

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE PARTICIPANTES EN PROGRAMAS SOCIALES DE SALUD PÚBLICA

*Social representations of the process health/sickness/attention of
participants on social programs of social policy*

José Manuel Rangel Esquivel

José Manuel Rangel Esquivel

Profesor-Investigador de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL. Doctorado en Estudios Científico-Sociales en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Artículos en libros y revistas sobre desarrollo urbano, marginalidad, condiciones de vida, salud y pobreza. Tesis profesionales de nivel licenciatura, maestría y doctorado bajo las líneas de investigación: desarrollo social, pobreza, salud, política social y representaciones sociales

E-mail: josemre@gmail.com

Resumen

Este trabajo hace referencia a las representaciones sociales inferidas desde el proceso salud/enfermedad/atención de mujeres que habitan en situación de pobreza urbana. En un primer momento, se abordan aspectos teóricos en los cuales se argumenta y justifica el porqué de la elección de un estudio desde las representaciones sociales en grupos. En una segunda instancia, se dilucidan las representaciones sociales de las causas de las enfermedades a partir de la evidencia empírica, así como de las prácticas de prevención, curativas y de cuidados que emergen a partir del análisis narrativo de las conversaciones sostenidas con los sujetos de estudio. Finalmente, en un tercer momento, se establecen vínculos con dos de los programas sociales de política pública en materia de salud implementados en México, como son *Oportunidades* y *Seguro Popular*. Esto, para sugerir aspectos cualitativos en su reformulación y ejecución, desde una perspectiva que supone que en este tipo de programas se incorporen el discurso y las prácticas de los sujetos activos (participantes y no participantes directos) con la finalidad de acceder a un estadio de salud.

Palabras claves: salud, política pública, servicios de salud, representaciones sociales, actores sociales.

Abstract:

*As reference, this paper takes the social representations inferred from the process health/sickness/attention of women in situation of urban poverty. At first, this study analyses theoretical aspects, in which the reasons to address the investigation from the perspective of social representations in groups, are argued and justified. In a second stage, from empirical evidence, are elucidated social representations of the causes of diseases, as well as prevention, curative and care practices that emerge from the narrative analysis of the conversations with the subjects of study. Finally, on a third stage, links are established with two of the social programs of public policy in health implemented in Mexico, such as **Oportunidades** and **Seguro Popular**. All of this entails the suggestion to incorporate aspects such as the discourses and practices of active subjects (participants and no direct participants) in the reformulation and execution of the programs referred to the access of a state of health.*

Key words: *health, public policy, health services, social representations, social actors.*

Introducción

Este trabajo da cuenta de las representaciones sociales inferidas del proceso salud/enfermedad/atención, las cuales, a su vez, parten del análisis narrativo de los relatos producto de entrevistas a profundidad, realizadas con mujeres en uno de los sectores urbanos en situación de pobreza del municipio de El Salto, Jalisco. Tal como señala Riessman (1993), la propuesta de este análisis consiste en revisar cómo a través de las entrevistas se logran aproximaciones a las distintas experiencias en las vidas de las sujetos, en los distintos eventos y acciones, considerando este estudio, desde el proceso en que se reconstruye la salud/enfermedad/atención (SEA).

Desde este tipo de análisis narrativo, fue preciso interpretar los relatos sin separar el contenido del contexto; tomando, para ello, en consideración que se trata de reconstrucciones de las trayectorias de las entrevistadas, las cuales constituyen la historicidad de su proceso particular de SEA. Como señala Labov (citado en Riessman, 1993) “todas las narrativas son historias acerca de eventos pasados específicos”. Los consensos de las representaciones sociales se presentan en el momento en que se estudia el fenómeno, es decir, al interactuar cara a cara con cada una de las mujeres realizando el recorrido histórico-biográfico de su curso de vida. Esta perspectiva (Tuirán, 2001; Gutiérrez y Valladares, 2006) permite entretejer las distintas trayectorias que se imbrican dentro del proceso SEA particular, por lo que la heterogeneidad se hace

presente al enmarcar la complejidad con que se vivencia la enfermedad crónica degenerativa.

Asimismo, con los consensos se logran aproximaciones procesuales y estructurales (Banchs, 2000) al identificar los contenidos esenciales como producto de su proceso SEA, dentro de los cuales se capta el propio dinamismo, al dar cuenta de las distintas transformaciones de las representaciones. Esto, en palabras de Flores (2001) alude a la información, al campo de representación y a la actitud de las mujeres al relatar la experiencia vivida en su proceso salud/enfermedad/atención.

Con la finalidad de comprender el marco en que se realizó el estudio, se presenta el escenario de investigación en el que se destacan aspectos sociodemográficos y las condiciones de derechohabiencia en cuanto a seguridad social se refieren. Con respecto a las representaciones, se justifica el por qué del proceso SEA, abordándolo desde esta perspectiva teórica y sus imbricaciones con grupos de mujeres participantes en programas sociales. A partir de las prácticas terapéuticas, que incluyen las preventivas, curativas y de cuidados, se infieren las representaciones sociales producto de los consensos, los cuales constituyen la reconstrucción sociocultural de las “sujetos”. Finalmente, se presentan reflexiones finales en las que se alude a la importancia de considerar aspectos cualitativos, que emergen de las representaciones sociales de estas prácticas, en su vínculo con la política pública en materia de salud.

El escenario de estudio

Las mujeres entrevistadas habitan en el sector conocido como “la Huizachera”, el cual comprende un conjunto de colonias, cuya actividad económica principal es la elaboración de ladrillo en forma rudimentaria¹. La población es de 8,080 habitantes (INEGI, 2005), compuesta por 50.1% de población masculina y 49.9%, femenina. En el desglose en grupos quinquenales de edad, se permite apreciar la composición en la pirámide poblacional (ver gráfica 1) construida por medio del programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences). La mayor parte se ubica en el intervalo de 0 a

¹ Esto quiere decir que utilizan maquinaria industrial en desuso, como revolvedoras que se conectan a baterías de automóviles, hacen uso de parrillas de madera para “colar arena” o con las manos mezclan el material de desecho que les provee el entorno natural próximo al sector, como es el canal de agua, del que extraen lodo, chaute, barro, hasta excremento de vaca.

19 años de edad, con una participación relativa de 50.5%. Aproximadamente 2,099 mujeres tienen dieciocho años de edad o más, siendo éste el universo en el que se detecta a las mujeres participantes portadoras de enfermedades crónicas degenerativas.

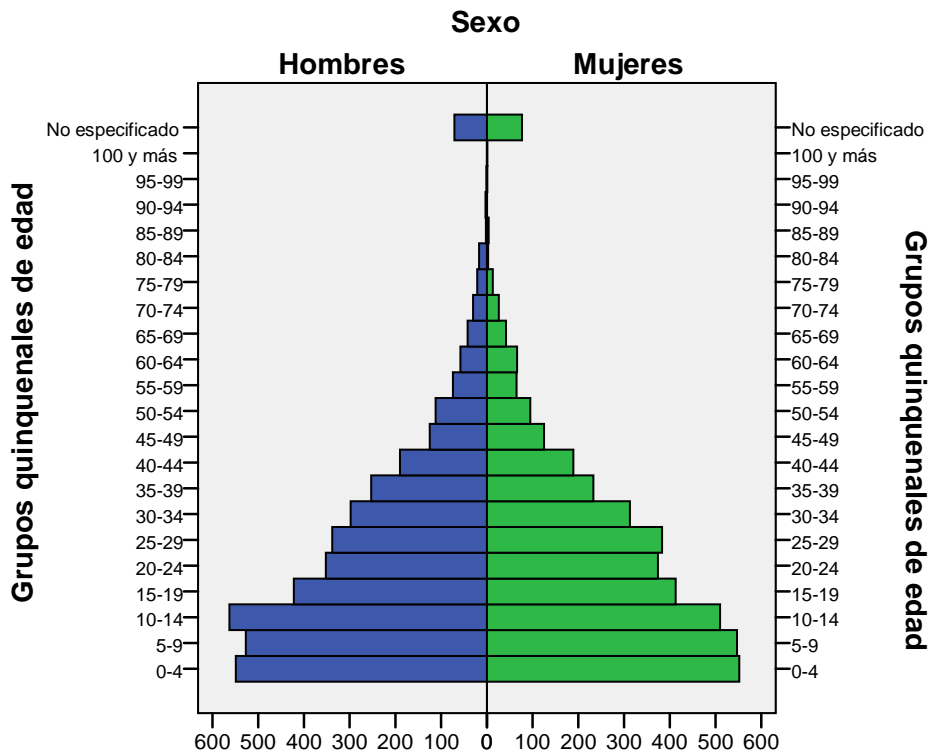
Aproximadamente 4,508 habitantes se encuentran sin derechohabencia a alguna institución de salud (55.8%) mientras, alrededor de 381 (4.7%) disponen de contrato con el *Seguro Popular*, de acuerdo con las cifras obtenidas del Censo de INEGI 2005 (ver tabla I). Asimismo, de las doce mujeres entrevistadas, tres de ellas habitan en el sector urbano aledaño conocido como “Santa Rosa del Valle”, donde la población total asciende a 8,184 habitantes, verificándose una proporción de 53.35% de no derechohabiente a alguna institución de salud, de acuerdo a cifras del INEGI (2000).

Ambos sectores mencionados pertenecen a “las Pintas”, una de las dos localidades del municipio de El Salto con mayor número de familias (414 grupos domésticos) registradas en el programa *Oportunidades* al primer semestre de 2007. Además, la población perteneciente a este programa atiende sus citas médicas y pláticas de educación para la salud en el Centro de Salud Comunitario “la Huizachera”².

Es preciso añadir el arraigo que ha tenido la actividad de elaboración del ladrillo, la cual ha desgastado el uso del suelo, y que *actualmente es desempeñada por alrededor de mil personas, entre niños, mujeres y hombres de distintas edades (entrevista a ladrillero)*. Asimismo, se hace necesario remarcar la insalubridad que se genera en temporada de lluvias por el desbordamiento del canal de “aguas negras” que divide a dichos sectores, o por la infiltración de los pozos que aún persisten en algunos de los predios sin entubación de agua. Este fenómeno, signo de un estado de exclusión y vulnerabilidad, hace que se inunden las calles y los caminos principales y repercute en la salud/enfermedad de los moradores. En palabras de Signorelli (1999: 37) estas disfuncionalidades de la ciudad se convierten en factores que originan “el temido fenómeno social metropolitano”.

² Este Centro de Salud tiene como área de influencia de prestación de servicios los dos sectores urbanos mencionados: “la Huizachera y Santa Rosa del Valle”. La Secretaría de Salud considera un médico por cada tres mil habitantes (*información de la médica titular de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece dicho Centro*), situación que se ve rebasada, pues dicho Centro de Salud atiende mediante citas numeradas la médica titular y un pasante de medicina. Esto quiere decir, aproximadamente 16,264 habitantes para dos médicos. Además, en ocasiones sólo se programan doce citas por día, en el horario de nueve de la mañana a dos o tres de la tarde (*Diario de campo, semestre enero-junio 2008*).

Gráfica 1
Pirámide poblacional del sector “la Huizachera” al año 2005



Fuente: elaboración propia con base en la información del II Censo INEGI (2005).

Como se aludió en la Introducción, las sujetos que habitan en el municipio de El Salto, Jalisco, al interior de la zona metropolitana de Guadalajara, por el mismo hecho de vivir en la periferia, han tenido que recurrir a distintas prácticas curativas alternativas, (aún contando con los “beneficios y apoyos” producto de su participación constante en los programas ya mencionados), como son el suministro de medicamentos alópatas y la atención de su salud por medio de citas programadas semestralmente, así como las pláticas para la educación en salud impartidas en el Centro de Salud del sector “la Huizachera”.

Tabla I
Derechohabiencia a Servicios de Salud de la población de “la Huizachera”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
IMSS	3004	37.2	37.2
ISSSTE	5	.1	37.2
Seguro Popular	381	4.7	42.0
Institución Privada	11	.1	42.1
Sin Derechohabiencia	4508	55.8	97.9
No especificado	171	2.1	100.0
Total	8080	100.0	

Fuente: elaboración propia, de acuerdo con las cifras del II Censo INEGI (2005)

En la aproximación por medio de entrevistas a profundidad llevadas a cabo en dos o tres sesiones cada una, las doce mujeres entrevistadas³ narran⁴ la trayectoria de su proceso SEA particular, acorde a su estadio de enfermedad. Asimismo, se realizaron un par de entrevistas semiestructuradas a médicos del sector público y privado, con el fin de tener una mayor comprensión de los tipos de enfermedades y los tratamientos mencionados por las entrevistadas, de ahí que en algunos apartados se haga alusión a fragmentos de sus relatos.

Taylor y Bogdan (1987) definen las entrevistas como los encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes; encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras. Esta definición conduce a entender las entrevistas como un proceso de comunicación verbal (Grawitz, 1984), que se presenta como parte

³ Entre los datos destacables de de las entrevistadas están la edad promedio equivalente a 49.75 años; la escolaridad promedio de 2º año de primaria, un total de 70 hijos vivos al período en que se realizaron las entrevistas, lo cual equivale a 5.8 hijos en promedio por mujer.

⁴ En cada uno de los fragmentos de los relatos se respetó el lenguaje utilizado por la entrevistada, por lo que frecuentemente se utilizan palabras de uso coloquial.

de un proceso social (Goode y Hatt, 1991). De acuerdo a esta perspectiva, se analiza el proceso SEA en cada una de las informantes a través de relatos de vida de tipo biográfico que permiten obtener la reconstrucción de la vida de la persona, destacando los momentos en que su enfermedad crónica aparece, así como “el estudio de la dialéctica de los cambios sociales y su interiorización en el cambio individual” (Mayer y Ouellet, 1991). De ahí la importancia del curso de vida, cuando se entrelazan distintos eventos de crisis de enfermedad y la trayectoria de vida de sujetos que interaccionan con las mujeres, llámese médico, curandero, partera, o bien familiares o vecinos pertenecientes o no al grupo doméstico.

El proceso de selección de las informantes se produjo a través del contacto, en primera instancia, con la coordinadora del Voluntariado “Estamos Contigo”, A.C. y, posteriormente, con el personal del Centro de Salud Comunitario “la Huizachera”. Desde ambas instituciones, se produjo el acercamiento al grupo de mujeres adscritas a los programas sociales, con quienes (a partir de la técnica bola de nieve), se fueron detectando a mujeres portadoras o que portaron en alguna etapa de su ciclo vital enfermedades crónicas degenerativas. Con relación al número de entrevistas realizadas, se efectuó un “muestreo de tipo teórico o intencionado” (Vela, 2004), esto quiere decir, que se siguió un proceso de acumulación de entrevistas hasta que se alcanzó un punto de saturación con respecto a los objetivos del estudio y acorde con los criterios de selección.

En la estrategia inicial de entrada a campo se consideró pertinente abordar cuatro casos para cada una de las fases del ciclo doméstico (expansión, consolidación y dispersión), correspondiendo a la respectiva participación a cada uno de los dos programas, a ambos al mismo tiempo o ninguno. De esta forma, se escogieron tres casos pertenecientes al programa *Oportunidades*, tres al *Seguro Popular*, tres casos más con adscripción a los dos programas y tres casos sin participación en ninguno de los dos, para cada período del ciclo doméstico respectivamente (ver Cuadro 1). El objetivo de la selección era intentar obtener un equilibrio entre el número de casos seleccionados, lo que arrojaría la suficiente información empírica para mostrar su relevancia en la aproximación etnográfica efectuada, al formar parte o no de los llamados

“beneficiarios” o “derechohabientes” de los programas, así como de la dinámica y características particulares de cada hogar, como puede observarse en la siguiente matriz.

CUADRO 1
Casos considerados como muestra teórica

Ciclo de Vida / Programas	Expansión	Consolidación	Dispersión
Oportunidades	√	√	√
Seguro Popular	√	√	√
Oport. y Seg. Pop.	√	√	√
Ninguno	√	√	√

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, la muestra teórica se ajustó a los ciclos de vida y participación en los programas que la técnica de *bola de nieve* implementada fue arrojando, al analizar las características sociodemográficas y la prevalencia de la(s) enfermedad(es) crónicas portada(s) por cada una de las mujeres sujetos de estudio. De esta forma, la heterogeneidad y la relevancia de la experiencia del proceso SEA particular permitió analizar transversalmente los relatos, para posteriormente construir las trayectorias y tipologías de dicho proceso. La muestra teórica ajustada⁵ fue de la siguiente manera: a) un caso participante del programa *Oportunidades* en fase de expansión; b) cuatro casos participantes en el *Seguro Popular*, correspondiendo uno en fase de expansión, uno en consolidación y dos en dispersión; c) cuatro casos participantes en ambos programas, situándose uno en expansión, uno en consolidación y dos en dispersión, y; d) tres casos no participantes directos de los programas en fase de dispersión.

Los relatos dan cuenta de las condiciones de precariedad con que conviven las mujeres participantes en los programas sociales *Oportunidades* y *Seguro Popular*, durante el curso de vida. Para Tuirán (2001) esta perspectiva provee un esquema flexible para comprender la interacción social, pues considera a cada persona constituida por trayectorias múltiples. A los fines de este estudio esta perspectiva se refiere a la forma en cómo la mujer reconstruye su proceso de

⁵ Ver Matriz 1 en el siguiente apartado.

salud/enfermedad/atención en los distintos contextos en que ha vivido durante su niñez, adolescencia-juventud y adultez.

Una vez expuesto el escenario, en el siguiente apartado se exponen los argumentos necesarios para el abordaje teórico en el marco de las representaciones sociales en contextos de pobreza urbana, con grupos de mujeres participantes en los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular* que constituyen los ejes de la política pública en materia de salud en México.

El abordaje teórico desde las representaciones sociales

Desde esta perspectiva, las representaciones sociales proceden del fondo cultural acumulado por la sociedad en su historia (Ibáñez, 2003). Esto quiere decir que las representaciones sociales se infieren a partir de las creencias compartidas, los valores básicos y sus referentes históricos y culturales, en consonancia con los procesos SEA de las sujetos.

Desde la postura de Jodelet (1988) centrada en el “hecho de representar”, se desprenden cinco características:

- La representación se produce siempre en relación con un objeto de estudio, por lo que se establece una representación mental del acontecimiento, de manera simbólica;
- a través del proceso de representación, lo abstracto se concretiza transformándose en una imagen estructurada; la idea se materializa y cosifica. En este estudio el término de imagen se expresa en el sentido de figura o conjunto figurativo, es decir, las metáforas utilizadas para representar acontecimientos dentro del proceso SEA;
- la representación tiene un carácter constructivo, no es una simple reproducción, implica siempre una parte de construcción y reconstrucción: los elementos adquieren existencia real, considerados como referentes del concepto. Son, por lo tanto, un factor constitutivo de la “realidad social”. Esto, permite situar a las

representaciones del proceso SEA en la reconstrucción realizada con base en los conocimientos y valores adquiridos en las trayectorias de las sujetos;

- tiene un carácter autónomo y creativo, ya que emplea elementos descriptivos y simbólicos proporcionados por la comunidad que se imponen al sujeto. Las representaciones se integran y superponen unas a otras, son autónomas a la conciencia del individuo porque operan en situación de intercambio e interacción y no aisladamente (Palmonari-Doise, citado en Mora, 2002). En este sentido, las mujeres participantes en programas sociales no han estado solas a lo largo de su trayectoria individual, sino que cuentan con redes sociales de apoyo: familiar, comunitaria e institucional que ha integrado la atención de su salud-enfermedad, e
- implican algo social: las imágenes o representaciones que el sujeto tiene del mundo social no son imágenes individuales, sino compartidas por los integrantes de un grupo. Lo social se introduce a través de la comunicación entre los actores sociales, expresando la pertenencia social del sujeto. El hecho que las sujetos estén adscritas a programas sociales como *Oportunidades*, les provee de conocimientos con las pláticas de educación para la salud recibidas; con su adscripción a programas de salud, como el *Seguro Popular*, las prácticas de atención a la enfermedad también acrecienta su cúmulo de conocimientos. Ambos se complementan y generan el hecho de representar socialmente sus experiencias vividas en cada uno de los procesos SEA.

No obstante, como señala Flores (2001) las representaciones sociales no son algo acabado y definido, pueden sufrir, y de hecho sufren, modificaciones a lo largo de la experiencia cotidiana, sometiéndose a cambios y modificaciones continuas. Lo cual no quiere decir, que “a una representación y corresponda una práctica *x*” (Fishbein y Ajzen, citados en Banchs, 2007), sino que se trata de explicar la relación dinámica y procesal de la salud/enfermedad/atención, donde las representaciones se transforman y son transformadas por las prácticas (Banchs, 2007). Esto indica que la teoría de las representaciones sociales permite entender los procesos de constitución del pensamiento

social, sus contenidos y sus efectos sobre las prácticas sociales (Banchs, 2007), lo cual, en nuestro caso en particular, da cuenta de las transformaciones del proceso SEA.

A partir de esta postura sobre las representaciones sociales, es que el estudio se enfocó en las representaciones en grupos, dado que, en la práctica, se habla de grupo social a partir del momento en que los individuos ocupan una posición común en relación con el objeto de representación y están en regular interacción (Moliner, Rateau y Cohen-Scali, 2004). Asimismo, al interior de un grupo social como es el conformado por las participantes de los programas sociales, las representaciones se definen como saberes “socialmente elaborados y compartidos” (Jodelet, 1988). No obstante, es preciso tener en cuenta los saberes y conocimientos adquiridos por las relaciones establecidas con instancias medicinales comunitarias: parteras, curanderos, sobadoras, entre otros. A lo que Moscovici (1988) denomina como *Nuevo Orden de Pensamiento*, basado en las medicinas naturales (remedios, hierbas, imposición de manos, ejercicios rituales), que están estrechamente vinculados al proceso salud/enfermedad/atención (Banchs, 2007).

Tomando en cuenta las consideraciones expuestas más arriba es que se retomó la postura de Osorio (2001) y Torres (2002), quienes definen a las representaciones sociales como el conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones, a través de los cuales se vivencian y aprehenden los padecimientos, conduciendo a las personas a tomar una postura ante su enfermedad, y con ello, sobre la forma en que ésta debe ser manejada y atendida. Torres (2002) expresa que las representaciones sobre un padecimiento crónico comprenden cómo estos procesos fueron contruidos y reelaborados a la luz de las experiencias personales y las compartidas, ya sea con otros enfermos, familiares, profesionales de la salud e instituciones. La pertinencia del estudio de la salud/enfermedad para las representaciones sociales se basa en que la enfermedad es algo más que una serie de síntomas, más bien, es un evento desafortunado que modifica el curso de la vida, que también tiende a relacionarse con causas sociales y en el que puede captarse, a la vez, el pensamiento social y el pensamiento científico (Herzlich, citada en Banchs, 2007).

Como se mencionó líneas atrás, las representaciones se enfocan por grupos (Moliner, Rateau y Cohen-Scali, 2004). De esta forma, en los contextos de pobreza, se actúa por medio de políticas públicas dirigidas al conjunto social que se ve influenciado por las acciones establecidas por la misma operatividad de los programas sociales.

En este sentido, la importancia de abordar el estudio de las representaciones sociales radica en los criterios de emergencia que surgen en las experiencias de los procesos SEA de las mujeres participantes, referidos al proceso de construir sus relatos, dar nombre y simbolizar las causas de enfermedad, de establecer las actitudes para hacer frente al estadio de enfermedad, así como la práctica de los conocimientos, creencias y valoraciones en pro de la salud. En consonancia con el marco de la política pública en salud, estas representaciones de los procesos SEA coadyuvan al enriquecimiento de las estrategias de los programas sociales para la consecución de la salud, como se analiza en el siguiente apartado.

Construyendo representaciones sociales del proceso SEA

Primeramente, es necesario tener un conocimiento holístico de los tipos de hogares a los que pertenecen las mujeres sujetas a este estudio. La siguiente matriz nos da una visión general del tipo de programa(s) al que pertenecen cada uno de los casos seleccionados, así como del ciclo doméstico en que se encuentran los hogares. Como se observa, predominan las etapas de expansión y dispersión en estos grupos domésticos en situación de pobreza. Al respecto González de la Rocha (2006) explica que en estas dos fases se acentúa la exposición a la vulnerabilidad, aspecto relevante por el cual se optó elegir estos casos.

El siguiente Diagrama de análisis permite comprender cómo las mujeres reconstruyen los procesos de SEA. Como se observa, se parte desde los primeros síntomas detectados por las mujeres desde el medio ambiente social en que se presentaron, así como las causas que ellas conciben como factores determinantes de su enfermedad. Posteriormente, se procede a la detección bajo un diagnóstico medicinal (alópata o alternativo) para determinar los tipos de enfermedades. Esto conlleva a que en la siguiente fase se efectúe el suministro de tratamientos, alópatas, homeópatas y/o tradicionales, donde las redes sociales tienen un papel fundamental y significativo, sean

éstas familiares, comunitarias y/o institucionales. Dentro del mismo proceso se consideran las prácticas preventivas, curativas y de cuidados, ya sea de autocuidados o practicadas por un cuidador, donde también adquieren relevancia las redes sociales. Finalmente, se consideran las implicaciones que ha tenido la enfermedad en las actividades al interior y exterior del hogar, además de las afectaciones corporales. Todo lo anterior, contribuye a la comprensión del estadio de salud/enfermedad actual que las mismas mujeres construyen por medio de sus relatos.

Matriz 1

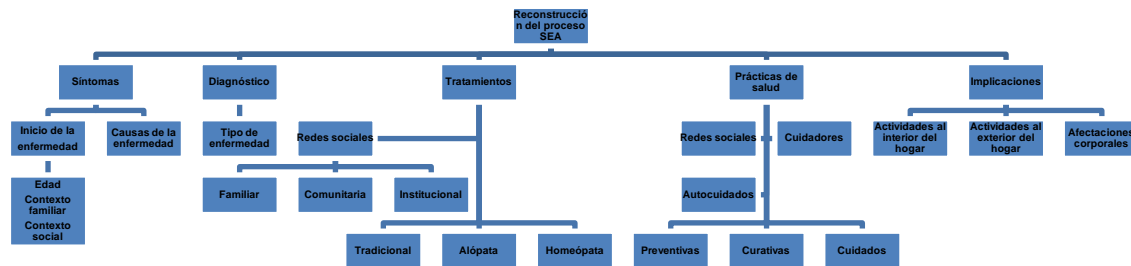
Programa social y ciclo doméstico al que pertenecen las mujeres entrevistadas.

Programas/ Ciclo Doméstico	Expansión	Consolidación	Dispersión
Oportunidades - Seguro Popular	Entrev. 1	Entrev. 3	Entrev. 4 Entrev. 6
Seguro Popular	Entrev. 2	Entrev. 12 (+)	Entrev. 5 Entrev. 7
Oportunidades	Entrev. 10		
Sin Oportunidades ni Seguro Popular			Entrev. 8 Entrev. 9 Entrev. 11

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información proporcionada.

En este trabajo se alude específicamente a las representaciones sociales inferidas en dos fases del proceso SEA: a) causas de la enfermedad, es decir, factores endógenos y exógenos que refieren las mujeres, y; b) prácticas terapéuticas de salud, que comprende las preventivas, curativas y de cuidados. Desde estas fases es posible retomar aspectos que coadyuvan al replanteamiento en la formulación de los programas sociales *Oportunidades* y *Seguro Popular*.

Diagrama 1: Reconstrucción del proceso Salud/Enfermedad/Atención



Fuente: elaboración propia, con base en el análisis narrativo de las trayectorias de SEA

En este trabajo se alude específicamente a las representaciones sociales inferidas en dos fases del proceso SEA: a) causas de la enfermedad, es decir, factores endógenos y exógenos que refieren las mujeres, y; b) prácticas terapéuticas de salud, que comprende las preventivas, curativas y de cuidados. Desde estas fases es posible retomar aspectos que coadyuvan al replanteamiento en la formulación de los programas sociales *Oportunidades y Seguro Popular*.

Representaciones de las causas de las enfermedades

Primeramente, es preciso destacar que se retoman las categorías de análisis propuestas en el estudio de Blaxter (1983) para exponer cómo se presentan en cada uno de los casos particulares estudiados. La clasificación presentada por la autora, agrupa en diez categorías las causas y enfermedades atribuidas por las mujeres escocesas entrevistadas en su investigación, destacando: a) contagio; b) herencia o predisposición familiar; c) agentes ambientales: venenos, condiciones laborales, clima; d) medicamentos o píldoras anticonceptivas; e) efectos secundarios de otras enfermedades; f) estrés, angustias y preocupaciones; g) enfermedades derivadas del parto y menopausia; h) efectos secundarios de una lesión o cirugía; i) descuido, limitaciones impuestas por la pobreza; j) susceptibilidad inherente al individuo, no heredada (Blaxter, 1983). A partir de éstas, en este estudio se incorporó la categoría *implicaciones de vivir en situación de pobreza*, como marco de lo que representa para las mujeres y sus hogares habitar en estas condiciones debido a factores múltiples, como se expone en las siguientes líneas.

En la categoría *agentes ambientales*, se considera la presencia de lepra. Su incidencia ambiental tiene que ver con el hecho de que la enferma realice actividades, como lavar ropa o simplemente bañarse al interior de un “ojo de agua”, cercano al sector urbano de residencia. Esta situación de riesgo, a la vez, podría relacionarse directamente con las *limitaciones impuestas por la pobreza* según Blaxter (1983), aunque para ser más precisos, se asocia, más bien, a la décimo primera categoría propuesta o sea, a las *implicaciones de vivir en situación en pobreza*, cuestión que emerge al analizar las condiciones de vida del escenario de estudio. En el caso mencionado más arriba, la cuestión se agrava ante el hecho de que gran parte de la población de la zona acudía a dicho arroyo a realizar las mismas actividades que la enferma, ante la carencia del vital líquido en sus domicilios. Por otro lado, cabe destacar que en esos años no fue el único caso de lepra reportado ante las instituciones de salud pública.

Por otra parte, para el grupo de enfermedades, tales como el soplo en el corazón, la diabetes y la hipertensión, se deducen como representaciones de las causas *la preocupación y la angustia*, producto también de la *violencia doméstica* vivida, así como de la carencia de recursos monetarios para atender su enfermedad, lo que también conduce a ubicarla en la categoría de *implicaciones de vivir en situación de pobreza*.

En otro de los casos analizados, el desgarrar en un ovario se ubicó en la categoría de *efectos secundarios de una lesión o de una cirugía* en la reconstrucción del proceso SEA. Esto se fundamenta en una situación donde la lesión fue producto de la acción de los paramédicos de la Cruz Roja, luego de cuya intervención se presentaron hemorragias, infecciones e, incluso, el inicio de un tumor canceroso. Por estos motivos la representación se interpreta como *maltrato médico*, producto de los errores en que incurrieron después del segundo parto, al examinar rápidamente para extraer la placenta del cuerpo de la mujer. Asimismo, en el relato se infiere la representación de la *reproducción del discurso médico*, cuando se logra externar las vivencias y experiencias en los distintos estadios de enfermedad. Además, aporta al concepto de capacidad médica propuesto por Boltanski (1974), al expresar con un lenguaje fluido las etapas del proceso SEA desde la comprensión subjetiva de los conocimientos biomédicos.

De igual forma, el origen de la infección en el cuello de la matriz son relatos apropiándose del lenguaje médico alópata (*reproducción del discurso médico*): ‘la anestesia me causó mucho daño’, ‘un desgarrar muy fuerte que tuve’. Al narrar los acontecimientos previos al tercer parto, en el que no se recibió la atención médica al momento del nacimiento, aún estando en el interior de la clínica de salud, las complicaciones con la placenta y la ineptitud de la enfermera son descritas como las causas que originaron esta enfermedad. Por estos motivos es que la representación se deduce también como *maltrato médico*, además, se ubica en la categoría *efectos secundarios de una lesión* al converger diversas prácticas inadecuadas en el cuerpo de la mujer momentos antes de dar a luz.

También, cuando se presentan tumores en las rodillas se ubica en la categoría de *efectos secundarios de una lesión*. No obstante, al incorporar algunos matices referidos a las *implicaciones de vivir en situación de pobreza*, la trayectoria del proceso SEA se imbrica con el factor trabajo: la elaboración de ladrillo. Esta actividad desempeñada por mujeres, jóvenes e infantes las expone a las largas jornadas de trabajo rudo, donde la postura del cuerpo resulta incómoda e inadecuada durante las diferentes etapas de elaboración. Metafóricamente se representa a los esguinces en las articulaciones como ‘las bolas que salen en los huesos’, asimismo, se considera dentro de la categoría *causas hereditarias*, lo cual permite dar cuenta de la diversidad de factores que han incidido en la prevalencia de tumores las rodillas, donde también se presenta *el descuido* de la salud al dar continuidad a dicha actividad laboral, desatendiendo las indicaciones biomédicas.

Asimismo, la principal atribución a la presencia de sangrados, dolores en el vientre y entumecimiento de las manos, se asigna a la actividad física desgastante supuesta en la elaboración de ladrillo, dado que, son pocos o nulos los autocuidados de las mujeres durante los períodos de embarazo y post-parto. Las representaciones que se dilucidan en estos eventos son *el descuido* y las *implicaciones de vivir en situación de pobreza*, pues como se ha dicho, esta actividad ha sido el sustento económico de una mayoría de grupos domésticos del sector urbano, no importando si se está enfermo, en fase de recuperación de la salud o de post-parto.

Por otro lado, la presencia de cáncer cervicouterino se ubica en la categoría *efectos secundarios de una lesión*, pues en los relatos se da cuenta de un Papanicolaou mal practicado en una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). No obstante, desde la parte médica alópata se explicitan elementos que contradicen la interpretación de la mujer, al precisar que “*un papanicolaou es una de las prácticas de salud preventivas para la detección de cáncer*” (entrevista con médico alópata). Con dicha información procedente de la entrevista sostenida con el médico del sector privado de salud, hace que se presente controversia en la causa real de origen del cáncer cervicouterino, por lo que permite ubicarla en la representación de *descuido*.

No obstante, con la narrativa de otro de los casos de cáncer cervicouterino puede decirse que se entrelazan factores multicausales. De acuerdo con las categorías propuestas por Blaxter (1983), destacan por una parte *enfermedades derivadas del parto y el descuido*, y por otro, de manera conjunta están presentes las *implicaciones de vivir en situación de pobreza*. Esto, porque es en el último de los partos cuando se dan indicaciones de practicarse constantemente estudios clínicos preventivos (papanicolaou) para analizar la posible presencia cancerígena, cuestión que la paciente nunca realiza, resultando en un *descuido* de la salud al no interrumpir sus actividades y mantenerse en sus labores, pues en ese período los ingresos de la pareja eran insuficientes para solventar los gastos del hogar. Asimismo, de las narrativas nuevamente se infiere la representación *maltrato médico*, pues la exposición del cuerpo a quimioterapias se consideran como prácticas agresivas, además que desde la perspectiva del sujeto una esterilización hubiese solucionado la situación.

La inmovilidad y discapacidad en extremidades inferiores se ubica en la categoría *efectos secundarios de una lesión*, como causa también de un *evento inesperado*. En su curso de vida, la trayectoria del proceso SEA distingue el *descuido* por las *implicaciones de la situación en pobreza* en que se ha vivido durante los ciclos de vida adultez madura y en la vejez. Lo anterior, porque ante la situación socioeconómica imperante se requería el desempeño de las actividades ocupacionales necesarias para subsistir ante la carencia de recursos monetarios.

Por último, un *evento inesperado* es lo que se deduce en otra de las representaciones, en la cual se presenta una lesión y se desencadenan una serie de crisis

por dolores de cabeza y convulsiones en medio de una actividad doméstica, lo cual genera la aparición de enfermedad craneoencefálica o infarto isquémico agudo, como clínicamente es denominado. En otro de los casos, la epilepsia que puede presentarse como inesperada, se dilucida como *predisposición*, dado que se atribuye al factor hereditario.

En síntesis, puede decirse que a partir del análisis de las narrativas y de categorías propuestas se logran deducir una serie de representaciones sociales que pueden agruparse de acuerdo con el tipo de enfermedad crónica prevalente en las mujeres, como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla II
Representaciones sociales de las causas de las enfermedades.

Tipo de enfermedad	Representaciones sociales <i>Implicaciones de la situación en pobreza</i>
Lepra, craneoencefálica, dolencias en piernas, inmovilidad y discapacidad en piernas.	Eventos inesperados. El misterio.
Infecciones en ovarios, cáncer cervicouterino.	Maltrato médico.
Soplo en el corazón, diabetes, hipertensión, parálisis facial, dolores estomacales.	Preocupaciones. Angustias. Estrés.
Tumores en rodillas, tumor en ovario, cáncer cervicouterino.	Descuido.
Epilepsia, tumores en rodillas.	Predisposición. Herencia.

Fuente: elaboración propia, de acuerdo con el análisis realizado.

Representaciones sociales de las prácticas terapéuticas

Es preciso hacer hincapié en el rol de la o el cuidador del enfermo, pues sus conocimientos y atenciones aportan a la consecución de un nuevo estadio de salud en la persona. Es por esto que introducirse en las representaciones de las distintas prácticas, coadyuva a incrementar el tipo de *capacidad médica* (Boltanski, 1974) que la madre,

esposa(o), hija(o), vecina(o) o familiar cercano o lejano, aportan por medio de ese cúmulo de conocimientos y creencias de una enfermedad determinada.

Este concepto de capacidad médica argumentado por Boltanski (1974), parte del cúmulo de conocimientos que han adquirido las personas por medio de sus diálogos con los médicos, y se refleja en sus expresiones y en el lenguaje de lo que ellos han comprendido de determinada enfermedad o estadio de salud. No obstante, a esta capacidad médica, es necesario incorporarle los conocimientos que las mujeres participantes, adquieren a lo largo de su trayectoria y curso de vida, mismas que adquieren matices diversos a través del contacto con instituciones de salud, con el personal que imparte las pláticas de salud del programa *Oportunidades*, así como los saberes compartidos por la red de apoyo familiar y comunitaria, que se reflejan en las prácticas implementadas bajo la medicina tradicional. Desde esta perspectiva es que podría hablarse también en términos de *repertorio medicinal* desde las prácticas en pro de la salud.

La *capacidad médica* y el *repertorio medicinal* de las mujeres, por una parte, distinguen los conocimientos, creencias y valorizaciones que la misma mujer ha adquirido y pone en práctica para aproximarse a un estadio de salud, cuestión que se refleja con las prácticas curativas de la enfermedad. Por otro lado, pero a la vez complementarios al anterior, están los conocimientos, creencias y valorizaciones que las(os) cuidadoras(es) retransmiten y ponen en práctica con la mujer enferma. Con estos dos tipos de prácticas, las prácticas preventivas también forman parte del proceso en la construcción de las representaciones sociales.

Prácticas Preventivas

Bajo este concepto, se deduce la representación del *autocontrol* que establece una práctica de prevención proveniente de una prescripción médica; como complemento, se hace presente el papel de los cuidadores al ejecutar también una práctica preventiva, tales como cuando se sugiere evitar el consumo de bebidas o alimentos que pudiesen perjudicar el estadio de enfermedad de las sujetos.

Las mujeres, sobre todo aquéllas en edad reproductiva, al practicarse periódicamente estudios clínicos, como el papanicolaou, denotan la representación de la

constancia al tener un seguimiento en su condición de salud. Asimismo, se deducen las representaciones de *la constancia* y el *autocuidado* cuando se requiere prevenir el dolor producto de la inflamación presentada en extremidades inferiores, de ahí que el centro de la prevención consista en revertir este tipo de acontecimiento: al reposar o aplicarse algún tipo de aceite, pomada o ungüento.

Como se observa, las representaciones de la constancia, el autocontrol y el autocuidado, se relacionan directamente con la prevención de eventos de enfermedad. Destaca *la constancia* en enfermedades relacionadas con la prevención de infecciones en el aparato reproductor femenino, que es importante para prever la reincidencia de una crisis en su salud. Por otra parte, *el autocuidado* (incluyendo las decisiones en el cuidado), *el autocontrol* y también *la constancia* se infieren para enfermedades relacionadas con la epilepsia y la inmovilidad en extremidades inferiores.

Prácticas Curativas

Dentro de estas prácticas se detecta en las narrativas de las mujeres, acciones que tienen que ver con la higiene y aseo personal, sobre todo cuando se trata de enfermedades en el aparato reproductor femenino. Se distingue tanto la prescripción alópata como la tradicional, pues las mujeres al acceder a este tipo de medicinas reconocen el valor que tiene para su sanación.

Otro tipo de prácticas curativas se refiere a las acciones llevadas a cabo a través de la ingesta de té o preparados, con base en los conocimientos de la herbolaria. Para las mujeres, este tipo de curaciones adquirió un valor fundamental al contribuir en la mejoría durante el tiempo en que prevaleció la enfermedad. Otras de las prácticas, son las que se establecen como urgentes o recurrentes cuando la enfermedad se hace presente, por ejemplo, cuando se acude a la institución médica para que se administre o se actúe a través de los conocimientos biomédicos que las mujeres ponen en práctica en sus hogares.

A partir de este tipo de prácticas curativas se desprenden representaciones de *hábitos positivos para la salud*, como se aprecia en los casos de infecciones en el útero o tumores en los ovarios; asimismo, representaciones de *valoraciones positivas del buen*

funcionamiento, cuando por medio de la herbolaria o infusiones se procede a sanar enfermedades relacionadas con las infecciones vaginales o la hipertensión. Por otra parte, se dilucidan representaciones de *pasividad ante la enfermedad*, cuando no se ha actuado en consecuencia para controlar el dolor, como en casos de hipertensión o parálisis facial.

En las narraciones queda claro el sentir y la postura personal ante cómo procede la institución de salud para curar la enfermedad. Se establece una relación directa de las prácticas de quimioterapias con la muerte, al percibirse la baja paulatina de peso en medio del tratamiento. También, se expresan como un tipo de curación que supone sometimiento al dolor de forma que la infección vaginal no se convierta en cáncer. En este sentido, la parte médica señala '*son tratamientos muy agresivos para el paciente*' (*entrevista a médico alópata*).

Por lo anterior, a partir de las narrativas tanto de las mujeres como del médico, se infieren representaciones de *maltrato médico y agresividad en la práctica terapéutica*, destacando que también pueden suscitarse daños secundarios al organismo de la persona. Por esto, a partir de estas representaciones, el presente estudio detecta cuestionamientos a las diversas prácticas curativas presentes en el repertorio medicinal de las mujeres. Por un lado, la sumisión ante terapias a base de quimioterapias y lavados vaginales conduce a las mujeres a respetar la hegemonía de las medicinas alópata y tradicional, lo cual a la postre influye en la pasividad que las mujeres asumen en el momento de llevarse a cabo este tipo de prácticas curativas. Por otro lado, la asistencia institucional refuerza los hábitos y costumbres en salud que debieran asumirse, precisamente como prevención ante eventos de enfermedad inesperados.

Prácticas de Cuidados

Robles (2007) señala que las prácticas de cuidados persiguen tres fines: ayudar a satisfacer las necesidades del otro (al receptor del cuidado), proporcionar los recursos suficientes para que se sobreviva, así como garantizar el bienestar y florecimiento. Esto se hace visible en las mujeres cuando se analizan sus narrativas de atención dentro del proceso SEA. La presencia de los cuidadores adquiere un rol central para que la mujer

enferma se abstenga de realizar algunas actividades durante los períodos de crisis o cuando la enfermedad ha estado en el clímax de su expresión.

De las narrativas se extraen los roles que adquirieron las distintas cuidadoras, haciéndose cargo de las necesidades vitales. Además, todas y cada una de ellas se identifican como cuidadoras primarias (Robles, 2007), pues estuvieron al frente, tomaron decisiones y tuvieron la responsabilidad completa del cuidado, en el tiempo en que las mujeres entrevistadas portaron la enfermedad crónica degenerativa.

Por lo anterior, se deducen representaciones de *dependencia en las prácticas íntimas personales* como en la realización de actividades de aseo e higiene personal, las cuales por lo regular ejecutaba la cuidadora principal. También, en la reconstrucción de las prácticas de cuidados se aprecia cómo la parte institucional (médica alópata) tiene relevancia en las decisiones de los cuidadores, por lo que también se infiere la representación *incorporación de las indicaciones institucionales*. Esto tiene que ver con lo que Banchs (2000) señala que el análisis de las representaciones debe centrarse en el proceso y en la estructura pues, por un lado al relatar las mujeres las prácticas, dan cuenta del proceso de cuidados, y por otro, las representaciones señalan el contenido estructural en que se fundamenta la acción de la práctica institucional. Esto, a la vez, pone en juego el papel de la superestructura institucional de la parte médica de la Secretaría de Salud, al realizar las prácticas sugeridas.

En algunos casos, pese a tener redes de apoyo horizontal (González de la Rocha, 1986; Estrada y Bazán, 1999) se aprecia cómo las mujeres en ocasiones tienen que enfrentar su enfermedad en forma personal, lo que implica dar continuidad a sus actividades cotidianas. De esto se deduce la representación *contención del esfuerzo físico* al no ejecutarse los autocuidados por tener que realizar las actividades laborales o por no estar presente la red familiar en el momento de una crisis de enfermedad. La siguiente tabla presenta en forma agrupada las representaciones sociales inferidas a partir de las distintas prácticas terapéuticas detectadas dentro del proceso SEA de las mujeres.

Tabla III

Representaciones sociales de las prácticas terapéuticas.

R.S. de las Prácticas Preventivas	Autocontrol
	Constancia
	Autocuidados
R.S. de las Prácticas Curativas	Hábitos positivos para la salud
	Valoración positiva de buen funcionamiento
	Pasividad ante la enfermedad
	Maltrato médico
	Agresividad en la práctica terapéutica
R.S. de las Prácticas de Cuidados	Dependencia en las prácticas íntimas personales
	Incorporación de indicaciones institucionales

Fuente: elaboración propia, de acuerdo con el análisis realizado.

Reflexiones finales: las representaciones sociales y los programas de salud pública

Como se aprecia, las representaciones sociales denotan las nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones a que aludía Osorio (2001) y Torres (2002) en sus estudios, donde adquiere un matiz especial el hecho de vivir en situación de pobreza, pues además de aprehender el conjunto de saberes médicos institucionales (Torres, 2002) se infieren representaciones sociales que critican el proceder de las prácticas médicas institucionales, como por ejemplo el *maltrato médico* y la *agresividad en las prácticas terapéuticas* en lo que a prácticas curativas refiere, pero a la vez contrasta con la *incorporación de indicaciones institucionales* en las prácticas de cuidados y con la *dependencia institucional* en las redes sociales, por lo que se presentan ambivalencias de acuerdo con los casos estudiados, por esto, es necesario retomarlo para cuestiones de política pública, por considerarse una red social vertical en pro de la salud.

Al ser el programa *Oportunidades* un programa condicionado a la asistencia a pláticas de salud, revisiones y estudios clínicos semestrales, las mujeres que elaboran

ladrillo lo perciben como nula la inversión en su salud, pues les perjudica en sus actividades laborales: medio día de “salario” cuando asisten a la plática de educación para la salud, otro medio día cuando tienen que ir a consulta médica, y otro medio día más, cuando tienen que llevar a sus hijos pequeños a la revisión. Desde su percepción, los condicionamientos del programa producen una erosión en sus ingresos familiares, más cuando las mujeres son las que proveen el recurso principal para el sostenimiento del hogar. Estos aspectos concuerdan con las *representaciones de los perjuicios* señalados por García Falconi (2007), por lo que hacen falta sinergias en aspectos que refuercen el vínculo salud/trabajo en las reglas de operación del programa.

Con respecto a las dimensiones de cambio que han aumentado la complejidad de la salud, Frenk (2000) señaló cambios importantes debido al factor demográfico, como la distribución espacial de la población. En el sector “la Huizachera” se hace presente un crecimiento que supone una desordenada urbanización, sobre todo en el área en que se ubican las ladrilleras. Al adentrarse a estas áreas se percibe el hacinamiento en que viven sus moradores, así como la falta de saneamientos. Por lo que se concluye que este gran sector, con más de dieciséis mil habitantes, ha quedado al margen de los satisfactores necesarios para acceder a servicios de salud.

Otra de las dimensiones aludidas por Frenk (2000) se presenta en el aspecto social relacionado específicamente con el factor educativo. Aunque no necesariamente en contextos de pobreza el nivel de escolaridad es directamente proporcional a los conocimientos y mejores prácticas en salud, es preciso reconocer que el contacto con personal de salud (médicos alópatas) acrecienta la capacidad médica (Boltanski, 1974) de la población, de igual forma el contacto con especialistas en medicina alternativa (homeopatía y herbolaria) también conduce a la implementación de prácticas curativas y preventivas para la salud. En cuanto a dichas prácticas implementadas por los servicios biomédicos de salud, si bien se interpretan representaciones sociales como la *valoración positiva de buen funcionamiento*, la *incorporación de indicaciones institucionales* y los *hábitos positivos para la salud*, por otro lado, se infieren representaciones como *el maltrato médico* y la *agresividad en la práctica terapéutica*, lo cual refleja la no aceptación en su totalidad en el trato recibido y de las distintas prácticas que ofrece la Secretaría de Salud como mejora de su estadio.

Otro de los aspectos enunciados por Frenk (2000) se refiere al factor político. En este también surgen contrastes cuando se estudian *las implicaciones de vivir en situación de pobreza*, pues aunque el autor mencione que se han exigido servicios de calidad al concebir a la salud como derecho, la aproximación al sector “la Huizachera” presenta ciertos indicios sobre la falta de voluntad política al interior de las instituciones de salud, la calidad de los servicios y de las instalaciones, que en la mayoría de las ocasiones, ni siquiera alcanzan lo básico. Hace falta añadir a esta voluntad política la voluntad en y para lo social, con esto, se aspiraría a condiciones propicias para el bienestar y desarrollo humano, como lo proponen los programas *Oportunidades* y *Seguro Popular*.

En este sentido, cabe integrar en el análisis de los factores demográfico, social y político expuestos por Frenk (2000), el rol que han tenido las mujeres entrevistadas y los integrantes del grupo doméstico, quienes a través de las prácticas terapéuticas destacan la función que ha tenido la familia como proveedora de bienestar social, lo cual queda manifiesto por medio de las representaciones sociales inferidas: *constancia, hábitos positivos para la salud, valoración positiva de buen funcionamiento, incorporación de indicaciones institucionales*. Esto, coadyuva al enriquecimiento de los procesos SEA, pues cuando el Estado no aporta los satisfactores necesarios, es la familia en su rol de institución base quien dedica los tiempos, atenciones y cuidados a la sujeto enferma. De ahí la relevancia que adquiere la incorporación de las representaciones sociales de las prácticas terapéuticas en la formulación y ejecución de los programas en materia de salud.

En nuestro régimen dual de bienestar mexicano (Barba, 2006) se ha actuado por etapas para acceder a la universalización de los servicios sociales, precisamente cuando la focalización de los programas ha tenido una mayor presencia. En este marco es que se vincula la representación social inferida *dependencia institucional* con respecto a las transferencias monetarias condicionadas de la Secretaría de Desarrollo Social y a los servicios de salud que provee la Secretaría de Salud, por medio de sus Centros comunitarios. No obstante, ante este escenario, es preciso destacar la capacidad de agencia de las mujeres cuando se trata de acceder a tratamientos con base en la medicina alternativa (homeópata y herbolaria), ya que aunque haya existido un

diagnóstico alópata, ellas deciden bajo qué tipo de medicación atenderán sus estadios de enfermedad. Cuestión que es necesario retomar en las propuestas de política pública, como se dejó entrever la *valoración positiva del buen funcionamiento* se complementa con el *autocontrol* y los *autocuidados*, lo cual integra tratamientos alópatas y alternativos, necesarios en la ejecución de los programas y en la comprensión de los procesos SEA.

Desde esta perspectiva, las políticas públicas en salud requieren poner el acento en la salud y la enfermedad como parte del mismo proceso, no sólo cuando se diagnostican limitaciones físicas y mentales, sino lo que implica el ser cuidado y comprender la experiencia subjetiva del proceso SEA como parte de una trayectoria. De ahí que la búsqueda de la salud lleve implícita la reflexión y sensibilización para comprender los distintos estadios es que se vive la enfermedad.

En las reglas de operación de los programas, es menester reconocer e implantar en su formulación los distintos arreglos domésticos existentes en la sociedad, para que el reparto de responsabilidades entre el Estado, el Mercado y el Hogar (Esping-Andersen, 2000; Adelantado y Scherer, 2008) pueda conducirse al equilibrio. Por un lado, al inferirse la *dependencia institucional*, se alude a la provisión del servicio de salud público o privado, de tal manera que ambos adquieran el papel de proveedores de los servicios de salud, con la particularidad de incorporarse al Fondo de Protección de Gastos Catastróficos en salud del *Seguro Popular*, esto, debido a las *implicaciones de vivir en situación de pobreza*.

Por último, al dilucidar las representaciones de *valoración positiva de buen funcionamiento* y *valoración del apoyo*, la responsabilidad del retorno a un estadio de salud regularmente recae en la red social familiar, no obstante, cabe estipular que el suministro de los tratamientos y de los cuidados también forma parte del bienestar social provisto por el Estado o Mercado. Por esto, incorporar la fase de “recuperación de la salud” sería fundamental para completar el ciclo del proceso SEA, y así, conducir al equilibrio tanto a la institución pública como a la instancia privada de salud.

Bibliografía

- Adelantado, J. y E. Scherer., (2008). “Desigualdad, democracia y políticas sociales focalizadas en América Latina”, en *Estado, Gobierno y gestión Pública*. Año 08, número. 11. Chile, junio, pp.117-134.
- Banchs, M., (2000). “Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales” en *Paper on Social Representations* [En Línea] Vol 9, Universidad de Venezuela, disponible en: http://http://www.psr.jku.at/PSR2000/9_3Banch.pdf [Accesado el 15 de abril de 2006]
- Banchs, M., (2007). “Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud”, en Rodríguez, T. y M, García. (comps.), *Representaciones sociales: teoría e investigación*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Barba Solano, C. (2006). De los regímenes de bienestar a los regímenes de producción y reproducción de pobreza. Una estrategia para estudiar América Latina. Ponencia presentada en el II Congreso Internacional sobre Política Social y Estados de Bienestar, Chapala, México.
- Bazán, L., (1999). Cuando una puerta se cierra cientos se abren. México, CIESAS, pp. 13-37 y 131-158.
- Blaxter, M., (1983). “The causes of disease. Women talking” en *Social Science and Medicine*, 17 (2), pp. 59-69. Elsevier Science Ltd., Oxford. Inglaterra.
- Boltanski, L., (1974). *Puericultura y moral de clase*. Barcelona, Editorial Laia.
- Esping-Andersen, G., (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, Ariel.
- Estrada, M., (1999). *1995 Familias en la crisis*. México, CIESAS.
- Farr, R., (1988). “Las representaciones sociales”, en Moscovici Serge (coord.) *Psicología Social II*. Barcelona, Paidós.
- Flores, F., (2001). “Representación social: género y salud mental”, en Calleja, N. y G. Gómez. (comps.) *Psicología Social: investigación y aplicaciones en México*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Frenk, J., (2000) “Salud: la reforma necesaria”, en Cordera, R. y A. Ziccardi. (coords.) *Las políticas sociales de México al fin del milenio. Descentralización, diseño y gestión*. México, Ed. Porrúa.
- García, S., (2007). “Progresos-Oportunidades ¿programa familiarista? Diez años en Santiago Mexquititlán”, en Juárez, D. y E, López. (coords.) *El programa Oportunidades y el combate a la pobreza en México*. Monterrey, UANL

- González de la Rocha, M., (1986). *Los recursos de la pobreza: familias de bajos ingresos de Guadalajara*, México, El Colegio de Jalisco-CIESAS.
- González de la Rocha, M., (2006). *Procesos domésticos y vulnerabilidad. Perspectivas antropológicas de los hogares con Oportunidades*. México, CIESAS-Publicaciones de la Casa Chata.
- Grawitz, M. (1984). *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*, México, Editorial Mexicana.
- Goode, W. J. y Paul K. Hatt (1991). *Métodos de investigación social*, México, Trillas.
- Gutiérrez, S. y C. Valladares., (2006) “La perspectiva “curso de vida” como eje interdisciplinario en la investigación sociodemográfica en la “nueva” formación familiar: una reflexión sobre el caso mexicano” en Rosales, R., S. Gutiérrez y J. L. Torres (Coords.), *La interdisciplina en las Ciencias Sociales*. Barcelona, Anthropos-UAM.
- Ibáñez, T., (2003). *Psicología social construccionista*. Guadalajara, Editorial Universitaria-UdeG.
- INEGI, (2000). “XII Censo de Población y Vivienda”, en *SCINCE 2000*. México, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
- INEGI, (2005). “Base de microdatos del II Conteo de Población y Vivienda”, en *SCINCE 2005*. México, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
- Jodelet, D., (1988). “Las representación social: fenómeno, concepto y teoría”, en Moscovici, S. (coord.) *Psicología Social II*. Barcelona, Paidós.
- Mayer, R. y F. Ouellet (1991). *Methodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville: Gaëtan Morin Editeur, pp. 439-472.
- Moliner, P, Patrik, R. y V. Cohen-Scali., (2004). *Las representaciones sociales. Práctica de los estudios de campo*, Francia, Presses Universitaires de Renees.
- Mora, M. (2002). “Las representaciones sociales de Serge Moscovici”, en *Athenea digital* [En Línea] No. 2, otoño 2002, *Universidad de Guadalajara*, disponible en <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945> [Accesado el 11 de junio de 2006]
- Moscovici, S., (1988). *Psicología social II*. Barcelona, Paidós.
- Osorio, R., (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS.

- Riessman, C., (1993). *Narrative Analysis*, United States, Sage Publications.
- Robles, L., (2007) *La invisibilidad del cuidado de los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*, Guadalajara, Editorial Universitaria/UdeG
- Signorelli, A., (1999) *Antropología urbana*. Barcelona, Anthropos–UAM.
- Taylor S.J. y R. Bogdan (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Paidós.
- Torres, T., (2002). “Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales” en *Revista Précis* [en línea], No. 23. Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html> [accesado el 20 de septiembre de 2005]
- Tuirán, R., (2001). “Estructura familiar y trayectorias de vida en México”, en Gómez, C. (comp.) *Procesos sociales, población y familia*. México, Porrúa-FLACSO.
- Vela Peón, F. (2004). “Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa”, en Tarrés, María Luisa (coord.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Miguel Ángel Porrúa–El Colegio de México–FLACSO. Colección Las Ciencias Sociales, pp. 63–95.