidad no es extensiva a hogares que viven alejados de los centros, como sucede en el caso antes descrito. Después de recibir atención médica en la Ciudad de México, la señora se mantuvo en tratamiento por un par de meses. Ante las limitantes económicas y la gravedad de su estado de salud, la beneficiaria optó por acudir a un médico tradicional en su comunidad, ya que su vivienda estaba ubicada a dos horas y media del centro de salud más próximo, en una aldea con muchas limitantes de transporte.

La beneficiaria no encontró alivio a través de ésta intervención, pero obtuvo una nueva explicación a su padecimiento y estaba convencida de que "no tenía diabetes", sino que era víctima de algún mal provocado por una brujería irremediable. Su estado de salud se agravó considerablemente.

Los seis casos restantes reportaron padecimientos menores, como diarreas, infecciones respiratorias, accidentes domésticos y dolores generales en el cuerpo, que se resolvieron mediante autoatención, con medicamentos que obtuvieron en los centros de primer nivel con motivo de eventos de enfermedad anteriores, en la farmacia de la comunidad o empleando la herbolaria local.

Se encontró que la relación de los hogares de estudio (beneficiarios) con los centros locales de salud, es limitada. Acuden a ellos, en casos muy específicos, cuando padecen "dolores" que intentan resolver solicitando analgésicos. Para males menores prefieren la autoatención y la medicina tradicional y sólo en casos de gravedad acuden directamente a otros centros de salud, generalmente privados y ubicados en otras localidades, principalmente la Ciudad de México y Huautla de Jiménez.

El principal motivo de concurrencia de los hogares indígenas beneficiarios de esta microrregión a los centros de salud pública, es el cumplimiento de corresponsabilidades de *Oportunidades*.

Microrregión mixe

En esta microrregión se documentaron las condiciones más desfavorables para el acceso a servicios de salud de primer y segundo nivel, tanto públicos como privados, entre los hogares indígenas estudiados en Oaxaca. Esta situación está relacionada principalmente con los altos costos de la atención a la salud de los servicios públicos que ofrece la SSA en la región, que de acuerdo a los testimonios de los grupos domésticos, son excesivos y dificultan la resolución de sus eventos de enfermedad.

De los 11 casos reportados, dos culminaron en la muerte de los pacientes. Ambos recibieron atención médica de emergencia en el hospital de segundo nivel de la SSA (María Lombardo de Caso). El primero refiere el caso de una niña menor de un año que, de acuerdo con su madre, nació "con los intestinos pegados"; el segundo el de un hombre, jefe de familia, mayor de 40 años, que padecía cirrosis.

La decisión de acudir al médico, tardíamente, estuvo mediada por las percepciones y experiencias negativas de ambas familias con los servicios públicos de salud.

En ambos casos, las familias consideraron que acudir al doctor era una labor que implicaba altos costos y numerosas dificultades que no aportaban ninguna solución a sus necesidades.

Los casos reportados (7 de 11) expresaron pautas de atención semejantes. Buscaron atención médica, en consultorios privados, una vez que manifestaron síntomas de gravedad, que los imposibilitan para realizar sus actividades domésticas o laborales. Para la solución de males menores (dolores del cuerpo, resfriados y diarreas no complicadas) los hogares de esta microrregión emplearon la automedicación, comprando medicinas en la farmacias similares de la cabecera municipal o recurriendo a remedios de la medicina tradicional.

En esta microrregión, el costo promedio de la atención de un evento de enfermedad con médicos particulares representa el 43% de los ingresos mensuales de un hogar, donde al menos uno de los miembros perciba el salario mínimo (49.50 pesos durante el 2008). Esta cantidad contempla el pago de la consulta, medicamentos y transporte. En caso de necesidad de estudios clínicos, la inversión se duplica, siendo, sin duda, el aspecto más costoso de la atención. En esta microrregión los costos de la atención tradicional (curandería) fueron también semejantes.

Dos trayectorias documentadas fueron relativas a casos de dengue. Estos hogares no tuvieron acceso directo a un diagnóstico y control médico profesional, pero expresaron habilidades para identificar los síntomas oportunamente, conocimientos que afirmaron haber adquirido durante los talleres comunitarios de salud. Una vez reconocidos los síntomas, acudieron a las casas de salud de sus localidades por analgésicos y complementaron el tratamiento con remedios herbales de la localidad. El padecimiento implicó el reposo de los enfermos por dos semanas, lo que significó una disminución importante de ingresos para los hogares, por lo que emplearon los ahorros familiares y el apoyo de parientes y vecinos para sobrevivir durante los días que no trabajaron.

En la microrregión mixe se observa, una preferencia por atender los casos de gravedad con médicos particulares, lo cual tiene implicaciones sumamente costosas para los hogares. En caso de padecimientos menores (resfriados, diarreas, dolores, accidentes domésticos), la utilización de remedios tradicionales es el modelo a través del cual se resuelven los procesos de salud-enfermedad. Se observó que incluso después de acudir a la atención de la medicina formal, ya sea ésta del servicio público o privado; los hogares de esta microrregión utilizan los remedios de la medicina tradicional. Se reportó una desconfianza generalizada respecto de los centros de salud pública.

Microrregión Costa

En la comunidad de Santa Elena Comaltepec sólo hay una casa de salud. Ante el desabasto de medicamentos, los hogares acuden al hospital de Jamiltepec (cabecera municipal) en busca de atención médica. De los ocho itinerarios de atención documentados, únicamente dos acudieron a la casa de salud para solicitar analgésicos y desparacitantes para sus hijos.

Uno de los casos registrados, acudió al centro de salud más cercano para recibir atención por tuberculosis, su percepción sobre la calidad y calidez del servicio fue negativa e influyó para que el beneficiario decidiera no volver al siguiente mes ni por medicamentos y ni a sus citas de control. Los casos restantes reportaron males menores (dolores de cabeza y resfriado) y un caso de alcoholismo, todos tratados a través de remedios tradicionales en combinación con la administración de medicamentos alópatas que compraron en las farmacias de la cabecera municipal.

Sólo en una de las trayectorias fue necesaria la atención en un hospital público de segundo nivel, además de los servicios de especialistas particulares. Este caso resulta insuficiente para determinar las pautas de atención de los hogares de esta microrregión, sin embargo, el ejemplo es útil para mostrar las dificultades de la atención a la salud con motivo de una emergencia.

La paciente acudió al hospital más cercano, a cargo del IMSS-*Oportunidades* buscando la atención de un especialista (oftalmología). En ausencia del especialista, se le sugirió a la paciente acudir a Pinotepa, sin darle más datos. El hogar invirtió en estudios clínicos, dos consultas con médicos privados, medicamentos y transporte, que significaron el 42% de sus ingresos mensuales como jornaleros de campo. Los gastos fueron cubiertos entre la enferma (jefa de familia) y su hermana. Utilizaron las becas de *Oportunidades* de sus hijos.

Con base en los itinerarios documentados, los hogares indígenas estudiados en la microrregión Costa consideran limitados los recursos con los que cuenta la casa de salud, aunque acuden a ella en la búsqueda de medicamentos o insumos que –de acuerdo a su experiencia– saben que pueden conseguir ahí (desparasitantes, analgésicos, suero oral y en ocasiones métodos anticonceptivos), aunque su asistencia, en general, es casi exclusiva para el cumplimiento de corresponsabilidades del Programa. De cualquier modo, las percepciones y opiniones generales sobre las acciones de fomento a la salud comunitaria, como la construcción de letrinas y campañas de vacunación, fue muy favorable en todos los casos.

La ausencia de casos reportados no permite ser concluyente en cuanto a la atención a la salud en casos de urgencia, sin embargo, las pautas de atención en estas condiciones no son muy diferentes a las encontradas en las otras microrregiones de Oaxaca, en donde la baja capacidad resolutiva de los centros de salud de primer y segundo nivel y la generalizada desconfianza en dichos servicios conduce a los pacientes a buscar atención en consultorios particulares, incrementando los costos de los procesos de salud-enfermedad-atención de los hogares indígenas.

CHIAPAS

Microrregión Las Margaritas

En este municipio fueron documentadas 13 trayectorias de atención, de las cuales cinco acudieron a centros de salud locales de primer nivel. Dos de los cinco casos llegaron con síntomas de fuerte dolor abdominal, uno más con gastritis y el último de ellos reportó como padecimiento "tumor en el estómago". Tres de estos casos suspendieron el tratamiento médico dado que no había medicamentos disponibles en la clínica; solamente uno de los casos recibió medicamentos, pero la jefa de hogar argumentó que éstos "no le sirvieron", la familia no conocía con claridad el diagnóstico.

Unicamente un caso fue remitido de emergencia al hospital de Las Margaritas, y de éste al de Comitán, argumentando que no podían atenderlo por motivos que nunca comprendió el beneficiario. Los costos de la enfermedad fueron altos de acuerdo con las posibilidades económicas de este hogar y el paciente fue hospitalizado. Aunque se trata de un solo caso, el itinerario es útil para ejemplificar, que los costos de la atención a la salud, aun en hospitales

públicos, tienen consecuencias muy profundas en las economías domésticas. Para pagar los gastos relacionados con esta enfermedad recurrieron a préstamos en la comunidad (en la comunidad hay cajas de préstamos que cobran 10% al mes de interés) que tardaron varios años en pagar vendiendo parte de su cosecha.

Otros tres casos acudieron a médicos particulares por problemas dérmicos, dolores generales y de estómago, con costos de atención que oscilaron entre 10 y 60 salarios mínimos (durante el 2008, el salario mínimo en Oaxaca, correspondiente al área geográfica C, era de 49.50 pesos). En estos casos, la decisión común fue el abandono de los tratamientos por la imposibilidad de costear los medicamentos. Una de estas mujeres, con dolor crónico en manos y huesos, resumió en una frase los motivos de su decisión: "no he vuelto porque no he juntado el dinero".

La profunda desconfianza en la capacidad resolutiva de los centros más cercanos y el desabasto de medicamentos para pacientes diabéticos, nos permiten explicar el itinerario terapéutico que exponemos a continuación, relativo al proceso de atención de un paciente diabético, jefe de familia, tras una crisis. A consideración de la jefa de familia y dada la gravedad del paciente, decidieron acudir directamente al hospital de Comitán, porque de acuerdo a su experiencia "en Las Margaritas sólo iban a perder el tiempo". La decisión implicó un gasto de 100 salarios mínimos (durante el 2008, el salario mínimo en Chiapas, correspondiente al área geográfica C, era de 49.50 pesos) por concepto de hospitalización y medicamentos. Para poder cubrir esta cantidad los hermanos del enfermo utilizaron el dinero del trabajo agrícola que provino de las parcelas familiares.

La cónyuge del paciente confesó sentirse muy incómoda cuando va al hospital porque "los doctores son muy bravos con nosotros". Expresó sentirse nerviosa ante la necesidad de hablar en español (que no es su lengua materna), por eso prefiere ir acompañada por alguno de sus cuñados, con el propósito de que hagan los trámites en el hospital y hablen con los doctores. Las implicaciones sociales de la enfermedad en este hogar tuvieron repercusiones en la trayectoria laboral del jefe de familia, pero también en la trayectoria educativa de una joven de 18 años, hija del matrimonio. Ella recuerda que dejó de estudiar porque "a mi papá le dijeron que estaba muy enfermo de la diabetes y mi mamá necesitaba ayuda y pues el dinero no alcanzaba para mantener los estudios de todos".[1]*

Finalmente, en las trayectorias de atención restantes (4 de 13), se reportaron pautas semejantes, que combinaban la autoatención con fármacos alópatas (que compran en las farmacias) y visitas a curanderos, generalmente con motivo de males indefinidos o dolores crónicos, de los que nunca se reconoce un diagnóstico certero.

Pese al escenario descrito, las familias indígenas beneficiarias tienen una buena opinión sobre las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud, destacando ante todo el acceso a vacunas. También expresaron tener una buena disposición para acudir a los talleres comunitarios.

En suma, al igual que en otras microrregiones, las familias beneficiarias acuden principalmente a los centros de primer nivel para el cumplimiento de corresponsabilidades y pese a las condiciones del servicio, los hogares tienen expectativas principalmente orientadas al acceso de medicamentos.

Documentamos que el principal obstáculo en el acceso a la atención a la salud, no refiere únicamente al desabasto de medicamentos sino también a la forma en que los usuarios han sido tratados en los centros públicos de salud, condición que los lleva a buscar atención fuera de sus comunidades de origen incrementando los costos de sus trayectorias.

Los éxodos en búsqueda de atención médica, tienen lugar cuando las enfermedades se agravan; los males menores tienden a ser tratados con remedios tradicionales y autoatención a través de fármacos alópatas. Cabe señalar que aún recibiendo atención en instituciones médicas públicas, los episodios de enfermedad tienen graves implicaciones para las economías domésticas.

Microrregión Tumbalá

El total de hogares estudiados en esta microrregión es beneficiario de *Oportunidades*. Todos pertenecen al grupo étnico de los choles. Aquí se documentaron 28 trayectorias de atención, de las cuales 29% refirió haber acudido

* Diario de campo de Daniela Jiménez, investigadora microrregión Las Margaritas.

con médicos particulares (esta frecuencia tiende a concentrarse en los hogares choles de Álvaro Obregón Planada y Emiliano Zapata, acudiendo principalmente a la comunidad de Yajalón), 18% a clínicas locales de salud, 14% con un curandero, 4% con un espiritista, 30% restante empleó una combinación de autoatención, con remedios tradicionales y medicamentos alópatas (que compraron en farmacias), mientras que 5% reportó accidentes graves con consecuencias de incapacidad.

Se observó que las trayectorias de atención en esta microrregión suelen ser más limitadas porque también son más escasos los recursos económicos de estos hogares. Los beneficiarios acuden con más frecuencia a los centros de salud de primer nivel ubicados en su propia localidad. Solamente una de las 28 trayectorias refirió haber acudido a servicios de primer nivel canalizado por la clínica IMSS-*Oportunidades* de El Porvenir al hospital de Yajalón con motivo de una cirugía (hernia estomacal). Los gastos ascendieron aproximadamente a 100 salarios mínimos por concepto de medicamentos, renta de una habitación (durante un mes), transfusión de sangre y alimentación.

Estas trayectorias de atención, aun siendo cortas, refiriendo padecimientos que no son graves (como accidentes domésticos, gastritis, colitis e hipertensión) y siendo atendidas en UMR del IMSS-. *Oportunidades* (relativamente cercanas a sus comunidades de origen), implican gastos generales por motivos de transporte, alimentación y medicamentos que son difíciles de costear por los hogares de estudio.

En esta, como en las otras microrregiones chiapanecas, el desabasto de medicamentos para hipertensos y diabéticos, implica estrategias costosas de atención. Los tres casos que refirieron alguna de estas enfermedades crónico-degenerativas, acudieron a consultorios particulares, bajo el argumento de que en los centros de salud "no te atienden bien" o "no hay medicamentos".

El afrontamiento de los procesos de salud-enfermedad en la microrregión de Tumbalá, tuvo consecuencias negativas para al menos seis jóvenes en edad escolar. Cuatro de estos jóvenes eran ex becarios; dos de ellos nunca lo fueron. La deserción escolar refirió principalmente los siguientes motivos: dejar de estudiar para incorporarse al mercado laboral con el fin de cubrir los gastos médicos de algún familiar, ayudar en casa para cubrir las labores domésticas que el miembro enfermo de la familia ya no podía realizar, perder competencias y habilidades escolares con motivo de enfermedad.

Por ejemplo. Una de estas jóvenes, ex becaria de 20 años, con preparatoria terminada y enferma de hemorroides, dejó de estudiar y decidió trabajar para ayudar a su madre, quien padece una gastritis crónica desde hace 10 años. En el mismo hogar, otra ex becaria de 19 años con preparatoria terminada, reportó sufrir de fuertes dolores de cabeza desde niña, padecimiento que a lo largo de su carrera escolar, afectó su aprovechamiento.

Otros dos jóvenes hermanos de 25 y 21 años que habitan en un mismo hogar (ex becarios que cursaron hasta tercero de secundaria y sexto de primaria) desertaron de la escuela para trabajar, reconociendo que su estado de salud no era óptimo, ambos reportaron sufrir de dolores abdominales.

Se encontró, que los casos documentados de trayectorias escolares truncas por motivos de enfermedad entre jóvenes en edad escolar, tienden a concentrarse en hogares con condiciones generales de mala salud y francas limitaciones de acceso a la atención de sus eventos de enfermedad.

En esta microrregión, las opiniones con respecto al Programa son positivas, y coinciden con las de los hogares indígenas de las microrregiones ya reseñadas. Se resaltan los beneficios del acceso a campañas de inmunización y se documentó una buena disposición a participar en talleres y actividades comunitarias, pese a la percepción negativa sobre la calidad de los servicios locales de salud, sobre todo con motivo de la escasa profesionalización de los equipos médicos y por haber experimentado malos tratos.

Las prácticas preventivas y de saneamiento básico se ven muy limitadas por las condiciones de infraestructura de estas poblaciones, carentes de servicios como agua potable y dificultades económicas para la construcción de letrinas, con la consecuente exposición de excretas al aire libre, que en otras microrregiones son menos evidentes.

En síntesis, se observa que los beneficiarios choles de la microrregión de Tumbalá, refieren trayectorias de atención más cortas y con menos acceso a servicios de salud que resuelvan sus necesidades de atención, aunque comparativamente, dadas las pocas opciones de atención a la salud, se observa que acuden con mayor frecuencia

que los hogares indígenas de otras microrregiones a los servicios de primer nivel, aunque sus expectativas no sean siempre resueltas.

En general, los hogares beneficiarios choles, tienen francas dificultades de acceso a la atención médica. La limitada capacidad resolutiva de los servicios que ofrece la medicina pública en sus localidades, compromete el impacto del Programa Oportunidades, sin implicar diferencias en cuanto a las condiciones generales de salud y acceso a servicios de los hogares beneficiarios. Los eventos de enfermedad, aun tratándose de padecimientos menores, afectan definitivamente la calidad de vida de estos individuos.

Microrregión San Cristóbal de Las Casas

Entre los hogares beneficiarios tzotziles se documentaron 13 trayectorias de atención de las cuales únicamente cuatro acudieron a los centros locales de salud con otro motivo diferente al cumplimiento de corresponsabilidades. De acuerdo con los entrevistados, en el centro de salud "sí los atienden pero no hay medicamentos". El abasto de fármacos en esta microrregión es tan precario, que cuando hay medicamentos, los encargados de los centros de salud, lo notifican a la comunidad.

Los nueve casos restantes se comportaron del siguiente modo. Dos acudieron a un médico particular y tres directamente al segundo nivel, con motivo de emergencia, por dolor agudo, fractura ósea y un accidente. Cuatro más resolvieron sus eventos de enfermedad a través de la autoatención, tres acudieron a los servicios de Farmacias Similares y uno con un curandero, mientras que dos reportaron síntomas crónicos de dolor que no fueron atendidos. En general, los casos que acuden a servicios particulares, ven resueltos parcialmente sus eventos de enfermedad, que reaparecen cuando no pueden seguir costeando los gastos de la atención privada.

Uno de los 13 casos, da cuenta del impacto desfavorable en las trayectorias educativas de jóvenes en edad escolar, en un mismo hogar con desventajas económicas por motivos de salud. El jefe de familia de este hogar, que fuera peón de albañilería, sufrió un accidente laboral que lo dejó postrado en una silla de ruedas en 1992. A partir del accidente, sus hijos renunciaron a sus estudios para trabajar fuera de casa. La responsabilidad sobre el cuidado del jefe de familia tuvo consecuencias emocionales para la más joven de sus hijas, a quien de acuerdo a sus hermanas no le gusta salir ni trabajar fuera y tiene como prioridad asistir a su padre.

En suma, se puede afirmar que las pautas de atención se repiten sin muchas variantes en los hogares tzotziles. Ante la baja capacidad resolutiva de los servicios de primer nivel, las familias acuden generalmente a ellos por el cumplimiento de corresponsabilidades, acceso a analgésicos, desparasitantes y sueros; los itinerarios de atención médica son cortos y acotados a los servicios disponibles en la zona (generalmente de primer nivel y ubicados en otras comunidades ajenas a donde viven los hogares de estudio, así como consultorios privados). Como en las otras microrregiones chiapanecas, existen dificultades de acceso para recibir atención de especialistas y tratamientos médicos truncados por motivos económicos.

CHIHUAHUA

Microrregión Samachique

La presencia de un hospital de segundo nivel de afiliación religiosa (Misión Tarahumara) en esta microrregión, ha tenido un impacto positivo, muy evidente en comparación a otras microrregiones, en cuanto a la calidad de la atención y acceso a salud de los hogares indígenas que ahí residen. Se reconstruyeron trece trayectorias de atención, de las cuales, solamente se documentó un caso que recibió atención en la clínica local (UMR-IMSS-*Oportunidades*) después de un diagnóstico de hipertensión notificado durante una consulta familiar, aunque los miembros del mismo hogar refirieron que para otros padecimientos menores como dolores, episodios diarreicos e infecciones respiratorias no complicadas buscaron la atención del Hospital Misión Tarahumara.

Las pautas de atención de las familias beneficiaras rarámuri son muy homogéneas. En todos los casos documentados se acudió directamente al Hospital Misión Tarahumara, por gripas y resfriados comunes, dolores, infecciones dérmicas, entre otros (ganglios, tifoidea, soplo en el corazón y problemas renales). La calidad en la atención del hospital referido se ve reflejada no sólo en los costos más bajos de la misma, sino en la capacidad resolutiva, que acorta los itinerarios terapéuticos, evitando éxodos en la búsqueda de mejores servicios de salud. Del total de trayectorias documentadas, en ninguna se expresó haber salido de la microrregión. Unicamente dos casos refirieron haber empleado remedios tradicionales, de los cuales solamente uno no tuvo atención médica en un escenario organizado y el otro desistió de la aplicación de dicho remedio, cuando un episodio de diarrea pareció complicarse acudiendo a tiempo al hospital.

En suma, las condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud (debido a la presencia de la institución médica religiosa) son favorables para los hogares beneficiarios rarámuris, comparativamente con las familias indígenas de otras microrregiones, aunque su presencia no ha significado el rompimiento de la brecha étnica en tanto a las condiciones generales de salud de estas familias, principalmente por la infraestructura precaria de servicios como acceso a agua potable, ni ha transformado significativamente la epidemiología rarámuri (por ejemplo, la alta incidencia de tuberculosis, desnutrición e infecciones dérmicas). Los centros locales de salud públicos son exclusivamente utilizados para el cumplimiento de corresponsabilidades. Por lo mismo, es difícil precisar el impacto de *Oportunidades* en términos de las condiciones generales de salud de las familias indígenas beneficiarias aunque se observa una mayor reticencia y una cierta indiferencia de los beneficiarios rarámuris a participar en las corresponsabilidades de salud, que no fue tan evidente, en las microrregiones del sur (Oaxaca y Chiapas).

Microrregión Norogachi

Las trayectorias de atención documentas en esta microrregión se reducen a tres casos, pero en general observamos que, se presentan las mismas pautas de atención que en la microrregión Samachique, debido a la presencia de otra institución médica religiosa (Clínica San Carlos). También son similares las actitudes con respecto al cumplimiento de corresponsabilidades y a la utilización de servicios de primer nivel únicamente para el cumplimiento de éstas.

Microrregión Yepachi-Maycoba

En total, se documentaron siete itinerarios, cinco de ellos relativos a padecimientos menores (resfriados y dolores), que en general fueron resueltos a través de la autoatención. Unicamente un caso refirió acudir a un médico particular (dolores lumbares por malformación en la espalda), suspendiendo el tratamiento por motivos económicos (el protocolo medicamentoso comprendía tres meses, e implicaba un costo de 100 salarios mínimos). La motivación de buscar atención con servicios particulares respondía a una negativa apreciación sobre las capacidades resolutivas de los centros de salud locales.

Pese a las percepciones de ineficacias y falta de confianza sobre los servicios locales de salud, que se manifestaron de forma general, en las trayectorias de atención documentadas entre los hogares pimas, se registró al menos un itinerario que refirió recibir atención en el centro local de salud, relativo a un caso de hipertensión, diagnosticado durante una consulta familiar de *Oportunidades* (con acceso, aunque un tanto irregular, a medicamentos y citas de control). A excepción de este caso, se documentó que la asistencia a los centros locales de salud únicamente tenía como objetivo el cumplimiento de las corresponsabilidades (auque se reportó un caso que fue canalizado a través del primer nivel a consulta especializada). Otra excepción es el caso de Maycoba, donde los beneficiarios acuden para solicitar por encargo la compra de medicamentos en los nodos urbanos a los que las encargadas de salud tienen acceso.

Fueron dos las trayectorias de atención que documentaron la necesidad de consulta especializada en segundo nivel y que son útiles para describir las posibilidades de los hogares pimas de resolver sus necesidades de salud en vista de padecimientos de mayor gravedad.

Uno de los casos, fue relativo a una deformación ósea en el pie, siendo la paciente una niña. En primera instancia acudieron al centro de salud de Yepachi, y el médico la refirió a urgencias con el ortopedista al Segundo Nivel del hospital Infantil de Chihuahua. Fue un diputado que visitó Yepáchi en campaña quién le facilitó las consultas en Chihuahua y la mitad de los costos de transporte. En suma se invirtieron 80 salarios mínimos, de los cuales la mitad fue asumida por el hogar. Utilizaron también como recurso emergente 1 000 pesos del último pago de *Oportunidades*. Después de acudir con el ortopedista, éste le informó a la familia que la niña requeriría una operación pero estando más grande; de entonces al presente etnográfico no había pasado el tiempo suficiente para que la operación se efectuara. De acuerdo a lo observado en este caso, las redes sociales de estos beneficiarios tuvieron un impacto muy positivo en la resolución del caso, al menos en cuanto a la orientación de atención con eficacia resolutiva y gestión de recursos para el pago de transporte y consultas.

El otro caso es relativo al acceso a atención ginecológica de una mujer que después de tomarse la prueba del Pap, la refirieron al IMSS-Hospital Solidaridad de San Juanito para efectuarse estudios clínicos. Los resultados nunca llegaron, de modo que la paciente se movilizó en la búsqueda de otros recursos para conocer su diagnóstico con certeza, pero tuvo que suspender dicha estrategia por motivos económicos. En esta trayectoria, la venta de activos, como animales de corral, fue imprescindible para enfrentar el proceso de atención.

Se documentó que los hogares pimas beneficiarios tienen una buena disposición al cumplimiento de corresponsabilidades, y una opinión favorable sobre el acceso a campañas de vacunación a partir de la llegada del Programa, aunque una mala apreciación de la calidad de los servicios locales de salud y por ende una baja expectativa de los mismos.

En suma podemos decir que las pautas de atención implican en general la autoatención, el éxodo en búsqueda de eficacia resolutiva con motivo de atención especializada y estudios clínicos, así como una baja capacidad resolutiva de los servicios locales de salud, principalmente por falta de medicamentos. Aunque los casos de atención en servicios particulares son insuficientes para arribar a conclusiones, podemos inferir desenlaces semejantes a los reportados en otras microregiones, que implican la suspensión de las trayectorias de atención por motivos económicos.

Como una situación extensiva al menos a las microrregiones de Oaxaca y Chihuahua, las consultas familiares de *Oportunidades* son de gran utilidad en la detección de pacientes hipertensos (aunque el acceso a medicamentos varía, así como el control de los mismos). Las visitas regulares de los beneficiarios pimas a los centros de salud -aun teniendo poca eficacia resolutiva- les permiten establecer relaciones con los prestadores de servicios médicos, que indirectamente les facilitan el acceso a medicamentos, aunque paguen por los mismos (ver caso Maycoba y la compra de medicamentos a través de enfermeras).

SONORA

Microrregión yaqui

Observaciones generales. La mayoría de los hogares son beneficiarios del Seguro Popular. Se documentaron 16 casos de indígenas beneficiarios, ninguna trayectoria de indígenas no beneficiarios, nueve de indígenas no beneficiarios y tres de no indígenas no beneficiarios. Siendo en total 28 trayectorias de atención reconstruidas.

Estos hogares, acuden a la clínica únicamente cuando consideran que son padecimientos sin importancia (afecciones respiratorias y gástricas, erupciones en la piel), aunque para enfermedades mayores acuden al Seguro Social en Ciudad Obregón o en Pótam. En la muestra estudiada se reportan cuatro casos de diabetes e igual número de casos de hipertensión, así como un caso de tuberculosis que fue atendido en instalaciones del Seguro Social.

Los hogares yaquis asisten por lo general al Seguro Social o al hospital general de Hermosillo de la SSA. Comúnmente ante un padecimiento que ellos consideran grave, o cuya causa desconocen, acuden directamente al centro de salud de Pótam (SSA) o algún otro del IMSS o ISSSTE, como pueden ser el Semeson de Guaymas, el Seguro Social de Ciudad Obregón o el de Vícam. De acuerdo con ellos, se sienten mejor atendidos en estos lugares.

La curandería es una práctica común. Un factor que influye en los casos estudiados para la búsqueda de atención de curandero es el de los gastos inherentes a la atención médica. Al menos en esta microrregión resulta más barata la atención con médicos tradicionales.

La mayoría de los casos reportaron llevar a los niños pequeños al centro de salud de Pótam, aunque también es práctica frecuente llevarlos con curanderos para tratar el empacho y sobarles la mollera.

En suma, la amplia oferta de servicios a proximidad, aunada a la amplia cobertura del Seguro Popular, incrementa las posibilidades de los hogares de encontrar servicios donde les aseguren un diagnóstico, dotación de medicamentos y análisis. La mayoría de las familias tiene parientes y amigos en las localidades aledañas que cuentan también con servicios de salud, estas redes significan un apoyo en caso de ser necesario el internarse.

Microrregión mayo

La existencia de fuentes de trabajo en el estado, principalmente maquiladoras, permite que los hijos de los hogares estudiados puedan aspirar a la cobertura del Seguro Social con la posibilidad de incorporar a sus padres.

Ante padecimientos tales como males respiratorios, tanto indígenas como no indígenas recurren en primera instancia a remedios caseros. Cabe destacar que el 50% de la muestra de esta microrregión reportó padecer de las vías respiratorias, cuya causa descansa probablemente en factores medioambientales (exceso de partículas suspendidas o polvo en el aire). Si estos males se agravan acuden a la clínica de Salud de la Bocana. Para padecimientos más serios, en caso de ser beneficiarios del IMSS acuden al Seguro Social de Etchojoa.

Indígenas beneficiarios. Acuden al centro de salud de la Bocana ante los males que consideran comunes como afecciones respiratorias. Si estos síntomas se complican, recurren a la medicina popular, y si no encuentran remedio al médico particular. Con respecto a la búsqueda de atención de médico particular, ésta fue empleada ante el advenimiento de un padecimiento más grave, en la ocurrencia de un derrame ocular.

Se observa que el caso de diabetes encontrado no se atiende ante ninguna instancia, es la familia quien se preocupa por su calidad de alimentación.

Microrregión guarijía

Como en las otras microrregiones sonorenses, la vulnerabilidad se ve reducida más por el estatus de beneficiario del Seguro Social que por el hecho de ser beneficiario de *Oportunidades*. También juega un papel importante en esta reducción de la vulnerabilidad el ser beneficiario del Seguro Popular.

CONCLUSIONES SOBRE PAUTAS DE ATENCIÓN DE HOGARES INDÍGENAS BENEFICIARIOS

Corroboramos la hipótesis de que, los grupos indígenas presentan las condiciones más desfavorables de acceso a los servicios de salud y atención apropiada en casos de enfermedad a causa del rezago en que se encuentran, observando que a mayor densidad de población indígena, mayores son las carencias de los centros de salud del Estado. Estas condiciones determinan la capacidad resolutiva de los centros médicos locales y afectan la percepción y relación de los hogares indígenas sobre los mismos, determinando las pautas de atención a la salud, volviéndolas en general más costosas. Las pautas de atención concluyen, las más de las veces, antes de resolver los eventos de enfermedad con consecuencias sociales profundas en las estructuras domésticas. En aquellos hogares en donde los procesos de salud-enfermedad, lejos de resolverse, son parte de la vida cotidiana (caso Chiapas) las capacidades productivas se ven mermadas y se minan también las oportunidades reales de los miembros del hogar en edad escolar para continuar con sus trayectorias escolares.

Por otro lado, existen contrastes significativos entre distintos grupos indígenas con respecto a sus condiciones de acceso a la salud, determinadas por otras instancias ajenas al Estado y que han tenido, en el caso de Chihuahua, un impacto muy positivo en términos de solventar sus necesidades más inmediatas de salud y de acotar las pautas de atención y los costos de la misma.

Se observa que las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud, en aquellos aspectos en que los centros de salud tienen mayor capacidad resolutiva, por ejemplo, en la detección de pacientes hipertensos y su control (a excepción de la microrregiones chiapanecas y de Yepachi-Maycoba), propician no sólo la demanda de servicios en primer nivel, sino la concurrencia de los hogares indígenas para recibir atención regular para dichos padecimientos. La presencia del Programa ha logrado generar impactos muy positivos y específicos en cuanto al acceso de las familias indígenas a campañas de vacunación. A través del fomento de prácticas de saneamiento básico en las comunidades se han visto también cambios, relativos, principalmente a la construcción de letrinas en las viviendas indígenas, con gradientes significativos de acuerdo al grado de marginación y pobreza en que viven dichos hogares. Los más considerables son los observados en las microrregiones estudiadas en Oaxaca y Sonora.

En suma, el componente de salud, tiene un impacto relativo en hogares indígenas debido a las condiciones históricas de su relación con los servicios de salud del Estado y a la política pública y social en general, aspectos que escapan a la ingerencia del Programa.

Sin embargo, pese a estos obstáculos determinados histórica y políticamente que se manifiestan en la poca capacidad resolutiva, el Programa ha incrementado la demanda y acceso de servicios por parte de hogares indígenas en general a partir de las corresponsabilidades. También se puede afirmar que los pocos pero contundentes aspectos resolutivos documentados (campañas de vacunación y acceso a tratamiento de hipertensos) pueden a largo plazo cambiar la percepción de las familias indígenas sobre los servicios públicos de salud.

En general, y a pesar de estas condiciones desfavorables, los hogares indígenas –principalmente del sur donde fueron reportadas las más profundas desavenencias de acceso a la salud– consideran que *Oportunidades* ha significado un cambio positivo para sus hogares y comunidades, debido en primer lugar a las transferencias monetarias que suelen utilizarse como recurso emergente ante necesidades de salud, más comúnmente entre familias indígenas. Por otro lado, pese a las condiciones de la infraestructura local de servicios de agua y manejo de basura, también se documentaron mejores hábitos de saneamiento básico en los hogares formados por hijas de titulares), indígenas o no indígenas que tienen un acceso relativo a servicios de salud y habitan en contextos rurales menos marginales (cabeceras municipales y comunidades cercanas a nodos urbanos o localizadas sobre carreteras o ubicadas cerca de centros de salud).

PAUTAS DE ATENCIÓN EN LAS MICRORREGIONES DE ESTUDIO EN HOGARES INDÍGENAS NO BENEFICIARIOS

Dadas las características de las trayectorias de atención documentadas (sucintas y menos numerosas) el análisis que presentamos sobre los hogares indígenas ha sido estructurado de manera diferente. En total se documentaron 75 trayectorias de atención en hogares indígenas no beneficiarios, distribuidas del siguiente modo: 40 trayectorias de atención en Oaxaca, tres en Chiapas, 19 en Chihuahua y 13 en Sonora. Los principales resultados nos permiten caracterizar sus pautas generales de atención, una vez observadas las similitudes de las mismas, aun en contextos distintos, que configuran excepciones que se resaltan a continuación:

A excepción de Norogachi y Samachique en Chihuahua, donde las instituciones médicas religiosas juegan un papel fundamental en la atención de la población indígena independientemente de su adscripción al Programa, observamos pocas diferencias con los hogares rarámuri beneficiarios, siendo la única significativa un uso más decantado por la autoatención. Fuera de estas diferencias, observamos en las otras microrregiones pautas de atención muy semejantes a las referidas por los beneficiarios indígenas que no vivían a proximidad de los centros de salud.

En general, las familias indígenas no beneficiarias visitan con menos frecuencia los centros locales de salud. De un total de 75 trayectorias de atención, únicamente tres refirieron acudir a un centro local de salud. Uno de esos casos fue documentado en la microrregión de San Cristóbal de Las Casas, y fue referido por una mujer que acudió de emergencia a la unidad local más cercana, siendo canalizada a un hospital de la región para recibir atención ginecológica debido a intensos dolores en la matriz. Estuvo seis meses en tratamiento; durante el primer mes, el hospital proveyó los medicamentos, y aunque los siguientes tuvo que comprarlos, tuvo una buena percepción de la atención recibida, gracias al acceso, aun fuera parcial, a medicinas. Refiere que a la clínica local (Saltillo) ha ido un par de veces pero todas antes de que la comunidad de Chacalá tuviera *Oportunidades*, de acuerdo con ella, ha dejado de asistir "porque hay demasiada gente por las revisiones de *Oportunidades* y reciben sólo a las que tienen cita por fecha", así que "no me dan ganas de ir porque siempre está lleno".

Otros dos casos más fueron documentados, uno en la microrregión mazateca de Oaxaca y otro en Yepachi. El primero fue referido por una mujer que se detectó una protuberancia evidente en el seno y acudió al centro local de salud para saber de qué se trataba; los médicos del centro la enviaron al hospital más cercano de segundo nivel ubicado en Huautla de Jiménez, donde el servicio no tendría costo alguno, pero la joven prefirió atenderse en la ciudad de México, dado que su percepción sobre la capacidad resolutiva de dicho hospital era negativa y consideraba más "fácil" acudir a la ciudad, echando mano de las redes familiares con las que contaba. El caso Yepachi, fue el único que sí obtuvo diagnóstico y tratamiento en la clínica local, y vale resaltar que el no beneficiario acudió a ésta, motivado por un familiar que trabajaba en ciertas actividades comunitarias de la localidad.

El uso muy limitado de los centros locales de salud por parte de los indígenas no beneficiarios, explica la mayor tendencia al empleo de la autoatención en eventos de enfermedad considerados menores (dolores crónicos, diarreas e infecciones agudas sin complicación, accidentes domésticos) y a una práctica generalizada de sanación a través de la medicina tradicional. Sin duda, la atención de nosologías biomédicas (cómo diabetes, dermatitis y gastritis) a través de la medicina tradicional, influye en la atención tardía de dichos padecimientos y en su condición de gravedad, que se expresan, por ejemplo en 22% de casos que reportaron atención de emergencia debido a crisis diabéticas, principalmente en las entidades del sur (Oaxaca y Chiapas), que en principio se ignoraron los síntomas y se intentaron disminuir con remedios tradicionales.

Aunque se reportan similitudes en cuanto a los perfiles epidemiológicos de los hogares indígenas beneficiarios, se documentaron diferencias significativas en cuanto al estado general de la salud infantil. Se registraron mayores necesidades de atención en los hijos de familias no beneficiarias, situación que se presenta en menor medida entre los hogares beneficiarios debido a que la concurrencia frecuente de los miembros de estos hogares a los centros de salud permite a los equipos médicos identificar tempranamente condiciones de enfermedad, antes de presentarse complicaciones severas. Esta condición se expresa en 50% de casos relativos a episodios de enfermedad infantil que fueron tratados oportunamente en hogares indígenas beneficiarios, frente a 85% de casos reportados (de episodios de enfermedad infantil) atendidos bajo condiciones de emergencia y complicación entre los hogares indígenas no beneficiarios.

Cuando acuden al médico lo hacen en estado de gravedad y generalmente en consultorios o clínicas particulares, por lo que sus trayectorias de atención son, en general, más largas y costosas, y con menos posibilidades resolutivas, por lo que tienden a concluir antes de resolver el evento de enfermedad por motivos principalmente económicos, dados los costos de la medicina privada. El estado deteriorado de salud les exige una mayor necesidad de estudios clínicos, medicamentos y consultas. Se observa que, mientras los hogares indígenas beneficiarios incrementan los costos de atención principalmente ante la necesidad de un especialista, entre hogares indígenas no beneficiarios estos costos suelen ser altos aun en la atención de males menores, como padecimientos infecto contagiosos.

En general, hay menos recurrencia a los centros de salud locales para solicitar medicamentos que identifican en existencia los beneficiarios, como analgésicos, desparasitantes y fármacos para hipertensos y diabéticos (a excepción de las microrregiones chiapanecas y los hogares guarijíos), con una pauta muy regular de comprar los medicamentos directamente en farmacias, inclusive analgésicos.

Salvo las excepciones mencionadas, las pautas de atención de los indígenas no beneficiarios no distan mucho de los indígenas beneficiarios que no viven a proximidad de los centros de salud, pero si es evidente que su participación comunitaria y el acceso a campañas de salud, son en el primer caso nulas, mientras que entre beneficiarios indígenas son al menos regulares. Las familias indígenas no beneficiarias consideran que las acciones de salud comunitaria son propias de los beneficiarios del Programa. En 21 trayectorias de atención de las 75 documentadas, los hogares indígenas no beneficiarios refirieron no ser atendidos ante el privilegio de atención de beneficiarios de *Oportunidades*. Cerca de 87% de las opiniones registradas en los itinerarios, expresó que no acuden a los centros de salud, ni participan en campañas de salud, debido a que no son beneficiarios. Además de tener la apreciación de que no serán atendidos, se perciben en general con mayores desventajas antes los beneficiarios. Unas jóvenes chiapanecas de la microrregión de San Cristóbal de Las Casas lo exponen así: "nos sentimos sanas pero no sabemos si nos pueden detectar algo".

En suma, se puede decir que los hogares indígenas no beneficiarios se decantan por la atención particular en combinación con la medicina tradicional (que también se documentó como costosa). Sus trayectorias de atención también revelan que acuden al médico cuando su estado de salud está muy deteriorado (las crisis diabéticas son comunes) con consecuencias económicas más graves y poca resolución de sus padecimientos. El hallazgo más concluyente es relativo a la apreciación de que la salud es un beneficio al que no tienen acceso, dado que no son familias con apoyo del Programa.

PAUTAS DE ATENCIÓN EN LAS MICRORREGIONES DE ESTUDIO EN HOGARES NO INDÍGENAS BENEFICIARIOS

De las 101 trayectorias de atención documentadas entre hogares no indígenas beneficiarios de *Oportunidades*, 20 fueron recabadas en Oaxaca, 22 en Chiapas, 34 en Chihuahua y 25 en Sonora.

OAXACA

Microrregión mazateca

El criterio para la selección de los hogares no indígenas beneficiarios, estudiados en esta microrregión, se orientó por la búsqueda de familias en donde, la madre fuera mestiza y el padre indígena, dado que la población de estas localidades era mayoritariamente indígena. En total, se registraron 13 itinerarios de atención, de los cuales sólo uno acudió al primer nivel para atender una infección dérmica, que pese a ser diagnosticada y expedirse una receta, no tuvo acceso a medicamentos, por lo que el tratamiento se suspendió al cabo de unos meses por no poder costear las fármacos recetados.

De acuerdo a los casos reportados, se observa que las consultas familiares en esta microrregión son una oportunidad para la identificación de padecimientos, que son diagnosticados y para los cuales generalmente se expide tratamiento, aunque la mayor parte de las veces los hogares no tengan acceso a medicamentos. Sin embargo, cuando los eventos de enfermedad no coinciden con las citas, los beneficiarios generalmente no acuden a los centros locales de salud en la búsqueda de atención y prefieren asistir a clínicas y consultorios particulares en otras localidades (Ciudad de México y Huautla), sobre todo en casos de padecimientos considerados graves porque existe la percepción general, "nunca hay medicinas" o "los médicos no saben". El modelo real de atención de estos hogares, en cuanto a padecimientos comunes como resfriados, diarreas o dolores, combina la autoatención con medicamentos que obtuvieron de los centros de salud en algún evento pasado de enfermedad (generalmente Ambroxol* y analgésico) y remedios tradicionales.

Microrregión mixe

En esta microrregión se documentaron únicamente tres casos, de los cuales recurrieron a la autoatención, pero uno de ellos, relativo a la atención del dengue en una familia es emblemático. Este hogar refirió que gracias a las pláticas del Programa y al trabajo de las promotoras de salud, supieron identificar tempranamente los síntomas del dengue y tratarlo, acudiendo a la casa de salud por analgésicos, en combinación con un remedio doméstico a base de hierbas locales. De acuerdo con su experiencia, esto les ayudó a "curarse solos" sin necesidad de acudir al doctor.

Microrregión Costa

En la microrregión Costa se documentaron cuatro trayectorias de atención en un mismo hogar, dos de los casos requirieron de atención especializada (los otros dos referían a dolores e infecciones que fueron resueltas mediante autoatención), por quistes en los ovarios y ojos. El primero fue resuelto acudiendo directamente a un hospital de la región, y el segundo en un hospital de Acapulco. Aunque en la primera trayectoria no se especifican gastos de atención, la segunda tuvo gastos menores (comparados con los costos de atención en segundo nivel que se registran para hogares indígenas beneficiarios), debido al apoyo de redes familiares en el destino de atención. En los dos casos, se observó una mayor habilidad para acceder a redes de información pertinente (prestadores de servicios y actores relevantes de la comunidad) y que fueron de gran ayuda para encontrar servicios con capacidad resolutiva.

De acuerdo a la experiencia del hogar y su percepción, la mayor debilidad de los servicios de salud de primer nivel es la falta de medicamentos, motivo por el cual prefieren no acudir a estos centros y se limitan a asistir exclusivamente para el cumplimiento de corresponsabilidades. Sin embargo, suelen aprovechar la relación con los prestadores de servicios para obtener información sobre cómo resolver sus necesidades de atención o acceder a algún tipo informal de consejería.

En suma, en los hogares mestizos beneficiarios de las microrregiones oaxaqueñas, se documentaron mejores habilidades para el acceso a información sobre servicios con capacidad resolutiva, además de un mejor funcionamiento de las consultas familiares en la identificación temprana de padecimientos. También se observó la incorporación de pautas de autocuidado, como acudir con el dentista, conocer el manejo de un episodio de dengue, o asistir regularmente a citas de control de pacientes hipertensos y diabéticos. No obstante la percepción con respecto a la ineficiencia del Programa no dista mucho de la reportada por otro tipo de hogares, misma que incide en las pautas de atención que se siguen cuando el evento de enfermedad no coincide con las citas familiares y, aun en los casos de males menores, prefieren ir a clínicas o consultorios particulares generalmente debido a este tipo de percepciones. De modo que, pese a la documentación de mejores habilidades de autocuidado y prevención, los hogares siguen sin acudir directamente a los servicios locales en caso de enfermedad. Sin embargo, dado lo anterior, se observa que en comparación con los hogares indígenas beneficiarios los costos en la atención no son tan elevados y sus trayectorias un poco más cortas y resolutivas, principalmente entre aquellas familias que no viven en condiciones de marginalidad geográfica.

Finalmente y de acuerdo con los padecimientos reportados, concluimos que sus condiciones generales de salud, no son tan comprometedoras como las notificadas por hogares indígenas beneficiarios y no beneficiarios.

CHIAPAS‡

Microrregión Las Margaritas

Del total de trayectorias de atención documentadas, siete acudieron por atención a su centro local de salud, tres de ellas con motivo de consulta familiar del Programa. Durante las consultas familiares de *Oportunidades* se refirieron

* Clorhidrato de Ambrosoli, indicado en el tratamiento de tos con flemas.

‡ En la microrregión de Tumbalá no se documentaron trayectorias de atención de mestizos beneficiarios.

tres detecciones, un "herpes en la matriz" al entregar un resultado de Pap, un caso de diabetes y uno más de hipertensión. Ninguno de los tres casos detectados recibió atención médica o seguimiento en el centro local de salud.

La mujer a la que se le detectó "herpes en la matriz" decidió acudir al hospital de Las Margaritas (segundo nivel) para estar segura que estaba bien el diagnóstico que le dieron. Antes de ello intentó tres veces hacerse la prueba de Papanicolaou en el centro de salud de la localidad (El Encanto) pero en las tres ocasiones no se encontraba más que la enfermera auxiliar a quien considera poco capacitada para llevar a cabo su puesto. Ella refiere que esta situación significa mayor inversión en gastos de salud porque "cualquier cosa hay que irse a Las Margaritas". De acuerdo con la beneficiaria, la explicación que la enfermera les da respecto a sus prologadas y frecuentes ausencias es que "tiene que salir a arreglar papeles de *Oportunidades* y si no los arregla nos vamos a quedar sin los apoyos". Además del problema con la ausencia de la enfermera cuenta que hay muchos problemas con el manejo de asistencias para recibir los apoyos de *Oportunidades*, "no es clara ni comprensiva con nosotras" y al pedirle un ejemplo cuenta que en una ocasión faltó a un taller de salud porque estaba enferma y no pudo avisar y que la enfermera le dijo que "no es mi problema, si usted cumple le pongo asistencia, si no cumple le pongo falta". Cuenta María que lo dijo en tono amable y que eso le dio más coraje porque "así no se le puede pelear". Otra situación fue que a varias mujeres de la comunidad les dijo que había llegado una lista donde estaban sus nombres y que ahora tendrían "como obligación de *Oportunidades*" acudir a las clases de secundaria del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) en la comunidad. Fue hasta que una de las mujeres investigó en Comitán que supieron que no formaba parte de las corresponsabilidades del programa. "Nos dice muchas mentiras y pues ya no le creemos". Entre sus obligaciones reconoce asistir a la clínica a hacerse las revisiones, y asistir a "las pláticas cada tres meses, la siguiente es el 6 de junio". Le informaron que el Papanicolaou contó como asistencia a la plática y como ella se realizó el examen en Las Margaritas tiene que llevar los resultados para que no le pongan falta. Considera que durante los años que ha recibido *Oportunidades* ha sido un gran apoyo en la educación de sus hijas y es fundamental para la salud de su familia "si no tuviéramos la cita de sanos no nos hubiéramos dado cuenta de la diabetes de mi marido, y no nos hubieran ayudado a conseguirle un psicólogo a mi hijita".

Por su parte, el paciente diabético expresó que aunque le fue programada una cita de control, a la que tendrá que acudir mes con mes, esto representa un inconveniente, dado que el médico solamente acude un día a la semana y "hay mucha cola". El acceso limitado a los medicamentos y el cambio en la dieta a recomendación del doctor, han incrementado los gastos en salud de la familia y no saben hasta cuándo podrán costear la atención de este paciente (jefe del hogar).

Del resto de las trayectorias de atención documentadas, únicamente dos itinerarios resolvieron sus necesidades de atención en el primer nivel, relativas a EDA e IRA, y con acceso a medicamentos, y las otras cinco reportaron padecimientos menores sin complicaciones que generalmente tratan a través de la autoatención con fármacos que compran en las farmacias de cabeceras municipales.

En suma, aunque sólo se explicitan algunos ejemplos, las opiniones de los beneficiarios mestizos con respecto al Programa, documentadas en las trayectorias de atención, dejan ver que estos hogares son más críticos en cuanto a la atención que reciben de los centros locales de salud. Ellos argumentan que es importante conocer sus condiciones de salud pero que necesitan tener acceso a medicamentos y citas de control, además de contar con la presencia de personal calificado para la atención de su salud. Estas percepciones son útiles para ilustrar que, en general, los beneficiarios mestizos tienen más habilidades para exigir atención de calidad y conocen mejor sus corresponsabilidades. También se observa que tienen una buena disposición al cumplimiento de las mismas. Aunque prima una percepción general de que el Programa les ha sido de gran ayuda, su posición es clara en cuanto a identificar las limitaciones de la atención en las clínicas locales.

Microrregión San Cristóbal de las Casas

En esta microrregión, las opiniones y pautas de atención no son muy diferentes a las de sus homólogos en Las Margaritas aunque aquí, de las 12 trayectorias de atención documentadas, la mitad refirió que (aun en cuatro casos en que tuvieron acceso a medicamentos), los fármacos obtenidos a través de las clínicas rurales no les habían servido y al menos 80% no estaba de acuerdo con su diagnóstico. En general, se observa una mayor expectativa en cuanto a los

servicios locales de salud que es evidente en las críticas que vierten sobre los mismos y en las pautas de atención que reportan una visita más asidua a los centros de salud y no únicamente para el cumplimiento de corresponsabilidades. Tanto en Las Margaritas como en San Cristóbal de Las Casas los mestizos beneficiarios reportaron visitar con mayor frecuencia la unidades locales de salud, en comparación con hogares (independientemente de su adscripción étnica y estatus en el Programa) de otras microrregiones.

CHIHUAHUA

Microrregiones Samachique y Norogachi

La presencia de los hospitales religiosos en las microrregiones Samachique y Norogachi, hace difícil evaluar el impacto del Programa en términos de acceso a la salud, pero sí se pueden detallar algunas generalidades en cuanto a sus pautas de atención y condiciones generales de salud.

A partir del análisis de las 16 trayectorias de atención documentadas, en hogares mestizos de Samachique y siete reconstruidas en Norogachi, se observa una mayor tendencia a reportar diagnósticos más acabados, itinerarios menos costosos, con un mejor acceso a atención de especialistas y a estudios clínicos. Se documentó un empleo menos frecuente de prácticas de autoatención en comparación con los hogares mestizos no beneficiarios de esta microrregión y las familias indígenas estudiadas. Los casos reportados de autoatención son exclusivos de madres de familia que emplean remedios domésticos para atenderse a ellas mismas.

En general, dada la presencia del Hospital Misión Tarahumara, en Samachique y Clínica San Carlos en Norogachi (además de otras opciones de atención a la salud que implican redes de servicios más amplias y de mejor calidad, entre ellas la Clínica Santa Teresita en Creel) las condiciones de salud de estas familias son mejores y el número de padecimientos que no tienen atención médica son menos frecuentes, así como los costos de la atención a la salud (sobre todo para los ejidatarios, buena parte de ellos beneficiarios mestizos). Aunque los gastos en salud sí fueron ligeramente más altos en hogares mestizos beneficiarios de Norogachi.

Aunque los traslados en búsqueda de atención se reportaron (cuatro de 16 trayectorias) estos no significaron inversiones tan costosas como en los hogares beneficiarios de otras microrregiones. La presencia de instituciones médicas que ofrecen servicios de mejor calidad y el uso de los centros locales de salud conduce a un menor costo o a que éste sea menos significativo que el documentado entre hogares beneficiarios y mestizos de las microrregiones chiapanecas. La diferencia estriba en que estas deficiencias no tienen un impacto en las economías y pautas de atención (éxodos en búsqueda de eficacia resolutiva) reportadas en otras microrregiones (como el caso Chiapas y Oaxaca). Los centros de salud son en general visitados para el cumplimiento de corresponsabilidades aunque se registró una mayor frecuencia de solicitud de medicamentos entre hogares mestizos de Norogachi que en Samachique, debido a que la Clínica San Carlos comienza a negar la atención a beneficiarios mestizos de *Oportunidades*. En cuanto a sus opiniones y percepciones sobre el Programa los datos recabados no nos permiten llegar a conclusiones precisas, pero sí observamos que los hogares beneficiarios mestizos tienen una mejor disposición a participar en campañas de salud (vacunación) que los hogares beneficiarios indígenas. En general, estos hogares tienen mejores habilidades para el autocuidado y más amplios conocimientos sobre el manejo adecuado de episodios de diarreas y deshidratación, aunque estas habilidades son menores en cuanto al manejo de las infecciones respiratorias. El perfil de los padecimientos reportados por los hogares mestizos es significativamente diferente al de los indígenas beneficiarios y no beneficiarios de estas microrregiones. Por ejemplo, en ninguno de los casos de hogares mestizos se reportó tuberculosis ni desnutrición, enfermedades que sí están presenten en las familias indígenas.

Microrregión Yepachi-Maycoba

Las trayectorias terapéuticas reportadas en esta microrregión fueron 11, de las cuales tres casos acudieron a la clínica local en búsqueda de atención por padecimientos reportados como bronquitis, "colesterol", mareos (hipertensión). Todos recibieron atención médica y acceso a medicamentos.

Observamos que hay una mejor disposición a acudir al centro local de salud entre mestizos beneficiarios en esta mirorregión, principalmente de la comunidad de Yepachi, ya que en Maycoba se documentó que se cobran cuotas mensuales a los beneficiarios, aunque no asistan a consulta, con el propósito de pagar los gastos de alimentación y hospedaje de los equipos médicos, por lo que los habitantes de esta localidad prefieren, en caso de necesitar atención médica, recurrir a consultorios privados.

Los padecimiento de gravedad o urgencia suelen tratarse acudiendo directamente a hospitales en nodos urbanos, como Hermosillo, con una frecuencia mayor que entre hogares beneficiarios indígenas quienes desisten ante las dificultades y costos de traslado. En general, la atención con especialistas es costosa debido a las distancias que los separan de los hospitales de segundo nivel y a que en estas localidades generalmente no tienen familiares. Se percibe que los beneficiarios mestizos no sólo acuden con mayor frecuencia sino que su experiencia, lejos de desacreditar los centros de salud (en el que no siempre hay un abasto regular de medicamentos no abren las 24 horas del día y no cuentan con profesionales médicos), han logrado identificar aquellos eventos de enfermedad en los que sí se tiene una mejor capacidad resolutiva como la atención de IRA y EDA, hipertensión y diabetes, y aprovecharlos.

Entre estos hogares, los beneficiarios consideran que el impacto del Programa es mayor en términos de acceso a la educación que a la salud.

SONORA

Microrregión yaqui

No indígena: nueve casos. Los no indígenas beneficiarios acuden ante el caso de enfermedad al centro de salud en Vícam, Empalme o Guaymas, o bien al Seguro Social de Ciudad Obregón.

El único itinerario terapéutico reportado de Estación Oroz (no indígena beneficiaria) es el de un hogar que acudió en primera instancia a la casa de salud local. No obstante, el enfermo fue remitido al Hospital General de Obregón para análisis posteriores (erupción en la piel).

Microrregión mayo

El ser beneficiario del IMSS ha determinado en gran medida la atención que pueda otorgársele a algún padecimiento crónico. Uno de los casos es el de un paciente de glaucoma que está en condiciones de asegurarse la atención gracias a que su hijo, que tiene un empleo con dicha prestación, lo ha nombrado beneficiario de este servicio.

No obstante, dicha atención no siempre resulta informativa ni efectiva. En uno de los itinerarios se describieron síntomas que indicaban posiblemente un cuadro asmático (el informante, no indígena beneficiario, no sabe de qué se trata, no lo expresó en esos términos), acudieron al Seguro Social (la paciente era beneficiaria por su escuela), nunca fueron informados sobre cuál era el padecimiento, de su ocurrencia errática, y dado que los primeros estudios no determinaron nada no se dio continuidad al diagnóstico. Terminaron acudiendo al curandero.

Microrregión guarijía

Acuden en casi todos los casos a atención en el centro de salud de la localidad. No obstante, no todos encuentran solución a sus problemas de salud. En un caso, una paciente con erupción en la piel de los brazos, tuvo que sufrir de esta dolencia por un tiempo ya que en la clínica no le pudieron proporcionar el medicamento que necesitaba, y que costaba en el mercado, según dice la paciente, como 500 pesos. Al final le quedaron cicatrices. En otros casos, a pesar de la atención constante tanto en el centro de salud como en el hospital, la paciente no ha podido controlar su padecimiento crónico (várices con úlceras).

PAUTAS DE ATENCIÓN EN LAS MICRORREGIONES DE ESTUDIO EN HOGARES NO INDÍGENAS NO BENEFICIARIOS

En total se documentaron 40 trayectorias de atención de hogares mestizos no beneficiarios, de las cuales nueve se registraron en Oaxaca (todas en la microrregión Costa), cinco en Chiapas y 16 en Chihuahua.

En general, los hogares mestizos que no cuentan con adscripción al Programa, prefieren la medicina tradicional que los servicios de salud del Estado, refieren trayectorias de atención más cortas, usan con menos frecuencia los servicios de salud locales y muestran cierta renuencia a participar en campañas locales de salud, aunque su percepción general sobre los servicios médicos locales no es tan negativa como en el caso de los hogares indígenas.

De los 40 casos documentados, únicamente tres casos, de la microrregión Las Margaritas, en Chiapas, reportaron haber acudido a un centro local de salud en la búsqueda de atención. Uno de los casos llegó a la clínica rural como derechohabiente del Seguro Popular, donde se le notificó un diagnóstico como hipertenso y tratamiento. Uno más acudió para atender una migraña, resolviendo su necesidad de atención, y el último acudió con motivo de un accidente, notificando numerosas dificultades, no en términos de atención, sino debido a los costos de transporte y pago de medicamentos que no estaban disponibles en la clínica. Comúnmente emplean la autoatención, los remedios caseros y las resoluciones religiosas (particularmente en Chiapas) para enfrentar sus procesos de salud enfermedad. Generalmente acuden a consultorios o clínicas particulares, aunque con menos frecuencia (que puede deberse al número de trayectorias reportadas) que los hogares indígenas en general. Hay una propensión a acudir directamente a hospitales de segundo nivel (al menos la mitad de los casos reportados), con itinerarios médicos costosos, y únicamente en condiciones de gravedad. Como un dato excepcional, de los nueve casos reportados en la microrregión Costa, al menos cuatro casos afrontaron económicamente sus procesos de salud enfermedad a través del apoyo monetario de remesas que provienen de familiares en Estados Unidos. Estas familias reportaron prácticas nulas de prevención y autocuidado, por ejemplo asistencia a talleres o actividades de salud comunitaria ajenas al Programa.

Se documenta que es común que suspendan sus trayectorias de atención cuando hay necesidad de intervención quirúrgica por obstáculos económicos, situación que, incluso bajo las condiciones de precariedad de los hogares indígenas beneficiarios, se documentaron con mayor frecuencia. Por otro lado, la discriminación positiva de indígenas en los hospitales de la Tarahumara, provoca una exclusión que en esta microrregión hace más vulnerables a los mestizos en comparación con otras microrregiones de las restantes entidades. Fueron las familias mestizas (Norogachi y Samachique) que menos reportaron consultas en escenarios médicos organizados.

En suma, los hogares mestizos no beneficiarios tienen un desconocimiento más declarado de sus condiciones generales de salud, reportan menos visitas al médico, inclusive en comparación con los hogares indígenas no beneficiarios (que puede ser explicado por el reducido número de casos documentados) y una nula participación en acciones de fomento a la salud comunitaria. Sus condiciones de salud y pautas de atención, no distan mucho de las de los hogares indígenas no beneficiarios, sobre todo cuando viven alejados de centros locales de salud.

ANÁLISIS SOBRE LAS PAUTAS DE ATENCIÓN: ¿CÓMO AFRONTAN LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD LOS HOGARES DE ESTUDIO?

Los procesos de salud-enfermedad conjugan componentes no sólo físicos, sino también emocionales, intelectuales y espirituales. Es por ello que la medicina tradicional, principalmente para los grupos indígenas (utilizada en hogares mestizos, dada la disposición de estos servicios en sus comunidades), conjuga una serie de factores relevantes para el sistema de creencias al que se adscribe, como el conocimiento del entorno geográfico, en tanto una topografía reverencial (capacidad de un territorio de tener un espíritu-dueño).[3] La salud-enfermedad, en estos contextos, se enmarca en nociones sobre el exorcismo de males que se anidan en el cuerpo en forma de espinas, de animales, fluidos o suciedad, provocados generalmente por la envidia, el ansia, el coraje o el susto; se trata de síndromes culturales complejos que están relacionados con riesgos estructurales arraigados en el ámbito psíquico, político, histórico, económico y social, que surgen sobre todo del modo de significar el mundo y de resolver los problemas de la existencia. Lo anterior es una consideración imprescindible para aventurarnos en el análisis de la calidad de los

servicios, las prácticas de autocuidado y los procesos de salud - enfermedad - atención (trayectorias de atención) en contextos rurales y étnicamente diversos.

La medicina oficial pública o privada y tradicional (inclusive las resoluciones religiosas, principalmente en Chiapas) coexisten y se relacionan, pero también se contraponen, se complementan o se excluyen en una misma trayectoria de atención y escenario de estudio. Son estas particularidades las que delimitan y confunden las fronteras interétnicas, en un marco de atención real a la salud que conjuga la automedicación y la medicina casera, la medicina académica institucional y, también, la medicina tradicional (indígena) y sus prácticas mágico-religiosas.

El desarrollo y tratamiento de una enfermedad depende del escenario y de las posibilidades de atención y capacidad resolutiva de los servicios disponibles. Fue evidente que mientras más alejados de los centros de salud más difícil era tener acceso a la atención, seguimiento y control de los procesos de salud enfermedad. En general, los eventos de enfermedad se resuelven empleando todos los recursos que están en posibilidades de emplear los hogares.

Como se ha dejado claro, los éxodos en la búsqueda de servicios de salud con eficacia resolutiva son por demás comunes, así como la utilización muy concreta de los servicios de primer nivel para el cumplimiento de corresponsabilidades, acceso a métodos anticonceptivos, sueros orales, medicamentos para el dolor, control y seguimiento de pacientes crónico-degenerativos (a excepción de la microrregión mixe en Oaxaca, la guarijía en Sonora y las microrregiones chiapanecas) así como la atención de ERAs y EDAs (bajo las condiciones ya descritas ampliamente).

En términos generales los servicios de salud que prestan las instituciones públicas muestran carencias en tanto su capacidad de cobertura, agravada en los contextos de marginación geográfica de los territorios rurales, que son precisamente donde viven los hogares más pobres del país y donde hay una mayor concentración de familias indígenas. Independientemente de la calidad de los servicios que se ofrecen, existen francas dificultades de acceso a los mismos, debido a las limitaciones de trasporte, caminos y costos de traslado, principalmente en las microrregiones de Chiapas y Chihuahua, la mazateca en Oaxaca y la microrregión guarijía de Sonora.

El equipo coordinado por Agudo-Sanchiz en Chiapas* documentó las reducidas posibilidades de las redes locales de transporte como un grave obstáculo para la búsqueda de atención, principalmente después de las cuatro de la tarde, cuando los traslados no sólo se tornan difíciles sino más costosos bajo el carácter de urgencia, una situación común también a la Mazateca en Oaxaca. En Sonora, por el contrario, las investigadoras de las microrregiones yaqui y mayo, daban cuenta de las relativas facilidades y variedad de medios de transporte y opciones de servicios de atención a la salud ubicados en el entorno próximo de las localidades donde residían las familias de estudio. La ubicación de dichas microrregiones en *hinterland*s urbanizados, configura en general un marco más diversificado de posibilidades de traslado y atención.

El acceso a los servicios locales de salud, también está determinado por el tipo de organización social y política particular a cada microrregión y en la presencia de organizaciones civiles y religiosas que coadyuvan a brindar una mejor calidad en los servicios de salud. En Chihuahua, la presencia de dos clínicas pertenecientes a órdenes religiosas, en Samachique y Norogachi, tiene un impacto considerable en tanto el acoto de los desplazamientos en búsqueda de atención resolutiva, comparado con otras microrregiones de estudio, dentro del estado y en las otras entidades, que presentan dificultades de acceso a servicios y reducidas opciones de atención de calidad. En la microrregión de Yepachi-Maycoba, documentamos pautas de atención con destinos urbanos tan lejanos como Hermosillo y Obregón.

En el cuadro 8 se sintetiza las rutas de movilidad según entidad y microrregión que emprenden los hogares de estudio ante la baja capacidad de resolución de numerosos problemas de salud en el nivel local.

Como se puede apreciar, la atención de la salud en el caso de los habitantes de las microrregiones estudiadas no se circunscribe a sus contextos de origen y son la evidencia más clara de las respuestas cotidianas de las familias ante las condiciones de marginación y precaria calidad de los servicios locales de salud. Se observa que los éxodos en la búsqueda de atención, aprovechan un vínculo creciente con grandes centros urbanos que deviene de históricos o recientes flujos migratorios (redes familiares), que empuja a los usuarios (independientemente de condición étnica y exposición al Programa) a buscar alternativas en otros sitios, no sólo por motivos laborales sino también de atención a la salud o simplemente porque se tiene la creencia que son mejores que los centros locales de salud (aunque esto

* Chiapas presentó pautas de movilidad acotadas a los contextos locales y regionales, y una mayor frecuencia de uso de servicios locales de salud. Cuando se asegura que la movilidad de los hogares de estudio tiene destinos urbanos, considérese Chiapas la excepción.

Cuadro 8
Rutas de movilidad en la búsqueda de servicios con capacidad resolutiva de acuerdo con las trayectorias de atención según entidad y microrregión de estudio

ENTIDAD	MICRO-REGIÓN	PRINCIPALES DESTINOS EN LA BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE SALUD	COMENTARIOS
Oaxaca	Mazateca	Ciudad de México, Huautla de Jiménez.	Los hogares estudiados en Oaxaca refieren mayor movilidad hacia urbes de la región y de otros estados, además de un importante tránsito hacía la ciudad de México, en la búsqueda de atención.
	Mixe	Tuxtepec, Veracruz, Ciudad de México y Oaxaca	
	Costa	Acapulco, Pinotepa, Ciudad de México y Oaxaca	
Chiapas	Las Margaritas	Comitán y Altamirano	Los hogares de las microregiones chiapanecas, reportaron rutas de movilización más acotadas en la búsqueda de atención, generalmente los destinos se limitan a sus microrregiones y al interior del estado de Chiapas. Las pautas de atención, tienen destino hacia las cabeceras municipales más importantes de la región. Tuxtla Gutiérrez es un destino documentado pero poco frecuente, entre hogares de la microrregión de San Cristóbal de Las Casas. Las trayectorias de atención revelan el uso más frecuente de servicios locales de salud, en comparación con las microrregiones estudiadas en otras entidades. La movilidad en el contexto chiapaneco depende de la muy limitada red de transporte local. Después de las cuatro de la tarde desplazarse puede ser una tarea realmente complicada, que impacta en las posibilidades de atención de los hogares estudiados.
	Tumbalá	Yajalón, Ocosingo y Palenque	
	San Cristóbal de Las Casas	San Cristóbal de Las Casas (Hospital Regional)	
Chihuahua	Samachique	Hospital Misión Tarahumara de (Samachique), y otros hospitales de la región (Creel, Guachochi y San Juanito)	En las microrregiones de Samachique y Norogachi, la calidad y capacidad resolutiva de los servicios ofrecidos por redes de organizaciones religiosas es mayor en comparación con los servicios del estado, su presencia propicia que gran parte de los destinos de búsqueda de atención a la salud tengan lugar, la mayoría de las veces, en la misma región serrana, aunque ello no significa que no existan dificultades de acceso, sobre todo considerando lo orografía serrana y la dispersión poblacional que caracteriza a esta zona y que en algunos casos se acuda a ciudades del valle para atención de especialistas, con proveedores públicos y privados. En la microrregión de Yepachi-Maycoba, existen menos recursos de medicina profesional y servicios promovidos por el estado, por este motivo las rutas de movilización rebasan los límites regionales y se traslada a los nodos urbanos más importantes y en todos los casos lejanos a la microrregión.
	Norogachi	Hospital regional del IMSS en Guachochi para el caso de la Ciénega de Norogachi o la Clínica San Cristóbal en Norogachi. Tanto en Norogachi como Samachique, algunos casos reportan la referencia a centros de salud de las ciudades de Cuauhtemoc, Chihuahua y La Junta.	
	Yepachi-Maycoba	Yécora, San Juanito, Tomochi, Chuahtemoc (hogares indígenas). Ciudad Obregón, Hermosillo y Chihuahua (hogares mestizos).	
Sonora	Yaqui	Ciudad Obregón, Guaymas y Hermosillo, Estación Vicam y Bacum.	En las microrregiones yaqui y mayo, dada su ubicación en un hinterland urbano, sus pobladores tienen acceso a una red diversificada de servicios de salud de diferentes instancias como SSA, IMSS, ISSSTE, ISSSTESON, Medicina Privada y Farmacias Similares. Sus desplazamientos comprenden las principales ciudades del Estado, y en términos comparativos a las microrregiones de las otras entidades sus opciones de atención no sólo son más diversas sino numerosas. En la microrregión guarijía, se refiere una menor presencia de recursos de medicina profesional, en general los habitantes de esta microrregión acuden a la cabecera municipal donde existen unidades de apoyo como el Hospital General de Álamos de la SSA-Sonora y una UMF del IMSS, sin embargo el escaso poder resolutivo de ambas unidades provoca que sus habitantes acudan a los nodos urbanos mencionados.
	Mayo	Etchojoa, Huatabampo y Navojoa.	
	Guarijía	Navojoa, Obregón y Hermosillo	

no siempre sea una garantía). Esta situación ocurre incluso en municipios como Mazatlán Villa de Flores, en donde existen servicios de salud de segundo nivel "relativamente cercanos".

Aunque como se sabe, la atención de segundo nivel escapa a la injerencia y compromiso del Paquete Básico Garantizado de Salud, el acceso a dichos servicios se ha considerado en la descripción de la pautas de atención, en principio atendiendo a las formas reales en que se están dando dichas pautas en los contextos de estudio, debido a

las limitadas posibilidades de una diagnosis temprana y el avanzado estado de enfermedad en que la mayoría de los usuarios inicia sus trayectorias de atención.

Estos éxodos en busca de atención médica tienen como origen la falta de confianza en los servicios que ofrece el Estado (medicina formal pública), a consecuencia de las condiciones descritas que comprometen la capacidad resolutiva de los centros de atención de primer nivel, que son precisamente la base operativa del Paquete Básico Garantizado de Salud.

Las pautas de atención foránea, principalmente en los casos de atención a la salud de segundo nivel, permiten comprender cabalmente las realidades de la atención de los hogares de estudio. En promedio, el resultado de las pautas de atención de los hogares estudiados fue del siguiente modo. En general, los hogares de estudio en las microrregiones chiapanecas acuden al primer nivel de atención para tratar padecimientos menores como dolores (cuerpo, cabeza, estómago, accidentes, colitis, gastritis).* Los usuarios de servicios de primer nivel son generalmente beneficiarios del Programa con condiciones de salud que presentan de manera crónica y que los llevan de manera regular a la búsqueda de servicios, aunque en general se ve una tendencia a atenderse en consultorios privados de las cabeceras municipales o que se ubican fuera de sus localidades. En el estado de Chiapas, la atención en el segundo nivel es menor en comparación con otras microrregiones estudiadas en las entidades de Sonora, Oaxaca y Chihuahua y las prácticas de autoatención (automedicación en farmacias similares) y las consultas con yerberos son las más comunes, principalmente en la atención de los hogares no beneficiarios, independientemente de su condición étnica (aunque dadas las características de la muestra se presentan mayoritariamente entre indígenas). En Chiapas se registró un uso ligeramente mayor de casas de salud, que atribuimos a las limitaciones de movilidad de los hogares dados los problemas de transporte.

En general, entre hogares indígenas beneficiarios se observa una tendencia mayor de acudir en principio al primer nivel de atención y al no obtener resolución se atienden en el segundo nivel. De cualquier modo las trayectorias de atención en Chiapas, fueron las que menos reportaron resolución de sus eventos de enfermedad; la conclusión de los mismos en general era seguir viviendo enfermo.

En cuanto a las microrregiones de Samachique y Norogachi en Chihuahua se observa una mayor tendencia a utilizar directamente los servicios de segundo nivel, dada la mayor capacidad resolutiva de los mismos y el uso exclusivo de los servicios de primer nivel para el cumplimiento de corresponsabilidades. Entre los indígenas rarámuri las pautas de atención son generalmente la autoatención, la medicina tradicional y el acceso directo a servicios de segundo nivel, aun para padecimientos menores. En tanto que los no beneficiarios mestizos generalmente fueron los hogares que menos recibían atención médica, circunscribiéndose a la autoatención.

En el caso de Oaxaca, los hogares beneficiarios indígenas tienen una mayor predisposición a la atención de padecimientos menores en el primer nivel y un patrón muy general de acceso a diagnosis en el primer nivel de atención y acceso a tratamiento en el segundo nivel, a excepción de la microrregión mixe, que generalmente reportó más casos de automedicación, relacionadas con las limitaciones económicas para solventar los costos de salud en el Hospital María Lombardo de la SSA.

En la microrregión Costa el uso de casas de salud fue más frecuente con motivo de la atención de casos menores, pero tanto en Costa como mazateca, se observa una tendencia a acudir directamente a servicios de segundo nivel o consultorios particulares en casos considerados de gravedad por las familias, sin pasar por el primer nivel de atención. En tanto las microrregiones mayo y yaqui de Sonora se presentó una pauta de atención que combinaba la diagnosis en el primer nivel y el tratamiento en el segundo nivel de atención.

Los hogares pimas no beneficiarios fueron los más vulnerables, registrando la menor cobertura entre todas las microrregiones de estudio de las cuatro entidades en acceso a servicios de salud de cualquier nivel. En general, estas condiciones son compartidas por los hogares de dichas poblaciones con una ligera frecuencia (mayor) de consultas en primer y segundo nivel de beneficiarios mestizos.

Lejos de disminuir, la atención en el segundo nivel se incrementa en la atención de padecimientos graves, sobre todo de familias beneficiarias, quienes reportan una mayor disposición en resolver sus procesos de salud - enfermedad - atención por los medios que les sean posibles. Se observa que estos hogares acuden, por lo general, a servicios de primer

* De acuerdo a los padecimientos reportados (en términos de los entrevistados).

nivel o directamente al segundo, en condiciones de urgencia o avanzada y grave enfermedad, manifestando complicaciones que requieren de la atención de especialistas y, por ende, de su respectiva canalización; esta situación comúnmente implica la saturación de los servicios de segundo nivel y hace patente la aún incipiente capacidad de la medicina preventiva en los contextos de estudio, principalmente en cuanto a los padecimientos que resultan de complicaciones respiratorias, gástricas o del embarazo (como la preeclampsia), y la identificación temprana de riesgos que implican la práctica de estudios clínicos no disponibles en las clínicas rurales, como por ejemplo el examen de detección oportuna de cáncer cervicouterino (Pap).

Respecto de las pautas de atención de los hogares beneficiarios, se puede decir que, en general, *Oportunidades* no ha logrado tener mayor injerencia salvo la relativa al cumplimiento de corresponsabilidades. De acuerdo a lo observado, las pautas de atención están más determinadas por las posibilidades económicas de las familias y por las redes sociales y de servicios a las que tienen acceso en sus comunidades, independientemente de la calidad de las mismas. En definitiva, el uso de servicios de primer nivel es casi exclusivo para el cumplimiento de corresponsabilidades, a excepción del acceso a métodos anticonceptivos y atención de padecimientos, generalmente crónicos o menores, ya bien identificados por los hogares, y de los que saben que dichos centros, pueden ofrecerles posibilidades resolutivas (dolores, diarreas, infecciones respiratorias, accidentes, etc.).

AFRONTAMIENTOS ECONÓMICOS DE LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD

La irregularidad de abasto de medicamentos y de profesionales médicos, así como la escasa confianza que manifiestan los hogares de estudio en los centros locales de salud, ha generado, como se ha documentado, un tendencia creciente de la búsqueda de atención de primer y segundo nivel, en clínicas públicas y privadas, que tiene implicaciones muy comprometedoras para las economías domésticas de los hogares de estudio. Los costos de estas pautas, se resuelven del siguiente modo:

- A mayor vulnerabilidad económica y social (marginalidad geográfica y lejanía de los centros de salud), mayores costos de atención. La inversión en la atención de la salud se incrementa significativamente entre hogares indígenas (independientemente de su adscripción al Programa) y de hogares mestizos no beneficiarios que viven en contextos de marginalidad geográfica. El impacto de los procesos de salud enfermedad en las economías familiares es evidente en cada trayectoria de atención y pone de manifiesto lo costoso que sigue siendo el acceso a servicios de salud para las familias de más bajos ingresos.
- En todas las microrregiones los hogares indígenas y los no beneficiarios en general reportan mayor uso de servicios privados para la atención a la salud y las trayectorias de atención más costosas.
- La limitada eficacia resolutiva del primer nivel y la muy baja confianza de las poblaciones rurales e indígenas en los servicios locales de salud, condiciona el tratamiento tardío de enfermedades prevenibles, con el consecuente incremento en los costos por su atención. Ejemplos abundantes fueron relativos a las complicaciones de ERA y padecimientos gastrointestinales, que en algunas microrregiones iban de los 5 000 a los 10 000 pesos de inversión.
- Los recursos monetarios que se emplean provienen de remesas nacionales o internacionales, o de las redes familiares que laboran en esos destinos de atención (por ejemplo, las microrregiones oaxaqueñas o sonorenses).
- Los costos de la atención a la salud, suelen resolverse a través de préstamos familiares o de caciques rurales, venta de activos familiares (terrenos, medios de transporte y animales).
- Para costear las trayectorias de atención, los animales de corral juegan un papel determinante como recursos activos, lo que generalmente entra en contradicción con los mensajes que cotidiana y tácitamente (aun sin ser promovidos desde las Reglas de Operación del Programa)[1] los prestadores de servicios de salud emiten, condicionando o desalentando la posesión de animales de corral, so pretexto de mejorar las condiciones de Saneamiento Básico de los hogares.
- El apoyo familiar y comunitario es elemental, sobre todo para cubrir los costos de padecimientos graves como cáncer o aquellos que requieren cirugías u otras especialidades. Esta conducta fue más común en las microrregiones oaxaqueñas que en las de las otras entidades estudiadas.
- Las transferencias de *Oportunidades* son empleadas como un recurso en caso de emergencias médicas. Una práctica más común entre hogares indígenas que mestizos.

- Principalmente los hogares no beneficiarios, independientemente de la variable étnica y en general los hogares estudiados en las microrregiones chiapanecas y en la microrregión guarijía tienen una mayor tendencia a truncar sus trayectorias de atención por motivos económicos.
- El acompañamiento en las carreras del enfermo se suma a los múltiples gastos que enfrentan los hogares. Ninguna trayectoria documentó un afrontamiento individual del evento de resolución de los padecimientos. Al menos un miembro de la familia, el cónyuge o los hijos, participan acompañando al enfermo (con la consecuente imposibilidad temporal de dedicarse al trabajo agrícola o de otro tipo lo que lleva a la reducción de los ingresos familiares). A mayor distancia y eficacia resolutiva de los servicios locales de salud, mayores son los costos de traslado, alimentación y hospedaje de los acompañantes y enfermos.
- Para las personas que viven con enfermedades crónico-degenerativas, como hipertensión y diabetes, ser beneficiario de *Oportunidades* representa un apoyo imprescindible, que tiene un impacto muy favorable en las economías domésticas, garantizando el acceso a medicamentos y a citas de control (principalmente de aquellos beneficiarios que viven a proximidad de los centros de salud).*

Para algunos hogares indígenas la adscripción al Programa no significó una disminución en los costos reales de atención, como por ejemplo los pimas de la microrregión guarijía de Sonora. En estos hogares los costos de la atención fueron muy elevados, incluso para padecimientos relativamente simples. Además de que, en general, pagan por el acceso a medicamentos, comúnmente gratuitos en otras microrregiones como el paracetamol y mensualidades de 35 pesos en las clínicas locales (independientemente de si usan o no el servicios, en ellos la preferencia por servicios privados). En la microrregión pima, inclusive los hogares mestizos (independientemente de su adscripción al Programa) reportaron gastos excesivos en la atención a la salud, aunque en menor medida que los indígenas. En esta microrregión la eficacia resolutiva sólo contemplaba la atención y tratamiento de pacientes hipertensos (bajo las condiciones de pago ya descritas en los centros locales de salud).

Por el contrario, en las microrregiones de Samachique y Norogachi, la discriminación positiva a favor de los indígenas rarámuri por parte de las instituciones religiosas de salud, tiene impactos muy favorables en términos de la reducción de costos y acortamiento de los desplazamientos en la búsqueda de eficacia resolutiva (aun presentado las mismas pautas de uso de los servicios locales de salud promovidos por el Estado, SSA e IMSS-*Oportunidades*, a las que asisten exclusivamente‡ para el cumplimiento de corresponsabilidades). Sin embargo, los costos en la atención de los hogares no indígenas si son considerablemente más altos, sobre todo en cuanto a al atención de segundo nivel, pues es frecuente que acudan a consulta de especialidades (en servicios públicos y privados) y a realizarse estudios en los nodos urbanos más cercanos, principalmente Cuauhtémoc y Chihuahua. La adscripción al Programa en estos casos no se traduce en la disminución de dichos costos para los hogares mestizos. De hecho, de acuerdo con los hogares mestizos de la microrregión, la Clínica de San Carlos en Norogachi comienza a negar atención a los beneficiarios mestizos del Programa Oportunidades.

En las microrregiones chiapanecas los costos de la atención son también elevados, aunque dado que las trayectorias de atención generalmente quedan truncas (más prontamente), los costos disminuyen en comparación con, por ejemplo las microrregiones guarijías, oaxaqueñas o sonorenses. Siendo los servicios privados los más recurridos, la atención de padecimientos relativamente simples como EDAs y ERAS, o el seguimiento de pacientes diabéticos puede tener costos de hasta 700 pesos (consulta y medicamentos). Aunque los costos son también excesivos, para las posibilidades económicas de estas familias, ni siquiera el pago de los mismos garantiza la resolución de sus padecimientos. Fue frecuente que, pese a las inversiones económicas, los hogares no vieran resueltas sus necesidades de atención. En estas microrregiones el apoyo económico por parte de redes religiosas para la gestión de transporte, la orientación hacia centros con cierta eficacia resolutiva o el pago de médicos particulares marcó la diferencia en

* Salvo los hogares ubicados en las microrregiones chiapanecas, la guarijía en Sonora y la mixe en Oaxaca, casos que hicieron evidente el impacto a partir de la comparación.

‡ Los rarámuris fueron el grupo étnico que menos reportó utilizar los servicios locales de salud (centros de salud de la SSA y UMR del IMSS-*Oportunidades*). Entre los mestizos la tendencia a utilizar estos servicios es mayor, pero aun así considerablemente baja en comparación con las microrregiones de las otras entidades estudiadas.

términos de los costos en ciertos hogares, aunque a diferencia de la Tarahumara, la presencia de estas iglesias sólo incide en los términos descritos y no se han concretado instituciones ex profesas de salud, por lo que la incidencia de estas organizaciones es más bien irregular y está lejos de significar el mismo impacto que tiene en tanto a la atención de poblaciones indígenas en la Tarahumara.

En el caso de las microrregiones oaxaqueñas, los costos de atención dependen principalmente del tipo de proveedor, determinados por la gratuidad, en los centros de primer y segundo nivel de IMSS-*Oportunidades* y las cuotas, generalmente excesivas (de acuerdo a las posibilidades de los hogares estudiados) del segundo nivel de atención de la SSA en la microrregión mixe. Mientras que los habitantes de las microrregiones mazateca y Costa cuentan con sendos hospitales del IMSS-*Oportunidades* que brindan atención gratuita a beneficiarios, los hogares mixes se enfrentan al pago de altas cuotas, principalmente por motivo de atención ginecobstétrica, que comprometen gravemente las economías domésticas y la salud particularmente de las mujeres (un parto puede llegar a costar entre 5 000 y 7 000 pesos, independientemente de la adscripción al Programa y la condición étnica).

En las microrregiones mayo y yaqui de Sonora los costos no son tan altos como los casos descritos. La proximidad de otras comunidades con diferentes grados de eficacia resolutiva (acceso a medicamentos, hospitalización, etc.), les permiten jugar con un abanico más amplio de posibilidades de atención (ensanchadas aún más por la cobertura del Seguro Popular y por la derechohabiencia de ciertos hogares el Seguro Social o al ISSSTE), además de ciertas facilidades de transporte (insistimos, comparativamente).

Se puede decir que *Oportunidades* tiene un impacto favorable en tanto que las transferencias económicas representan un recurso extraordinario para la atención de los procesos de salud enfermedad. También garantiza (bajo las condiciones y escenarios que ya se ha expuesto) el acceso a la atención y tratamiento gratuito de pacientes crónico-degenerativos, con implicaciones muy favorables para las economías familiares. Sin embargo, el Paquete Garantizado de Salud no ha logrado disminuir los costos reales de la atención de los procesos de salud enfermedad de los hogares beneficiarios, debido a la limitada eficacia resolutiva de los servicios de primer nivel, que condiciona el tránsito real hacia una práctica médica preventiva. Las pautas de atención siguen siendo paliativas, y aunque se documentó un ligero incremento en la atención temprana de la población infantil beneficiaria de larga exposición que vive a proximidad de los centros de salud (principalmente mestizos), las necesidades reales de atención a la salud, siguen resolviéndose con recursos familiares y a través de la medicina privada, la autoatención, la medicina tradicional (que lejos de significar menores costos para la atención a la salud, implica también grandes gastos) o la combinación de la medicina oficial pública y servicios técnicos como laboratorios, ultrasonidos, radios equis, que generalmente son costeados por los mismo hogares. A todo ello se suman las inversiones comunes que implican los éxodos en la búsqueda de eficacia resolutiva fuera de los contextos locales en que habitan las familias de estudio.

Ahora bien, con el fin de analizar las pautas de uso de los recursos de salud (autoatención, medicina oficial pública, privada, medicina tradicional y medicinas alternativas) disponibles en las diferentes microrregiones de las entidades de estudio, el estudio se ha apoyado en el análisis cualitativo de los itinerarios de los procesos salud - enfermedad - atención, a través de la reconstrucción* de las trayectorias de atención de diferentes miembros de hogares estudiados de acuerdo con la muestra analítica.

En los itinerarios terapéuticos se suelen combinar formas de atención de diferentes modelos, como quedó explicado en las primeras líneas de este apartado. Percibimos diferencias de acuerdo a la muestra analítica y según las trayectorias de atención en los siguientes aspectos. A continuación, los aspectos de índole general que observamos.

En términos generales, la estrategia real de enfrentamiento de los hogares beneficiarios y no beneficiarios en la resolución de los procesos de salud-enfermedad se conduce, en principio, a través de la autoatención, seguida, dependiendo del grado de gravedad, de la medicina pública (o instituciones religiosas en el caso de la sierra de Chihuahua) de segundo nivel y en otros casos la búsqueda de consultorios particulares y servicios técnicos (estudios

* Las trayectorias de atención se reconstruyeron principalmente a partir de los testimonios de las jefas de familia de los hogares estudiados, aunque en algunas ocasiones otros miembros del hogar participaban en la narración de dichas trayectorias, las conversaciones sostenidas con las jefas de hogar (madres) resultaban imprescindibles, dado su papel como agentes de salud, en cuanto a la selección de los servicios y su papel como curadoras en el contexto de la autoatención y acompañantes de los enfermos durante los itinerarios.

de laboratorio, radios x, ultrasonidos) en nodos urbanos, principalmente entre indígenas independientemente de su adscripción al Programa.

Los servicios de primer nivel en general son más frecuentemente utilizados por beneficiarios mestizos de larga exposición y quienes menos acuden a ellos son los indígenas no beneficiarios en general y los indígenas rarámuri en particular (independientemente de su adscripción al Programa). Los utilizan para realizarse el Pap, tener acceso a métodos anticonceptivos, medicamentos para el dolor y principalmente tanto indígenas como mestizos beneficiarios para el control y seguimiento de padecimientos crónico-degenerativos.

Entre los hogares indígenas (independientemente de la adscripción a *Oportunidades*) se identifica un uso menos frecuente de servicios de salud en el primer nivel, aunque una predisposición mejor de aquellos que viven a proximidad de los centros de salud. Comúnmente en estos hogares se ignoraban los diagnósticos y referían malestares y padecimientos a los que no pueden darle un nombre. De cualquier modo, se observa una tendencia creciente de las familias indígenas beneficiarias a reconocer sus diagnósticos (sobre todo los generados en el segundo nivel) en comparación con los hogares indígenas no beneficiarios y en cierta medida con los mestizos no beneficiarios (no generalizable a los indígenas chiapanecos independientemente de ser o no beneficiarios). En general, existe poca adherencia terapéutica de los beneficiarios que viven alejados de los centros de salud, pero una mejor disposición a seguir los protocolos cuando se tiene acceso regular a medicamentos, sobre todo, entre pacientes crónico-degenerativos que viven a proximidad de las clínicas y una mayor renuencia a utilizar servicios quirúrgicos del segundo nivel (una mejor disposición en los casos en que son hogares derechohabientes del Seguro Popular). De cualquier modo, los indígenas beneficiarios reportan trayectorias de atención más largas y menos exitosas en términos de conseguir una diagnosis y un control o resolución para sus padecimientos, mientras que los indígenas no beneficiarios acuden con más frecuencia a redes privadas de atención a la salud, reportando itinerarios más costosos, igualmente largos y no siempre exitosos.

Los indígenas beneficiarios presentan una mayor diversidad en la aplicación de diferentes modelos para la atención a la salud, como medicina oficial pública, medicina tradicional y autoatención. Mientras que los no beneficiarios acuden regularmente a la medicina tradicional, aplican remedios caseros y prácticas de automedicación, solamente en casos graves y complicados asisten a los hospitales y tienen menos posibilidades de gestión y consultoría con los centros locales de salud.

Aquellos que viven lejos de los centros de salud, no hacen uso de los servicios de primer nivel y acuden directamente a los hospitales, ya sea en los núcleos urbanos donde residen sus redes familiares o a los nosocomios de la región. En general refieren mayor frecuencia en prácticas de autoatención empleando los fármacos que obtienen de los centros de salud de primer nivel.

Por último los hogares indígenas no beneficiarios, no se identifican con los servicios locales de salud, y manifiestan renuencia a participar en campañas locales de salud. Por otro lado, estos hogares son más susceptibles a los cambios en los roles domésticos, que afectan las trayectorias educativas de los hijos, principalmente de aquellos con menores habilidades sociales y grados de escolaridad, sobre todo de las mujeres cuando la madre o la abuela (en hogares dona) se enfrenta a una enfermedad.

En definitiva, los sistemas de creencias operan como factores de retardo en la búsqueda de atención a la salud, principalmente de hogares indígenas beneficiarios y de los beneficiarios que no tiene un acceso próximo a los centros de salud, o que lo tienen pero con umbrales cortos de exposición o que han tenido malas experiencias con los servicios (ejemplo, cuando se presentan nosologías propias de las cosmovisiones indígenas, sobre todo en el caso de "susto" entre mujeres indígenas en periodo gestacional quienes comúnmente prefieren no amamantar a sus hijos por las consecuencias nefastas de dicho síndrome para el infante). En general, en beneficiarios de reciente exposición al Programa, el centro de salud se transforma en opción una vez que se es beneficiario de *Oportunidades*.

El analfabetismo y la escasa escolaridad entre los indígenas sí tiene un impacto diferencial en el caso de las trayectorias de atención de adultos mayores (sobre todo aquellos que viven con enfermedades crónico-degenerativas como hipertensión y diabetes). Esta situación se recrudece por el estado de abandono en que viven los ancianos, debido a las dinámicas migratorias y es más común en hogares indígenas. Se encuentra que los hogares beneficiarios presentan diagnosis más acabadas y mayor adherencia terapéutica, con itinerarios terapéuticos menos costosos,

más cortos y de mayor efectividad en la resolución de sus procesos de salud enfermedad, sobre todo en mestizos beneficiarios de larga exposición. Uso más regular de los servicios locales de salud y otros servicios del Estado (como hospitales y albergues). Mayor disposición y acceso a la resolución de procesos de salud enfermedad a través de cirugías en el segundo nivel.

Los hogares no indígenas no beneficiarios, prefieren la medicina tradicional que los servicios de salud del Estado, refieren trayectorias de atención más cortas, usan con menos frecuencia los servicios de salud locales y muestran cierta renuencia a participar en campañas locales de salud. Emplean la autoatención, los remedios caseros y las resoluciones religiosas para enfrentar sus procesos de salud enfermedad. Documentamos que es común que suspendan sus trayectorias de atención cuando hay necesidad de intervención quirúrgica por obstáculos económicos; sus trayectorias suelen ser costosas. La discriminación positiva de indígenas en los hospitales de la Tarahumara provoca una exclusión, que en está microrregión hace más vulnerables a los mestizos en comparación con otras microrregiones de las restantes entidades.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: DATOS GENERALES DE LA MUESTRA EN LAS DIFERENTES ENTIDADES

CHIAPAS

La muestra del estudio cualitativo comprende un total de 44 casos de los cuales 30 son mujeres indígenas (26 beneficiarias y cuatro no beneficiarias de *Oportunidades*) y 14 mujeres no indígenas (10 beneficiarias y 4 no beneficiarias). En promedio, los ciclos reproductivos comienzan a los 19 años y terminan a los 35 años. El promedio de número de hijos es de 6.6 hijos por mujer, sin embargo no resulta significativo dada la gran diferencia entre los casos. Tampoco resultan significativas las diferencias entre mujeres indígenas y no indígenas (beneficiarias o no beneficiarias), la diferencia radica principalmente en la duración del ciclo reproductivo: entre más extendido sea éste, mayor es el número de hijos por caso. Además, dadas las características de la muestra (gran número de casos indígenas beneficiarios) no es posible establecer una comparación contundente.

Pautas de atención en el parto. En general las mujeres indígenas de las localidades estudiadas en el estado de Chiapas se han atendido con partera. Las razones que subyacen a esta preferencia son la costumbre, el hecho de que la partera sea una persona conocida por ellas y por la comunidad y en muchos casos ésta (o éste) es incluso un familiar (madre, suegra, tía, etc.). Consideran la atención hospitalaria como fría e impersonal dada la rotación de médicos (al interior de la institución o bien de la comunidad). Muchas mencionan la cuestión del pudor, no les gusta que gente desconocida (y en su mayoría hombres) las vean. De igual manera, una de las mayores limitantes en la búsqueda de atención médica es el temor de ser víctima de alguna negligencia médica, o bien, de ser intervenida quirúrgicamente en caso de ser necesaria una cesárea. Este temor se ve fundado por el hecho de que a las mujeres les angustia tener que desatender a sus otros hijos por acudir a las instituciones de salud para el alumbramiento, o bien durante el tiempo necesario para la recuperación.

Mujeres indígenas jóvenes (18-19 durante el estudio). En los casos reportados las mujeres fueron atendidas por parteras. Se reporta un par de casos de madres jóvenes en vías de su primer alumbramiento que planeaban atenderse con la ayuda de partera. Estas asistieron a control prenatal de diferente manera: una con partera que ofrece atenciones de tipo "masajes para acomodar al bebé", vitaminas, sueros, etc. y otra en la clínica de salud.

Mujeres indígenas entre 38 y 45 años. Hicieron uso de atención médica en los partos por complicaciones médicas, sin embargo manifiestan como primera opción la partera. Se observa que una vez que hicieron uso de los servicios médicos, suelen preferir este tipo de atención para los siguientes partos por las facilidades que ofrece la atención médica en el parto (inyecciones que provocan el parto, equipo médico en caso de complicaciones).

Mujeres indígenas entre 40 y 50 años. Acudieron con partera en casi la totalidad de sus partos. Se observa no obstante que las mujeres que presentan ciclos reproductivos largos han sido atendidas por médicos en sus últimos partos. Esto se debe a que las parteras las envían a atención médica dado el carácter de riesgo que presentan los partos a edad madura.

Mujeres no indígenas. Los pocos casos reportados declaran acudir al médico únicamente en caso de venir en mala posición el bebé.

Muerte infantil. Se reportan 19 casos de muerte infantil, 17 en hogares indígenas y dos en no indígenas, cabe mencionar nuevamente que la diferencia se debe a las características de la muestra (mayoría de casos indígenas beneficiarios). La mayoría de estos (10/19) ocurrieron en los primeros meses de vida y un caso cerca del año. Le siguen los casos de muerte durante la infancia (6/19). Para el resto de los casos no se especificó la información. Las muertes tuvieron por causa, en el caso de los infantes en sus primeros meses de vida, las enfermedades respiratorias, así como problemas de alimentación (el bebé no aceptaba el alimento). En el caso de las muertes durante la infancia, los motivos de los fallecimientos fueron las enfermedades respiratorias y los cuadros de infección gastrointestinal. En la región de Las Margaritas, resalta el hecho de que los niños fallecidos, nacidos en las primeras generaciones de las mujeres entre 40 y 50 años, no fueron atendidos por la falta de servicios de salud a proximidad. Se recurría entonces a la partera o al curandero.

Métodos anticonceptivos. Una de las características que salta a la vista en el análisis es el hecho de que las mujeres indígenas no reportan la utilización de métodos anticonceptivos (1/30 casos), únicamente se documentó 20% de casos en los que se ha realizado la salpingoclasia. En contraste, 40% de la muestra de mujeres no indígenas, principalmente beneficiarias y ex beneficiarias, manifiesta utilizar o haber utilizado métodos anticonceptivos hormonales, y 30% se ha hecho operar con el fin de no tener más hijos. Las mujeres no indígenas beneficiarias han obtenido información respecto a los métodos anticonceptivos y su utilización a través de las pláticas de *Oportunidades*, a las que asistieron como parte de sus corresponsabilidades.

Las mujeres indígenas opinan que los métodos anticonceptivos tales como pastillas e inyecciones hormonales son dañinos para la salud de la mujer, de ahí que algunas prefieran operarse al considerar que ya tienen los hijos que desean y/o que puedan mantener. También ponen a consideración en esta decisión el costo de la atención durante el parto y sobre todo, en caso de requerir cesárea que resulta costosa y cuya atención posterior las obliga a desatender a la familia. Otro de los factores que desalienta el uso de los métodos anticonceptivos modernos en algunos de los casos estudiados (indígenas) es el desacuerdo de la pareja quien decide tomar las precauciones necesarias sin recurrir tampoco a métodos "no naturales". En cuanto a la salpingoclasia, sale a la luz la labor de convencimiento realizada por los médicos de los servicios locales de salud.

OAXACA

Pautas de atención de partos. En general, en todas las regiones de estudio se observa que hay una alta frecuencia en las historias reproductivas documentadas de atención del parto con partera, sobre todo en lo que concierne a los casos de mujeres indígenas. Como sucede con Chihuahua, algunas mujeres de edades de 30 a 40 años van a buscar asistencia hospitalaria en los últimos partos, ya sea por temor a complicaciones (complicaciones relativas a los embarazos tardíos, cesáreas) o bien porque la mujer desea detener definitivamente la capacidad reproductiva. Esta búsqueda de atención médica es aún más probable si se vive en la cabecera municipal donde se cuenta con servicio médico de segundo nivel o bien son más frecuentes los casos de mujeres no indígenas que siguen esta última pauta. Es también en estos últimos partos de mujeres no indígenas donde se han presentado casos de atención prenatal. En Mazatlán Villa de Flores se presentan casos de coincidencia de migración durante la etapa del parto a la Ciudad de México, ahí la atención fue hospitalaria. Las mujeres jóvenes acuden con más frecuencia al hospital que las mayores, sobre todo al control prenatal. Esto se puede explicar por el mayor acceso en la actualidad a los servicios de salud institucionales. En los casos de mujeres mayores se alternó la atención de la partera y de servicios

médicos. Las mujeres beneficiarias han acudido mayormente a control prenatal en los periodos en los que han sido beneficiarias. De esto último, la ocurrencia ha sido mayor en mujeres no indígenas.

Métodos anticonceptivos. Las mujeres indígenas beneficiarias de edades de 20 a 40 utilizan y/o conocen los métodos anticonceptivos. Para estas mujeres, la decisión de emplearlos o no se encuentra relacionada con la percepción de los métodos como causantes de daños en la salud de la mujer. Con frecuencia, la toma de anticonceptivos o bien la esterilización permanente se hace hasta el final del ciclo reproductivo cuando la mujer y/o la pareja consideran que se tienen los hijos deseados. En general se reporta un nivel bajo de utilización de los métodos anticonceptivos durante el periodo reproductivo: es decir se planifica tardíamente. Como ya se mencionó en el apartado anterior, este tipo de comportamiento se observa más en mujeres no indígenas que en indígenas.

Muerte infantil. La mayoría de los casos que se reportaron resultaron muertes en los primeros meses de vida provocadas por cuadros respiratorios o gastrointestinales.

CHIHUAHUA

Se cuenta con 48 trayectorias reproductivas para el análisis de las cuales 12 corresponden a casos de madres indígenas beneficiarias, 13 de indígenas no beneficiarias, 12 de mujeres no indígenas y beneficiarias, 11 de no indígenas no beneficiarias. En cuanto a la duración del ciclo reproductivo, se observa una diferencia entre mujeres indígenas y no indígenas: las primeras comienzan en promedio a los 17 y terminan a los 30, y para las segundas, la edad promedio es de 20 para el inicio y 31 para el fin. El número de hijos promedio es de cinco, con la localidad de Samachique como la más representativa de esta cifra. Las mujeres indígenas no beneficiarias de las regiones estudiadas de Chihuahua tienden a tener el mayor número de hijos. Se trata de mujeres cuyas edades oscilan entre los 42 y 60 años, y que finalizaron su ciclo reproductivo antes de 1998.

En general, como se mostrará a continuación, la clínica de Samachique cumple verdaderamente con el objetivo de salud de primer nivel al asegurar tanto a beneficiarios como no beneficiarios los servicios de atención pre y posnatal, la provisión de métodos anticonceptivos y orientación de salud sexual.

Pautas de atención de partos. La diferencia entre mujeres indígenas y no indígenas radica en que la mujer no indígena prefiere buscar la atención de personal médico para el parto aunque se presenten casos que por urgencia o bien por falta de servicios en la proximidad se atiendan con partera. La mujer indígena prefiere la atención de la partera, no obstante se observa que frecuentemente los últimos partos son atendidos por médicos ya sea por complicaciones relativas a la posición inadecuada del producto o bien por aquellas que tienen que ver con la salud de la mujer. Es muy posible que esta pauta sea determinada por un acceso más amplio a los servicios, sobre todo para aquellos partos cercanos a la mitad de la década de los noventa. Puesto que las clínicas de primer nivel no atienden partos con dificultades, las mujeres se han visto obligadas a acudir a otras localidades con servicios de segundo nivel. En cuanto a la atención prenatal ésta es frecuente, de hecho, es en la microrregión de Samachique donde se hallaron más casos de mujeres que acudieron a la clínica local en búsqueda de atención médica y esto en casos tanto de beneficiarias como no beneficiarias.

Métodos anticonceptivos. En general, se presentan casos de mujeres tanto indígenas como no indígenas que utilizan métodos anticonceptivos alternando el uso de DIU y métodos hormonales, con periodos de descanso donde ocurrieron embarazos. Dichos periodos de descanso pudieron ocurrir por elección propia o bien por desabasto de métodos anticonceptivos en la clínica local, lo que representa una limitante para su utilización. Muchos de los ciclos reproductivos terminan con la realización de la operación de ligadura de trompas de Falopio luego de decidir el último parto. En Maycoba, la clínica distribuye tanto los métodos hormonales como el DIU. Algunas familias debieron asumir el costo de la esterilización permanente. Las mujeres más jóvenes (19 a 40 años) utilizan o han utilizado con mayor frecuencia los métodos anticonceptivos.

El estudio de los casos de la microrregión de Samachique arroja resultados diferentes, en los que se aprecia una mayor frecuencia de utilización, tanto en beneficiarias y no beneficiarias así como indígenas y no indígenas, de métodos hormonales y/o DIU en algún momento de su vida reproductiva (66%) y de ligadura de trompas de Falopio al final del ciclo reproductivo (73%). La mayor frecuencia se observa después de los años 1990. En estos casos se documentó el acuerdo de la pareja sexual y familiar en la decisión del control familiar. En todos los casos de utilización de métodos hormonales y/o DIU, éstos fueron proveídos por la clínica de la localidad (primer nivel) aunque con periodos de desabasto que algunas mujeres lograban superar encargando los medicamentos a otras localidades, y las que no los conseguían se embarazaban en algunos de los casos. Como ya se mencionó anteriormente, el promedio de hijos en esta región se acerca a los cinco hijos por familia, aunque si se separan las poblaciones indígenas de las no indígenas se obtiene un promedio de cinco para los primeros y de tres para los segundos, dicha diferencia se explica con el hecho de que son las mujeres indígenas quienes utilizan menos los anticonceptivos, o únicamente deciden ligarse después de considerar que ya tuvieron los hijos que deseaban. Algunos testimonios hacen referencia a la labor de convencimiento en cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos así como en la orientación sobre la planificación de parte del personal médico de la clínica local.

Salud sexual. La realización de la prueba de detección del cáncer cervicouterino se lleva a cabo más por mujeres beneficiarias que por las no beneficiarias. Luego de la plática sobre el tema, las mujeres son invitadas a realizarse la prueba. Puesto que la plática de corresponsabilidad se realiza al mismo tiempo, puede llevar a pensar a estas mujeres que el Papanicolaou es parte de sus corresponsabilidades, por lo que se observa que las beneficiarias lo realicen cada año, en tanto que las no beneficiarias presenten periodos de hasta tres años sin haberse realizado la prueba. No obstante, las beneficiarias se quejan de no estar informadas de los resultados que arrojan estas pruebas.

Aparte del caso especial de Samachique, se observa que en los casos de las mujeres no indígenas, tanto beneficiarias como no beneficiarias, se presenta con mayor frecuencia la utilización de los métodos anticonceptivos hormonales y dispositivo, que en los casos de mujeres indígenas.

Muerte infantil. Se documentaron 18 casos de muerte infantil en la muestra estudiada. De éstos 83% son de familias indígenas y casi la totalidad murieron antes de cumplir un año de enfermedades relacionadas principalmente con padecimientos gastrodigestivos y respiratorios. Cabe enfatizar que en la muestra de Chihuahua hay igual número de casos de indígenas y no indígenas. Se reporta un caso de negligencia médica en el que no recibieron la atención adecuada ya que el médico se encontraba ebrio. Los casos restantes no indígenas, murieron todos de enfermedades respiratorias.

SONORA

Guarijía. La muestra de hogares indígenas estudiada en la región guarijía presenta visibles diferencias con la muestra no indígena. En la primera se observa un número más elevado de alumbramientos por hogar, asistidos por parteras e incluso por la mujer misma con ayuda del cónyuge, se utilizan en muy pocos casos métodos anticonceptivos, lo que puede extenderse para los hogares no indígenas también. Estos últimos combinan la atención de parteras con instituciones públicas de salud. Los hogares no beneficiarios analizados no han realizado la prueba de detección del cáncer cervicouterino. Las mujeres indígenas presentan un ciclo reproductivo más extendido que las no indígenas.

Mayo. En la microrrregión mayo se observa que la mayoría de los hogares estudiados, indígenas y no indígenas, beneficiarios y no beneficiarios, recurre a instituciones de salud públicas del IMSS principalmente (segundo nivel) o de la SSA para el alumbramiento y el control prenatal. En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos, éstos son ampliamente utilizados sin grandes diferencias entre indígenas o no indígenas, beneficiarios o no beneficiarios. Al parecer la cercanía de las instituciones hospitalarias o bien el hecho de que los ejidatarios sean derechohabientes hace menos notable la diferencia entre los diferentes grupos estudiados.

Yaqui. El ciclo reproductivo de las mujeres no indígenas es más corto y en algunos casos tardío que el de las mujeres indígenas. Estas últimas hacen menor uso de los métodos anticonceptivos modernos que las no indígenas, principalmente beneficiarias. Las mujeres de la primera generación han estado menos informadas sobre los métodos anticonceptivos. En cuanto al tipo de atención durante el embarazo y parto, se logra apreciar una diferencia clara entre indígenas, que recurren mayoritariamente a la partera, y las no indígenas de los casos estudiados cuyos partos se han atendido en instituciones de salud públicas.

En todos los casos, se observa un patrón similar: las generaciones más jóvenes, indígenas o no indígenas, beneficiarios o no beneficiarios, presentan comportamientos disímiles a las de la generación anterior, esto es, asisten al control prenatal y prefieren realizar los alumbramientos en instituciones de salud.

Es también notable la influencia del Programa Oportunidades en la ocurrencia y frecuencia en la realización de la prueba detección del cáncer cervicouterino. Algunas veces bajo la forma de disuasión (pláticas de sensibilización e información de parte del personal médico) o bien de imposición (se considera corresponsabilidad), el Programa ha logrado aumentar la frecuencia de la realización de la prueba.

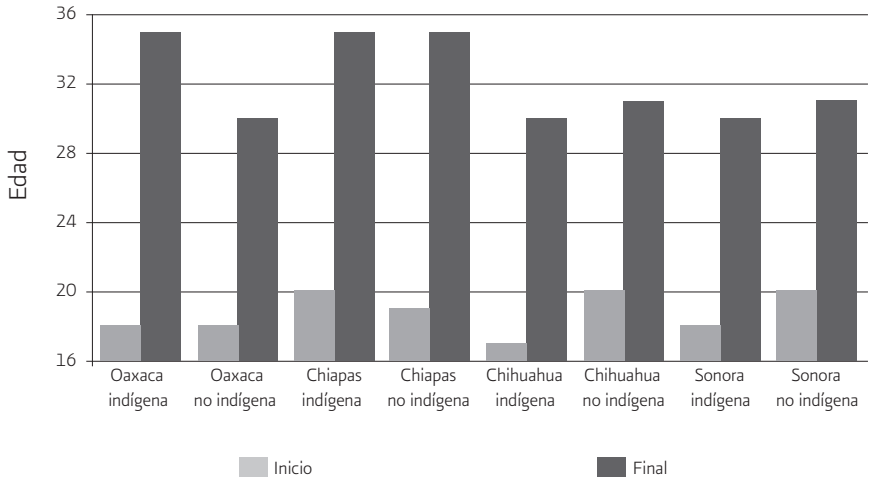
ANÁLISIS DE TRAYECTORIAS DE SALUD REPRODUCTIVA

Ciclo reproductivo, número de hijos y utilización de métodos anticonceptivos

El estudio de casos en las distintas localidades y estados arroja como resultado principal que, a excepción de Chiapas, las mujeres indígenas presentan ciclos reproductivos ligeramente más largos que las no indígenas. Éstos se distinguen por comienzos más tempranos que oscilan entre los 17 y 18 años y terminan alrededor de los 30. En Oaxaca se observaron ciclos con término más tardío en los que la mujer indígena deja de tener hijos a los 35 años. En el estado de Chiapas no se encontraron diferencias entre los casos estudiados indígenas y no indígenas en cuanto a la duración, inicio y término de los ciclos reproductivos: ambos comienzan entre los 19 y 20 años para terminarse al igual que en Oaxaca a los 35 años. Ambos estados comparten un promedio de seis hijos tanto para mujeres indígenas como no indígenas. En cuanto a la muestra de los estados del norte, estos arrojan como resultado promedios diferentes entre mujeres indígenas y no indígenas que indican una mayor cantidad de hijos de las primeras con respecto a las últimas (6 y 4 respectivamente para Chihuahua, y 5 y 3 hijos para Sonora, aproximadamente).

En lo que respecta a la "utilización de métodos anticonceptivos", los datos señalan ciertas diferencias entre las localidades de estudio. Tales discrepancias se originan fundamentalmente por el acceso a los distintos métodos, a través de los servicios de primer nivel disponibles al momento de la historia reproductiva, y el desempeño de dichos

Figura 6
Duración del ciclo reproductivo por estados, según edad



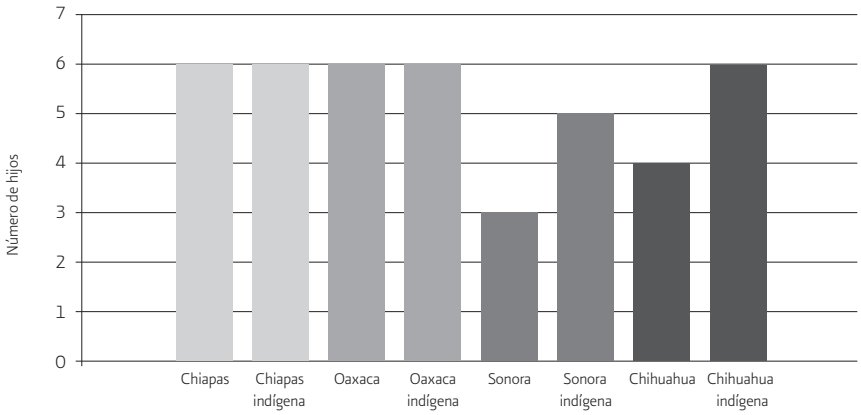


Figura 7
Número de hijos por estado

servicios en cuanto a su labor de información y convencimiento a propósito de su utilización. En este sentido se puede afirmar que a mayor edad de la mujer, menor ha sido el nivel de utilización de métodos anticonceptivos, ya que muchos de los servicios han sido de reciente creación o bien las políticas de calidad de salud han sido apenas instrumentadas. Prueba de ello son los casos de mujeres, indígenas y no indígenas, así como beneficiarias y no beneficiarias encontrados, cuyas edades oscilan entre los 20 y 40 años que conocen y/o han utilizado métodos anticonceptivos modernos. En cuanto a las limitantes para su utilización se encontró mencionado en los testimonios principalmente el desabasto de métodos en los servicios de primer nivel locales, así como la idea de que éstos son perjudiciales para la mujer, además de la oposición de parte de la pareja sexual.

En la mayoría de las microrregiones de estudio, salvo las excepciones que se mencionarán más adelante, las mujeres indígenas manifestaron no utilizar métodos anticonceptivos durante su periodo reproductivo. Se observa únicamente que, en ciertos casos, las mujeres han decidido operarse cuando consideran que ya no desean tener más hijos. Las mujeres no indígenas, beneficiarias principalmente, han mostrado mayor frecuencia en la utilización de métodos anticonceptivos hormonales y así como el DIU.

El análisis de los casos del estado de Chiapas arrojó un solo caso de mujer indígena que tomó anticonceptivos, encontrando que 20% de los casos se realizó la salpingoclasia. En contraste, 40% de la muestra de mujeres no indígenas, principalmente beneficiarias y ex beneficiarias, manifiesta utilizar o haber utilizado métodos anticonceptivos hormonales, y 30% se ha hecho operar con el fin de no tener más hijos. Las mujeres no indígenas beneficiarias han obtenido información respecto a los métodos anticonceptivos y su utilización a través de las pláticas de *Oportunidades*, a las que asistieron como parte de sus corresponsabilidades. Las mujeres indígenas de esta muestra opinan que los métodos anticonceptivos tales como pastillas e inyecciones hormonales, son dañinos para la salud de la mujer, de ahí que algunas prefieran operarse al considerar que ya tienen los hijos que desean y/o que puedan mantener. También ponen a consideración en esta decisión el costo de la atención durante el parto y sobre todo, en caso de requerir cesárea cuya atención resulta costosa y las obliga a desatender a la familia durante la etapa posoperatoria. Otro de los factores que desalienta el uso de los métodos anticonceptivos modernos en algunos de los casos indígenas estudiados, es el desacuerdo de la pareja quien decide tomar las precauciones necesarias sin recurrir tampoco a métodos "no naturales". En cuanto a la salpingoclasia, resalta la labor de convencimiento realizada por los médicos de los servicios locales de salud.

En las microrregiones estudiadas en Oaxaca, se observa que las mujeres indígenas beneficiarias de edades de 20 a 40 utilizan y/o conocen los métodos anticonceptivos. Para estas mujeres, la decisión de emplear o no emplearlos se encuentra relacionada con la percepción de los métodos como causantes de daños en la salud de la mujer. Con frecuencia, la toma de anticonceptivos o bien la esterilización permanente se realiza hasta el final del ciclo reproductivo, cuando la mujer y/o la pareja consideran que se tienen los hijos deseados.

En Chihuahua se presentan casos de mujeres tanto indígenas como no indígenas que utilizan métodos anticonceptivos alternando el uso de DIU y métodos hormonales, con periodos de no utilización durante los cuales ocurrieron en algunos casos embarazos. Dichos periodos de pausa pudieron ocurrir por elección propia o bien por desabasto de métodos anticonceptivos en la clínica local de primer nivel, lo que representa una limitante para su utilización. Muchas de los ciclos reproductivos terminan con la realización de la operación de ligadura de trompas de Falopio luego de decidir el último parto. En Maycoba, la clínica distribuye tanto los métodos hormonales como el DIU. Algunas familias debieron asumir el costo de la esterilización permanente. Las mujeres más jóvenes (19 a 40 años) utilizan o han utilizado con mayor frecuencia los métodos anticonceptivos.

Cabe destacar el caso particular de la microrregión de Samachique, donde los datos etnográficos informan de una mayor utilización, tanto en beneficiarias y no beneficiarias así como indígenas y no indígenas, de métodos hormonales y/o DIU en algún momento de su vida reproductiva (66%) y de ligadura de trompas de Falopio al final del ciclo reproductivo (73%) (figura 8). La mayor frecuencia se observa después de 1990. En estos casos se documentó el acuerdo de la pareja sexual y familiar en la decisión del control familiar. En todos los casos de utilización de métodos hormonales y/o DIU, éstos fueron proveídos por la clínica de la localidad (primer nivel) aunque con periodos de desabasto que algunas mujeres lograban superar encargando los medicamentos a otras localidades, y las que no los conseguían se embarazaban en algunos de los casos. En Samachique el promedio de hijos en hogares indígenas es de cinco y de tres para los no indígenas, dicha diferencia se explica con el hecho de que son las mujeres indígenas quienes utilizan menos los anticonceptivos, o únicamente deciden ligarse después de considerar que ya tuvieron los hijos que deseaban. Algunos de los testimonios de esta región hacen referencia a la labor de convencimiento en cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos así como en la orientación sobre la planificación de parte del personal médico de la clínica local.

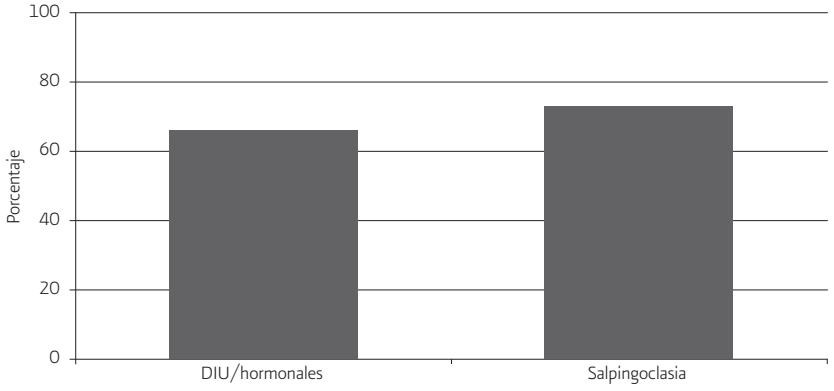
De igual manera, en la microrregión mayo en Sonora, se observa que la mayoría de los hogares estudiados, indígenas y no indígenas, beneficiarios y no beneficiarios, utilizan ampliamente métodos anticonceptivos hormonales y DIU sin grandes diferencias. Al parecer, en esta región juega un papel importante la cercanía de las instituciones hospitalarias o bien el hecho de que los ejidatarios sean derechohabientes, que hace menos notable la diferencia entre los distintos tipos de hogares estudiados.

Registramos que los principales obstáculos para el acceso a métodos anticonceptivos son la falta de abasto y, sobre todo, las actitudes de rechazo de sus parejas reproductivas; en los casos en donde no hay atención de primer nivel, las casas de salud bien abastecidas son un comodín que garantiza el acceso de las mujeres a métodos de control de la natalidad.

DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

En general, salvo las dos excepciones mencionadas anteriormente, la ausencia de testimonios sobre la realización de la prueba de detección del cáncer cervicouterino, da cuenta de la gran ausencia de ésta en la atención a la

Figura 8
Utilización de métodos anticonceptivos en Samachique, Chihuahua



salud sexual de las mujeres no beneficiarias en las regiones estudiadas. En contraste, se observó que las mujeres beneficiarias han acudido a hacerse esta prueba luego de haber recibido alguna de las pláticas sobre el tema, donde posteriormente las mujeres son exhortadas a realizársela, lo que las lleva a pensar que se trata del cumplimiento de una corresponsabilidad. No obstante, en los casos en los que se reporta su realización, los resultados de la prueba han sido escasamente comunicados o bien éstos han sido remitidos de manera tardía.

En Chihuahua por ejemplo, algunas mujeres beneficiarias, indígenas y no indígenas manifestaron haberse realizado la prueba durante el cumplimiento de la corresponsabilidad de asistir a la plática de salud. Esta coincidencia, como ya se mencionó, puede llevar a pensar a estas mujeres que el Papanicolaou es parte de sus corresponsabilidades, por lo que se observa que las beneficiarias lo realicen cada año, en tanto que las no beneficiarias presenten periodos de hasta tres años sin haberse realizado la prueba.

ATENCIÓN PRENATAL, POSNATAL Y DEL PARTO

En cuanto al cuidado prenatal de tipo médico, éste es muy poco frecuente, sobre todo en mujeres indígenas y/o mujeres de más de 45 años de edad. Se acude más bien con la partera en ciertos periodos de la gestación, la cual lleva a cabo masajes destinados a acomodar al producto en la posición correcta y en algunos casos, hasta proveer de complementos vitamínicos a las embarazadas. Las mujeres jóvenes, tanto indígenas como no indígenas, beneficiarias y no beneficiarias, acuden con mayor frecuencia al control prenatal de tipo médico, a excepción de Chiapas donde en los casos de mujeres jóvenes estudiados, se observó que también acudían a la partera. En los casos de mujeres mayores se alternó la atención de la partera y de servicios médicos. Las mujeres beneficiarias han acudido mayormente a control prenatal en los periodos en los que han sido beneficiarias. De esto último la ocurrencia ha sido mayor en mujeres no indígenas. Como ya se mencionó anteriormente, en las regiones Mayo de Sonora y Samachique de Chihuahua, las mujeres recurren casi en su totalidad a control pre y posnatal. En cuanto a esta última, puede decirse que la clínica cumple con el objetivo de calidad para los servicios de primer nivel al asegurar a beneficiarios como no beneficiarios de una atención prenatal y posnatal, de la provisión de métodos anticonceptivos y de orientación en cuanto a salud sexual.

Del análisis de los casos en las diferentes regiones, salta a la vista la amplia frecuencia con que las mujeres recurren a la partera para la atención de sus alumbramientos. Las diferentes razones que se aducen son, aparte de la ausencia de servicios para los partos que se han llevado a cabo antes de 1990, las dificultades de transporte y desplazamiento hacia comunidades con mayor provisión de servicios, el costo de la atención, la frialdad de la institución hospitalaria, el "pudor" de las mujeres de ser expuestas a múltiples médicos (por causa de rotación de horarios, o bien de la breve estancia de los médicos en las comunidades), el temor a ser víctimas de negligencias médicas y/o abusos,* entre otras. En este sentido, la partera es una persona de conocimientos consolidados o bien un familiar (muchas veces la madre, la suegra, una tía, etc.). No obstante, se documentan numerosos casos donde la partera recomienda, e incluso niega la atención, a mujeres con complicaciones de parto (muchas de ellas mayores de 30 años de edad), para que acudan a alguna institución hospitalaria a recibir atención médica. De ahí que los últimos partos de numerosas mujeres tanto indígenas como no indígenas, beneficiarias y no beneficiarias entre los 45 y más años de edad, habiendo recurrido a partera durante casi la totalidad de sus partos, hayan ocurrido en instituciones hospitalarias (aunque también pueda deberse a la decisión de realizarse la salpingoclasia).

En numerosos casos la mujer decide pasar por el parto sola o bien con ayuda de la pareja, en situaciones de urgencia (parto inminente), falta de recursos o bien, por las experiencias anteriores que hacen sentir a la mujer preparada para llevar a cabo el alumbramiento de manera independiente.

Por último, resulta pertinente resaltar que las conductas migratorias, implican retos para el sector salud de acuerdo a las necesidades de las pautas de atención de mujeres migrantes que inician su vida sexual y se embara-

* Se encontraron casos donde los doctores esterilizaron a la mujer sin su consentimiento, sólo con el consentimiento de la pareja, y donde se implantó un DIU sin haber puesto al tanto a la paciente, la cual sufrió de complicaciones posteriores y desconocía la razón. También temen la cesárea, ya que esta es costosa y requiere de recuperación posterior, además de representar un riesgo por la anestesia.

zan en territorios lejanos a sus comunidades, pero que vuelven a ellas durante el último trimestre para garantizar el acompañamiento de la familia y la comunidad en la atención del parto, un reto que no siempre es asumido por los prestadores de servicios de salud debido a las dificultades para evaluar el control prenatal y la condición de salud de las mujeres cuando llegan a sus consultorios rurales, provocando negativas en la atención.

MUERTE INFANTIL

El principal resultado que arrojan los datos es que las principales causas de muerte infantil son aquellas que tienen que ver con padecimientos respiratorios y gastrointestinales. La mayoría de estas muertes ocurre en hogares indígenas.

En Chihuahua se documentaron 18 casos de muerte infantil de los cuales 80% corresponden a familias indígenas. Casi la totalidad murió antes de cumplir un año de enfermedades relacionadas principalmente con padecimientos gastrointestinales y respiratorios. Se reporta un caso de negligencia médica en el que no recibieron la atención adecuada ya que el médico se encontraba en estado de ebriedad. Los casos restantes no indígenas murieron todos de enfermedades respiratorias. En la microrregión de Las Margaritas, en Chiapas, los niños de las primeras generaciones de mujeres entre 40 y 50 años murieron sin ser atendidos por personal médico ya que no había en aquel entonces servicios médicos a proximidad.

TALLERES COMUNITARIOS DE CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

El autocuidado, la salud y la enfermedad son conceptos que cambian de acuerdo con los diferentes contextos culturales. Se sabe que no existe ningún grupo humano o persona que prescinda de la capacidad y necesidad de prodigar la atención necesaria para garantizar cierto bienestar físico y emocional, en mayor o menor medida y siempre desde su experiencia y sentido. En un mismo grupo étnico o comunidad, los significados referentes a la salud, la enfermedad y el cuerpo son diferentes. Mujeres, hombres, adolescentes o adultos mayores significan sus cuerpos y su cuidado de maneras muy distintas.

En contextos indígenas, proveer de cuidados al individuo y a la familia adquiere una connotación diferente. Participar en rituales mágico religiosos para proteger los cultivos y la cosecha, acudir por limpias familiares con curanderos, con el propósito de establecer orden y equilibrio con las fuerzas de la naturaleza y la comunidad, son, entre otras, prácticas orientadas a prodigar el bienestar, la protección y el cuidado del ser y su entorno.

De acuerdo con lo anterior, el autocuidado en grupos indígenas, implica una reflexión más allá del sentido de la biomedicina, donde cabe hacerse la pregunta ¿Qué sentido tienen las prácticas del cuidado personal de la salud y el cuerpo para un grupo indígena determinado? ¿Qué significados podría tener para los beneficiarios de *Oportunidades* el autocuidado de la salud?

Los talleres de autocuidado del Programa pretenden, a partir de información pertinente para la salud, promover prácticas de prevención y autocuidado. Para este propósito, la necesidad de explorar el significado de "cuidarse" y "cuidar", el "cuerpo" y la "salud" es un paso imprescindible para la comunicación de los mensajes de salud y la posible apropiación de la información. Provocar una reflexión personal sobre los propios valores, creencias y conductas puede facilitar una mejor relación con los cuerpos y la salud y la incorporación de nuevas prácticas orientadas al cuidado de los mismos. Sin embargo, este ejercicio no forma parte de las reflexiones cotidianas de los prestadores de servicios de salud, ni de la estructura misma del Paquete Básico Garantizado de Salud. La bitácora de 40 temas proveídos por el Programa (anexo C) no contempla ninguno referente a los significados de la salud, la enfermedad, el cuerpo y su cuidado.

Suscitar las reflexiones sobre los significados en relación al cuerpo, la salud y la enfermedad en contextos multiculturales implica, ante todo, propiciar un ambiente de confianza y comunicación entre los proveedores de salud y los beneficiarios. Para que los mensajes relativos al cuidado de la salud tengan impacto en quienes los reciben se requiere de una metodología participativa que se muestre atenta a las necesidades, sentido y prácticas de los implicados, justamente para que las personas concluyan por sí mismas los beneficios que puede tener la incorporación paulatina de nuevas prácticas y actitudes.

---

* En términos oficiales estas intervenciones son consideradas "talleres", pero dada la metodología expositiva que los caracteriza, entrecomillado el término, se considera que más bien se trata de charlas de salud.

El éxito de un taller de autocuidado depende también de la elaboración de cartas descriptivas que detallen técnicas grupales, pertinentes a los contextos culturales donde se llevan a cabo, y que sean de utilidad para los equipos médicos que desarrollan los temas, así como materiales, insumos y espacios propicios para la realización de las dinámicas.

Si bien, todas las condiciones referidas pueden propiciar un mejor impacto y aceptación de las temáticas tratadas, en la práctica, los "talleres"* distan de considerarlas. Las precarias condiciones de infraestructura, la necesidad de insumos y materiales para la ejecución de dinámicas grupales, la falta de capacitación y las condiciones de sobrecarga laboral del personal médico, comprometen la calidad de las intervenciones para la educación del autocuidado de la salud. Se observa que los "talleres" de salud se llevan a cabo del siguiente modo:

a) Los "talleres" tienen una duración de 40 a 60 minutos, y generalmente se destina hasta media hora para la firma de asistencia.
b) Se imparten en español y los materiales de apoyo están en dicha lengua.*
c) Aunque las temáticas de los talleres deben impartirse de acuerdo a cada grupo de edad, se observa que no hay coherencia entre las temáticas y los grupos a los que se destinan (salvo los Temas de Capacitación para el Autocuidado de la Salud para becarios de educación media superior). Por ejemplo, se documentó la impartición de "talleres" relativos a la utilización de métodos anticonceptivos a adultas mayores, y de vacunación de niños a mujeres con hijos de mediana edad (adultos jóvenes).
d) La metodología es expositiva, a modo de "charlas". No son comunes las dinámicas grupales, debido a la escasa capacitación (y tiempo para llevarlas a cabo) de los equipos médicos sobre técnicas y manejo de grupos.
e) Las herramientas didácticas se reducen a la utilización de láminas que proporciona la SSA o el IMSS-*Oportunidades* y a un cuadernillo de trabajo al que generalmente se le da lectura para la discusión de temas. Las lecturas grupales excluyen a las beneficiarias analfabetas y suelen ser en general muy tediosas.
f) Aunque la agenda temática de los talleres de *Oportunidades* contempla 40 temas para adultos y 10 para jóvenes becarios de educación media superior, al cabo de 10 años, las beneficiarias de larga exposición encuentran reiterativo y aburrido revisar los mismos temas. Entre otras cosas, esto se debe a que comúnmente los prestadores de servicios de salud, desarrollan las temáticas que más conocen, obviando otras. Se cree conveniente considerar el tiempo de exposición al programa en las agendas temáticas.
g) En 90% de las localidades donde se llevan a cabo los talleres, no se contaba con un espacio adecuado para su instrumentación. Usualmente estas reuniones se desarrollan en áreas comunes al aire libre, donde los beneficiarios son expuestos a las condiciones del clima. En pocas localidades se contaba con sillas adecuadas; se documentó el uso de asientos inapropiados, como bancas, banquillos o jardineras de concreto.
h) Las comunidades donde el ausentismo del equipo médico es frecuente, son más propensas a las prácticas de complicidad en el cumplimiento de las corresponsabilidades;‡ bajo estas condiciones los "talleres" de salud, no se imparten o se imparten de manera inadecuada y más bien se orientan al registro de asistencias. Sin embargo, donde realmente se instrumentan, los talleres de autocuidado a la salud resultan potencialmente útiles como un componente de educación general para adultos que no lograron completar su ciclo de educación primaria o secundaria.

LOS TALLERES Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Desde el punto de vista de los equipos médicos, el Programa Oportunidades a través de los talleres, ha expuesto a los beneficiarios a información pertinente para su salud. Sin embargo, su tránsito hacia la incorporación de prácticas de autocuidado, más que lerdo, es en todo caso nulo. Opinan que las prácticas de autocuidado no pueden ser ope-

* A excepción de cuatro localidades en Chiapas y Oaxaca (de las 38 donde se ubican los hogares de estudio), donde se documentó que una enfermera bilingüe llevaba a cabo la sesión en lengua indígena.

‡ González de la Rocha M, Paredes P, Sánchez-López G. Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales Numeral 3 (documento analítico del estudio etnográfico de Oaxaca). México: CIESAS, 2008.

rantes en ámbitos rurales e indígenas por las dificultades que significan "las costumbres",* sobre todo en lo relativo al saneamiento básico, actividades como hervir el agua, la defecación al ras del suelo y enfermedades prevenibles como ERA, EDA y dengue.† Estas enfermedades nunca son adjudicadas a las condiciones de pobreza, marginación y la inadecuada infraestructura de servicios, sino a la condición étnica de los hogares. De algún modo, *Oportunidades* ha propiciado este cambio en la percepción de los padecimientos, sobre todo entre hogares indígenas que viven a proximidad de centros de salud, entre estas familias se documentó el impacto más evidente, en tanto cambios de percepciones y conocimiento de diagnósticos, sobre todo en términos comparativos con hogares mestizos no beneficiarios.

Difundir información pertinente a la salud, desde un punto de vista biomédico, ha tenido un efecto ambivalente. De acuerdo con las trayectorias de atención documentadas, la utilización de un bagaje médico, para referirse a las enfermedades, fue más común entre los hogares beneficiarios. A largo plazo, se considera que disponer de esta información puede significar mejores recursos para la comunicación de estas familias en sus encuentro médicos. Por otro lado, también podría incidir en el fomento de la participación en campañas nacionales de salud, que parten precisamente de nosologías biomédicas. Aunque el tratamiento de las enfermedades durante los talleres sea exclusivamente desde el punto de vista de la medicina oficial, e implique una oportunidad en los sentidos expuestos, esta situación ha tenido también consecuencias no planeadas y no positivas. A partir de la observación durante los talleres, documentamos una persistente actitud de crítica hacia las costumbres, anulación de los conocimientos y prácticas locales. Los siguiente testimonios brindan algunos ejemplos, respecto de la conducta de los equipos médicos durante las charlas de salud, que son generalizables a las otras microrregiones de estudio:

"Si hay aseo e higiene no va a haber diarreas ni enfermedades, llegan al hospital con el niño enfermo y le piden a todos los santos que se curen en vez de hacernos caso..."

Explicación de una dietista, en Comaltepec, 24 de abril de 2008. Diario de campo de Alicia Albertos.

"Si quieren seguir con sus costumbres, usar cotón, huarache, calzón, es tradición, es costumbre de ustedes, si a ustedes les gusta vestirse así, pues vístanse así, pero limpien sus casas..."

Promotor de salud, Comaltepec, 24 de abril de 2008. Diario de campo de Alicia Albertos.

"... no quiero ser grosero, pero quiero que todos seamos inteligentes, nadie somos tontos... como el elefantito que quería ser libre, muchos de nosotros también tenemos un callo, pero en el cerebro, pero ustedes no son elefantitos, son seres humanos, tienen inteligencia ¿van a ser como el elefante?"

Promotor de salud, 23 de abril de 2008, Charco Nduayoo. Diario de campo de Alicia Albertos, microrregión Costa.

* Los prestadores de salud opinan que en términos de acceso a la información no hay diferencias entre la población indígena y mestiza, es decir, ambos hogares reciben por igual los contenidos de salud. Pero ellos argumentan que el desempeño de prácticas, es muy limitado entre las familias indígenas, debido a su condición étnica.

† Este apartado expone brevemente el punto de vista de los prestadores de servicios, aunque a lo largo del texto se documentan los impactos favorables evidentes a partir del análisis de la información obtenida en campo.

Los ejemplos anteriores son útiles para ilustrar el modo en que las creencias de los pueblos indígenas y las formas de significar el cuerpo y sus procesos de salud-enfermedad no son aceptados como un saber y una experiencia válida, todo lo contrario: es incorrecta. Expresiones como "les hemos enseñado pero no entienden" son comunes y generales a todos los escenarios.

De acuerdo a la información documentada, los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud corren el riesgo de convertirse en herramientas que desestiman y no legitiman los saberes locales relativos al cuidado de la salud y la medicina indígena o tradicional. Los talleres deben de garantizar el respeto por otras manifestaciones culturales relativas a la salud y la enfermedad, en sus temáticas y metodologías; para ellos la capacitación y sensibilización de los prestadores de servicios de salud es imprescindible.

IMPACTO DE LOS TALLERES COMUNITARIOS DE CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

Temáticas. A pesar de que existe un abanico de 40 temas dirigidos a beneficiarias adultas, de acuerdo con los talleres documentados, los temas que se imparten con mayor frecuencia son: a) "Saneamiento básico familiar", b) "Uso del complemento alimenticio", c) "El menor de un año", d) "Vacunas", e) "Diarreas y uso de VSO" y f) "Planificación familiar".

De las 40 temáticas que maneja la agenda de talleres, 11 de ellas corresponden a temas relativos a la salud sexual y reproductiva, pero los temas que se imparten con frecuencia son, a) "Planificación familiar" y b) "Cáncer de mama y cervicouterino, toma de Pap y autoexploración mamaria".

Aunque en la agenda se contempla el tema de "Salud y género", durante el trabajo de campo no se documentó que los equipos médicos abordaran esta temática, ni tampoco las mujeres beneficiarias hicieron referencia ha haberlo recibido.

Como se señaló en el apartado de salud reproductiva, el acceso y utilización de los métodos anticonceptivos está más relacionado con factores generacionales, demostrando que las mujeres de 20 a 40 años los usan de manera más común. Este cambio también podría estar relacionado con la presencia de servicios que han sido de reciente creación o bien políticas de salud que han sido apenas instrumentadas (entre ellas *Oportunidades*). Si bien las concepciones con respecto al uso de métodos anticonceptivos no han cambiado significativamente (aun se considera que son nocivos para la capacidad reproductiva a largo plazo) con la asistencia a los talleres (o por lo menos no pudimos ver relaciones precisas), se observó que las mujeres entre 20 y 40 años (las primeras han sido becarias y son estudiantes de educación media superior) muestran una mejor disposición para discutir temas de salud reproductiva (métodos anticonceptivos y Pap), sobre todo cuando coinciden en hogares beneficiarios de larga exposición.

En general y en conjunto con otras campañas, *Oportunidades* ha coadyuvado a la promoción de la salud sexual y reproductiva como un ámbito de la salud pública y no sólo de la vida íntima de las mujeres. De cualquier modo se considera que el desarrollo de los talleres de autocuidado a través de un sólido componente de género es imprescindible en la tarea no sólo de la promoción de la información técnica sobre la utilización de métodos anticonceptivos, sino en la posibilidad de traducir dicha información desde una plataforma que rescate el sentido que las mujeres le dan a sus cuerpos y a su vida reproductiva. Por otro lado, la necesidad de hacer partícipes a los varones en charlas de salud reproductiva es imperiosa, sobre todo porque contamos con evidencias sobre la desaprobación de estas prácticas por parte de los esposos de titulares mayores de 35 años, principalmente en hogares indígenas de Oaxaca, entre los cuales al menos 20% de las mujeres de la muestra acudieron a los servicios de salud para la aplicación de métodos anticonceptivos sin el consentimiento de sus maridos.

Sin duda, el fomento del uso de métodos anticonceptivos a través de información técnica es menesteroso pero deben ser considerados los aspectos culturales que obstaculizan su plena utilización.

Por eso, parece ser que los temas relativos a la salud en general y salud sexual y reproductiva en particular pudieran tener mejores resultados si antes se contara con una sensibilización previa sobre la importancia del cuidado de sí mismas y de las implicaciones de género en cuanto al acceso a la salud, ya que son las mujeres el grupo cautivo por antonomasia. Se considera que debe integrase más solidamente el componente de género y hacer más especificas las agendas temáticas relativas a género y salud dirigidas a las mujeres adultas e incorporar a los varones en estas discusiones. Para ello propone como imprescindible brindar capacitaciones sobre este tema a los equipos médicos.

Por otro lado, se observa que las temáticas de prevención y cuidado de la salud de la población infantil son acogidas con mayor interés por parte de las madres mestizas titulares de larga exposición. Se observa una atención más oportuna en las enfermedades como diarreas y deshidratación, de hijos de beneficiarias de larga exposición, principalmente mestizas, que viven a proximidad de los centros de salud. Del mismo modo, se documentó que en el caso de una epidemia de dengue en la microrregión mixe en Oaxaca, de acuerdo con los beneficiarios, la identificación temprana de síntomas estaba relacionada con las labores de prevención de *Oportunidades* (visitas de auxiliares médicas y charlas de salud).

Los talleres de Salud han tenido una mejor acogida en las siguientes temáticas: "Uso del complemento alimenticio", "Parasitosis/ciclo de desparasitación", "Saneamiento básico a nivel familiar", "Vacunas, diarreas y uso del Vida Suero Oral (VSO)", "Cuidados del menor de un año y el mayor de un año".

Saneamiento básico. A lo largo de una década, los talleres han tenido un impacto favorable en el desarrollo de prácticas de saneamiento básico, sin embargo este impacto está condicionado por las características de la infraestructura local. En la totalidad de las microrregiones, las limitantes para el acceso de agua potable, así como la contaminación de los ríos y mantos acuíferos, son una constante y un obstáculo real al que se enfrentan los hogares de estudio y que determinan su salud y sus prácticas de saneamiento básico. En Maycoba, durante 2007 fallecieron dos niños pimas debido a infecciones derivadas del consumo de agua. En esta localidad las infecciones dérmicas y parasitarias son padecimientos comunes reportados por las familias independientemente de su adscripción al Programa y de su condición étnica. Con el propósito de tener acceso a agua no contaminada, los hogares se ven en la necesidad de pagar por el transporte de agua hasta sus viviendas, práctica, vale resaltar, reportada por hogares beneficiarios de larga exposición, entre los que se observó una mayor preocupación por tener acceso a agua potable.

Independientemente de su adscripción al Programa, las familias rarámuri que viven en condiciones de marginalidad geográfica (rancherías), reportaron una mayor incidencia de enfermedades parasitarias y dérmicas, derivadas de los obstáculos para el acceso al agua en sus viviendas y menos capacidad para llevar a cabo prácticas de saneamiento básico, como un adecuado manejo de excretas, aseo general de los hogares y sus habitantes. En la localidad serrana de La Ciénega en Chihuahua, los hogares no cuentan con abastecimiento regular de agua, algunas familias transportan agua y recolectan agua de lluvia mediante escurrimiento del techo al tinaco.* Aunque estos hogares tienen proximidad al centro de salud local (cinco minutos a pie hacia las instalaciones de la UMR del IMSS-*Oportunidades*) sus prácticas de saneamiento básico y los padecimientos reportados –aun siendo beneficiarios de larga exposición– no son radicalmente diferentes a los de los hogares no beneficiarios.

En las microrregiones chiapanecas, las condiciones de saneamiento básico son comprometedoras, los hogares no cuentan con letrinas adecuadas, en ocasiones se trata solamente de "hoyos", condiciones que en términos comparativos con las microrregiones de otras entidades ya han sido relativamente superadas (a excepción de hogares rarámuri y pima).

Es posible reconocer que la población mestiza con más años de exposición al Programa es la que demostró un mejor impacto respecto a la incorporación de prácticas de saneamiento básico, siendo menor en familias indígenas que viven en contextos de marginación geográfica (guarijíos y rarámuris). Aunque se podría pensar que esta situación se explica por su condición étnica, está más bien asociada a las características de la infraestructura local. En Chiapas se observó que las familias de segunda generación (nuevos hogares) de ex becarios (independientemente de la variable etnicidad), también habían demostrado un impacto positivo.

Con respecto al manejo de la basura, se observa una excelente disposición del control de desechos por parte de las familias beneficiarias, pero a través de procedimientos sistemáticamente erróneos (por ejemplo, la quema de plásticos). Aunque el Programa no fomenta directamente estas prácticas, la promoción directa de los prestadores de servicios ha provocado que muchas beneficiarias vean las quemas de basura como una "corresponsabilidad". Se considera que

* Se observó también que los hogares (principalmente indígenas) con prácticas de acarreo de agua, actividad generalmente realizada por las mujeres, reportaron con mayor frecuencia dolores lumbares, "bolas en la espalda", y abortos (dos casos en la mazateca).

ésta puede ser una buena oportunidad para promover prácticas correctas de manejo de desperdicios (clasificación y reutilización) como parte de la agenda temática del Programa, haciendo explícitos esos contenidos.

En suma, el fomento y desarrollo de prácticas de saneamiento básico tienen una mejor acogida cuando las condiciones externas (control y manejo de los desechos, acceso al agua, construcción y uso adecuado de letrinas) son óptimas, aunque se documentó un bajo impacto en el cambio de hábitos de higiene como hervir el agua y aceptar las nuevas condiciones de "encorralamiento" de animales, debido a las implicaciones en las economías domésticas.

SALUD Y COMUNIDAD

Si bien, la adscripción al Programa significa un privilegio para acceder a canales de comunicación y redes sociales, y en algunas ocasiones garantiza el acceso a programas federales y del estado, esta situación es privativa de los beneficiarios y no es extensible a la comunidad en su conjunto. Este estado de cosas provoca una apatía generalizada entre los no beneficiarios que se expresa de diferente modo. Se recogieron múltiples opiniones de hogares no beneficiarios y prestadores de servicios de salud que nos permiten asegurar que el tema de la salud comunitaria se vincula con la pertinencia a *Oportunidades*. Es decir, se asume que las acciones de salud comunitaria son exclusivas de los beneficiarios del Programa. Esta percepción popular tiene consecuencias lamentables para la promoción de campañas preventivas de descacharrización, vacunación de población infantil, animales domésticos y de corral. Los hogares no beneficiarios muestran reticencias para participar en dichas campañas, argumentando que "no son de *Oportunidades*". Según la evidencia acumulada, en términos de participación social, se observa que el Programa en contextos rurales ha tenido consecuencias no planeadas en los siguientes aspectos:

- Condicionamiento de la participación comunitaria de acuerdo con la adscripción a *Oportunidades*, con una consecuente apatía de los no beneficiarios hacia las acciones promovidas por el sector salud, como campañas de descacharrización, vacunación de población infantil y adulta, animales domésticos y de corral.
- Los equipos médicos disponen de los beneficiarios, principalmente las mujeres titulares, como ejecutores de sus responsabilidades laborales.
- En todas las localidades estudiadas, las mujeres titulares son las ejecutoras del aseo de espacios públicos y quemas de basura. La exclusión de los varones de dichas actividades ha tenido como consecuencia la feminización de la participación comunitaria.
- Se observa una división social entre beneficiarios y no beneficiarios. La población adscrita al Programa ha demostrado privilegios de atención, sobre los no beneficiarios.
- Ausencia de programas de salud que involucren a la población abierta. "Oportunización"* de las agendas de salud preventiva de otros programas de salud del estado o municipio.

Finalmente, se debe resaltar que la integración de la población a las prácticas de saneamiento básico y prevención de enfermedades transmisibles, independientemente de su adscripción al Programa, es un reto que no se puede obviar en la operación del Paquete Básico Garantizado de Salud, si se persigue un verdadero fortalecimiento de la salud comunitaria. El éxito de las acciones más concretas del Paquete Básico Garantizado de Salud depende de la efectiva colaboración de todos los sectores y de la capacidad para involucrar a la población no adscrita a *Oportunidades*.

IV. Impacto y discusión de resultados

INFRAESTRUCTURA

En términos de infraestructura se observó que los escenarios de estudio ofrecen diferentes oportunidades de acceso y limitaciones para la atención a la salud de los hogares estudiados. En Sonora, las microrregiones yaqui y mayo demostraron contar con el mayor número y variedad de instituciones médicas, así como equipos médicos más profe-

* Con "oportunización" nos referimos al protagonismo del Programa sobre otros.

sionalizados, equipamiento e instalaciones más amplias y completas. Sin embargo, estas condiciones no se traducen en una mejor atención de los hogares estudiados. Se documentó una sobredemanda de servicios e irregularidades de abasto de medicamentos, que tienen repercusiones directas en la calidad de la atención recibida por las familias. La diversidad y condiciones de los servicios están relacionadas con la ubicación de estas microrregiones en *hinterlands* urbanos, con mejores medios de comunicación y transporte.

En la microrregión guarijía de Sonora, las condiciones de los servicios estatales de salud, no distan mucho de las documentadas en la microrregión Yepachi-Maycoba de Chihuahua, ausencias de personal médico profesionalizado y francas limitantes en términos de las capacidad resolutiva de los centros locales de salud, además de los inconvenientes de ser localidades alejadas de centros de atención de segundo nivel y con una reducida variedad de la oferta médica.

En Norogachi y Samachique, microrregiones de Chihuahua, si bien las redes de salud públicas (SSA e IMSS-*Oportunidades*) son limitadas en cuanto a sus instalaciones, abasto de medicamentos y profesionales médicos, la infraestructura de servicios es considerablemente diferente, dada la presencia de dos instituciones médicas religiosas. Ambas trabajan con un modelo de atención que busca adaptarse a las condiciones culturales de la población, caracterizado también por tener una mejor capacidad resolutiva, impactando directamente en la calidad de la atención recibida por estos hogares de estudio.

En Chiapas y Oaxaca las condiciones de la infraestructura de servicios no son muy diferentes, aunque Chiapas, demostró tener un mayor rezago en términos de acceso a servicios de calidad, determinado por un franco desabasto de medicamento y equipos médicos profesionalizados más grave en comparación con Oaxaca. En tanto Oaxaca, aunque la cobertura, infraestructura de servicios y equipo médico, sea menos irregular que en Chiapas, se observa que estas condiciones no garantizan el acceso a la salud de las familias indígenas.

Podríamos afirmar que la infraestructura y calidad de los servicios de salud del estado se muestra limitada en contextos de pobreza focalizada, y no de acuerdo con los grados de marginación de las entidades de estudio. Aunque Sonora revela grados de marginación "muy bajo" en cuanto al municipio de Guaymas, y "medio", en los municipios de Etchojoa y Álamos, las características de los servicios, al menos en las localidades de estudio donde se ubican los hogares guarijíos (municipio de Álamos) fueron semejantes a las documentadas en las comunidades indígenas de estudio en Chiapas y Oaxaca que exhiben grados de "muy alta" marginación. De cualquier modo, en términos generales, a mayor densidad de población indígena y grados de marginación (en el caso Oaxaca y Chiapas), se observa una menor calidad de los servicios de salud públicos y de los equipos médicos al frente.

Se corroboró la hipótesis inicial de que los grupos indígenas presentan las condiciones más desfavorables de acceso a los servicios de salud y atención apropiada en casos de enfermedad a causa del rezago, y aunque existan contrastes significativos en las condiciones de vida de los diversos grupos indígenas, aun en contextos donde los patrones de cobertura –respecto del acceso a servicios de salud– parezcan adecuados (como Oaxaca), las posibilidades de acceso a una atención de calidad son más bajas entre los indígenas rurales que entre los mestizos rurales.

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN

Las condiciones generales de la infraestructura de servicios a la que tienen acceso los hogares de estudio, determinan sus pautas de atención. Como se ha demostrado, estas condiciones fueron comparativamente mejores en las entidades del norte que en las del sur, pero focalizadas a las microrregiones yaqui y mayo de Sonora, como consecuencia de una red más diversificada de servicios públicos y de su ubicación en un hinterland urbano, que significa mayores posibilidades de acceso y en Chihuahua, dada la presencia de instituciones médicas religiosas, en las microrregiones de la serranía tarahumara (Samachique y Norogachi).

En términos generales puede decirse que *Oportunidades* tiene impactos favorables en la salud de las familias beneficiarias en tanto que, a través de la consulta preventiva periódica de éstas y la capacitación que se ofrece en los talleres de autocuidado a la salud, el personal médico logra tener un mejor conocimiento del estado general de salud de estas familias en comparación con el de las no beneficiarias. Si bien el Programa ha incrementado la demanda de servicios en el primer nivel de atención –principalmente con motivo del cumplimiento de corresponsabilidades–, al cabo de 10 años, las condiciones y calidad de los servicios, no corresponden al incremento de esta demanda.

En las localidades donde se documentó una limitada capacidad resolutiva en el medio local (servicios de primer nivel), se observa la tendencia de desplazamientos a nodos urbanos en la búsqueda de una mejor atención, con la creciente tendencia de una subutilización de los servicios del primer nivel como centros de monitoreo de corresponsabilidades.

La limitada eficacia resolutiva de las clínicas rurales públicas ha tenido como consecuencia numerosos obstáculos para el acceso a una atención de calidad y francas dificultades para el desarrollo cabal de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud. En consecuencia, la población indígena y rural, muestra una escasa confianza en relación a la atención que reciben de los centros locales de salud, sobre todo de los hogares estudiados en las microrregiones de Oaxaca, Chiapas, Yepachi-Maycoba y guarijía en Sonora, que afecta de diferentes maneras sus condiciones generales de salud y su calidad de vida.

La necesidad de una atención que resuelva los eventos de enfermedad y la desconfianza generalizada hacia los centros locales de salud –ciertamente fundamentada– está relacionada con éxodos en la búsqueda de atención de los episodios de enfermedad, con consecuencias graves para las economías domésticas, más evidentes en hogares indígenas.

Las familias que habitan en las localidades de las microrregiones Norogachi y Samachique, donde la calidad de la oferta de servicios fue mayor, dada la presencia de instituciones médicas religiosas y de una UMR del IMSS-*Oportunidades* que provee un adecuado control y atención del embarazo y consejería sobre salud reproductiva, sirven de parámetro y evidencia de que los servicios locales con eficacia resolutiva tienden a acotar las trayectorias de atención y sus costos, aunque las profundas desigualdades sociales en las que viven los hogares rarámuris siguen siendo indiscutibles, sobre todo las relativas a las condiciones más generales que impactan la salud, como aquellas que devienen de la infraestructura de servicios (agua, vivienda, transporte) y las características de los asentamientos serranos (rancherías, limitadas por el contexto orográfico).

En las microrregiones yaqui y mayo de Sonora, la diversidad en la oferta de servicios de salud públicos, configura un abanico más amplio de posibilidades de atención y determina sus pautas. Los hogares de estas microrregiones, aun los indígenas, acuden con más frecuencia a los centros locales de salud y los costos de la atención son en general menos costosos en comparación con los que se documentaron en hogares indígenas de las microrregiones del sur.

En las microrregiones de Chiapas, Oaxaca, Yepachi-Maycoba en Chihuahua y guarijía en Sonora, se documentaron las condiciones de infraestructura y calidad más deficientes. En estas localidades, los hogares de estudio revelaron una mayor frecuencia de atención de sus eventos de enfermedad en clínicas y laboratorios privados u hospitales públicos a donde tenían que trasladarse con implicaciones costosas. La inversión en la atención privada y en contextos alejados de sus comunidades, implicaron gastos que a largo plazo disminuyeron la posibilidad de resolver sus procesos de salud-enfermedad. Comúnmente estas trayectorias concluyeron antes de encontrar una solución a sus padecimientos, frecuentemente por motivos económicos.

Los episodios de enfermedad sin resolver se hacen parte de la cotidianidad de los hogares, mermando sus capacidades para trabajar y estudiar con consecuentes procesos de acumulación de desventajas. Por otra parte, los hogares con eventos de enfermedad no resueltos, tienden a acumular problemas de salud, que refieren diferentes miembros de la familia, complicando aún más sus posibilidades para generar recursos, económicos y habilidades, que puedan serles útiles para mejorar sus condiciones de vida.

Las consecuencias sociales en cuanto al cambio de roles domésticos, propiciados por los procesos de s-e-a fueron más evidentes en hogares indígenas que vivían en los contextos de mayor precariedad en cuanto a la calidad de servicios locales de salud. El impacto más evidente fue relativo a la interrupción de las trayectorias educativas de jóvenes en edad escolar, por motivos de enfermedad, o por las consecuencias económicas de eventos de enfermedad que acaecieron en sus familias, obligándoles a iniciar sus trayectorias laborales tempranamente. Esta pauta fue muy evidente en la microrregión de Tumbalá en Chiapas. Aun siendo ex becarios, sus posibilidades reales para continuar sus trayectorias escolares estaban limitadas por su acceso a servicios de salud. Se cree que estas implicaciones, particulares a grupos domésticos que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, podrían hacerlos candidatos a apoyos diferenciales, principalmente de aquellos jóvenes que viven con padecimientos crónicos o que sus padres los padecen.

Por todo lo anterior, en los contextos con más desventajas en términos de acceso a servicios de calidad y que presentan una frecuencia mayor de éxodos en la búsqueda de servicios con capacidad resolutiva, se considera que es pertinente poner atención en el seguimiento de referencia y contrarreferencia de la atención en nodos urbanos o ajenas a sus localidades, a través del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes beneficiarios del Programa.

Pese a lo anterior se tiene evidencias etnográficas que nos permiten asegurar que sí existe una demanda real de los usuarios respecto a los servicios locales, principalmente con la expectativa de acceder a consejería, medicamentos (asumiendo, en muchos casos, que deben pagar por ellos) y búsqueda de apoyos para la gestión de "pases" o "recomendaciones" que les puedan ser útiles en los hospitales urbanos.

Se observa la concurrencia a clínicas rurales para la atención de padecimientos, generalmente crónicos o menores (en el caso de Samachique atención durante el embarazo), de los cuales los hogares beneficiarios han aprendido a reconocer las posibilidades resolutivas de los centros locales, una habilidad que no demostraron los hogares no beneficiarios, quienes en general tienen una relación muy limitada con las unidades locales de salud. En general, estos padecimientos se refieren a la atención de dolores, diarreas, infecciones respiratorias, accidentes menores y acceso, en las comunidades donde el abasto de métodos anticonceptivos y medicamentos para crónicos degenerativos (diabetes e hipertensión) es regular, a estos insumos.

Oportunidades, en su propósito de ofrecer el nivel de la atención primaria a la salud, ha tenido aciertos resolutivos que son dignos de resaltar. En los casos, como el de la UMR de Samachique, donde hay una adecuada atención y control del embarazo y acceso a métodos anticonceptivos, las mujeres, independientemente de su condición étnica acuden por servicios. Las consultas familiares del Programa demostraron ser de gran utilidad en la detección de pacientes hipertensos, en las microrregiones de Chihuahua y Oaxaca, y de diabéticos en Oaxaca, aun cuando el acceso a medicamentos y el control de los casos fue irregular. La atención y tratamiento de los indígenas beneficiarios padecientes de diabetes, fue considerablemente mejor que la de los no beneficiarios, entre quienes se reportó una incidencia mayor de casos de atención urgente por crisis diabética en clínicas privadas y hospitales públicos de segundo nivel.

Pese a las limitaciones de acceso a medicamentos en los centros locales de salud, las consultas familiares son útiles en la generación de diagnosis. En general, los hogares beneficiarios, demostraron una mayor preocupación por resolver sus eventos de enfermedad. Se cree que el acceso a información pertinente para su salud y el acceso a un ingreso regular (transferencias monetarias), les brinda una disposición diferente para atender sus procesos de salud enfermedad, que es más evidente al compararlos con los hogares beneficiarios, aunque las resoluciones de sus procesos no se den, en todos los casos, en los contextos locales de atención, debido a las limitaciones en la capacidad resolutiva de los servicios rurales.

En general, las familias beneficiarias demostraron un mejor conocimiento de su estado de salud y una mejor disposición para participar en campañas de salud preventiva. Sin embargo, aunque el Programa ha logrado aumentar la demanda de servicios y la participación comunitaria de los beneficiarios en campañas de salud, las capacidades resolutivas de los centros locales de atención no son acordes a estas demandas. En localidades donde el desabasto de insumos para la detección de diabetes y toma de muestra de Papanicolaou es irregular o nulo, los mensajes de prevención que se abordan en talleres y campañas, pierden credibilidad.

Los pocos pero contundentes aciertos que las familias beneficiarias identifican en cuanto a *Oportunidades* (campañas de vacunación, acceso a tratamiento de crónico-degenerativos, disponibilidad de analgésicos y en algunos casos a métodos anticonceptivos, acceso a atención de padecimientos de los que identifican capacidad resolutiva de los centros) pueden a largo plazo cambiar la percepción de las familias, particularmente indígenas, sobre los servicios públicos de salud y sobre la incorporación paulatina de prácticas de prevención y autocuidado. Se considera que estos aciertos deben sostenerse, garantizando sobre todo el acceso a medicamentos en el primer nivel de atención.

De cualquier modo, ante las desfavorables condiciones en que operan los servicios públicos de primer nivel, el impacto del Programa sigue siendo mínimo en la modificación de las pautas de atención. El tránsito hacia una medicina preventiva y a la resolución de demandas en el primer nivel de atención sigue siendo una meta lejana, que únicamente podrá concretarse al asegurar las condiciones básicas para el funcionamiento de las clínicas rurales, principalmente a través del abasto de medicamentos y la presencia de equipos médicos profesionalizados. Aspectos que

sólo pueden garantizarse a través de un sólido trabajo interinstitucional que persiga metas comunes, principalmente entre *Oportunidades* y las autoridades sanitarias.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Fecundidad y uso de métodos anticonceptivos

Se corrobora la hipótesis de que las mujeres indígenas presentan ciclos reproductivos ligeramente más largos que las no indígenas en todas las entidades. En promedio, las mujeres indígenas del sur, tienen seis hijos, mientras que en Sonora son cinco. Por otro lado, ya se observa que en general, el inicio de las trayectorias en el caso de las mujeres de 19 años en adelante se da a edades superiores que las de sus madres. Lo cual confirma que la reducción de los ciclos reproductivos está más relacionada con la edad o generación a la que pertenecen las mujeres que con su condición étnica.

Las mujeres mestizas de las microrregiones del norte refieren los promedios más bajos de hijos, tres en Sonora y cuatro en Chihuahua. No se percibe que exista un incremento de la natalidad relacionada con la presencia de *Oportunidades*. En general, donde existe acceso a métodos anticonceptivos, se reportó una frecuencia de uso mayor entre mujeres beneficiarias mestizas que entre las no beneficiarias, sobre todo a partir de su adscripción al Programa, y una buena disposición a la planificación familiar entre mujeres indígenas, de Chihuahua y Sonora, que tienen acceso a métodos anticonceptivos y a las intervenciones quirúrgicas, una vez que han decidido no tener más hijos.

La utilización de métodos anticonceptivos está relacionada con acceso a centros de salud, el abasto y las concepciones sobre los mismos. En la microrregión mayo de Sonora y en las microrregiones de Chihuahua son ampliamente utilizados sin amplias diferencias entre indígenas y no indígenas. En la microrregión yaqui, la frecuencia de uso es mayor entre mujeres mestizas y en la microrregión guarijía se utilizan en muy pocos casos, tanto entre indígenas como mestizas, principalmente por dificultades del desabasto. En Chiapas, la utilización de métodos anticonceptivos por mujeres indígenas no fue reportada, y en Oaxaca se observó una preferencia por los métodos de control natal definitivos y una tendencia muy evidente de tener al último hijo en escenarios médicos organizados para acceder a la salpingoclasia. Entre las mujeres indígenas del sur la menor frecuencia del uso de métodos anticonceptivos durante su vida reproductiva está muy relacionada con las concepciones de que son perjudiciales para la salud reproductiva y principalmente en Oaxaca, por las actitudes de rechazo de sus parejas sexuales.

El factor generacional, también tiene una incidencia en el uso de métodos anticonceptivos, que está relacionada con la reciente creación de instituciones de salud, que en los contextos rurales de estudio, se remonta, en términos muy amplios, a partir de mediados de la década de los noventa. Las mujeres de 20 a 40 años, conocen y/o han utilizado métodos anticonceptivos, no sólo porque han tenido mayor acceso a centros de salud que sus madres, sino porque han estado más expuestas a información relativa al uso de anticonceptivos, a través de campañas generales y talleres del Programa.

Los métodos preferidos por las mujeres de la muestra durante sus vidas reproductivas (que se concentran en beneficiarias mestizas), fueron el DIU y las inyecciones hormonales porque requieren de poca atención. Y entre mujeres indígenas, la práctica de la salpingoclasia.

No se puede precisar el impacto de *Oportunidades* en cuanto a la planificación familiar, a través de métodos anticonceptivos, pero sí se puede decir que la cercanía de centros de salud y el abasto regular de métodos anticonceptivos, fueron elementos más contundentes en la determinación de las pautas de empleo. Si bien, el Programa ha tenido una incidencia bastante positiva en cuanto a la promoción de métodos anticonceptivos, sobre todo a través de charlas y talleres en mujeres mestizas de 20 a 40 años, se cree que estas acciones no están siendo aprovechadas del mismo modo entre las mujeres indígenas. Al cabo de 10 años, en los hogares de estudio de Oaxaca y Chiapas, las percepciones sobre el uso de métodos anticonceptivos no han cambiado mucho, ni las actitudes de los varones al respecto. Se cree que en estos otros contextos indígenas, se debe hacer hincapié en la impartición de talleres mixtos, con el objetivo de explicar claramente, las ventajas y riesgos de los métodos anticonceptivos. Parece imprescindible que a la par se desarrollen talleres de sensibilización sobre las implicaciones de los métodos anticonceptivos a la

salud, dirigidos a mujeres indígenas, que se impartan respetuosamente y adaptados a las condiciones culturales de cada contexto. Para que estos talleres transiten de una exposición técnica sobre las características de cada método a una experiencia participativa, es también necesario capacitar a los equipos médicos, pues ellos, suelen abordar estos temas únicamente a partir de "charlas" y "exposición".

En cuanto a los talleres de planificación familiar entre jóvenes becarias de educación media superior, no hay elementos para determinar su impacto, pero sí se puede afirmar que estas jóvenes muestran en general una mejor disposición a discutir sobre estos temas y tienen un mejor acervo informativo al respecto. Por último se propone también que las brigadas y centros de salud ofrezcan el servicio de esterilización, que permita a los hogares realizar la decisión sin que implique un gasto mayor para las familias y sobre todo garantizar el abasto constante de estos insumos en los centros de salud.

Pautas de atención del embarazo y el parto

Se observó una tendencia de cambio en las historias reproductivas de las mujeres, principalmente mestizas, que es evidente en la forma de atender los últimos partos. El impacto generacional en cuanto a las pautas de atención del embarazo entre estas mujeres –que muestra cierta tendencia al acceso de atención prenatal en escenarios médicos organizados– está asociado con la creación reciente de centros de salud (a mediados de la década de los noventa), pero principalmente con la etapa del ciclo doméstico de los hogares (más consolidados), lo que posibilita una mayor estabilidad y una mejor atención de la salud reproductiva. Aunque sin duda estos cambios en la concurrencia a control prenatal, coinciden con los periodos en los que las mujeres han sido beneficiarias.

Entre las mujeres jóvenes (mayores de 19 años), a excepción de Chiapas, independientemente de su condición étnica y estatus en el Programa, se observó una frecuencia de atención prenatal mayor que aducimos, está relacionada con la creación de centros de salud en sus comunidades.

En general, el cambio de pautas de atención del embarazo en contextos médicos, está más relacionado con el acceso a servicios de calidad en el primer nivel de atención, que con la variable etnicidad. Aunque también para las mujeres indígenas su condición étnica juega un papel preponderante en cuanto a la decisión sobre el modelo de atención que eligen (partera, partos sin asistencia o con la asistencia de sus esposos o figuras familiares femeninas), dicha decisión está sobre todo moldeada por el tipo de trato que reciben en las unidades médicas y el temor de ser víctimas de negligencias o abusos (situación muy común en Chiapas y Oaxaca). Estas mujeres prefieren recibir atención durante el embarazo y el parto en contextos domésticos. De cualquier forma, cuando las mujeres indígenas de 19 a 40 años, tienen acceso a atención de calidad y calidez, prefieren ser tratadas en contextos médicos como ejemplifica el caso de Samachique, donde la totalidad de las mujeres de estudio, indígenas y no indígenas, acudieron a atención prenatal y posnatal en su clínica local, dado el buen funcionamiento de la UMR del IMSS-*Oportunidades* en cuanto a la atención del embarazo y orientación para la salud reproductiva.

Respecto de la atención del parto, la atención en escenarios médicos se concentra en mujeres mayores de 40 años a partir de la segunda generación de partos (1990 en adelante) y de mujeres jóvenes, mayores de 19 años, generalmente mestizas y beneficiarias, que viven en contextos donde pueden tener acceso a servicios de salud con eficacia resolutiva, aunque cuando se les compara con los casos atendidos con partera se llega a la conclusión de que la atención del parto en contextos rurales sigue efectuándose por parteras. En general, estas mujeres acuden a centros médicos en caso de un embarazo riesgoso y generalmente a sugerencia de las parteras.

Según el análisis realizado, la elección del tipo de atención durante el embarazo y el parto, está determinada por los servicios disponibles al momento de estos eventos y no necesariamente porque su condición étnica privilegie la atención con partera sobre la atención médica (a excepción de los casos mencionados). No es una coincidencia, por ejemplo, que en Oaxaca las mujeres que a lo largo de su trayectoria reproductiva tuvieron distinto tipo de atención sean justamente aquellas cuyas historias de vida están marcadas también por la migración de la ciudad a la sierra (en el caso de mujeres no mazatecas) o de la sierra a la ciudad (en el caso de indígenas nacidas en la Cañada mazateca). Ahora bien, el hecho de que las mujeres indígenas prefieren tener a sus hijos en contextos domésticos nos lleva a

considerar que esta preferencia está determinada no sólo por el tipo de atención que reciben por ser indígenas en contextos médicos organizados sino, también, por la necesidad de evitar los obstáculos para continuar con el trabajo doméstico y el rol de cuidadoras de sus hijos. Un parto atendido por partera en el domicilio de la parturienta, le permite a ésta seguir al tanto de los eventos y las necesidades domésticas, no así los partos en los escenarios médicos organizados.

Se considera que las pautas de atención con parteras en contextos rurales, de indígenas y no indígenas, siguen manifestando las dificultades de atención en contextos médicos, debido a la escasa confianza (principalmente de indígenas) y a las dificultades de traslado hacia centros de salud con capacidad resolutiva. Aunque efectivamente a partir de mediados de la década de los noventa, existen más centros de atención, mayor información sobre los riesgos durante el embarazo y el apoyo de Progresa y *Oportunidades* (1998), estos esfuerzos no han sido suficientes para garantizar una atención oportuna del embarazo y el parto en comunidades indígenas y rurales, sobre todo porque la atención de la salud reproductiva de las mujeres no es solamente una cuestión de presupuesto o acceso a servicios de salud, sino de calidad humana.

Detección oportuna de cáncer cervicouterino

El Programa ha tenido un impacto muy positivo en incrementar la realización del examen de detección entre mujeres beneficiarias. La ausencia de testimonios sobre esta práctica preventiva entre las mujeres no beneficiarias que se entrevistaron durante el estudio, habla de las dificultades de acceso a la toma de prueba entre mujeres no adscritas a *Oportunidades*. El Programa también ha incidido en la disposición de las mujeres indígenas a realizarse la prueba. Esta disposición es mejor en aquellos contextos en los que los servicios de laboratorio son relativamente eficientes en cuanto a la notificación de resultados. El funcionamiento óptimo en cuanto a cobertura de insumos para la prueba de Papanicolaou y la relación eficiente entre clínicas rurales y los laboratorios que las procesan, tiene una incidencia muy positiva en que otras mujeres cercanas a quienes se realizaron la prueba, acudan a la misma (microrregiones yaqui y mayo en Sonora).

La percepción de las beneficiarias es que la prueba es parte de las corresponsabilidades del Programa, pues generalmente las revisiones ocurren después de los talleres. En aquellos contextos donde se documentaron irregularidades en el abasto de insumos (mazateca) la promoción de estas medidas preventivas suele perder credibilidad y a largo plazo desanimar a las mujeres para efectuarse la prueba. Cuando la prueba se consuma, un problema común son las notificaciones tardías de resultados, o la no notificación de resultados negativos, por lo que se observa pertinente, comunicar los resultados de las pruebas, explicar su lectura y orientar acerca de la importancia de la prueba.

Ahora bien, aunque *Oportunidades* ha incrementado la prevención y autocuidado de la salud reproductiva entre las mujeres, particularmente en cuanto la prueba de Papanicolaou, se sugiere garantizar que estos esfuerzos coincidan con la capacidad resolutiva del sistema sanitario. Los fallos positivos en contextos de marginación y pobreza, con dificultades en cuanto al acceso de atención, son un factor que desanima a las mujeres, sobre todo mayores de 40 años, para ser partícipes de estas prácticas.

V. Conclusiones y recomendaciones

Las condiciones socioestructurales en que viven los hogares rurales e indígenas y las desventajas propias del sistema sanitario, comprometen la calidad de vida de los hogares, y generan una acumulación de desventajas que influyen en su capacidad para tener acceso a la salud y de mantener un estado óptimo de la misma con el propósito de trabajar o estudiar, condiciones que dada su etiología estructural, difícilmente pueden ser modificadas por las acciones de *Oportunidades*.

Garantizar el acceso a la salud sigue siendo un elemento fundamental en la tarea de incidir en la transmisión intergeneracional de la pobreza. El análisis aquí realizado ha dado elementos sólidos para afirmar que los procesos de salud-enfermedad en el México rural tienen consecuencias sociales, producen cambios en los roles domésticos y

generan crisis económicas al nivel doméstico, crisis de las que las familias difícilmente pueden salir debido al déficit acumulado de recursos, oportunidades y posibilidades. Cuando la calidad de los servicios no es una garantía, el afrontamiento de los episodios de enfermedad tiene consecuencias desestabilizadoras para las economías y los roles domésticos. Estas consecuencias, implican la pérdida parcial o definitiva, de la capacidad productiva de miembros económicamente activos (como enfermos o acompañantes de las trayectorias de atención), comprometen sus habilidades para el trabajo o la interrupción de trayectorias educativas. Los eventos de enfermedad generan impactos en el aprovechamiento escolar, ya sea como enfermo, o como quien padece las consecuencias emocionales y estresantes de los cambios de roles domésticos que devienen del evento de enfermedad. Estas consideraciones son imprescindibles para estimar las posibilidades reales de estos hogares hacia una posible mejora o no en su calidad de vida.

De acuerdo con las pautas de atención documentadas se observa que, a mayor capacidad resolutiva de los centros locales de salud, mejores son las posibilidades de tratar los eventos de enfermedad sin que la atención a la salud signifique mayor pobreza para los hogares indígenas y rurales. Sin duda el impacto del componente de salud del Programa podría ser muy efectivo si las condiciones de infraestructura, abasto de medicamentos y equipos médicos profesionalizados en estos contextos fueran adecuadas a las demandas y expectativas de atención de los beneficiarios.

Por consiguiente, y mientras se logran mejores condiciones en la oferta de los servicios, consideramos que es pertinente una mejor integración del Paquete Básico Garantizado de Salud a los modelos reales de atención, con el propósito de hacer un esfuerzo coordinado entre *Oportunidades* y las dependencias del sector salud en cuanto al seguimiento de referencias y contrarreferencias de la atención en servicios urbanos o rurales ajenos a las comunidades donde residen los hogares. Dicha integración resultaría del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales (en ámbitos regionales) que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas, para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes.

Considerando los obstáculos que se documentaron en las trayectorias de atención que tienen como destinos otras comunidades, se cree que los talleres comunitarios de autocuidado de la salud pueden significar una oportunidad y una herramienta útil en la orientación hacia servicios con eficacia resolutiva al interior de los *hinterlands* de atención de diferentes contextos regionales. Ello contribuiría a la disminución de los costos de atención exógena de los hogares puesto que las pautas en la búsqueda de atención resolutiva siguen, sin la orientación necesaria, una lógica basada en ensayo y error, y se traducen en intentos que generalmente implican inversiones comprometedoras para las economías domésticas y que no siempre garantizan la resolución de sus necesidades de atención; se sabe que para ello es imprescindible, de nuevo, un esfuerzo coordinado entre el Programa y las autoridades sanitarias, con el propósito de conocer las pautas de atención regionales, y las opciones de servicios de salud disponibles. Las estancias cortas de los médicos en las comunidades conducen a un desconocimiento de las posibilidades de atención a las que se puede acceder en la misma región (en donde se inscribe su universo de atención) o en regiones aledañas en la búsqueda de resolución de aspectos muy específicos, como servicio de laboratorio, o estudios técnicos (rayos X, ultrasonidos, etc.).

La calidad en la atención recibida (percibida y experimentada por los usuarios) influye de manera determinante en las condiciones de salud de las familias y el acceso a servicios de salud, así como en las pautas de búsqueda de atención que manifiestan y en el desarrollo de capacidades orientadas a la prevención y el autocuidado. Se considera que el Paquete Básico Garantizado de Salud debe trabajar a través de una lógica que comprenda los diferentes contextos culturales y asociarse con los otros sectores locales de la atención a la salud en contextos rurales e indígenas (curanderos, hueseros, parteras, hierberos, etc.). Por ello, una posible recomendación es incorporar promotores de salud con autoridad y prestigio local, que sean miembros de las redes de atención tradicionales, que generalmente conocen mejor las necesidades y la epidemiología local, en función de que la variable étnica juega un papel preponderante en la integración de los beneficiarios a los centros de servicios y en la efectividad de las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud, que por lo común no considera contenidos y metodologías apropiados a las realidades multiculturales.

Al cabo de una década, la presencia del Programa en las localidades estudiadas, ha generado un impacto positivo en cuanto al fomento de prácticas de saneamiento básico. Sin embargo, aunque dichas prácticas se fomenten en

los senos familiares, particularmente de los hogares beneficiarios mestizos próximos a las unidades médicas, se cree que *Oportunidades* puede tener un impacto más integral en la salud comunitaria haciendo un esfuerzo intersectorial mejor coordinado para no sólo promover prácticas de saneamiento, sino para fomentar acciones que garanticen el acceso pleno a los servicios básicos, como son agua, drenaje, control y manejo de la basura.

Se considera prioritario incorporar a las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud en contextos rurales e indígenas el componente de género, pero de una manera sólida y sistemática. Dichas acciones deben hacer posible que los mensajes informativos se cristalicen en reflexiones y prácticas de autocuidado de acuerdo al sentido y experiencia, principalmente de las mujeres en relación a la salud sexual y reproductiva, con la encomienda de integrar a los hombres a dichos ejercicios reflexivos.

El Programa tiene como objetivo apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema con el fin de "potenciar las capacidades de sus miembros" y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, "a través del mejoramiento de opciones" en educación, "salud y alimentación", además de "contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propicien el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y calidad de vida". Considerando lo anterior, se cree que es imprescindible la promoción de talleres de salud en derechos humanos, tanto para prestadores de servicios, como para usuarios de servicios, si lo que se busca es fortalecer la capacidad ciudadana en estos hogares.

El Paquete Garantizado de Salud presenta diferentes grados de impacto en el desarrollo de capacidades orientadas al autocuidado y la prevención de la salud, de acuerdo al grado de exposición al Programa y etnicidad, pero principalmente, en función de la calidad, acceso y proximidad a los servicios de primer nivel, que es su marco de ingerencia. Sin embargo, la deficiente calidad de los servicios debilita su correcta operación y los logros reportados se tornan relativos ante un panorama pobre de provisiones externas que hagan posible su ejercicio real. El tránsito hacia una atención a la salud más preventiva que paliativa y la incorporación de prácticas de autocuidado y prevención, dependen de una intervención más amplia de política pública y social, que pueda garantizar una mejor calidad de los servicios ofertados por el Estado. Bajo estas condiciones, los efectos de la pobreza sobre la salud, parecen explicarse no por su relación de causa y efecto, sino en tanto que las dificultades de acceso a una atención de calidad y la "mala salud", son un componente de la pobreza, más que una consecuencia o causa de la misma, haciendo evidentes las situaciones de inequidad y desigualdad y perpetuando la herencia generacional de la pobreza.

VI. Análisis FODA

PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN	RECOMENDACIÓN
	FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES	
FO1	En términos generales puede decirse que *Oportunidades* tiene impactos favorables en la salud de las familias beneficiarias en tanto que, a través de la consulta preventiva periódica de éstas y la capacitación que se ofrece en los talleres de autocuidado a la salud, el personal médico logra tener un mejor conocimiento del estado general de salud de estas familias en comparación con el de las no beneficiarias	No aplica
FO2	Existe una demanda real de los hogares beneficiarios de larga exposición o de aquellos que independientemente de su exposición al Programa y su etnicidad viven cerca de los centros de salud, respecto a los servicios locales, principalmente con la expectativa de acceder a medicamentos y consejería, generalmente en la búsqueda de apoyos para la gestión de "pases" o "recomendaciones" que les puedan ser útiles en los hospitales urbanos	Considerando el éxodo en búsqueda de servicios de salud con capacidad resolutiva, y las crecientes expectativas y necesidades de consejería y gestión de la población se recomienda integrar a las agendas temáticas de los talleres, asesorías sobre la oferta regional de servicios de segundo nivel, sus características, costos y posibilidades de atención

FO3	El Programa ha significado un cambio positivo para los hogares y sus comunidades, debido a las transferencias monetarias que suelen utilizarse como recurso emergente ante necesidades de salud	Esta situación sucede generalmente en hogares indígenas, creemos que podría ofrecerse un apoyo diferenciado para familias Indígenas.
FO4	El Programa ha incrementado la demanda y acceso de servicios por parte de hogares indígenas en general a partir de las corresponsabilidades El Programa ha logrado generar impactos muy positivos y específicos en cuanto a la demanda y acceso de las familias indígenas a servicios de salud y a su participación en campañas de vacunación. A través del fomento de prácticas de saneamiento básico en las comunidades se han visto también cambios, relativos principalmente a la construcción de letrinas en las viviendas indígenas, con gradientes significativos de acuerdo al grado de marginación y pobreza en que viven dichos hogares. Los más considerables son los observados en las microrregiones estudiadas en Oaxaca y Sonora	Los pocos pero contundentes aspectos resolutivos documentados (campañas de vacunación, saneamiento básico comunitario, acceso a tratamiento de diabéticos e hipertensos) pueden a largo plazo cambiar la percepción de las familias indígenas sobre los servicios públicos de salud
FO5	La adscripción al Programa significa un privilegio para acceder a canales de comunicación y redes sociales. En algunas ocasiones garantiza el acceso a Programas Federales y del estado	Se advierte a las autoridades locales y del Programa, que alguna información de interés para la comunidad en general no está siendo difundida adecuadamente. Se recomienda que las autoridades del Programa adviertan a las autoridades locales o de otros Programas sociales, sobre la pertinencia de incentivar diferentes formatos (además del oral o carteles ubicados en los centros donde se concentra la población beneficiaria, tales como escuelas o centros de salud) para garantizar la difusión adecuada sobre otros programas sociales que pueda ser de interés a la comunidad en general
FO6	Al cabo de una década, la presencia del Programa en las localidades estudiadas, ha generado un impacto positivo en cuanto al fomento de prácticas de Saneamiento Básico en las familias beneficiarias, principalmente a través de la construcción de letrinas, disminuyendo la presencia de excretas al aire libre o el empleo de corrales, parcelas o campos para la deposición de excretas	El Programa puede tener un impacto más integral en la salud comunitaria, haciendo un esfuerzo intersectorial mejor coordinado para no sólo promover prácticas de saneamiento, sino para fomentar acciones que garanticen el acceso pleno a los servicios básicos, como son agua, drenaje, control y manejo de la basura
FO7	Mejores hábitos de saneamiento básico en los hogares formados por hijas de titulares), indígenas o no indígenas que tienen un acceso relativo a servicios de salud y habitan en contextos rurales menos marginales (cabeceras municipales y comunidades cercanas a nodos urbanos o localizadas sobre carreteras o ubicadas cerca de centros de salud)	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* considerar que los mensajes de saneamiento doméstico, tienen mejores resultados en los contextos rurales menos marginales (cabeceras municipales y comunidades cercanas a nodos urbanos o localizadas sobre carreteras o ubicadas cerca de centros de salud) y que por lo tanto los mensajes de saneamiento básico en hogares que no gozan de estas condiciones deben adecuarse a sus posibilidades, y no ser señalados como casos no exitosos

FO8	Entre los beneficiarios existe una excelente disposición del control de la basura, aunque a través de métodos erráticos (como quema de desechos plásticos; no se documento la promoción correcta del manejo de desperdicios) que aunque no son promovidos directamente por el Programa, si lo han venido siendo por los ejecutores locales (a excepción de las mirorregiones chiapanecas)	Se recomienda integrar a la agenda temática de los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud, el tema del manejo adecuado de los desperdicios, como tema específico (se hace una referencia muy general al tema en tanto: Saneamiento básico a nivel familiar), debe incorporarse específicamente a la agenda como "Clasificación y manejo adecuado de los desperdicios"
FO9	El Programa Oportunidades ha tenido un impacto positivo en la identificación temprana de factores de riesgo, diagnóstico y atención de la población infantil que ha crecido bajo el umbral del Programa (principalmente de EDA, IRA y deshidratación). El primer nivel de atención es la opción prístina documentada en los trayectorias de atención de hogares beneficiarios de larga exposición que viven próximos a los centros de salud, independientemente de su adscripción étnica y, en el caso de las beneficiarias indígenas, oportuna detección sólo cuando coincide con la consulta familiar	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* garantizar los insumos y medicamentos para el tratamiento de EDA, IRA y deshidratación en los centros rurales de salud y casas de salud, con el propósito de brindar una atención oportuna a la población infantil que ha crecido bajo el umbral del Programa y considerar que el impacto de los mensajes preventivos de dichos padecimientos depende de la cobertura y la garantía del acceso a medicamentos
FO10	Los beneficiarios diabéticos e hipertensos que viven en contextos donde los servicios tienen cierta capacidad resolutiva (sobre todo referente a acceso medicamentos), muestran un mejor tratamiento y control de sus padecimientos (no aplica para las microrregiones chiapanecas y la microrregión mixe en Oaxaca) en comparación con los no beneficiarios (diabéticos e hipertensos)	Se recomienda a las autoridades del sector Salud y del Programa Oportunidades garantizar el abasto de medicamentos para pacientes diabéticos e hipertensos en las microrregiones chiapanecas
FO11	En varios lugares de la Tarahumara existen Hospitales y Clínicas dependientes de organizaciones religiosas que prestan servicios de salud con un modelo de atención respetuoso y adaptado a las condiciones culturales de la población indígena	Se recomienda a las autoridades del sector salud y del Programa Oportunidades establecer convenios con los hospitales y clínicas religiosas que operan en la Tarahumara para que éstas colaboren con las clínicas públicas en los servicios de atención médica y educación para la salud de las familias beneficiarias
FO12	En conjunto con otras campañas, el Programa Oportunidades ha coadyuvado a la promoción de la salud sexual y reproductiva como un ámbito de la salud pública y no sólo de la vida íntima de las mujeres	Seguir promoviendo la salud sexual y reproductiva a través del Paquete Básico Garantizado de Salud, integrando una sólida metodología participativa y de género en los talleres de autocuidado, además de la inclusión de los varones a dichas acciones. Diseñar y proporcionar materiales didácticos dirigidos a población indígena, que puedan ser empleados por los prestadores de servicios de salud
FO13	Mejor disposición para discutir temas de salud reproductiva (métodos anticonceptivos y Papanicolaou) en hogares beneficiarios de larga exposición donde habitan mujeres de primera y segunda generación (estás últimas que han sido becarias y son estudiantes de EMS)	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* garantizar el acceso a métodos anticonceptivos no sólo en centros de salud sino en escuelas de nivel medio superior y pruebas de Papanicolaou. Continuar y fortalecer los talleres de salud sexual y reproductiva

FO14	Mejor disposición para la búsqueda de atención prenatal y métodos anticonceptivos en mujeres de 19 a 40 años, con acceso a centros de salud con capacidad resolutiva	Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos
FO15	El programa a incrementado la examinación del Pap entre mujeres beneficiarias. Estas mujeres muestran una mejor disposición para realizarse la prueba del Pap	Se recomienda a las autoridades del sector salud y del Programa Oportunidades agilizar el proceso de la obtención de resultados, ya que en general se documento una mejor disposición de las mujeres beneficiarias (en relación con las no beneficiarias) a practicarse la Pap
FO16	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud son espacios sociales ya reconocidos, en general la asistencia es constante y puntual, pero la repetición de las temáticas resulta aburrida para las beneficiarias (sobre todo de larga exposición al Programa). Generalmente se reproducen los temas más conocidos y que mejor manejas los prestadores de servicios locales, sin atender a la diversidad de temáticas de la agenda de *Oportunidades*	Se recomienda enfatizar la necesidad de aplicación de los talleres por grupo de edad y grado de exposición al Programa (observamos que generalmente no se considera) Se recomienda capacitar a los equipos de salud en temas relativos a la violencia familiar, abuso de sustancias entre varones jefes de familia, violencia de género y masculinidad, que aunque están contemplados en las agendas generalmente no se promueven por falta de capacitación. Es urgente la necesidad de cuadernillos de trabajo con ejemplos de dinámicas y técnicas grupales para los prestadores de servicios de salud y asistentes rurales
FO17	En general los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud no se imparten a través de metodologías participativas, se dan bajo la forma de "charlas" debido a las limitantes en términos de tiempo (sobrecarga de trabajo del personal y auxiliares de salud), capacitación, espacios adecuados y disposición de materiales didácticos	Observamos una urgente necesidad de creación de cartas descriptivas temáticas que funcionen como herramientas para las auxiliares de salud y prestadores de servicios con el propósito de facilitar su aplicación
FO18	Donde realmente se instrumentan, los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud resultan potencialmente útiles como un componente de educación general para adultos que no lograron completar su ciclo de educación primaria o secundaria	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades*, proveer de materiales didácticos apropiados a las y los promotores o personal de salud, para fortalecer la comprensión de la información entre los beneficiarios analfabetas. Promover los programas de alfabetización de la población adulta durante los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud
FO19	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud han tenido una mejor acogida en las siguientes temáticas: Uso del complemento alimenticio, Parasitosis/Ciclo de desparasitación, Saneamiento básico a nivel familiar, Vacunas, Diarreas y uso del VSO, Cuidados del menor de un año y el mayor de un año y Planificación familiar (entre beneficiarias)	Se recomienda redoblar esfuerzos para seguir garantizando los medicamentos e insumos para los padecimientos que se refieren, pues consideramos que su éxito está relacionado con la provisión regular de los mismos (vacunas y suero oral), además de la disposición de las titulares para escuchar sobre cuidados de la población infantil

FO20	Con respecto al manejo de la basura, observamos una excelente disposición al control de desechos por parte de las familias beneficiarias, pero a través de procedimientos sistemáticamente erróneos (por ejemplo, la quema de plásticos). Aunque el Programa no fomenta directamente estas prácticas, la promoción directa de los prestadores de servicios ha provocado que muchas beneficiarias vean las quemas de basura como una "corresponsabilidad"	Consideramos que ésta puede ser una buena oportunidad para promover prácticas correctas de manejo de desperdicios (clasificación y reutilización) como parte de la agenda temática del Programa, haciendo explícitos esos contenidos
	DEBILIDADES Y AMENAZAS	
DA1	Siendo el Primer Nivel de Atención la base operacional del Paquete Garantizado de Salud, las desventajas estructurales del sistema de salud implican una debilidad para la operación del mismo (sin duda la más grave)	El impacto del Programa está determinado por las condiciones en que operan los servicios de primer nivel, el esfuerzo y los logros del Programa deben coordinarse con la capacidad resolutiva de los centros rurales de salud
DA2	En las localidades donde se documentó una limitada capacidad resolutiva en el medio local (servicios de primer nivel), se observa la tendencia de desplazamientos a nodos urbanos en la búsqueda de una mejor atención, con la creciente tendencia de una subutilización de los servicios del primer nivel como centros de monitoreo de corresponsabilidades	Consideramos que es pertinente poner atención en el seguimiento de referencia y contrarreferencia de la atención en nodos urbanos, a través del fortalecimiento de las relaciones interinstitucionales que permitan vincular las agencias rurales con las urbanas, para garantizar un efectivo seguimiento de pacientes beneficiarios del Programa
DA3	Muchas familias indígenas que viven en contextos de marginación geográfica, tiene más limitaciones para acceder a los servicios médicos públicos de salud, constituyen el sector de la población con mayores carencias en términos de atención a la salud y de incidencia de enfermedades materno-infantiles, respiratorias, tuberculosis y desnutrición	Se recomienda a las autoridades del sector salud y del Programa Oportunidades, redoblar los esfuerzos de coordinación con caravanas de salud y unidades móviles, a través de visitas más frecuentes
DA4	Las conductas migratorias implican retos para el sector salud de acuerdo a las necesidades de las pautas de atención de mujeres migrantes que inician su vida sexual y se embarazan en territorios lejanos a sus comunidades, pero que vuelven a ellas durante el último trimestre para garantizar el acompañamiento de la familia y la comunidad en la atención del parto, un reto que no siempre es asumido por los prestadores de servicios de salud debido a las dificultades para evaluar el control prenatal y la condición de salud de las mujeres cuando llegan a sus consultorios rurales, provocando negativas en la atención	Se recomienda a las autoridades del sector salud y del Programa Oportunidades, asumir este reto e in incentivar algún tipo de intervención multisectorial o tal vez interestatal, que pueda permitir dar seguimiento a ala atención de la salud reproductiva de estas mujeres
DA5	Ante las desfavorables condiciones en que operan los servicios de primer nivel, en términos generales, el impacto del Programa Oportunidades sigue siendo mínimo en tanto cambiar las pautas de atención y orientarlas a la medicina preventiva y a la resolución de demandas en el primer nivel de atención	El impacto del Programa está determinado por las condiciones en que operan los servicios de primer nivel, el esfuerzo y los logros del Programa deben coordinarse con la capacidad resolutiva de los centros rurales de salud

DA6	Si bien el Programa Oportunidades ha logrado aumentar la demanda de servicios, esto no es acorde a las capacidades resolutivas de los mismos, principalmente en términos de la prevención de factores de riesgo de padecimientos crónico-degenerativos y de detección oportuna de cáncer cervicouterino, principalmente por las necesidades de pruebas rápidas de dextrosis, baumanómetros y materiales para la toma de muestra de Papanicolaou	Se recomienda a las autoridades del sector salud y del Programa Oportunidades, dotar a los centros locales de salud, con los insumos necesarios para la toma de pruebas de enfermedades crónico-degenerativas
DA7	Las limitaciones para el desarrollo de capacidades orientadas a la prevención y el autocuidado, residen en las condiciones inadecuadas en que operan los centros de salud y en la falta de credibilidad de los usuarios hacia dichos centros (historias previas de escasa o nula capacidad resolutiva, ausencia de médicos profesionales, rotación de personal de salud, negación del servicio, desabasto de medicamentos e insumos y en general malas experiencias del pasado que son transmitidas generacionalmente). Esta situación es más común entre usuarios indígenas que viven alejados de los centros	Se recomienda a las autoridades del sector salud garantizar los medicamentos, personal médico e insumos necesarios para brindar atención oportuna. Se sugiere a las autoridades del Programa, incorporar promotores de salud con autoridad y prestigio local, que coadyuven en la construcción de relaciones de más confianza entre los usuarios de los servicios y los centros de salud, considerando que generalmente, conocen mejor las necesidades y la epidemiología local, y son nativos y residentes de las comunidades
DA8	Si bien el Programa Oportunidades ha logrado aumentar la frecuencia de detección del Papanicolaou, la escasa capacidad de respuesta del sector salud en caso de un resultado de cáncer cervicouterino desanima a las mujeres a tener prácticas de detección oportuna, aunado a los retrasos con que llegan los resultados	Se recomienda a las autoridades del sector salud, fortalecer y garantizar la atención de las pacientes con cáncer. La difusión de la prueba de Papanicolaou como un dispositivo de salud preventiva, debe coincidir con la capacidad resolutiva del sistema sanitario
DA9	Si bien el Programa Oportunidades ha logrado aumentar la frecuencia de detección del Papanicolaou, independientemente de los resultados estos generalmente no van acompañados de consejería. En general los resultados negativos, generalmente no se comunican	Se recomienda a las autoridades del sector salud y *Oportunidades* que garanticen la comunicación de resultados (positivos o negativos) de las pruebas de Papanicolaou. Se sugiere reforzar las labores de consejería individuales para mujeres que padecen cáncer de mama y cervicouterino
DA10	Uno de los motivos de mayor peso que provocan el rechazo de los servicios de atención en el primer nivel (aun por parte de quienes viven cerca de ellos), es la falta de reconocimiento y la percepción de poca efectividad de los mismos. Situación más común entre beneficiarios indígenas	Creemos que es imprescindible resarcir, en los contextos locales más inmediatos, la confianza en las instituciones a través de una colaboración mas cercana con las autoridades médicas tradicionales que puedan coadyuvar a la construcción de una atención a la salud más integral y a generar mayor participación comunitaria. Creemos que el Paquete Básico Garantizado de Salud debe trabajar a través de una lógica que pondere la competencia cultural y asociarse con los otros sectores locales de la atención a la salud en contextos rurales e indígenas (curanderos, hueseros, parteras, hierberos, etc.). Por ello, una posible recomendación es incorporar, bajo el esquema de vocal de salud, a promotores de salud con autoridad y prestigio local, que sean miembros de las redes de atención tradicionales o indígenas. La amenaza latente es que, aun contando con las redes estructurales, estas sean subempleadas.

DA11	La acogida de las temáticas de los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud suele ser mejor cuando se trata del cuidado de los otros, principalmente de los niños y no de las mujeres, aun siendo ellas el público cautivo por antonomasia de los talleres	Debe integrase más solidamente el componente de género y hacer más especificas las agendas temáticas relativas a género y salud. Aunque estas ya están "incluidas" generalmente el tema no es abordado por los prestadores de servicios, en ausencia de capacitación
DA12	Los Talleres Comunitarios de Capacitación para el Autocuidado de la Salud corren el riesgo de convertirse en herramientas que desestiman y no legitiman los saberes locales relativos al cuidado de la salud y la medicina indígena o tradicional	Los talleres deben de garantizar la competencia cultural en sus temáticas y metodologías; para ellos la capacitación y sensibilización de los prestadores de servicios de salud es imprescindible
DA13	Las violaciones a los derechos a la salud y la discriminación por motivos de etnicidad alejan a los usuarios de los servicios o los exponen a situaciones de abuso de poder, que se traduce en una mala calidad en la atención, aunque tengan acceso a los mismos	Creemos que es imprescindible la promoción de talleres de salud en derechos humanos, tanto para prestadores de servicios, como para usuarios de servicios, si lo que se busca es fortalecer y potenciar las habilidades sociales y capacidades de los hogares para ampliar sus alternativas en el propósito de alcanzar mejores niveles de bienestar
DA14	Los eventos de enfermedad grave o sin resolución suelen concentrarse en hogares con antecedentes de enfermedad. En estas familias donde los procesos de salud-enfermedad, lejos de resolverse, son parte de la vida cotidiana (caso Chiapas) las capacidades productivas se ven mermadas y se minan también las oportunidades reales de los miembros del hogar en edad escolar para continuar con sus trayectorias escolares	Consideramos pertinente ofrecer, apoyos diferenciados para jóvenes en edad escolar que viven en hogares en donde se concentran casos de enfermedad o que padecen alguna enfermedad que implique movilización y atención costosa. Esta medida sería conveniente para evitar la deserción escolar por motivos de salud

VII. Referencias

1. Diario Oficial de la Federación. 31 de diciembre de 2007. Secretaría de Desarrollo Social. Acuerdo por el que se emiten las "Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades". México: Secretaría de Desarrollo, 2007.
2. Osorio-Carranza RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles, México: CIESAS-INDAH-INI, 2001.
3. Incháustegui C. Entorno enemigo. Los mazatecos y sus sobrenaturales. Desacatos 2000;5:131-146.

VIII. Anexos

A. ACCIONES DEL PAQUETE BÁSICO GARANTIZADO DE SALUD DE ACUERDO A LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES (2008)*

Componente de salud

El componente de salud opera bajo cuatro estrategias específicas:

a) Proporcionar de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud, el cual constituye un beneficio irreductible, con base en las cartillas de salud, de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida de cada persona, conforme al numeral 6.8.1. de estas Reglas de Operación.
b) Promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, en especial, prevenir y atender la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas o en lactancia, mediante la entrega de complementos alimenticios, la vigilancia y el monitoreo de la nutrición de los niños menores de cinco años, de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, el control de los casos de desnutrición y la educación alimentario-nutricional.
c) Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad, mediante la comunicación educativa en salud, priorizando la nutrición, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y
d) Reforzar la oferta de servicios de salud en las unidades de salud del primer nivel de atención en las que opera el Programa.

Las acciones adicionales para mejorar el modelo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se realizarán conforme a los modelos y protocolos de atención de cada uno de los proveedores de los servicios de salud, estarán dirigidas a cada uno de los miembros de las familias beneficiarias, y se realizarán conforme a la frecuencia establecida en el numeral 6.8.1 de estas Reglas de Operación. Las acciones se dirigen con especial énfasis a la población más vulnerable como mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y los niños menores de cinco años.

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

Los talleres comunitarios de capacitación para el autocuidado de la salud están dirigidos a los integrantes de 15 años o más y a los becarios de educación media superior. Mediante la comunicación educativa se promueven cambios de actitudes y hábitos a favor de la salud, tratando de arraigar una actitud preventiva y de autocuidado, y ofreciendo a la población información accesible que considere sus particularidades, tales como, enfoque de género, no discriminación e interculturalidad.

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

B. MATERIALES GUÍA PARA EL TRABAJO DE CAMPO

Formato para historias reproductivas

Las historias reproductivas se aplicarán solamente a todas aquellas mujeres de 15 a 55 años que habiten en los

* Tomado íntegramente de las reglas de Operación del Programa Oportunidades (2008).

hogares seleccionados para observación etnográfica intensiva (estudios de caso). Básicamente serán historias dirigidas a averiguar las trayectorias de atención y su calidad. La elaboración de las historias comprende el llenado de un cuadro sintético para cada mujer y narraciones que incluyan aspectos pertinentes sobre los temas a tratar: embarazos, partos y planificación familiar. Con el objeto de identificación se asignará un número consecutivo (folio) a cada historia reproductiva, mismo que se consignará en el diario de campo respecto de las reflexiones personales. Pueden utilizarse los números de las preguntas para registrar las respuestas –generosamente– en hojas en blanco que se deben engrapar a este formato. No olvidar que parte de esta información puede ser confidencial. Se recomienda realizar la entrevista con discreción, preferentemente a solas con la entrevistada.

Folio:_____

Fecha:_____ Entrevistador:_____

NÚMERO DE EMBARAZOS		NÚMERO DE PARTOS		NÚMERO DE ABORTOS		NÚMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS		
EMBARAZO	AÑO (GESTA/ PARA)	NÚMERO DE VECES QUE ASISTIÓ A CONTROL PRENATAL	NOMBRE DEL HIJO (HIJOS VIVOS)	RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO (PARTO, CESÁREA, ABORTO, MORTINATO)	LUGAR DONDE SE ATENDIÓ (LOCALIDAD Y TIPO DE SERVICIO DE SALUD DONDE CULMINÓ)	QUIÉN ATENDIÓ (MÉDICO, ENFERMERA, PARTERA, FAMILIAR)	¿CÓMO LA ATENDIERON?	COMENTARIOS (COMPLICACIONES, PROBLEMAS, COSTOS, ETCÉTERA)
Primero								
Segundo								
Tercero								
Cuarto								
Quinto								
Sexto								

Localidad:_____

Familia: _____

Nombre:_____

Fecha de nacimiento:_____ Edad actual:_____

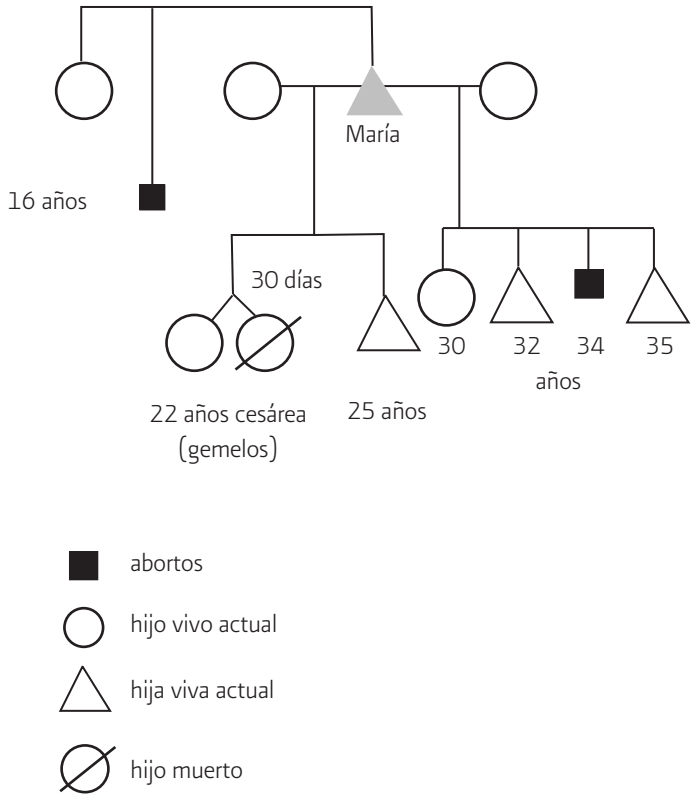
¿Cuántas veces ha estado embarazada?: _____

¿Cuántos hijos ha tenido?:_____

¿Cuántos de ellos viven actualmente?:_____

Edad en el primer embarazo:_____

El llenado de los siguientes cuadros nos servirá para precisar más la historia reproductiva. No obstante, hay que utilizar hojas blancas o el diario de campo para narrar detalladamente el curso del embarazo y sus formas de atención. No olvidar incluir frases textuales de las narraciones de las entrevistadas.



Historia reproductiva gráfica

Un ejemplo: María, la entrevistada tuvo un aborto en su primer embarazo con quien fue su novio, a los 16 años. Después tuvo un embarazo gemelar a los 22 años que se resolvió por cesárea, muriendo uno de ellos al mes de nacido. Tuvo además –en esta primera unión estable– una niña tres años más tarde, por parto natural (a sus 25 años). Más tarde se unió con una segunda pareja con la que tuvo un hijo, una hija, un aborto y su última hija. Las edades de María están consignadas en la siguiente figura:

Episodios gestacionales

Para indagar las cuestiones de embarazo y parto se elegirán al menos dos embarazos para obtener esta información, maximizando la diferencia en tiempo. Puede ser el primero que haya culminado en un parto y el último (el cual siempre deberá incluirse por recordarse mejor) o elegir también algún otro más que sea significativo (por ser distinto en su curso o resultados). La idea es obtener una comparación, de preferencia de un episodio anterior a 1998 y el que sea más reciente. El etnógrafo seleccionará junto con la entrevistada cuales de los episodios de gestación son los más adecuados para elaborar una narración detallada, pudiendo incluir otras gestaciones que se consideren pertinentes (abortos, cesáreas, gemelares, mortinatos, etcétera). Se debe ser muy acucioso en la obtención de datos. Es decir, inquirir profundamente sobre la causa de las decisiones tomadas, desde las creencias en salud hasta los factores que resulten ser cruciales (tiempos, distancias, costos, derechohabiencia en ese momento, calidad percibida, etcétera). De lo que se trata es ver si el Programa ha influenciado la toma de decisiones y también como se percibe la calidad de la atención en forma evolutiva, procesual, recordando que nos interesa evaluar lo que ha pasado en los últimos 10 años.

I. Embarazos: realizar cada narrativa gestacional por separado

1. Posición del embarazo en la historia reproductiva (primero, segundo, especificar)
2. Mes y año en que ocurrió
3. ¿Hubo control prenatal?
4. ¿Quién o quiénes lo proporcionaron?
5. ¿En qué momento inició? (mes del embarazo al tiempo de la primera visita)
6. ¿Cuántas veces acudió y con quién cada vez?
7. ¿Cuál fue la calidad de atención percibida por la entonces embarazada? (cada vez si hubo diferencias de acuerdo al sitio o al proveedor)
8. ¿Cómo fue el embarazo? (si se presentaron complicaciones médicas o dificultades de otro tipo).
9. ¿La pesaron, midieron, examinaron el abdomen, le tomaron la tensión arterial, le pusieron vacuna antitetánica, le dieron hierro, vitaminas o ácido fólico?
10. Si le hablaron de los síntomas cuando hay complicaciones (hinchazón de piernas, ausencia de movimiento, contracciones, dolor abdominal, cansancio, dolor de cabeza, sangrado o flujo vaginal, fiebre, náuseas, vómito), o de las ventajas de la lactancia materna.
11. ¿Entendió lo que le dijo el médico o la enfermera sobre los cuidados en el embarazo o los medicamentos?
12. Comentarios adicionales (sugerencias, anécdotas, etcétera)

II. Partos: también cada parto consignado por separado. Deben ser los mismos que los episodios de embarazo registrados antes

1. Mes y año en que ocurrió.
2. ¿Dónde se atendió el parto? (lugar, institución)
3. ¿Quién fue la persona encargada?
4. ¿Cómo fue la calidad técnica percibida?
5. ¿Cómo la trataron?
6. Si hubo complicaciones y cómo se resolvieron
7. Factores que motivaron decisiones
8. Sugerencias de mejoramiento en el proceso de atención del parto.
9. En caso de alguna muerte perinatal (antes o después del parto) indagar cuales fueron los síntomas o signos –en la madre o en el hijo–, la forma de buscar –o no– atención, los tratamientos administrados, la evolución de los acontecimientos.

III. Planificación familiar (PF)

1. ¿Sigue actualmente algún método de PF?
2. ¿Cuál?
3. ¿Cuánto tiempo hace que lo utiliza?
4. ¿Cuáles otros ha utilizado?
5. En caso de anticonceptivos orales o inyectables, ¿dónde los consigue?
6. ¿Ha tenido algún problema para conseguirlos? (explicar)
7. ¿Desearía tener más hijos?
8. ¿Por qué motivos?
9. ¿Desearía seguir otro método para planificar su familia?
10. ¿Cuál es la actitud de su pareja? ¿Está de acuerdo con su opinión?
11. ¿Ha cambiado su opinión sobre la planificación familiar en los últimos 10 años?

IV. Detección de cáncer cervicouterino

1. ¿Se ha realizado el Papanicolaou alguna vez?
2. ¿Por qué? (tanto en respuestas negativas como afirmativas)
3. Antes de hacerse la prueba por primera vez, ¿sabía en qué consistía?
4. ¿Sabe cada qué tanto tiempo se recomienda que las mujeres se hagan la prueba del cáncer?
5. ¿Cuántas veces lo ha realizado en los últimos tres años?
6. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba?
7. ¿Dónde se lo realizó?
8. ¿Quién la hizo? (hombre, mujer, médico, enfermera, promotora)
9. ¿Considera que el tiempo que le lleva trasladarse de su casa al lugar donde se hace la prueba es mucho, regular o poco?
10. ¿Le entregaron los resultados?
11. ¿Le explicaron los resultados?
12. ¿Entendió lo que le explicaron?
13. ¿Cómo se sintió atendida la última vez que acudió?
14. ¿Considera que al tomarle la prueba del cáncer lo hicieron con cuidado?
15. ¿El personal que realiza la prueba le inspira confianza y seguridad?
16. ¿Considera que el trato de quienes realizan la prueba es amable?
17. ¿El instrumental que se usa le da confianza?
18. ¿Considera que el lugar donde toman la prueba es adecuado? (privacidad, dignidad)
19. ¿Considera que el tiempo de espera es mucho, regular o poco?
20. En la clínica a la que Usted va, ¿considera que los horarios en los que hacen la prueba son adecuadas para Usted?
21. ¿Considera que el tiempo de entrega de resultados es mucho, poco o regular?
22. ¿Le tiene confianza a los resultados?
23. ¿Ha asistido a alguna plática sobre el cáncer cervicouterino?
24. ¿Le fue útil, aprendió cosas nuevas con esta plática?
25. ¿Cómo se sintió atendida la última vez que acudió?
26. ¿Hay alguna sugerencia sobre el programa del Papanicolaou? (especificar el sitio donde se dirige la sugerencia de mejora)

Formato para itinerario terapéutico

La elaboración de itinerarios terapéuticos está indicada en todos los miembros del hogar respecto al último episodio de enfermedad o padecimiento. Pueden, a juicio del entrevistador, elegirse otros episodios que arrojen información valiosa. Para el llenado de datos y la descripción narrativa pueden utilizarse hojas adicionales y también el diario de campo, especialmente para incluir reflexiones y observaciones personales. Con el objeto de identificación se asignará un número consecutivo (folio) a cada itinerario terapéutico, mismo que se consignará en el diario de campo respecto a las reflexiones personales. Las respuestas a las preguntas pueden indicarse con la numeración, en hojas blancas (engrapadas) o el diario de campo.

Folio:_____
Fecha:_____ Entrevistador:_____
Localidad:_____
Familia: _____
Informante:_____Parentesco:_____
Nombre del paciente:_____

Fecha de nacimiento:_____ Edad actual:_____

1. ¿Cuándo fue la última vez que se enfermó, que se puso "malo"? (poner día, mes, año o estación, lo más específico posible)
2. ¿De qué se enfermó? (en palabras del informante o paciente)
3. ¿Por qué razón o razones considera que se enfermó (o recayó) esa vez (reconstruir el modelo explicativo mencionando las causas. Incluir en el diario de campo las propias reflexiones sobre los factores causales que pueden presumirse estar relacionados a juicio del entrevistador)
4. ¿Quién realizó el primer diagnóstico? ¿Hubo otros diagnósticos? (especificar el proceso familiar de que era lo que le pasaba, y como esto fue o no transformado por el diagnóstico de un médico o un curandero o algún otro agente de salud, incluidos familiares o amigos)
5. ¿Qué hizo cuando se enfermó? (Reconstruir en forma detallada la secuencia de acciones realizadas, desde las domésticas a las institucionales. Incluir en la narración descripciones de lo que se hizo y en qué momento (remedios domésticos, acudir a la farmacia, al médico, etcétera) en forma minuciosa, indicando los procesos de toma de decisiones, factores relevantes asociados a la calidad de la atención y también las prescripciones recibidas (si se puede mencionar el medicamento y la dosis). Incluir los problemas encontrados en el proceso de atención, la calidad percibida, las facilidades y ayudas recibidas también). No se debe de conformarnos con la primera narración. Hay que averiguar si además se acudió al curandero, si se incorporaron remedios sugeridos, si se tuvo que conseguir los medicamentos en otra parte, etcétera. ¿Cuáles fueron las opciones utilizadas en su itinerario terapéutico? (Explorar medidas caseras utilizadas, dietéticas, automedicación, fuentes de abasto de medicamentos utilizados, consejos recibidos, uso de redes sociales, servicios de salud visitados, medicinas alternativas o populares?

Asegurarse de numerar las opciones en el orden en que fueron utilizadas

6. ¿Le realizaron procedimientos diagnósticos durante el episodio de enfermedad? (especificar cuáles, si tuvo problemas para su realización, si los considero útiles y bien indicados)
7. ¿Cuál fue la primera decisión terapéutica? ¿Quién la tomó? ¿Con base a qué consideraciones?
8. ¿Acudió a algún sitio fuera del hogar a buscar atención? (Realizar una narrativa de lo acontecido en cada acción terapéutica: traslado, costos, tiempos de espera, rituales de la visita, procedimientos diagnósticos, medidas terapéuticas, etcétera)
9. ¿Cuál fue la evolución del padecimiento? (Indicar recaídas y complicaciones, citas posteriores, secuelas, cronificaciones, otros aspectos que hayan tenido que ver con la curación o el seguimiento)
10. Calidad percibida en las diferentes opciones de atención a la salud a las que se acudió durante el curso del padecimiento. Interacción con el personal, sí consideraron la atención adecuada y oportuna, sí se explicaron las prescripciones terapéuticas. Dónde se surtieron los medicamentos y cómo. Problemas percibidos. Sugerencias de mejora. Eficacia de los métodos institucionales en comparación con otros métodos (curanderos, parteras, etc.).
11. También es relevante averiguar sobre las consecuencias económicas de la enfermedad: gastos generados o relacionados con la enfermedad: venta de recursos para compensar gastos de transporte y atención médica, disminución de los ingresos por discapacidad del enfermo o por abandono de actividades productivas por parte de aquellos que atendieron al enfermo). Ello nos permitirá además identificar factores que, junto con las remesas de emigrantes y/o los apoyos de *Oportunidades*, inciden en la economía del hogar.
12. Y las consecuencias sociales de la enfermedad (cambios de roles domésticos, apoyo por parte de familiares y amigos o pérdida de los mismos, etc.). ¿Cómo le afectó la enfermedad o enfermedades a la familia, y al enfermo? Indagar sobre tiempo invertido por otros en cuidados, tareas que tuvieran que dejar de hacer para atender al enfermo, intercambio de roles, trabajo infantil, femenino, de otros parientes, etc., para compensar la discapacidad de un miembro activo del hogar.

Guía para entrevistas al personal de salud

Los proveedores de los servicios de salud resultan cruciales en la operación del Programa Oportunidades y es necesario entrevistarlos o entablar conversaciones con todos ellos (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, promotores, técnicos de atención primaria, administrativos, choferes, etcétera) que incluyan los siguientes puntos. Para su llenado utilizar hojas blancas adicionales. También si se considera pertinente pueden incluirse observaciones en el diario de campo (relacionando con el folio).

Folio:_____
Fecha (primera vez)_____
Entrevistador:_____
Localidad:_____

I. Datos personales

1. Nombre del entrevistado:_____
2. Fecha de nacimiento:_____
3. Edad actual:_____
4. Lugar de nacimiento: _____
5. Estado civil (más bien situación familiar, describir):
6. ¿Dónde y qué estudió? (fechas y lugares, especializaciones, otros estudios):
7. Datos sobre la trayectoria laboral (puestos anteriores, lugares e instituciones)
8. Tiempo de trabajar en esta comunidad
9. ¿Cómo y por qué llegó aquí?
10. ¿Qué le parece vivir en esta comunidad?
11. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este centro de salud?
12. ¿Cómo ha resultado su experiencia "intercultural"? (trato con los indígenas)
13. ¿Vive en la localidad? o ¿cuánto tiempo suele permanecer en la comunidad?

II. Desempeño de actividades en el centro de salud

1. ¿Qué puesto desempeña en este centro de salud? (especificar si es un puesto de base, por contrato temporal o de servicio social, o si no recibe honorarios)
2. ¿Le parece bien su salario?
3. ¿Cuál es su horario/calendario de trabajo?
4. ¿Trabaja además en otra parte?
5. ¿Cuáles son sus responsabilidades institucionales? (actividades vinculadas con el puesto y también responsabilidades específicas)
6. ¿Qué otras tareas ha tenido que asumir voluntariamente por necesidades locales?
7. ¿Qué problemas encuentra para llevarlas a cabo?
8. ¿Se encuentra satisfecho con su trabajo y los resultados del mismo?
9. ¿Con sus superiores?
10. ¿Qué sugerencias de mejora tiene?
11. ¿Le han dado cursos de capacitación?
12. ¿Sobre cuáles temas? (elegir los más importantes o útiles según el entrevistado, señalar los poco útiles, comentar la calidad de los cursos)
13. ¿Cuándo fueron?

III. Perfil epidemiológico local

1. ¿Qué enfermedades o accidentes se presentan en forma más frecuente en la localidad? (incluir los cinco más frecuentes o más que sean problemáticos)
2. ¿Qué factores se relacionan con su incidencia?
3. ¿En quiénes suelen presentarse esas enfermedades (hombres, mujeres, niños)? ¿Hay diferencias étnicas?
4. ¿Qué problemas se encuentran para su atención en este centro?
5. ¿Utiliza alguna fuente para consultar detalles sobre los medicamentos? (indicar cuál)

IV. Salud reproductiva en mujeres

1. ¿Qué problemas encuentra para atender la salud reproductiva de las mujeres? (en lo general)
2. En planificación familiar (actitud de usuarios, implementos, abasto de métodos de anticoncepción)
3. En control de embarazo (actitud de usuarios, implementos, abasto de medicamentos, mecanismos de referencia a unidades de apoyo)
4. En atención obstétrica (mecanismos de referencia a unidades de apoyo)
5. En detección oportuna de cáncer cervicouterino (actitud de usuarios, implementos, relación el laboratorio de citología)
6. ¿Cómo ocurre al comparar indígenas con no indígenas? (en cada uno de los rubros: PPF, control prenatal, atención obstétrica, Papanicolaou)
7. ¿Y en beneficiarios de largo plazo? (ibíd.)
8. Incluir ejemplos de casos.

V. Niños

1. ¿Qué facilidades o problemas tiene para manejar correctamente los problemas de los niños?
2. ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes en los niños de la localidad? (preguntar por separado en menores de un año, menores de 1-5 años y escolares).
3. ¿Cómo ocurre al comparar indígenas con no indígenas? (respecto a cada una de las enfermedades más comunes, incluyendo algunas que aunque no sean frecuentes resulten problemáticas por deficiencias o carencias del servicio)
4. ¿Y en beneficiarios de largo plazo? Incluir ejemplos de casos.

VI. Adultos mayores

1. ¿Qué facilidades o problemas tiene para manejar correctamente los problemas de los pacientes diabéticos e hipertensos?
2. ¿Cómo ocurre al comparar indígenas con no indígenas?
3. ¿Y en beneficiarios de largo plazo?
4. Incluir ejemplos de casos.

VII. Funcionamiento del centro de salud

1. ¿Se cuenta con el material adecuado y suficiente para ofrecer los servicios con calidad?
2. ¿Cómo está el abasto de medicamentos? (indicar carencias)
3. ¿Y el instrumental o equipo de trabajo? (indicar carencias)
4. ¿Cómo funcionan los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes hacia otras unidades de salud? (indicar problemas e incluir casos)

5. ¿Funcionan la clínica o los servicios con normalidad? Cumplimiento de la normatividad.
6. ¿Qué es lo que hace usted para la mejora del servicio?
7. ¿Cuáles y cómo son sus relaciones con el resto de los trabajadores del centro? ¿Existen dificultades de entendimiento o comunicación?
8. ¿Qué opina de los horarios y turnos (si los hay) con los que se trabaja en esta unidad?

VIII. Relaciones con los usuarios

1. ¿Quiénes acuden con mayor frecuencia a esta unidad o centro de salud (hombres, mujeres, niños)?
2. ¿Qué problemas encuentra en la relación con los pacientes?
3. ¿Habla la lengua indígena local o alguna lengua indígena?
4. ¿Tiene problemas de comunicación con sus pacientes? (Explicar especialmente con cuales y dar ejemplos)
5. ¿Acuden puntualmente a las citas?
6. ¿Cumplen con las prescripciones terapéuticas?(en caso negativo explicar factores que inciden en el no cumplimiento de los tratamientos)
7. ¿Están teniendo algún impacto las acciones preventivas (Línea de vida/Prevenimss)?
8. ¿Hay diferencias en la relación con los pacientes beneficiarios de *Oportunidades*?
9. ¿Hay diferencias en la relación con los pacientes indígenas?

IX. Talleres de Autocuidado de la Salud

1. ¿Se ofrecen talleres sobre salud por parte del personal del centro?
2. ¿Quiénes son los responsables?
3. ¿Los temas son los adecuados para esta comunidad?
4. Se recibió algún tipo de capacitación (especificar en qué temas sí y cuáles no, preguntar por la calidad de la capacitación de los mismos)
5. ¿Considera que tienen impacto en la salud de los destinatarios? (especificar cuáles sí, cuáles no y por qué)
6. Observaciones o sugerencias.

X. Sobre *Oportunidades*

1. ¿Qué cambios ha significado *Oportunidades* para el desempeño de sus actividades?
2. ¿Cómo calificaría la capacitación que le dieron sobre el manejo del Programa Oportunidades?
3. ¿Qué opina sobre el Programa?
4. ¿Cómo es el estado de salud de los beneficiarios del Programa respecto a los beneficiarios?
5. ¿Y entre indígenas y no indígenas?
6. ¿Cómo llevan los beneficiarios el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud? (comparar indígenas con no indígenas)
7. ¿Qué opina sobre quienes son dados de baja por no cumplir con las corresponsabilidades en salud?
8. ¿Tiene sugerencias de mejora para el Programa?
9. ¿Qué piensa sobre las reglas de operación de *Oportunidades*?
10. ¿Y la de operación del componente de salud?
11. ¿De los beneficios de *Oportunidades*?
12. ¿Cómo funciona el registro de familias en su unidad de salud?
13. ¿Cómo funciona la certificación de asistencia a consultas médicas y los Talleres de Autocuidado de Salud?
14. ¿Cómo funcionan las condiciones de entrega de apoyo?
15. ¿Cómo le va con el llenado de formatos?
16. ¿Cuántas horas dedica por semana a la atención de los pacientes de *Oportunidades*? (en promedio)

C. TEMAS DE LOS TALLERES COMUNITARIOS DE CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

• Uso del complemento alimenticio	• Parasitosis/Ciclo de desparasitación
• Alimentación y salud	• Infecciones respiratorias agudas (IRAs)
• Saneamiento básico a nivel familiar	• Tuberculosis
• Participación social	• Hipertensión arterial y diabetes
• Adolescencia y sexualidad	• Prevención de accidentes
• Planificación familiar	• Manejo inicial de lesiones
• Nutrición	• Enfermedades Prostáticas
• Entornos favorables para la salud comunitaria	• Cultura para la donación de órganos
• Maternidad sin riesgo	• Salud bucal
• Embarazo	• Enfermedades transmitidas por vectores y alacranismo
• Alimentación durante el embarazo y la lactancia	• Prevención de las adicciones
• Parto y puerperio	• Infecciones de transmisión sexual
• Cuidados del recién nacido	• Prevención de VIH/SIDA
• Lactancia materna y alojamiento conjunto	• Género y salud
• Cáncer de mama y cérvico uterino, toma de Papanicolaou y autoexploración mamaria	• Violencia intrafamiliar
• El menor de un año	• Climaterio, menopausia y andropausia
• El mayor de un año	• Acciones básicas en caso de desastres
• Vacunas	• Atención al adulto mayor
• Estimulación temprana	• Discapacidad
• Diarreas y uso del VSO	• Otros temas vinculados a la situación epidemiológica local

TEMAS DE CAPACITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD PARA BECARIOS DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

1. Adolescencia y sexualidad
2. Planificación familiar
3. Prevención de accidentes
4. Prevención de adicciones
5. Infecciones de transmisión sexual
6. VIH/SIDA
7. Género y salud
8. Violencia Intrafamiliar
9. Nutrición
10. Entornos favorables para la salud comunitaria