BENEMÉRITA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS
DE POSGRADO

"DERECHOHABIENTES SIN DERECHOS PARA UNA BUENA SALUD: REGIÓN DE ZONGOLICA EN EL SIGLO XXI"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN DESARROLLO ECONÓMICO
Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

PRESENTA:
Ariel García Maldonado

DIRECTOR DE TESIS
Dr. Saúl Enoé Macías Gamboa

COMITÉ TUTORIAL:
* Dra. M. Isabel Angoa Pérez
* Mtra. Rosa E. Haces López

PUEBLA, PUE. ENERO 2021

Oficio No. SIEP 008/2021
Asunto: ***Autorización de impresión***

Lic. Ariel García Maldonado
Alumna de la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional
P r e s e n t e.

Por este conducto reciba un cordial saludo, asimismo y de la manera más atenta hago de su conocimiento que se autoriza la impresión de su trabajo de TESIS titulado:

"DERECHOHABIENTES SIN DERECHO PARA UNA BUENA SALUD: REGIÓN DE ZONGOLICA EN EL SIGLO XXI"

Toda vez que ha presentado la liberación del asesor de Tesis y la comisión revisora se ha pronunciado en el mismo sentido.

Sin más por el momento, quedo de Usted.

A t e n t a m e n t e
"Pensar bien, para vivir mejor"
H. Puebla de Z, 13 de enero de 2021

Dra. Fabiola Aguila Cruz
Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado

c.c.p.- Archivo
D'FAC/cmtp

Facultad de Economía
Av. San Claudio y 22 Sur, Col. San Manuel, Ciudad Universitaria,
Puebla, Pue. C.P. 72570
01 (222) 229 55 00 Ext. 5605, 7843 y 7806

Asunto: **Termino de Dirección**

Dr. Pedro M. García Caudillo
Coordinador de la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional
P R E S E N T E

Me permito comunicarle que he cubierto la asesoría de la TESIS de Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional de la:

LIC. GARCÍA MALDONADO ARIEL

Titulada:

"DERECHOHABIENTES SIN DERECHOS PARA UNA BUENA SALUD: REGIÓN DE ZONGOLICA EN EL SIGLO XXI"

Dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para ser revisado.

A t e n t a m e n t e
H. Puebla de Z., a 15 de diciembre de 2020

Dr. Macías Gamboa Saúl Enoé
Director

Facultad de Economía
Av. San Claudio y 22 Sur, Col. San Manuel, Ciudad Universitaria, Puebla, Pue. C.P. 72570
01 (222) 229 55 00 Ext. 5605 y 7843

Asunto: ***Término de revisión de tesis***

Dr. Pedro M. García Caudillo
Coordinador de la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional
P R E S E N T E

Me permito comunicarle que he cubierto la revisión de la TESIS de la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional, elaborada por la

LIC. GARCÍA MALDONADO ARIEL

Titulada:

"DERECHOHABIENTES SIN DERECHOS PARA UNA BUENA SALUD: REGIÓN DE ZONGOLICA EN EL SIGLO XXI"

Dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para poder ser sometido a impresión, por considerarlo satisfactorio.

A t e n t a m e n t e
H. Puebla de Z., a 11 de enero de 2021

Dra. Angoa Pérez María Isabel
Revisora

Facultad de Economía
Av. San Claudio y 22 Sur, Col. San Manuel, Ciudad Universitaria, Puebla, Pue. C.P. 72570
01 (222) 229 55 00 Ext. 5605 y 7843

Asunto: ***Término de revisión de tesis***

Dr. Pedro M. García Caudillo
Coordinador de la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional
P R E S E N T E

Me permito comunicarle que he cubierto la revisión de la TESIS de la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional, elaborada por la

LIC. GARCÍA MALDONADO ARIEL

Titulada:

"DERECHOHABIENTES SIN DERECHOS PARA UNA BUENA SALUD: REGIÓN DE ZONGOLICA EN EL SIGLO XXI"

Dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para poder ser sometido a impresión, por considerarlo satisfactorio.

A t e n t a m e n t e
H. Puebla de Z., a 11 de enero de 2021

Mtra. Haces López Rosa Emilia
Revisora

Facultad de Economía
Av. San Claudio y 22 Sur, Col. San Manuel, Ciudad Universitaria, Puebla, Pue. C.P. 72570
01 (222) 229 55 00 Ext. 5605 y 7843

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue posible primeramente gracias a la ayuda de Dios y al apoyo de muchas personas e instituciones.

Para comenzar, agradezco a mis padres por sus oraciones, palabras de aliento y apoyo incondicional a lo largo de mis estudios de maestría.

Agradezco al CEDES por darme la oportunidad de estudiar la Maestría en Desarrollo Económico y Cooperación Internacional y posibilitar mi crecimiento académico.

De igual manera, quiero agradecer a CONACYT por apoyarme con la beca que me permitió enfocarme enteramente a mis estudios de maestría.

También agradezco a la Clínica el Buen Samaritano que me abrió sus puertas para realizar mi trabajo de campo con total libertad entre sus pacientes y doy gracias a todo el personal que me hizo sentir cómoda y valorada durante toda mi estancia.

Así mismo, agradezco en gran manera a cada uno de los entrevistados que aceptaron participar y que estuvieron dispuestos a abrir sus hogares y compartir sus experiencias conmigo.

Un agradecimiento especial a mi director, el Dr. Saúl Enoé Macías Gamboa por su guía, por su lectura diligente y minuciosa de la tesis y sobre todo por su paciencia durante todos estos meses de realización de la tesis.

De igual forma, agradezco a la Dra. M. Isabel Angoa Pérez y a la Maestra Rosa E. Haces López por sus observaciones y por aceptar ser parte del comité tutorial de mi tesis.

Así también, agradezco a toda la planta de maestros de la MDECI por enriquecer mi mente y vida al compartir sus conocimientos profesionales y experiencias personales.

Agradezco a Angélica Quiroz Reyes, secretaria académica de la MDECI por su gran paciencia, apoyo y orientación en diversos temas a lo largo de toda la maestría.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN ..... **VII**

ABSTRACT ..... **VIII**

INTRODUCCIÓN **1**

PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN **5**

CAPÍTULO 1. POBREZA, MERCADO LABORAL, Y REGIÓN: DETERMINANTES DE UN POBRE DERECHO A LA SALUD **8**

INTRODUCCIÓN 8

1.1 LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL: DEL INGRESO ECONÓMICO AL ENFOQUE DE DERECHOS 9

1.1.1 Pobreza: de lo unidimensional a lo multidimensional. 9

1.1.2 Pobreza multidimensional desde el enfoque de derechos. 10

1.1.3 Recorrido en el tiempo del enfoque de derecho en América Latina. 12

1.1.4 En enfoque de derecho, sus acciones y tensiones. 13

1.1.5 Medición de la pobreza multidimensional con enfoque de derecho en México. 15

1.2 PRECARIEDAD LABORAL: EXCLUSIÓN Y EXPLOTACIÓN CAMPESINA EN EL CONTEXTO NEOLIBERAL 17

1.2.1 Escenario internacional del sector agropecuario: lucha hegemónica y su impacto en la producción campesina en México. 17

1.2.2 Agroindustria mexicana: instrumento del Estado neoliberal. 19

1.2.3 Jornaleros: de la precariedad familiar a la empresarial/asalariada. 24

1.2.4 Alternativas de la exclusión: estrategias de sobrevivencia campesina. 28

1.3 ATENCIÓN DE LA SALUD EN UN CONTEXTO DE POBREZA 31

1.3.1 La salud como derecho y sus determinantes sociales. 31

1.3.2 Sistema de salud en México. 35

1.3.3 Atención a la salud indígena. 36

1.3.4 Atención a la salud de jornaleros migrantes. 38

1.4 MODELO DE DESARROLLO REGIONAL 39

1.4.1 Región como espacio de producción del desarrollo. 39

1.4.2 Región como espacio de reproducción material e intangible: de indicadores a relaciones sociales. 42

1.5 Metodología: técnicas e instrumentos de recolección de información 45

1.5.1 Región instrumental/funcional: Zongolica. 47

Conclusiones 51
CAPÍTULO 2. ... CONTEXTUALIZACIÓN SOCIOECONÓMICA E INSTITUCIONAL EN TORNO A LA SALUD: LA REGIÓN ZONGOLICA 54
INTRODUCCIÓN 54
2. 1 CONTEXTO REGIONAL: GEOGRAFÍA Y SOCIEDAD 54
2.1.1 Ubicación geográfica. 54
2.1.2 Demografía, salud y educación. 58
2.1.3. Pobreza y marginación. 63
2.2 ESTRUCTURAS ECONÓMICAS DE LA REGIÓN: PRODUCCIÓN SECTORIAL Y MIGRACIÓN 67
2.2.1 Actividades productivas y mercado laboral. 67
2.2.2 Trabajo foráneo: migración nacional e internacional. 74
2.3 INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE SALUD 79
2.3.1 Sistema de salud: instituciones y derechohabiencia. 79
2.3.2 Inversión, infraestructura y recursos humanos para la salud. 84
2.3.3 Servicios de salud del sector privado. 92
2.3.4 Atención a la salud de jornaleros agroindustriales. 94
Conclusiones sobre las instituciones y servicios de salud en la región de Zongolica 96
CAPÍTULO 3. ATENCIÓN A LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE MIXTLA DE ALTAMIRANO, VERACRUZ 99
INTRODUCCIÓN 99
3.1 PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA PÚBLICA EN MIXTLA DE ALTAMIRANO 100
3.1.1 Percepción de las clínicas locales de Mixtla de Altamirano. 101
3.1.2 Percepción de los hospitales públicos de la región: Zongolica y Río Blanco. 103
3.2 ALTERNATIVAS A LA ATENCIÓN PÚBLICA DE LA SALUD EN MIXTLA DE ALTAMIRANO 109
3.2.1 Medicina tradicional. 109
3.2.2 Medicina moderna. 113
3.2.2.1 Farmacias locales. 114
3.2.2.2 Consultorios particulares en Zongolica. 115
3.2.2.3 Atención médica en el valle de Orizaba. 116
3.3 CAPITAL SINERGÉTICO COMO BASE DE LA ATENCIÓN MÉDICA PRIVADA EN MIXTLA DE ALTAMIRANO 121

3.3.1 Capital humano. 122
3.3.2 Capital social y cultural. 128
3.3.3 Capital institucional. 137
Conclusiones de los servicios médicos en el municipio de Mixtla de Altamirano 141
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 144
ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS 151
BIBLIOGRAFÍA 152
ANEXOS 156

ÍNDICE DE CUADROS ESTADÍSTICOS

Cuadro 2.1 Porcentaje de la población según condición de ubicación de localidad en la que habita, 2010 56
Cuadro 2.2 Unidades económicas y producción bruta total de los municipios de la región Zongolica, 2004, 2014 y 2019 68
Cuadro 2.3 Flujos migratorios en región de Zongolica, SigloXVIII-XXI 76
Cuadro 2.4 Grado absoluto de intensidad migratoria por municipio de la región de Zongolica, 2000 y 2010. 78
Cuadro 2.5 Porcentaje de la población de la región Zongolica según su condición de afiliación a servicios de salud, 2000, 2005, 2010 y 2015 82
Cuadro 2.6 Distribución de la población con acceso a servicios de salud (porcentaje de la población) en municipios de la Región Zongolica, 2010 y 2015 83
Cuadro 2.7 Unidades médicas públicas en municipios de la región Zongolica, 2000 y 2015 ..88
Cuadro 2.8 Camas totales por 1,000 habitantes en municipios de la región Zongolica, 2015 ..89
Cuadro 2.9 Unidades económicas del sector comercial y de servicios relacionados a la salud en municipios de la región Zongolica, 2004, 2019 93
Cuadro 3.1 Tabla comparativa de alternativas médicas en el sector privado para la población de Mixtla de Altamirano, 2020 120
Cuadro 3.2 Tabla comparativa de trabajo local y foráneo en Mixtla de Altamirano, 2020 127

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1 Distribución de la población por tipo de localidad en porcentaje, municipios de la región Zongolica, 2010 59
Gráfico 2.2 Población que habla lengua indígena y que no habla español, municipios de la región Zongolica, 2010 60
Gráfico 2.3 Tasa bruta de mortalidad de los municipios de la región Zongolica , 2000, 2010 y 2015 61
Gráfico 2.4 Tasa de mortalidad infantil (menores de un año) por cada 1,000 nacidos vivos en municipio de la Región de Zongolica, 2000 y 2010 62
Gráfico 2.5 Condición educativa de la población mayor de 15 años en la Región Zongolica, 2000, 2005, 2010 y 2015 63
Gráfico 2.6 Población en situación de pobreza moderada y extrema en municipios de la Región Zongolica, 2015 64
Gráfico 2.7 Porcentaje de las características de las viviendas de la región de Zongolica, 2000, 2005, 2010 y 2015 66
Gráfico 2.8 Población ocupada que percibe hasta 2 salarios mínimos en municipios de la Región Zongolica, 2000 y 2015 70
Gráfico 2.9 División por sectores de la actividad económica en municipios de la Región Zongolica, 2014 71
Gráfico 2.10 Valor de producción en pesos mexicanos de los principales tres cultivos por municipio en la Región Zongolica, 2019 72
Gráfico 2.11 Gasto público en salud como porcentaje del PIB a nivel nacional y Estados de Puebla y Veracruz, 2003-2018 86
Gráfico 2.12 Gasto público en salud para población sin seguridad a nivel nacional y Estados de Puebla y Veracruz, 2003-2018 87
Gráfico 2.13 Personal médico de instituciones públicas por cada mil habitantes en municipios de la región Zongolica, 2000 y 2015 90
Gráfico 2.14 Consultas externas otorgadas en las instituciones del sector público de salud en municipios de la región Zongolica, 2000 y 2015 91
Gráfico 2.15 Instituciones del sector público que otorgaron consultas externas en la región Zongolica, 2015 92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Ciclo de la salud y la pobreza 33
Figura 1.2 Factores directos e indirectos en el estado de salud.....34
Figura 1.3 Región instrumental/funcional de Zongolica.....49
Figura 2.1 Vías de comunicación terrestre.....58
Figura 3.1 Elementos que conforman las estrategias para la atención de la salud en el sector privado en Mixtla de Altamirano 121

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es analizar cómo las poblaciones en condiciones de alta marginación de la región de Zongolica resuelven sus problemas de salud. La investigación utiliza una metodología híbrida que combina los enfoques cuantitativo y cualitativo. En la etapa cuantitativa se examina la realidad socioeconómica de la región de Zongolica y sus implicaciones en la salud de la población, considerando el enfoque de pobreza multidimensional y de las determinantes sociales de la salud, y enmarcando la región en un contexto laboral neoliberal basado en la exclusión campesina, la migración y la precariedad. En la etapa cualitativa, el estudio se complementa con información empírica obtenida mediante entrevistas acerca de las experiencias y percepciones en relación a la salud de la población de Mixtla de Altamirano

Se observó que, a pesar del aumento en la afiliación al Seguro Popular en la región de Zongolica, los servicios sanitarios y la atención médica del sector público son escasos y deficientes por falta de inversión en infraestructura, personal médico y medicamento. La medicina tradicional es parte de la ruta da atención del enfermo, pero en vez de ayudar, muchas veces sólo se engaña a la gente con diagnósticos ficticios y tratamientos costosos e inútiles. Las estrategias para el tratamiento de la salud de la población de Mixtla de Altamirano se han orientado a instituciones privadas urbanas de medicina moderna, que eligen acorde al nivel de gravedad de los síntomas y a los recursos disponibles. Los gastos en salud se solventan con los recursos monetarios que provienen de la movilidad laboral, la habilidad de emprender negocios o aprender oficios, y los valores y costumbres de individuos e instituciones que tienden a la cooperación y la solidaridad.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze how the populations in highly marginalized conditions of the Zongolica region solve their health problems. The research uses a hybrid methodology that combines quantitative and qualitative approaches. In the quantitative stage, are examined the socioeconomic reality of the Zongolica region and its implications on the population health, considering the multidimensional poverty approach and the social determinants of health, and framing the region in a neoliberal labor context based on peasant exclusion, migration and precariousness. In the qualitative stage, the study is complemented with empirical information obtained through interviews about the experiences and perceptions in relation to the health of the population from Mixtla de Altamirano.

It was observed that despite the increase in the affiliation to *Seguro Popular* in the Zongolica region, health services and public sector medical care are scarce and deficient due to lack of investment in infrastructure, medical personnel and medicine. Traditional medicine is part of the patient care path, but instead of helping, people are often only deceived with fictitious diagnoses and costly and useless treatments. The strategies for treating the health of the population of Mixtla de Altamirano have been oriented to private urban institutions of modern medicine, which are chosen according to the level of severity of the symptoms and the available resources. Health expenses are covered with the monetary resources that come from labor mobility, the ability to start businesses or learn trades, and the values and customs of individuals and institutions that are inclined to cooperation and solidarity.

INTRODUCCIÓN

> Muchas de las personas más afectadas por la crisis [causada por COVID-19] son aquellas que ya enfrentan enormes desafíos en una lucha diaria por sobrevivir. Para más de 2,200 millones de personas en el mundo, lavarse las manos con regularidad no es una opción porque tienen un acceso inadecuado al agua. Para 1,800 millones de personas sin hogar o con viviendas inadecuadas y superpobladas, el distanciamiento físico es una quimera. La pobreza en sí misma es un factor de riesgo enorme. (ONU, 2020, p.7)

En el presente año, la pandemia causada por el Coronavirus ha sacudido nuestro mundo, nuestra sociedad, nuestra economía, nuestros sistemas de salud y nuestras actividades cotidianas. La crisis sanitaria que atravesamos actualmente ha demostrado que las enfermedades no discriminan, así como también ha revelado que la pobreza ciertamente incrementa el riesgo e impacto de sus efectos, por ejemplo, en la gente con empleos informales. La reflexión alrededor del tema de la salud y las determinantes socioeconómicas se ha hecho muy presente y su relación se ha hecho más evidente y compleja que nunca. En las páginas de este trabajo se intenta profundizar en la comprensión de este vínculo ineludible y complejo entre condiciones sociales y económicas y el acceso a los servicios de salud, públicos o privados.

La calidad de vida de gran parte de la humanidad se encuentra en detrimento por amenazas de tipo ambiental, por desequilibrios económicos y ahora por una pandemia global. El continente americano se ha caracterizado por su polarización en la repartición de riquezas, y México no se queda atrás en las profundas desigualdades que existen en la distribución de bienes y servicios. En especial las regiones rurales con población indígena se han caracterizado por ser las más marginadas y rezagadas en término sociales y económicos. Las poblaciones indígenas en México han sido relegadas a condiciones de vida miserables, con niveles de mortalidad, desnutrición y morbilidad tan elevadas como las de algunos países del África subsahariana.

En el siglo XXI, las políticas públicas de lucha contra la pobreza en este tipo de regiones, se enfocaron en elevar los apoyos monetarios, en el marco de políticas asistencialistas con tufos clientelares, y la cobertura en la salud de sus pobladores a través de la afiliación al Seguro Popular. Mientras que, por otro lado, no han provisto de servicios sanitarios en las viviendas, no apoyan las actividades agrícolas campesinas, las oportunidades de empleo local son escasas y la inversión en servicios de salud es insuficiente en regiones que no se consideran importantes en las políticas económicas dominantes a nivel nacional. Por ende, las condiciones de vida y de

salud en estas regiones continúan siendo precarias, las carencias se agudizan y la subsistencia se hace cada día más difícil.

En este trabajo se exploran las condiciones sociales y económicas que determinan el acceso a la salud de la población en la región de Zongolica en los años avanzados del nuevo milenio en un contexto de pobreza multidimensional —es decir, en la que intervienen diversos factores además del ingreso— desde un acercamiento conceptual, estadístico y empírico. Dicha región, encabezada por el municipio de Zongolica, que en el primer capítulo se detallan sus características, se conforma por municipios mayormente indígenas del Estado de Veracruz y de Puebla con características geográficas y socioeconómicas similares, que se destacan por las paupérrimas condiciones de vida de su población con mínimos niveles de nutrición, educación e ingreso.

Existen diversos estudios que se enfocan en comprender la realidad cultural, económica, migratoria y laboral de la región de Zongolica. Así como hay numerosos informes gubernamentales —federales y estatales— que revelan estadísticamente las condiciones sanitarias, de pobreza y de marginación de sus pobladores. Sin embargo, no se encontraron estudios de la región de Zongolica que intercalen variables económicas, sociales y culturales en un contexto de carencias múltiples, con la experiencia cotidiana de padecer problemas de salud. Es por eso que esta investigación tiene la intención de analizar la realidad socioeconómica de la región de estudio y sus implicaciones prácticas en la salud de la población. Se espera que al profundizar la comprensión de estos fenómenos, las acciones a favor de la salud en la región de Zongolica por parte del sector público, privado y la sociedad civil sean más adecuadas y efectivas.

La importancia teórica de esta investigación se encuentra en retomar la visión más completa de pobreza y las metodologías más integradoras que la miden, tomando en cuenta las condiciones laborales de trabajadores campesinos en un contexto neoliberal. Además, se aborda el tema de salud desde una perspectiva teórica que considera elementos sociales directos, indirectos y estructurales como determinantes de los altos niveles de pobreza y de marginación en servicios de salud.

Esta investigación es relevante para dibujar una realidad compleja de las realidades socioeconómicas de individuos y familias en torno al tema de la salud que viven los habitantes

en regiones de alta marginación. Aproximándose a las experiencias, percepciones e historias únicas de la población de uno de los municipios de la región de Zongolica —Mixtla de Altamirano— sobre sus problemas de salud y de cómo resuelven sus complicaciones sanitarias cotidianas en un contexto de carencias multidimensionales. Ello podría informar y motivar intervenciones estratégicas, relevantes y pertinentes que respondan a la realidad de la región de Zongolica y a sus necesidades sanitarias latentes en el siglo XXI.

La Sierra de Zongolica se ubica en los entornos del Valle de Orizaba, de donde soy originaria. Por lo cual, desde la infancia y durante la adolescencia, tuve la oportunidad de visitar algunas comunidades serranas dos o tres veces por año. Sin embargo, mi interés por el tema de la salud en la zona surgió hace pocos años cuando comencé a ir como voluntaria, como parte del equipo de apoyo de las brigadas médicas de la Clínica "El Buen Samaritano", en algunos comunidades rurales y urbanas de la Sierra y de la región. En cada consulta que traducía —del español al inglés, porque a veces venían médicos extranjeros en esas brigadas médicas— mis ojos se fueron abriendo a las necesidades de la población y fue inevitable que surgieran interrogantes y deseos de involucrarme de alguna forma con la dura realidad que tenía frente a mis ojos. Considero que realizar esta investigación es un paso hacia un mayor compromiso personal con la región de Zongolica y sobre todo una forma de menguar el abandono que ha experimentado durante los últimos siglos. Hacer un retrato de su realidad social en un tema tan importante actualmente como es la salud, tanto de forma teórica o empírica, les da presencia, importancia y una voz ante un entorno que los ha excluido, discriminado y marginado históricamente.

Este trabajo tiene tres objetivos principales: a) Explicar teóricamente las causas sociales, materiales y laborales de una región instrumental/funcional que determinan el derecho a la salud; b) Analizar de forma cuantitativa las condiciones geográficas, socioeconómicas e institucionales que condicionan el acceso a la salud en la región de Zongolica; c) Examinar la percepción de la atención pública de salud y las rutas de acción de la población del municipio de Mixtla de Altamirano al tratar el tema de la salud. A través de estos objetivos se pretende encontrar respuesta a las siguientes interrogantes que orientan este estudio: ¿Cuál es el contexto estructural en la región de Zongolica que condiciona el derecho a la salud de su población?, ¿Cómo percibe la cobertura en salud la población de Mixtla de Altamirano?, y ¿Cuáles son sus estrategias para atender sus necesidades de salud?

En esta investigación se utiliza una metodología híbrida, en la cual se combinan el paradigma cuantitativo y cualitativo para logar analizar la realidad social en varias dimensiones de acuerdo con los objetivos marcados. Para la primera etapa, que se enfoca en conocer el contexto estructural en la región de Zongolica que determina la atención de la salud de la población, se utiliza un enfoque de análisis documental cuantitativo que refleje, a través de datos estadísticos, las cifras que enmarcan el contexto socioeconómico macro de la región.

En la segunda etapa, para alcanzar los propósitos de percepción relacionados a la cobertura y las estrategias para atender su salud de la población de Mixtla de Altamirano, se ha hecho uso del enfoque cualitativo, mediante el uso de la tradición etnográfica en el trabajo de campo. Las técnicas aplicadas desde este enfoque metodológico han sido las entrevistas estructuradas y en profundidad, la observación participante, las visitas a los hogares, las técnicas conversacionales, un breve cuestionario longitudinal, principalmente. La mayor parte de este trabajo de encuentro con lo empírico se realizó en la Clínica "El Buen Samaritano", en el municipio de Jalapilla —próximo al municipio de Orizaba, en el estado de Veracruz—, en donde los pobladores de la región de Zongolica acuden a tratarse distintos padecimientos y en donde también se realizó el trabajo de la asignatura de la MDECI (Maestría el Desarrollo Económico y Cooperación Internacional) llamada *Prácticum*.

PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN

La salud es muy importante, porque sin ella no se puede siquiera tener una aspiración futura en términos materiales o de realización personal. El derecho a la salud es elemental para realizar el proyecto de vida individual y debido a que no opera de forma independiente, es necesario comprender sus componentes socioeconómicos. Todos merecen tener una buena salud, ningún grupo se debe excluir de este derecho por su ubicación geográfica, procedencia étnica o clase social. Las poblaciones indígenas en México han sido relegadas a condiciones de vida miserables que incluyen niveles de mortalidad, desnutrición y morbilidad tan elevados que se pueden comparar con países subdesarrollados del continente africano. Las acciones públicas a favor de la salud de las comunidades más pobres de México deben mejorarse. Ampliar la oferta de servicios de salud no es suficiente si no se acompaña de un mayor esfuerzo en la prevención de enfermedades y de mejores condiciones laborales, de vivienda y adaptaciones culturales a la atención médica. Es por esto que este trabajo la salud desde una perspectiva socioeconómica con el propósito de que las acciones públicas o privadas a favor de la salud que se realicen en la región de Zongolica donde intersectan la jurisdicción de Puebla y de Veracruz sean adecuadas a la realidad socioeconómica de su población del siglo XXI.

Esta investigación está motivada con fines prácticos para que sus aportes teóricos y resultados de análisis concreto y cualitativo ayuden en el mejoramiento de las condiciones y servicios de salud de la región de estudio en dos niveles. El primer nivel, el más amplio sería para que los hacedores de políticas públicas en la región, tanto de los estados de Puebla como Veracruz consideren de forma más completa las realidades socioeconómicas en torno al tema de la salud que viven los habitantes de regiones de alta marginación, como la que se escogió en este trabajo. Aproximándose a las experiencias, percepciones e historias únicas de la población en uno de los municipios de la región instrumental –Mixtla de Altamirano– acerca de sus problemas de salud y de cómo resuelven sus complicaciones sanitarias cotidianas en un contexto de carencias multidimensionales. El segundo plano se relaciona a la atención médica privada, en específico la clínica el Buen Samaritano –en la cual fui practicante y soy voluntaria actualmente– la cual se enfoca en atender las necesidades de servicios médicos de la población de la región de la Sierra de Zongolica y el Valle de Orizaba. Para tomar acciones de una forma más estratégica y comprometida para mejorar las condicionantes de la salud, así como los

tratamientos médicos, con sensibilidad cultural del entorno y de los pacientes que reciben en la actualidad.

CAPÍTULO 1 Conceptual	CAPÍTULO 2 Estadístico	CAPÍTULO 3 Empírico
• Pobreza multidimensional • Precariedad laboral neoliberal • Determinantes sociales de salud • Desarrollo regional	REGIÓN FUNCIONAL • Contexto geográfico y social y económico • Instituciones y servicios de salud disponibles	MIXTLA DE ALTAMIRANO • Percepción de la atención de servicios médicos públicos • Estrategias de acción ante enfermedad

CAPÍTULO 1. POBREZA, MERCADO LABORAL, Y REGIÓN: DETERMINANTES DE UN POBRE DERECHO A LA SALUD

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se hace un análisis teórico desde cuatro ejes para comprender los elementos que condicionan el derecho a la salud, los cuales dan al lector fundamentos teóricos y le ubican en un tiempo histórico y un espacio social determinado. El primer eje es el de pobreza desde la perspectiva multidimensional del enfoque de derechos, la cual considera la salud como uno de sus componentes y se ha establecido en México como la visión rectora para medir y combatir la pobreza. Se parte del supuesto de que la precariedad en la salud es razón y resultado de la pobreza, generando un círculo vicioso en la que esta última expone a mayores condiciones de riesgo personal y familiar. Estas condiciones pueden ser peligros ambientales, bajas defensas por desnutrición, desinformación, condiciones laborales riesgosas, zonas de vivienda sin servicios de saneamientos y con altos índices de violencia. Además, en el caso de verse afectados por una enfermedad, la economía y la calidad de vida de las familias vulnerables se ven afectadas gravemente (OMS, 1999).

El segundo eje presenta la precariedad laboral como un ala del sistema económico neoliberal, la cual de forma estructural excluye y explota a campesinos y jornaleros en los procesos productivos nacionales. Se hace énfasis en el trabajo campesino porque más del 60 por ciento de población económicamente activa de la región de Zongolica y el 80 por ciento de Mixtla de Altamirano se dedica a actividades económicas agrícolas (INEGI, 2010). Además, de acuerdo con el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003), existe una relación bidireccional entre el nivel de salud de la población con el de su productividad. Esto eventualmente puede conducir a que las aspiraciones laborales y salariales de una persona pueden ser limitadas desde las primeras etapas de su vida. La desnutrición y el descuido de la salud infantil generan desventajas irreversibles en el desarrollo cognitivo y en la salud futura de una persona, lo cual repercutirá en ser un adulto improductivo (Lustig, 2007), esto sin considerar que la posibilidad de educación y empleo de calidad estén probablemente fuera de su alcance.

El tercer eje se enfoca en la salud, no sólo como un sistema organizado que busca tratar las enfermedades, sino además como un proceso con determinantes complejas de tipo socioeconómico. Se acentúan las problemáticas comunes de la atención de salud de grupos

indígenas debido al alto grado de representación en la población mayor de tres años que hablan náhuatl en la región de Zongolica, el 75 por ciento de la población regional y el 98.2 por ciento de la población de Mixtla de Altamirano (INEGI, 2010). Por último, el cuarto eje es el de desarrollo regional el cual observa los elementos materiales e inmateriales que se conjugan para construir la trayectoria económica y social de la región de estudio.

1.1 LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL: DEL INGRESO ECONÓMICO AL ENFOQUE DE DERECHOS

1.1.1 Pobreza: de lo unidimensional a lo multidimensional.

Hablar de pobreza connota de forma general un sentido de carencia o condiciones de bienestar mínimas. Dicho fenómeno se ha intentado definir, explicar y medir por mucho tiempo, por diversos autores y diciplinas. El enfoque de línea de pobreza (LP) ha sido el más común en los estudios de pobreza. Este sostiene que la capacidad de gasto y consumo de bienes y servicios están directamente relacionados al ingreso. Desde esta perspectiva, el ingreso es el umbral unidimensional que permite medir si la gente puede satisfacer sus necesidades. En la literatura se ha denominado canasta básica, normativa o alimentaria, a la forma técnica de medir el conjunto de necesidades básicas que un hogar necesita satisfacer (Boltvinik, 2004). Dicho concepto contempla elementos como alimentación, vestido, calzado, higiene, transporte, etc. No obstante, a pesar de la popularidad de la "Línea de pobreza de ingreso", en este trabajo, se pretende abordar la concepción de pobreza desde una perspectiva más desarrollada, que incluye el ingreso, pero involucra otros elementos importantes.

Para fines de una comprensión más amplia del fenómeno de la pobreza se hace uso de la perspectiva multidimensional. La pobreza multidimensional se aborda desde la transdisciplinariedad y utiliza métodos de medición complementarios. Toma en cuenta los diferentes tipos de privaciones en el hogar y utiliza métodos combinados para medir dichas carencias. Desde esta perspectiva, las privaciones se deben a dos elementos esenciales: al ingreso y las fuentes de bienestar social. La integración de ambos métodos sugiere una aproximación menos reduccionista de la pobreza.

Cuando se habla de la pobreza multidimensional se debe aclarar el enfoque que se le da a dicho acercamiento. Los tres principales son el de necesidades básicas, el de capacidades y el

de derechos. Aunque en este estudio se abordan de forma interrelacionada y con mayor profundidad los dos últimos. Se hace una rápida mención de los principales elementos que conforman el enfoque de necesidades básicas.

Es importante enmarcar el nacimiento de la perspectiva de necesidades básica en un contexto global y en un tiempo determinado. Fue en la década de los setenta, cuando esta postura surge como reacción ante el paradigma dominante de la época que dictaba que el crecimiento económico de los países sacaba a las personas de la pobreza. Y lo que esta perspectiva intenta hacer ver es que las necesidades básicas son universales y no se satisfacen únicamente a través del consumo privado de bienes y servicios, sino que también los servicios públicos son indispensables.

De acuerdo con Yaschine (2018), las necesidades básicas mínimas se pueden definir desde una concepción absoluta o relativa. Sugiere que, en la primera, se aceptan valoraciones universalistas para establecer los satisfactores mínimos. Mientras que, en la otra, las necesidades mínimas van a sujetarse a las condiciones geográficas, culturales, sociales y económicas de cada país. Sin embargo, afirma que en términos generales América Latina se ha inclinado más por la perspectiva absoluta y se han estandarizado categorías como vivienda con su mínimo de servicios como es el agua potable, los servicios sanitarios básicos, como la salud, la educación básica y la capacidad de consumo para alimentarse, vestir, tener alojamiento y tener equipamiento doméstico.

El enfoque de necesidades básicas ha enriquecido mucho los estudios y formas de medir la pobreza. No obstante, el sujeto se concibe meramente como un ser con necesidades. Es por esto que, a través del enfoque de derechos, se explora una aproximación al sujeto como objeto del derecho a la no pobreza. Lo cual, en el caso de México, tiene implicaciones en la forma de definir, medir y atacar la pobreza.

1.1.2 Pobreza multidimensional desde el enfoque de derechos.

La pobreza desde un enfoque de derecho sugiere superar la orientación asistencialista que el concepto ha cargado por años. Para dejar de ver a las personas como necesitadas —quienes sólo pueden aspirar a satisfacer sus carencias bajo las condiciones impuestas por un Estado o mercado desvinculado a ellas—. Y en vez de eso, se sugiere ver a las personas como

seres con dignidad que por el simple hecho de existir nacen dentro de la jurisdicción de gobiernos que tienen el compromiso de garantizar su dignidad a lo largo del tiempo.

La pobreza desde un enfoque de derechos afirma que las privaciones, que al ser humano le hacen perder la dignidad, son diversas. Son modeladas dentro de relaciones de poder específicas y pueden ser transformadas. Mancini (2018) argumenta que la pobreza resulta de condiciones desiguales en diferentes dimensiones, las cuales no permiten a todas las personas poder "decidir de manera libre, informada y con igualdad de oportunidades sobre sus opciones vitales" (p.42). Y dichas condiciones desiguales se entienden como resultado directo, promovido y hecho permanente por la acción u omisión de las estructuras dominantes.

El vínculo entre el fenómeno de la pobreza y los derechos se sitúa dentro de un diálogo interdisciplinario e internacional. Más adelante se aborda con más detalle cómo interactúan los estudios de la pobreza, desarrollo, capacidades y libertades. Pero es necesario enmarcar los derechos dentro del marco político y conceptual de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) en la Carta Internacional de Derechos Humanos. Esta Carta se suscribe a un enfoque con estándares sujetos a principios éticos y legales del derecho internacional, que consideran que la humanidad tiene en común las mismas necesidades, valores, intereses y bienes fundamentales.

Al intentar vincular los derechos humanos con la pobreza, se hace uso del lenguaje del desarrollo desde la corriente teórica de las capacidades y libertades de Amartya Sen. El terreno común de estos campos es que parten del reconocimiento fundamental del valor de la vida, la dignidad y la libertad humana para la realización en sociedad. Tener derecho a las libertades básicas se traduce en la capacidad de evitar morir por razones previsibles y lograr gestionar el ser y actuar individual para poder decidir, logar el máximo potencial, tener dignidad y participar en decisiones públicas y privadas (Mancini, 2018). Esto quiere decir que cualquier persona debe tener a su disposición bienes y servicios no por su capacidad de pago, sino porque tiene la libertad y la posibilidad de hacer sus derechos efectivos.

Cuando se habla de los derechos en relación con la pobreza, es muy importante aclarar que no todos los derechos —económicos, sociales, culturales, políticos o civiles— se relacionan de forma directa con la pobreza. "La mayoría de los derechos humanos están relacionados con los derechos de las personas a determinadas libertades fundamentales, entre ellas la de evitar el

hambre, la enfermedad y el analfabetismo" (Mancini, p.44). Estos niveles mínimos en las capacidades, son los denominados derechos sociales. Y la privación de estos derechos, mejor conocida como pobreza, no depende de una falla individual inevitable sino de procesos económicos, políticos y sociales que se enmarcan en relaciones de poder y distribución desigual que se llevan a cabo dentro de modos de organización particulares en el tiempo.

1.1.3 Recorrido en el tiempo del enfoque de derecho en América Latina.

El enfoque de derechos en América Latina no es algo nuevo. Se puede decir que ha ido mutando a lo largo del tiempo, de acuerdo a las condiciones políticas, sociales y económicas del momento. Se hablan de tres momentos diferentes en los que había rutas específicas para lograr hacer valer los derechos sociales, con instituciones, marcos jurídicos y dinámicas nacionales particulares. Como primer momento, al hablar de América Latina en el siglo XX, se tiene que situar en un contexto de repúblicas nacientes. Habitualmente se ejercía el poder de forma autoritaria y violenta. Se administraban las instituciones de manera burocrática, clientelista y corporativa, y se apoyaba a su población de un modo asistencialista, paternalistas y discrecional. En ese marco de constitucionalidad y fragilidad sistémica, los derechos de ciudadanía ya existían, pero se hacían reales sólo para aquellos que eran parte de los grupos organizados con trabajo formal. Lo cual hacía ver a los derechos sociales/salariales como concesiones políticas del régimen en turno (Mancini, 2018).

En un segundo momento, durante la década de los setenta, las políticas neoliberales, basadas en principios de privatización, liberalización y desregulación económica a nivel América Latina, afectaron gravemente las condiciones de seguridad social. Al respecto Huber menciona:

> La puesta en práctica de las políticas neoliberales generó un crecimiento acelerado de las tasas de subempleo, desempleo, así como de las de pobreza, y los recortes al gasto social produjeron una caída en el valor real de los salarios, las pensiones, la cantidad y calidad de los servicios de salud, educación, etc. Uno de los efectos más negativos de la austeridad y el ajuste estructural fue la eliminación del control de precios y de los subsidios a los productos básicos. Por otra parte, la apertura de las economías nacionales produjo la quiebra de grandes y medianas empresas, con lo que sus empleados perdieron la cobertura de salud y seguridad social. El resultado en toda América Latina fue el

aumento de la desigualdad en el ingreso y de la pobreza. (Citado en Boltvinik, 2004, p. 23)

Ante tales condiciones, de reducida recaudación fiscal y poco gasto en políticas sociales, surge un nuevo enfoque de Estado de bienestar encaminado en luchar contra la pobreza extrema. A este enfoque, Boltvinik (2004) lo denomina modelo residual o liberal, el cual opera dentro de una lógica que mercantiliza la subsistencia por fuerza de trabajo y orienta sus esfuerzos en focalizar a aquellos con mayor necesidad y dar ayuda en transferencia monetaria solamente a los pobres extremos.

Por último, el marco conceptual actual nace en la década de los noventa, con la intención de contrarrestar los daños causado por las políticas neoliberales e incentivar la responsabilidad pública. Este enfoque es creado por los organismos internacionales de desarrollo con una metodología operativa, con el objetivo de impulsar acciones prácticas en la lucha contra la pobreza. Mancini (2018, p.36) refiere que "es una perspectiva analítica que ofrece principios, postulados y reglas generales sobre los lineamientos de ejecución y evaluación de la política pública, más que una corriente teórica que genere grandes explicaciones conceptuales o hipótesis concretas…" No obstante, la aportación más remarcable de este enfoque es que los derechos, de ser protegido del abuso del Estado y de situaciones de pobreza, no son sólo una aspiración, sino también una responsabilidad legal del Estado.

1.1.4 En enfoque de derecho, sus acciones y tensiones.

Para comprender mejor el enfoque de derecho, es primordial ampliar el entendimiento de lo que es un derecho. Un derecho es una norma jurídica que implica a dos partes en relación de igualdad, una de ellas con la posibilidad de esperar y exigir y la otra con el deber de satisfacer una obligación. En este caso, la parte que reclama es el ser humano, y el agente con la obligación de respetar la norma es el Estado. Este último, tiene tres tareas, la primera es la obligación de no interferir en que sus ciudadanos disfruten de sus derechos, la segunda es la posibilidad de estorbar a terceros que quieran violar los derechos de aquellos bajo su jurisdicción y la tercera es que tiene la responsabilidad de tomar medidas positivas para garantizar el disfrute de derechos de los mismos.

Dentro de la lógica del derecho, el Estado tiene la obligación de cumplir con sus ciudadanos y tomar medidas de acción. Estas acciones pueden materializarse de múltiples

formas, ya sea como estrategias de combate a la pobreza, políticas públicas, programas, "proveyendo servicios a la población, con aportaciones concretas o a través de regulaciones, restricciones, limitaciones u obligaciones a terceros" (Mancini, 2018, p.68).

Cuando los gobiernos operan bajo la lógica, principios y normativa de los derechos humanos, la idea es que independientemente de su nivel de riqueza o desarrollo se logre la mayor efectividad posible. Para obtener eso, las obligaciones gubernamentales se priorizan en acciones concretas y deliberadas que de forma progresiva y de acuerdo a los recursos disponibles puedan maximizar los resultados. Se sugiere que las medidas que se implementen siempre respeten los principios de participación, transparencia y rendición de cuentas (Yaschine, 2018). Sin dejar atrás los principios de universalidad, indivisibilidad, inalienabilidad, interconexión e interdependencia de los derechos, los cuales aportan el mismo valor e integralidad a cada derecho. Estos principios implican que:

> Son inalienables porque los derechos no se pueden transferir, vender, ceder ni ser legítimamente negados a una persona. Son indivisibles porque ningún derecho humano es inferior a otro. Al ser interdependientes es difícil hacerlos efectivos de forma aislada respecto a los demás. No se puede renunciar a ellos y no tienen caducidad, de ahí que sean imprescriptibles. (Hernández, Aparicio y Ruiz, 2018)

El enfoque de derechos no está exento de tensiones conceptuales, por lo cual se resaltan algunas que es necesario considerar. La primera alude a lo que popularmente se dice: "del dicho al hecho hay mucho trecho". Esto quiere decir que la experiencia real y cotidiana de un derecho no depende únicamente de formularlo y ratificarlo en una Constitución. Para que estos derechos no sean retórica vacía, sino que existan en la vida cotidiana, se requieren los medios, los procedimientos judiciales e individuos con las capacidades suficientes para reclamar, movilizar y negociar sus derechos (Mancini, 2018).

Otra tensión importante del enfoque de derecho es la justiciabilidad de los mismos, lo cual implica que no se puede exigir el cumplimiento de los derechos debido a que no hay una autoridad independiente que vigile el cumplimiento de las obligaciones del Estado. Por consiguiente, las omisiones del obligado no ameritan exigencias punitivas. Y sus acciones de ejecución de los derechos se pueden considerar erróneamente como un acto de buena voluntad

por parte del obligado. Por lo tanto, el titular del derecho es el único que queda con la responsabilidad de hacerlo cumplir.

Otra realidad que crea tensión dentro del enfoque de derechos, es que la población en situación de pobreza y extrema carencia no cuenta con las posibilidades, dígase conocimiento, tiempo o dinero, necesarios para reclamar sus derechos. Moser (2004) establece que "a menudo los Estados cumplen con sus obligaciones sólo después de ser presionados a hacerlo por los titulares de derechos… en la práctica es necesaria una gran movilización de capacidades y de recursos de los ciudadanos" (Citado en Mancini, 2018, p.57). Una solución de compensación es saber quiénes son y dónde están esos grupos vulnerables para darles atención de forma preponderante.

1.1.5 Medición de la pobreza multidimensional con enfoque de derecho en México.

La idea de crear un marco conceptual de la pobreza multidimensional con enfoque de derecho ha sido para conocer y tratar mejor el problema. Medir la pobreza se considera como una manera de compensación y diagnóstico ante el desequilibrio y desigualdad económica y social. Una manera de empoderar a la gente a través de la medición de la pobreza con enfoque de derecho, es al reconocer a la población carenciada como sujeto de derecho. Además, permite ver de forma concreta si se está avanzando o retrocediendo en la satisfacción de los derechos sociales y las zonas donde se requiere dar un trato diferenciado en favor del menos aventajado. La utilidad de la información se explica de la siguiente manera por Mancini (2018):

La producción de información debidamente desagregada para determinar estos sectores desventajados en el ejercicio del derecho… no sólo es un medio para garantizar la efectividad de una política pública, sino una obligación indispensable para que el Estado pueda cumplir con su deber de brindar a estos sectores atención especial y prioritaria. (p.72)

Para materializar los derechos y crear las mejores estrategias de acción pública se requiere medir la pobreza. De forma general y obligatoria cualquier método de medición de pobreza requiere tres elementos: tener un espacio de análisis, se debe identificar la población en pobreza y se debe agregar la información. Para determinar la metodología que se ha de utilizar es necesario elegir ciertas dimensiones, indicadores y umbrales, los cuales dependen de determinados factores: información disponible, considerar el marco teórico que sustente la

búsqueda, e identificar los componentes políticos e institucionales que impulsen la medición (Yaschine, 2018).

En México, la adopción del enfoque de derechos para la medición multidimensional de la pobreza fue implementada en el año 2009. Dentro del marco de la Ley General de Desarrollo Social del 2004, en la cual se planteó la creación de diversas instituciones, entre ellas una institución oficial encargada de definir y medir la pobreza. Dicha instancia es el Consejo Nacional de Evaluación de la Política y Desarrollo Social (CONEVAL). La definición oficial de CONEVAL de pobreza multidimensional dice lo siguiente (2014, p.9): "una persona se encuentra en situación de pobreza multidimensional cuando no tiene garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, y si sus ingresos son insuficientes para adquirir bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades".

Para la medición multidimensional de la pobreza se eligieron ocho indicadores para medir las dos dimensiones de la pobreza, la de bienestar económico y la de las privaciones sociales. El criterio del bienestar económico, se mide a través de la línea de ingreso del bienestar y del bienestar mínimo. Este se refiere al flujo de ingresos que reciben los hogares para adquirir los bienes y servicios que ofrece el mercado. La línea de bienestar permite identificar a las personas que no pueden satisfacer los bienes de la canasta alimentaria y la no alimentaria. Por otro lado, la línea de bienestar mínimo señala a la población que, aun usando todo su ingreso para comprar alimentos, no alcanza a nutrirse correctamente.

Las carencias sociales se identifican a través de los siguientes seis indicadores: educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos de la vivienda y alimentación. Cada una de estas carencias tiene el mismo peso e importancia dentro del índice de rezago social construido por CONEVAL. Asimismo, la información de la población se provee de forma desagregada por sexo, edad, grupo étnico y discapacidad. Identificar a los grupos más vulnerables y su localización geográfica posibilita el trabajar de forma prioritaria a favor de la equidad y de la promoción del ejercicio de los derechos. De acuerdo con CONEVAL, el acceso a servicios de salud se mide en relación a la adscripción a alguna institución que los proporcione, incluyendo las instituciones públicas como el Seguro Popular o de seguridad social.

La forma de medición actual de la pobreza en México, tanto las dimensiones como los umbrales y los indicadores, responden, según Yaschine (2018), con nociones que resultan prácticas para la creación y evaluación de políticas públicas, como son: la sencillez, la replicabilidad, la fácil comprensión y la posibilidad de agrupación de la información a diferente nivel territorial. "No obstante, estos indicadores no permiten conocer si la persona ejerce cada derecho con plenitud, lo cual es uno de los aspectos que más se han criticado de la metodología" (Yaschine, 2018, p.97). De acuerdo con Hernández et al. (2018), este punto resulta clave para entender que contar con un derecho de forma nominal en las mediciones oficiales no implica un ejercicio pleno del derecho, si no cumple con los atributos inherentes de dichos derechos: acceso, disponibilidad, calidad y asequibilidad.

1.2 PRECARIEDAD LABORAL: EXCLUSIÓN Y EXPLOTACIÓN CAMPESINA EN EL CONTEXTO NEOLIBERAL

1.2.1 Escenario internacional del sector agropecuario: lucha hegemónica y su impacto en la producción campesina en México.

Cuando se habla de la realidad del campesinado en México, se debe entender en un contexto global específico en constante proceso de cambio. Este proceso de cambio se enmarca dentro de las luchas por el poder hegemónico, corrientes de pensamiento económico y político dominantes, culturas locales y acciones individuales. En este apartado, se presentan diversos mecanismos, a nivel nacional e internacional, que fungen como catalizadores indirectos dentro de las comunidades rurales, que generan nuevas dinámicas laborales, migratorias y educativas.

Como primer plano para la comprensión del sector agropecuario en México, se deben considerar los cambios estructurales que ocurrieron en los niveles nacional y global, así como sus impactos paulatinos en América Latina. El modelo neoliberal se instauró como el nuevo orden de acumulación global a finales de la década de los ochenta. Rubio (2001a) afirma que, en su búsqueda por favorecer a la empresa, se desvinculan los salarios de los precios del alimento y se propicia una relación depredadora entre capital financiero y capital productivo, inclinada hacia el primero. Resultando en que el auge de la inversión especulativa y financiera se considera en detrimento del sector productivo. Promoviendo así una lógica de concentración de la riqueza "ficticia", que al mismo tiempo desincentiva la producción industrial y agrícola.

Los cambios en la corriente económica estuvieron mano a mano con las transformaciones en la política internacional de las potencias hegemónicas. Durante los años ochenta, después de la crisis agroalimentaria, las potencias eligieron la producción de alimentos como punta de lanza de su consolidación hegemónica. Ante el alto desempeño de Japón en la industria electrónica, y la automovilística en Europa, Estados Unidos procuró ampliar su influencia mundial a través del control del mercado agroalimentario (Rubio, 2000; 2004). Para lograr dicha supremacía, hubo diversos factores dirigidos e instrumentados que se tuvieron que conjugar.

En la lucha por el reposicionamiento estadounidense en el dominio de los alimentos, se llevaron a cabo diversas políticas que se tradujeron en acciones concretas. En primer lugar, se incrementó la producción de alimentos básicos como son los cereales, granos de forraje y las oleaginosas. Incrementaron su productividad a base de la fertilidad de su suelo, de sus avances tecnológicos en maquinaria y agroquímica, y con subsidios generosos[1] del gobierno estadounidense. Dicha sobreproducción interna de alimentos, implicó dos cosas a nivel mundial: la caída de los precios y un excedente que se debía colocar en otros mercados. Principalmente se ubicó esta producción en países subdesarrollados y emergentes, como América Latina, en donde los alimentos se requerían de forma barata, cuantiosa y oportuna.

Una vez controlados los precios de los alimentos básicos a nivel mundial y teniendo un mercado asegurado, se implementaron tres mecanismos principales para afianzar la hegemonía alimentaria estadounidense. Primeramente, para tener la venta consolidada, se impulsó la apertura a la importación de los países en vías de desarrollo. En segundo lugar, para poder producir, subsidiar y comercializar al exterior se apoyaron en la CCC (*Commodity Credit Corporation*), la cual es una institución gubernamental que otorga créditos a bajo interés con pagos a plazos flexibles a las agroindustrias de todo el mundo, que importan insumos americanos (Rubio, 2004). Por último, para distribuir y vender sus productos en todo el globo, las empresas trasnacionales han tenido un rol preponderante.

[1] Esta determinación, de permitir los subsidios gubernamentales en favor del sector agrícola, se permitía en Estados Unidos (EUA) pero estaba negado, a través del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), para México en particular. Esto se tradujo en una especie de competencia desleal ―como un pacto desleal de exclusividad― que afectó profundamente a la agricultura mexicana y favoreció a la estadounidense.

La estructura productiva mundial de productos alimenticios es dominada por las empresas trasnacionales a través del control de precios y de los canales de distribución y comercio de los alimentos básicos: cereales, granos, carnes, lácteos, aves, oleaginosas y huevos. Como ejemplo, se puede hablar de las empresas Cargill y Archers Daniel Midland (ADM), las cuales intervienen en la compraventa de más de la mitad del grano del mundo (Rubio, 2004). La disminución de los precios en los bienes básicos afecta de diferentes maneras a los productores —en especial a los campesinos pobres que suman millones—, el comercio intersectorial y la industria interna.

Los campesinos productores de alimentos básicos para el mercado interno enfrentan diferentes retos ante la imposición de los precios internacionales de dichos productos. Rubio (2001b; 2004) señala que el campo mexicano se encuentra en una crisis permanente debido a la apertura comercial, impulsada desde finales de la década de los ochenta como un eje del modelo económico neoliberal. Algunas consecuencias que resaltan ante la abundancia y el bajo precio de las importaciones de productos agrícolas, en primer lugar, sería que presionan hacia la baja los precios internos. En segundo lugar, el mercado está saturado y no encuentran dónde colocar la producción interna. Además, aumenta sus estándares de calidad, por estar compitiendo con productos internacionales. Por último, la industria agropecuaria interna los ha sustituido como proveedores. Estos elementos han resultado en la exclusión del campesinado, al no permitir que sea redituable su inversión y hacerles ver como un trabajo prescindible.

1.2.2 Agroindustria mexicana: instrumento del Estado neoliberal.

Dentro del modelo de desarrollo neoliberal, la agroindustria ha cobrado fuerza mediante dos tipos de industrias: la transformadora de alimentos y la agroexportadora. Ambas han influenciado en el cambio de la dinámica del mercado de alimentos a nivel interno e internacional, principalmente en la forma del uso del suelo agrícola y en las formas de vida de los campesinos mexicanos. Se considera el auge de la agroindustria dentro del nuevo rol del Estado mínimo neoliberal, con su nueva agenda e instrumentos particulares.

La agricultura en México tuvo su época cúspide como fundamento del desarrollo económico del país entre los años cuarenta y sesenta del siglo pasado. Sin embargo, durante los ajustes estructurales de los años ochenta, el sector agropecuario fue desplazado como elemento prioritario de la estrategia nacional. El Estado mexicano se retiró progresivamente de la gestión

productiva y abrió paso a nuevos mecanismos de control. De acuerdo con Rubio (2001a), esto se debe a que ese sector productivo, dentro del nuevo modelo de desarrollo, tiene un rol marginal para la acumulación de valor. Por ende, ahora la intervención estatal se inclina hacia el sector financiero a través de acciones que desalientan la producción. Entre las más cruciales en este traspaso de valor hacia el capital financiero fueron: el reordenamiento del gasto público, el uso de los impuestos y el pago de la deuda externa.

La agenda neoliberal en México ha limitado su apoyo al campo de diversas maneras. El primer paso que se dio a fines de los años ochenta fue la reducción brutal del 85 por ciento del gasto público en el sector agropecuario (Rubio, 2003). De forma inmediata, esta acción repercutió en la disminución de créditos y en la elevación de tasas de interés para la producción agropecuaria. Al mismo tiempo, las instituciones que se abocaban a apoyar al campo fueron privatizadas. Por último, los subsidios fueron menguados, como antes se explicó, al punto de dejar a la producción nacional casi incapaz de competir a nivel mundial.

La desvinculación del Estado mexicano del sector agropecuario tuvo su mayor instrumentación mediante el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). Este tratado, entre otras aspiraciones, desalienta la producción agrícola y pecuaria nacional al abrir las puertas a mercancías creadas en condiciones productivas muy diferentes. Especialmente Estados Unidos ha concentrado sus esfuerzos para que su industria alimentaria sea un bastión de su hegemonía internacional. Las mayores afectaciones del TLCAN al mercado y los productores nacionales son debido a que se desreguló el precio y la distribución de los productos básicos. Además, se abrieron las fronteras a productos importados en desgravación constante (Rubio, 2004). Estas condiciones han tenido un efecto directo y depredador sobre los productores campesinos en México, profundizando aún más sus condiciones de pobreza.

La reducción de la participación del Estado ha tenido graves consecuencias en la competitividad internacional de la producción campesina. La mayor desventaja recae en las desigualdades de los subsidios a la producción. A finales del siglo XX (1998-2000), en promedio a cada productor americano se le otorgaron 20,800 USD, a los productores de la Unión Europea 16,000 USD, mientras que en México el promedio fue de 720 USD (Rubio, 2004). “La incapacidad de los productores rurales para enfrentarse a la competencia internacional no proviene de su atraso tecnológico o falta de visión empresarial, sino de las diferencias en los

apoyos gubernamentales de Estados Unidos y México" (Rubio, 2004, p.955). El Estado mexicano ha tomado la decisión deliberada de deprimir la producción agropecuaria a través de diversos mecanismos. Pero, al mismo tiempo de su acometida contra la economía campesina, se ha propuesto impulsar la agroindustria y la comercialización empresarial de los granos.

La industria procesadora de alimentos opera de forma nacional y trasnacional. Esta forma de producción se inscribe dentro de un modelo de desarrollo industrial y una lógica de acumulación de capital global que funciona con salarios bajos y alimentos caros (Rubio, 2000; 2001b). La industria de alimentos se fortalece al importar de forma masiva sus insumos y producir alimentos elaborados para consumidores urbanos clasemedieros principalmente. Dejando al margen la producción campesina nacional, ya que no se considera un elemento relevante para la acumulación del capital.

La industria alimentaria trasnacional, productora de alimentos industrialmente procesados, es la principal consumidora de insumos agropecuarios de origen nacional e internacional. Sin embargo, ante las condiciones favorables para la importación, presentadas previamente, el consumo de insumos internos ha sido marginal. La introducción de cosechas importadas a bajos precios, de productos como maíz, soya, frijol, ajonjolí, arroz, algodón, carne de res, puerco y aves, ha causado que se sustituyan los productos de origen nacional (Rubio, 2003). Lo cual ha repercutido en la disminución de los precios internos, que a su vez ha deprimido la expansión productiva del sector agropecuario.

Por otro lado, la producción de alimentos industrializados ha encontrado alto beneficio y productividad en el mercado interno. Esto se debe, según Rubio (2000; 2003), a dos razones principales: 1) a que la sociedad clasemediera urbanizada —dependiente de los sectores económicos secundario y terciario, y aun del sector cuaternario— demanda productos alimenticios, no necesariamente más baratos, pero sí en mayor cantidad y premura, y, 2) a las altas tasas de ganancia que se extraen debido a los bajos costos de la materia prima y a los altos precios de sus productos elaborados. Entre los alimentos hechos de forma industrial más significativos se encuentra la harina de maíz y la harina de trigo, que han servido para la fabricación de pan, frituras, tortillas y tostadas empaquetadas y refrescos. Asimismo, otras agroindustrias relacionadas a la importación han florecido en los últimos años como la de lácteos, cárnicos, azúcar y café soluble entre otras (Rubio, 2003, 2004). Por tanto, la producción

agrícola mexicana ha tenido que redireccionarse, por un lado, hacia la sofisticación y exportación de productos, y, por el otro, hacia la decadencia y el abandono del campo.

El otro brazo del neoliberalismo, que opera en el campo mexicano, es la industria agroexportadora nacional. Este tipo de estructura productiva tiene características particulares que se enfocan en ciertos tipos de mercados, cultivos, y regiones del país, así como nuevas condiciones y modos de producción. De acuerdo con la demanda de bienes agropecuarios en el exterior se definirán el uso del suelo y la rentabilidad de los productos de forma nacional. Es decir, las nuevas tendencias productivas de los países emergentes se encuentran estrechamente relacionadas al tipo de consumo de los países altamente industrializados.

Los países con alta concentración de capital han modificado sus patrones de consumo en los últimos años, especialmente aquellos relacionados a su alimentación. La dieta de sus habitantes se ha inclinado hacia el consumo de productos con fibra, en sustitución de alimentos con altos niveles de grasa o proteína (Rubio, 2003). De modo que requieren de alimentos que en sus países no se consiguen o no en la cantidad suficiente para satisfacer el mercado. Por tanto, algunos países en desarrollo han aprovechado la situación para proveer este tipo de productos selectos a los consumidores con la capacidad de adquirirlos en los mercados internacionales.

México es uno de los países que se ha enfocado en producir cultivos de vanguardia para exportación. Los principales productos que la industria agropecuaria mexicana produce son hortalizas, cítricos, frutas exóticas y flores. De acuerdo con Rubio (2003), los productores industriales son un grupo selecto de empresas que cuentan con altos niveles de capital y formas sofisticadas de producción. La agricultura intensiva de exportación requiere condiciones modernas, con técnicas avanzadas como la hidroponía, láser, biotecnología y biogenética, lo cual excluye la producción campesina tradicional que carece de los medios y apoyos para competir según los estándares internacionales.

La estructura de producción agrícola en México se encuentra ampliamente polarizada en relación a las ganancias generadas, el uso del suelo y la mano de obra. Rubio (2003) afirma que los productores de cultivos rentables para exportación son el 22.6 por ciento del empleo rural y son los que generan el 62.7 por ciento de las divisas. Mientras que los productores campesinos de semillas y oleaginosas son el cincuenta por ciento y sólo generan el 5 por ciento de divisas. Además, en cuanto al uso de la tierra, se concentra la mayoría en manos de un pequeño grupo

de empresas exportadoras. De acuerdo con Pacheco (2004), el 0.28 por ciento de las empresas cuentan con más de mil hectáreas y poseen el 44 por ciento de la superficie total de tierras. Y casi el 60 por ciento de las empresas tienen menos de 5 hectáreas y poseen el 5 por ciento de la superficie de cultivo. Estas diferencias han repercutido en el empobrecimiento de los productores rurales y a hacerles optar por medios alternos de subsistencia como la migración interna e internacional.

Las empresas agroexportadoras en México, que se caracterizan por sus elevados montos de inversión, infraestructura y extensión territorial, se encuentran en los estados de Baja California, Sonora, Jalisco, Sinaloa, Baja California Sur, Nayarit, Guanajuato, Estado de México y Tamaulipas (Pacheco, 2004). Estas empresas, para funcionar, demandan todo el año trabajadores agrícolas que laboran de forma temporal e intermitente, los cuales Lara (2008) denomina "trabajadores permanentemente temporales" (p.32). Estos jornaleros, en su mayoría emigran de comunidades indígenas de Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Puebla, Michoacán, Veracruz, Chiapas y Tabasco. En donde comúnmente se dedicaban a la agricultura tradicional —de maíz y frijol— en el ámbito familiar, de autoconsumo y sin salario (Lara, 2008). "Esta nueva modalidad del capital…depende de una nueva clase capitalista que se mueve libremente al abrigo de una creciente explotación de trabajadores originarios de las regiones más pobres del país" (Lara, 2008, p.27).

La industria agroexportadora se basa en condiciones de producción particulares basadas en trabajo asalariado migrante. Por un lado, requiere de migrantes altamente calificados —ya sean técnicos o ingenieros— provenientes generalmente de países desarrollados que fungen como gerentes o consultores de la empresa (Pacheco, 2004). Y por el otro, requiere de mano de obra agrícola proveniente de otros estados, sujeta a las condiciones tradicionales de este tipo de trabajo: inestabilidad laboral, falta de contratación legal, falta de prestaciones sociales, bajos salarios y condiciones de riesgo sanitario por contacto con sustancias tóxicas. A su vez, se deben resaltar nuevas formas de explotación laboral que procuran aumentar la productividad de la industria.

> El incremento en los rendimientos de los productos agrícolas…se logra con base en una intensificación del trabajo, la obligación de alcanzar ciertas cuotas de productividad, junto con modalidades de pago por tarea, lo que lleva a los trabajadores a imponerse una

mayor exigencia para ampliar sus márgenes de productividad e incrementar sus ingresos. (Lara, 2008, p.28)

Históricamente el trabajo agrícola se ha caracterizado por condiciones laborales precarias. No obstante, en un contexto neoliberal flexible las desventajas se han exacerbado. Esto ha conllevado a la población rural a optar por nuevas formas de subsistencia: algunos abandonando el campo y sus comunidades de forma definitiva y otros ajustando sus modos de producción agrícola.

1.2.3 Jornaleros: de la precariedad familiar a la empresarial/asalariada.

La labor de los agricultores a lo largo del tiempo se ha caracterizado por la alta demanda de fuerza de trabajo físico. Para hacer que la tierra dé su fruto se requiere dedicar grandes cantidades de tiempo y energía del trabajo presente en el hogar. De acuerdo con Morett y Cosío (2004) la fuerza de trabajo agrícola en México ha evolucionado por los cambios en los cultivos. A mediados del siglo pasado, la mano de obra agrícola se obtenía principalmente del núcleo familiar, predominantemente para el cultivo de maíz y frijol. Posteriormente, con la introducción de nuevos cultivos en los años sesenta y el auge en la exportación en los años setenta, se desarrollaron regiones con alta demanda de trabajo jornalero asalariado. Lo que ha llevado a nuevas formas de actividad y movilidad en la fuerza de trabajo agrícola.

La fuerza de trabajo necesaria para producir los bienes agrícolas de exportación se consigue de diversas zonas rurales del país que contratan campesinos pobres. Los jornaleros agrícolas se han clasificado en tres tipos según sus ingresos y el uso de la tierra. El primer grupo y mayoritario vive exclusivamente de la venta de su fuerza de trabajo. El segundo grupo, que representa la cuarta parte aproximadamente, percibe un salario y posee tierras para trabajar de forma independiente. Por último, el campesinado pobre obtiene de su parcela la mayoría de sus ingresos y vende su fuerza de trabajo sólo como complemento de su ingreso (Morett y Cosío, 2004). Los jornaleros agrícolas se encuentran en necesidad de un salario, lo cual va a implicar condiciones de empleo que están fuera de su control y que resultan muchas veces desventajosas para ellos.

A pesar del gran esfuerzo que requiere la producción agrícola, esto no es sinónimo de explotación laboral. De acuerdo con Lara (2008), el hecho de que el trabajo agrícola asalariado esté sujeto a factores naturales como el clima, el ciclo biológico de las plantas, la disponibilidad

del agua y la tierra, no quiere decir que debe ser un trabajo precario –inestable, inseguro, sin prestaciones sociales, mal pagado– sino simplemente atípico. Sin embargo, a nivel global los estándares laborales del sector agrícola son de los más desventajados socialmente. En los países altamente industrializados los jornaleros agrícolas también padecen de condiciones laborales precarias. Por ejemplo, en países como Alemania, Inglaterra y Holanda las actividades agrícolas son realizadas por inmigrantes españoles, italianos y/o africanos, quienes por ser asilados o estar de forma irregular dentro del país no cuentan con contratos, ni horarios o salarios estables, no se les provee de alojamiento y hasta sufren de racismo (Lara, 2008).

En América Latina, las condiciones de explotación al campesinado han sido una constante. Los agricultores, en especial los campesinos —cuya producción es para el autoconsumo, con pocos excedentes, y también los jornaleros—, laboran en ambientes de temporalidad, bajos salarios, largas jornadas, sin derechos a servicios sociales y se hacen diferencias en los sueldos de mujeres y niños (Rubio, 2000). Generalmente, se cree que los campesinos tienen las siguientes características: habitan en zonas rurales, tienen exiguas condiciones de vida, su nivel educativo es bajo, son apegados a las ideologías religiosas: se encuentran atrapados en profundas condiciones de pobreza que no es sólo de ingresos. Las problemáticas que viven los campesinos se han reproducido y complejizado de acuerdo al modelo económico de la época.

La producción campesina tiene un papel residual, pero estratégico, dentro de la economía actual. La forma de generar riqueza social en la sociedad actual no es a través de la industria sino del conocimiento, lo que deja la informalidad del trabajo como un eje del modelo (Macías, Haces y Aguilar, 2019). En el pasado, los comerciantes y usureros eran los que tradicionalmente tomaban ventaja de los campesinos. Sin embargo, se han sumado nuevas formas de explotación campesina con el modelo neoliberal, se ha intensificado por la flexibilización laboral, así como por "la caída de los precios de los productos agrícolas, el alza de los costos y la reducción del crédito" (Rubio, 2000, p.6).

El sistema económico actual ha impulsado la industria agroexportadora moderna —excluyente del campesinado pobre y sus familias—, la cual requiere de grandes cantidades de trabajadores agrícolas de todo el país. La alta demanda de mano de obra se provee de jornaleros de los estados más pobres del país. Como se mencionó anteriormente, generalmente estos son

originarios de comunidades indígenas en alto grado de marginación y viven de la agricultura de subsistencia. Al migrar —migración laboral interna rural-rural— de su localidad de origen para trabajar en campo ajeno se encuentran con una realidad laboral profundamente excluyente que se intenta presentar a continuación.

Los flujos migratorios de jornaleros agrícolas en el siglo XXI han cambiado en origen, ciclos y composición. Debido a la oscilación geográfica y social en la que vive dicha población resulta complejo recaudar información precisa. Lara y de Grammont (2003) estiman que a principios de siglo había entre 1.5 y 2 millones de migrantes temporales en empresas hortícolas, originarios de 27 estados de la República Mexicana. Los cuatro principales estados de expulsión son Guerreo con el 30 por ciento, Oaxaca con el 24 por ciento, Veracruz con el 18 por ciento y Sinaloa con el 14 por ciento. Los últimos dos destacan por tener modos de flujo migratorio intraestatal, es decir, son estados con polos de atracción y expulsión de mano de obra agrícola. Por ejemplo, Veracruz es un estado que atrae muchos jornaleros para el corte de caña, el café y los cítricos, y al mismo tiempo es el tercer estado expulsor.

> Este cambio en el origen de las migraciones es el reflejo del deterioro en las condiciones de vida en las regiones de producción campesina de todo el país. A la vez es muestra de la capacidad de los pobladores rurales de encontrar trabajo en regiones lejanas, tratando de mejorar sus oportunidades de ingreso. (Lara y Grammont, 2003, p.3)

De acuerdo con Lara y Grammont (2003), los ciclos migratorios se han ido ajustando por causa de la complementariedad regional[2] de las empresas agrícolas. Esto quiere decir que la movilidad de los jornaleros, que tradicionalmente era pendicular, es decir, de un lugar de destino a su lugar de procedencia, ocupa el 84 por ciento. Mientras que la migración circular, ha aumentado a un 16 por ciento, lo que implica que los jornaleros pasan por más de dos lugares antes de retornar y pasan más tiempo expuestos a condiciones de precariedad y vulnerabilidad. Otro cambio importante que se ha observado en el flujo migratorio es que tradicionalmente eran varones que se movían de forma individual o en grupos con otros varones de la comunidad. Sin embargo, la movilidad de los jornaleros del siglo actual se caracteriza por ser grupal, en el 80 por ciento de los casos con familia nuclear o extensiva (Lara y Grammont, 2003).

[2]La complementariedad regional es cuando las empresas agrícolas se ubican en otros territorios con el propósito de surtir su mercado durante todo el año.

La explotación de la fuerza de trabajo agrícola asalariada y/o jornalera opera dentro de un proceso estructural que busca reproducirse. Macías, Haces y Aguilar (2019) señalan que, en el contexto neoliberal, México se ha convertido en un país "maquilador", caracterizado por mano de obra barata en condiciones precarias de empleo: la inestabilidad laboral es alta, los salarios/ingresos son precarios, el esfuerzo físico es alto y la capacitación y la tecnología son bajas. Estas condiciones generales de trabajo se filtran hacia el sector agrícola asalariado y no asalariado, dejando a dicha población sujeta a condiciones de explotación tradicional y sistémica y de profunda pobreza.

Además de la realidad laboral presentada anteriormente, Flores (2008) subraya que los trabajadores agrícolas trabajan jornadas excesivas con alta demanda de productividad e intensidad, con contratos verbales que no ofrecen ningún tipo de seguridad social o prestaciones, sin oportunidad de afiliación sindical y con desigualdades para los menores de edad y las mujeres. Las empresas contratadoras de la mano de obra, generalmente ofrecen alojamiento para sus empleados. Este alojamiento se caracteriza por la precariedad: se encuentra en lugares remotos, y usualmente están dominados por la falta de higiene, el hacinamiento y la segmentación étnico-racial. Los sitios de hospedaje son barracas o almacenes en condiciones insalubres e infrahumanas con ratas, pulgas y cucarachas, y además no cuentan con servicios básicos (Flores, 2008).

Para reclutar a los jornaleros existen los llamados contratistas que fungen como el vínculo entre la empresa y el trabajador. Flores (2008) afirma que el 80 por ciento de los jornaleros es enganchado por un coyote o contratista. Estos "contratistas" organizan el flujo de los trabajadores de acuerdo con la necesidad de la empresa agrícola. Generalmente son personas que fueron jornaleros de la misma zona, tienen una red social amplia y dominan tanto el idioma español como la lengua de los propios trabajadores. Después de reclutar, su rol posterior es el de intermediar y supervisar a los trabajadores.

El migrar como jornalero puede implicar un ingreso un poco más estable o más alto de que lo se lograría quedándose en la parcela familiar –donde está expuesto a infortunios comunes como una mala cosecha, un periodo de sequía, una enfermedad en la familia, condiciones adversas de los precios de mercado, no poder adquirir las semillas para iniciar un nuevo ciclo agrícola o caer en las obscuras costumbres de los usureros–. No obstante, lo atrapa en otras

condiciones de desventaja como son el abandono de los estudios, enfermedades ocasionadas por la falta de atención médica y las condiciones de alojamiento precario, así como encierro involuntario y el posible inicio a una vida de vicios y violencia (Flores, 2008). De acuerdo con Bayon (2006), esto produce una espiral de precariedad en la que las "desventajas laborales se acumulan a las desventajas sociales, generando más privaciones entre los sectores más desfavorecidos de la sociedad" (citado en Flores, 2008, p.33).

1.2.4 Alternativas de la exclusión: estrategias de sobrevivencia campesina.

El modelo de desarrollo vigente, a través de medios internos y externos, ha dado un papel secundario a la producción campesina tradicional. De hecho, les ha catalogado como un obstáculo al progreso y la modernidad. Dicha población se ha visto en la necesidad de buscar alternativas para subsistir. Las principales estrategias que se han observado son integrándose al proceso de producción de valor actual —ya sea con un trabajo informal, doméstico o emigrando— o abandonando de forma total o parcial el campo (Rubio, 2000). La acción que emprendan será influida en gran manera por su entorno familiar y las posibles fuentes de empleo en su entorno próximo.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Jornaleros Agrícolas (ENJO) del 2009, cerca del 50 por ciento de los jornaleros indígenas recurren a actividades adicionales que les proveen de ingresos extras (SEDESOL, 2011). La agricultura de subsistencia en sus parcelas ocupa la primera actividad con el 55 por ciento. La albañilería ocupa el segundo lugar entre las ocupaciones secundarias de los jornaleros con un 18 por ciento. Mientras el comercio, el servicio doméstico, la ganadería, pesca y la artesanía son otras de las labores más comunes que desempeñan.

Una de las estrategias, en la que se conserva la parcela y la relación con la vida rural, es la integración a las formas de producción del sistema de acumulación vigente. Esto es, cuando los campesinos adoptan mecanismos de producción competitivos para el mercado nacional o internacional. Algunos se insertan produciendo bienes orgánicos y organizando grupos de campesinos que operen como empresas en el modo de producir y comerciar sus productos. Sin embargo, Rubio (2000) afirma que la realidad es que son muy pocos los trabajadores agrícolas que logran triunfar incorporándose al modelo económico. La mayor parte de los campesinos han optado por buscar actividades diversas que les provean de fuentes de ingreso alternas al campo.

Cuando la productividad agrícola ha sido desgastada y el campesino es incapaz de subsistir con el ingreso de su parcela, inicia un proceso de descampesinización o desagrarización (Rubio, 2001a). Lo cual quiere decir que el ingreso principal del campesino es extra-agrícola y su producción campesina sólo compensa los periodos de desempleo. "La parcela se echa a andar con el ingreso proveniente del salario, sólo porque después permitirá a esa fuerza de trabajo reproducirse cuando no tenga empleo" (Rubio, 2000, p.7). Dicho salario, proveniente de otras actividades, constituye del 70 al 80 por ciento del ingreso del hogar (Rubio, 2004). Cuando los medios de producción del campesino son insuficientes, pierde su autonomía y se ve obligado a vender su fuerza de trabajo en otro tipo de actividades no campesinas.

La agudización de la pobreza de los trabajadores agrícolas les impulsa a intentar hacer otras actividades y/o cambiar el uso del suelo. La teoría de la nueva ruralidad denomina a dicho fenómeno como pluriactividad, lo cual implica que los campesinos intenten diversificar sus fuentes de ingreso. Estas pueden ir desde emigrar como jornaleros agrícolas —como se mencionó anteriormente—, empleados domésticos u otro trabajo informal; o incursionar en labores de tipo ganadera, forestal, ecoturística o artesanal.

No obstante, para Rubio (2000, 2001a) la pluriactividad está siempre subordinada por la lógica del capital; industria sobre agricultura. Lo que quiere decir que, aun cuando hay un cambio voluntario en la actividad y en el uso del suelo, este es a favor del capital y en detrimento del productor agrícola. Por un lado, el campesino sufre la pérdida de identidad por ser exiliado de su territorio y perder la razón de ser al dejar de labrar la tierra. Y por el otro, esos territorios abandonados modifican su uso en beneficio del "capital agrícola, turístico, minero, forestal e industrial" (p.7). Cualquiera que sea la actividad que elijan, se tiende a reproducir la precariedad de los empleos y el ciclo generacional de la pobreza.

Los apoyos gubernamentales para el campo se ha observado que no han sido para fortalecer la productividad ni han atacado las raíces profundas de la pobreza. Más bien, han logrado perpetuar las condiciones de vulnerabilidad y miseria de los campesinos. Estas condiciones proveen de la mano de obra que el modelo neoliberal requiere. Rubio (2000) argumenta que "los programas orientados a atemperar la pobreza se convirtieron en flujos de ingreso encaminados a reproducirlos como fuerza de trabajo y no como productores" (p. 7). Esta

fuerza de trabajo es la que, al vivir en una crisis constante, se inserta con facilidad al mercado laboral informal y precario.

Cuando los trabajadores del campo en condiciones de marginación se introducen a la precariedad laboral se integran a un ciclo vicioso de pobreza. Motivados por la solidaridad hacia los miembros de su familia, que viven en carencia constante, los jóvenes en edad productiva eligen proyectos de vida que no les permitirán avanzar en sus estudios, ni en la escala social (Macías *et. al*., 2019). "La solidaridad, que es un medio de protección, en realidad promueve los trabajos precarios en que se ocupan los miembros de las familias, que no requieran un alto nivel formativo, y contribuyen a la indiferencia hacia la educación formal" (Macías *et. al*., 2019, p. 103).

La decisión de los hijos de los campesinos de desertar o permanecer estudiando, está muy relacionada con la necesidad percibida de apoyar a la familia con ingresos extras. De igual forma, con los valores e influencia de la familia y las posibilidades de empleo que ofrece su contexto (Macías *et. al*. 2019). Cuando estos elementos se conjugan en detrimento de la educación formal, los jóvenes de zonas rurales son víctimas propicias de los empleos precarios y de fuentes ilícitas de obtención de recursos. De acuerdo con Rubio (2000), muchos de los productores agrícolas que han sido excluidos se han tornado hacia otras formas de subsistencia más subversivas. Algunos haciendo uso de la violencia, otros formando parte de redes de narcotráfico, de grupos criminales o recurriendo a la corrupción.

Por último, ha habido grupos de campesinos que ven como su única posibilidad de triunfo la resistencia al sistema de acumulación neoliberal. No pretenden integrarse sino más bien cambiar el régimen que los oprime. Se han coordinado los productores de diversos cultivos en diferentes partes del país para protestar y renegociar las condiciones del comercio de alimentos básicos. Se oponen ante el colonialismo alimentario que aseguran que Estados Unidos tiene en los países en desarrollo a través del control del precio de los alimentos, el cual ha beneficiado únicamente a empresas trasnacionales, comercializadoras y transformadoras de alimentos (Rubio, 2004).

1.3 ATENCIÓN DE LA SALUD EN UN CONTEXTO DE POBREZA

1.3.1 La salud como derecho y sus determinantes sociales.

La salud es una condición de bienestar óptimo físico y mental que se construye con criterios de carácter social. El derecho a la salud se relaciona con el goce de otros derechos humanos como alimentación, educación, trabajo, vivienda y cultura, entre otros. Durante la época de la Colonia el cuidado de la salud se asumió como una responsabilidad de orden caritativo/religioso más que como derecho social. En México, fue hasta 1859, con las Leyes de Reforma —promulgadas durante los gobiernos de Juan Álvarez, Ignacio Comonfort y Benito Juárez—, que el Estado mexicano asumió el papel de responsable del cuidado de la salud de los habitantes. No obstante, la protección a la salud como un derecho universal se instituyó hasta 1983 con la reforma constitucional que se realizó al Artículo 4°(Gómez, 2017). Diversas legislaciones y normativas nacionales e internacionales promueven que la atención a la salud debe ser accesible, asequible y de calidad para todos los habitantes.

El derecho a la salud es fundamental ya que sin él simplemente no hay futuro para la especie humana. Pero para hacer realidad un derecho no es suficiente con tenerlo escrito en un cuerpo jurídico, es necesario contar con medios de control judicial y tesis jurisprudenciales que lo hagan justiciable (Gómez, 2017). Además de las disposiciones legales, Kuri y Jaramillo (2016) sugieren que el incumplimiento del Estado hacia los derechos de la salud se conecta con el tipo de modelo de atención médica, el enfoque por sectores y la fragmentación del sistema de salud mexicano. Más adelante se aborda el sistema de salud en México. Por ahora se debe aclara que la salud se toca como un concepto social en el que confluyen acciones individuales y colectivas, vinculadas a condiciones socioeconómicas.

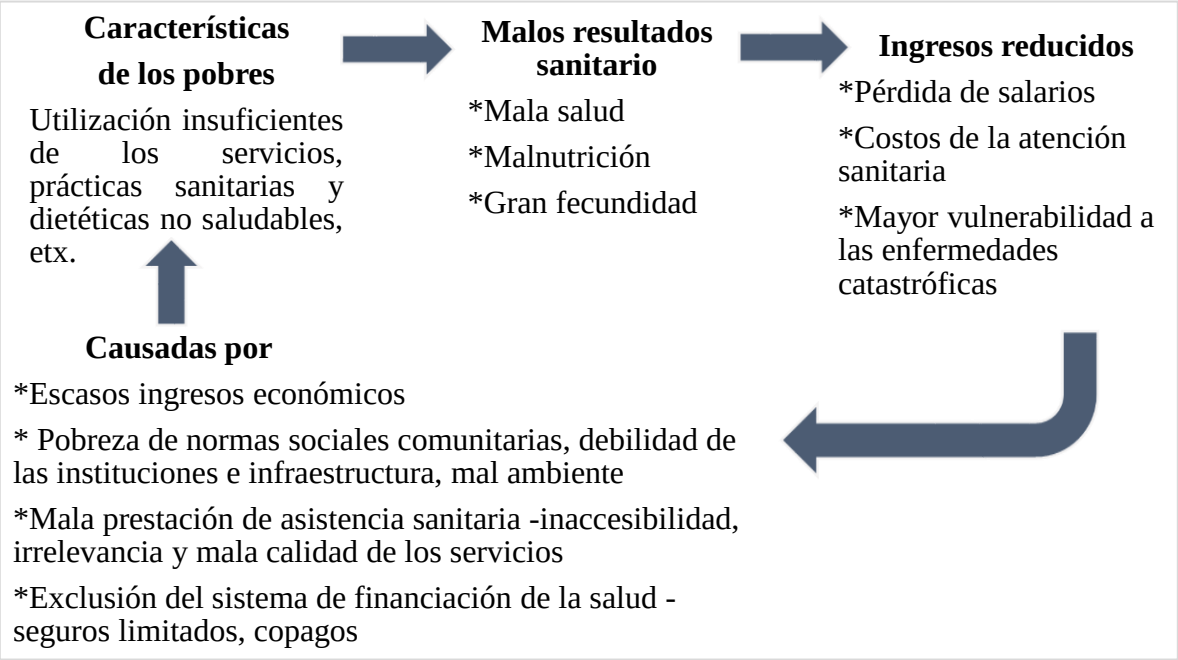
La Organización Mundial de la Salud (OMS) (Urbina, 2016) afirma que las condiciones de bienestar y salud de una persona están establecidas por los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estos determinantes se integran por las etapas de vida de una persona, desde que nace hasta que muere, incluyendo nociones de crecimiento, tipo de alimentación, vivienda, educación, trabajo, actividades de ocio, vejez y sistema médico con el que trata sus enfermedades. Lo cual quiere decir que el estilo de vida, incluidas actitudes y actividades cotidianas, condicionan los riesgos de enfermarse, rehabilitarse y la esperanza de vida.

La Equidad en Salud (ES) es un concepto ético que vincula los problemas de salud de la población con sus condiciones socioeconómicas: "se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud…" (Urbina, 2016, p.3). La ES apela a la promoción de políticas de salud que se enfoquen no sólo a tratar enfermedades, sino que estén condicionadas a mejorar de forma intersectorial condiciones estructurales, sociales, económicas y culturales que distribuyan de forma más equitativa los ingresos, bienes, servicios y poder en la sociedad.

La salud en su sentido más amplio requiere de factores sociales para ser satisfecha. Requiere de servicios de salud, sin duda, pero además de condiciones sanitarias en el hogar y en el trabajo, recursos para alimentos, vestido y vivienda, un entorno ecológico y pacífico y acceso a información para el cuidado de salud (Gómez, 2017). "Los determinantes que influyen sobre la salud de los mexicanos se relacionan con factores externos al sector salud: estilo de vida, inequidad económica, marginación social y falta de acceso de oportunidades" (Kuri y Jaramillo, 2016, p.44). Las inequidades en salud surgen de la distribución desigual de recursos y poder en la sociedad. Ya que las posibilidades cambian al vivir en cierta región, pertenecer a algún grupo étnico o vivir en condiciones de pobreza, violencia, empleo precario o discriminación.

La pobreza y la salud están estrechamente relacionadas. Wagstaff (2002) expresa que "esta asociación refleja una relación de causalidad que funciona en los dos sentidos: la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres" (p.316). La pobreza y la salud están condicionadas por dos elementos comunes: el ingreso y las carencias sociales de tipo estructural. Una buena salud se relaciona directamente con la oferta de servicios y modos de vida enmarcados por el ingreso en el hogar. A continuación, se presenta gráficamente la relación cíclica que se observa en ambos fenómenos.

Figura 1.1 Ciclo de la salud y la pobreza



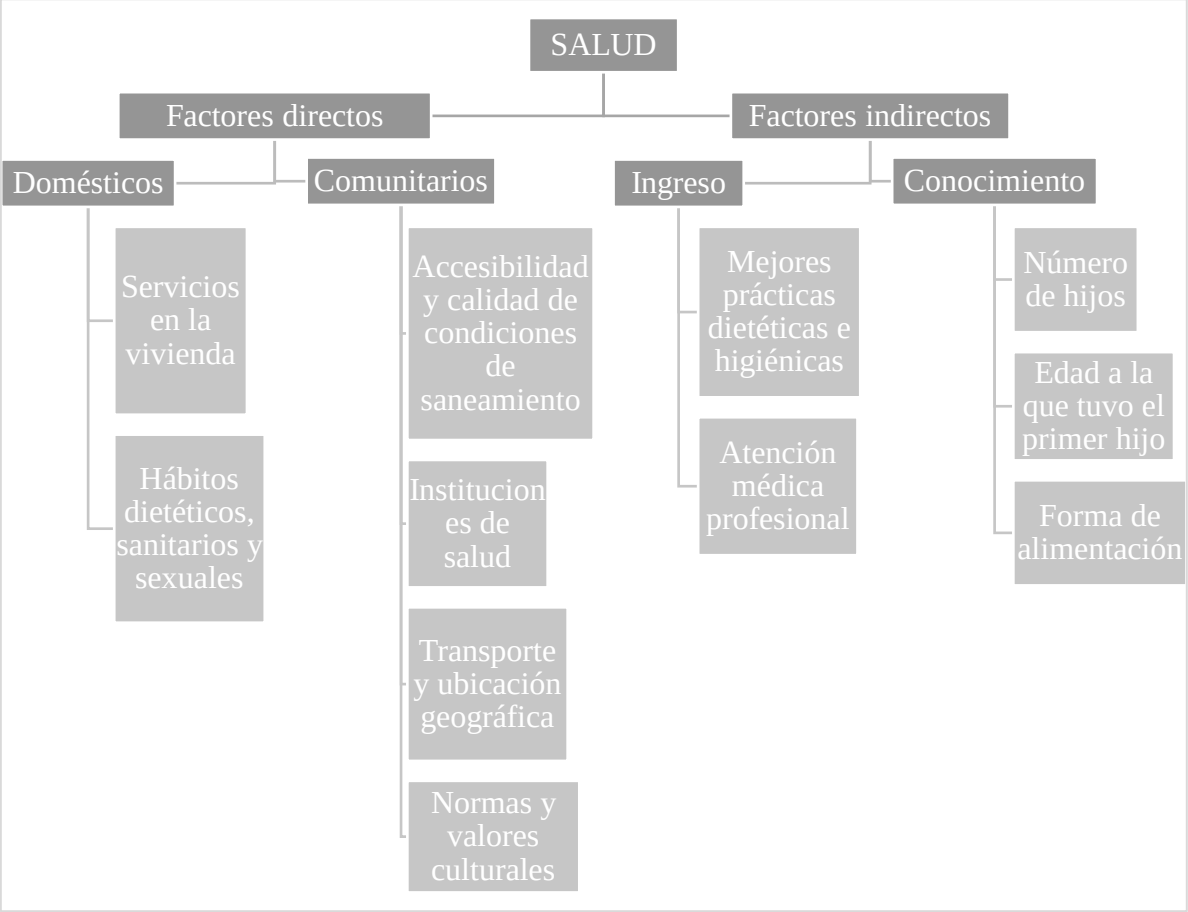
Fuente: adaptado de Wagstaff, 2002, p. 317

De acuerdo con Wagstaff (2002), las condiciones desiguales de salud están determinadas por factores inmediatos y subyacentes. Los factores inmediatos son de tipo doméstico y comunitario. Los factores domésticos se relacionan con elementos del estilo de vida cotidiano como servicios sanitarios con los que cuentan, sus hábitos dietéticos, sanitarios y sexuales. Los factores comunitarios implican desventajas en accesibilidad, calidad y disponibilidad de los servicios médicos, principalmente por razones de tipo domiciliar y de infraestructura. Comúnmente en comunidades aisladas, de difícil acceso geográfico y escaso transporte, el suministro de agua y las condiciones de saneamiento son precarias. Además, las instituciones de salud son de baja calidad debido a que la demanda de servicios es creciente y la disponibilidad de personal es insuficiente. Otro determinante comunitario son las normas y valores culturales que a través de la presión social influyen sobre las conductas sanitarias.

Por otro lado, los factores indirectos o subyacentes que determinan las condiciones de desigualdad en la salud, son el ingreso y el conocimiento. El aumento en el ingreso va a influir en mejores prácticas higiénicas y dietéticas familiares, así como en tener atención médica más profesional y con mayor frecuencia. Wagstaff (2002) afirma que “en los países en desarrollo, manteniendo constantes todas las demás condiciones, los mayores ingresos se asocian al uso más frecuente e intensivo de los servicios de salud, tanto en el sector privado como en el sector

público" (Wagstaff, 2004, p.319). Especialmente en las mujeres, el conocimiento es un elemento importante, ya que se va a reflejar en el número de hijos que tenga, la edad a la que dé a luz a su primer hijo y la forma en que alimente al niño. Estos condicionantes subyacentes inciden en los estados nutricionales e índices de mortalidad, los cuales tienen mucha influencia en la calidad, limitaciones y oportunidades de vida futura de los individuos. A continuación, se presenta un diagrama (figura 1.2) de los factores de la salud antes mencionados para comprender la relación entre ellos.

Figura 1.2 Factores directos e indirectos en el estado de salud



Fuente: Elaboración propia con base en Wagstaff, 2002

Desde la perspectiva de Pernalete (2015), la pobreza es una forma de discriminación social. Es un campo fértil para las enfermedades, ya que estas resultan por factores no sólo biológicos, sino también ambientales, genéticos y socioculturales. Para ella la salud es primordial porque "sin salud no hay otras necesidades que cubrir" (Pernalete, 2015: p.59). Sugiere que las deficientes políticas públicas impiden contar con atención sanitaria adecuada y

las desigualdades económicas generan riesgos para la salud por no contar con servicios sanitarios esenciales, pero sobre todo por no proveer de educación ni de fuentes de trabajo digno.

1.3.2 Sistema de salud en México.

La condición de salud de la población en México es muy contrastante. Varía mucho de acuerdo con la ubicación en el mapa, la procedencia étnica y la posición económica que se tenga. Las asimetrías se hacen más evidentes al observar las diferencias en índices de mortalidad entre diferentes estados o entre zonas urbanas y rurales (Lustig, 2007). Las regiones con mayores índices de marginación son las que generalmente tienen los indicadores más altos de desnutrición, mortalidad infantil y materna, así como de muertes por enfermedades infecciosas comunes.

El sistema de salud mexicano se encuentra frente a retos asimétricos, tradicionales y nuevos, que caracterizan a los países emergentes. Esto significa que, al ser México un país de renta media, cierta parte de la población tiene un estilo de vida más urbanizado, sedentario, con dietas de alto consumo calórico, lo cual ha desembocado en el envejecimiento de la población por el aumento de la esperanza de vida, pero al mismo tiempo ha detonado el incremento de enfermedades crónico-degenerativas como son la diabetes mellitus y los problemas cardiovasculares o renales (Kuri y Jaramillo, 2016). Estos trastornos se caracterizan por requerir de tratamientos largos y costosos que desgastan el sistema de salud y menguan el rendimiento escolar y económico. Se calcula que 14 millones de mexicano padecen de diabetes, la cual es la primera causa de defunciones en el país, y el 70 por ciento de los mexicanos padecen de obesidad (Gómez, 2017). Por otro lado, el sector con más carencias de la población, con menores ingresos y oportunidades, llega incluso hasta la muerte por enfermedades tratables como son las de tipo respiratorio o gastrointestinal.

El sistema nacional de salud es complejo y es coordinado por la Secretearía de Salud, la cual está sujeta al poder ejecutivo. Este sistema se compone de personas físicas, morales, entidades y dependencias a nivel federal, estatal o local, ya sean del sector público o privado, que prevén enfermedades, proveen servicios o promueven la salud. El sector de la salud pública en México se compone de trece institutos nacionales, hospitales regionales, hospitales federales, hospitales de especialidades, una secretaría de salud para cada estado, el Consejo Nacional de

Salud, el Consejo de Salubridad, centros de investigación y diversos programas e instituciones que atienden a la población con y sin seguridad social (Gómez, 2017).

Las instituciones del Estado mexicano, que prestan servicios a la población con seguridad social, son cinco. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, el Sistema de Salud Naval y el Servicio de Salud de Petróleos Mexicanos. El sistema de salud para la población abierta, que no cuenta con seguridad social o con un empleo formal, se proporciona a través de cuatro mecanismos: la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA), el programa IMSS-Oportunidades y el Sistema de Protección Social en Salud —conocido como *Seguro Popular*[3]—

1.3.3 Atención a la salud indígena.

Dar atención médica a grupos indígenas es un derecho que se ha expresado tanto en compendios jurídicos nacionales como en tratados internacionales. Dicha cobertura debe considerar sus usos y costumbres, así como respetar su prácticas medicinales y sanitarias. Sin embargo, la atención brindada ha sido inadecuada, no sólo por ser escasa, en términos cuantitativos de servicios y personal, sino además porque no corresponde al estilo de vida de la población receptora que tradicionalmente ha tenido otras formas de atender su salud.

En un trabajo muy interesante de Barrera (2006) acerca del uso de la medicina tradicional en la región de Zongolica, se rescata la carrera del enfermo en busca de atender su salud. Se muestran las alternativas médicas disponibles en la zona nahua curanderos, yerberos, hueseros y parteras y cómo se encuentran en un proceso de cambio hacia la medicina moderna. En las zonas más urbanizadas las personas tienen dos cosmovisiones que les llevan a salir de lo tradicional debido a que tienen nuevos estilos de vida. Estos se relacionan con nuevas formas de producción, con la migración y el abandono del campo, así como nuevas creencias ligadas a la religión protestante. En el caso de las áreas rurales, la medicina tradicional se ha reforzado como un modo de resistencia a la cultura dominante o debido a no contar con servicios médicos modernos (Barrera, 2006).

[3] El llamado Seguro Popular fue sustituido, desde el 1 de enero de 2020, por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Los objetivos de este nuevo Instituto son ofrecer atención médica y medicamentos gratuitos sin restricciones.

Se destaca que los elementos culturales son reguladores de las prácticas sanitarias de los nahuas y que su cosmovisión juega un rol importante en la forma de ver el cuerpo, la salud y el modo de tratar y diagnosticar una enfermedad. A través del estudio de Barrera (2006) se observa cómo la desinformación y la carencia de servicios médicos modernos dejan a la población dependiendo de alternativas médicas muchas veces ineficaces y costosas, provocando que desperdicien los pocos recursos económicos con los que cuentan en tratamientos de tipo místico que en muchas ocasiones no producen ninguna mejoría en su salud.

Los derechos de salud de las poblaciones indígenas han sido violados de forma cotidiana y diversa por medio de los servicios de salud que existen en sus comunidades. Las faltas más comunes que han padecido en materia de salud, de acuerdo con Chávez y Carpio (2018), han sido: que se les niegue la atención, que se les dé una mala o negligente atención, que se les discrimine, que se les fuerce a tomar medidas de contracepción, que no cuenten con el medicamento ni la infraestructura necesaria, que no se respete la confidencialidad de sus datos médicos y que no se les informe acerca de su condición de salud.

Las instituciones sanitarias gratuitas que ofrecen servicios por parte del Estado mexicano operan bajo el modelo biomédico, el cual se ha considerado no ser efectivo en grupos indígenas. Esto se debe a que el modelo biomédico que rige las políticas públicas de salud tiene un marco teórico, ciertos diagnósticos y tratamientos que se suscriben a una racionalidad científica, occidental y urbana, que se aplica a un grupo social y cultural específico. Mientras que por otro lado, las comunidades indígenas también tienen un sistema medicinal con conocimientos prácticos, tradiciones, creencias y remedios en los cuales confían. Este modelo o sistema médico indígena se compone de elementos mágicos y mitológicos, pero también de conocimientos adquiridos a través de pensamiento lógico, racional y empírico (Chávez y Carpio, 2018). La interacción de ambos sistemas, con diferentes entendimientos, valores y acciones, ha resultado en una barrera en el mejoramiento de la salud de las comunidades indígenas.

Cuando un médico, con su conocimiento científico occidental, se encuentra con su paciente indígena se ha observado que ocurren algunos problemas. El problema más preocupante para las instituciones públicas de salud es que las personas indígenas incumplen con su tratamiento, ya sea porque lo abandonan o porque no regresan a sus controles. La razón de esto, según Chávez y Carpio (2018), es que tanto el diagnóstico como el tratamiento que da

el médico al paciente le resultan desconocidos, extraños e inválidos. Esto quiere decir que, al no comprender el paciente los términos de su diagnóstico, no le da la seriedad y el compromiso que el tratamiento médico requiere. Al mismo tiempo, para el médico, el actuar y el modo de vida indígena es ajeno e inverosímil.

Por lo general la barrera del idioma ya es un inconveniente en la interacción médico-paciente. Pero el mayor problema es que el personal de salud se relaciona con el paciente indígena con la postura de que su conocimiento de salud, basado en la ciencia, es absoluto. Esto resulta en que se cataloguen de forma negativa, se desacrediten y se intenten sustituir las creencias y comportamientos del sistema médico indígena. Sin tomar en cuenta que hay otros modos de vida, con otros entendimientos diferentes que vale la pena preservar (Chávez y Carpio, 2018).

Si los servicios médicos del Estado quieren ser efectivos y funcionales en las poblaciones indígenas, se deben hacer ajustes en su modelo de atención para brindar atención intercultural. En primer lugar, se deben reconocer y respetar las diferencias culturales, sociales y étnicas de los pacientes indígenas. El equipo médico debe cuidar de no valorar negativamente o invalidar las creencias y prácticas de salud indígena. Por el contrario, Chávez y Carpio (2018) sugieren que la interacción entre las instituciones biomédicas y los pacientes indígenas se debe dar con una actitud de apertura, horizontalidad e inclusión: reconociendo y respetando las diferencias al mismo tiempo que promoviendo el enriquecimiento mutuo.

1.3.4 Atención a la salud de jornaleros migrantes.

Los jornaleros migrantes, como ya se mencionó anteriormente, son campesinos que salen de su lugar de origen en la búsqueda de obtener un jornal vendiendo su fuerza de trabajo en campos de cultivos usualmente para agroindustrias o exportación. Generalmente proceden de comunidades marginadas con raíces indígenas y con pocas oportunidades, los cuales se trasladan largas distancias para trabajar de forma temporal e intensiva en la siembra, recolección o empaque de hortalizas, frutas o flores. Este grupo de jornaleros al emigrar aumentan su grado de vulnerabilidad debido a los riesgos que implica su traslado, su tipo de contrato y su alojamiento. Incluso quedan vulnerables a posibles peligros de delincuencia y trata de personas (Aranda, Ortega, Rosales, Zapién, Sabo, Zapién, 2013). La relación laboral, al ser de tipo informal, conduce a los jornaleros y sus familias a dificultades en la atención de su salud.

Los jornaleros migrantes al llegar a los campos agroindustriales se encuentran con un nuevo tipo de vivienda y de alimentación. Por lo general viven en cuartos grandes o barracas en condiciones de hacinamiento que, como ya se mencionó previamente, en ocasiones no cuentan con la ventilación, higiene y espacio suficiente. Estos cambios pueden tener repercusiones en la salud de los jornaleros y sus familias. Las principales causas por las que acuden a los servicios de salud son por enfermedades de tipo respiratorio y diarréicas, seguido por accidentes laborales y por tener contacto con sustancias químicas (Aranda, *et al*., 2013).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Artículo 123, fracción XXIX, ofrece protección social del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a trabajadores, campesinos y no asalariados. Así mismo, la Ley del Seguro Social estipula que los trabajadores temporales pueden recibir prestaciones de enfermedad o maternidad, o, de otra forma, reembolso por sus gastos médicos. A pesar de los esfuerzos jurídicos por proteger a los jornaleros migrantes temporales, los contratos de trabajo, cuando los hay, son estacionales y se han creado muchas herramientas legales para esquivar los compromisos sociales de las empresas agrícolas con los jornaleros. No obstante, el mercado internacional cada vez más exige que las empresas agrícolas operen bajo estándares de responsabilidad social (Aranda, *et al*., 2013).

1.4 MODELO DE DESARROLLO REGIONAL

1.4.1 Región como espacio de producción del desarrollo.

Tradicionalmente la teoría del desarrollo regional tiene un enfoque pragmático que busca comprender las razones de la prosperidad o del atraso de las regiones. Pretende analizar cómo operan las trayectorias económicas en un espacio físico, enmarcadas en un contexto social y cultural que se pueda observar y comparar. Considera que a través de acciones e interacciones de personas e instituciones es como se construye el desarrollo regional. Eversole (2017: p.312) expresa de forma clara que:

> La teoría contemporánea del desarrollo regional nos dice que el desarrollo regional es un proceso endógeno e intersectorial donde las relaciones y el conocimiento juegan un papel central. Cada región tiene sus atributos físicos, económicos, sociales y culturales, que tienen el potencial de crear fuentes únicas de ventajas económicas.

Las dinámicas de ventaja potencial en una región son de tipo material e intangible. Para comprender mejor la interacción entre elementos cuantitativos y cualitativos se debe tener un concepto amplio del desarrollo.

El enfoque clásico del paradigma del desarrollo era sinónimo de crecimiento económico. El énfasis estaba en las condiciones materiales de la población que se reflejaban en indicadores cuantitativos como por ejemplo el PIB *per cápita*. La concepción del desarrollo se alineaba a objetivos cuantificables, como de infraestructura, o en el uso de los excedentes en nuevas inversiones. El problema fue que dentro de este enfoque las acciones de política pública pocas veces se adecuaban a las necesidades reales de la población —frecuentemente por la forma en que habían sido diseñadas y entendidas las regiones— y los esfuerzos a favor del desarrollo generalmente resultaban siendo inútiles o insostenibles (Eversole, 2017). Debido a la subjetividad implícita en el concepto de desarrollo, el enfoque se ha ampliado para incluir de igual forma beneficios no materiales.

El ideal del desarrollo, proyecto intrínsecamente humano, social y económico, en su origen y en su fin busca hacer trascender al hombre y a la sociedad. Boisier (2004; 2016) sugiere que el concepto de desarrollo debe buscar una transformación de lo humano temporal/biológico a lo permanente/espiritual. En donde la dignidad es inherente al ser humano que busca elevarse para ser capaz de conocer y amar. Dicha aspiración utópica, que en su inicio es irrealizable pero que podría llegar a concretarse, exige que la reflexión alrededor del concepto del desarrollo tenga una aproximación más compleja, requiere un nuevo paradigma que involucre dimensiones materiales e intangibles. La propuesta de Boisier (2004; 2016), en cuanto al desarrollo, es salir del esquema de pensamiento positivista clásico —lineal, mecánico y reduccionista— para reflexionar y actuar de forma sistémica y holística.

La reflexión del desarrollo desde un modelo de pensamiento complejo —siguiendo ahora a Edgar Morin (2005)— implica entender el concepto como cargado de juicios de valor, de muchas dimensiones y que se construye a partir de elementos de tipo material e intangible. Un nuevo paradigma del desarrollo requiere de técnicos y autoridades que piensen en los procesos sociales de forma constructivista, en donde el desarrollo es un imperativo que se puede erigir con el esfuerzo colectivo deliberado. El crecimiento económico se debe concebir como uno de los componentes o instrumentos para lograr el desarrollo humano pleno. Sin embargo, si el

propósito final está en los bienes y servicios obtenidos por la población, la mayor aspiración humana deja de ser el ser y se convierte en el tener. Y reduce el tan deseado desarrollo a producir sujetos consumistas y acumuladores sin propósito, cohesión, tradiciones o cultura propia (Boisier, 2004). Es necesario destacar que el desarrollo, además de tener elementos materiales e inmateriales —socioeconómicos y humanos—, también es de naturaleza temporal y territorial.

La relación entre el hombre y el territorio es instintiva, incluso en un mundo globalizado el arraigo a un espacio físico es latente. El territorio juega un papel importante en las aspiraciones futuras de los sujetos que lo habitan, la relación puede estar tan íntimamente articulada que incluso se ha expresado que "la suerte del territorio afecta el logro del proyecto de vida individual" (Boisier, 2011, p.13). Los procesos de desarrollo de individuos y comunidades se van a encontrar siempre localizados en una escala geográfica. Generalmente todo progreso estructural permanente, implica ya sea el fortalecimiento de la sociedad civil, del sentido de pertenencia o de realización individual. Se va a ubicar en un territorio a pequeña escala, esto es, no a un nivel nacional sino regional.

Una región es una construcción psicosocial que articula el espacio geográfico, la cultura y la economía de personas e instituciones que interactúan de forma proxémica y cotidiana. De acuerdo con Boisier (2006), una región *de facto* es un territorio que histórica y culturalmente contiene una sociedad con valores, cultura, tradiciones e incluso lengua similar. En algunos casos la región se puede caracterizar por tener en común alguna característica geográfica como el clima, o algún elemento cultural o histórico. Una región *de jure* es la que se crea con fines políticos o con propósitos administrativos, lo que Ornelas (2014) denomina *regiones plan*. Al hablar de región se hace referencia a un territorio socioeconómicamente organizado, en donde hay asentamientos humanos que se rigen bajo un orden común, establecido por códigos socioculturales, axiológicos y jurídicos o cierto tipo de estructura gubernamental y administrativa (Boisier, 2016) en el caso de las *regiones plan*. Desde el enfoque regional, las dinámicas económicas y sociales son más fáciles de identificar a nivel urbano o rural, cada uno con su especificidad.

Las ciudades, dentro de los estudios de desarrollo regional, se han catalogado comúnmente como centros de crecimiento económico. Al interior de una región, una ciudad tiende a articularse como un sistema abierto en el que fluye materia, energía e información. Esto,

dentro de una región instrumental (Malganova y Zagladina, 2015), podríamos considerarla, en nuestro contexto local regional, como una *cabecera regional*. Por lo general las interacciones entre la ciudad y la región son asimétricas, ya que la ciudad genera condiciones de dependencia y dominación con el resto, debido a que concentra dentro de su perímetro la tecnología y la infraestructura para comerciar y producir bienes y servicios para la región. Según Boisier (2006), "no es posible concebir una región, sin, por lo menos, una ciudad que funcione como centro de servicios y/o de crecimiento" (p.177). A pesar de que la ciudad pareciere el eje de las dinámicas regionales, se debe señalar que existen regiones apartadas de los sectores urbanos-industriales que presentan sus propias particularidades dignas de mencionar, aunque siempre configuradas alrededor de cabeceras regionales o ciudades medias.

Las regiones rurales tienen sus trayectorias económicas y sociales singulares. Eversole (2017) señala que por lo general sus economías se basan en productos básicos, cuyos precios son regulados por mercados ajenos, frecuentemente alejados del contexto regional, y por factores incontrolables e incomprensibles para los productores[4]. A menudo, su producción es altamente dependiente de un solo cultivo que es de tipo cíclico o estacional. Los mercados y capitales son menores debido a las bajas concentraciones poblacionales. Además, las regiones rurales cuentan con menos alternativas económicas a causa de la reducida oferta de capacidades y habilidades entre sus pobladores. Estos desafíos resultan en poblaciones rurales con alto grado de vulnerabilidad para su sostenimiento y con graves desigualdades sociales. Sin olvidar, que los conflictos por el manejo de recursos naturales y problemas de gobernanza son parte de las problemáticas comunes en dichas regiones.

1.4.2 Región como espacio de reproducción material e intangible: de indicadores a relaciones sociales.

Continuando sobre la línea teórica del desarrollo, como un concepto multidimensional y holístico, se ahonda acerca de los medios físicos e inmateriales que promueven dicha transformación social. La dimensión material del desarrollo se enfoca en rasgos de tipo

[4] Por ejemplo, el precio del café, que es un producto fundamental dentro de la región de estudio en este trabajo. En un texto de la publicación electrónica *Sectorial*, publicado el 1 de octubre de 2018, se dice: "El precio del café está fuertemente influenciado por varios factores, entre ellos los climáticos, de producción, la cotización del dólar y la especulación en la bolsa. Los productores no participan en su determinación, sino que son tomadores de precios, debido a que este se negocia en la Bolsa de Nueva York" (www.sectorial.co).

económico y cuantificable que permiten entender la prosperidad económica de la región. Por otro lado, las subjetividades que instrumentan el desarrollo se asocian con aspectos de tipo intangible que se perciben de forma cualitativa. Ambas dimensiones convergen para comprender de forma más completa y compleja las dinámicas internas que conforman la región de estudio de este trabajo.

Existen diversos elementos materiales que forman parte de la trayectoria económica de una región, ya sea para crear prosperidad o lo contrario. La infraestructura y las instituciones son dos componentes físicos que instrumentan el avance económico de una región. Cuando se habla de infraestructura se hace referencia a la acumulación del saber técnico, herramientas y maquinaria disponibles que se refleja en los bienes y servicios que los individuos de una región utilizan. Por otro lado, las instituciones articulan el tejido social y estas pueden ser públicas o privadas, de tipo gubernamental, educativo, empresarial o de la sociedad civil. Por lo general ambos elementos confluyen cuando, por ejemplo, las instituciones determinan la inversión para los servicios públicos, típico ejemplo de lo que constituye una región plan (Ornelas, 2014). Tradicionalmente para conocer los impactos de estos dos componentes materiales se emplean indicadores e informes.

Los indicadores e informes, que usualmente son generados desde el sector gubernamental, son instrumentos que proveen datos concretos acerca de las condiciones económicas de una región, con el fin de analizar, medir y transformar la realidad de la misma. Los datos numéricos permiten observar cómo se comporta la productividad o la competitividad de una región principalmente a través de indicadores de inversión y empleo. Además, tener información referente a la infraestructura es importante —como la cantidad de escuelas, hospitales, autopistas, casas y edificios—, ya que es otra forma de medir las condiciones materiales que facilitan el desarrollo regional. Sin embargo, se debe subrayar que el hecho de contar con instituciones competitivas y obras de infraestructura sofisticadas no es sinónimo ni el fin del desarrollo, sino son solamente medios materiales que facilitan el desarrollo de la mano de insumos intangibles.

Las elevadas aspiraciones del desarrollo, desde una perspectiva multidimensional, contemplan elementos causales de naturaleza subjetiva. Estas dimensiones son de carácter cualitativo y tienen la capacidad de impulsar o frenar el desarrollo regional. Boisier (1999) ha

denominado como *capital sinergético* a las causas intangibles del desarrollo, especialmente en espacios pequeños, ya que es en territorios de proximidad en donde la sociedad tiene el potencial de actuar en conjunto con propósitos colectivos y democráticos, sin perder de vista que en nuestros contextos regionales con frecuencia deben enfrentar también intereses mezquinos, con "coloridos" partidistas, conocidos como cacicazgos regionales. De acuerdo con Boisier (2016), para que ocurra la transformación social es clave que la subjetividad social se fortalezca, a través de la promoción de la confianza, el reconocimiento y el sentido colectivo.

El capital cognitivo es uno de los elementos que integran el capital sinergético. Este se refiere al potencial práctico que tienen los conocimientos acumulados, ya sean de tipo técnico, científico o tradicional. Según Szmerecsany (2001) "la acumulación de conocimiento y sus aplicaciones prácticas en el campo tecnológico y comercial son claves de desarrollo económico a largo plazo" (citado en Garzón y Moreno, 2018, p.71). Una región en la que la sociedad gravita hacia la creatividad y la innovación tiene la capacidad de aprender de sus propias dinámicas económicas y sociales y superar la causas que le mantienen al margen del desarrollo. Principalmente estas tendencias se observan en regiones urbanas, pero en cualquier escala pueden ser catalizadoras de cambios positivos.

Otro elemento que influye sobre el desarrollo regional es el capital cultural. Retomando el concepto formulado por Pierre Bourdieu (2011) se trata de entenderlo relacionándolo con la pertenencia a una determinada clase social y que se adquiere mediante la socialización por lo que sus características se relacionan con la clase social o la subclase de pertenencia. A pesar de los patrones culturales y de comportamiento homogeneizador que promueve la globalización, todavía existen elementos de identidad y pertenencia regional que derivan de tener creencias e historia compartida y un espacio geográfico particular (Boisier, 2006, 2011). Las tradiciones, creencias, valores, modos de producción y relaciones sociales pueden estar inclinados hacia la modernización y su empuje de la individualización. Esto significa que la cultura de trabajo, ahorro, cooperación o competencia de la región puede ser proclive a la realización material individual con débil inclinación a la solidaridad. Por ejemplo, las culturas individualistas tienden a ser más competitivas, mientras que las colectivas a ser más cooperativas. En la primera se acentúa la prosperidad material y en la segunda las relaciones solidarias. La combinación virtuosa sería logar productividad junto con el sentido de cooperación colectiva (Boisier, 1999).

Por último, algunos de los rasgos cualitativos más importantes para impulsar el desarrollo regional se encuentran en las interacciones sociales e institucionales. Las instituciones, cuando operan de forma flexible e inteligente, promueven vínculos de cooperación entre ellas y fortalecen el tejido social. Otro aspecto relevante, a nivel interpersonal y cívico, es la cultura de la creación de lazos de confianza, en la que hay una disposición a preocuparse e involucrarse con asuntos públicos tanto de forma cotidiana como oficial. Una característica única del capital social "es que aumenta a medida que se utiliza y disminuye por el desuso" (Boisier, 1999, p.47). El gran inconveniente del capital sinergético se encuentra en su misma esencia intangible la cual resulta difícil de cuantificar. No obstante, su reconocimiento e influencia en el desarrollo socioeconómico local son palpables.

1.5 METODOLOGÍA: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En esta investigación se ha aplicado una metodología híbrida, en la cual se combinan el paradigma cuantitativo y cualitativo para logar analizar la realidad social en varias dimensiones de acuerdo con los objetivos marcados. Para la primera etapa, que se enfoca en describir las estructuras socioeconómicas que respaldan la atención a la salud, se ha acudido a un análisis documental, teórico y cuantitativo, que reflejó, a través de datos estadísticos, las cifras que enmarcan el contexto socioeconómico de la región. Utilizando fuentes oficiales de datos, a nivel municipal, como son las bases de datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en las que se presentan variables demográficas, de educación, de pobreza, marginación y empleo. Para presentar evidencias de la teoría se presenta la información estadística de forma de tablas, cuadros y gráficos.

En la segunda etapa, para alcanzar los propósitos de percepción relacionados a la cobertura y las estrategias para atender su salud, se utilizó el enfoque cualitativo, mediante el uso de la tradición etnográfica en el trabajo de campo. Las técnicas de recolección de datos fueron varias: la entrevista semiestructurada, la observación participante, la conversación y las notas de campo como apoyo de las anteriores. La unidad de análisis fueron los sujetos sociales que cumplían con los siguientes criterios: ser mayor de edad, ser paciente de la Clínica "El Buen Samaritano" y residir en el municipio de Mixtla de Altamirano.

Para recolectar la información empírica, el contacto con la gente procedente de municipios de la Sierra de Zongolica fue, durante mi estancia de tres meses en la Clínica "El Buen Samaritano" en Jalapilla, Veracruz, la cual se ubica donde se cierra el embudo de la carretera de entrada para la Sierra de Zongolica. Para las notas de campo y la observación participante, se abordó en la sala de espera a los pacientes provenientes de diversos municipios que conforman parte de la Sierra de Zongolica —aunque excedan los de la región instrumental/funcional— para tener una charla informal con preguntas enfocadas en su salud y su situación socioeconómica. También se aplicaron cien encuestas a los pacientes de la clínica EBS durante el mes de marzo, con el propósito de conocer el perfil de los pacientes, las razones de su preferencia y la percepción de la calidad de lo servicios de la clínica EBS.

Para las entrevistas semiestructuradas, se eligieron personas del municipio de Mixtla de Altamirano. El vínculo del investigador y la población de la muestra de las entrevistas fue viable debido a que la Clínica "El Buen Samaritano" es conocida y apreciada por los pobladores de Mixtla de Altamirano, porque el personal de la clínica ha visitado en varias ocasiones aquella región para realizar brigadas médicas y regalar ropa, fondeadas con los ahorros de la misma clínica. En el caso de los pacientes de Mixtla de Altamirano, para entrar en contacto con ellos se acordó que la doctora de la clínica me permitiera entrar a sus consultas cuando se tratara de habitantes de alguna comunidad de Mixtla y me introdujo al paciente diciéndole que estoy haciendo un trabajo de investigación. Al salir de la consulta se abordaba a los pacientes que se consideraba que tenían un diagnóstico interesante para preguntarle si le gustaría ser parte de la investigación de forma más profunda a través de una entrevista en su vivienda. Si la persona aceptaba se le pedían los datos de contacto para arreglar una cita, en la misma semana de ser posible. Es viable visitar la comunidad porque existen medios de transporte rápidos, seguros y económicos desde Orizaba. El trayecto para realizar la entrevista es de dos horas aproximadamente, utilizando un autobús que va de Orizaba hasta el centro de la ciudad de Zongolica y de ahí un taxi colectivo hasta el centro de Mixtla.

El análisis de las notas de campo se realizó mediante el contacto físico con los registros diarios de la bitácora. Para el tratamiento de las entrevistas se optó por grabar el audio de las entrevistas, transcribirlas en un procesador de texto libre, y utilizar el *software* Atlas TI para codificar y analizar la información. Este programa de computadora permite al investigador

visualizar, relacionar, clasificar y sistematizar fenómenos complejos ocultos en los datos primarios, en este caso de las transcripciones de las entrevistas. Esta herramienta informática se caracteriza por ser amigable para el análisis e interpretación de material cualitativo.

Algunas de las limitaciones en el proceso de investigación fueron durante el trabajo de campo, debido a que las entrevistas que surgieron durante la contingencia por el COVID-19 no se pudieron realizar *in situ*. Así que, para ajustarse al nuevo escenario nacional, se tuvieron que realizar algunas entrevistas en la clínica, en donde las instalaciones no eran las más adecuadas por el ruido, las interrupciones y porque impedía que los entrevistados se sintieran con la comodidad que les da su hogar. Además, de que impedía la observación de las características de la vivienda, las cuales resultan de importancia por ser un determinante material de la salud.

1.5.1 Región instrumental/funcional: Zongolica.

Los cambios en la economía global tienen impacto a nivel local y regional, en algunos casos el impacto en el desarrollo de algunas regiones es negativo. Coraggio (2005) presenta algunos de los efectos perjudiciales del esquema neoliberal en el desarrollo local/regional: a nivel económico, las principales consecuencias son que se deteriora la infraestructura productiva local, se exporta la mano de obra a nivel interno e internacional —lo cual desintegra familias y comunidades—, disminuye el empleo y la calidad del mismo y hay pérdida de competitividad en la producción; a nivel político, se recurre a políticas asistencialistas y clientelares que erosionan la capacidad de gobernar, se deterioran los servicios públicos y se propagan los movimientos regionales de reivindicación entre otras cosas. El nivel de afectación del desarrollo regional puede variar de acuerdo a sus características y a cómo se conforma la región.

La región de análisis de este trabajo se planteó a partir de la noción de *región funcional*, es decir, es una región diseñada para este proyecto con fines de investigación. La región que se estudia en este trabajo es llamada *región Zongolica*. El municipio de Zongolica, en el estado de Veracruz, cumple las funciones de cabecera regional, que, por analogía de la cabecera municipal, aglutina las funciones terciario-administrativas del sector gubernamental, y de otros sectores, es centro de la actividad económica y productiva, concentra y regula la actividad comercial, educativa, de salud, cultural, en una región que está integrada de seis municipios. Además, es un centro articulador de las vías de comunicación por donde transcurren las distintas actividades de una región. Estas regiones funcionales a pesar de no ser siempre homogéneas,

tienen un flujo constante a través de redes densas donde circulan personas, bienes e información que generan áreas que impulsan el empleo y las actividades comerciales (Gasca en Mateo & Bollo, 2016).

Desde la perspectiva teórica de Mateo y Bollo (2016), una región funcional es una unidad territorial que funciona de forma independiente, en la que la densidad de la interacción de sus elementos está fuertemente orientada a un centro o polo y sus límites no se pueden demarcar con exactitud. Kayser (en Mateo y Bollo 2016) sugiere que los centros de las regiones funcionales son autónomos en su organización y se integran de alguna manera a la economía global, además de que sobresalen los vínculos entre sus habitantes. En la región Zongolica, la cabecera del municipio de Zongolica representa el centro urbano de mayor jerarquía, y los otros cinco municipios que la componen representan los centros de menor jerarquía que se agrupan funcionalmente en un modelo de desarrollo regional compartido en distintos grados.

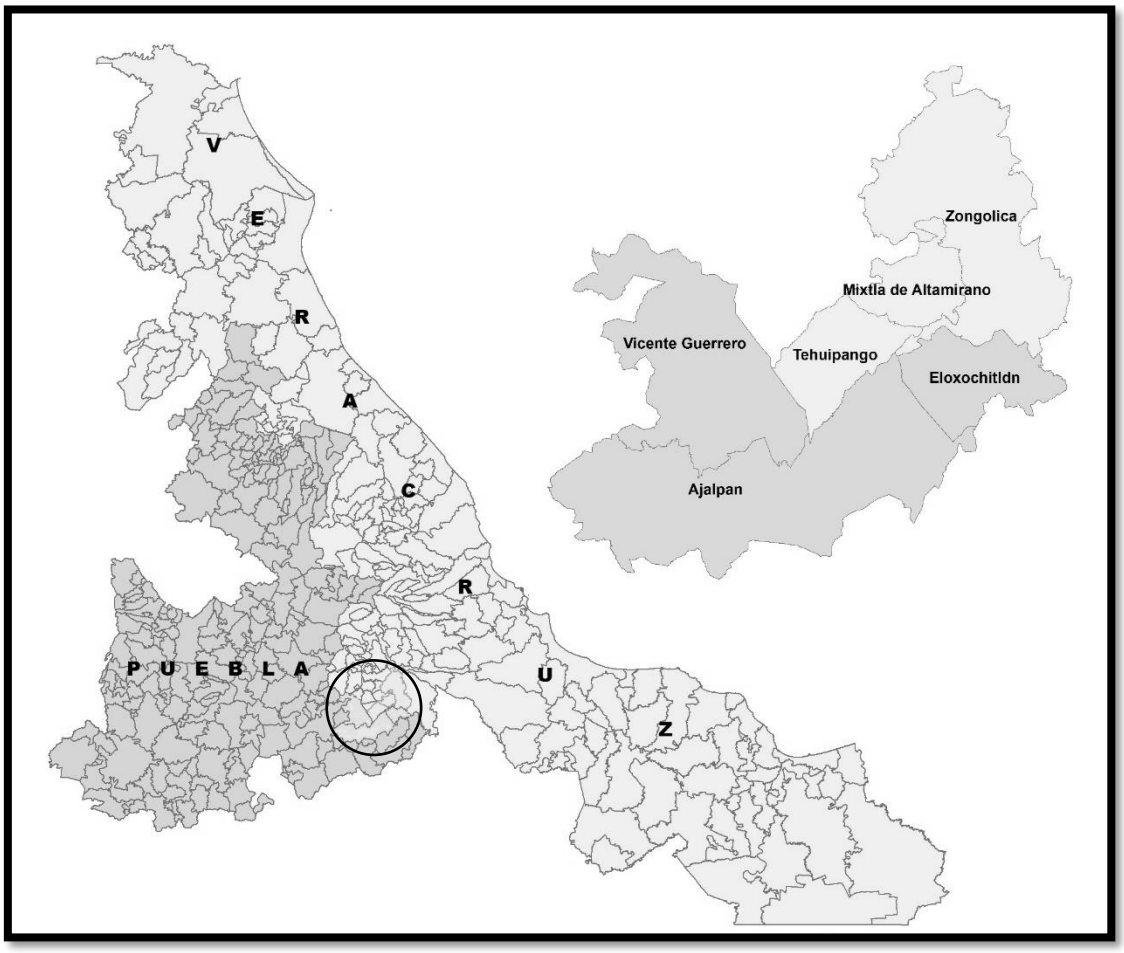
Vista en sus características físicas, la región instrumental/funcional de este estudio se integra por seis municipios que conforman parte de la Sierra de Zongolica —estado de Veracruz— y de la Sierra Negra —estado de Puebla—, ubicados en un área colindante entre los estados de Puebla y Veracruz. Dicha región instrumental/funcional se ha construido bajo el enfoque metodológico planteado por Malganora y Zagladina (2015), el cual se orienta en notar las diferencias intrarregionales en la calidad de vida de la población. Este método permite monitorear los procesos de desarrollo socioeconómico y las peculiaridades de sus unidades territoriales internas a través de modelos lógicos. Esto significa que por medio de indicadores matemáticos y estadísticos se van a mostrar los problemas típicos en la región de estudio.

Dentro de esta metodología, para identificar los principales patrones de funcionamiento del desarrollo socioeconómico de la región instrumental/funcional, se estratifica el territorio en unidades. El municipio es la unidad de análisis de esta investigación, que permite rastrear las diferencias internas. Los componentes de la calidad de vida de la población de cada unidad, se desagregarán en indicadores que muestran sus condiciones socioeconómicas. Los elementos que se consideran para el análisis estadístico de los municipios son la seguridad social, el sistema de salud, la educación, los ingresos, empleos y consumos de bienes y servicios en la vivienda. Esta información es proporcionada de forma oficial y a nivel nacional, estatal y municipal por diversas instancias gubernamentales, como el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e

Informática (INEGI), el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), y el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

La región instrumental/funcional de esta investigación se compone por seis municipios, tres del estado de Puebla: Vicente Guerrero, Ajalpan y Eloxochitlán, y tres del estado de Veracruz: Zongolica, Mixtla de Altamirano y Tehuipango (ver figura 1.3). Los municipios del Estado de Puebla son parte de la séptima región administrativa del Estado, denominada Tehuacán y Sierra Negra. Los municipios de Veracruz pertenecen a la región de la Altas Montañas. Los seis municipios forman parte de la Sierra de Zongolica y de la Sierra Negra, lo que significa que, por encima de los límites estatales, tienen en común condiciones geográficas, económicas, demográficas y culturales.

Figura 1.3 Región instrumental/funcional de Zongolica



FUENTE: Elaboración propia con base en datos de SHAPE de Marco Geoestadístico INEGI

Esta región se estructuró bajo el presupuesto de que la Sierra de Zongolica, y la Sierra Negra poblana, son zonas que a nivel nacional se han caracterizado por sus altos niveles de pobreza y marginación. Con esta idea, se eligieron municipios colindantes que reunieran características socioeconómicas y de modos de vida similares. Algunos rasgos, como la geografía con relieve accidentado, la composición étnica de origen indígena nahua, y las actividades económicas campesinas, son elementos comunes. Y debido a que previamente he visitado y he participado en voluntariado en esta región, me sentía compelida a profundizar en la comprensión de su realidad.

Mi interés en la región de la Sierra de Zongolica nació desde la infancia cuando visitaba algunas comunidades con mis padres —y ya que soy originaria de Orizaba, no me resultaba lejano—. Pero fue en los últimos años cuando tuve varias oportunidades de ir como traductora con equipos de doctores que llevaban apoyo médico, dental y de diagnóstico a la zona, cuando pude ver los padecimientos de la población local de frente y comprendí que la pobreza se pinta en muchos tonos, y la fragilidad en la salud es uno de ellos. Entendí que lo que yo logré ver en esas brigadas médicas era únicamente la superficie de una serie de condiciones más complejas que quería comprender mejor. Es por eso que elegí municipios de la serranía de Zongolica para afinar mi entendimiento y profundizar mi compromiso con la prosperidad de la región.

A grandes rasgos la Sierra de Zongolica se caracteriza por ser una región aislada por sus altas montañas, con clima templado y húmedo con temperaturas que varían de acuerdo con la altitud del terreno. Su población concentra altos porcentajes de indígenas que hablan náhuatl y que conservan sus costumbres y tradiciones. Los poblados se encuentran dispersos y las comunidades son mayormente rurales campesinas, excepto por algunas cabeceras municipales que tiene un modesto desarrollo urbano. Los ingresos en general son bajos ya que las actividades económicas giran en torno a cultivos de subsistencia o empleos poco calificados que requieren emigrar. Las estructuras de poder históricamente se han caracterizado por ser autoritarias, paternalistas, asistencialistas y machistas.

En el segundo capítulo de este trabajo se presentan con mayor precisión los componentes socioeconómicos que permiten comprender de forma más amplia las dinámicas de abandono y marginación que han caracterizado a nuestra región instrumental.

CONCLUSIONES

La puesta en práctica de las políticas neoliberales generó un crecimiento acelerado de las tasas de subempleo, desempleo, así como de las de pobreza, y los recortes al gasto social produjeron una caída en el valor real de los salarios, las pensiones, la cantidad y calidad de los servicios de salud, educación, etc. Ante tales condiciones, de reducida recaudación fiscal y poco gasto en políticas sociales, surge un nuevo enfoque de Estado de bienestar encaminado en luchar contra la pobreza extrema. Este enfoque es creado por los organismos internacionales de desarrollo con una metodología operativa, con el objetivo de impulsar acciones prácticas en la lucha contra la pobreza. Estas acciones pueden materializarse de múltiples formas, ya sea como estrategias de combate a la pobreza, políticas públicas, programas, regulaciones, restricciones, etc.

La idea de crear un marco conceptual de la pobreza multidimensional con enfoque de derecho ha sido para conocer y tratar mejor el problema. Medir la pobreza se considera como una manera de compensación y diagnóstico ante el desequilibrio y desigualdad económica y social. En México, la adopción del enfoque de derechos para la medición multidimensional de la pobreza fue implementada en el año 2009, dentro del marco de la Ley General de Desarrollo Social del 2004. Para la medición multidimensional de la pobreza se eligieron ocho indicadores para medir las dos dimensiones de la pobreza, la de bienestar económico y la de las privaciones sociales.

Durante los años ochenta, después de la crisis agroalimentaria, las potencias eligieron la producción de alimentos como punta de lanza de su consolidación hegemónica. En la lucha por el reposicionamiento estadounidense en el dominio de los alimentos, se incrementó la producción de alimentos básicos que se ubicaron en países subdesarrollados y emergentes, como América Latina. Esto desalienta la producción agrícola y pecuaria nacional al abrir las puertas a mercancías creadas en condiciones productivas muy diferentes. Estas condiciones han tenido un efecto directo y depredador sobre los productores campesinos en México, profundizando aún más sus condiciones de pobreza.

Por otro lado, la producción de alimentos industrializados ha encontrado alto beneficio y productividad en el mercado interno. Por tanto, la producción agrícola mexicana ha tenido que redireccionarse, por un lado, hacia la sofisticación y exportación de productos, y, por el

otro, hacia la decadencia y el abandono del campo. La industria agroexportadora se basa en condiciones de producción particulares basadas en trabajo asalariado migrante. Los jornaleros agrícolas se encuentran en necesidad de un salario, lo cual ha implicado condiciones de empleo que están fuera de su control y que resultan muchas veces desventajosas para ellos. El migrar como jornalero puede implicar un ingreso un poco más estable o más alto de que lo se lograría quedándose en la parcela familiar, no obstante, lo atrapa en otras condiciones de desventaja como son el abandono de los estudios, enfermedades por la falta de atención médica y las condiciones de alojamiento precario, así como encierro involuntario y el posible inicio a una vida de vicios y violencia.

La salud se toca como un concepto social en el que confluyen acciones individuales y colectivas, vinculadas a condiciones socioeconómicas. La Organización Mundial de la Salud afirma que las condiciones de bienestar y salud de una persona están establecidas por los Determinantes Sociales de la Salud. Para promover la Equidad en Salud se requiere no sólo a tratar enfermedades, sino tener políticas públicas que estén condicionadas a mejorar de forma intersectorial condiciones estructurales, sociales, económicas y culturales que distribuyan de forma más equitativa los ingresos, bienes, servicios y poder en la sociedad. La salud en su sentido más amplio requiere de factores sociales para ser satisfecha. Requiere de servicios de salud, sin duda, pero además de condiciones sanitarias en el hogar y en el trabajo, recursos para alimentos, vestido y vivienda, un entorno ecológico y pacífico y acceso a información para el cuidado de la salud.

Una región es una construcción psicosocial que articula el espacio geográfico, la cultura y la economía de personas e instituciones que interactúan de forma proxémica y cotidiana. Cada región tiene sus atributos físicos, económicos, sociales y culturales, que tienen el potencial de crear fuentes únicas de ventajas económicas. Las dinámicas de ventaja potencial en una región son de tipo material e intangible. La dimensión material del desarrollo se enfoca en rasgos de tipo económico y cuantificable que permiten entender la prosperidad económica de la región. Por el otro lado se encuentra una dimensión de naturaleza subjetiva la cual fortalece la transformación social a través de la confianza, el reconocimiento y el sentido colectivo.

CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZACIÓN SOCIOECONÓMICA E INSTITUCIONAL EN TORNO A LA SALUD: LA REGIÓN ZONGOLICA

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se analiza de forma cuantitativa el contexto geográfico, social, estructural e institucional que condiciona el acceso a la salud de la población de la región de Zongolica. En primer lugar, se contextualiza la investigación en un espacio geográfico determinado y sus condiciones sociales más importantes, como son datos demográficos que describen las principales características de la población de estudio, también acerca de la salud y calidad de vida de la población, sus niveles de educación, pobreza, marginación y la disponibilidad de servicios básico en las viviendas. En el siguiente apartado se resaltan los elementos que conforman la estructura económica de la región. Las actividades productivas principales, la división por sectores de actividad económica, las formas de trabajo de la población y el fenómeno de la migración rural, interestatal e internacional. La idea es comprender las circunstancias materiales y laborales que condicionan las fuentes de riqueza, bienes y servicios con que dispone la población de la región de Zongolica.

Por último, se hace un diagnóstico de las instituciones del sector salud en la región. Se presenta a grandes rasgos cómo se organiza el sistema de salud y cómo este se materializa de forma cotidiana para atender las necesidades sanitarias de la población. La accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios están supeditados a otros factores como el gasto público en el sector salud a nivel nacional y estatal. También se toman en cuenta elementos como la derechohabiencia, las unidades médicas, el personal e instalaciones con las que cuentan sus habitantes.

2. 1 CONTEXTO REGIONAL: GEOGRAFÍA Y SOCIEDAD

2.1.1 Ubicación geográfica.

La región instrumental/funcional de este trabajo, que para los propósitos de esta investigación se ha denominado región Zongolica, se compone de seis municipios colindantes entre ellos, tres del Estado de Veracruz y tres del Estado de Puebla. Estos municipios se ubican dentro del cuerpo montañoso de la Sierra Madre Oriental. Del lado de Veracruz, integran la región los municipios de Mixtla de Altamirano, Tehuipango y Zongolica, que son parte de lo

que se conoce como la Sierra de Zongolica, la cual se compone de trece municipios y pertenece a la región veracruzana de las Montañas. Los municipios del Estado de Puebla, Ajalpan, Vicente Guerrero y Eloxochitlán, integran parte de la séptima región económico administrativa denominada Tehuacán y Sierra Negra, conformada por veintiún municipios en total.

La región de Zongolica se ubica en un terreno mayormente escarpado, lo que hace que la altura, la temperatura, el clima y la vegetación dentro de los municipios sea diversa. Existen zonas calientes, templadas y frías dependiendo de la altura a la que se encuentren. En las tierras bajas —800 msnm— hay variedad de vegetación, como caña, plátano, árboles maderables, fincas de café, cítricos y diferentes cultivos de autoconsumo, como maíz, frijol y chile. Las partes templadas —1700 msnm— se caracterizan por la siembra de café de altura. Y la tierra fría —+1800 msnm—, la cual es la mayor porción que compone la región de este estudio, se caracteriza por ser de uso forestal por contener coníferas, ocotes y encinos. Así mismo, las cosechas son por lo general una vez al año, en pequeñas, rocosas, estériles e inclinadas extensiones de tierra, y se cultivan principalmente granos como maíz, frijol, haba, chícharo y lenteja.

Por el tipo de relieve de la región de estudio, la población se encuentra mayormente dispersa y asentada entre las montañas. La ubicación de las localidades y la distribución de la población tiene relación directa con la facilidad o dificultad de su acceso a bienes y servicios de tipo educativo, sanitario y laboral (CONAPO, 2017). Se ha observado que la distancia a los centros urbanos y a las vías de comunicación condicionan la variedad y especialidad de bienes y servicios a los que se puedan desplazar desde las localidades cercanas. De acuerdo con la clasificación realizada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en cuanto a la condición de ubicación de asentamientos con menos de 2,500 habitantes, cerca del cincuenta por ciento de la población de la región habita en una localidad que se considera aislada (ver Cuadro 2.1). El municipio de Ajalpan concentra, en la zona del valle de Tehuacán, en el Estado de Puebla, el mayor número de habitantes viviendo en o cerca de una ciudad. Vicente Guerrero y Zongolica, cuentan también con parte de su población habitando en algún centro urbano. Sin embargo, los municipios de Eloxochitlán, Mixtla de Altamirano y Tehuipango tienen el total de su población ubicada en localidades remotas.

Cuadro 2.1 Porcentaje de la población según condición de ubicación de localidad en la que habita, 2010

Municipio	Condición de ubicación				
	Ciudades y localidades mixtas	Cercanas a centros de población		Dispersas	
		Cercanas a ciudad	Cercanas a una localidad mixta	Cercanas a una carretera	Aisladas
Ajalpan	46.2	6.8		12.7	34.2
Eloxochitlán				52.6	47.4
Vicente Guerrero	37.0		1.22	21.7	40.1
Mixtla de Altamirano				43.2	56.8
Tehuipango				37.8	62.2
Zongolica	16.4		1.39	28.4	53.9
Promedio Regional	**33.2**	**6.8**	**1.3**	**32.7**	**49.1**

Fuente: Elaboración propia con información de la Condición de Ubicación de las Localidades en México 2010 CONAPO (2010).

Independientemente del tamaño y ubicación de las localidades, en el siglo XXI las cabeceras municipales de cada municipio han fungido como centros operativos para los habitantes de rancherías y poblados más remotos. Por su cercanía a carreteras y disponibilidad de servicios comerciales, de salud y de educación básica y media, las cabeceras municipales son puntos de distribución comercial y de encuentro social, ceremonial y administrativo (Rodríguez, s.f.). Se debe resaltar el papel como capitales macrorregionales que juegan Zongolica y Ajalpan en sus estados respectivos, en las cuales se concentra el mayor poder político y económico y ofrecen servicios más especializados de tipo bancario, jurídico y de educación superior. Tradicionalmente la población campesina circundante encuentra en estos centros urbanos, servicios y fuentes de empleo que no encuentran en sus localidades o municipios de origen (Hernández, 2014).

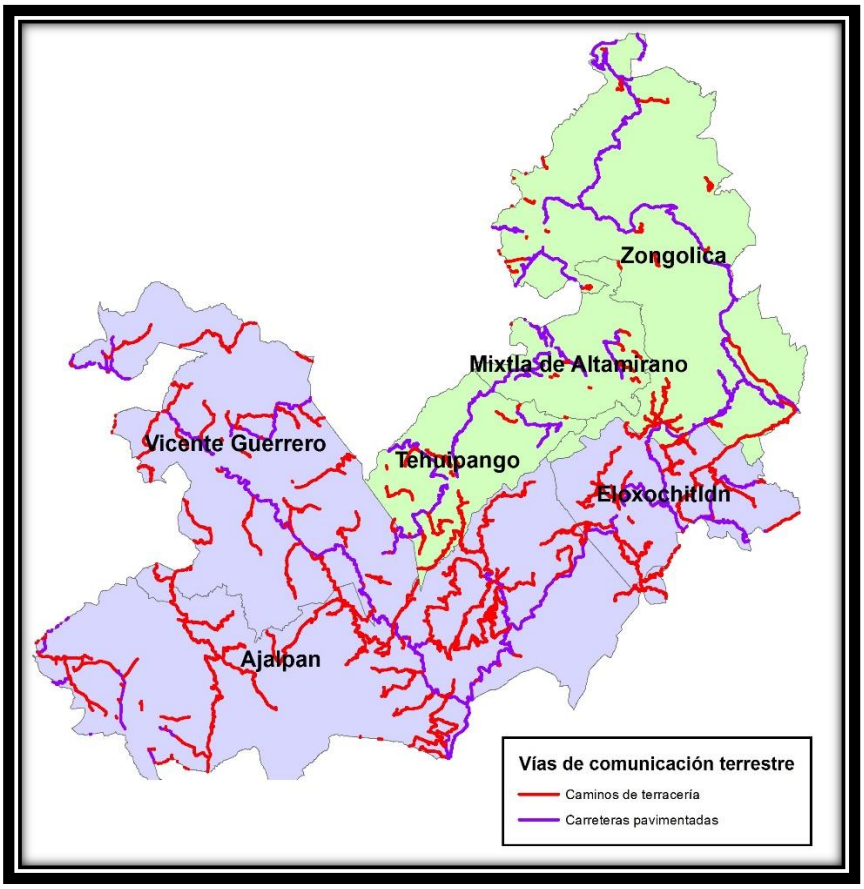
La cabecera del municipio de Zongolica históricamente se ha posicionado como una ciudad central en la región debido a que desde la época colonia fue elegida como capital de una República de Indios (Hernández, 2014). Desde ese entonces, gradualmente se fueron asentando familias mestizas provenientes de otros estados y del valle de Orizaba, que se establecían en fincas cafetaleras o tabacaleras abocadas a la producción para exportación. El aumento progresivo de la población y las rutas que conectaban con otros centros urbanos industrializados del valle de Orizaba (Río Blanco, Cd. Mendoza y Nogales) permitieron que los servicios e

infraestructura progresaran de forma más acelerada que en el resto de los municipios de la región.

La red de caminos y carreteras en la región se ha ido ampliando de forma paulatina. En la década de los cincuenta, los caminos eran de terracería y conectaban únicamente con centros industriales, la localidad de Zongolica con el valle de Orizaba y la de Ajalpan con el valle de Tehuacán. En los años setenta, estos caminos fueron asfaltados y las veredas —a pie o bestia— eran lo usual para el resto de las localidades. Para la década de los ochenta las veredas hacia localidades rurales se convirtieron en caminos de terracería en las que los vehículos de motor podían acceder (Hernández, 2014). Esto permitió que contar con servicios educativos, sanitarios, de electricidad y drenaje comenzara a ser más factible para localidades aisladas. Pero es hasta el siglo XXI, cuando las cabeceras municipales se empiezan a conectar a través de carreteras, que el tránsito de personas, mercancías y productos industrializados, como las bebidas embotelladas, se hace más fluido (Rodríguez, s.f.).

Las vías de comunicación terrestre de la región continúan siendo en su mayoría caminos de terracería —ver figura 2.1—. En la actualidad, todos los municipios tienen al menos una carretera pavimentada que les conecta de forma más rápida y segura con otro municipio. Sin embargo, se puede observar que los municipios poblanos tienen una red más amplia de caminos inter e intramunicipales. Eloxochitlán, a pesar de su dispersión y aislamiento, destaca sobre Tehuipango y Mixtla de Altamirano por su inserción en las vías de comunicación, lo que le permite que más de la mitad de su población disponga de alguna carretera cercana. Nuevamente Ajalpan aventaja al resto de los municipios, ya que aun en su zona serrana tiene una amplia red vial que conecta sus localidades con caminos de terracería apropiados para vehículos. La disponibilidad de vías de transporte es importante porque crea puentes para conectar a la población con mejores oportunidades de bienes, servicios e infraestructura.

Figura 2.1 Vías de comunicación terrestre

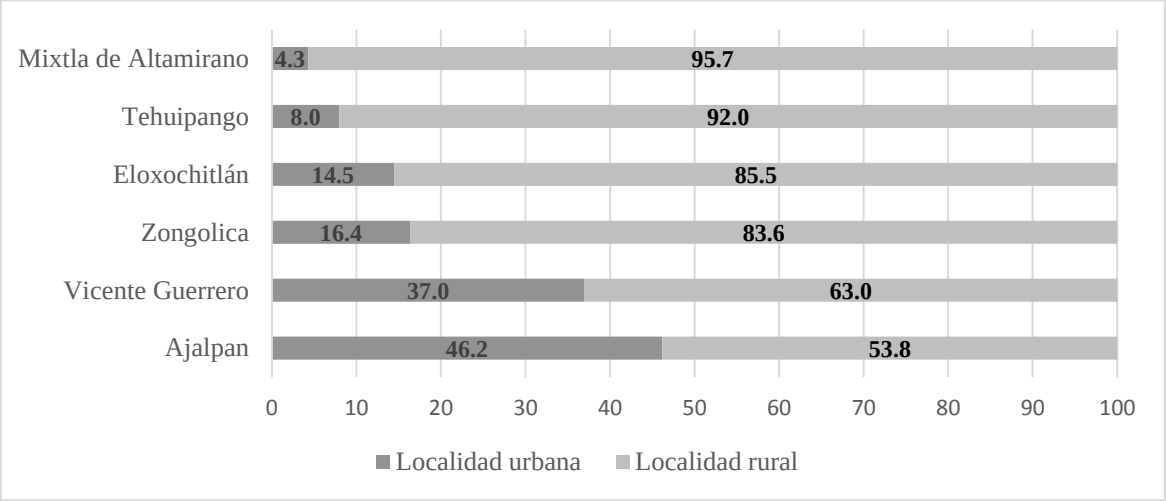


Fuente: Elaboración propia con información de Red Nacional de Camino de INEGI, (2018)

2.1.2 Demografía, salud y educación.

En 2015, la región de estudio contaba con una población total de 184,928 habitantes (CONAPO, s.f.). Los municipios con mayor población son Ajalpan con 68,854 y Zongolica con 43,871; ambos concentran el 60 por ciento de la población. Les siguen Tehuipango con 26, 322, Vicente Guerrero con 24,660, Eloxochitlán con 12,575 y Mixtla de Altamirano con 11,646. En lo que refiere a la distribución de la población por tipo de localidad, en el 2010, el 72.3 por ciento de la población de la región habitaba en localidades rurales con 2,499 o menos habitantes (INEGI, 2010). Esto quiere decir que es una región primordialmente rural, aunque también la brecha entre rural y urbano es amplia (ver gráfico 2.1). Por un lado, en Mixtla de Altamirano más del 95 por ciento de sus localidades son rurales, y, por el otro, en Ajalpan cerca de la mitad son localidades urbanas. En cuanto al sexo, se observa que en 2010 el 48,7 por ciento son hombres y el 51.3 por ciento son mujeres, lo que significa que hay una relación de 95 hombres por cada 100 mujeres (INEGI, 2010).

Gráfico 2.1 Distribución de la población por tipo de localidad en porcentaje, municipios de la región Zongolica, 2010

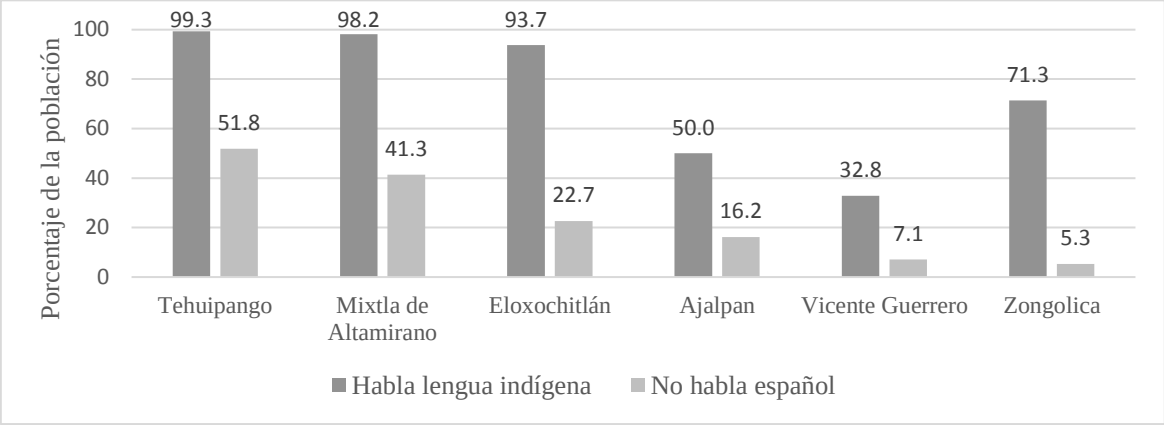


Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población y vivienda INEGI, 2010 (INEGI, 2010)

La composición étnica de la población de la región es mayormente indígena. Esto si se considera toda la población mayor de tres años que habla lengua indígena son el 74.2 por ciento, y si se toman en cuenta los hogares con jefes de familia que hablan lengua indígena aumentan al 80 por ciento (INEGI, 2010). El municipio con mayor porcentaje —99.3 por ciento— de hablantes de lengua indígena es Tehuipango con 21,446 hablantes, mientras que el municipio con la menor concentración de habitantes indígenas es Vicente Guerrero, con 7,375 hablantes del náhuatl, lo que representa menos de la tercera parte de su población.

Es interesante observar —ver gráfico 2.2— que los tres municipios más aislados, Eloxochitlán, Tehuipango y Mixtla de Altamirano, geográficamente son los mismos que concentran los mayores porcentajes de población indígena, que además no habla español. El hecho de no hablar español es una gran desventaja que les excluye del acceso a bienes y servicios externos que sus comunidades no les proveen. Y puede resultar ser una barrera en la comunicación al salir de sus comunidades a buscar servicios de salud, educación, oportunidades comerciales o de empleo.

Gráfico 2.2 Población que habla lengua indígena y que no habla español, municipios de la región Zongolica, 2010



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población y vivienda INEGI, 2010 (INEGI, 2010)

Para comprender las condiciones de salud en la región de estudio se utilizan algunos indicadores que nos permiten estimar la calidad de vida de la población. La esperanza de vida al nacer es una medición clásica que refleja la mortalidad y las condiciones de desarrollo de la sociedad. En 2010, el promedio de vida a nivel nacional era de 74 años, y a pesar de que esta información no se genera a nivel municipal, se han hecho algunas estimaciones, como la de Paredes y Silva (2017), los cuales catalogaron a los municipios con alto grado de marginación de CONAPO con un promedio de vida de 72.57 años, que es el caso de los 6 municipios de estudio.

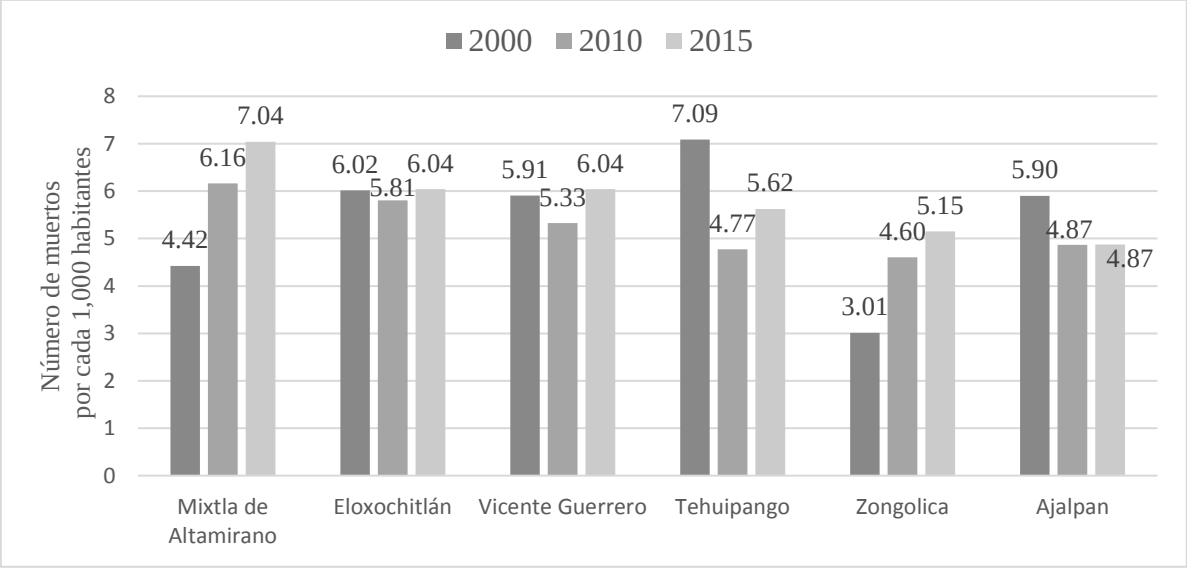
Para complementar esta estimación, se tomó en cuenta el índice de envejecimiento en la región. Este índice señala el número de personas de 60 años o más por cada 100 niños de entre 0 y 14 años. En el 2010, a nivel nacional el índice era de 30.92 ancianos por cada 100 jóvenes, a nivel regional fue de 19.12, del cual Tehuipango tuvo el nivel más bajo con 12.84 y Zongolica fue el más alto con 25.76 (INEGI, 2010). El hecho de que la población sea mayormente joven indica que la esperanza de vida no es muy alta. Por lo general esto se relaciona con un menor gasto en atención a la salud por persona, y con factores como la natalidad, la mortalidad y la migración (CONEVAL, 2018).

En el tema de la natalidad se ha observado un descenso progresivo en la región, el cual continúa siendo alto en comparación con el promedio nacional. El promedio de hijos nacidos vivos a mujeres mayores de 12 años en México fue de 2.34 (INEGI, 2010). En la región de estudio, el índice de fecundidad ha pasado de 3.23 en 1990 a 2.85 en el 2010. Regularmente el descenso de este indicador se vincula con el uso ampliado de métodos anticonceptivos

(CONEVAL, 2018). No obstante, es preocupante observar que los patrones reproductivos de la región entre las mujeres sin ningún grado de escolaridad tienen un promedio regional de 4.75 hijos, las cuales son el 13.2 por ciento de la población femenina mayor de 12 años en la región. Y en los municipios de Mixtla de Altamirano y Tehuipango llegan al 15.8 por ciento y 20.4 por ciento respectivamente (INEGI, 2010).

Los datos de mortalidad a escala regional son positivos. La tasa de mortalidad bruta del 2000 al 2015 ha disminuido modestamente en un 0.41 por ciento. Haciendo una comparación del volumen de defunciones por cada mil habitantes en cada municipio, en tres años diferentes, se observa que la evolución de cada municipio ha sido distinta —ver Gráfico 2.3—. Los municipios de Tehuipango y Ajalpan son los que han reducido su tasa de mortalidad de forma más significativa. Por otro lado, Mixtla de Altamirano y Zongolica tuvieron un retroceso importante. Sin embargo, en cuanto al índice de mortalidad materna, en el 2015, Tehuipango tuvo la relación más elevada con 0.9 y Zongolica reportó la menor con 0.2 puntos (INEGI, s.f).

Gráfico 2.3 Tasa bruta de mortalidad de los municipios de la región Zongolica, 2000, 2010 y 2015



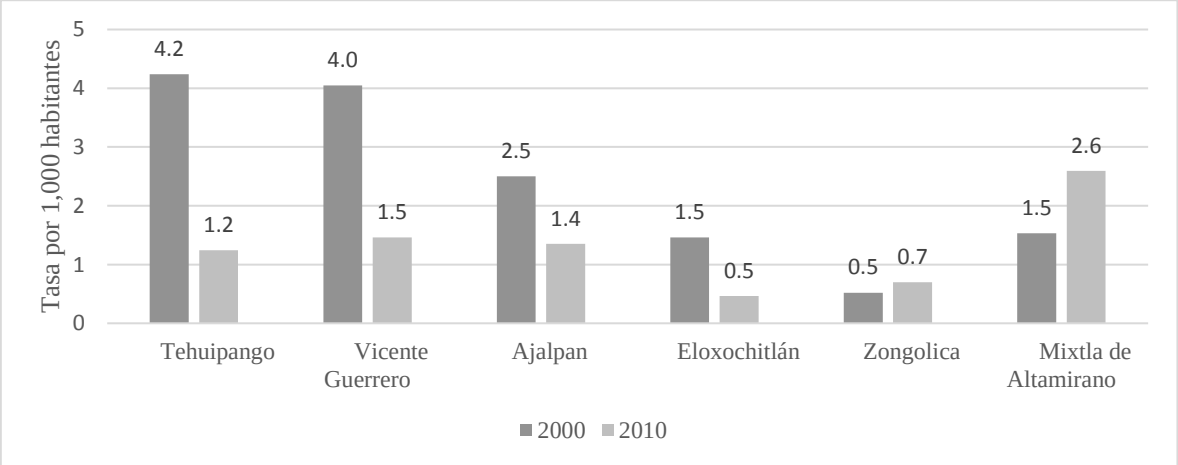
Fuente: Elaboración propia con los datos de Defunciones registradas de mortalidad general, (INEGI, 1990-2018).

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del 2010 (INEGI, 2010), las tres principales enfermedades que causan la muerte en la región de estudio son las del sistema circulatorio, las del sistema digestivo y las que se catalogan como las endocrinas, nutricionales y metabólicas. En el mismo año, a nivel nacional, coinciden las causas, sólo que en diferente orden y denominadas con otro nombre. La primera causa fue por enfermedades del corazón, la

segunda fue diabetes mellitus –considerada una enfermedad metabólica– y la tercera causa fue por tumores malignos (DGIS, 2012). Se debe resaltar, como se mencionó en el capítulo anterior, que la muerte causada por patologías relacionadas al sistema digestivo y respiratorio se relacionan con sectores de la población carenciados y marginados. Lo preocupante es que las enfermedades crónico degenerativas, que se asocian con estilos de vida de renta media—urbana, también están presentes en la región y estas requieren de tratamientos más costosos y largos, a los que muchos pobladores de la región de Zongolica no tienen acceso.

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil —menores de un año—, esta ha visto un cambio favorable a escala regional al reducirse en 1.07 puntos entre los años 2000 y 2010 (INEGI, s.f.). Los municipios con el progreso más notable fueron Tehuipango y Vicente Guerrero. Por el contrario, otra vez Mixtla de Altamirano y Zongolica experimentaron retroceso, de los cuales el más significativo fue el de Mixtla en 1.06 puntos —ver Gráfico 2.4—. Durante la misma década, las tres principales causas de defunción infantil en la región fueron las mismas que las causas nacionales: afecciones originadas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y enfermedades del sistema respiratorio —neumonía e influenza— (INEGI,2010). Este indicador es importante porque refleja el desempeño del sistema de salud y el grado de desarrollo social, ya que se asocia con diversos factores sociales y económicos como el ingreso económico y el grado de educación femenina principalmente.

Gráfico 2.4 Tasa de mortalidad infantil (menores de un año) por cada 1,000 nacidos vivos en municipio de la Región de Zongolica, 2000 y 2010

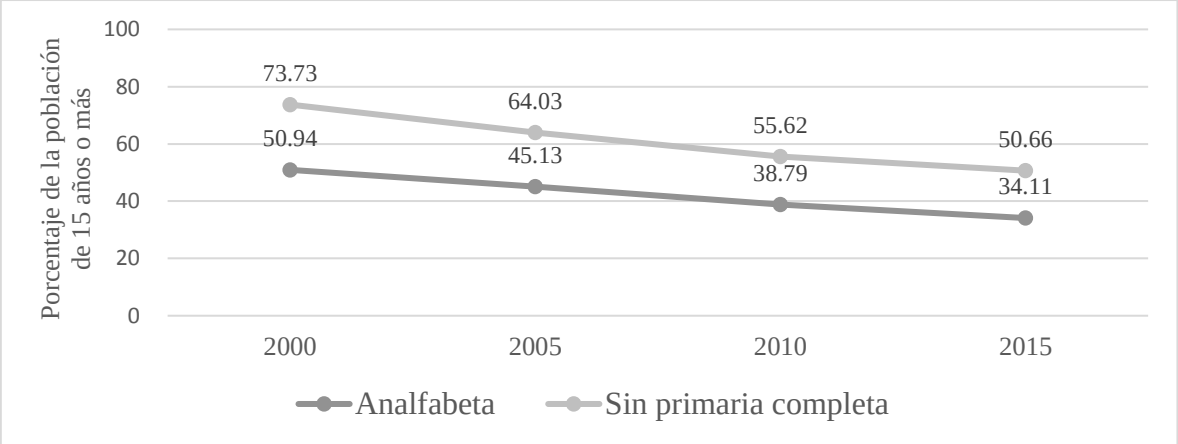


Fuente: Elaboración propia con los datos de Defunciones registradas de mortalidad general, (INEGI, 1990-2018).

El nivel de educación es un determinante fundamental para la salud de la población, ya que depende del grado de escolaridad cómo se regirá su conducta alimentaria, reproductiva y condicionará en gran manera sus ingresos y oportunidades laborales. En el siglo XXI, las condiciones educativas de la región han mejorado. En quince años el porcentaje de la población de más de 15 años que es analfabeta y que no tiene la primaria completa disminuyó 17 y 23 puntos porcentuales respectivamente —ver Gráfico 2.5—. Sin embargo, en el municipio de Mixtla de Altamirano los niveles de rezago educativo todavía son muy elevados. En el 2015, el 50 por ciento de su población mayor de 15 años no sabía leer ni escribir y el 64 por ciento no tenía la primaria completa (CONAPO, 2015).

Se estima que el 53.3 por ciento de las mujeres de la región mayores, de 12 años, que llevan un hogar —casadas, en unión libre, divorciadas, separadas o viudas—, no saben leer ni escribir (INEGI, 2010). Lo que quiere decir que la población femenina de la región cumple sus responsabilidades de reproducción, crianza, nutrición e higiene con un grado mínimo de información e instrucción en temas que son de vital importancia para la salud de la familia.

Gráfico 2.5 Condición educativa de la población mayor de 15 años en la Región Zongolica, 2000, 2005, 2010 y 2015



Fuente: Elaboración propia con los datos del Índice de Marginación CONAPO, 2000, 2005, 2010 y 2015

2.1.3. Pobreza y marginación.

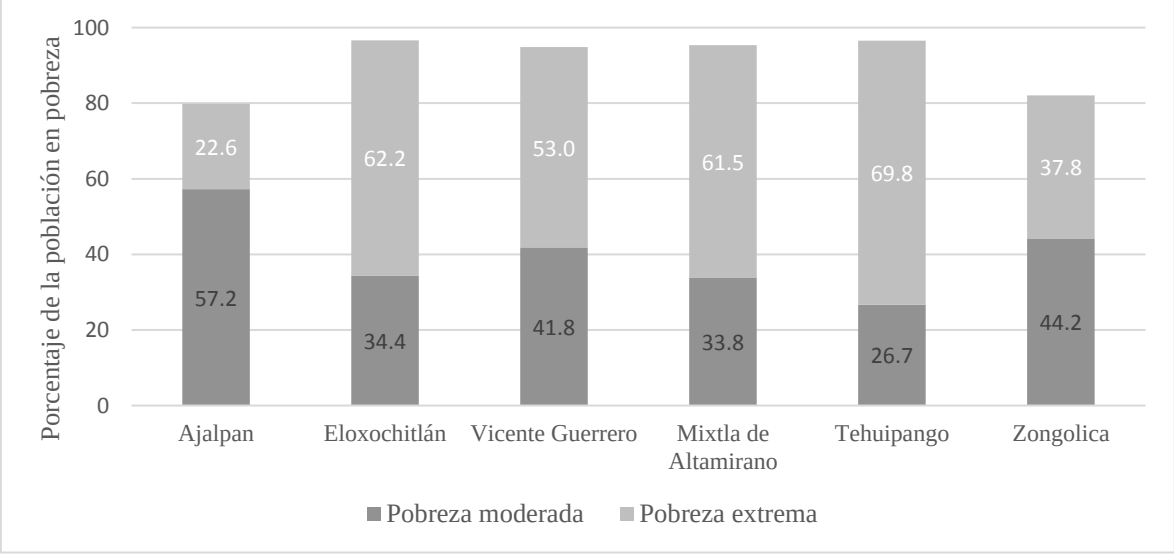
Los municipios de la región de estudio se han caracterizado por su alto grado de carencias materiales y sociales. De acuerdo con las mediciones de pobreza multidimensional de CONEVAL 2015, el 87.5 por ciento de la población se encontraba en situación de pobreza[5]. De

[5] Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la

los cuales, el 51.2 por ciento se cataloga en pobreza extrema, lo que quiere decir que tienen más de tres carencias sociales y su ingreso es inferior al de la línea de bienestar mínimo. El estar por debajo de esta línea implica que los recursos percibidos son insuficientes para adquirir la canasta alimentaria, la cual representa el valor monetario de los productos que habitualmente proveen la energía y los nutrientes necesarios para tener una vida sana (CONEVAL, 2012).

Como se observa en el gráfico 2.6, el contraste más evidente en la región es entre los municipios de Ajalpan y Tehuipango. Además, resalta que los municipios más urbanizados, Zongolica, Ajalpan y Vicente Guerrero, son los que tienen menor porcentaje de población en pobreza extrema. Por el contrario, los tres más rurales, Mixtla de Altamirano, Tehuipango y Eloxochitlán, tienen al menos al 60 por ciento de su población en condiciones de subsistencia, en donde el acceso a la alimentación es incierto de forma cotidiana y los servicios básicos son insuficientes. El no disponer de una dieta equilibrada, variada y nutritiva puede significar que la población se encuentra en condiciones de desnutrición crónica, con un sistema bajo de defensas y una salud frágil de forma recurrente que puede afectar en su desempeño educativo y laboral.

Gráfico 2.6 Población en situación de pobreza moderada y extrema en municipios de la Región Zongolica, 2015



Fuente: Elaboración propia con los datos de la Consulta Dinámica de Resultados de CONEVAL, de Medición de la Pobreza a escala municipal 2010 y 2015.

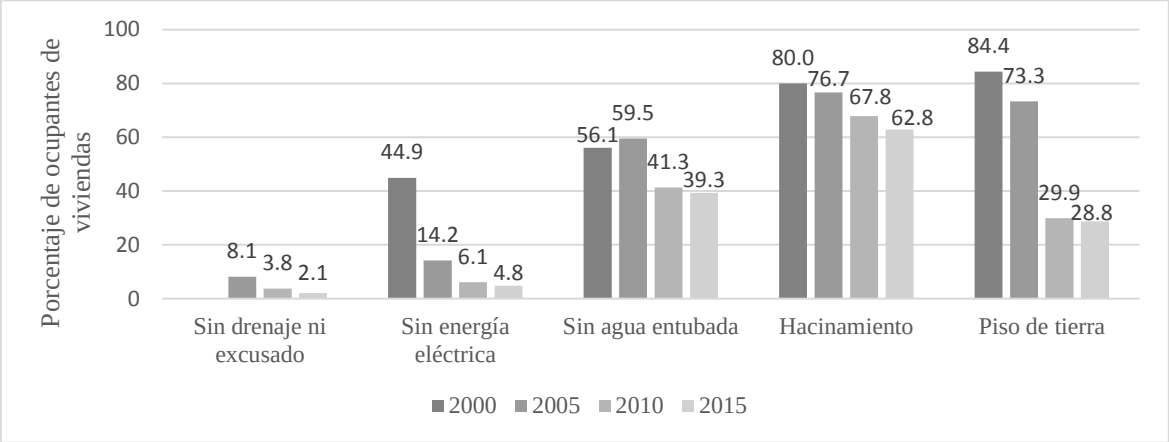
vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias. Glosario CONEVAL https://bit.ly/2KBDZJ1

De acuerdo con el índice de marginación[6] de CONAPO (2015), todos los municipios de la región tienen un alto grado de marginación. De los 2,452 municipios de México, iniciando con el número uno como el municipio con mayor grado de carencias estructurales y de desarrollo, los municipios de análisis se ubican en las siguientes posiciones de la lista de marginación: Tehuipango (8), Mixtla de Altamirano (9), Eloxochitlán (101), Vicente Guerrero (130), Zongolica (166) y Ajalpan (282). En este índice se evalúan aspectos referentes al rezago educativo, el ingreso económico y las condiciones de la vivienda. Ya se hizo mención de los primero dos, así que por ahora se observarán las características de las viviendas de la región.

Los servicios básicos de las viviendas son considerados determinantes de una buena salud, como se mencionó anteriormente. La disponibilidad de agua entubada, electricidad, drenaje y el tipo de vivienda, influyen mucho en las condiciones de higiene y bienestar de la población. En el siglo XXI, en México los servicios que más progreso han tenido son el de electricidad y el tipo de piso de las viviendas —ver gráfico 2.7—. Sin embargo, para el 2015 el agua entubada es todavía un lujo en la región y las viviendas saturadas —en condiciones de hacinamiento— son más de la mitad. De los cinco componentes que considera el índice de marginación, a excepción de la energía eléctrica, Tehuipango es el municipio con los mayores porcentajes de población con carencias de servicios. La carencia de agua y drenaje constituye un papel fundamental en la gestación de enfermedades diarréicas y gastrointestinales, que según un médico de la región (A. Kolln, comunicación personal, 07 de septiembre 2020), la parasitosis con síntomas de inapetencia, adelgazamiento, diarreas crónicas y dolores abdominales, es la razón principal por la que llegan a su consultorio.

[6] La marginación es un fenómeno multidimensional y estructural que se expresa en la falta de oportunidades y en la desigual distribución del progreso en la estructura productiva, lo que excluye a diversos grupos sociales, incidiendo en los niveles de bienestar y en la creación de capacidades, recursos y, por ende, en el desarrollo. CONAPO, 2010b https://bit.ly/38dJW6W

Gráfico 2.7 Porcentaje de las características de las viviendas de la región de Zongolica, 2000, 2005, 2010 y 2015



Fuente: Elaboración propia con datos del Índice de marginación por municipio 1990—2015 (CONAPO, s.f.)

Existen otros elementos del hogar que CONAPO no toma en cuenta en su índice, los cuales también intervienen de forma importante en el estado de salud de sus residentes. Estos otros elementos son la forma de preparar los alimentos, los materiales de construcción de la vivienda y la forma de desechar la basura. De acuerdo con la encuesta intercensal de INEGI del 2015, el 89.3 por ciento de las viviendas de la región prepara sus alimentos con combustibles maderables, como el carbón y la leña, debido a que no cuentan con estufas o con gas LP. Tradicionalmente, en los hogares nahuas, la cocina forma parte del dormitorio o donde se congrega la familia y no se dispone de vías de ventilación o campanas que extraigan los gases de la combustión (Rodríguez, s.f.). Esto expone a las familias a desarrollar enfermedades respiratorias con mayor facilidad, que por la frecuencia de la inhalación, se pueden tornar en patologías crónicas como el enfisema pulmonar.

En cuanto al material de los techos y paredes de los hogares de los municipios de estudio, el 70.9 por ciento de las viviendas ha sido construida con materiales de desecho, como cartón o lámina, o con algún tipo de fibra natural ya sea carrizo, bambú, palma o madera (INEGI, 2015). Esto puede provocar que, debido a las bajas temperaturas y la humedad de las zonas serranas, se incrementen las posibilidades de desarrollar enfermedades respiratorias y se agudicen los síntomas de personas con enfermedades reumáticas y de artrosis, las cuales son comunes en la región (A. Kolln, comunicación personal, 07 de septiembre 2020).

Además, otro elemento sanitario importante, es la forma de manejar los desechos. Según la encuesta intercensal del 2015 (INEGI), el 83.9 por ciento de los hogares de la región queman

o entierran su basura. El no contar con servicios de recolección de basura y no hacerlo de forma regular, controlada y segura, puede implicar un riesgo para la salud y el medio ambiente, al contaminar el aire, agua, suelo o subsuelo. Los cuales pueden tornarse en focos de malos olores e infecciones.

2.2 ESTRUCTURAS ECONÓMICAS DE LA REGIÓN: PRODUCCIÓN SECTORIAL Y MIGRACIÓN

2.2.1 Actividades productivas y mercado laboral.

El estado de salud de la población es un fenómeno multifactorial en donde intervienen diferentes condicionantes. Retomando la perspectiva de los determinantes sociales de la salud que se explicó previamente, que considera también las diferentes etapas de la vida humana, aquí se hace énfasis en las actividades laborales cotidianas de la población de la región de estudio, esto como determinante de la pobreza multidimensional y de la salud que de ello resulta. Los aspectos socioeconómicos, como las actividades económicas, el mercado laboral y los flujos migratorios se pueden considerar entre los principales elementos para delimitar las condiciones de vida de las personas. Para definir dentro de un marco más amplio las características económicas y laborales de esta zona del país, Macip y Flores (2017) expresan que:

> El centro-sur de México se caracteriza por una dinámica particular en cuanto a la presencia de mercados de trabajo precarios, enmarcado por una permanente y cambiante migración interna e internacional entendibles como parte de los procesos de acumulación por despojo y desarrollo geográfico e histórico desiguales. (Macip y Flores, 2017, p.6)

En siglo XXI, las formas de subsistencia en la región de Zongolica, en especial de las familias nahuas, se basa en una mezcla de actividades agropecuarias —agricultura de autoconsumo, cría de animales de traspatio o explotación forestal—, migración interna y trasnacional y empleos precarios en el sector servicios en zonas urbanas (Rodríguez, 2015). Cada uno de estos elementos tiene impacto en el modelo de desarrollo socioeconómico de la región y en las variables determinantes sociales de la salud.

La actividad económica en la región tuvo un incremento significativo que se refleja en el aumento de unidades económicas o negocios y su producción, pero la distribución de la riqueza en la región es desigual. La producción bruta es la suma de la producción de todas las

actividades económicas, en el 2018 la región de Zongolica tuvo una producción bruta total de 1,653.4 millones de pesos (INEGI, 2019). Durante el quinquenio 2014-2018, con excepción del municipio de Vicente Guerrero, todos experimentaron un crecimiento notable en el número de unidades económicas y en los niveles de producción bruta —ver cuadro 2.2—. En el mismo periodo, la producción bruta se triplicó a nivel regional, pero Tehuipango tuvo el despegue más notable al multiplicar ocho veces su producción, debido al incremento en volumen del comercio al por menor y a la aparición de uniones de crédito e instituciones de ahorro e intermediación crediticia. En el 2019, Ajalpan fue el municipio que concentró tres cuartas partes de la riqueza de la región, seguido de Zongolica con el 15 por ciento, Tehuipango con el 6 por ciento, Vicente Guerrero con el 4 por ciento y Eloxochitlán y Mixtla de Altamirano con menos de 1 por ciento cada uno. En el mismo año, sólo había 83 unidades dentro del sector de salud y asistencia social, de las cuales el 90 por ciento se ubicaba en Ajalpan y Zongolica, seguido de cinco unidades en Vicente Guerreo, dos en Tehuipango y ninguna en Eloxochitlán ni en Mixtla de Altamirano.

Cuadro 2.2 Unidades económicas y producción bruta total de los municipios de la región Zongolica, 2004, 2014 y 2019

Municipio	Unidades económicas		Producción bruta total (millones de pesos)		
	2014	**2019**	**2004**	**2014**	**2019**
Ajalpan	2783	4174	325.2	498.9	1223.9
Eloxochitlán	93	140	4.4	5.3	13.1
Vicente Guerrero	364	349	11.9	49.7	64.8
Mixtla de Altamirano	52	108	1.5	2.4	7.3
Tehuipango	278	413	3.1	12.8	103.0
Zongolica	538	700	59.4	91.8	241.3
Total	**4108**	**5884**	**405.5**	**660.8**	**1653.4**

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo Económico 2004, 2014 y 2019, INEGI

En 2010, la población económicamente activa (PEA[7]) en la región de Zongolica fue de 53,470 personas, lo que equivale al 39.7 por ciento de la población. El municipio con el mayor

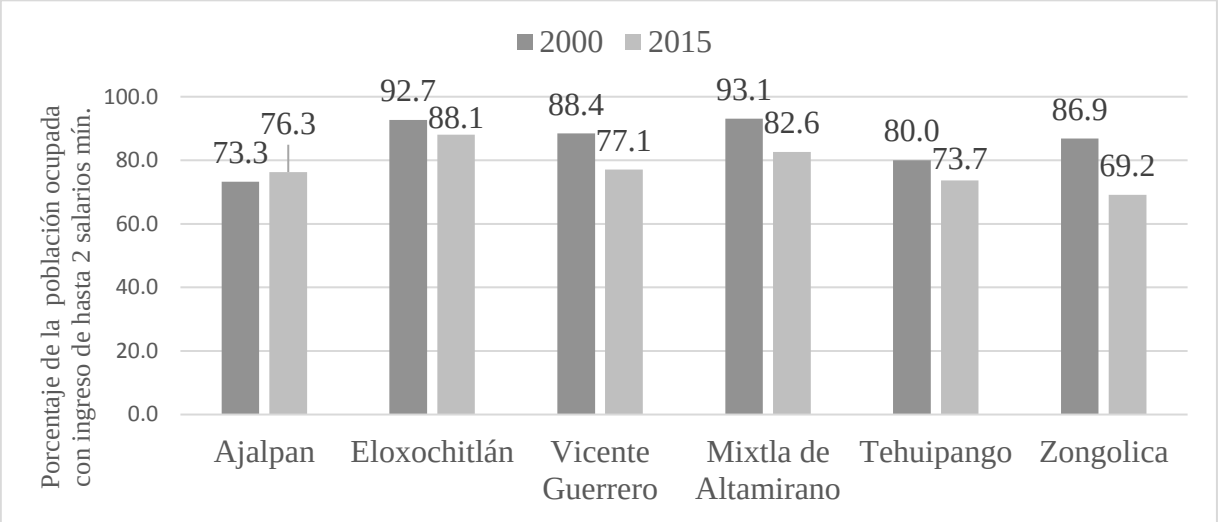
[7] La población económicamente activa la integran todas las personas de 12 y más años que realizaron algún tipo de actividad económica (población ocupada), o que buscaron activamente hacerlo (población desocupada abierta), en los dos meses previos a la semana de levantamiento. Glosario INEGI, https://bit.ly/2WtIkAz

porcentaje de PEA fue Zongolica con 46.3 por ciento y el menor le corresponde a Tehuipango con 33.9 por ciento. En el mismo año de 2010, 92.6 por ciento de la población ocupada laboraba en condiciones de informalidad (INEGI, 2010), es decir, ocupaciones con alto perfil de precariedad. Esto quiere decir que la mayoría de los empleados en la región no cuentan con seguridad social, es decir, no disponen de servicios médicos ni prestaciones laborales de otro tipo. Todos los municipios tienen más del 90 por ciento de su población ocupada en empleos informales, a excepción de Zongolica que sólo tiene el 76.1 por ciento de su población ocupada en condiciones de informalidad. A pesar de que Zongolica no es el municipio con mayor valor de producción, es el que tiene mayor inclinación por el sector servicios, lo que le posiciona como el proveedor de empleos con las mejores condiciones sociales, aunque tampoco se pierde de vista que se considera al sector servicios como el segmento que proporciona las ocupaciones, que aunque suelen no ser informales, con el menor nivel de calidad[8].

El ingreso económico de la población es otro indicador importante porque se relaciona con la adquisición de bienes básicos, la capacidad de acumular satisfactores que mejoren la calidad de vida y la posibilidad de acceso a servicios de educación y de salud. En los primeros quince años del siglo XXI, la situación del ingreso económico a nivel regional ha mejorado ocho puntos porcentuales, al pasar en año 2000 de 85.7 por ciento que ganaban dos salarios mínimos a 77.8 por ciento en el 2015 (CONAPO, s.f.). Esto quiere decir que en el 2015, más de tres cuartas partes de la población ocupada de la región, en el mejor de los casos, percibía 3,987 pesos mensualmente, considerando que el salario mínimo en 2015 era de $66.45. El municipio de Zongolica es el que ha tenido el mayor aumento de ingresos económicos en su población, mejorando casi 18 puntos porcentuales, seguido por Vicente Guerrero y Mixtla de Altamirano alrededor del 10 por ciento de su población trabajadora aumentó sus ingresos —ver gráfico 2.8—. Por otro lado, el municipio de Ajalpan ha experimentado una regresión en los ingresos de su población, que se puede relacionar con la crisis de las empresas maquiladoras de inicios del siglo que se aborda más adelante.

[8] Cuando se habla de "menor nivel de calidad" ocupacional en el sector servicios debe entenderse que el modelo de relaciones laborales es altamente flexible: en cuanto al nivel salarial, que con frecuencia se ubica entre uno y dos salarios mínimos, flexibilidad en la jornada laboral, en los términos de la contratación, en la polivalencia, entre otros, lo que lleva a entender que el cumplimiento de la ley se mueve en la flexibilidad.

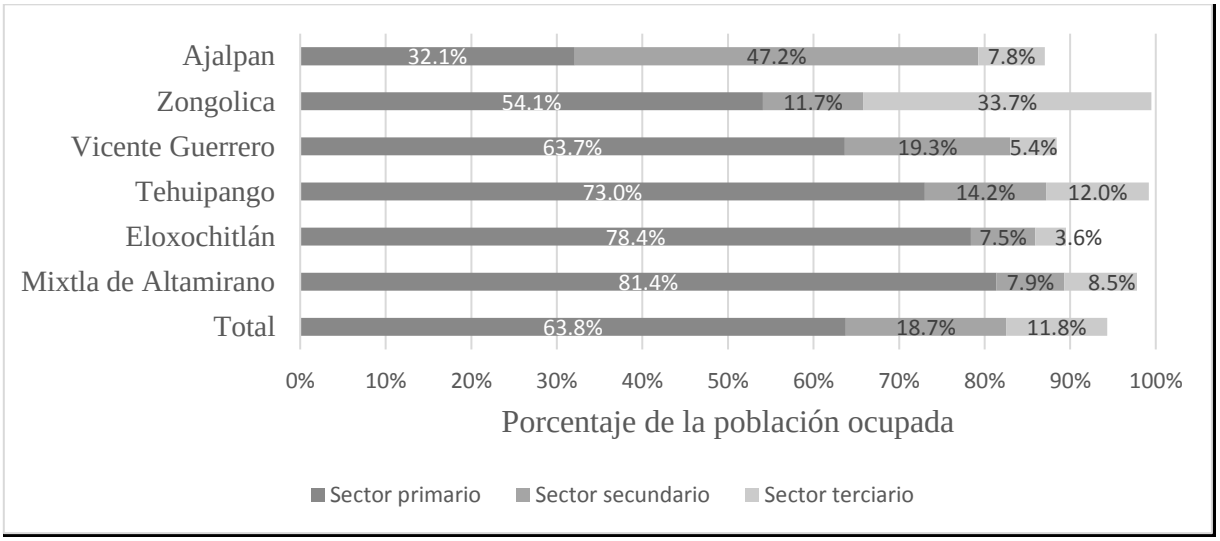
Gráfico 2.8 Población ocupada que percibe hasta 2 salarios mínimos en municipios de la Región Zongolica, 2000 y 2015



Fuente: Elaboración propia con datos del Índice de marginación de CONAPO, (s.f.).

A nivel regional, la actividad económica de la población mayor de 12 años se concentra principalmente en el sector primario con 63.8 por ciento de la población ocupada, seguido del sector secundario con 18.7 por ciento y por último en el sector terciario con 11.8 por ciento (INEGI, 2014). Los tres municipios rurales son los que tienen más del 70 por ciento de su actividad económica abocada a realizar actividades agrícolas, Mixtla de Altamirano es el más notable con 81.4 por ciento y el menor es Ajalpan con 32.10 por ciento —ver gráfico 2.9—. Este último, es el que tiene más presencia en el sector secundario por el desarrollo acelerado de la industria manufacturera de la confección durante la década de los noventa. El sector servicios tiene mayor representación en el municipio de Zongolica, por las actividades comerciales principalmente, y en segundo lugar por el aumento en la oferta de servicios alimenticios y de alojamiento. De acuerdo con el Censo Económico 2019, en primer lugar, Zongolica tenía 374 unidades económicas destinadas al comercio al por menor, 112 en el sector de servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas; y en tercer lugar, 71 unidades económicas relacionadas a servicios personales y de mantenimiento y reparación. A nivel regional, el bajo porcentaje de actividades en el sector terciario se ve reflejado en la poca accesibilidad que tienen los pobladores a servicios profesionales, tanto de tipo sanitario como educativo.

Gráfico 2.9 División por sectores de la actividad económica en municipios de la Región Zongolica, 2014



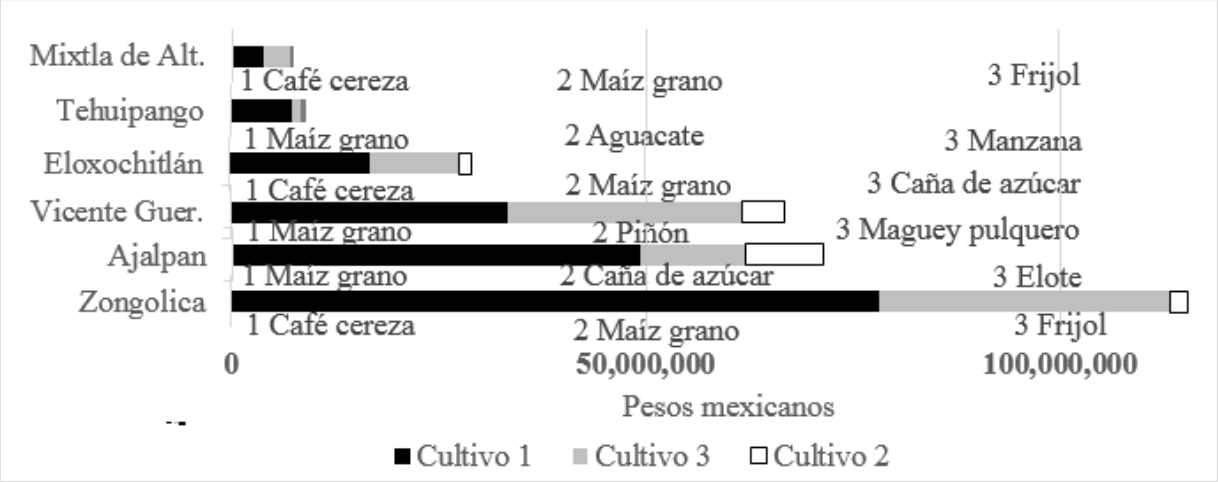
Fuente: Elaboración propia con datos de los Cuadernillos Municipales de Estados de Puebla y Veracruz, 2014.

De acuerdo con Rodríguez (s.f), la agricultura es parte central de la forma de vida de las familias nahuas. Este fuerte legado material y simbólico se refleja en la forma de vida y en las actividades productivas actuales. En el 2019, el volumen de la producción agrícola de la región fue de 70,519 toneladas, con un valor total de 298.8 millones de pesos (SIAP, 2019). La mayor proporción del valor de la producción agrícola la obtuvo el municipio de Zongolica con el 38.6 por ciento, seguido de Ajalpan con el 23.8 por ciento, Vicente Guerrero con el 22.3 por ciento, Eloxochitlán con el 9.7 por ciento, Tehuipango con el 3 por ciento y Mixtla de Altamirano con el 2.5 por ciento. A pesar de que el sector agropecuario es la actividad económica principal en los municipios rurales/indígenas —Eloxochitlán, Mixtla de Altamirano y Tehuipango—, el valor de su producción apenas suma el 15 por ciento en la región. En estos municipios, el cultivo de su propia milpa se ha convertido en una actividad complementaria a otras actividades foráneas, y la baja producción de sus cultivos se debe a diferentes razones, principalmente porque es para autoconsumo. Las técnicas de producción que utilizan son rudimentarias, cuentan con pequeñas parcelas, la tierra que tienen no es optimizada sino es explotada de forma inmoderada y los apoyos gubernamentales son mínimos (Rodríguez, 2015).

La región produce diversos productos agrícolas. Los dos cultivos principales en la región son el maíz en grano y el café cereza (SIAP, 2019). En Mixtla de Altamirano, Eloxochitlán y Zongolica el café cereza es el cultivo principal y en Tehuipango, Vicente Guerreo y Ajalpan es

el maíz en grano —ver gráfico 2.10—. Como se aborda más adelante, históricamente el cultivo de café ha jugado un papel importante en la economía de la región, principalmente en el municipio de Zongolica, donde su valor se estimó superior a los 80 millones de pesos en el último año, producido por más de ocho mil campesinos minifundistas indígenas (Nava & Hernández, (2017). La diversificación de cultivos —como es el caso de Tehuipango, donde la tala inmoderada causó la erosión de gran parte de la superficie en décadas pasadas—, se debe al impuso de programas del gobierno que intentan que la población pueda comerciar sus productos y no sólo consumirlos (Martínez,2009; Rodríguez, 2015).

Gráfico 2.10 Valor de producción en pesos mexicanos de los principales tres cultivos por municipio en la Región Zongolica, 2019



Fuente: Elaboración propia basado en datos abiertos de la Estadística de la Producción Agrícola 2019, SIAP.

La economía alrededor del cultivo del café comenzó desde el siglo XIX. A comienzos de ese siglo, se contrataban jornaleros de la zona serrana de Zongolica para trabajar en las haciendas cafetaleras del valle de Córdoba-Orizaba. Para mediados del siglo XIX, algunas familias mestizas se establecieron en fincas de café en las zonas templadas del municipio de Zongolica y empleaban mano de obra de las localidades campesinas de alrededor. Con la llegada del ferrocarril al valle de Orizaba, para finales del siglo XIX el café se había convertido en un cultivo muy redituable y popular entre las familias y pequeños productores de la región, por su exportación a Europa y a Estados Unidos.

En 1958, se crea el Instituto Mexicano del Café (INMECAFÉ), un organismo federal responsable de impulsar la economía cafetalera a través de apoyos al cultivo, cosecha,

financiación, tecnificación y comercialización del aromático. No obstante, para finales de la década de los ochenta, en el contexto del modelo económico neoliberal imperante en México y en otras partes del mundo, el sector cafetalero entró en crisis a nivel internacional, lo que impulsó a que el grano se sujetara a las reglas del libre mercado y a las fuerzas de las empresas trasnacionales. Esto llevó a que a principios de la década de los noventa el Instituto Mexicano del Café (INMECAFÉ) fuera desintegrado, dejando súbitamente a miles de familias cafeticultoras de la región a la deriva (SAGARPA, 2013). La descapitalización de la cafeticultura ha impulsado a la población propietaria de las tierras de cultivo y los jornaleros de la región a buscar alternativas laborales de subsistencia en el sector servicios y en los desplazamientos geográficos, ya sea al corte de caña en las regiones calientes, a los sofisticados cultivos del norte del país para la exportación, o a la migración internacional.

Por otro lado, las localidades más urbanas de Ajalpan, que se ubican cerca del Valle de Tehuacán, se han visto influenciadas por el modelo de desarrollo de esa región. Al inicio de la década de los noventa, tras el abandono progresivo del campo, por los mismos productores empobrecidos y por el sector gubernamental, Puebla se convirtió en una entidad manufacturera que atrajo el capital de grandes marcas que confeccionaban ropa para exportar al mercado mundial. Tehuacán y sus alrededores, incluido el municipio de Ajalpan, fueron una región de auge sub-industrial basado en la maquila textil, hasta principios del siglo XXI, cuando su principal comprador, Estados Unidos, entró en crisis y muchas empresas decidieron moverse a países con mano de obra aún más barata y flexible (Hernández, 2018).

A pesar de que a finales del siglo pasado la maquila generó miles de empleos precarios en la región, contratando a población local y serrana, las condiciones laborales de sus obreros se caracterizaban por las largas jornadas, la rotación constante y el *outsourcing* (véase Juárez Núñez, 2004; Macip & Flores, 2017). Desde entonces, las condiciones de los trabajadores en el sector manufacturero se han precarizado más. Esto se debe a que, aunque se fueron muchas empresas, la mayoría de las maquilas que permanecen lo hacen de forma clandestina, en talleres semi-ocultos y como trabajo a domicilio. Esto ha ocasionado mayor precarización de la mano de obra informal, sin seguridad social ni prestaciones laborales (Hernández, 2018). A pesar de que el trabajo informal industrial somete a la población rural a explotación y estilos de vida más urbanos, este proporciona un ingreso más elevado, y sobre todo regular, que el de las actividades

agrícolas. Esto ha permitido a la población de Ajalpan cambiar sus hábitos de consumo y disponer de mayor accesibilidad a bienes y servicios. Sin embargo, no significa que hayan aumentado sus oportunidades futuras, ni su calidad de vida.

Hablando de la zona serrana de Puebla/Sierra Negra, y de Veracruz/Sierra de Zongolica, Early (1982) expresa que se debe entender que "la articulación de ambas [sierras]… fue construida y contenida históricamente como una reserva de mano de obra barata para las diversas venturas capitalistas de los valles [Tehuacán y Orizaba] y centros de poder… del capitalismo (citado en Macip & Flores, 2017, p.12)". Esta postura se relaciona en gran manera con los ciclos de movilidad laboral que durante siglos han sido parte de la población serrana de estudio, y que hasta la fecha continúan expandiendo sus perímetros de movilidad y sus habilidades laborales para subsistir.

2.2.2 Trabajo foráneo: migración nacional e internacional.

La movilidad de los habitantes de la región de estudio ha sido una de sus estrategias centrales de subsistencia desde la época colonial (Rodríguez, 2015). Las actividades y los destinos han cambiado a lo largo de los siglos, pero la población se sigue viendo en la necesidad de migrar en busca de trabajo y comida. Por lo general han sido fuerza de trabajo en mercados laborales inestables y precarios, como jornaleros agrícolas, vendedores ambulantes, en la industria de la construcción, maquila, o trabajo doméstico (Macip & Flores, 2017). La movilidad en la mayoría de los casos se combina con otras actividades —pastoreo, ganadería y el cultivo de la milpa[9]— que se desempeñan en el lugar de origen y que complementan los ingresos para la manutención del hogar.

Tradicionalmente, desde siglo XVIII hasta el siglo XXI, la movilidad de los habitantes de la zonas serranas e indígenas se ha mantenido con algunas características distintivas: ser de tipo estacional relacionada al ciclo agrícola, dentro del perímetro regional, hacia zonas rurales y enfocado en el trabajo agrícola conocido como zafra o pisca —ver cuadro 2.3—. Fue durante el siglo XX cuando se han observado mayores variaciones en los flujos migratorios y las

[9] No se pierda de vista que la región de Tehuacán tiene la fama de tener los referentes del maíz más antiguos que existen, por lo que se le considera un área muy importante de agricultura primitiva en toda Mesoamérica. La exploración de cinco cuevas —Coxcatlán, Purrón, El Riego, Tecorral y San Marcos— proporcionaron evidencias de esta añeja historia de la agricultura regional.

posibilidades de trabajo foráneo se han diversificado. Desde la década de los setenta, se ha añadido la movilidad a entornos urbanos, realizando trabajos diferentes a las actividades agrícolas. Durante los años ochenta, el trabajo agrícola se amplió hacia el noroeste del país en cultivos de alta tecnología y para exportación. Posteriormente, durante los años noventa, se inició la migración a Estados Unidos, mayormente enfocada al campo, la construcción, los alimentos y la industria maquiladora. De acuerdo con Córdova (s.f.), los detonantes principales de las nuevas dinámicas migratorias trasnacionales en Veracruz han sido la crisis agrícola y de la industria extractiva. La primera ha tenido un impacto mayor en la región porque ha debilitado la economía campesina al retirar créditos e instituciones que apoyaban a los pequeños productores agrícolas y a la agroindustria cañera y cafetalera.

Cuadro 2.3 Flujos migratorios en región de Zongolica, Siglo XVIII-XXI

<table>
<tr><th colspan="2">Movilidad</th><th colspan="2">Periodo de tiempo</th><th colspan="3">Actividades</th><th>Destinos</th></tr>
<tr><td rowspan="9">Subregional y estacional</td><td rowspan="3">Rural-rural</td><td colspan="2">Siglo XVIII</td><td colspan="3">Jornalero</td><td rowspan="2">Valle de Orizaba y Córdoba</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Cultivo, corte y recolección</td><td rowspan="3">Exportación a EUA y Europa</td><td>Tabaco</td></tr>
<tr><td colspan="2">Siglo XIX</td><td>Café</td><td>Tezonapa, Huatusco, Zentla, Zongolica e Ixhuatlán</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Rural-urbana</td><td rowspan="5">Siglo XX</td><td>Caña de azúcar</td><td>Tierra caliente (Tres Valles, Omealca, Paso del Macho, Tezonapa e Ixtaczoquitlán)</td></tr>
<tr><td>70</td><td colspan="3">Oficios</td><td rowspan="3">Grandes ciudades como Puebla, México y Monterrey</td></tr>
<tr><td colspan="3">Carpintería, herrería, balconería y mecánica</td></tr>
<tr><td colspan="3">Albañilería y vendedores ambulantes</td></tr>
<tr><td>80</td><td colspan="3">Agroindustria de exportación a gran escala</td><td>Zona Norte (Sonora, Sinaloa, Chihuahua, Coahuila, B.C., B.C.Sur, Nuevo León, Tamaulipas)</td></tr>
<tr><td colspan="5">Crisis del café/Mercado libre/Retiro de subsidios y créditos en agricultura</td></tr>
<tr><td>90</td><td colspan="3">Trabajadoras domésticas</td><td>Centros urbanos dentro y fuera de la región</td></tr>
<tr><td>Intl.</td><td colspan="2">Siglo XXI</td><td colspan="3">Jornaleros, construcción, restaurantes y fábricas</td><td>NC, SC, Florida, Illinois, Mississippi, NYC</td></tr>
</table>

Nota: Las actividades en el cuadro son acumulativas, no exclusivas del periodo de tiempo en el que se ubican. Es decir, que la fecha y la actividad marcada, es sólo el inicio de una nueva dinámica migratoria y laboral. La única actividad que cesó por completo fue el cultivo del tabaco.
Fuente: Elaboración propia con base en Martínez (2009) y Rodríguez (s.f.)(2015).

La migración interna en la región ha aumentado de forma significativa, de 600 a 1,158 personas, entre 1995 y 2005, lo que equivale a una elevación total del 66 por ciento a nivel regional (INEGI, 2000, 2010). Las ocho entidades predilectas de destino en el 2005, en orden de importancia, fueron la Ciudad de México y Estado de México con el 40 por ciento, seguido de Baja California, Oaxaca, Baja California Sur, Jalisco y Sinaloa (INEGI, 2010). Se puede inferir que las grandes urbes son el principal punto de atracción de mano de obra de la región, en donde se llevan a cabo diversos oficios dentro del sector informal como la construcción,

carpintería, herrería y el comercio ambulante. Al mismo tiempo, se identifica que los estados del noroeste del país continúan siendo polos de atracción de mano de obra agrícola en las diversas empresas de agroindustria exportadora. En el 2005, Vicente Guerrero y Zongolica son los municipios con el mayor grado absoluto de expulsión migrante a otras entidades del país, y Mixtla de Altamirano y Tehuipango fueron los que menos representación tenían en otros estados de la república.

El trabajo jornalero, por su naturaleza cíclica y estacional, ha sido complicado de cuantificar y generar estadísticas a nivel municipal. Los trabajadores se mueven, ya sea a los valles o a otro estado para trabajar en la zafra o la cosecha de distintos cultivos una o dos veces por año, de forma irregular y sin patrones establecidos, lo que impide calcular con exactitud cuántas personas salen y regresan. Se puede suponer que en la última década, aunque no se tienen datos oficiales, ha ocurrido un éxodo masivo de migrantes en la región, ya que Mixtla de Altamirano, que en 2005 tenía el menor porcentaje de expulsión migrante, para el 2016, se reportó que el 70 por ciento de su población masculina se encuentra migrando, ya sea trabajando en la zona norte del país o al sur de Estados Unidos (Inés, 2016).

Por otro lado, la migración internacional ha crecido de forma aún más acelerada a nivel regional. Se calcula que en el año 1995 emigraban a Estados Unidos 1.5 personas de cada diez mil personas de la región, y en el 2005 ese número pasó a ser de 100 personas por cada diez mil (INEGI, 2000 & 2010). De acuerdo con el grado de intensidad migratoria, los tres municipios rurales, Eloxochitlán, Mixtla de Altamirano y Tehuipango, pasaron de 1995 al 2005 de nulo a muy bajo grado de intensidad migratoria; Ajalpan y Zongolica pasaron de muy bajo a un nivel medio y Vicente Guerreo fue el único que dio el salto de muy bajo a alto grado (CONAPO, 2010b). En todos los municipios se observa un aumento de los indicadores sobre migración a Estados Unidos (EUA) que proporciona el CONAPO, sobre todo en el porcentaje de viviendas que reciben remesas y los que tenían algún integrante que emigró a Estados Unidos —ver cuadro 2.4—. En el 2010, aproximadamente el 2.69 por ciento de las viviendas de la región recibían divisas internacionales, de las cuales la mayor parte se concentra en los municipios más urbanos de Puebla, Vicente Guerrero y Ajalpan. Por otro lado, en Mixtla de Altamirano, Eloxochitlán y Tehuipango el porcentaje de viviendas que reciben remesas no llega al uno por ciento, lo que lleva a entender que aún no se ha avanzado en un modelo de desarrollo basado en las remesas y

tampoco se ha llegado a un modelo cultural estable en donde la migración internacional se fundamente como un elemento de desarrollo en el nivel de los hogares.

Cuadro 2.4 Grado absoluto de intensidad migratoria por municipio de la región de Zongolica, 2000 y 2010.

Municipio/año	GAIM	
	2000	2010
Ajalpan	Muy bajo	Medio
Eloxochitlán	Nulo	Muy Bajo
Vicente Guerrero	Muy bajo	Alto
Mixtla de Altamirano	Muy bajo	Muy Bajo
Tehuipango	Nulo	Muy Bajo
Zongolica	Muy bajo	Medio

Fuente: Índice absoluto de intensidad migratoria 2000 y 2010, CONAPO.

Los principales destinos de la población nahua, que decide probar suerte en Estados Unidos, son Carolina del Norte, Florida, Illinois y la ciudad de Nueva York, pasando generalmente por los estados de Arizona y California, en especial la zona metropolitana de Los Ángeles. Las actividades en las que se desempeñan del otro lado de la frontera son trabajos de baja calificación como recolección y cosecha de cultivos, en el sector de construcción, en el restaurantero y como empacadores de fábricas (Martínez, 2009). Debido a que el traslado a Estados Unidos por lo general se hace de forma irregular, durante su tiempo de residencia en el extranjero no cuentan con papeles y esto hace que las contrataciones se hagan con poca o ninguna oportunidad de negociación acerca de las condiciones laborales y salariales. El endurecimiento de las fronteras desde principios del siglo XXI, en especial tras el ataque terrorista en 2001 al *World Trade Center* de Nueva York, ha provocado que se criminalice la migración y se exponga a los migrantes a mayores formas de explotación con "pésimas condiciones laborales: larga jornada, bajo salario, falta de protección física, exposición a elementos de riesgo" (Córdova, s.f., p.228). A pesar del aumento en los ingresos de los migrantes, los riesgos en salud siguen aumentando desde el trayecto, el cruce de la frontera y las condiciones laborales y de vivienda a las que se ven expuestos.

No se cuenta con un registro municipal exacto del ingreso en divisas que llega a la región de estudio. No obstante, se ha documentado que las remesas se destinan principalmente para la manutención de la familia en el lugar de origen, para construir una vivienda, para emprender un negocio o para adquirir alguna propiedad o ganado (Córdova s.f.). Una casa representa un

vínculo sentimental de pertenencia con los que se quedan y muestra una expectativa de retorno. Otros optan por impulsar algún tipo de comercio como de venta de abarrotes, de ropa, de materiales de construcción o artículos para el hogar, así como también talleres mecánicos o renta de computadoras (Rodríguez, 2015). Estas nuevas dinámicas reactivan la economía local, ya que al aumentar el nivel adquisitivo tienen la posibilidad de adquirir mayor cantidad de bienes y servicios, incluida la atención a la salud en servicios del sector privado disponibles en el entorno regional.

Además de los ajustes en los procesos productivos y las formas de consumo de las comunidades expulsoras, existen cambios culturales resultantes de la migración internacional. Martínez (2009) señala que al volver los migrantes, son más adaptables a entornos urbanos y tienen mayor interés en que sus hijos se eduquen. Sin embargo, se ha observado que existe mayor probabilidad de sufrir abandono o fractura familiar, menospreciar las actividades agrícolas, y se introducen nuevas conductas como el uso de drogas y enfermedades de transmisión sexual (Córdova, s.f.). Se debe considerar que si el migrante se olvida de apoyar a su familia, les deja más vulnerables que cuando se fue y mucho más si adquirió deuda para poder pagar su traslado "al otro lado". Las conductas de riesgo, como el uso de sustancias estupefacientes y el no practicar sexo seguro, abren la puerta a nuevas enfermedades que la gente de las comunidades, sobre todo las más remotas, ignoran cómo evitarlas y tratarlas.

2.3 INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE SALUD

2.3.1 Sistema de salud: instituciones y derechohabiencia.

La afiliación o derechohabiencia a alguna institución ha sido un indicador importante para medir el acceso a atención médica que tiene una persona. En esta sección, se aborda de forma breve algunas de las características de los organismos públicos responsables de proveer servicios de salud en México. Se hace énfasis en los mecanismos que el Estado ha implementado con la intención de proveer atención médica a las poblaciones más vulnerables. Sobre todo, se destaca la evolución en la afiliación a los servicios de salud de la población de la región de Zongolica.

La afiliación a los servicios de salud del Estado mexicano se caracteriza por estar determinada por el tipo de empleo más que por la necesidad del ciudadano (Gómez, 2017). Las

dependencias principales por su número de población dependiente son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El IMSS es un organismo del gobierno federal con autonomía que provee atención médica a los tres niveles y seguridad social —seguro de maternidad, por riesgos laborales, invalidez, retiro, guardería— a los trabajadores del sector privado y a sus familias. Tiene una forma de financiamiento tripartita, el gobierno, el empleador y el trabajador. En el 2017 el IMSS proveía de sus servicios a 62 millones de mexicanos. El ISSSTE es un organismo del gobierno que ofrece asistencia médica, hospitalaria, quirúrgica y de rehabilitación a trabajadores del gobierno federal y sus familiares. Este se financia por el empleador que es el gobierno y por el trabajador. Los derechohabientes en el 2017 representaban 12 millones de personas.

Por otro lado, se encuentra la atención médica para población abierta brindada a otro grupo de beneficiarios, conformado principalmente por autoempleados, desempleados o personas del sector informal. Los organismos responsables de ofrecerles atención son la Secretaría de Salud (SSa) y los Servicios Estatales de Salud (SESA), los cuales proveen de servicios médicos básicos en centros de salud y se financian con aportaciones federales, estatales y con las aportaciones de los usuarios. El IMSS-Oportunidades se enfoca hacia las zonas rurales, mayormente provee atención ambulatoria, aunque cuenta con algunos hospitales de segundo nivel con servicio materno infantil. Su única fuente de financiamiento es federal, pero es operado enteramente por el IMSS (Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, 2011).

Ante el alto porcentaje de población desprotegida, se reformó la Ley General de Salud, dando origen al Sistema de Protección Social en Salud, el cual comenzó a operar en 2004 mediante el Seguro Popular (SPS). El Seguro Popular (SPS) cubre 260 intervenciones médicas, entre las cuales se incluyen dieciocho servicios de alto costo como es el cáncer en niños, atención del parto, cáncer de mama y cáncer cervicouterino, entre otros. La afiliación al Seguro Popular (SPS) creció de forma muy acelerada por las familias más pobres de México. En el 2006 alcanzaba a 12.4 millones de personas y para el 2008 a 27 millones, un vertiginoso crecimiento de afiliados de 117.7 por ciento en solamente dos años. Se basaba en un financiamiento triple por parte del gobierno federal, estatal y cuotas individuales que se ajustan a las posibilidades económicas de las familias. Gómez-Dantés *et al*. (2011), argumentan que la

Secretaría de Salud lanzó el SPS para distribuir los recursos públicos de forma más equitativa, incrementando el compromiso de los gobiernos estatales para invertir en salud y financiar infraestructura. Asimismo, el SPS procuraba proteger a las familias carenciadas que son gravemente afectadas cuando recurren a servicios de salud privados por gastos catastróficos y de bolsillo.

Durante las primeras décadas del siglo XXI, la afiliación en la región de Zongolica creció ampliamente vinculada al surgimiento del Seguro Popular —ver cuadro 2.5—. Al principio, cuando todavía no se había reformado la Ley General de Salud, la derechohabiencia promedio de la región era del 5.2 por ciento de la población. De esta derechohabiencia, cerca del 80 por ciento estaba afiliada al servicio público de seguridad social del IMSS[10]. Una vez establecido el Seguro Popular, la población afiliada creció 25 puntos porcentuales durante el primer quinquenio (2000-2005). Durante el siguiente quinquenio (2005-2010), el aumento de la derechohabiencia fue más moderada creciendo cerca de 12 puntos porcentuales. Pero el aumento más notable fue del 2010 al 2015, cuando la población afiliada se duplicó al 88.4 por ciento, de los cuales el 96.9 por ciento estaban suscritos al Seguro Popular.

[10] El IMSS es un organismo del gobierno federal con autonomía que provee atención médica a los tres niveles y seguridad social —seguro de maternidad, por riesgos laborales, invalidez, retiro, guardería— a los trabajadores del sector privado y a sus familias.

Cuadro 2.5 Porcentaje de la población de la región Zongolica según su condición de afiliación a servicios de salud, 2000, 2005, 2010 y 2015

AÑO/ por ciento POBLACIÓN	POBLACIÓN AFILIADA							SIN AFILIAR	NO ESP.
		SECTOR PÚBLICO				PRIVADO	OTRO		
	TOTAL	SEGURIDAD SOCIAL			SEGURO POPULAR				
		IMSS	ISSSTE	PEMEX SEMAR					
2000	5.20	79.00	20.30	0.70	-	-	-	93.10	1.60
2005	30.15	8.88	3.47	0.14	86.69	0.72	0.26	68.63	1.22
2010	41.77	13.86	3.86	0.07	81.48	0.41	0.55	57.37	0.86
2015	88.42	3.28	1.05	0.05	96.90	0.31	0.19	11.34	0.24

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda 2000 y 2010, INEGI y Anuarios estadísticos y geográficos de Puebla y Veracruz 2006 y 2017.

A nivel municipal, la derechohabiencia aumentó de forma desigual durante estas primeras décadas del siglo XXI. En el 2000, Ajalpan, seguido de Zongolica, eran los municipios con mayor porcentaje de población afiliada, y Tehuipango tenía el menor porcentaje —ver cuadro 2.6—. Para 2015, Eloxochitlán, Vicente Guerrero, Mixtla de Altamirano y Tehuipango se colocan a la delantera con más del 90 por ciento de su población afiliada, de los cuales, Tehuipango pasó a ser el primero con el 95 por ciento de su población afiliada a algún servicio de salud. Mientras que Zongolica se colocó como el último lugar con una derechohabiencia del 73.6 por ciento, seguido por Ajalpan que llega al 87.6 por ciento. No obstante, fueron Zongolica —9.4 por ciento— y Ajalpan —6.5 por ciento— los que tuvieron los porcentajes más altos de población con servicios de asistencia social pública —IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEMAR—.

Dos personas de Mixtla de Altamirano comentaron en las entrevistas acerca de cómo sucedían las suscripciones al Seguro Popular en su municipio, lo cual explica un poco el aumento masivo de inscritos. El entrevistado del caso dos dijo lo siguiente: "cuando todavía me daban el programa de Oportunidades, hubo un registro como un censo de quienes no contaban con Seguro Popular y a todos nos apuntaron desde el más pequeñito hasta el más grande. O sea, todos tenemos seguro Popular, si sirva o no, le doy gracias a Dios que hasta el momento no lo he probado." En relación al mismo tema, otra entrevistada del caso 8 comentó: "te afilias a eso

[Seguro Popular], luego venían acá los que mandaban los del gobierno y venían y nos inscribían. Nos daban el papel y nos daban meses, año, se vencía y lo volvíamos a renovar." Se puede decir que los procesos de adscripción al Seguro Popular fueron tan efectivos en la región porque no implicaban ningún esfuerzo para los beneficiarios y se hacían de forma multitudinaria y generalizada por parte de representantes del gobierno.

En cuanto a afiliación al IMSS, Ajalpan tuvo el más alto porcentaje de su población empleada dentro del sector formal y privado, lo cual se puede relacionar con la vocación manufacturera del municipio. En cuanto a la suscripción al ISSSTE, Zongolica destacó por ser el municipio con el más alto porcentaje de personas trabajando para el gobierno federal y/o estatal, lo cual refleja su rol como un polo de concentración de poder político y económico en la región.

Cuadro 2.6 Distribución de la población con acceso a servicios de salud (porcentaje de la población) en municipios de la Región Zongolica, 2010 y 2015

SECTOR	%POB. AFILIADA	2015						
		PÚBLICO						PRIV
		SEGURIDAD SOCIAL			SERVICIOS ESTATALES Y SSA			
INSTITUCIÓN	2000	2015	IMSS	ISSSTE	PEMEX SEMAR	SEGURO POPULAR		
Región	5.2	88.4	3.28	1.05	0.05	96.90		0.31
						IMSS PROSPERA	SSA	
						61.80	34.84	
Ajalpan	14.3	87.6	5.4	1.13	0.05	93.02		1.19
Eloxochitlán	1.5	94.3	0.34	0.25	0.07	99.56		0
Vicente Guerrero	1.6	90.6	2.59	0.29	0.04	99.05		0.14
Mixtla de Alt.	5.2	89.5	6.05	0.12	0	99.05		0
Tehuipango	1.7	95.0	0.11	0.33	0.04	99.32		0.2
Zongolica	7.1	73.6	5.17	4.17	0.07	91.41		0.3

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda 2000, INEGI y Anuarios estadísticos y geográficos de Puebla y Veracruz 2017

Otro elemento que se debe resaltar del cuadro 6, es que el Seguro Popular juega un papel fundamental para inflar los números de derechohabiencia en toda la región, pero sobre todo en

los municipios más marginados y aislados, en donde más del 99 por ciento de la población "con servicios de salud" está afiliada al Seguro Popular. A pesar de que se ha elevado la cantidad de personas afiliadas a servicios de salud, principalmente de los sectores de la población más carenciada por efecto del Seguro Popular, la realidad es que proveer una suscripción a una institución no significa que automáticamente las condiciones de salud han mejorado y que los servicios sean oportunos o de calidad (CONEVAL, 2018). Para que haya un avance se deben considerar otros elementos, como el gasto público, la disponibilidad de personal y centros de atención médica disponibles.

2.3.2 Inversión, infraestructura y recursos humanos para la salud.

El volumen de atención médica pública disponible para la población, se relaciona con diversos elementos, entre ellos se encuentran algunos factores capaces de ser medidos. Por fines prácticos, en este trabajo se crearon indicadores bajo dos criterios: que la información disponible fuera provista por organismos e instituciones oficiales y que los datos se desagregaran hasta el nivel municipal. Se eligieron cinco puntos de referencia para medir el progreso: los recursos monetarios disponibles para la operación de los servicios, representado por la inversión pública; los recursos materiales o de infraestructura como las unidades de consulta externa y las camas disponibles; los recursos humanos que están preparados para atender las necesidades de las unidades médicas; y por último, el rendimientos de los servicios reflejado en la cantidad de consultas externas.

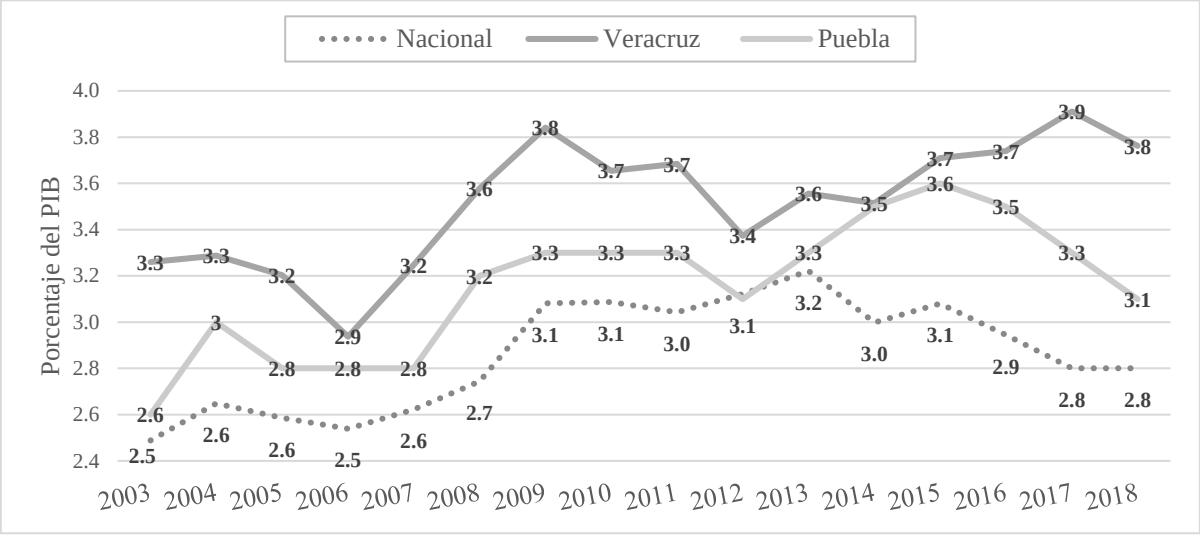
El gasto público en salud es importante porque indica el grado de compromiso del Estado mexicano para hacer efectivo el derecho a la salud. A nivel nacional, en 2017, el gasto total en salud representó el 5.5 por ciento del producto interno bruto de México, del cual el gasto público representó el 2.7 por ciento, este todavía es bajo si se compara con otras economías emergentes como Brasil que invirtió 3.9 por ciento de su PIB en salud pública el mismo año, Rusia el 3 por ciento, China el 2.8 por ciento y Sudáfrica el 3.4 por ciento (Expansión, 2017). El gasto público en México durante el 2017 fue de 622 mil millones de pesos —51.5 por ciento—, del cual 333 mil millones de pesos —53 por ciento— se destinaron para la población con seguridad social, de donde el IMSS ocupó 244 mil millones de pesos —39 por ciento—. El gasto en población no asegurada se ha ido equilibrando con hasta un 48.4 por ciento del gasto público, del que la Secretaría de Salud ocupó el mayor porcentaje —21 por ciento— con un gasto de 132 mil

millones de pesos. El gasto en el sector privado es menor ahora que el gasto público se incrementó, y constó de 586 mil millones de pesos —48.4 por ciento—, del cual el 87 por ciento fue de gastos de bolsillo[11] que significó una cantidad de 512 mil millones de pesos.

En el actual siglo XXI, tiempo en que entró en vigor la reforma de la Ley General de Salud, el gasto público nacional ha tenido una variación máxima de 0.8 puntos porcentuales del PIB. El punto más bajo fue en 2003 con 2.5 por ciento del PIB, y el más alto en el 2013 con 3.2 por ciento del PIB —ver gráfico 2.11—. A nivel estatal, Veracruz se ha mantenido mayormente sobre el 3 por ciento, con un descenso en el 2006 de 2.9 por ciento y su más alta porcentaje fue en el 2017 que llegó al 3.9 por ciento del PIB estatal. En el caso de Puebla, su inversión en salud pública ha sido en menor proporción de su PIB. Su año más bajo fue en 2003 con 2.6 por ciento y el más elevado en 2015 con 3.6 por ciento del PIB estatal (DGIS, s.f.). Dicha inversión del PIB estatal se divide en dos: para la población con seguridad social, que cuenta con servicios como IMSS, ISSSTE, PEMEX, etcétera, y la que no tiene, o es atendida por el Seguro Popular o la Secretaría de Salud.

[11] De acuerdo con FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, los llamados "gastos de bolsillo en salud" se refieren a lo siguiente: "El gasto de bolsillo se define como la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias". De acuerdo con este centro, en 2010 en México los gastos de bolsillo en salud alcanzaron el 47.21 por ciento del gasto total en salud. También se plantea que hasta 2008 los gastos de bolsillo fueron la principal fuente de financiamiento del sistema de salud en México.
http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/accesoeconomico.pdf

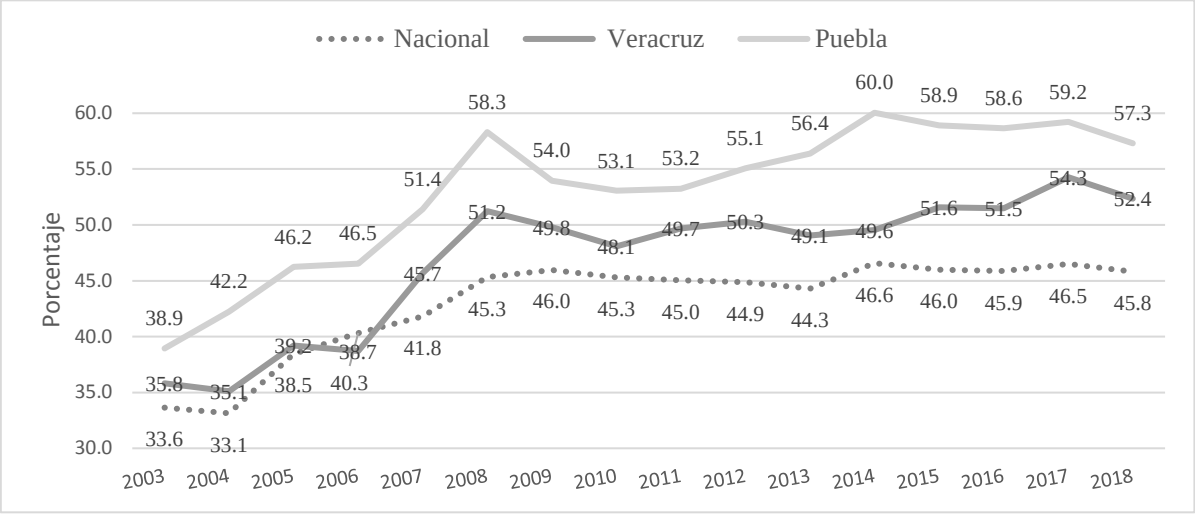
Gráfico 2.11 Gasto público en salud como porcentaje del PIB a nivel nacional y Estados de Puebla y Veracruz, 2003-2018



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información de la Secretaría de Salud, (DGIS, s.f.).

De acuerdo con el Sistema de Información de la Secretaría de Salud, desde el 2003 hasta el 2018 el porcentaje de inversión destinado a la población sin seguridad social ha aumentado progresivamente. En Puebla el gasto promedio fue de 53.1 por ciento y en Veracruz de 47 por ciento —ver gráfico 2.12—. El primer quinquenio —2003-2008—, fue el periodo con el mayor aumento de su PIB destinado a la población sin servicios: Puebla acrecentó su porcentaje cerca de 20 puntos porcentuales y el de Veracruz aumentó en 15.4 por ciento. Durante el siguiente quinquenio —2008-2014—, la inversión pública a este sector de la población se deprimió en ambos estados, para después ver una recuperación estable. A pesar de que durante el periodo 2003-2018 ambos estados han incrementado la proporción de su gasto público en salud dirigido a la población sin seguridad social, en el 2018 el cálculo per cápita indica que el gasto público en la población con seguridad social sigue siendo mayor, 1.7 veces más en Veracruz y 1.8 veces más en Puebla. Esto quiere decir que, aunque hay más recursos para las instituciones que atienden a la población sin seguridad social, al mismo tiempo la afiliación y gasto se han incrementado. Así que, aunque el gasto público en salud ha aumentado significativamente como porcentaje de PIB y en el uso de los que no tienen seguridad, el crecimiento de la demanda, esto es de la derechohabiencia, ha crecido exponencialmente y la distribución per cápita todavía es desigual.

Gráfico 2.12 Gasto público en salud para población sin seguridad a nivel nacional y Estados de Puebla y Veracruz, 2003-2018



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información de la Secretaría de Salud, (DGIS, s.f.).

Una de las formas en las que el gasto público se materializa es a través de infraestructura y personal que proveen servicios de salud. La infraestructura de salud se hace disponible a través de unidades médicas. Estas pueden ser unidades de consulta externa, hospitales y casas de salud. Las unidades médicas de consulta externa son la que establecen el primer contacto con la población y desempeñan tareas preventivas y curativas de la mayor parte de los pacientes. Se conforman por consultorios urbanos o rurales, centros de salud y centros de atención primaria. Las unidades de hospitalización son otro indicador importante, porque representan la posibilidad de internar a los pacientes para recibir atención médica más especializada. Las casas de salud son aquellos inmuebles en las localidades rurales o marginadas de difícil acceso que cuentan con personas oriundas de la comunidad que podrían prestar servicios básicos de salud.

En el siglo XXI, las unidades médicas de consulta externa y de hospitalización se incrementaron a nivel regional en un 37 y 400 por ciento respectivamente. Como se observa en el cuadro 2.7, los municipios urbanos son los que han concentrado la mayor parte de las unidades de atención a la salud. De los municipios urbanos, Ajalpan es el que tuvo la mejoría más notable, al casi duplicar sus unidades de consulta externa y al pasar de cero a dos centros de hospitalización. De los municipios rurales, Eloxochitlán es el municipio que tiene más infraestructura de consulta externa, mientras que Mixtla de Altamirano y Zongolica añadieron sólo una unidad más en 15 años, y Tehuipango se quedó igual. Sin embargo, las casas de salud

coordinadas por la SSa tuvieron un comportamiento diferente. En los municipios de Puebla disminuyó su número más de la mitad, mientras que en los municipios de Veracruz aumentaron.

Cuadro 2.7 Unidades médicas públicas en municipios de la región Zongolica, 2000 y 2015

Municipio	Unidades médicas					
	Consulta externa		Hospital		Casas de salud	
	2000	2015	2000	2015	2000	2015
Ajalpan	10	19	-	2	41	22
Eloxochitlán	3	7	-	-	22	12
Vicente Guerrero	6	8	-	1	23	9
Mixtla de Altamirano	3	4	-	-	7	8
Tehuipango	5	5	-	-	14	20
Zongolica	18	19	1	1	25	31
Total	**45**	**62**	**1**	**4**	**132**	**102**

Fuente: Elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos y geográficos de Puebla y Veracruz 2001 y 2017

Una de las formas en que las instituciones públicas han intentado suplir las necesidades de salud de las poblaciones en localidades más remotas, ha sido a través de las unidas médicas móviles. Estas ofrecen atención ambulatoria de nivel básico enfocada principalmente para controlar y prevenir enfermedades. De acuerdo con la Dirección General de Información en Salud (2020), la región de Zongolica cuenta con trece unidades médicas móviles, cada uno de los municipios de Puebla tiene tres cada uno, Mixtla de Altamirano y Tehuipango tienen dos cada uno, y Zongolica no tiene ninguna.

Otro elemento importante que habla de la capacidad y cobertura de la atención médica en infraestructura, es el número de camas disponibles. En el 2015, México tenía 1.5 camas por cada mil habitantes, mientras que la región de estudio tuvo un promedio de 0.4 camas por mil habitantes. Nuevamente los tres municipios urbanos son los que tuvieron mayor cobertura, destacando Vicente Guerreo con 1.1 camas, seguidos de Ajalpan y Zongolica con 0.6 camas por cada mil habitantes —ver cuadro 2.8—. El hecho de que los hospitales y sus beneficios de internación se concentren únicamente en municipios urbanos, coloca a las personas de los municipios rurales en desventaja ya que "obliga a las personas que habitan en comunidades rurales a desplazarse a los centros urbanos y hacer gastos adicionales de transporte, alojamiento y alimentación en caso de hospitalización de algún dependiente" (CONEVAL, 2018, p.87).

Cuadro 2.8 Camas totales por 1,000 habitantes en municipios de la región Zongolica, 2015

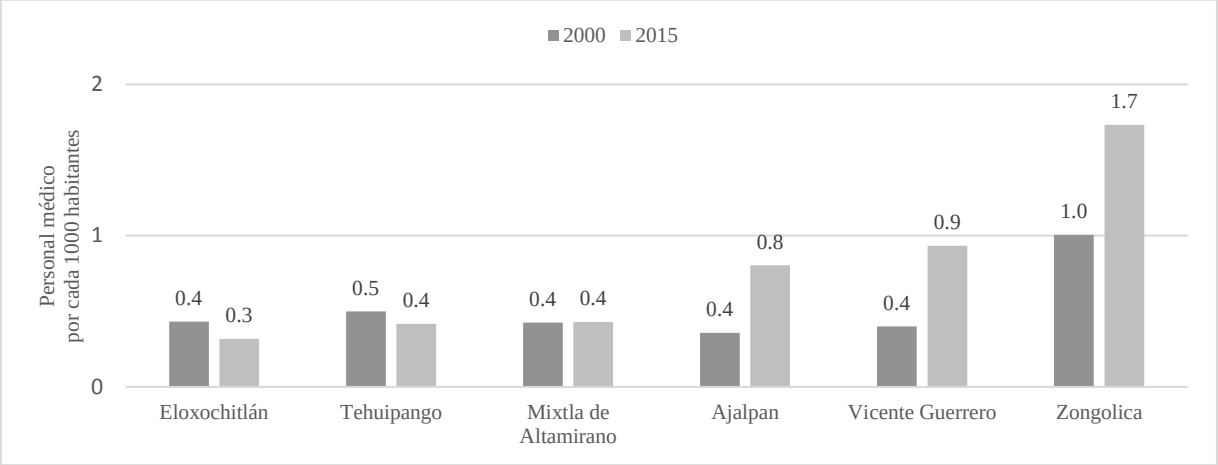
Municipio	Total de camas	Camas totales por 1,000 habitantes
Ajalpan	42	0.6
Eloxochitlán	1	0.1
Vicente Guerrero	26	1.1
Mixtla de Altamirano	-	-
Tehuipango	-	-
Zongolica	25	0.6

Fuente: elaboración propia con datos de Catálogo CLUES, DGIS, 2020

Las instalaciones de salud son necesarias para mejorar las condiciones de salud, pero se deben complementar con personal capacitado que lleve a cabo las labores del servicio médico y de enfermería. Además, este indicador es importante porque se ha observado que entre mayor disponibilidad de personal de enfermería y médico las tasas de mortalidad disminuyen (COENVAL, 2018). En 2015, México contaba con 2.4 médicos por cada mil habitantes, y la región de estudio con un promedio de 0.8 médicos. En el mismo año, otros países en desarrollo como Brasil contaban con 1.9 médicos por mil personas, Rusia tuvo 3.7 médicos, India con 0.7 médicos, China con 1.8 y Sudáfrica con 0.8 médicos (Banco Mundial, 2015).

Como balance general, se puede decir que las condiciones han mejorado modestamente en la región. Los médicos se duplicaron en quince años y en término absolutos la región pasó de tener 0.5 médicos en el 2000 a 0.8 médicos por cada mil habitantes en 2015. Durante el periodo 2000-2015, los municipios urbanos fueron los únicos que elevaron su indicador. Zongolica se destacó como el municipio con el índice más alto de la región, con 1.7 médicos por cada mil habitantes —gráfico 2.13—. Mientras que Eloxochitlán y Mixtla de Altamirano experimentaron una regresión en los recursos humanos de salud con los que contaba la población. Por último, se observa que Tehuipango permaneció en las mismas condiciones. La capacidad de respuesta del sistema de salud todavía es insuficiente en la región, sobre todo en las comunidades rurales en donde el aislamiento geográfico es un obstáculo para el traslado o habitación del personal médico de las instituciones públicas.

Gráfico 2.13 Personal médico de instituciones públicas por cada mil habitantes en municipios de la región Zongolica, 2000 y 2015



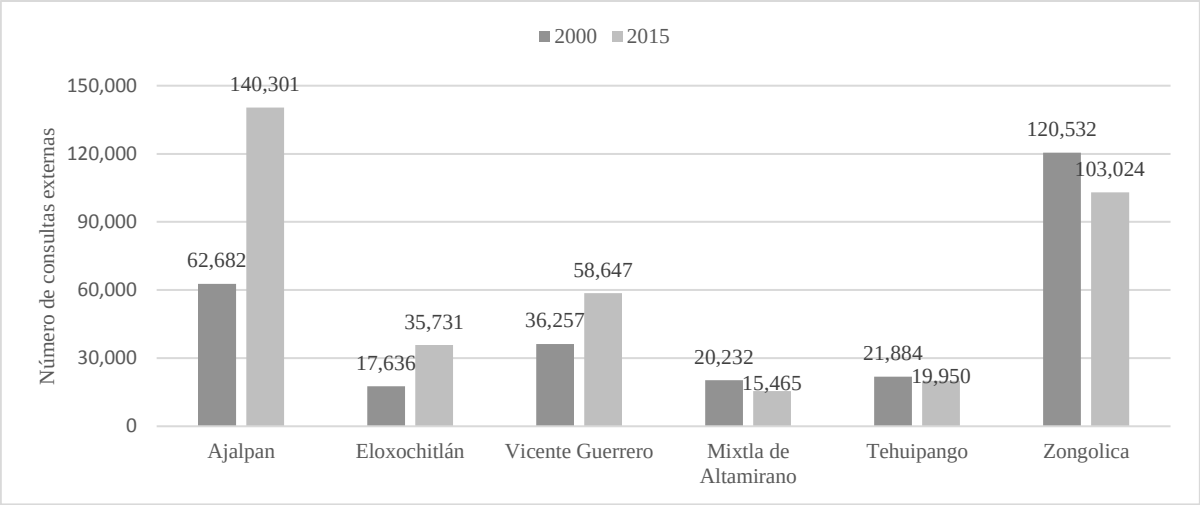
Fuente: Elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos y geográficos de Puebla y Veracruz 2001 y 2017

Es evidente que uno de los grandes desafíos que enfrenta el sistema de salud mexicano es la desigualdad geográfica en la atención médica. Principalmente las comunidades con poblaciones indígenas son las que más carecen de servicios y de oferta integral de salud (Gómez-Dantés, et al., 2011). Las zonas geográficas remotas, con población muy dispersa y en difíciles condiciones de acceso, han sido relegadas en muchos aspectos, y la salud no ha sido la excepción. No sólo padecen por escasos servicios, personal y medicamento, sino también porque la atención que reciben en muchas ocasiones no se ajusta a sus normas culturales y formas de vida. Lo cual termina haciendo irrelevantes los esfuerzos del gobierno por mejorar sus condiciones de salud.

Las consultas externas que proveen los servicios de salud pública son una forma de medir el rendimiento que tiene el personal médico. El aumentar los recursos humanos en las instituciones de salud, no implica directamente que la eficiencia de los servicios mejora, como se observa en el gráfico 2.14. En el 2015, los tres municipios del estado de Puebla mejoraron el número total de sus consultas externas, a pesar de que Eloxochitlán tuvo una reducción en su personal médico. El municipio de Ajalpan se destacó por la duplicación de su personal médico y de consultas en el periodo 2000-2015. Por otro lado, los tres municipios de Veracruz redujeron su número de consultas externas. No es de sorprender el fenómeno de reducción de consulta externas en Mixtla de Altamirano y en Tehuipango, ya que el personal médico no se incrementó en el mismo periodo. Sin embargo, el municipio de Zongolica, a pesar de que tuvo el mayor

aumento en el índice de médicos por cada mil habitantes, disminuyó en el número de consultas externas otorgadas en sus instituciones de salud. Parece que se cumplió lo que Nigenda, Magaña y Ortega (2016) han observado: que la productividad de las consultas es menor cuando la tasa de médicos disponibles aumenta, es decir, los recursos humanos del sector de salud pública dejan de operar con la misma eficiencia (tomado de CONEVAL, 2018).

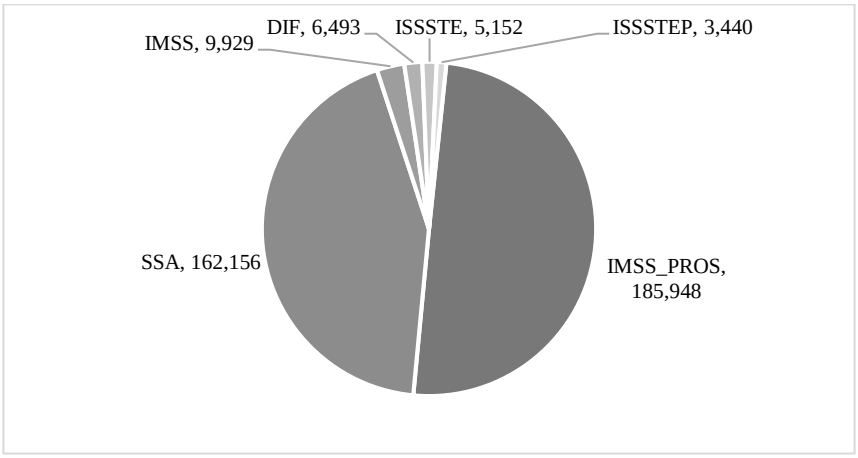
Gráfico 2.14 Consultas externas otorgadas en las instituciones del sector público de salud en municipios de la región Zongolica, 2000 y 2015



Fuente: Elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos y geográficos de Puebla y Veracruz 2001 y 2017

En el 2015 hubo un total de 373,118 consultas médicas en la región de estudio, de las cuales el 80 por ciento se realizaron en los municipios urbanos y 20 por ciento en los municipios rurales. Cerca del 40 por ciento de las consultas externas de las instituciones de salud pública de la región fueron en Ajalpan y sólo el 4.1 por ciento fueron en Mixtla de Altamirano. El 93 por ciento de las consultas de la región en el 2015 fueron otorgadas por instituciones de asistencias social —ver gráfico 2.15—. El 50 por ciento de las consultas fueron concedidas por IMSS-Prospera y el 43 por ciento por los servicios de salud estatales que conforman la Secretaría de Salud. De las instituciones de seguridad social, el IMSS fue el que dio el mayor porcentaje de consultas externas con 2.6 por ciento, seguido del ISSSTE federal y estatal con 2.3 por ciento, por último, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) con 1.7 por ciento de las consultas.

Gráfico 2.15 Instituciones del sector público que otorgaron consultas externas en la región Zongolica, 2015



Fuente: Elaboración propia con datos de Anuarios estadísticos y geográficos de Puebla y Veracruz, 2017

2.3.3 Servicios de salud del sector privado.

A pesar del incremento en los servicios públicos disponibles en la región, hay familias con baja capacidad de pago que acuden a servicios privados, porque no encuentran cobertura efectiva por parte del Estado para sus necesidades de salud, y se ven obligados a hacer uso de sus ingresos limitados. Las inconsistencias en los servicios públicos han hecho que la atención médica privada ampliara su espectro a todos los sectores de la población. Gómez-Dantés *et at*. (2011) señalan que:

> tanto las personas con seguridad social como los pobres del campo y la ciudad que regularmente hacen uso de los servicios de salud del sector de la SSa, los SESA o IMSS-O utilizan también los servicios del sector privado, en particular los servicios ambulatorios. (Gómez-Dantés, 2011, p.224)

Para aproximarnos a los servicios disponibles de atención médica privada en la región de Zongolica, se observa la actividad económica relacionada con el sector de la salud según los Censos Económicos del 2004 y del 2019. En primer lugar, se toman en cuenta el número de farmacias, es decir, los comercios al por menor que ofrecen artículos para el cuidado de la salud, ya que hablan de la accesibilidad que tiene la población para adquirir medicamentos o productos de cuidado personal que las casas de salud o clínicas públicas no tienen. La región cuenta con setenta unidades económicas destinadas a la venta de productos para atender la salud. En el 2004, Zongolica era el único municipio con este tipo de comercios, para el 2019, todos los municipios contaban con al menos uno de estos —ver cuadro 9—. De los municipios urbanos,

Ajalpan es el que tuvo el mayor crecimiento, pasando de cero a 36 establecimientos con productos para el cuidado de la salud. De los municipios rurales, Tehuipango es el que mayor progreso tuvo, al pasar de cero a once tiendas con artículos de salud disponibles. A nivel regional, únicamente Ajalpan y Zongolica cuentan con un consultorio adyacente a la farmacia, los cuales otorgan atención profesional y pueden administrar antibióticos de forma controlada (DGIS, 2020).

Los servicios de atención médica privada incluyen mayormente consultorios médicos, dentales y laboratorios de análisis clínicos y de diagnóstico, y en menor medida se encuentran servicios psicológicos y quiroprácticos. En el 2019, la región contaba con 83 unidades económicas destinadas a servicios de salud —ver cuadro 2.9—. Los municipios urbanos son los que tuvieron el mayor aumento de los servicios de salud del sector privado: en primer lugar, Ajalpan pasó de 25 a 59 unidades económicas entre los años 2004 y 2019; en segundo lugar, Zongolica estuvo cerca de duplicar su actividad económica del sector, pasando de 9 a 17 unidades económicas durante el mismo periodo, y por último Vicente Guerrero pasó de cero a cinco unidades de servicios de salud privada. De los municipios rurales, Tehuipango fue el único municipio que cuenta con un consultorio médico y un laboratorio de muestras (DGIS,2020).

Cuadro 2.9 Unidades económicas del sector comercial y de servicios relacionados a la salud en municipios de la región Zongolica, 2004, 2019

Municipio	Unidades económicas			
	Artículos para el cuidado de la salud		Servicios de salud	
	2004	2019	2004	2019
Ajalpan	-	36	25	59
Eloxochitlán	-	1	-	-
Vicente Guerrero	-	9	-	5
Mixtla de Altamirano	-	2	-	-
Tehuipango	-	11	-	2
Zongolica	9	11	9	17

Fuente: Elaboración propia con datos del Censo Económico 2004 y 2019, INEGI

El sistema de atención médica privada en México ha proliferado y se ha diversificado en gran manera, y la región de estudio no es la excepción. Por una parte, el aumento de los servicios de salud privada en la región es positivo, porque acerca medicamentos, análisis y atención de

urgencia a la población. Sin embargo, por otro lado, al costearse estos gastos con el bolsillo de los pacientes, fomenta la desigualdad, debido a que si el gasto en salud es catastrófico o excesivo expone a las familias a empobrecerse o a perpetuar la pobreza extrema (Gómez-Dantés et al. 2011; Lustig, 2007).

2.3.4 Atención a la salud de jornaleros agroindustriales.

Como se mencionó previamente, la movilidad de la población de la región ha sido una constante por siglos. Esto supone un sector amplio de la población de cada municipio que se expone a condiciones sanitarias diferentes a las de la población que permanece en su municipio de residencia. Durante el siglo XXI, la migración se ha intensificado, las distancias se han hecho mayores, los recorridos más peligros y las condiciones laborales en los lugares de llegada más precarias. El trabajo jornalero sigue siendo la actividad primordial de los migrantes de la región, pero ahora se realiza en regiones más lejanas y con técnicas más sofisticadas. Se abordan algunas de las estrategias que la industria agrícola del norte de México ha implementado para proveer servicios de salud a sus empleados provenientes de las regiones más pobres del país.

De acuerdo con Aranda *et al*. (2013) existen tres estrategias principales que las agro-empresas han adoptado para ofrecer atención médica básica a sus jornaleros. La primera forma es cuando se instala dentro del campo algún tipo de infraestructura, ya sea centro médico o sala de atención primaria que cuenta con personal médico de tiempo completo. La segunda estrategia es cuando personal no capacitado receta medicamentos y tienen un médico que atiende de forma itinerante; pero si salen deben utilizar recursos propios para el transporte y tratamientos, así como perder su jornal. La tercera opción, y más complicada, es cuando toda la atención médica es externa al campo de trabajo, en la cual se recurre a servicios públicos o privados que se tengan a la mano.

La atención médica que reciben los jornaleros migrantes fuera de las limitaciones de los campos va a depender de dos factores primordiales: del lugar donde se ubica el centro médico y del tipo de molestia que se tenga. Cuando ocurre una emergencia, por lo general la empresa provee del transporte para llevarlo a algún tipo de servicio de la Secretaría de Salud. Cuando es una enfermedad más complicada y el poblado más cercano cuenta con la infraestructura, se optan por servicios del IMSS. Pero la realidad es que los servicios públicos de las comunidades aledañas a los campos se caracterizan por tener muchas carencias.

Las instituciones de salud de los poblados rurales cercanos a los campos agroindustriales por lo general tienen personal inestable e instalaciones deficientes. El poco recurso humano que llega a ese tipo de clínicas usualmente es rotativo, los médicos están haciendo su servicio social, no tienen mucha experiencia y no cuentan con preparación transcultural. El personal de salud "refiere dificultades para comunicarse con la población que habla otras lenguas y aluden a costumbres inesperadas que no están preparados" (Aranda, *et al*., 2013, p.163). Además, muchas veces no se cuenta con el equipamiento médico, ni las instalaciones, ni los medicamentos necesarios para ofrecer atención a los jornaleros que llegan.

Cuando los problemas de salud de los jornaleros son de menor escala y los servicios médicos son externos, lo más común es que lo dejan pasar hasta que su condición de salud se complica. Algunas de las razones por las que eligen postergar el cuidado de su salud son las siguientes: los horarios de su trabajo no coinciden con los de la atención en la clínica más cercana, prefieren no perder su ingreso del día, carecen de cultura de la prevención y los servicios son lejanos y el transporte es costoso y escaso (Aranda, *et al*., 2013). El hecho de que el campo se encuentre lejano a la población y a los servicios es un gran obstáculo para que los jornaleros migrantes cuiden su salud.

La atención médica privada para los jornaleros migrantes ha resultado ser una opción viable durante su tiempo de retorno. De acuerdo con la doctora A. Kolln, médico de una clínica privada de la región de Zongolica, ocurre lo siguiente: "…he atendido varios jóvenes varones que trabajan en diferentes trabajos golondrina y cuando vuelven unos meses pasan por la clínica. Los desparasito, se colocan sueros vitaminados, gastritis…" (comunicación personal, del 08 de septiembre del 2020). Las revisiones y tratamientos médicos privados durante el tiempo de descanso, parecen ser la opción preferida de los jornaleros migrantes, porque cuentan con el tiempo y los recursos para poder atenderse si tienen algún malestar menor.

Para mejorar las condiciones de salud de la mano de obra agrícola se deben realizar ajustes dentro de los campos, así como en la oferta de servicios. Por un lado, las condiciones insalubres y de hacinamiento en las que viven los jornaleros en muchos campos deben corregirse. Pero también las empresas agrícolas que no cuenten con atención directa a sus trabajadores dentro de los campos, es recomendable que se coordinen con las clínicas o centros de salud cercanos, así como con medios de transporte locales que les puedan dar el servicio para

facilitar el acceso a la salud (Aranda, *et al*. 2013). Los jornaleros migrantes han sido una población invisible para el sector de la salud por mucho tiempo, pero las empresas agrícolas deben crecer en sus prestaciones sobre todo cuando cada vez más se exigen estándares internacionales de responsabilidad social que demandan condiciones laborales más dignas y justas.

CONCLUSIONES SOBRE LAS INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE ZONGOLICA

De acuerdo a lo analizado de las características geográficas y sociales de la región de estudio, las condiciones de aislamiento geográfico de los municipios se relacionan con mayor porcentaje de localidades rurales y mayor concentración de población indígena. A su vez, dichos municipios cuentan con menos servicios educativos y sanitarios disponibles en sus comunidades y en sus hogares. Lo cual se refleja en su nivel de ingresos económicos, los cuales son insuficientes para satisfacer sus necesidades mínimas de alimentación.

En el siglo XXI ha habido progresos generales en la región, principalmente en el nivel de escolaridad, en los servicios básicos de la vivienda y en el control de natalidad. De forma moderada, se han visto mejorías en los indicadores de mortalidad general e infantil. Tehuipango es el municipio rural que ha experimentado mayor progreso en estos indicadores de salud, mientras que Mixtla de Altamirano ha experimentado regresión en ambos indicadores.

Las enfermedades del sistema digestivo tienen gran recurrencia todavía en la zona, y se colocan en el segundo lugar de causantes de muertes de los seis municipios de la región. Esto quiere decir que las condiciones de saneamiento e higiene, sobre todo la disponibilidad de drenaje y agua entubada son deficientes. Y que tampoco existe una atención oportuna de la salud, ya que son enfermedades tratables que no requieren de tratamientos médicos costosos o complicados la mayoría de las veces.

A pesar de que la inversión en salud del sector público se ha ampliado, tanto en número de afiliados como en infraestructura, en personal y en medicamentos, la realidad es que la calidad y el acceso efectivo a servicios de salud sigue siendo una aspiración. El modelo de atención a la salud en México ha resultado ineficiente para satisfacer las necesidades de la población, en especial de la población empobrecida, por diversos factores internos y externos al sistema de salud.

Algunos de los elementos externos que son obstáculos en la cobertura universal de la salud en México, son parte de las deficiencias del modelo económico neoliberal a nivel general. Uno de los factores externos principales serían las "nuevas" enfermedades costosas de la población por sus nuevos estilos de consumo, unido con la disminución del gasto público que fomenta el modelo. Además, las condiciones de vida de la población se han deteriorado debido al incremento de las desigualdades, las cuales se ven reflejadas en la calidad de los servicios básicos con los que cuenta la población, ya sea vivienda o alimentación.

Por otro lado, algunos elementos internos que han sido un reto para el sistema de salud se relacionan con el modelo de atención médica. Dicho modelo tiene un enfoque curativo, el cual no pretende prevenir las enfermedades y promover la salud entre la población. Más bien busca tratar con las enfermedades más que con las causas profundas de la desigualdad sanitaria. Además, al estar fragmentado el sistema en muchas dependencias, no se coordina de forma efectiva, existe falta de comunicación, de transparencia y de rendición de cuentas (Hernández, 2016), así como otras anomalías burocráticas como son la corrupción, el desvío de recursos y el insuficiente fomento de la investigación (Gómez, 2017). Los esfuerzos federales, a través del Seguro Popular por cubrir los derechos de salud de la población más marginada, incluían servicios básicos únicamente y las enfermedades más complejas y costosas no eran cubiertas. Ocasionando que los más pobres utilicen sus reducidos ingresos para gastos de salud en la atención privada, cuando, de acuerdo con Lustig (2007), un sistema de salud equitativo debería hacer lo posible para evitar que la gente con menos recursos use sus ingresos para la salud. Además, se puso mayor énfasis en afiliar familias, esto es ampliando la demanda de los usuarios y no se igualó con la oferta de servicios para su cobertura.

CAPÍTULO 3. ATENCIÓN A LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE MIXTLA DE ALTAMIRANO, VERACRUZ

INTRODUCCIÓN

Como antes se planteó, en esta parte del trabajo se persiguen dos objetivos. El primero es conocer la percepción de la atención pública a la salud, y el segundo es explorar las estrategias que utiliza la población del municipio de Mixtla de Altamirano para atender su salud. Debido a sus altos índices de marginación y pobreza, que se mostraron en el capítulo 2, se eligió como población objetivo el municipio de Mixtla de Altamirano, el cual forma parte de la región instrumental/funcional que se ha trabajado a lo largo de esta investigación.

En esta etapa del trabajo se utilizaron métodos cualitativos para recolectar la información que da cuenta de las experiencias de los pobladores, haciendo uso de diversas técnicas conversacionales, como la entrevista estructurada y en profundidad. Por razones circunstanciales y prácticas relacionadas con la barrera del idioma náhuatl, siete de dichas entrevistas se realizaron en un contexto grupal/familiar, en las que algún familiar fungía como traductor y participante activo. Otras cuatro de las entrevistas se realizaron de forma individual. Ciertamente, se había planeado realizar el total de las entrevistas en un lugar donde el entrevistado se sintiera en confianza y cómodo. Sin embargo, por motivos de seguridad, dentro del contexto de la pandemia del COVID-19 —enfermedad producida por el virus SARS-COV 2—, únicamente cuatro entrevistas se realizaron en los hogares de los entrevistados y siete de ellas fueron en las instalaciones de la Clínica el Buen Samaritano en Jalapilla, Veracruz.

Las once entrevistas realizadas dan voz a diecinueve personas, once mujeres y ocho hombres, que residen en el municipio de Mixtla de Altamirano. Cinco de las entrevistas representan a la población que vive en la cabecera municipal, tres representan a los que residen en los barrios adjuntos a la cabecera, y otras tres representan las localidades rurales lejanas a la cabecera municipal. La edad promedio de los entrevistados es de 37 años. La participante más joven fue una persona de sexo femenino de 21 años de edad, y la persona mayor fue un individuo de sexo masculino con 85 años de edad. Todos los participantes fueron contactados durante la estancia de tres meses del investigador, denominada *prácticum*, en la clínica el Buen Samaritano en Jalapilla, Veracruz.

Este capítulo se divide en tres secciones. La primera se enfoca en dar a conocer cómo percibe la población de Mixtla de Altamirano la atención de las instituciones públicas en las que regularmente reciben atención médica gratuita. Se presentan la opiniones y experiencias referentes al personal, disponibilidad y calidad de los servicios en los diferentes puntos de contacto, comenzando con el más inmediato que son las clínicas de su localidad, avanzando hasta los hospitales públicos de las ciudades más próximas, como son Zongolica y Río Blanco, ambas en el estado de Veracruz.

La segunda sección del capítulo se enfoca en presentar las estrategias de acción que la población de Mixtla de Altamirano tiene para cubrir sus necesidades médicas. Se muestran cuáles son los servicios médicos alternos a la atención pública a los que acuden, tanto del sector de la medicina moderna como de la medicina tradicional. Por último, en la tercera parte se aborda cómo es que la población de Mixtla con grandes carencias materiales logra suplir dichas necesidades sanitarias haciendo uso de cuatro fuentes de capital sinergético (Boisier, 1999). Es decir, se mencionarán los medios intangibles que consiguen materializar la inversión en atención médica privada. En primer lugar, a través del capital humano, representado por el alto grado de flexibilidad laboral y migratoria; en segundo lugar, por medio del capital social y cultural, manifestado en lazos de confianza y reciprocidad a nivel familiar y comunitario y por las creencias sólidas y la inclinación colectiva hacia la solidaridad; y por último, mediante capital institucional, el cual a nivel de instituciones públicas se muestra en valores y en relaciones de cooperación.

3.1 PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA PÚBLICA EN MIXTLA DE ALTAMIRANO

Los centros de atención médica pública disponibles para la población del municipio de Mixtla de Altamirano —de forma inmediata— son cuatro clínicas de atención primaria y ocho casas de salud. Para obtener servicios médicos más complejos de diagnóstico, internación y de tratamiento deben moverse a las regiones urbanas aledañas. El hospital más cercano se encuentra ubicado a quince kilómetros de distancia, y es el hospital de urgencias de IMSS-Prospera en la cabecera municipal de Zongolica, así también el hospital Regional de Río Blanco es el centro de atención de especialidades más cercano, y se ubica a 57 kilómetros de distancia.

Generalmente estos dos últimos son los recintos a donde los pacientes que buscan atención médica pública son derivados ante mayores complicaciones de salud.

3.1.1 Percepción de las clínicas locales de Mixtla de Altamirano.

Los pobladores entrevistados de Mixtla de Altamirano han tenido experiencias diversas en cada uno de los diferentes niveles de atención médica pública disponible en la región. Por la proximidad, la mayoría de los habitantes ha tenido algún tipo de interacción con la clínica de su localidad. Para la mayor parte de los entrevistados, la clínica que se ubica en su comunidad no es confiable, porque no cuenta con recursos humanos disponibles ni capacitados para un trato transcultural, así como tampoco cuentan con medicinas suficientes o efectivas para sus enfermedades. De acuerdo con una de las entrevistadas del caso 1, la clínica del centro del Mixtla tiene la siguiente forma de operar: "a las siete hay que ir a formarse, porque supuestamente a las ocho llega el doctor y a las ocho empiezan a recoger cartillas, y sólo las cartillas que se recogen son las únicas personas que se atienden. Y las que llegan tarde pues ya no, o se esperan ya hasta que pase el último para ver si es que pasa." Al parecer la atención es general. No piden llevar algún tipo de póliza de seguro, lo único que importa es que se esté a buena hora, mínimo a las siete de la mañana, con la cartilla en la mano para poder ser de los elegidos del día para ser atendido por el doctor que se supone tiene horario de inicio de labores a las ocho de la mañana.

Además de que el personal médico es escaso, resulta que tampoco es constante en su asistencia a la clínica. Por ejemplo, un día entre semana que me presenté aproximadamente al medio día, una entrevistada comentó lo siguiente: "Pero pues ahorita el doctor pues no asiste, ayer que lo fui a buscar no estaba, ahorita fui y no estaba, no nos podemos quedar solamente ahí porque no nos dan nada."

La irregularidad en la asistencia del médico a la clínica al parecer no es algo ocasional, sino que hay periodos de tiempo extensos en los que la clínica no cuenta con médicos. Esto significa que cerca de seis mil personas, dentro de la zona de cobertura, no disponían ni siquiera de un médico cercano para atender sus necesidades básicas de salud, cuando cerca del 90 por ciento de la población se supone que estaba afiliada al Seguro Popular. Una entrevistada afirma lo siguiente referente a la clínica de la cabecera municipal de Mixtla de Altamirano: "No hay

doctor, como ese año no había doctor aquí en la clínica, andaba cerrado. Este año, en enero no había doctor. ¿Entonces dónde vamos a ir? Pues no hay doctor."

El entrevistado del caso 6 también comentó las razones por las que prefiere no ir, ni intentar ir a la clínica de su localidad que según él hacen que le resulte un esfuerzo en vano: "Ahora ¿por qué no ir allá —clínica de la cabecera municipal—? Porque ahí no te atienden. Hay una clínica que atiende a lo mejor a 6 mil personas y si no es el día que te toca o que le toca a tu barrio no te atienden, y de por sí que no hay medicinas, a veces no hay ni doctor, entonces sólo es pérdida de tiempo para nosotros."

Las clínicas públicas locales no se perciben como un lugar confiable para atenderse ante alguna enfermedad. En primer lugar, por la inconsistencia del personal médico como ya se mencionó, y por la poca existencia y la calidad del medicamento en el almacén de la clínica. En seis casos de los entrevistados, se mencionó que en la clínica no hay medicamento de forma recurrente y más tristes aún fueron dos casos de personas que mencionaron que no se les quiso dar el medicamento. Uno de los entrevistados del caso 8, quien es una persona diabética, mencionó que dejó de controlar su enfermedad en su clínica local porque el medicamento que le regalaban no le funcionaba, "…ya nos compramos pastillas, ya mejor. Parece que son más efectivas, porque lo que nos daban en la clínica, pues me tomo al día tres y sigue igual. Y si yo me tomo las pastillas que nos compramos este, pues ya me siento tranquilo, ya no me mareo, ya no me duele la cabeza. Pero lo que nos daban en la clínica pues nada más voy y me dan un tanto y yo sigo igual. Por eso hay veces como que me desesperaba yo. Dice no pues tienes que venir a la consulta, pero a veces voy y yo sigo en lo mismo, entonces mejor me desesperé, mejor le dije a mi esposa: mejor nos compramos las medicinas. Y vamos a checar y así, vamos a comprar las medicinas y ya con eso nos controla un poco."

Las clínicas públicas de atención primaria en las localidades de Mixtla de Altamirano ofrecen apoyo básico a la población. No cuentan con herramientas de diagnóstico, ni análisis de laboratorio, lo cual ocasiona que los diagnósticos de los pacientes no sean atinados y se minimicen las dolencias de los pacientes, que en algunos casos pueden complicarse hasta el punto de la muerte, si no se tratan de forma inmediata. La entrevistada del caso 11, que tuvo que ser operada de emergencia en el sector privado por tener cálculos biliares, comentó lo siguiente respecto al primer contacto que tuvo en su clínica en la localidad de Tlaxcantla: "Vine a mi

clínica y ahí me dijeron que no tienes nada. que no tienes nada, y le dije tengo dolor y siento que no puedo con el dolor. Pues estás bien flaca, no comes.” Un diagnóstico acertado es el primer paso para un buen tratamiento y una posible recuperación. Sin embargo, si los síntomas de los pacientes son ignorados o minimizados la persona queda expuesta a mayor riesgo de su salud.

Lamentablemente los pobladores de Mixtla de Altamirano han percibido que la atención de los médicos de los servicios públicos, tanto en clínicas como en hospitales, todavía está basado en un trato discriminatorio. Una de las entrevistadas del caso 1 expresó que una doctora que hubo en la clínica hace diez años les regañaba y maltrataba porque se molestaba de que la gente no llegara aseada correctamente, sin comprender las carencias sanitarias de la época. Otra de las entrevistadas del caso 3, expresó los siguiente: “No, el doctor no está y si está el doctor te regaña y más aparte te dan receta, pero pues receta tienes que comprar.”

Esta posición discriminatoria de la atención médica en poblaciones indígenas ha sido el común denominador. El problema con este modelo de atención es que descalifica a los pacientes lo que les impide tomar plena responsabilidad y participación en el tratamiento que se les asigna. De igual manera, una mala comunicación hace que los tratamientos sean menos acertados, si no se escucha al paciente, ni le explican como a un par. El entrevistado del caso 6 compartió su experiencia con los médicos de la región: “Pues a pesar de que nosotros pues al conocer nuestro estado de salud por ir a otros médicos, pues ellos pues te ignoran, sí te ignoran, y ellos tienen su punto de vista y nadie los cambia. Nadie los cambia y aún nos han llegado a comentar: no me interesa a que doctor has ido, no me interesa a dónde has ido. Aquí se va a hacer lo que yo quiera, así se han portado los doctores en esta zona. Digo no puedo decir de todos, no puedo generalizar, pero sí de muchos si no es que de la mayoría.”

3.1.2 Percepción de los hospitales públicos de la región: Zongolica y Río Blanco.

Los pobladores de Mixtla de Altamirano perciben que cuando asisten a los centros de atención médica pública generalmente sufren de discriminación y un trato de dominación y sometimiento por parte del personal médico. La mala calidad en la atención la experimentan de diferentes formas, ya sea al ser ignorados, regañados, dejados al final, privados de información vital, abusados en el cobro de los tratamientos o tratados de forma inhumana.

Una de las entrevistadas expresó de forma explícita cómo fue su experiencia durante las muchas semanas de estancia en el Hospital Regional de Río Blanco, mientras cuidaba a su hermana con cáncer cervicouterino. Allí observó que el personal de salud mostraba preferencia hacia los pacientes del entorno urbano. Ella dijo lo siguiente: "Yo he visto que luego nos discriminan, porque pues allá es ciudad, porque los dejan primero y le dicen tú eres abogado, tú eres licenciado, tú acá, pásale primero. Y los del pueblo, pues tu después, espérate. Uno como ve que no se defiende, que no habla, pues ahí lo dejan hasta lo último… Sí, yo a veces sí lo sentía, porque pues digo nos cobraba o nos dejaba hasta lo último. Ahí te vas hasta lo último, o si no, le hablas a la doctora o a la enfermera y ni te hace caso. Y si viene otra persona que es de allí —de la ciudad— luego, luego le pasan o si no luego le hacen caso, le contestan. Pero nosotros de acá —de la Sierra— yo he visto como que no. O luego veía a los abuelitos de Zongolica, los dejaban a lo último. ¿Por qué? yo siento que como somos pobres acá, pues no nos defendemos, por eso nos dejan hasta lo último."

De acuerdo con esta entrevistada del caso 3, las cuatro causas por las que piensa que no reciben un trato digno por parte del personal hospitalario es, en primer lugar, porque no cuentan con estudios profesionales; en segundo lugar, lo relaciona, en dos ocasiones, con el hecho de que ellos no se defienden, esto es, no hablan para expresar su queja o descontento; en tercer lugar, por su lugar de origen, que podría tener tanto una connotación a nivel geográfico como étnico; y, por último, por el hecho de ser pobres y no tener recursos.

El hecho de que los pacientes de los servicios públicos no hablen y no se quejen ante la discriminación o el maltrato se puede relacionar con diferentes factores. Uno de ellos puede ser la barrera del idioma, que al no conocer el español sean incapaces de expresar su descontento. Otro podría ser que si son analfabetas se ven impedidos de levantar oficios o leer los acuerdos que les hacen firmar. Pero otra de las razones, que surgió en una de las entrevistas, es que los ciudadanos no se quejan o no se defienden por temor a perder sus apoyos gubernamentales. Así lo expresó el caso 6: "Ya que toda la gente tiene apoyo del gobierno, antes mucho más dependían de becas del gobierno. Y entonces todo se ventila, se llega a descubrir quién dijo y todo eso del anonimato no es tan anónimo como uno dice. Entonces mucha gente tiene miedo a quejas, o porque reciben de todo, desde así una gota de vacuna, la gente tiene miedo. Entonces a veces no levantamos la voz o los pocos que levantamos la voz a veces no nos hacen caso porque somos

minoría. Entonces sí, sí ha habido abuso, pues en este caso… pues es que los amenaza. Es que si tú hablas te voy a quitar, antes era el *Prospera*, luego el *Progresa* o te voy a poner falta y ya no va a llegar tu apoyo. Pues todo eso, pues prefieren guardarlo que exponerlo para que se tomen medidas." Resulta que los programas federales de transferencia monetaria en ocasiones son usados más allá de una forma de aliviar la pobreza, como una forma de coartar la libertad de expresión de los ciudadanos que sufren la violación de sus derechos fundamentales en las regiones más marginadas.

El hospital de Zongolica, el cual pertenece a los servicios de IMSS-Prospera, es un hospital de atención general que atiende principalmente partos y urgencias. Ante una complicación médica, la población de los municipios de la región, entre ellos Mixtla de Altamirano, recurren de forma gratuita y casi automática por ser el único disponible. No obstante, los entrevistados comentan que por lo general tiene sobrecarga de pacientes, y la atención deja mucho que desear. Una de las entrevistadas del caso 3 comentó lo siguiente del hospital de Zongolica: "Pero allá, además está lejos y además está llenísimo, y ahí no todo lo atienden, más emergencias. Si vas y le dices tienes gripa o tienes tos, te atienden al día siguiente. Pero cómo voy a saber si empiezo con una gripa, pero qué tal si es algo más grave, ¿cómo voy a saber?"

Es comprensible que al ser un solo hospital para toda la región tenga mucha gente y el tiempo de espera sea largo, o la prioridad se le dé a los casos más complicados. No obstante, la población percibe que el desempeño del personal es ineficiente, el abuso es recurrente, la negligencia médica es común y que no hay un interés genuino por ayudar con los recursos disponibles. El entrevistado del caso 2 comentó lo siguiente: "Le pasa algo al campesino no, y ven que es así y dicen ¿qué tiene? Ah, es que esos aparatos no tenemos, esa medicina no tenemos, llévenselo a Río Blanco, así lo solucionan, así sacan el trabajo. Cuando medicamento hay, cuento esto hay, nada más que ellos no lo quieren dar." En este párrafo se da a entender que la atención es selectiva y que al campesino, o sea al más pobre, se le excluye de la atención médica simplemente por falta de disposición e interés y no necesariamente por falta de recursos.

Otro entrevistado expresó su descontento con el trato del personal del hospital de Zongolica, en el que al atender en su mayoría a población rural indígena, se privilegia a personas y se da preferencia a familiares y conocidos, sin considerar la mayor necesidad probable de otros

pacientes. El caso 2 dijo lo siguiente: "A mí me molesta… que cuando es conocido o es familiar, o es pariente lejano, ah no, si llegaste primero tú, pasa mi pariente, tú espérate, te mueres, tú no me interesas. Eso es lo que ellos tienen, a nosotros como ciudadanos, a nosotros como pueblo es lo que a veces nos llega a incomodar." El derecho a la salud debe ser igual para todos, el hecho de no tener algún conocido en el hospital deja a las personas de comunidades lejanas, probablemente más aisladas y más pobres, con menor posibilidad de ser atendidas porque sus redes de contactos probablemente no llegan hasta las regiones urbanas de la Sierra.

Los pobladores de Mixtla de Altamirano perciben que el personal es apático con las necesidades de la población. Por un lado, de forma activa al tratar de forma grosera, descortés, o poco profesional a los pacientes, y, por el otro, hay un maltrato pasivo, cercano a la negligencia médica —entendida como desviación de los estándares de atención aceptados en la comunidad de los profesionales de la salud y que puede afectar gravemente al paciente—, al ignorar los padecimientos de los pacientes y no atenderles a tiempo. Uno de los entrevistados expresó refiriéndose al hospital de Zongolica: "Hay otras personas que han ido y el trato es gravísimo, te maltratan, te pasan a la hora que ellos quieran, a la hora que les plazca, se encierran, platican, toman café, comen, y ya pasaron casos que se han muerto ahí en los baños, por no atenderlos." Algo similar se comentó de los doctores del Hospital Regional de Río Blanco, en el que el personal se aparta de sus responsabilidades y los pacientes consideran que son dejados de lado. La señora del caso 8 lo expresó de la siguiente manera: "Sí así hacen, sí yo sé de ahí del hospital (Regional) hay varios que los dejan ahí botados, que se quede, que llore, que se volteé, que haga lo que quiera, pues ahí los doctores muy chingones ahí están comiendo, ahí con el celular y ni te pelan."

La percepción de la atención del hospital de Zongolica por parte de la población de Mixtla de Altamirano está muy degradada. Hay diversas historias trágicas que reflejan la desconfianza que tienen en los servicios públicos de salud, lo cual obliga a la población a buscar alternativas dentro del sector médico privado y otras formas de medicina tradicional. El entrevistado del caso 2 comenta de una experiencia de primera mano en el hospital de Zongolica: "Bueno, aunque en aquellos tiempos era bonito, ya ahorita los hospitales se modernizaron ya hasta que te estés muriendo a la mejor y te atiendan. Sí es que así pasa, te digo porque después de ahí mi papá fue, tocó, al parecer ya se estaba desmayando, le dijeron que se esperara, se

esperó una hora, se desmayó, mejor se levantó, lo levantaron y lo llevaron a un particular, porque ahí no daban. Incluso a las embarazadas las hacen esperar, ahí lo único que atienden es de que si traer una cortadura de este tanto, ahora sí."

Otro de los entrevistados, el caso 6, compartió acerca de casos cercanos en los que ha escuchado que el hospital de Zongolica ha perjudicado a los pacientes más de lo que les ha podido apoyar en su salud. En primer lugar, contó cuando su esposa perdió a su primer hijo por la mala atención del hospital y cómo en el segundo embarazo por poco les sucede lo mismo porque no querían atenderlos y les aseguraban que estaba bien la madre: "Y ha habido muchos casos, lo último que fue una mala atención por parte de los médicos ahí en el hospital de Zongolica. De hecho, nosotros perdimos un bebé por esta mala atención. El primer bebé lo perdimos por mala atención también ahí en el hospital de ahí de Zongolica. Nuestra segunda hija estaba a punto de perderse...llegó con mucho dolor, el día que nació mi hija, nació con muchísimo dolor y no la quisieron atender y la mandaban a casa. Típico de ese lugar es que te mandan a casa diciéndote que estás bien, sin ni siquiera checarte a veces, sin ni siquiera pues hacer algunos exámenes o estudios qué se yo." Los hospitales rurales, a pesar de que deberían contar con mayor equipamiento, no cuentan con las herramientas para hacer un buen diagnóstico o para proveer del tratamiento necesario y a veces recurren a la salida fácil de decir que no ven ningún problema y aconsejan de forma peligrosamente desatinada.

Además, el mismo entrevistado agregó otros testimonios de personas cercanas a él que han tenido que lidiar con descuidos médicos muy delicados durante su paso por el mismo hospital: "A nosotros nos ha tocado ver muchas situaciones. Ha habido cirugías en donde resulta que los doctores dejan gazas, dejan pinzas, dentro de los pacientes, o sea y es cierto. Conozco a una amiga que perdió su matriz, se andaba muriendo ella también por mala atención, por negligencia. Y así también, en otra ocasión, una de mis vecinas ya estaba por dar a luz a su tercer bebé y la mandaban a casa, ella insistiendo estando en la sala de espera tenía ganas de ir al baño y ahí fue donde nació su bebé, dentro del excusado. Entonces fueron unas enfermeras y le volvieron a meter al bebé y obviamente que el bebé murió días después porque tragó todo el líquido y no sé qué más pasó, fue algo horrible."

Uno de los momentos más emotivos de las entrevistas fue cuando unas hermanas contaron cuando su hermana mayor fue internada varias veces en el hospital Regional sin ser

informadas de lo que pasaba y cobrándoles por los servicios cantidades muy elevadas que superaban sus posibilidades de pago. La familia tuvo la impresión de que sólo querían tenerla internada para seguir cobrando, porque no la derivaban a un hospital para ser operada ni la desahuciaban. Ella expresa: "…y yo le dije a la doctora opérela, opéralos. No mira es como si fuera una manzana y ya estaba adentro todo podrido y afuera está bien. Le digo, no opérelo para que se salve… ya si los doctores yo veo que así como que ya te dejan morir ya no hacen nada porque te cures o por algo. Porque yo siento a mi hermana siempre le hicieron, le dijeron que como en mes y medio la iban a operar, porque yo creo que ya vieron que ya no llegaba." Al final la paciente, en desesperación decidió regresar a casa y tres días después falleció rodeada de su familia y sus dos hijos. Pero es una pena escuchar que la gente percibe que los médicos dejan morir a sus pacientes, y que su preocupación mayor no es salvar vidas sino elevar la cuenta del hospital lo más posible, sobre todo en el hospital Regional de Río Blanco cuando el Seguro Popular no cubría los tratamientos.

Únicamente dos entrevistadas se expresaron positivamente de los hospitales públicos de Zongolica y del Regional de Río Blanco. Ambos casos fueron mujeres de edad media que entraron por vía de emergencias, lo cual generalmente les coloca en la lista prioritaria de atención en hospitales públicos. Una de ellas fue atendida gratuitamente durante su labor de parto en el hospital Regional y cuando su hijo presentó complicaciones respiratorias fue atendido y todo fue totalmente gratis. Y el otro caso fue de una señora que tuvo que ser operada del apéndice en el hospital de Zongolica, entró por urgencias y de igual forma no tuvo que pagar nada.

La percepción que tiene la población en cuanto a la cobertura del Seguro Popular es ambigua. Debido a que la atención de las clínicas locales y el hospital de Zongolica es general, y no te piden afiliación al Seguro Popular, no hay claridad en cuanto a las ventajas de ser beneficiario. Únicamente dos de los entrevistados expresaron que no estaban afiliados al Seguro Popular, y del resto sólo dos habían intentado usarlo en el hospital Regional. Para una de ellas que atendió su parto ahí, la cobertura fue total y para el otro caso, que era un caso de internación por una hemorragia debido a cáncer cérvico uterino, creyeron que les serviría hasta que llegaron con la cuenta del hospital. La entrevistada del caso 3 comentó lo siguiente: "El primer día yo lo llevé a la doctora y le dije que ella tenía una hemorragia y dice sí. Si lo paga, lueguito la pasó,

¿cuánto?, dice $250. Bueno pues $250 lo pago para que pase a consulta y ahí yo la llevaba a consulta, pero luego ya dijeron que se iba a quedar. Le digo a está bien. Y me das dice su credencial y todo, bueno ahí empezó. Luego la iban a dar de alta dice que nos iba a cobrar 25 mil pesos. Y ahí yo dije traigo su Seguro Popular y dice ese no cubre. El Seguro Popular cubre cuando estás embarazada, pero de eso no cubre. Y le digo y ¿de dónde saco el dinero?" La paciente tenía cáncer cérvico uterino, el cual se supone que entra entre los tratamientos de alto costo que cubre el Seguro Popular. Sin embargo, en cada ocasión que la paciente se atendió en el hospital Regional se les cobró la consulta y la internación y al parecer era porque les decían que esos gastos no se cubrían.

La realidad que expresan los habitantes de Mixtla de Altamirano respecto a los servicios de salud en sus clínicas locales y en los hospitales regionales es desalentadora. A nivel municipal, no sólo la atención que se ofrece es de primer nivel únicamente, sino que la calidad y eficiencia del personal, los diagnósticos y los tratamientos es muy baja. Respecto a la atención hospitalaria, la percepción general se degrada aún más debido a la diferencia en el trato que observan entre la gente del entorno urbano y ellos —los que vienen de la Sierra—. Se percibe también que el personal de los hospitales tiene muy bajos niveles de empatía y solidaridad hacia los pacientes al tratarles con poca humanidad y obrar de forma poco profesional, negligente y descuidada.

3.2 ALTERNATIVAS A LA ATENCIÓN PÚBLICA DE LA SALUD EN MIXTLA DE ALTAMIRANO

Esta sección de la investigación se propone responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las estrategias de la población de Mixtla de Altamirano para atender sus necesidades de salud? En un primer momento, se presentan las acciones concretas que llevan a cabo las personas para resolver sus problemas de salud. Esto es, los lugares o personas a las que recurren, tanto dentro como fuera de su comunidad, y dentro de un perfil de medicina alternativa y moderna. De igual forma se consideran las percepciones que tienen de dichos servicios.

3.2.1 Medicina tradicional.

Ante las inconsistencias en la atención médica por parte del sector público, que antes se expusieron, y la desconfianza que ha expresado tener la población de Mixtla de Altamirano en las clínicas y hospitales del sector gubernamental, la población continúa recurriendo a prácticas

tradicionales y a médicos particulares para atender sus problemas de salud. En este primer apartado se pone énfasis en la medicina tradicional como una de las alternativas que aparecen en la ruta del enfermo. En la zona nahua esta alternativa se ha compuesto tradicionalmente por curanderos, yerberos, hueseros y parteras. Para Barrera (2006), hay dos razones principales por las que las poblaciones rurales recurren a la medicina tradicional. Una de ellas es por ser una forma de ejercer resistencia al modelo dominante, y la otra es por no contar con servicios médicos modernos.

Al parecer las personas de Mixtla de Altamirano, al tratar su salud siguen una ruta lógica que se relaciona con su nivel de padecimiento y de recursos disponibles. En un primer momento, ante un malestar ligero, es común recurrir a remedios caseros para intentar aliviar las molestias, la mayor parte de los entrevistados afirmaron utilizarlos. Por lo general se hace uso de tés de yerbas o plantas para calmar síntomas comunes. Algunos entrevistados compartieron su sentir o experiencia respecto al uso de remedios caseros. Una de las entrevistadas del caso 1 comentó lo siguiente: "Pues solamente [usan remedios caseros] para las enfermedades comunes como la tos, el dolor de estómago a veces, es muy poco lo que utilizamos. Sí hay gente que pues sí lo utiliza porque conoce más acerca de las hierbas medicinales, pero como no sabe uno nos evitamos de utilizarlo." El uso de remedios caseros está sujeto al conocimiento que tiene la persona del uso de hierbas medicinales y al parecer no es un saber tan arraigado ni generalizado en la población.

De acuerdo con los entrevistados, el efecto de los remedios caseros fue en ocasiones positivo y en otras nulo. En una ocasión, unas entrevistadas comentaban que los remedios caseros sólo eren efectivos con su papá, aunque aparentemente tuvieran el mismo padecimiento. Ellas decían así: "Mi papá rara vez que se enferma… él nada más así se prepara, come cebolla, lo pica y con eso dice ya se me quitó. Pero nosotras no… mi papá de hecho toma sus plantas y las hierve y listo, así como nuevo." Este diálogo da la idea de que los remedios caseros se perciben como algo útil para generaciones pasadas, con poco valor para los más jóvenes, quienes acuden con mayor prontitud a la farmacia por pastillas o inyecciones. Otras dos personas mayores, con cuadros médicos complejos, expresaron que en un primer momento recurrieron a tés caseros y que al no ver mejoría decidieron ir al médico. Del caso 5, siendo una persona de

85 años se dijo lo siguiente: “Pasó el tiempo y se fue y pues como no se curaba con los remedios caseros que le daban, entonces otra vez regresó y se vino a curar y ya fue cuando fue al doctor.”

En un segundo momento, la población de Mixtla de Altamirano tiende a recurrir a técnicos que utilizan medicinas de yerbas —medicina herbolaria o fitoterapia, cuando no se trata de charlatanería—. Por un lado, se busca a los médicos naturistas cuando las enfermedades son dolencias físicas, y, por el otro, se recurre a curanderos cuando los problemas son más de tipo emocional o psicológico. En el caso de los médicos naturistas, hay unos bastante populares que llegan a Mixtla de Altamirano alrededor de dos veces por semana para ofrecer su servicio de diagnóstico y de tratamiento. Utilizan una máquina que tiene unos cables que el paciente sujeta y que supuestamente les dice su diagnóstico. La consulta cuesta entre trescientos y cuatrocientos pesos y recetan diversos medicamentos a base de plantas que son costosos e ineficaces.

El entrevistado del caso 2 cuenta su experiencia con este tipo de médicos naturistas a quienes les pagó $3,100 por su tratamiento de yerbas, el cual resultó tener efectos adversos en su salud: “Yo por ejemplo, cuando me empezaba a sentir mal, como lo platicaba ayer con la doctora, pues me paro, empiezo a sentir feo y provoca, porque venía soñando feo, venía soñando mal y cuando despierto del sueño ahí, haz de cuenta como que todavía el sueño está presente, en vivo y en persona, o sea en viva voz. Ahí estaba el sueño, o sea es algo inexplicable y es ahí donde empiezo a vomitar, a temblar, empiezo a gritar, empiezo a sudar, empiezo a bostezar o sea de todo. Y una vez que pasa eso, lo que hago es pues lo primero no arrodillarme y pedirle a Dios que me ayude. Pasa, eso pasa, pero ¿qué pasa? desde que cuando me pasó eso, llega el naturista lo que sea y está dando medicinas, me checo y me da un diagnóstico en la computadora y me dice tatata … Pero después de que estaba tomando esa medicina luego sentí que como que no me estaba dando el efecto, al contrario, sentía como que más bien la tensión, la preocupación, la ansiedad, porque ya después fue más constante, todas las noches. En vez de que disminuya fue más constante, entonces me quedé como que hay Dios ¿ahora qué hago?”

Se puede observar que los mismos médicos denominados por los locales como “naturistas” que llegan a Mixtla de Altamirano utilizan esa máquina que inventaron para hacer creer a los pacientes que tienen enfermedades, donde no las hay, para poder así venderles remedios costosos que les aseguran que les darán salud. La entrevistada del caso 3 compartió lo siguiente: “Y ya me dijo el doctor [naturista], tú tienes esto, pero yo digo no tengo eso, yo

siento que no tengo, no me duele ahí donde me dijo. No dice, checa cómo se mueve la maquinita en la computadora, cómprate eso, no me compré nada ese día… Te dicen cómpralo y luego te dicen, te curas porque te curas."

La población del municipio de Mixtla de Altamirano al parecer es víctima constante de embusteros que pasan vendiendo remedios costosos que prometen grandes resultados. El entrevistado del caso 6, quien es originario de otro municipio y que ya tiene trece años viviendo en Mixtla de Altamirano, expresó que el abuso en el tema de la salud es frecuente: "Han llegado muchos estafadores, hay muchos que llegan con un litro de medicamento, que no es más que pirata y le venden en una cantidad fuerte asegurándoles la salud y cuando no…siempre he visto situaciones así en donde llega gente ofreciendo sus productos de medicina, la gente compra y no pasa nada y ellos ya nunca más regresan, pero eso es siempre."

Después agregó que la población es despojada recurrentemente por médicos ambulantes debido a la ignorancia e ingenuidad que prevalecen, quienes tienen la tendencia a no cuestionar las cosas que vienen de afuera. Otra vez el caso 6 comentó: "Pero la gente es muy, pues en este caso también es tímida. Ahora también hay mucha ignorancia, así que la gente en donde sea que lo llamen van y creen. Así tú les lleves un vaso, a lo mejor un frasco disfrazado con agua, les vendes, te la compran porque ellos no saben y ellos creen mucho cuando va una persona de fuera y más si se supone que tiene estudios médicos de lo que sea, entonces ellos creen y eso sí ha afectado y a muchas personas, eso es típico."

La medicina naturista es utilizada por la población aun fuera de Mixtla de Altamirano. Una de las entrevistadas del caso 1 buscó atención, por recomendación, con una doctora naturista en el municipio serrano de Tequila, que queda a 37 kilómetros de distancia. La entrevistada compartió: "…Después vino y dijo vamos con un doctor aquí por Tequila. Dice que es un doctor y que dan bien el medicamento y fuimos. Me pusieron dos inyecciones debajo de mi talón y me pusieron dos en la cintura. Y se me quitó nada más como un mes y me agarró otra vez… me dieron una botella como un jarabe de castaña, creo que de hierbas, no sé. Me dieron eso y no se me quitaba." Al parecer los costos del médico naturista de Tequila no fueron tan altos, la consulta salió en $250 y utilizaron medicamentos alternos tanto inyectables como jarabes. Sin embargo, a pesar de que los resultados inmediatos fueron buenos, el dolor volvió,

ya que no se le dio el diagnóstico ni el tratamiento adecuado, que posteriormente se confirmó que tenía artritis reumatoide.

Otra práctica tradicional vigente en la población enferma de Mixtla de Altamirano es acudir a los curanderos, que efectúan prácticas curativas basándose en métodos naturales o rituales. Barrera (2006) comenta que por lo general los nahuas de la región de Zongolica tienden a acudir a los curanderos cuando padecen trastornos de tipo emocional. En dos ocasiones los entrevistados comentaron haber visitado a un curandero en busca de alivio. Una de las entrevistadas se trasladó a ver a un curandero en Texhuacan, un municipio a diez kilómetros de Mixtla de Altamirano, porque sentía una comezón recurrente, mareo y cansancio. Y otro entrevistado con ataques de ansiedad, insomnio y vómito fue llevado en dos ocasiones, a lo que él mismo denominó como brujería. El caso 2 dijo así: "Yo sentía que me iba, entonces mi papá saca ir a la brujería y en la brujería me decían que no tenía mal nada, solamente era mal aire y que eran mis nervios. Y que me van a dar unas hierbitas y con eso. Mira pasó las hierbitas, fui dos veces y no hubo resultados yo seguía con ese miedo, yo seguía con ese trastorno de que me voy a morir." Desgraciadamente su malestar era de tipo neuronal y causado por su previo problema de alcoholismo, posteriormente fue tratado clínicamente.

La medicina tradicional todavía forma parte importante de las alternativas buscadas por el enfermo en Mixtla de Altamirano por tres razones: 1) es lo conocido y familiar, 2) porque las opciones disponibles cercanas son escasas, 3) porque es la única oferta que se acerca a ellos con soluciones prometedoras. Desgraciadamente la medicina tradicional no ofrece mucha ayuda para las enfermedades complejas o crónicas. Más bien, los médicos naturistas itinerantes muchas veces son charlatanes que han sabido sacar provecho de la ignorancia y credibilidad de la gente, dándoles diagnósticos engañosos y tratamientos costosos de yerbas que prometen mucho y no ayudan a la población a aliviar sus enfermedades. Esto ha impulsado a la población de Mixtla de Altamirano a optar por la medicina moderna del sector privado, la cual generalmente requiere que se movilicen a otros municipios para poder obtenerla.

3.2.2 Medicina moderna.

De acuerdo con Barrera (2006), la población nahua de Zongolica se ha abierto progresivamente a la medicina moderna debido a las nuevas formas de producción y estilos de vida más urbanos de la gente provocados por la migración, el abandono del campo y las

creencias religiosas ligadas al protestantismo. Para contextualizar los hallazgos en esta sección, se debe aclarar que las once entrevistas realizadas fueron a personas que se atendieron en una clínica particular, de las cuales ocho familias obtienenen sus ingresos de trabajos foráneos y las tres restantes son personas que viven en la cabecera municipal de Mixtla de Altamirano que han abandonado el campo y tienen pequeños negocios propios. Además, seis de las entrevistas se realizaron a personas que se identifican con creencias protestantes. El pensamiento protestante tiende a desaprobar las soluciones medicinales místicas a través de curanderos o espiritistas. Por lo que se puede observar que al aumentar el número de adeptos al protestatismo en la comunidad de Mixtla, hay mayor disposición y posibilidades de recurrir a la medicina moderna. Más adelante se menciona cómo los pacientes consideran importante la relación entre el elemento de la fe con la medicina moderna.

3.2.2.1 Farmacias locales.

De acuerdo con lo observado en las entrevistas, la población de Mixtla de Altamirano recurre a la atención médica privada una vez que ha intentado sin éxito con algún tipo de solución dentro de la medicina tradicional. Nuevamente, dependiendo de la complicación de la enfermedad y de los medios económicos, se irán alejando de Mixtla de Altamirano en busca de atención médica. El siguiente paso del recorrido del enfermo es a las farmacias de su localidad o la más cercana que tenga. Después sale en busca de algún médico particular recomendado en la cabecera del municipio de Zongolica o algún otro municipio serrano. Por último, se dirige a los servicios hospitalarios privados que ofrece la zona urbana del valle de Orizaba.

El municipio de Mixtla de Altamirano tiene cerca de doce mil habitantes y cuenta oficialmente con sólo dos farmacias. Las farmacias son la opción más viable cuando la población tiene malestares comunes —gastrointestinales o respiratorios—, ya que sin necesidad de pagar consulta ni transporte pueden aliviar su enfermedad. Un entrevistado del caso 10 comentó lo siguiente: “No pues cualquier enfermedad, no pues que me da diarrea, voy a la farmacia, compro mis pastillas y con eso me la llevo. Para más fácil.” Unas pastillas o inyecciones de la farmacia son la salida más práctica que tiene la población de Mixtla de Altamirano, hasta que los efectos no son suficientes para mitigar el problema. Como lo explicó la entrevistada del caso 1: “Nada más compro las pastillas y tomo, voy en la farmacia, pero ahora sí no me hacen nada. Siempre tenía dolor.”

A pesar de que las farmacias han facilitado a la población tener acceso a medicamentos, que a veces la clínica local no tiene, o les ahorra el tiempo de espera o transporte a una clínica, no todo es positivo. De acuerdo a uno de los habitantes de Mixtla de Altamirano, las farmacias aprovechan la poca competencia y la mucha necesidad de la población para inflar los costos de los medicamentos, y también se aprovechan de la ignorancia de las personas para tal vez venderles productos de más o que no necesitan. El entrevistado del caso 6 comentó lo siguiente respecto a las farmacias locales: "Ahí en el pueblo [Mixtla de Altamirano] sí tenemos farmacias en donde suben los precios. Y como es la única farmacia, bueno ahora ya hay dos, tres. Pues ellos ponen y disponen de lo que quieren, a la hora que quieren y la gente al no saber leer, la gente al no conocer más allá de la realidad, pues es fácil de engañarlos."

3.2.2.2 Consultorios particulares en Zongolica.

El municipio de Mixtla de Altamirano no cuenta con ninguna unidad económica o servicio privado dedicado a la atención de la salud. Es por eso que la población requiere movilizares a otros municipios. Algunos entrevistados mencionaron algunos municipios a donde han acudido por atención médica privada, en alguna ocasión, como son Tehuipango, Tequila y Tehuacán —esta última, la segunda ciudad más importante en el estado de Puebla—. Sin embargo, no es de sorprender que el municipio que tuvo más menciones fue Zongolica. Este último es el municipio semi-urbano más próximo a Mixtla de Altamirano, y cuenta con siete consultorios médicos particulares, cinco consultorios dentales y cuatro laboratorios de análisis clínicos (DENUE, 2020).

Trasladarse a Zongolica, al ser la cabecera regional, no es algo fuera de lo común, ya sea por motivos comerciales, académicos o laborales. En este caso, los motivos médicos también son importantes porque es el único lugar de la región que concentra un buen número de farmacias bien surtidas, consultorios médicos y dentales, así como laboratorios de diagnóstico clínico. El traslado en transporte público puede realizarse en taxis colectivos que cobran veinte pesos el trayecto y hacen unos treinta minutos de viaje. El costo de la consulta general ronda los $250. Al parecer el precio de la atención no es el problema para la población de Mixtla de Altamirano, sino más bien la efectividad de los tratamientos. Una de las entrevistadas del caso 1 percibe lo siguiente de sus visitas médicas a Zongolica: "Si vamos a Zongolica sí nos atienden, pero nos cuesta un poco más o a veces nos dan. El doctor lo que hace es llenarnos de medicina

y ahí está cúrense, cuando en realidad a veces esa medicina no funciona. Entonces nada más a veces salimos pagando algo que no sirve."

Una posible razón del porqué los médicos particulares de Zongolica dan mucha medicina podría ser que ellos mismos la venden y es un negocio redondo. Una de las entrevistadas del caso 3, que acudía al médico en Zongolica, notó que el costo de venta de las medicinas era el que está impreso en la caja, el cual es el precio máximo. Ella comentó: "Eso es lo que ya me di cuenta, porque yo he visto de la cajita que viene el precio ahí, esa cantidad te va a cobrar. Sí porque mi cuñada así me estaba diciendo, ay traje una medicina y a mi cuñada también le dieron esa medicina y me preguntó cuánto te costó, le digo $45, a me dice, en Zongolica me cobraron $120." Al parecer, las farmacias y consultorios particulares en Zongolica han logrado tener un negocio muy lucrativo con la venta de medicamentos. Por algunos comentarios de los entrevistados, las personas de Mixtla de Altamirano calculan que una visita al doctor en Zongolica podría resultar en un gasto de dos mil pesos aproximadamente. Esto quiere decir que si la consulta les sale a $250, entonces están pagando por las medicinas más de $1,700, lo cual es un gasto de bolsillo muy fuerte para personas que en su mayoría se encuentran en condiciones de pobreza.

Por lo visto, la gente de Mixtla de Altamirano tiende a moverse a consulta médica particular en Zongolica cuando tiene algún malestar recurrente que se mantiene dentro de las necesidades de atención primaria. Es decir, cuando los síntomas de una enfermedad o infección no disminuyen y que se piensa que se requiere de antibióticos o medicina controlada. El entrevistado del caso 6 dijo en cuanto a él y su familia: "Sí hemos venido a Zongolica, pero siempre con un doctor particular, y cuando se trata a lo mejor de una temperatura, de tos, de gripa. A lo mejor no tan superficial, pero algo básico, pues allá sí hay atención sólo de eso."

3.2.2.3 Atención médica en el valle de Orizaba.

Tradicionalmente cuando los pobladores de Mixtla de Altamirano, o en general de la Sierra de Zongolica, buscan atención médica especializada tienen que trasladarse a otras ciudades, en un primer plano, lo más cercano y común es el valle de Orizaba. De acuerdo con el grado de complicación a veces tienen que ir a ciudades más grandes como el puerto de Veracruz, Xalapa o la Ciudad de México. En la ciudad de Orizaba hay cuatro hospitales privados de tercer nivel, tres sanatorios y tres clínicas particulares (DENUE, 2020) en los que se ofrecen

servicios de consulta con médicos especialistas, asistencia quirúrgica, internación y estudios de diagnóstico complejos.

El Hospital Covadonga es una institución privada de tercer nivel[12], desde 1975, que se ubica en el centro de la ciudad de Orizaba. Este centro médico ha tenido un crecimiento notable durante el siglo XXI y se ha posicionado como una opción viable para la población de Mixtla de Altamirano y municipios serranos, en especial cuando enfrentan necesidades de atención primaria, secundaria y terciaria. En las entrevistas fue mencionado tres veces en relación a cirugías, una vez en referencia a cuidados prenatales y una vez como centro de estudios de diagnóstico. El entrevistado del caso 6 hizo mención del servicio en el Hospital Covadonga y dijo que le resultaba "no tan caro, pero la verdad es que sí no vimos una buena atención en ese hospital, como que es de entrada por salida. Estás bien y ve. Un estudio o un cuidado minucioso que en otros lugares hacer, por ejemplo, aquí [Clínica el Buen Samaritano] o con otros especialistas que tratan de ser más específicos." A pesar de que el Hospital Covadonga ha ampliado la oferta de sus servicios médicos, y ha mantenido sus precios dentro de un rango aceptable dentro del sector privado, la calidad de la atención y el cuidado del paciente es percibida como deficiente.

Otras de las opciones que la población de Mixtla de Altamirano ha encontrado como opción viable para atender sus problemas de salud ha sido la Clínica privada el Buen Samaritano (EBS). Esta clínica nació como un proyecto de una iglesia protestante de Río Blanco para apoyar a la gente de las comunidades marginadas de la región de Zongolica. Se ubica en Jalapilla, localidad perteneciente al municipio de Rafael Delgado, el cual se localiza en un embudo geográfico entre la zona metropolitana de Orizaba y los municipios de las altas montañas de Veracruz. Tiene ocho años en operación, los primeros cinco fueron de forma itinerante y los últimos tres años se asentó en la avenida principal de Jalapilla. La Clínica el Buen Samaritano aún no está constituida como persona moral y gradualmente ha ido aumentado su nivel de calidad en las instalaciones, equipo médico, atención general y estructura interna. Otro elemento que se debe subrayar de la Clínica el Buen Samaritano es que realiza brigadas médicas dos o tres veces al año en las comunidades más aisladas de la región de Zongolica, en las que ofrece

[12] Servicios médicos de alta especialidad que ofrecen atención con profesionales altamente capacitados, laboratorios y exámenes complejos y equipos de alta calidad.

servicios de atención médica y dental, dispensario de medicinas, y servicio de ultrasonidos por un simbólico pago de treinta pesos.

Las brigadas médicas han tenido un papel crucial en la promoción de los servicios de la clínica EBS y en la construcción de vínculos con la gente de Mixtla de Altamirano. El acercar la atención médica hasta su comunidad crea un precedente de solidaridad, de atención profesional de calidad y de precios asequibles, que les invita a buscar la clínica nuevamente. La clínica EBS reúne elementos de la atención de primer nivel, junto con algunos servicios de diagnóstico un poco más complejos. Se ofrecen servicios de consulta general, ginecológica, y dental, así como análisis clínicos, ultrasonido y electrocardiograma.

De acuerdo con los datos de cien cuestionarios respondidos por pacientes de la clínica EBS, en el mes de marzo de 2020, ya en medio de la pandemia de la Covid-19, las tres razones principales por las que eligen ir ahí son: en primer lugar, por recomendación de algún familiar o amigo, la segunda razón fue por la buena atención, y la tercera fue por los bajos costos. El 75 por ciento de los encuestados opinaron que la clínica tiene precios accesibles, por lo que la población de la región de Zongolica recurre a la clínica EBS por la conveniencia económica en el costo de la consulta, los medicamentos y los estudios médicos, además de que muchas medicinas se donan cuando se tienen a disposición. Una de las entrevistadas del caso 3 comentó lo siguiente respecto al por qué prefiere moverse los 50km en hora y media si se va en auto particular hasta la clínica EBS para ser atendida: "Por eso mejor preferimos ir a Jalapilla, ya nos revisa y luego ¿por qué nos gusta ahí? Pues porque es menos. Si vamos a Zongolica a un particular a fuerza tienes que ir a dejar como $2,000 y allá en Jalapilla no mucho, te cobra unos $600 y ya todo va incluido, el medicamento, la consulta y todo."

Además de la ventaja económica que representa para los pacientes de Mixtla de Altamirano atenderse en la clínica EBS, también deciden regresar por la atención de calidad que perciben por parte del personal. El total de los encuestados dijeron estar satisfechos con la atención que recibieron en su paso por la clínica EBS. El entrevistado del caso 6 opina lo siguiente: "Pues venimos aquí a la clínica porque aparte de que recibimos una excelente atención profesional de calidad, también el costo pues es muy bajo, y entonces esto nos ayuda muchísimo en nuestra economía." Además, en nueve de las once entrevistas se trataba de pacientes que se habían atendido con éxito en la clínica en ocasiones pasadas y que volvían por su control o para

iniciar un tratamiento. Poco a poco se ha difundido de boca en boca que los tratamientos médicos que se dan en la clínica EBS son efectivos, como lo expresó la entrevistada del caso 11: "Un familiar me dijo: vete allá al Buen Samaritano, allá está la clínica, allá sí dan buenos medicamentos."

Otro elemento que dos entrevistados destacaron como algo atractivo de la clínica EBS, fue el apoyo espiritual. Al ser una clínica con valores cristianos, comparten su mensaje a través de música, películas y literatura en la sala de espera. Al mismo tiempo que en ocasiones los médicos hacen oración por los enfermos durante la consulta si estos lo aprueban o lo solicitan. De acuerdo con las encuestas, el 90 por ciento de los pacientes expresaron que sintieron recibir apoyo espiritual durante su paso por la clínica EBS. Para algunos pacientes con apego religioso y fe, mayormente protestantes, este puede ser un factor primordial que les transmite más confianza y esperanza para tratar sus enfermedades, como lo expresa una de las entrevistadas del caso uno: "Sí mi tío me recomendó, allá sí son buenos doctores, te dan una medicina muy buena y sobre todo lo más importante es que allá al atenderte también oran. Entonces ahí pues ahí ya no es que el doctor sea bueno o que la medicina sea buena, siempre y cuando tu tengas que confiar y tener tu fe en Dios para que esa medicina te funcione. Entonces yo dije no pues mejor yo voy a ir para allá. Y como ya mucha gente empezó a ir, pues nosotros escuchábamos, no pues yo fue al Buen Samaritano. De otras comunidades, otros hermanos que viven en otra comunidad que se llama Axoxohuilco, igual tienen sus hijas allá. Ellas nos decían: no pues es una clínica muy buena, mucha gente ha sanado allá e igual porque mi abuela está enferma y llevaba su tratamiento allá. Y fue ahí donde poco a poco fuimos conociendo de la farmacia que está allá, la clínica y así fue como yo dije: ¡pues aquí y aquí voy a sanar, aquí se va a quedar todo, yo aquí me quedo, no me voy a ningún otro lado! ¿Por qué? Porque también nos beneficia mucho económicamente. En otras clínicas una sola consulta no viene saliendo en 300-400 pesos, entonces, más como ahorita que estamos desempleados, pues no nos alcanza. Y fue por eso que optamos por ir allá, y pues ya ahorita mi mamá va allá y pues primeramente Dios va a sanar allá." Se debe resaltar que la comunidad protestante de Mixtla de Altamirano, aunque representa únicamente el 7 por ciento de la población (INEGI, 2010), ha jugado un papel fundamental en la acreditación y difusión de los servicios de la clínica EBS en todo el municipio.

Cuadro 3.1 Tabla comparativa de alternativas médicas en el sector privado para la población de Mixtla de Altamirano, 2020

	Médico naturista	**Farmacia local**	**Consultorio Zongolica**	**Hospital Orizaba**	**Clínica EBS Jalapilla**
Gasto en traslado	$0	$0	$40	$200	$200
Costo consulta	$300-$400	$0	$250-$300	$600-$800	$150-$200
Gasto total con tratamiento	$3,000	Medicinas costosas	$2,000	-	$600-$1,000
Padecimientos	Anímicos	Comunes	Comunes y no urgentes	Graves	Comunes, no urgentes, maternos
	Ansiedad, nervios	Tos, diarrea, fiebre, dolor	Infecciones, dolores fuertes	Urgencias, partos, terapia intensiva	Infecciones, embarazos, enfermedades crónicas
Remedios	Yerbas, tónicos y jarabes	Inyección y pastillas	Antibióticos, pastillas	Cirugías, maternidad, internación, estudios complejos	Antibióticos, diagnósticos básicos
Tipo de atención	Espiritual	Básica	Primer nivel	Tercer nivel	Primer nivel, análisis clínicos y diagnóstico
Percepción de la efectividad del tratamiento	Nula	Alta	Baja	Alta	Alta
Percepción de la atención	Mala	-	Mala	Regular	Buena

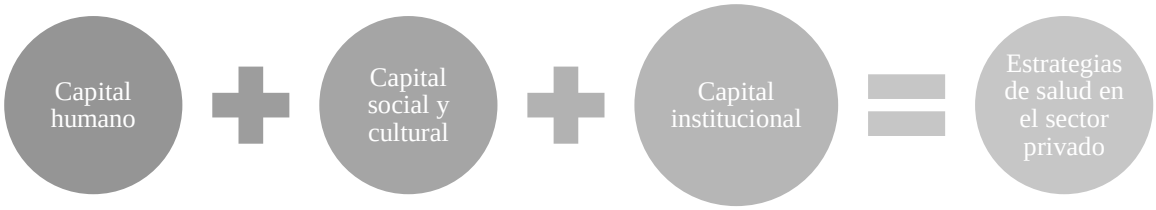
Fuente: Elaboración propia con información proveniente de entrevistados residentes de Mixtla de Altamirano

3.3 CAPITAL SINERGÉTICO COMO BASE DE LA ATENCIÓN MÉDICA PRIVADA EN MIXTLA DE ALTAMIRANO

Las estrategias alternativas a la salud pública en Mixtla de Altamirano, mencionadas anteriormente, con excepción de los remedios caseros, requieren de recursos económicos para solventarse. Ya sea al recurrir a la medicina tradicional, la farmacia o la medicina moderna en cualquier nivel, es necesario que el enfermo haga uso de sus propios recursos para tratar su problema de salud. En un contexto de pobreza extrema multidimensional, como lo es municipio de Mixtla de Altamirano, resulta esencial conocer cuáles elementos se deben conjugar para que la población pueda acceder a la atención médica en el sector privado. En este apartado se exploran las dinámicas económicas, sociales, culturales e institucionales que se suscitan para impulsar y materializar las acciones en favor de la salud de la población de la región de Zongolica y de Mixtla de Altamirano en especial.

Siguiendo en la línea teórica del desarrollo que se planteó en el primer capítulo, como un concepto multidimensional y holístico, que considera tanto medios físicos como inmateriales en la transformación social. En la dimensión material del desarrollo —específicamente en el tema de salud— se resaltaron rasgos de tipo económico y cuantificable, como la infraestructura e instituciones médicas disponibles que permiten que los individuos de Mixtla de Altamirano subsistan biológicamente sanos. Sin embargo, por ahora se pretende abordar las subjetividades que instrumentan el desarrollo asociadas con aspectos de tipo intangible. Estas dimensiones, denominadas por Boisier (1999) como *capital sinergético,* son de carácter cualitativo y tienen la capacidad de impulsar o frenar el desarrollo regional, en este caso relacionado a la salud. De los nueve tipos de capital que conforman el capital sinergético, se toman en cuenta sólo cuatro

Figura 3.1 Elementos que conforman las estrategias para la atención de la salud en el sector privado en Mixtla de Altamirano



Fuente: Elaboración propia

—humano, institucional, social y cultural— que se consideran como las causas que cristalizan las alternativas a la salud de la población de Mixtla de Altamirano.

3.3.1 Capital humano.

El capital humano tradicionalmente se ha entendido como los conocimientos y habilidades que las personas adquieren mediante algún tipo de educación o experiencia profesional o informal, que se traduce en mayor productividad y sentido de realización (Boisier, 1999). El concepto se ha ido ampliando hasta introducir los costos de la migración como parte de la inversión en capital humano, ya que este abre la posibilidad de mejores oportunidades de empleo e ingreso. Se observó que la población de Mixtla de Altamirano, tienen la posibilidad de financiar sus gastos en salud porque cuenta con algún tipo de educación o habilidad y por su disposición a la movilidad laboral.

Dentro del capital humano, la educación se va a considerar como un concepto amplio que encierra tanto la educación formal, como la informal que se aprende por medio de la experiencia. La realidad que se presentó en los datos del capítulo anterior, en cuanto al analfabetismo y deserción escolar, se refleja en los entrevistados. De los diecinueve participantes, seis eran analfabetas, seis cursaron algún grado de la primaria, tres llegaron a la secundaria, dos concluyeron el bachillerato y sólo dos tenían estudios profesionales, de los cuales uno estaba en curso todavía. Debido a que la educación formal o especializada no es el fuerte en el municipio ni la región de Zongolica en general, se hizo mayor énfasis en el aprendizaje que la gente tiene por medio de la práctica, es decir, la capacitación.

Sin embargo, vale la pena destacar los dos casos de estudios profesionales. Uno es de una mujer de 27 años de edad con estudios de Ingeniería en Desarrollo Comunitario realizados en el Instituto Tecnológico Superior de Zongolica, quien ha conseguido en varias ocasiones trabajo al norte del estado de Veracruz en programas de gobierno, donde la contratan por ocho meses y percibe un ingreso de $17,000 mensuales. Con este ingreso económico no sólo apoya con los gastos de salud de su mamá, sino también construye su propia casa y apoya los estudios de su hermana menor en una universidad privada en la ciudad de Puebla.

El otro caso es de un joven de 24 años de edad que estudia Pedagogía los sábados en Orizaba, apoyándose también en un trabajo para el ayuntamiento de Mixtla de Altamirano y da clases de computación en una escuela secundaria. Él expresa cómo su familia le alentó a

continuar sus estudios y a dejar el campo atrás: "Y empecé a trabajar, a meter y a esto y a lo otro. Y ya después llegó el tiempo que papá me dice: oye ¿por qué no sigues estudiando?, es mejor, ya viste lo que es [trabajar de albañil y carpintero]. Luego en la tarde hicimos nuestras reuniones familiares entre los cinco, y decían: mira tal persona estudió ya hasta tiene su título, ya hasta tiene trabajo y es más fácil encontrar trabajo ¿o quieres estar en el campo que te piquen [las hormigas]? No, no, no. Y es como papá, mamá deciden y me meten a la escuela." De igual forma, este mismo joven aprendió a través de amigos y tutoriales a instalar y usar computadoras

En cuanto a capacitación informal, se hallaron dos entrevistados jóvenes que trabajan uno en su taller de carpintería y otro como maestro de computación a nivel secundaria, que aprendieron a dominar sus áreas de trabajo mediante tutoriales por internet. Uno de ellos compartió cómo le llegó la oportunidad de trabajar como maestro, las herramientas que utilizó para capacitarse ante la falta de educación formal y cómo descubrió su vocación: "Llegan unos padres de familia de una secundaria y le dicen [a su jefa], necesito que nos ayudes, que alguien sepa de esto y que las computadoras. Porque en nuestra escuela llegaron unas computadoras y hay que instalar. Esa palabra instalar, dice ve, fui a instalar, fui a conectar y me dice la directora: ¿y no te gustaría que nos ayudaras una hora, dos horas aquí trabajando enseñando computación? Wow no sí me interesa, y me empecé a bajar tutoriales en internet cómo empezar esto y ahí es como me empezó a gustar involucrarme con los niños… Y me empezó a gustar y por eso me llamó la atención la pedagogía, porque digo aquí es de una horita por grupo, pero veo los maestros con su grupo, no tanto a lo mejor en su físico sino la manera en que ellos dan clases, cómo viven los maestros, cómo llegan los maestros con sus carritos, sus motos, bien vestiditos los tipos. Ah no entonces sí me interesa, y como ya me dediqué a enseñarles a los chamacos entonces sí me interesa y por eso fue la decisión que empecé a estudiar pedagogía." Esto es un ejemplo de cómo las tecnologías de la información pudieron acercar conocimientos prácticos y nuevas formas de sustento a poblaciones de un municipio remoto como Mixtla de Altamirano que no cuentan con escuelas técnicas o universidades.

Los emprendimientos familiares son otra forma de aprendizaje que las personas van adquiriendo con la experiencia de vida, que les permite generar ingresos e ir mejorando su calidad de vida. El comercio y la venta de alimentos fueron los principales tipos de negocios familiares. En el área comercial, hubo dos casos de familias que se dedicaban a la venta de pollo

destazado, una familia tenía una papelería y una carpintería que vendía sobre pedido, y seis familias, a la par con otras actividades, criaban animales de traspatio que les servían en algún momento de necesidad. Las familias cuidan de sus animales como otro medio de subsistencia, para contar con un ahorro ante gastos de salud o para la reproducción de la vida al cultivar la tierra y producir alimento para la familia. Los entrevistados del caso 8 comentaron lo siguiente cuando les pregunté para qué les servían los cerdos, chivos y borregos que criaban. La esposa respondió: "Pues esos los vendemos, porque hay veces que no tenemos dinero y hay veces si un hijo o un familiar se empieza a enfermar y no tenemos dinero, lo vendemos y con ese dinero le compramos su medicina." El esposo añadió: "Si no pues con eso trabajamos. Con eso vendemos el chivo, un puerquito de 100 o 120 kilos y ya nos pagan unos 2,000 pesos, 3,000 y ya con ese dinerito empezamos a trabajar la tierra también."

Hay otro ejemplo muy notable de una familia emprendedora de Mixtla de Altamirano que, frustrados por el mucho esfuerzo en el campo y sin ver fruto económico, deciden empezar a vender alimentos. Empezaron vendiendo treinta gelatinas y llegaron a tener dos puestos en el mercado, uno con venta de pollos y otro con venta de comida. El caso 2 compartió su experiencia: "Entonces llega el año 2015, en el cual papá decide pues como que sí está duro el calor, las hormigas. Mamá está ahí en el fogón, oliendo todo el humo, sudando, poniendo las tortillas, vámonos a darles de comer [a los jornaleros que ayudan] porque es hasta el cerro. ¡Imagínese! o sea el tiempo y sobre todo el esfuerzo que hacía mamá, papá. Llega el 2015 y deciden bueno trabajamos y trabajamos, pero no vemos nada, no nos hemos muerto verdad, pero ¿qué dicen mamá y papá?: en el centro hay lugares vacíos en las calles, por donde ahorita venimos. ¿Si ponemos un negocio de chacharitas, dulces, Sabritas? y decide mamá hacerlo. Llegan con la autoridad y dicen que no se puede porque es la vía pública, bueno la ley no. Pero resulta que mi hermano estudiaba en una secundaria, donde casi nosotros vivimos cerca, entonces dice mamá: ¿y si vendo gelatinas en esa escuela, afuerita?, intentamos y de ahí surge todo. Prepara sus treinta gelatinitas y en menos de cinco minutos ya no había. Y dice mi mamá: oye sí se compran, hay que hacer 50 más. Pero ¿qué crees?, ¿qué pasó?, me pidieron dulces, me pidieron Sabritas, me pidieron chicles. Ves con la vecina y que te preste $200 y van a la tienda y compran una bolsa de dulces, una bolsa de chicles y al día siguiente y ahí lo llevan y ahí empezaron el negocio, a vender a vender. Y luego dice, es que los niños quieren comida, quieren tacos, desayuno, porque hay mamás que les traen y hay mamás que no y se aguantan. Pero traen

dinero los chamacos, traen diez pesos, quince pesos, ¿qué hacemos? y empezó a preparar taquitos de frijolito, de papita. Y conforme fue creciendo el mini negocio decidieron meterle taquito de pollo, taquitos de puerco en salsa, empanadas, tacos dorados y hasta que llega mi papá a vender tacos al pastor. Entonces ahí surge el negocio. Y ahí mi mamá dice es que siempre voy a la tienda y tengo que andar buscando carne, tengo que andar buscando esto. Ya se sentía que ya era una empresaria, y dice: ¿y si vendo pollo?, pues es que el vecino de allá era el único que tiene. Lo intentamos, compramos tres pollos, bueno que sean cinco pollos." Pasó el tiempo, y llegaron a vender hasta sesenta pollos los domingos y su mamá pasó de vender golosinas afuera de la secundaria a ser un éxito en la venta de elotes preparados y a ser un éxito en la venta de tacos de guisado en un puesto en el mercado. En este caso se puede observar cómo la habilidad en preparar alimentos se juntó con la oportunidad para crear un nuevo negocio. Aunque este es un caso real de éxito en el negocio familiar, resulta ser algo excepcional en Mixtla de Altamirano, ya que la mayoría de las personas tienen que recurrir a la migración como medio de subsistencia.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la mayoría de los trabajos en Mixtla de Altamirano están relacionados a actividades primarias, especialmente agrícolas. En estas formas de trabajo los salarios son de subsistencia y apenas pueden cubrir las necesidades alimenticias. Un entrevistado del caso 10 expresó apropiadamente esta realidad: "Nos esforzamos para comer, no para otra cosa." Por lo cual, se puede entender que la inversión en educación o en salud son lujos que la mayor parte de la población no se ha podido dar durante generaciones. Ciertamente, esta condición empieza a cambiar gradualmente gracias a las nuevas rutas de movilidad de los trabajadores que permiten mayores ingresos.

Para contextualizar los hallazgos en el tema de migración, como parte del capital humano, se considera necesario describir más detalles de las fuentes de información con las que se cuenta. De las once familias de Mixtla de Altamirano, representadas en las entrevistas, siete de ellas obtienen sus recursos económicos para la salud del trabajo foráneo, otras tres familias de actividades económicas no agrícolas y sólo una de ellas se sostenía puramente del campo. De los siete hogares que se sostienen con trabajos de migrantes, cinco de ellos se dedican también al cultivo de autoconsumo para completar su ingreso. De los siete casos con trabajadores

migrantes, sólo uno es profesional y los seis restantes son jornaleros, de los cuales, tres se alternan con actividades de construcción.

Como se mencionó en el capítulo dos, la movilidad laboral ha sido una constante por generaciones en la región de Zongolica. La intensidad de los flujos migratorios, así como las distancias recorridas en busca de trabajo, han aumentado durante el siglo XXI. El hecho de que Mixtla de Altamirano, y la región en que se encuentra, sea un municipio con una economía dependiente de las actividades agrícolas de subsistencia, y que la mayor parte de la población esté ligada a salarios de $100 por jornada de 8 a 10 horas en el campo, deja a sus habitantes dependientes de la movilidad laboral temporal en busca de mejores oportunidades de ingreso. Los destinos laborales principales de los migrantes son: las regiones calientes de Veracruz para cortar caña; el noroeste del país como jornaleros en los cultivos de exportación; Ciudad de México para construir, vender o hacer cualquier cosa; y hasta los campos y empresas maquiladoras de Estados Unidos y Canadá.

La migración laboral provee de mayores ingresos a la población de la región de Zongolica. El ingreso económico que los migrantes obtienen varía dependiendo de las horas que cubran o del esfuerzo que pongan (cuadro 3.2). El salario semanal de un jornalero en Mixtla de Altamirano es de alrededor de $700, con jornadas de entre 8 a 10 horas. Los ingresos en el corte de caña dependen de la cantidad de caña que se corte. El pago mínimo es de $800 semanales y si cortan más caña se puede elevar hasta $2,600. Los jornaleros que deciden irse a los cultivos modernos de frutas y hortalizas al noroeste del país, ganan semanalmente, si es por jornal, entre $1,000 y $1,600 semanales por jornadas de 9 o 10 horas diarias, pero en días de cosecha pueden ganar individualmente hasta $1,000 por día de acuerdo a las cajas que llenen. Los que se van a Ciudad de México aspiran ganar por lo menos $2,000 semanales, dependiendo de la actividad que realicen, ya sea obra de construcción, venta ambulante o vendedor en alguna tienda. En cuanto a los que se van a Estados Unidos, se estima que llegan a ganar el triple de lo que ganan en los cultivos de exportación en México.

Cuadro 3.2 Tabla comparativa de trabajo local y foráneo en Mixtla de Altamirano, 2020

	Jornalero	**Corte de caña**	**Jornalero en cultivos de exportación**	**Albañilería/ venta ambulante**
Lugar de destino	Mixtla de Altamirano	Tierra caliente de Veracruz	Noroeste del país	CDMX
Salario semanal	$700	$800–$2,600	$1,000–$1600	$2,000 +
Jornada al día	8-10hrs.	9-10hrs.	9-12hrs.	Irregular
Ciclo de trabajo	Abril-Sept.	Nov.-Mayo	Oct.-Marzo	Todo el año
Gastos extras	Agua, semillas, fertilizante	Alimentos	Alimentos	Alimento y hospedaje

Fuente: Elaboración propia con información proveniente de entrevistados residentes de Mixtla de Altamirano

La percepción de la población, en cuanto a las condiciones laborales de Mixtla de Altamirano, es que las fuentes de empleo son muy pocas. Las que hay son mal pagadas y conducen a que la migración sea la única salida si se pretende ganar un poco más, como para cubrir gastos más allá de la subsistencia, como para bienes para el hogar o educación —la cual, aunque es gratuita, requiere gastar en útiles, cuotas y uniformes escolares—. Una de las familias entrevistadas, que tienen dos miembros —los esposos de las hijas— trabajando fuera, uno en la Paz y otro en la Ciudad de México, dijeron: —Hija— "Sí, como aquí no hay empleo ni nada, tiene uno que salir a trabajar y para mantenernos." El padre añadió: "De estar aquí todos los días pues no sale". A lo que la hija respondió: "Pues no se puede, pues ¿qué vamos a comer si todos los días van a trabajar? Acá nada más van a trabajar y les pagan poquito dinero y así nos vamos manteniendo. Pero a fuerza se tiene uno que ir a trabajar para comprarnos algo o para mandar al niño a la escuela. Casi por eso se la pasa trabajando para poder mantenerlos."

El uso del dinero que envían los familiares que trabajan fuera puede variar por familia. Se debe recordar que se calcula que el 70 por ciento de la población masculina de Mixtla de Altamirano se encuentra trabajando fuera de su comunidad (Inés, 2016). Mayormente se usan las remesas para la manutención del hogar, la educación y en algunos casos se hace una reserva para gastos en salud. Una de las entrevistadas del caso 3, que tiene a su esposo viviendo en la Ciudad de México, haciendo trabajos múltiples que le acomoden, comentó: "A veces mi marido me manda dinero y guardo 100 pesos y 50 pesos y digo: esto es para la salud, para cualquier

emergencia, ahí tengo mi ahorro. Para que no me agarren las carreras, porque la enfermedad no te avisa cuando viene." Otro de los entrevistados del caso 8, que trabaja en el corte de caña y que tiene a sus hijos trabajando en campos de uva en Jalisco, comentaba que lo que logran juntar en los meses de contrato se acaba rápido por los altos costos de los productos y por los imprevistos con la salud. Así lo expresó: "Pues se gana poco, por eso no alcanza. No se puede digamos que juntemos un buen dinerito porque ponle tú que lo que ganan y ya regresando aquí pues también las cosas están caras, nos compramos, las cosas están caras, y hay veces también a lo mejor la enfermedad, también se va rápido el dinero."

Los ahorros de los jornaleros temporales en México se intentan "estirar" hasta la próxima temporada de contrato. O si hacen falta recursos antes, está la posibilidad para algunos de ir a la Ciudad de México a buscar alguna obra o a vender algo. En el caso de la migración internacional, hay mayor probabilidad de tener más ahorros e inversión. La persona del caso once de las entrevistas compartió que la tuvieron que operar de emergencia de la vesícula en un hospital privado de Orizaba, y al preguntarle cómo cubrió los gastos del hospital, comentó: "Mi esposo tenía un ahorradito por ahí que antes estaba en el Norte." Su esposo, quien ahora se dedica únicamente al campo, había vuelto de los Estados Unidos un año antes de esa operación y aún contaba con ahorros de su tiempo de trabajo en los campos de cultivo del vecino del norte.

3.3.2 Capital social y cultural.

Otros elementos del capital sinergético son el capital social y cultural, los cuales predisponen a las personas a buscar alternativas para atender su salud en el sector privado. En este apartado, se articulan el capital social y cultural porque se toman en cuenta las prácticas y valores sociales, con tendencia a la solidaridad, como un rasgo común que promueve la salud en la comunidad de Mixtla de Altamirano. Por un lado, el capital social se entiende como la cultura de confianza y reciprocidad que existe en un grupo de actores sociales que a través de vínculos de ayuda les permiten lograr más que lo que haría un solo individuo. Por otro lado, el capital cultural se concibe como el conjunto de creencias, mitos, tradiciones y formas de expresión inmateriales como las artes, que pueden ser proclives a actitudes de cooperación y solidaridad o competencia e individualismo (Boisier, 1999).

Las relaciones de solidaridad se tejen a diferentes niveles. El primero es a nivel familiar. En un contexto como el de Mixtla de Altamirano, donde la población, en especial las personas

de la tercera edad, no cuentan con seguridad social —o sea pensión o seguro médico—, la dependencia de otros miembros de la familia o de la comunidad es vital cuando atraviesan periodos de enfermedad. Los familiares o amigos son de apoyo al enfermo en áreas prácticas, ya sea para pagar los gastos, acompañar en el trayecto, traducir si no habla español o trasladar hasta el lugar de atención médica. De los once casos de las entrevistas, cuatro se trataban de enfermos de la tercera edad que sus hijos se hacían cargo de sus gastos de salud, en tres casos eran pacientes de edad media en que el esposo era el responsable, en tres casos fueron adultos jóvenes menores de treinta años que iban solos, y un caso era un señor de edad avanzada que fue acompañado por miembros de la comunidad que lo habían adoptado.

El sentido de responsabilidad por los padres o por los miembros de la familia es muy fuerte, así que cuando se atraviesa por un problema o una condición de enfermedad los lazos de unidad se muestran en actitudes de cuidado. Esas actitudes se presentan de varias formas: ya sea pagando las consultas, los medicamentos, acompañando al enfermo y hasta controlando que se sigan los tratamientos. Una de las entrevistadas del caso 1, en el que la hija mayor asumía los gastos de salud de su madre, expresó: "Cuando todos estamos bien cada quien por su lado. Yo me voy, ella se va y se quedan ellos, pero cuando nos enteramos que alguien de la familia está enfermo ahí estamos todos, apoyándonos entre todos. Si mi mamá está enferma, por ejemplo ahorita, pues aquí estamos todos, si mi papá está enfermo ahí estamos. Somos una familia unida más que nada, siempre estamos unidos en lo que sea. Yo he visto familias muy diferentes a la de nosotros, que si la mamá está enferma pues ahí que se quede, total yo ya estoy grande. Y es ahí donde los hijos pues como que no toman conciencia de que los papás ya hicieron su parte para nosotros y ahora a nosotros nos toca nuestra parte hacia ellos. Como ellos nos cuidaron, ahora nosotros hay que cuidarlos. He visto muchas familias que son así, pero no, gracias a Dios nosotros aquí sí somos unidos siempre nos apoyamos entre todos." Aquí se muestra que si los vínculos familiares de solidaridad no son fuertes, los enfermos pueden quedar desatendidos, no por falta de recursos o alternativas, sino por apatía de parte de los miembros de la familia del enfermo.

Los momentos difíciles, como la enfermedad o pérdida, muchas veces son momentos donde la unidad se produce. En cuatro de las entrevistas se mencionó que la familia se une cuando atraviesan un tiempo de enfermedad. La unidad al mismo tiempo es un buen estímulo

para la acción. En ocasiones estas acciones a favor de la salud pueden ser llevar al enfermo a algún servicio médico, o recomendárselo, pero otras veces la atención, el afecto y la preocupación mostrada, pueden ser el mejor complemento del tratamiento médico, que le dan ánimo y motivación al enfermo para seguir luchando. El entrevistado del caso 2 comenta los cambios que ven cuando se enferma: "Hay un cambio, pero muy bueno. La unión, mira ¡tienes que echarle ganas!, ¡vamos a salir de esta!, ¡no te preocupes!, ¡ten ánimo!, ¡ten fe sobre todo! ¡Pídele a Dios y verás! que… mi papá, mi mamá, sobre todo mi mamá y así sucesivamente. Hay más unidad, tengo un tío que también dice ¿qué te pasa?, ¡vamos!, mira vamos acá, vamos allá, mira no te preocupes, o háblale a mi amigo. Bueno la unión más que nada. Yo les cuento y la unión, hasta se preocupan y mi mamá me preguntó: ¿ya comiste?, ¿te tomaste tu medicamento?, sí. Tengo tacos, vete para allá porque son de puerco y no te lo puedo dar. Porque yo le pregunté a la doctora lo de la dieta y lo único que he tomado es agua, mi leche, mi café y mi pan pero hasta ahí, ahorita sigo, pero ¿ya tomaste? Y sí. Pero más que nada el afecto."

El capital social se acumula basado en la confianza de que la parte que hoy ayuda será correspondida de la misma forma cuando lo requiera (Boisier, 1999), en relaciones de reciprocidad. Ese componente de responsabilidad mutua se siembra desde el núcleo familiar, se afirma mediante un discurso de la solidaridad, y se materializa en acciones concretas como el aportar parte de su salario para las necesidades de la familia. Una de las entrevistadas del caso 1 expresó claramente el sentido de deber que se tiene entre los miembros de su familia, dijo: "Pero eso sí, cuando, por ejemplo, yo ahorita tengo trabajo, les estoy echando la mano, los estoy apoyando. Así el día de mañana que nosotros estemos sin trabajo y tú tengas trabajo, también tengas esa responsabilidad de mantener a la familia. Entonces quedamos así en ese aspecto, de que mientras uno puede pues que bueno, ahí nos estamos apoyando. Ya el día de mañana, como por ejemplo que estamos sin trabajo, mi hermano ese ahorita que ya encontró trabajo, pero aún no le pagan. Entonces él ya sabe que tiene que aportar también en la casa, entonces mientras uno puede tiene que aportar y ya si no hay pues sabemos que no hay. ¿qué vamos a hacer?" El entrevistado del caso 4 compartió que la dinámica de reciprocidad en su familia es similar: "Sí cuando ellos [sus padres] tienen, pues nos comparten y cuando ellos pues no tienen pues compartimos con ellos lo que tengamos pues."

Algunas familias de Mixtla de Altamirano demuestran su solidaridad al estar dispuestos al sacrificio por el bien de los miembros. El brindar apoyo a un integrante de la familia no siempre implica dar recursos económicos, en ocasiones implica estar dispuesto a renunciar a algo. Por ejemplo, del caso 9, el padre de familia estuvo dispuesto a dejar de salir a trabajar a la Ciudad de México y reducir sus ingresos en un 70 por ciento, para poder pasar más tiempo con su familia. Otro ejemplo es el caso 10, en el que la hija mayor, soltera, que trabajaba como empelada doméstica y niñera en Poza Rica, tuvo que renunciar "a sus niños" e ingreso para poder cuidar de su mamá, que requiere cuidados especiales. Otro gran ejemplo de sacrificio se observó en el caso 4, quien mientras trabajaba en Baja California Sur, tuvo que volver antes de terminar el contrato para hacerse cargo de su hermano menor que tuvo un accidente laboral que lo dejó ciego.

El sentido de reciprocidad no sólo es fuerte en las familias. En la comunidad también se promueve a través de las prácticas de producción. Existe una tradición para labrar la tierra en el municipio de Mixtla de Altamirano que refuerza los lazos de confianza y solidaridad entre los miembros de la comunidad. El entrevistado del caso 2 compartió en qué consiste esa práctica: "Aquí la costumbre está que si tú ayudas, contratas gente para labrar y todo, la misma gente puedes llegar a un acuerdo con ellos. ¿Qué tipo de acuerdo? Yo te ayudo, terminamos nuestra limpia del terreno, me siembras y luego vamos contigo. Lo mismo, te ayudo, tú no me pagas, yo te voy a pagar con trabajo también. Tú me ayudas con trabajo, labramos, yo voy contigo y así. Siempre se han armado equipos de ocho a diez jefes de familia, y de los diez-ocho jefes de familia que se arman, entre todos se tienen que ayudar, no hay dinero de por medio, solamente comida. Y el jefe de familia que más o menos tiene la experiencia, porque ha trabajado mucho tiempo, entonces llega un momento en que les invita a la mejor una cerveza, les invita un refresco, pero hasta ahí…tiene que ser siempre gente de confianza. Y si son vecinos mejor, pero como ya la gente ya se conoce, ya tiene sus grupitos y siempre se cumple. Porque aparte que ya es una tradición, sobre todo la confianza, y de una u otra manera tienen que hacerlo porque tienen que cosechar sus frutos, en este caso el maíz, el frijol…" Este tipo de acuerdos favorece no sólo la economía y subsistencia de la población, sino que a su vez fomenta la cooperación e interdependencia entre los miembros de la comunidad.

Dentro de las familias, también se promueve la solidaridad para realizar las actividades económicas en conjunto. A cada miembro de la familia se le asignan labores acordes a su edad para que pueda contribuir. En las actividades del campo, la esposa es la encargada de preparar los alimentos para los jornaleros. En los emprendimientos familiares, cada miembro asume un rol en conformidad con sus capacidades. Por ejemplo, una de las familias que vendía pollos daba a los hijos menores la responsabilidad de poner a hervir el agua. Otro caso de una familia que vendía elotes preparados cuenta cómo se fueron integrando todos los miembros de la familia: "Mamá decide y papá baja a Zongolica a comprar elote, y el elote surge un éxito. Empezó a meter más chacharitas, sube y así se la llevan. Los elotes diarios. Papá vende nada más domingo. Lunes y viernes ayuda a mamá a pelar los elotes, a ponerlos en la olla, a sacar la olla, a ponerle su mayonesa, su chilito, su quesito. Porque empezó a llegar la gente, empezó a llegar clientela y solita pues como que no, ¡dame un elote, dame un dulce, dame una cháchara!, ya no se puede. Entonces decía ayúdame y ¿qué pasa con los hijos?, bueno me vas ayudar, tú eres el más grande, sabes ir a Zongolica, vas a ir a comprar tú, ya no va a ir papá. Y es como yo me empiezo a integrar, bajo a Zongolica, subo a Zongolica, comprarle sus elotes, traerle su mayonesa, su salsa, sus palos, su bolsa y etcétera. Y mi hermano chico ¿Qué vas a hacer? Sales de la escuela y ayuda a cobrar porque mamá no puede viajar ¿y la niña?, qué va a hacer la niña de 5 años, 6 años, bueno te encargas de ver la tienda y aquí cobras. Si chilla dale un dulce y se contenta la niña, todo feliz."

En Mixtla de Altamirano la solidaridad se expresa tanto en el contexto familiar como comunitario. Gracias a la proximidad de la población en una comunidad pequeña, se puede conocer más cercanamente a los miembros y notar sus carencias. En ocasiones la confianza se puede construir al punto de tomar responsabilidad del cuidado de alguien que ni siquiera es de la familia, como ocurrió con el entrevistado del caso 5. Esta era una persona de 85 años de una localidad remota que fue acogido durante quince años por una familia de comerciantes de la cabecera municipal, quienes lo llevaron a la Clínica EBS por un problema en su próstata. La hija del padre de familia que ampararon a esta persona mayor compartió: "Mi papa después dijo: pues como está solo mejor que se quede acá y que nos ayude acá y se quedó acá. Y ya de ahí lo fueron ayudando con sus papeles y todo lo que le ha hecho falta…es bien amoroso con nosotros siempre, siempre nos respetó, para nosotros era como nuestro abuelo viviendo acá. Siempre nos ha ayudado en todo y siempre ha estado ahí."

Otra de las formas en las que las personas recurren a su capital social para atender su salud, es mediante los préstamos. Al hablar de un préstamo, no se habla de algo formal donde intervengan instituciones financieras o de crédito, más bien se refiere a un mecanismo de apoyo informal, y casi inmediato, en el que una persona solicita dinero a otra persona de su confianza para salir de una emergencia, bajo el supuesto de que ese dinero será devuelto lo antes posible. La población de Mixtla de Altamirano, al no contar con muchas posibilidades o la cultura del ahorro, ni con facilidades de crédito, las redes sociales juegan un papel fundamental para financiar los gastos en salud. En cuatro casos los entrevistados mencionaron que los préstamos de familiares, vecinos o amigos les sacan de apuros cuando pasan por alguna enfermedad.

En el municipio de Mixtla de Altamirano pedir un préstamo de dinero es un recurso frecuente ante alguna emergencia de salud. Cuando las posibilidades gratuitas no están disponibles, ya sea porque no haya médico o esté cerrado, la atención en el sector privado se puede hacer real si pides prestado para el transporte y para los gastos médicos. Una de las entrevistadas, del caso 3, cuenta cómo recurren a su capital social para solventar y hasta compartir los gastos de ir a una clínica particular en otro municipio: "No pues como ya sabemos ahí [en la clínica de su localidad], pues ¿para qué vamos? a veces encuentras al doctor a veces no lo encuentras. Mejor ¿para qué vamos?, mejor pido prestado y me voy, y ya cuando encuentre pues ya lo regreso y ya…Aquí lo que pedimos prestado son como $1,000, $500 para el doctor y $500 para el pasaje, pues así le hacemos y ya. Porque luego cuando hay que ir con mi mamá, hay que ir [en transporte] particular y luego le hacen más daño los autobuses, no puede mi mamá viajar en los autobuses porque le marea y empieza a vomitar. Entonces nos juntamos como cuatro personas que queremos ir a cada quien le tocan $100 o de $150 y así vamos y así menos gasto vamos a hacer."

Dentro de las comunidades pequeñas, los actores sociales confían que sus acciones de apoyo serán correspondidas por sus amistades o parientes. En el caso de pedir un préstamo, por lo general no va a ser denegado ya que se tiene conciencia de que están inmersos en un ciclo de favores. Uno de los entrevistados, del caso 8, dijo lo siguiente cuando se le preguntó de dónde obtenía los préstamos para cuando alguien de su familia enfermaba, él dijo: "[De] amigos, que nos llevamos y pues sí nos ayudan. O a otro que le pasa, también viene y dice ayúdame o préstame. Pues ahí nos la pasamos, los favores." Otro entrevistado, del caso 9, también comentó:

"Sí, pido un préstamo con un amigo o con un primo sí me presta". La vulnerabilidad económica en la que vive la mayoría de la población, y la falta de servicios médicos gratuitos en Mixtla de Altamirano, se unen para enseñar a la población a echar mano de sus relaciones sociales para cooperar en tiempos de dificultad, y los vínculos son tan sólidos que la gente casi tiene la certeza total de que recibirá apoyo de alguno de sus conocidos.

Parte del capital cultural con el que cuenta la población de Mixtla de Altamirano, que más resaltó durante las entrevistas, además de ser proclive a la solidaridad, es el fuerte sentido de gratitud con el que la gente vive a pesar de sus diversas y profundas carencias materiales. Por ejemplo, una de las familias con siete miembros, que atravesaban por un tiempo de gran escasez donde ninguno de los hijos tenía empleo, ni ahorros, dijeron: "Y ahorita gracias a Dios como mi papá trabaja en el campo, pues siembra maíz, siembra frijol, entonces, por ejemplo, ahorita tenemos ahí la mazorca, no nos falta nada y como en todo hogar lo principal que debe haber es la tortilla." Y también contaron como un año antes pasaron por una temporada similar de gran necesidad y dijeron: "Así pasamos esos primeros cuatro meses comiendo con quelites que gracias a Dios pues es lo más saludable, y gracias a Dios que lo tenemos."

Las condiciones de vida de la población en Mixtla de Altamirano han sido duras por décadas y esto les ha permitido desarrollar un alto nivel de resiliencia. Esta les ayuda a soportar formas extremas de necesidad y dolor. El no tener cubiertas comúnmente sus necesidades básicas les hace apreciar más las pocas cosas que poseen, como la vivienda o la salud, como lo expresó una de las entrevistadas del caso 3: "Nosotros pensamos, mientras tenemos un techo pues ya lo que encontremos es bueno. Y lo que más nos interesa es que estemos bien de salud. Bien de comida casi no nos preocupamos. Bueno pues ya comí en la mañana en la tarde no como pues ya al día siguiente así ando." Este comentario resalta el alto nivel de complacencia y de resiliencia de la población. Además, evoca la idea de que la salud es primordial, aún más que la comida, lo cual se puede reflejar en sus acciones prácticas al estar dispuestos a utilizar sus pocos recursos primero en medicina y luego en alimentos.

Otro de los mecanismos que está muy relacionado con la fortaleza de los vínculos sociales y con el tratamiento de la salud ha sido el fuerte sentido de fe de la población de Mixtla de Altamirano. El capital cultural, a través de sus creencias religiosas, se hace evidente en que al tratar su salud emplean elementos médicos complementados con elementos espirituales como

la oración. La comunidad de fe, en este caso de la línea protestante, también juega un papel activo en las relaciones de solidaridad, ya sea dando apoyo espiritual directamente mediante ministros de culto o como promotor de servicios de salud, en especial de la Clínica el Buen Samaritano.

La espiritualidad relacionada con temas de salud no es algo novedoso en Mixtla, ya que muchos de los médicos tradicionales, ya sean chamanes o brujos, tenían un rol espiritual bien marcado en sus formas de tratar los males de los enfermos. El papel de la fe o de elementos espirituales vinculados con la salud han ido cambiado, y en el siglo XXI se vinculan más con la religión protestante. Uno de los entrevistados, con ciertos trastornos emocionales, compartió cómo en su desesperación en busca de salud pasó de ir a un brujo a recibir apoyo de un pastor, y contó con entusiasmo: "Yo sentía que me iba, entonces mi papá saca ir a la brujería y en la brujería me decían que no tenía mal nada, solamente era mal aire y que eran mis nervios. Y que me van a dar unas hierbitas y con eso. Mira, pasó las hierbitas, fui dos veces y no hubo resultados yo seguía con ese miedo, yo seguía con ese trastorno de que me voy a morir. Y ahí es donde mi mamá decide llamar a los hermanos y que ellos escuchaban, que oren por ti, que pidan por ti y que Dios. Y ahí es donde me presentan a Dios, y ahí es donde tuve la oportunidad y no bastó con dos oraciones. Hoy una oración me dormí tranquilo fue lunes, jueves viene el pastor de la iglesia ora, platica, me anima, platicamos, reímos y se fue la ansiedad y se fue el temor, se fue todo y ahí es donde empecé a conocer a Dios." En este caso, no hubo intervención de la medicina moderna, sino que se puede denominar más como una intervención sobrenatural. Sin embargo, en la mayoría de los casos la gente recurre a la medicina moderna de la mano de algún tipo de recurso espiritual.

En cuatro de las entrevistas hubo personas que comentaron que al buscar ayuda en salud lo primero que hacen es encomendarse a Dios, pero en todos los casos afirmaban que el siguiente paso era tomar su medicina. El entrevistado del caso 8 lo ejemplifica de la siguiente manera: "Primero pues nos encomendamos a Dios. Nos encomendamos a Dios y pues si hay medicamento pues nos seguimos tomando tres veces al día" En otro de los casos, una entrevistada compartió una experiencia pasada en la que frente a sus problemas de tipo psicológico decidieron recurrir a tratamientos médicos y a la oración en busca de salud. Ella contó cómo fue su problema y su solución: "Más antes, como diez años, tenía una enfermedad

de nervios, ya no podía yo hacer nada. Aquí en mi casa ya no lo sentía como que fuera mi casa, estaba yo pensando en el camino, ya no tenía yo espíritu, como que ahora sí mi espíritu como que ya no sentía yo nada, no dormía ya en la noche, estaba parada afuera. Ya no me acordaba nada de mis hijos. Pues sentía yo mal. Pero después, pues fui con un doctor y con oración y con eso se me quitó."

La popularidad de la Clínica el Buen Samaritano entre la población de Mixtla se debe a varios factores. Como ya se mencionó anteriormente, la gente recurre a atenderse porque se enteran de boca en boca que dan medicina efectiva a bajo costo y con una buena atención. Otras personas —principalmente miembros de iglesias protestantes—, se animan más a ir a la clínica al saber su trasfondo protestante, mientras que para otros esto resulta una barrera. Pero se debe resaltar que hay personas claves que son empáticas y solidarias, sobre todo de la comunidad protestante, que se animan no sólo a recomendar sino a acompañar a sus conocidos hasta la Clínica EBS para tratar su salud. Una de las familias entrevistadas, que se ha vuelto paciente frecuente de la Clínica EBS, porque dos de sus miembros han sido tratados exitosamente, una con quistes ováricos y otra con tos crónica, comentaron cómo fue que llegaron a la clínica: "No sabíamos si estaba la doctora, hasta después que nos comentó doña Roberta, no que ahí en Jalapilla hay una doctora muy buena…Ella nos recomendó y hasta nos llevó. Sí es cierto dice, están enfermos ¡vamos! Dice: yo los llevo." La señora Roberta es una persona conocida y respetada en Mixtla, que según la doctora de la Clínica EBS, ha hecho una labor excelente en difundir entre la población los servicios que ofrece la clínica.

A pesar de los rasgos positivos y solidarios que se encontraron en la comunidad de Mixtla de Altamirano, que impulsan la salud, también hubo algunas menciones de divisiones y conflictos de interés intrafamiliares que resultaron ser un obstáculo para el enfermo en busca de salud en el sector privado. En ocasiones las discrepancias provinieron por hijos desobligados de sus padres, desacuerdos en el momento de repartir los gastos, y hasta familiares tratando de sacar provecho del enfermo. Ninguna sociedad, ni familia está exenta de tener diferencias, pero en todos los casos, el compromiso de cuidar al enfermo fue mayor, y se encontraron los medios para apoyarle médicamente, aunque implicara altos costos o sacrificios para la familia.

3.3.3 Capital institucional.

En esta sección se busca conocer el papel de las instituciones públicas de Mixtla de Altamirano como facilitadoras del uso de servicios privados de salud. En esta investigación el capital institucional se entiende como la capacidad de las estructuras públicas o privadas de actuar y decidir de forma ágil, flexible, inteligente y maleable, y como el grado de interdependencia organizacional en términos de cooperación o conflicto (Boisier, 1999). Las instituciones públicas de Mixtla de Altamirano tienen un papel significativo en el impulso de la atención médica privada de sus pobladores. Sobre todo, a nivel gubernamental, se han tomado acciones prácticas que facilitan a la población el confiar y recurrir a instancias de atención médica privada en otros municipios.

Desde finales de la década de los ochenta, un porcentaje considerable de la población de Mixtla de Altamirano se ha visto beneficiada por la transferencia monetaria de los programas federales de combate contra la pobreza extrema. Por ende, la mayor parte de la gente de Mixtla de Altamirano está acostumbrada a pedir y recibir apoyo por parte del gobierno. Solicitar ayuda en el tema de la salud no ha sido la excepción, y aunque las formas de auxiliar a la población hayan cambiado, esto no significa que las relaciones de poder, de tipo paternalista, partidista y clientelar, hayan desaparecido. En este apartado no se busca entender la forma de ejercer el poder político en Mixtla de Altamirano, sino cómo las instituciones políticas fungen como un medio para que la gente pueda acceder a la atención médica privada.

El ayuntamiento de Mixtla de Altamirano cuenta con una camioneta, un auto y una ambulancia para que la población puede hacer uso de ellos. Generalmente los pobladores solicitan los vehículos para trasladarse a otros municipios de la región para realizar trámites o visitas médicas. Esto permite a la población ahorrar los costos del traslado, ya que si les autorizan el transporte, esto incluye la unidad, el chofer y el combustible. Para que valga la pena la inversión en el viaje, el municipio requiere que la población se organice con otros que necesiten ir al mismo destino o que les quede de paso. Una de las entrevistadas del caso 1 comparte cómo funciona el préstamo de la camioneta del municipio: “Pues le repito, la gente de aquí es de muy escasos recursos, entonces para trasladarse a Zongolica u Orizaba pues no les alcanza. Entonces lo que hacen es ir al ayuntamiento, hablar con el presidente o la presidenta para que les preste una unidad, y ya el presidente les dice: saben qué, les voy a prestar pero si

son muchos, porque si sólo es una personas a mí no me conviene llevármelo por la gasolina. Entonces pues se ponen de acuerdo y pues ya los llevan en una camioneta."

Al ser un servicio gubernamental —disponer de los vehículos del ayuntamiento—, esto supone un debido orden y proceso institucional. Por lo general, para que se autorice el préstamo de una unidad de transporte —excepto cuando es una emergencia—, se debe realizar una solicitud unos días antes y reunir un grupo de seis a ocho personas que vayan al mismo destino. Algunos perciben este proceso como rígido y excluyente, diciendo que una enfermedad no te avisa para llegar y se molestan si les piden evidencias como recetas o fotografías. Otros apoyan la idea de que haya planeación en cada viaje para optimizar la inversión del ayuntamiento. Como dice el entrevistado del caso 2: "Me pides una camioneta a las seis porque te vas a ir a la farmacia, viene otro a las ocho y también quiere ir ahí. Entonces ¿qué le dicen?, al de las ocho o al de las seis, pónganse de acuerdo a qué hora se van. Para que sea un solo viaje, y si son más mejor. Entonces ¿qué les dicen? ¡vamos! Ah, es que yo voy a Río Blanco, ah yo voy a la farmacia, yo al Buen Samaritano, yo a Orizaba. Ah bueno, ¿qué les dicen? métanse, salimos a una hora, paso a dejar en Jalapilla, paso a dejar en Orizaba, paso a dejar allá. Les dejo mi número, marquen. No hay celulares, yo paso a tal hora, y pasa recogiendo a toda su gente y los tiene que entregar aquí en el centro, sano y salvo." El servicio se supone que está disponible para todos, con la condición de que la población se anticipe y planee su visita médica, lo cual puede ser un gran obstáculo si la gente tiende a ser más reactiva que proactiva.

La distancia que hay de Mixtla de Altamirano a los centros urbanos y los servicios médicos de especialidad, junto con la carencia de la población de autos particulares y de recursos económicos para el traslado, han hecho de la solicitud de los vehículos del ayuntamiento una práctica recurrente que les facilita transportar sus enfermos a clínicas y hospitales urbanos. Los destinos pueden ir desde la proximidad del valle de Orizaba hasta la capital del país, y pueden ir a servicios médicos tanto públicos como privados, de acuerdo con la petición del paciente. Uno de los entrevistados comentó que el préstamo de la camioneta "ya viene desde años pasados. Con alcaldes pasados, todos van y acuden, oye préstame la camioneta es que voy al hospital, voy a Río Blanco, voy al Covadonga, voy a llevar a un paciente a Veracruz. Han ido hasta México, y los presidentes y los alcaldes les han prestado."

El servicio de la camioneta, aunque parece un esfuerzo modesto por parte del ayuntamiento, ayuda a economizar a los enfermos y a sus familiares en términos de tiempo y dinero. Por un lado, el traslado en un vehículo particular toma la mitad de tiempo que el transporte público y ante una situación de emergencia puede ser la diferencia entre la vida y la muerte. Por el lado económico, es una ayuda importante ya que sólo una persona en transporte público necesita $200 para un viaje redondo de Mixtla de Altamirano a Orizaba, y por lo general un enfermo viaja con uno o dos acompañantes. Cuando el malestar no les permite viajar en autobús, utilizan un servicio particular o taxi que les puede salir entre 500 o 600 pesos. Este ahorro se valora más en un contexto donde las familias obtienen reducidos ingresos en largas jornadas de trabajo.

Para algunos pobladores de Mixtla de Altamirano, esta dinámica de servicio de transporte es una práctica que se presta para el clientelismo político y partidismo. Ya que para algunos el préstamo del vehículo se hacía de forma diferenciada, no de acuerdo con la necesidad de la persona, sino por la lealtad pasada o esperada del solicitante. Una de las entrevistadas comentó: "Igual es el caso que se maneja mucho lo que es el partidismo. Entonces soy la presidenta y si ella me apoyó, entonces claro yo le presto la camioneta que vaya. Pero si ella no me apoyó pues no le presto. Entonces es un problema que también nosotros atravesamos. Entonces tenían mucha preferencia."

Otra de las entrevistadas prefería evitar el uso del vehículo del ayuntamiento, no porque tuviera recursos de sobra, sino por razones políticas. Ella sugiere que las autoridades, en este caso el presidente municipal, obtiene algún tipo de beneficio económico por cada persona a la que apoya con el transporte. Así lo expresó: "…porque el presidente ¿qué va a hacer? Te va a decir que no tiene, y que esto y que el otro. Y si que Dios te ayudó y ahí está el carro, me vas a entregar las recetas, te voy a sacar foto, que esto y que el otro. ¿Para qué? Para que él [el presidente] se gane y diga: no es que yo apoyé a la señora y me tienes que regresar. Y ellos hacen negocio, ¿para qué voy? Nada más para que le den dinero a él y yo así, pues no." El préstamo de los vehículos ha sido una de las formas más frecuentes en las que el ayuntamiento ha ayudado a acercar a la población a los servicios médicos, pero en otras ocasiones las autoridades se han involucrado de forma más personal para brindar apoyo a su población en temas de salud.

La figura del presidente municipal es muy importante en Mixtla de Altamirano, ya que al ser una comunidad pequeña la gente lo percibe como alguien cercano que les puede ofrecer apoyo específico si van y se lo piden. En la actualidad las cosas han cambiado porque no hay nadie ocupando el cargo de presidente municipal. Esto se debe a que la última alcaldesa fue asesinada junto con su esposo en abril del 2019. Por lo que la autoridad se quedó en las manos de un Concejo Municipal compuesto de un secretario, un regidor y un síndico. No obstante, algunos dirigentes han tenido un papel muy importante en el apoyo a familias con problemas de salud de la comunidad.

De forma muy particular surgió el caso de un líder de una comunidad de Mixtla de Altamirano que recomendaba los servicio de la Clínica el Buen Samaritano. En una de las localidades más grandes de este municipio, llamada Axoxohuilco, se encontró que el agente de esa localidad alentaba a la población a atenderse en la clínica EBS y que en ocasiones inclusive trasladaba a los pacientes hasta la clínica para ser atendidos. El entrevistado del caso 4 contó: "Porque ahí está el agente de la comunidad y también sabe, entonces él ya los venía trayendo hasta acá [Clínica EBS]…sí hay unos pacientes que los trae hasta acá [Clínica EBS], entonces él ya supo por acá y entonces él ya nada más nos comenta y venimos hasta aquí. Ya luego nos da un pase o un oficio." El agente promueve de manera activa los servicios de la clínica EBS en su esfera de influencia. Podría ser que el oficio que les da es un mecanismo de rendición de cuentas que sirve para comprobar el traslado de forma oficial, no se sabe con certeza.

Hubo otra familia que fue beneficiada por una de las presidentas municipales de Mixtla de Altamirano. Esta funcionaria les apoyó durante el tiempo que uno de los miembros atravesaba por cáncer cervicouterino. A pesar de que la atención médica que se les dio fue en un hospital público, tuvieron que pagar los gastos de consulta e internación en repetidas ocasiones porque el Seguro Popular no los cubría. Y en cada una de las veces que tuvieron que ir al hospital, la alcaldesa fue a abogar por ellos y a saldar las cuentas de la paciente. Las entrevistadas del caso 3 se expresan así de la ex presidenta María Angélica Méndez: "No, la otra, la que estaba, ella [María Angélica] sí nos apoyó bastante, porque en esos tiempos cuando se enfermó mi hermana, y en ese tiempo falleció mi hermana, y sí nos apoyó… ella iba y platicaba con las doctoras, doctores, entraba la señora. Sí entraba con los doctores, aquí en Xalapa, en Río Blanco. Ella siempre entraba, nunca te dejaba sola, te agarra de la mano, y va y platica y si no tienes dinero ella lo paga, saca de su bolsa y lo paga. Y nunca nos tomó una foto, nunca nos pidió una receta,

nunca nos dijo que no, ella estaba ahí y si estás lejos o no puedes venir, ella va y te va a traer. Sí se defendía la señora… sí y ella es siempre la que iba y pagaba o si no ahí se agarraba con los doctores y con las enfermeras y al final nada más les daba la mitad. Ahora sí que la señora sí nos ayudó a todos." Hago referencia de esta alcaldesa como capital institucional porque apoyó a los miembros de la comunidad ante un problema de salud, no como un pariente o una amiga de la familia, sino como representante de una institución pública.

CONCLUSIONES DE LOS SERVICIOS MÉDICOS EN EL MUNICIPIO DE MIXTLA DE ALTAMIRANO

La realidad que perciben los habitantes de Mixtla de Altamirano, respecto a los servicios de salud en sus clínicas locales y en los hospitales regionales, es desalentadora. A nivel municipal, no sólo la atención que se ofrece es de primer nivel únicamente, sino que la calidad y eficiencia del personal, los diagnósticos y los tratamientos es muy baja. Respecto a la atención hospitalaria, la percepción general se degrada aún más debido a la diferencia en el trato que observan entre la gente del entorno urbano y ellos —los que vienen de la Sierra—. Se percibe también que el personal de los hospitales tiene muy bajos niveles de empatía y solidaridad hacia los pacientes al tratarles con poca humanidad y se considera que no son profesionales por obrar de forma negligente y descuidada. Esto ha llevado a la población de Mixtla a recurrir a alternativas médicas formales e informales dentro del sector privado.

La medicina tradicional todavía forma parte importante de las alternativas del enfermo en Mixtla de Altamirano por tres razones: 1) es lo conocido y familiar, 2) porque las opciones disponibles cercanas son escasas, 3) porque es la única oferta que se acerca a ellos con soluciones prometedoras. En la realidad la medicina tradicional no ofrece mucha ayuda para las enfermedades complejas o crónicas. Y más bien, los médicos naturistas itinerantes muchas veces en vez de ayudar resultan ser charlatanes que han sabido sacar provecho de la ignorancia y credibilidad de la gente, dándoles diagnósticos engañosos y tratamientos costosos de yerbas que prometen mucho y no ayudan a la población a aliviar sus enfermedades. Esto ha impulsado a la población de Mixtla de Altamirano a optar por la medicina moderna del sector privado, la cual generalmente requiere que se movilicen a otros municipios para poder obtenerla.

Dentro de los servicios de medicina moderna, las alternativas del enfermo en Mixtla de Altamirano se ordenan conforme al nivel de gravedad de los síntomas y a los recursos

disponibles. Al atravesar enfermedades comunes, de tipo respiratoria o gastrointestinales, la población de Mixtla tiende a ir en primer lugar a la farmacia más inmediata para adquirir medicamentos costosos que tratan diagnósticos imprecisos. Cuando la complicación es mayor y el malestar persiste, la población recurre a los consultorios privados en Zongolica, donde la atención se percibe como mala y los precios de las medicinas son exagerados. En este punto, es donde la Clínica el Buen Samaritano ha venido a ser una alternativa más segura, económica y eficaz para diagnosticar, tratar las enfermedades y comprar medicamentos, a pesar de que la distancia sea mayor. Por último, ante enfermedades más graves con necesidad de cirugía o internación, se recurre a servicios hospitalarios mayormente ubicados en la ciudad de Orizaba.

Las estrategias para el tratamiento de la salud de la población de Mixtla de Altamirano, en instituciones privadas, se han podido diversificar porque la gente puede costearlo. Se plantea que sus nuevas posibilidades materiales se basan en el capital sinergético que han robustecido y entretejido por años a través del capital humano, social, cultural e institucional. Esto es, que cuestiones intangibles, como las habilidades, valores y creencias de individuos e instituciones se han cristalizado en recursos y estrategias que promueven la atención a la salud.

Se pudo observar que el capital humano de Mixtla de Altamirano todavía tiene mucho que dar en cuanto a la educación formal de su población. Sin embargo, los conocimientos empíricos de la población se empiezan a tornar en ingresos más altos y estables. Esto se debe a la adquisición de capacidades modernas —como el uso de la computadora y el internet—, y al desempeño de actividades tradiciones como es la cría de animales, la carpintería y el comercio. Por otro lado, los costos de inversión de la migración a lugares cada vez más lejanos y diferentes, se están tornado en mejores salarios, que permiten la posibilidad del ahorro para aspectos esenciales como la educación y la salud.

Mixtla de Altamirano es un municipio con gran reserva de capital social y cultural. Los valores de solidaridad y cooperación son fomentados a nivel familiar y comunitario a través de prácticas cotidianas como los negocios familiares o el trabajo agrícola. Los lazos de confianza y reciprocidad a nivel comunidad se materializan en préstamos, y a nivel familiar en los cuidados del enfermo, ya sea al financiar su tratamiento, así como acompañar o traducir durante la vista médica y hasta alentando durante el tratamiento. La gente de Mixtla de Altamirano tiene una fuerte inclinación al sacrificio y resiliencia, que les hace anteponer la vida y salud de los

miembros de la familia a sus propias aspiraciones y necesidades personales. Las creencias religiosas de la población de Mixtla les proveen de optimismo ante circunstancias adversas y en vez de alejarles de la medicina moderna, más bien, a través de la comunidad de fe, nuevas alternativas de atención médica se han hecho visibles a la comunidad, como es la clínica el Buen Samaritano.

El capital institucional, en este caso representado por el ayuntamiento de Mixtla de Altamirano, ha tenido un papel relevante en el acercamiento geográfico de sus pobladores a los servicios de salud, tanto del sector público como del privado, de los centros urbanos colindantes. Para poder disponer de los vehículos del municipio se requiere que las personas se organicen en grupo con otros miembros de la comunidad, y se anticipen a hacer la solicitud del día y hora en que quieren salir. Aunque algunos desaprueban el proceso burocrático y la motivación detrás del servicio de transporte, la realidad es que el ahorro en tiempo y dinero es significativo. Algunas autoridades municipales se han involucrado con la salud de los enfermos de su comunidad de formas más directa, desde recomendarles y llevarles a un servicio privado de su preferencia, hasta pagarles sus cuentas hospitalarias.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La crisis global causada por el Coronavirus, a través de las Covid-19, nos confrontó con nuevas realidades, sentimientos y desafíos. Nos hizo recordar la realidad de nuestra vulnerabilidad y nuestra responsabilidad por el otro. Incita temor o ansiedad al pensar en correr más riesgos por tener cierto peso o edad, al no contar con trabajo, ni seguro médico o suficientes medicamentos, y hasta por la idea de morir en soledad, lejos de tus seres queridos. Sin duda, el llamado distanciamiento social nos hizo valorar los lazos sociales y recordar que somos seres interdependientes. Además, debido a los ajustes e incertidumbre económica, nos vimos obligados a ser creativos y encontrar nuevas formas de trabajar y convivir para procurar la salud y el sustento. En este trabajo se muestra cómo a través de diferentes estrategias, que se basan en redes de apoyo solidario, sólidas, con creatividad y flexibilidad laboral e institucional, se pueden superar en ciertos casos las carencias sociales y económicas agudas que afectan el acceso a la salud de la población de la región de Zongolica.

Debido a la forma de medir la pobreza en México, se adoptó una forma de medir el acceso a la salud de una forma muy simplista, en la cual la única consideración era si la población se encontraba adscrita a los servicios de alguna institución pública o privada. Esto provocó una inflación masiva en los números de suscripción al Seguro Popular de las regiones más pobres de México, con el propósito de mejorar los indicadores de dichas zonas del país. El problema fue que a pesar de que el índice mejoraba, el uso efectivo y oferta de los servicios de salud en las regiones más aisladas y marginadas no era una experiencia real.

Las carencias socioeconómicas de la región de Zongolica se hicieron evidentes en diversos frentes. De acuerdo a lo analizado, de las características geográficas y sociales de la región de estudio, las condiciones de aislamiento geográfico de los municipios se relacionan con mayor porcentaje de localidades rurales y mayor concentración de población indígena. A su vez, dichos municipios cuentan con menos servicios educativos y sanitarios disponibles en sus comunidades y en sus hogares. Lo cual se refleja en su nivel de ingreso económico, el cual es insuficiente para satisfacer sus necesidades adecuadas de alimentación.

En el actual siglo XXI ha habido progresos generales en la región de Zongolica, principalmente en el nivel de escolaridad, en los servicios básicos de la vivienda y en el control de natalidad. De forma moderada, se han visto mejorías en los indicadores de mortalidad general

e infantil. No obstante, las enfermedades del sistema digestivo tienen gran recurrencia todavía en la zona, y se colocan en el segundo lugar de causantes de muertes de los seis municipios de la región. Esto quiere decir que las condiciones de saneamiento e higiene, sobre todo la disponibilidad de drenaje y agua entubada, son deficientes. Y que tampoco existe una atención oportuna de la salud, ya que son enfermedades tratables que no requieren de tratamientos médicos costosos o complicados la mayoría de las veces.

A pesar de que la inversión en salud del sector público se había ampliado, tanto en número de afiliados del Seguro Popular —actual Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)—, como en infraestructura, en personal y en medicamentos, la realidad es que la calidad y el acceso efectivo a servicios de salud sigue siendo una aspiración. El modelo de atención a la salud en México ha resultado ineficiente para satisfacer las necesidades de la población, en especial de la población empobrecida, por diversos factores internos y externos al sistema de salud.

Algunos de los elementos externos que son obstáculos en la cobertura universal de la salud en México, son parte de las deficiencias del modelo económico neoliberal a nivel general. Uno de los factores externos principales serían las "nuevas" enfermedades costosas de la población, por sus nuevos estilos de consumo, unido con la disminución del gasto público que fomenta el modelo. Además, las condiciones de vida de la población se han deteriorado debido al incremento de las desigualdades socioeconómicas, las cuales se ven reflejadas en la calidad de los servicios básicos con los que cuenta la población, ya sea vivienda o alimentación.

Por otro lado, algunos elementos internos que han sido un reto para el sistema de salud se relacionan con el modelo de atención médica. Dicho modelo tiene un enfoque curativo, el cual no pretende prevenir las enfermedades y promover la salud entre la población. Más bien busca tratar con las enfermedades más que con las causas profundas de la desigualdad sanitaria. Los esfuerzos del gobierno federal, a través del Seguro Popular, por cubrir los derechos de salud de la población más marginada, incluían servicios básicos únicamente, y las enfermedades más complejas y costosas no eran cubiertas. Ello ha ocasionado que los más pobres utilicen sus reducidos ingresos para gastos de salud en la atención privada, cuando se debería hacer lo posible para evitar que la gente con menos recursos use sus ingresos para la salud. Además, se

puso mayor énfasis en afiliar familias, esto es ampliando la demanda de los usuarios y no se igualó con la oferta de servicios, equipo y personal para su cobertura.

La realidad que perciben los habitantes de Mixtla de Altamirano, que forma parte de la región de Zongolica, respecto a los servicios de salud en sus clínicas locales y en los hospitales regionales, es desalentadora. A nivel municipal, no sólo la atención que se ofrece es de nivel básico únicamente, sino que la calidad y eficiencia del personal, los diagnósticos y los tratamientos es muy baja. Respecto a la atención hospitalaria, la percepción general se degrada aún más debido a la diferencia en el trato que observan entre la gente del entorno urbano y ellos —los más pobres que vienen de la Sierra—. Se percibe también que el personal de los hospitales tiene muy bajos niveles de empatía y solidaridad hacia los pacientes al tratarles con poca humanidad, mínima calidez, y se considera que no son profesionales por obrar de forma negligente y descuidada. Esto ha llevado a la población de Mixtla de Altamirano a recurrir a alternativas médicas formales e informales —curanderos y charlatanes— dentro del sector privado.

La medicina tradicional todavía forma parte importante de las alternativas del enfermo en Mixtla de Altamirano, por tres razones: 1) es lo conocido y familiar, 2) porque las opciones disponibles cercanas son escasas, 3) porque es la única oferta que se acerca a ellos con soluciones "prometedoras". En la realidad la medicina tradicional no ofrece mucha ayuda para las enfermedades complejas o crónicas. Más bien, los médicos naturistas itinerantes muchas veces en vez de ayudar resultan ser charlatanes que han sabido sacar provecho de la ignorancia y credibilidad de la gente, dándoles diagnósticos engañosos y tratamientos costosos de herbolaria que prometen mucho y no ayudan a la población a aliviar sus enfermedades. Esto ha impulsado a la población de Mixtla de Altamirano a optar por la medicina moderna del sector privado, la cual generalmente requiere que se trasladen a otros municipios para poder obtenerla.

Dentro de los servicios de medicina moderna, las alternativas del enfermo en Mixtla de Altamirano se ordenan conforme al nivel de gravedad de los síntomas y a los recursos disponibles. Al atravesar enfermedades comunes, de tipo respiratoria o gastrointestinales, la población de Mixtla de Altamirano tiende a ir, en primer lugar, a la farmacia más inmediata para adquirir medicamentos costosos que tratan diagnósticos imprecisos. Cuando la complicación es mayor y el malestar persiste, la población recurre a los consultorios privados en Zongolica,

donde la atención se percibe como mala y los precios de los medicamentos son exagerados. En este punto, es donde la Clínica el Buen Samaritano ha venido a ser una alternativa más segura, económica y eficaz para diagnosticar, tratar las enfermedades y comprar medicamentos de calidad, a pesar de que la distancia sea mayor. Por último, ante enfermedades más graves, con necesidad de cirugía o internación, se recurre a servicios hospitalarios mayormente ubicados en la ciudad de Orizaba.

Las estrategias para el tratamiento de la salud de la población de Mixtla de Altamirano, en instituciones privadas, se han podido diversificar porque la gente puede costearlo. En esta investigación se plantea que sus nuevas posibilidades materiales se basan en el capital sinergético que han robustecido y entretejido por años a través del capital humano, social, cultural e institucional. Esto es, que cuestiones intangibles, como las habilidades, valores y creencias de individuos e instituciones que se han cristalizado en recursos y estrategias que promueven la atención a la salud.

Se pudo observar que el capital humano de Mixtla de Altamirano todavía tiene mucho que dar en cuanto a la educación formal de su población. Sin embargo, los conocimientos empíricos de la población se empiezan a tornar en ingresos más altos y estables. Esto se debe a la adquisición de capacidades modernas —como el uso de la computadora y el internet—, y al desempeño de actividades tradicionales como es la cría de animales, la carpintería y el comercio. Por otro lado, los costos de inversión de la migración a lugares cada vez más lejanos y diferentes, se están tornando en mejores salarios, que permiten la posibilidad del ahorro para aspectos esenciales como la educación y la salud.

Mixtla de Altamirano es un municipio con gran reserva de capital social y cultural. Los valores de solidaridad y cooperación son fomentados a nivel familiar y comunitario a través de prácticas cotidianas como los negocios familiares o el trabajo agrícola. Los lazos de confianza y reciprocidad a nivel comunidad se materializan en préstamos, y a nivel familiar en los cuidados del enfermo, ya sea financiando su tratamiento, acompañando o traduciendo durante la vista médica y hasta alentando durante el tratamiento. La gente de Mixtla de Altamirano tiene una fuerte inclinación al sacrificio y resiliencia, que les hace anteponer la vida y salud de los miembros de la familia a sus propias aspiraciones y necesidades personales. Las creencias religiosas de la población de Mixtla de Altamirano les proveen de optimismo ante circunstancias

adversas y en vez de alejarles de la medicina moderna, más bien, a través de la comunidad de fe, nuevas alternativas de atención médica se han hecho visibles a la comunidad, como es la clínica el Buen Samaritano.

El capital institucional, en este caso representado por el ayuntamiento de Mixtla de Altamirano, ha tenido un papel relevante en el acercamiento geográfico de sus pobladores a los servicios de salud de los centros urbanos colindantes, tanto del sector público como del privado. Para poder disponer de los vehículos del municipio se requiere que las personas se organicen en grupo con otros miembros de la comunidad, y se anticipen a hacer la solicitud del día y hora en que quieren salir. Aunque algunos desaprueban el proceso burocrático y la motivación detrás del servicio de transporte, la realidad es que el ahorro en tiempo y dinero es significativo. Algunas autoridades municipales se han involucrado con la salud de los enfermos de su comunidad de forma más directa, desde recomendarles y llevarles a un servicio privado de su preferencia, hasta pagarles sus cuentas hospitalarias.

En cuanto a los servicios de atención pública, en este caso las clínicas locales, se recomienda que se invierta en la contratación de más personal médico y en su capacitación, para que el tiempo que den a cada paciente sea el necesario y la atención sea con sensibilidad cultural y trato digno. Se sugiere que sean médicos de base, con prestaciones atractivas que les motiven a mudarse y permanecer por un periodo mayor de dos años y así puedan conocer y entender mejor a la población que atienden y su contexto. Además, se sugiere tener traductores locales de planta en las clínicas y hospitales para que pueden apoyar al médico y el paciente a comunicarse en náhuatl sin problemas. Se recomienda tener bien surtida la bodega de medicinas gratuitas con medicamentos de la más alta calidad, sobre todo con medicina para diabéticos y antibióticos para tratar enfermedades gastrointestinales.

En el tema de la prevención, existen muchos problemas de desinformación por el aislamiento geográfico y el nivel de ignorancia de la gente, por lo tanto, se recomienda realizar campañas en diversos temas. Uno de ellos sería para la concientización de mejores hábitos alimenticios, sobre todo para disminuir el consumo de bebidas industrializadas con altos contenidos energéticos. Así mismo, se debe informar más a la población en lo referente a la diabetes, ya que hay muchos mitos y desconocen cómo tratar la enfermedad y se vuelven presa fácil de vendedores de remedios que supuestamente terminan con la diabetes, cuando es una

enfermedad crónica que sólo se controla. De igual forma, se recomienda prevenir a la gente de los charlatanes que llegan a sus comunidades con tratamientos médicos naturistas y diagnósticos ficticios que por lo general son muy costosos e ineficaces.

Otra forma de apoyar a la población de los municipios de la región de Zongolica es educando a la población en cuanto a la compra de medicamentos. Se les debe dar a conocer que el precio en la caja de las medicinas no es el único que hay. Por lo general las farmacias ofrecen los medicamentos con un costo menor al que viene impreso en la caja, por lo que se debe invitar a la población a comparar precios en diversas farmacias y a buscar versiones genéricas de los mismos medicamentos y comprarlos cuando viajan a Zongolica o a Orizaba, donde pueden encontrar precios más competitivos. Esto implicaría un ahorro muy grande a la hora que visitan a un médico particular o una farmacia.

La Clínica el Buen Samaritano (EBS) ha logrado ofrecer sus servicios médicos a precios accesibles a la población de la región de Zongolica, por lo que se recomienda seguir ofreciendo calidad en su atención, al mismo tiempo que amplían sus servicios y esparcen su presencia en más municipios serranos. Se sugiere continuar publicitando sus servicios y seguir haciendo las brigadas médicas, ya que el acercamiento de la clínica a los pobladores serranos les ayuda a construir canales de confianza y credibilidad en la medicina moderna y en la clínica EBS, además de ahorrar el traslado del enfermo, el cual resulta un impedimento importante para las personas de poblaciones aisladas. Así mismo, se sugiere hacer alianzas estratégicas con más líderes de las comunidades de la región de Zongolica para que den a conocer entre su población los servicios que ofrece la clínica EBS. Se recomienda seguir donando medicina a sus pacientes y seguir aumentando la oferta de medicamentos en la farmacia de la clínica a precios asequibles.

Las condiciones estructurales para el acceso a servicios de salud en México se encuentran en un momento de transición, ya que a finales del 2019 se modificó la Ley General de Salud en la que se concluyó el Seguro Popular y se instauró el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Este instituto aspira a proveer atención universal, sin afiliación ni cuotas, a todo aquel que no tenga seguridad social. Se propone mejorar la infraestructura, la atención y la cobertura médica ante cualquier padecimiento. Por lo que, ante este nuevo escenario, en breve se requerirán estudios para conocer si el INSABI mejora las condiciones de atención médica en

las zonas más marginadas del país, como es la región de Zongolica, si la gente percibe un cambio positivo y ¿qué alternativas de acción toman los enfermos?

ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS

CDMX	Ciudad de México
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política y Desarrollo Social
COVID-19	Coronavirus 2019
DGIS	Dirección General de Información en Salud
EBS	El buen Samaritano
ES	Equidad en Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LP	Línea de pobreza
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PEA	Población económicamente activa
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto interno bruto
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SPS	Seguro Popular
SSa	Secretaría de Salud
TLCAN	Tratado de Libre Comercio de América del Norte
USD	United States Dollars

BIBLIOGRAFÍA

Aranda, P., Ortega, M., Rosales, C., Zapién, J., Sabo, S. & Zapién, A. (2013). *Migración y atención a la salud de jornaleros agrícolas*. En Alternativa en la Crisis para la Transformación de las Políticas Sociales en México(pp.151-170). México: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C.

Banco Mundial. (2015). *Médicos (por cada mil personas)*. https://bit.ly/2Fu1BNk

Barrera, I. (2006). Prácticas médicas tradicionales entre los Nahuas de la región de Zongolica del Estado de Veracruz, México. *Cuadernos de Antropología*, no. 16, pp.91-98.

Boisier, S. (1999, noviembre). El Desarrollo Territorial a partir de la construcción del capital sinergético. *Estudos urbanos e regionais*, no.2, pp.39-53.

(2004). Una (re)visión heterodoxa del desarrollo (territorial): un imperativo categórico. *Estudios Sociales: Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 12(23), 9–36

(2006). Algunas reflexiones para aproximarse al concepto de ciudad-región. *Estudios Sociales: Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 14(28), 163–190.

(2011). El Territorio en la Contemporaneidad (La Recuperación de Las Políticas Territoriales). *Revista LIDER*, 19, pp.9–24.

(2016). Desarrollo (Local) ¿de qué estamos hablando? En La visión territorial y sostenible del desarrollo local. *Universitat de Valencia*, pp.23-46

Boltvinik, J., *et al*. (2004). *La pobreza en México y el mundo*. Tamaulipas México: Siglo veintiuno editores.

Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de reproducción social*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores

Chávez, O. y Carpio, C. (2018). El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(35-2), pp.195-209.

Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica del Estado de Puebla. (2001). *Anuario Geográfico y Estadístico de Puebla*. http://ceigep.puebla.gob.mx/#

(2017). *Anuario Geográfico y Estadístico de Puebla*. http://ceigep.puebla.gob.mx/#

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, (2018). *Estudio diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. https://bit.ly/2GwkhfE*

(s.f.) *Medición de la pobreza*. Glosario. https://bit.ly/3k5ec8Y

(2012). *Construcción de las líneas de bienestar. Documento metodológico*. México, D.F.

(2018). *Estudio diagnóstico del Derecho a la Salud 2018.* https://bit.ly/2GwkhfE

Consejo Nacional de Población. (2017, 10 de febrero). *La condición de ubicación geográfica de las localidades menores a 2 500 habitantes en México*. https://bit.ly/359e17Y

(2010b). *Índice absoluto de intensidad migratoria 2000-2010*. https://bit.ly/3mx0Y6u

(2016, 26 de octubre*). Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015.* https://bit.ly/3iZB8Vq

(s.f.*) Índice de marginación por municipio 1990-2015*. https://bit.ly/3jQLMi8

(s.f.*) Índice de marginación por municipio 1990—2015*. https://bit.ly/3jQLMi8

Coraggio, J. (2005). *Desarrollo regional, espacio local y economía social,* https://www.econo.unlp.edu.ar/frontend/media/92/10992/0ecebc231fb21351ebdf981c2a1fba95.pdf

Córdova, R. (s.f.). *Los actuales procesos migratorios y el cambio cultural*. Secretaría de Educación Veracruz. https://bit.ly/32snN3c

Dirección General de Información en Salud. (2012). *Mortalidad en México, 1990—2010*. https://bit.ly/2QStDUW

(2020). *Catálogo de CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud*). https://bit.ly/2Ea3a2e

(s.f.). *Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Gasto en salud*. http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/

Eversole, R. (2017). Economies with people in them: regional futures through the lens of contemporary regional development theory. *Australasian Journal of Regional Studies*, Vol. 23, No. 3, pp.305-320.

Expansión. (2017). *Gasto público Salud*. Datos macro. https://bit.ly/2SSvSsn

Garzón, N. & Moreno, A. (2018). Desarrollo regional étnico-territorial: un análisis desde los consejos comunitarios de comunidades negras del pacífico colombiano. *Sotavento M.B.A.*, no.31, pp.68-79.

Gobierno del Estado de Veracruz. (2001). *Anuario Geográfico y Estadístico del Estado de Veracruz*. https://bit.ly/32G8TGs

Gobierno del Estado de Veracruz. (2017). *Anuario Geográfico y Estadístico del Estado de Veracruz*. https://bit.ly/3iKBNuC

Gómez, C. (2017, agosto 15). El Sistema de Salud en México. *Revista CONAMED*, Vol. 22 Núm. 3, (pp.129-135).

Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México*, Vol.53 supl 2, pp.s220-s232.

Hernández, G. (2016). *Las experiencias y lecciones aprendidas en la evaluación de la desigualdad y los Determinantes Sociales de la Salud.* En Los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud (pp.43-58). México: Intersistemas.

Hernández, G., Aparicio, R. y Ruiz, A. (2018). Medición de l*a pobreza con un enfoque de derechos en México.* En Pobreza y derechos(pp.135-170). México: CONEVAL-UNAM.

Hernández, L. (2018). Transformaciones culturales y económicas en los territorios rurales. Efectos de la maquila de confección en el Valle de Tehuacán: Un análisis socioterritorial. *Estudios sociales. Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional*, 28(52)https://doi.org/10.24836/es.v28i52.568

Hernández, O. (2014). *Trabajo femenino y dinámicas domésticas en Zongolica, Veracruz* [tesis de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Superior]. Repositorio CIESAS. https://bit.ly/32WB2bi

Inés, F. (2016, 28 de febrero) *Pesa en Mixtla de Altamirano pobreza histórica; migración, única salida: edil.* La Jornada Veracruz. https://bit.ly/3kiFFUc

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1990-2018). Defunciones registradas (mortalidad general). Recuperado de https://bit.ly/375Ygj5

(2000) *Censo General de Población y Vivienda*. Recuperado de https://bit.ly/3c0O0sU

(2010) *Censo General de Población y Vivienda*. Recuperado de https://bit.ly/2GRJst5

(2010) Censo General de Población y Vivienda. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/default.html#Tabulados

(2014). *Censo Económico 2014*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/programas/ce/2014/default.html#Tabulados

(2015). Censo Intercensal de Población y Vivienda. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/default.html#Microdatos

(2019). *Censo Económico 2019.* Recuperado de https://www.inegi.org.mx/app/saic/default.html

Juárez, N. (2004). *Allá...donde viven los más pobres. Cadenas globales-regiones productoras. La industria maquiladora del vestido*, México, BUAP

Kuri, P.& Jaramillo, E. (2016). *Los elementos y bases para la integración de la Política de Salud en los DSS en México*. En Los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud (pp.43-58). México: Intersistemas.

Lara, S. (2008). ¿Es posible hablar de un trabajo decente en la agricultura moderno-empresarial en México? *El Cotidiano*. Vol.147. pp. 25-33

Lara, S. & Grammont, H. (2003). Jornaleros agrícolas y migración temporal en las empresas hortícolas mexicanas. *Este país (México, D.F.).* pp. 1-11

Linares-Pérez, N. & López-Arellano, O. (2012). Inequidades en la salud en México. *Gaceta Médica de México*, Vol. 148, pp. 591-597.

Lustig, N. (2007). Salud y desarrollo el caso de México. *Fondo de Cultura Económica*, vol. 74 núm.296

Macías, S., Haces, R. & Aguilar, I. (2019, octubre 03). Precariedad laboral más allá del Precariado: familia y región. *Pensamiento al margen*, no.11, pp.90-116.

Macip, R. & Flores, M. (2017). Multiculturalismo y mercado laboral en el centro-sur de México. *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, vol. 5, núm. 13, http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457651376006

Malganova, I. (2015). Instrumental and Methodological Approaches to Research of Socio-Economic Development of the Region. *Procedia Economics and Finance*, (27), 64-68

Mancini, F. (2018). *La pobreza y el enfoque de derechos: algunas reflexiones teóricas.* En Pobreza y derechos(pp.29-82). México: CONEVAL-UNAM.

Martínez, L. (2009, 17 de junio). La dinámica comunitaria vista desde la migración en la sierra nahua de Zongolica, Veracruz: Análisis y perspectivas de estudio. Migraciones internacionales Vol. 5, Núm. 4, pp. 7-37. https://doi.org/10.17428/rmi.v5i19.1069

Mateo, J. M., & Bollo, M. (2016). *La Región como categoría geográfica*. UNAM: CIGA. https://www.ciga.unam.mx/publicaciones/images/abook_file/laregioncomocategoria geografica.pdf

Morett, J. & Cosío, C. (2004). *Los jornaleros agrícolas de México*. Universidad Autónoma Chapingo-Diana. México

Morin, E. (2005). *Introducción al pensamiento complejo*. Bercelona: Editorial Gedisa

Nava, M. & Hernández, M. (2017). Cafeticultura en Veracruz: entre crisis y alternativas. *En Veracruz un análisis para el desarrollo*. (pp. 93-122). El Colegio de Veracruz. https://bit.ly/31adlMB

Organización Mundial de la Salud. (1999). *Pobreza y salud*. Consejo Ejecutivo OMS, pp1-6

(2003). *Influencia de la pobreza en la salud*. Consejo Ejecutivo OMS, pp1-6

Organización de las Naciones Unidas. (2020). *COVID-19 and Human Rights We are all in this together.* Recuperado el 19 de Agosto del 2020 de https://bit.ly/32p6IXX

Ornelas, J. (2014). Algunos aspectos metodológicos del análisis regional. En C. Hernández (coord.), *Teorías y técnicas para el análisis regional*. (pp. 17-52). México: Universidad Autónoma de Tlaxcala

Pacheco, E. (2000) Recuperado el 12 de abril del 2020 de http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/publicaciones/libros/actlst06/3de6.pdf

Paredes, I. & Silva, E. (2017). Estimación de la esperanza de vida a nivel municipal y por marginación sociodemográfica: una aplicación del método de Swanson para el caso de México, 2010. *Estudios demográficos y urbanos*, vol.32 no. https://bit.ly/2GwkfEy

Pernalete, M. (2015, enero 1). Una reflexión acerca de la pobreza y la salud. *Salud de los trabajadores*, vol.23 núm.1, pp.59-61.

Rodríguez, M. (2015). Prácticas territoriales y dinámicas migratorias en la sierra de Zongolica, Veracruz. *Revista Ulúa*, 25. pp. 69-91

(s.f.). *Flores de la tierra*. *Paisaje y cultura en la Sierra de Zongolica*. Secretaría de Educación de Veracruz. https://bit.ly/35DgZlk

Rubio, B. (2000). Los campesinos latinoamericanos frente al nuevo milenio. *Comercio Exterior*. pp. 265-272

(2001a). La agricultura latinoamericana Una década de subordinación excluyente, *Nueva Sociedad*. Vol.174.

(2001b). La exclusión de los campesinos y las nuevas corrientes teóricas de interpretación. *Nueva Sociedad*. pp. 21-33

(2003*). ¿Por qué el campo no aguantó más? El dominio global de las trasnacionales y el movimiento campesino.* Repositorio del Instituto de investigaciones sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 10 de abril del 2020 de http://ru.iis.sociales.unam.mx/jspui/handle/IIS/24

(2004). La fase agroalimentaria global y su repercusión en el campo mexicano. *Comercio Exterior*. Vol.74. pp.948-956

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo rural, Pesca y Alimentación. (2013) *Cafeticultura en la zona centro del estado de Veracruz: Diagnóstico, productividad y servicios ambientales*. https://bit.ly/2H1UkVt

Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera. (2019). *Estadística de la Producción Agrícola 2019*. https://bit.ly/3hAa0M2

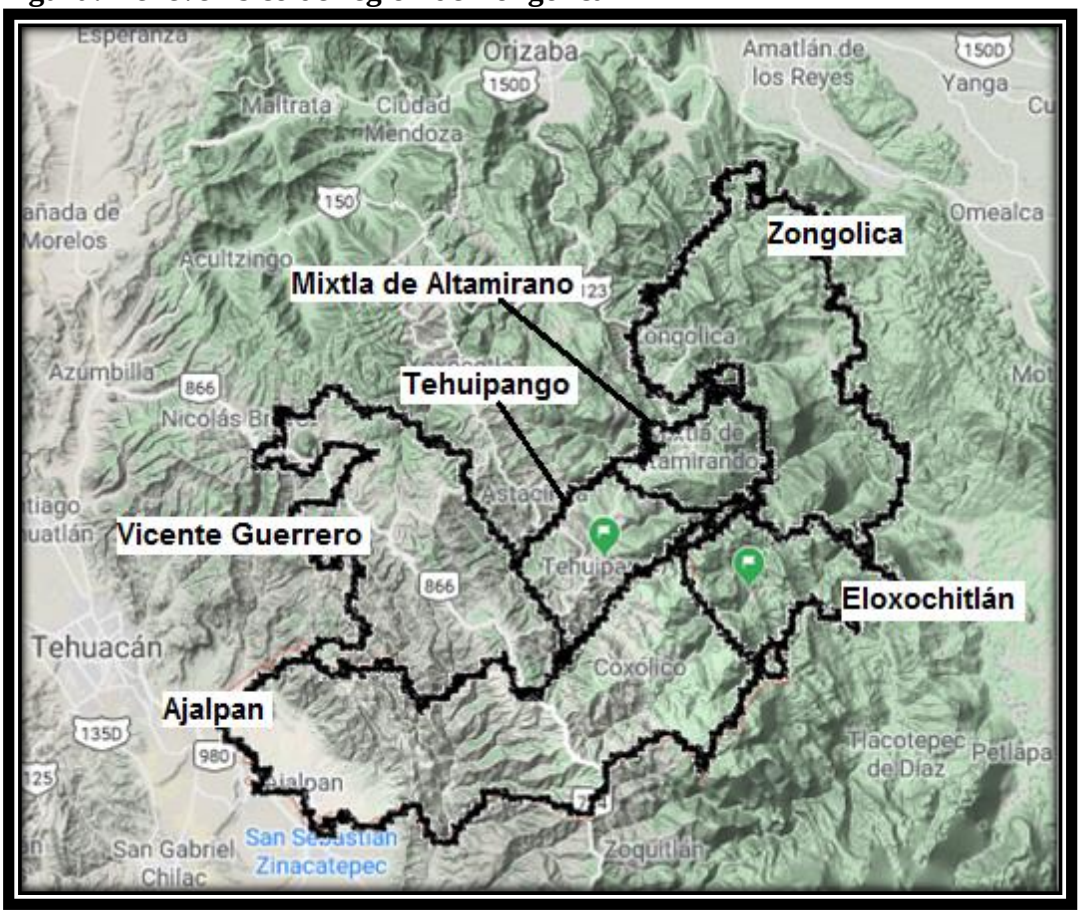
Urbina, M. (2016). *Introducción*. En Los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud (pp.1-6). México: Intersistemas.

Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica*, 11(5/6), pp.316-326.

Yaschine, I. (2018). *Desafíos metodológicos para la medición de la pobreza en México desde el enfoque de derechos*. En Pobreza y derechos(pp.83-134). México: CONEVAL-UNAM.

ANEXOS

Figura: Relieve físico de región de Zongolica



Fuente: http://maps.google.com/