



COLEGIO DE POSTGRADUADOS
INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS AGRÍCOLAS

CAMPUS PUEBLA

POSTGRADO EN ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO AGRÍCOLA REGIONAL

**EL SECTOR DE BIENESTAR INDIVIDUAL INTEGRAL DE SALUD EN EL
DESARROLLO ENDÓGENO DE TEPEXI DE RODRÍGUEZ, PUEBLA**

GABRIEL MIRANDA TREJO

TESIS

PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL

DOCTOR EN CIENCIAS

PUEBLA, PUEBLA

2013



COLEGIO DE POSTGRADUADOS

INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS AGRÍCOLAS
CAMPECHE-CÓRDOBA-MONTECILLO-PUEBLA-SAN LUIS POTOSÍ-TABASCO-VERACRUZ

SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
CAMPUS PUEBLA

CAMPUE- 43-2-03

CARTA DE CONSENTIMIENTO DE USO DE LOS DERECHOS DE AUTOR Y DE LAS REGALÍAS COMERCIALES DE PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN

En adición al beneficio ético, moral y académico que he obtenido durante mis estudios en el Colegio de Postgraduados, el que suscribe **Gabriel Miranda Trejo**, alumno de esta Institución, estoy de acuerdo en ser partícipe de las regalías económicas y/o académicas, de procedencia nacional e internacional, que se deriven del trabajo de investigación que realicé en esta Institución, bajo la dirección del Profesor **Dr. Filemón Parra Inzunza**, por lo que otorgo los derechos de autor de mi tesis **El Sector de Bienestar Individual Integral de Salud en el Desarrollo Endógeno de Tepexi de Rodríguez, Puebla** y de los productos de dicha investigación al Colegio de Postgraduados. Las patentes y secretos industriales que se puedan derivar serán registrados a nombre del Colegio de Postgraduados y las regalías económicas que se deriven serán distribuidas entre la Institución, el Consejero y el que suscribe, de acuerdo a las negociaciones entre las tres partes, por ello me comprometo a no realizar ninguna acción que dañe el proceso de explotación comercial de dichos productos a favor de esta Institución.

Puebla, Puebla, 14 de septiembre del 2013.

Gabriel Miranda Trejo

Vo. Bo. Profesor Consejero
Dr. Filemón Parra Inzunza

La presente tesis, titulada: **El Sector de Bienestar Individual Integral de Salud en el Desarrollo Endógeno de Tepexi de Rodríguez, Puebla**, realizada por el alumno: **Gabriel Miranda Trejo**, bajo la dirección del Consejo Particular indicado, ha sido aprobada por el mismo y aceptada como requisito parcial para obtener el grado de:

DOCTOR EN CIENCIAS

ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO AGRÍCOLA REGIONAL

CONSEJO PARTICULAR

CONSEJERO:

DR. FILEMÓN PARRA INZUNZA

ASESOR:

DR. JOSÉ PEDRO JUÁREZ SÁNCHEZ

ASESOR:

DR. IGNACIO OCAMPO FLETES

ASESOR:

DR. BRAULIO EDGAR HERRERA CABRERA

ASESORA:

DRA. HEIKE VIBRANS LINDEMANN

ASESOR:

DR. GERARDO GÓMEZ GONZÁLEZ

Puebla, Puebla, México, 14 de septiembre del 2013

EL SECTOR DE BIENESTAR INDIVIDUAL INTEGRAL DE SALUD EN EL DESARROLLO ENDÓGENO DE TEPEXI DE RODRÍGUEZ, PUEBLA

Gabriel Miranda Trejo, Dr.

Colegio de Postgraduados, 2013

El desarrollo implica mucho más que los aspectos económicos. El concepto involucra además cuestiones sociales como educación, vivienda, servicios y salud, entre otros; en general todo aquello que tiene relación con el bienestar de los integrantes de la sociedad. La salud es un importante indicador del grado de desarrollo y bienestar. Las unidades familiares, particularmente las indígenas, establecen estrategias particulares para el cuidado y recuperación de su salud, basándose en sus conocimientos tradicionales, recursos naturales y económicos. Para incrementar el bienestar y el desarrollo, es necesario conocer el sistema de bienestar individual de salud en las zonas rurales de origen indígena, al igual que las estrategias de vida a fin de integrarlas en opciones de salud. Por ello se estudiaron estos aspectos en la región de Tepexi de Rodríguez, a partir de la aplicación de 130 encuestas en comunidades que fueron clasificadas por grado de ruralidad. En función de este criterio (ruralidad), de menor a mayor, fueron: San Juan Ixcaquixtla, Tepexi de Rodríguez, Molcaxac, Santa Inés Ahuatempan, Moralillo, Agua de la Luna. Con esta información se plantea al sistema tradicional indígena de salud, como una opción que contribuye al desarrollo local. Las comunidades de estudio hacen uso de la medicina tradicional y alópata. Debido a la lejanía del hospital gratuito, conforme aumenta el grado de ruralidad, se incrementa la variedad de opciones que conocen y utilizan; se encontró una diversidad de opciones y las de mayor fortaleza son aquellas estrategias tendientes a la disminución de costos para recuperar la salud. Existe un mercado de medicina tradicional indígena que puede mejorar sustancialmente mediante acciones de capacitación formal.

Palabras clave: Desarrollo, Estrategias de salud, Medicina tradicional, Sistema de bienestar individual de salud.

THE SECTOR OF INTEGRAL INDIVIDUAL WELL-BEING OF HEALTH IN THE ENDOGENOUS DEVELOPMENT OF TEPEXI OF RODRIGUEZ, PUEBLA

Gabriel Miranda Trejo, PhD.

Colegio de Postgraduados, 2013

The development is more than economic one. The countryside of indigenous origin has local traditional markets. Health is an important indicator of development and well-being degree. The familiar units based in their traditional knowledge, natural and economic resources to recover the health, establish their health life strategy. In order to increase the well-being and the development, it is necessary to know the individual well-being system of health in the countryside of indigenous origin and the strategies when familiar unit integrates all health options. These aspects were studied in the region of Tepexi de Rodriguez, the applying of 130 surveys in communities classified by rural degree, from minor to greater: Such as San Juan Ixcaquixtla, Tepexi de Rodriguez, Molcaxac, Santa Ines Ahuatempan, Moralillo, Agua de la Luna. The traditional system of health is an option that contributes to local development. The study communities combine traditional, indigenous and patent medicine. Due to the distance of the free hospital increases. The higher the rural degree is the greater is the wider the variety of options that people know and use. A traditional indigenous medicine market exists and can be professionalized since they have not received formal qualification.

Key words: Development, Health strategies, System of Individual Well-being of Health, Traditional medicine.

DEDICATORIAS

A mis papás. Por el apoyo que siempre me han brindado.

A mis hermanos. Gracias por todos los momentos que hemos pasado juntos.

A mi esposa. Te amo.

A mis hijos. Esfuerzo para llegar a ser lo que quieran ser pues nacieron para ser felices.

A mis suegros. Les agradezco profundamente la compañía, el amor hacia nuestra familia, apoyo y los buenos momentos.

A mis abuelitos, que descansen en paz. Los extraño.

A TODA LA COMUNIDAD DEL COLEGIO DE POSTGRADUADOS CAMPUS PUEBLA. Todo ese gran equipo formador de exitosos, es un equipo que nos apoya desde nuestra llegada y hasta la exitosa conclusión que cuesta lograrla. Desde los informes para ingresar, todos los profesores-investigadores de las clases, todos los compañeros que comparten sus ideas, anhelos, dudas, experiencias; todos los directivos y administrativos que han estado y están al frente del campus y hacen posible con su gran labor que la institución siga adelante con éxito. El personal de apoyo para que el espacio de estudio sea agradable en todo momento, para que logremos tener todos los elementos listos y con ello solo resta el empeño que cada uno le ponemos. Agradezco la gran oportunidad de formarme en un posgrado de calidad Conacyt, en la confianza que profesores y comités han puesto en mi persona para que se logre el objetivo común que es defender y obtener el grado y de esa manera, llevar bienestar a los espacios que nos corresponda desarrollar. Dr. Edgar, Dr. Pedro, Dra. Heike, Dr. Aliphath, Dr. Nicolás, Dr. Mario, Dr. Filemón, Dra. Esther, Dra. Beatriz, Dr. Javier, Dr. Ignacio Ocampo, Dr. Ramón, Dr. Tornero, Mago, Lulú, Malú, Alma.

A mis amigos de la BUAP: Jorge David Cortés, René Valdiviezo, Mario Rivera, Héctor Reyes, Francisco José Rodríguez, José Antonio Meyer, Carla Irene Ríos, José Cisneros.

A mis amigos de siempre, de mi vida: Javier de la Cruz, Martha López, René Azueta, Felipe Azueta, Víctor Miguel Pérez, Iván Ramírez, Luis Rey Sánchez, Edmundo Martínez, Eric Miranda, Martín Hidalgo, Luz María Pérez, Jordán, Verónica Jiménez Montoya, Israel Cruz, José Manuel Arias, José Luis Zacarías, Juan Carlos Sierra, Jorge Cortés, Isabel Muñiz, Rosita Alonso, Aurora Morgado, Angélica, Eric Noel, Mario. Por ser mis grandes amigos.

Al equipo de exitosos que mejora el mundo día a día: Mario, Esteban, Gerardo, Eric, Roberto, Angélica, Raúl, Jordán, Manuel, Israel, Isaías, Miguel, Gagui, Puyi.

A Darvelio Cabrera, Moisés Frías, Marcos Méndez. Ejemplo de éxito ante la adversidad y grandes amigos.

A las personas que omito y me han apoyado en los diversos momentos de mi vida, muchas gracias. Obtener el grado de Doctor demuestra que un sueño se puede hacer realidad con el esfuerzo y dedicación personal sumado al apoyo de quienes nos rodean.

AGRADECIMIENTOS

Debo mi agradecimiento a una gran cantidad de personas de nobles y profundo sentimiento de crecer y ser mejores cada día. Las personas con las que he interactuado en mi vida que incluye a familiares, amigos, profesores, compañeros de estudios y de trabajo han incorporado ideas y experiencias en mi haber, me han permitido vislumbrar metas más altas que hace años no hubiera imaginado. Le debo a la humanidad, a los sistemas sociales que se han generado para coronar el esfuerzo con grados académicos, a la simple coincidencia de que existen las condiciones naturales, físicas, sociales, humanas para tener libertad y con ello, la posibilidad de llegar a ser lo que nuestra inteligencia y esfuerzo lo permitan.

A mi país: México. Por permitirme desarrollar mis capacidades, por ello capacitarse y transformar positivamente las condiciones para la satisfacción humana, debe ser nuestro papel y la manera de retribuir a la nación. Especialmente al Colegio de Postgraduados, Campus Puebla por la oportunidad de incrementar mis capacidades así como el invaluable conocimiento y experiencia que me ha permitido obtener.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por permitir la movilidad social, apoyar a los ciudadanos comprometidos con el estudio y por existir para promover un mejor nivel de vida en el país, me siento muy orgulloso de haber cursado mi doctorado en un programa certificado por el CONACYT. Ha sido un gran reto que me hizo crecer profesionalmente.

A todos mis profesores del Colegio de Postgraduados, por haber compartido sus conocimientos con nosotros, así como la exigencia para estar al nivel de las expectativas y circunstancias que el grado implica. A todos mis compañeros de clase por el intercambio de conocimiento y las vivencias únicas como estudiantes.

Al Doctor Filemón Parra Inzunza por la gran labor que ha hecho al frente de la presente investigación, la enseñanza, tiempo de dedicación a la revisión del documento de tesis, retroalimentación, reuniones, atención del proceso académico y administrativo al igual que el respaldo que siempre me ha brindado.

Al Doctor José Pedro Juárez Sánchez por la asesoría y esfuerzo respecto a la congruencia teórico-metodológica de la investigación al igual que redacción y análisis de datos. Agradezco también la sabiduría acerca del asesoramiento en mi trayectoria como estudiante de doctorado. Gracias.

Al Dr. Ignacio Ocampo Fletes por su alta capacidad teórico-metodológica para ubicar el tema y la consecuente redacción y orden de información. Este apoyo ha sido fundamental para la correcta presentación del documento. Le agradezco el apoyo brindado en todo momento. Gracias.

Al Doctor Braulio Edgar Herrera Cabrera por su asesoría para fortalecer la tesis al igual que su habilidad para observar puntos de fortaleza y oportunidad en el documento para lograr una investigación científica a nivel doctorado. Gracias por el apoyo invaluable Doctor Edgar, científicos como usted son necesarios en nuestra nación.

A la Doctora Heike Vibrans Lindemann por la sabiduría que comparte con sus alumnos y tesis. Le agradezco sus comentarios, sugerencias y consejos respecto al contenido y redacción de mi tesis. De igual manera por sostener el trabajo en equipo en pro de la mejora de calidad en todo momento. En todo momento han sido muy valiosos sus puntos de vista, revisiones, correcciones. Gracias por compartir conmigo su sabiduría.

Al Dr. Gerardo Gómez González por su agudeza para fortalecer la investigación a partir del papel del conocimiento tradicional y la medicina natural en la sociedad mexicana. Sus aportaciones me permitieron vislumbrar la prospectiva de la medicina tradicional y medicinas complementarias en México al igual que el papel que juega en el Sistema Nacional de Salud.

El aula: paraíso de libertad de cátedra y fortalecimiento de ideas.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE CUADROS.....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVIII
PRESENTACIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 Justificación.....	3
1.1.1 investigación en zonas rurales de alta marginación.....	8
1.2. Descripción del problema, preguntas de Investigación y objetivos.....	11
1.2.1 Enunciado del problema (pregunta principal) general.....	12
1.3 Objetivo general.....	12
1.3.1 objetivos específicos.....	12
1.4 Hipótesis general.....	13
1.4.1 hipótesis específicas.....	13
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 Contexto actual del desarrollo.....	19
2.1.1 Ruralidad y nivel de ruralidad.....	20
2.1.2 Desarrollo rural endógeno.....	22
2.2 Estudios sobre la toma de decisiones respecto al consumo de medicina no alópata.....	25
2.3 Estrategia de vida.....	27
2.3.1 El mercado como reflejo de la estrategia comunitaria de consumo	29
2.4 Sistema de bienestar individual de salud.....	30
2.4.1 Bienestar 1970-2013.....	32
2.4.2 El papel de la salud.....	34
2.4.3 Sector de bienestar individual de salud.....	36
2.4.3.1 Conocimiento tradicional.....	37
2.5 Marco contextual.....	41
2.5.1 Profesionalización de Medicina tradicional y alternativa.....	41
2.5.2 Transición epidemiológica, costos y medicina tradicional en.....	

México.....	45
2.6 Consumo de Medicina Tradicional en zonas rurales de Puebla.....	54
2.6.1 Aspecto legal en México de la medicina tradicional.....	56
CAPÍTULO 3. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	64
3.1 La zona de Tepexi de Rodríguez.....	64
3.1.1 Definición de la zona de estudio.....	66
3.2 Estratificación de las comunidades por nivel de ruralidad.....	69
3.3 Instrumento de investigación.....	71
3.4 Determinación de la muestra.....	73
CAPÍTULO 4. MARCO DE REFERENCIA.....	77
4.1 Regiones del estado de Puebla.....	77
4.1.1 Factor abiótico.....	80
4.1.2 Factor biótico.....	81
4.1.3 Ámbito socio-económico.....	82
4.2 Opciones de salud.....	83
CAPÍTULO 5. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN.....	84
5.1 Necesidades de la población.....	84
5.2 Recursos disponibles y bienes satisfactores.....	88
5.3 Descripción por estrato: Componentes del Sistema de Bienestar Individual de Salud (SBIS).....	89
5.4 Análisis de la estrategia de vida respecto a la salud en el hogar por.....	
Localidad.....	92
5.4.1 Opciones de salud en casa.....	96
5.4.1.1 Remedios caseros.....	99
5.4.1.2 Plantas medicinales.....	101
5.4.1.3 Las misceláneas como punto de venta de productos para la salud.....	104
5.4.2 Casas de salud.....	106
5.4.3 Hospital regional gratuito.....	109
5.4.4 Curanderos de la región de estudio.....	115
5.4.5 Huesero en la salud de la zona de estudio.....	118

5.4.6 Naturista.....	121
5.5 Factores guía de la toma de decisiones: sustento de la estrategia de vida en salud de la unidad familiar.....	122
5.5.1 Estrato opción IMSS.....	136
5.5.2 Estrato Médico particular.....	137
5.5.3 Estrato Médico Naturista.....	137
5.6 Estimación del mercado de servicios del SBIS.....	139
5.7 Estrategia propuesta para contribuir al fortalecimiento local del SBIS.....	148
5.7.1 Diagnóstico.....	148
5.7.2. Vocación del territorio.....	150
5.7.2.1 Potencial de atracción de la zona de estudio: Atractivos recreativos naturales y culturales de la zona de estudio.....	151
5.7.2.1.1 Atractivos naturales.....	152
5.7.2.1.2 Atractivos religiosos de la zona.....	154
5.7.3. Objetivos estratégicos.....	156
5.7.4. Justificación de la estrategia: índice de dependencia.....	156
5.7.5 Profesionalización de nuevos prestadores de servicios de salud....	162
5.7.5.1 Medicina Tradicional.....	162
5.7.5.2 Medicinas complementarias.....	164
5.7.5.3 Terapias no mencionadas en la legislación mexicana.....	165
5.7.5.4 Medicina Alópata.....	166
5.7.5.5 Áreas del conocimiento para el SBIS.....	167
CONCLUSIONES.....	168
Referencias Bibliográficas.....	173
Anexos.....	197

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Enfermedades crónico-degenerativas: Proyección de algunos aspectos para el periodo 2012-2050. (Miles de casos, Gasto médico en millones de pesos de 2012).....	10
Cuadro 2. Modos de producción y presencia de otros Factores socioeconómicos.....	15
Cuadro 3. Evolución histórica de las características de desarrollo (Sistema Capitalista).....	18
Cuadro 4. Estándar promedio de vida en la población mundial.....	20
Cuadro 5. Sistema de Salud.....	35
Cuadro 6. Municipio de Puebla: principales causas de defunción jurisdicción V de Puebla 2005.....	46
Cuadro 7. Desequilibrios financieros del sistema de salud mexicano.....	49
Cuadro 8. Sustento financiero del sistema de protección social en México.....	50
Cuadro 9. Estructura de las contribuciones financieras para garantizar una protección social universal.....	51
Cuadro 10. Cuota Familiar según decil de ingreso en 2012 (cifras en pesos)...	52
Cuadro 11. Consumo por servicio de medicina tradicional, 2009.....	55
Cuadro 12. Índice de urbanidad calculado para las localidades de estudio con base en datos del Censo INEGI 2010.....	69
Cuadro 13. Índice de ruralidad calculado para las localidades de estudio con base en datos del Censo INEGI 2010.....	70
Cuadro 14. Encuestas en la región de estudio.....	76
Cuadro 15. Enfermedades presentes en las comunidades de estudio. Porcentaje de la población encuestada.....	85
Cuadro 16. Interpretación de la población de la causa para enfermar de diabetes.....	86
Cuadro 17. Ingreso monetario mensual estimado por hogar y comunidad.....	88
Cuadro 18. Opciones de salud en las localidades de estudio.....	89
Cuadro 19. Sistema de Bienestar Individual Tradicional de Salud (SBITS) en la	

región. Porcentaje de población que utiliza la opción de salud.....	90
Cuadro 20. Porcentaje de hogares que consumen los elementos del Sistema de Bienestar Individual Alópata (SBIAS) por estrato.....	91
Cuadro 21. Consulta y uso promedio por año, porcentaje de consumidores del servicio de cada comunidad. (consultas/uso promedio, porcentaje de la comunidad que consume el servicio).....	93
Cuadro 22. Índice de Diversidad de opciones de salud consumidas por rubro y localidad (consumo promedio por año* porcentaje de la población que consume o utiliza el servicio).....	94
Cuadro 23. IBIS: índice de bienestar individual de salud (Sumatoria de índices de estrategia anual de cada uno de las opciones de salud).....	95
Cuadro 24. Grado Ruralidad * Enfermedades que se tratan en casa (primera mención).....	97
Cuadro 25. Elementos de salud disponibles en el hogar.....	99
Cuadro 26. Enfermedades tratadas con remedios caseros.....	101
Cuadro 27. Grado urbanidad por utilidad plantas medicinales vivas en casa.....	102
Cuadro 28. Plantas medicinales secas, Productos naturistas en casa (Primera mención).....	103
Cuadro 29. Género * plantas medicinales para curarse. Número de plantas mencionadas por género (Primera mención).....	104
Cuadro 30. Productos para la salud que adquieren en las misceláneas.....	105
Cuadro 31. Enfermedades que se atienden en la casa de salud ubicada en su comunidad.....	107
Cuadro 32. Grado de Ruralidad * Acción si la casa de salud está cerrada.....	108
Cuadro 33. Primera opción de atención médica.....	109
Cuadro 34. Grado de Ruralidad * Primera opción de atención médica. Porcentaje de la población.....	110
Cuadro 35. Enfermedades que se atienden en el hospital regional IMSS.....	110
Cuadro 36. Grado de Ruralidad * costo de curarse en el hospital.....	111
Cuadro 37. Grado de Ruralidad * Se cura todo en el hospital regional.....	113
Cuadro 38. Grado de Ruralidad * Enfermedades que no se curan en el hospital	

regional.....	113
Cuadro 39. Grado de Ruralidad * Profesionales de salud necesarios en la región.....	115
Cuadro 40. Lugares de consulta y frecuencia del uso del servicio de huesero.....	118
Cuadro 41. Efectividad del huesero en la curación del padecimiento.....	119
Cuadro 42. Frecuencia uso huesero por comunidad.....	120
Cuadro 43. Resumen de la estrategia general de la unidad familiar.....	122
Cuadro 44. Factor grado de ruralidad y tiempo de traslado a la cabecera municipal.....	123
Cuadro 45. Promedio anual de consultas a la clínica.....	123
Cuadro 46. Medio de transporte utilizado para acudir al hospital regional.....	124
Cuadro 47. Factor conocimiento de opciones de salud: Grado de ruralidad correlacionado con cantidad de médicos, curanderos y hueseros que conocen..	125
Cuadro 48. Factor nivel de dolor y gravedad para buscar atención médica.....	125
Cuadro 49. Factor número de médicos alópatas que conoce la unidad familiar...	126
Cuadro 50. Factor nivel de confianza en las diversas opciones de salud.....	127
Cuadro 51. Factor confianza en el médico del hospital.....	128
Cuadro 52. Factor consultas al médico particular.....	128
Cuadro 53. Factor confianza en el sistema de medicina tradicional.....	129
Cuadro 54. Porcentaje de población que ha consumido el producto o servicio y confianza (escala del 1 al 10) en el Sistema de Medicina Tradicional (SMT) de la zona por opción de salud.....	130
Cuadro 55. Factor frecuencia de asistencia al huesero.....	130
Cuadro 56. Factor percepción del costo de cada opción de salud.....	131
Cuadro 57. Factor responsable de salud dentro del hogar.....	132
Cuadro 58. Factor que determina al responsable de salud dentro del hogar.....	132
Cuadro 59. Red de apoyo en caso de enfermedad.....	133
Cuadro 60. Ocasiones en que han recibido apoyo de su red.....	134
Cuadro 61. Factor económico de la estrategia de vida en salud.....	135
Cuadro 62. Variables relacionadas con la preferencia de atención en el Hospital	

Regional IMSS de los habitantes de la mixteca poblana.....	136
Cuadro 63. Variables que influyen en la decisión de acudir con el médico privado en la mixteca poblana.....	137
Cuadro 64. Variables que influyen en la decisión de consultar al médico naturista.....	137
Cuadro 65. Variables relacionadas con la decisión de consultar al curandero en la mixteca poblana.....	138
Cuadro 66. Variables que influyen en la decisión de consultar al huesero en la mixteca poblana.....	138
Cuadro 67. Mercado de plantas medicinales vivas por comunidad en la región de estudio en pesos y dólares (usd).....	140
Cuadro 68. Mercado de plantas medicinales secas por comunidad en la región de estudio en pesos y dólares (usd).....	141
Cuadro 69. Mercado de consumo servicios huesero por comunidad en la región de estudio en dólares (usd).....	142
Cuadro 70. Mercado de consumo servicios curandero por comunidad en la región de estudio en pesos y dólares (USD).....	143
Cuadro 71. Mercado en pesos y dólares (usd) del Sistema de Bienestar Individual Tradicional en la región de Tepexi de Rodríguez por comunidad y componente del SBIT.....	143
Cuadro 72. Número de visitas y consultas a la casa de salud y la clínica gratuita	146
Cuadro 73. Estimación del mercado de consumo de servicios del médico privado en la región de estudio (Pesos y dólares).....	146
Cuadro 74. Estimación del mercado en pesos del Sistema de Bienestar Individual Tradicional en la Región de Tepexi de Rodríguez por componente del SBIT.....	147
Cuadro 75. Personal de salud que conocen los entrevistados.....	149
Cuadro 76. Potencialidades y limitaciones de territorio para el fortalecimiento del SBIS.....	150
Cuadro 77. Calendario de festividades en la región.....	155
Cuadro 78. Festividades relacionadas con la actividad agropecuaria.....	155

Cuadro 79. Dependencia externa en términos de salud. Consulta y uso promedio por consumidores del servicio de cada comunidad (consultas/uso promedio, porcentaje de la comunidad que consume el servicio)..... 157

Cuadro 80. Áreas del conocimiento necesarias para prestador de servicios de salud bajo el SBIS..... 167

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Agrupación de países por regiones según la Organización de Naciones Unidas ONU.....	4
Figura 2. México: Evolución de la esperanza de vida por género. (1930-2000)..	8
Figura 3. Causas de defunción en México, datos comparados en porcentajes. 1950, 2010.....	9
Figura 4. Población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 2001-2011 (porcentajes).....	10
Figura 5. Comparativo de servicios ofrecidos en las unidades de medicina tradicional del estado de Puebla.....	11
Figura 6. Pirámide de Maslow.....	34
Figura 7. Cobertura efectiva del sistema de salud, por entidad federativa. México, 2000-2003.....	48
Figura 8. Organización del sistema segmentada por grupos poblacionales.....	48
Figura 9. Desequilibrios financieros: predominio del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento.....	49
Figura 10. Aportación anual por persona para el ejercicio 2012.....	52
Figura 11. Presupuesto asignado al spss 2004-2012 (millones de pesos).....	53
Figura 12. Crecimiento acumulado de afiliados, 2004-2012 (millones de personas).....	53
Figura 13. Tepexi de la seda versus propuesta basada en criterios naturales....	66
Figura 14. Localidades de estudio.....	68
Figura 15. Regiones socioeconómicas del Estado de Puebla divididas en regiones urbanas y regiones rurales.....	78
Figura 16. Ubicación de zona de estudio: Tepexi de Rodríguez.....	80
Figura 17. Transición epidemiológica en México mortalidad de causas en porcentaje, 1976-2000.....	86
Figura 18. Principales causas de muerte en las comunidades de la zona.....	87
Figura 19. Transferencia de conocimiento tradicional sobre remedios caseros...	100
Figura 20. Calidad de atención en el hospital gratuito del IMSS.....	112
Figura 21. Ingreso promedio en relación con la opción de salud empleada en la mixteca poblana.....	139
Figura 22. Porcentaje del mercado del Sistema de Bienestar Individual Tradicional por componente.....	144
Figura 23. Porcentaje del mercado del Sistema de Bienestar Individual Tradicional por localidad.....	145

Presentación

El desarrollo rural endógeno es un concepto multidisciplinario que demanda la conciencia colectiva y la participación comunitaria. Su promoción debe responder a la mayoría de las inquietudes y necesidades de los beneficiarios directos, así como a la mejoría del entorno.

Los modelos de desarrollo han tenido un enfoque urbanocéntrico. La mayor cantidad de pobres habita en zonas rurales, generalmente con alta biodiversidad y sometidos económicamente a través de modelos de desarrollo que se han basado en la industrialización y la modernización de las regiones urbanas. De los casi 118 millones de mexicanos, el 22.2% viven en zonas rurales, lo que significa más de 25 millones de habitantes.

Temas como el de sustentabilidad y sostenibilidad involucran tanto a la población de las zonas urbanas, como la de zonas rurales. Las zonas urbanas producen la mayor cantidad de contaminantes, demandan la mayor parte de recursos naturales y constituyen la mayoría de la población del planeta. La visión urbanocéntrica de los modelos de desarrollo, incluye la tendencia actual de desarrollo basado en el libre mercado.

La evolución del pensamiento económico en torno al desarrollo ha reorientado el uso de recursos públicos para fomentar el desarrollo rural, pasando de proporcionar apoyos a los campesinos con el enfoque de Estado benefactor, a dejar que sea el libre mercado el que resuelva la tarea de asignación de recursos, bajo la argumentación del enfoque neoliberal.

Para lograr un verdadero desarrollo rural que responda a las necesidades locales se requiere el enfoque de desarrollo rural endógeno. Con un enfoque urbanocéntrico de los modelos de desarrollo, aunado al declive del Estado benefactor y el fortalecimiento del libre mercado se requiere partir de alternativas de desarrollo que, desde la comunidad, respondan a las necesidades de la población rural.

Las necesidades locales se manifiestan en el uso y consumo. El uso se conoce en el hogar y el consumo en el mercado. El uso y consumo reflejan las estrategias de vida locales.

A partir del análisis del pensamiento sobre el concepto de desarrollo, el propósito es llegar a conocer usos y consumos para proponer novedosos mercados rurales de productos y servicios locales. La tesis versa en torno a la identificación, el análisis y la valoración económica de las estrategias de vida de los hogares respecto a la salud y los mercados rurales de productos y servicios relacionados con la salud. El interés en la zona de Tepexi de Rodríguez, se originó del conocimiento previo de la región respecto a la presencia de oferta y demanda de medicina tradicional, observada durante la investigación de tesis de maestría.

El objetivo principal de la tesis fue analizar, como opción de desarrollo rural endógeno, al Sector de Bienestar Individual de Salud (SBIS). En la primera parte de la tesis, se describe el uso que las unidades familiares hacen de las opciones en el sector de bienestar individual de salud local; la segunda aborda la identificación y análisis de las estrategias de vida de la población respecto de la salud. La tercera parte analiza el consumo agregado de las unidades familiares, es decir, el mercado de salud de atención primaria en la zona de estudio. La cuarta parte propone una estrategia de fortalecimiento interno de la actividad de medicina tradicional para aprovechar el potencial de uso y potencial económico, que sustente una estrategia de desarrollo encaminada a fortalecer la seguridad social en salud y al mismo tiempo incrementa la oferta profesionalizada de los servicios y productos de salud.

La tesis se encuentra dividida en los capítulos siguientes: Planteamiento de la investigación, marco teórico, métodos y técnicas de investigación, marco de referencia y resultados; finaliza con un apartado de conclusiones y recomendaciones.

Para conocer la estrategia de vida en salud basada en el uso y consumo de servicios de salud, la investigación se realizó en seis comunidades seleccionadas con base en la distancia al hospital regional gratuito. Acorde con el planteamiento de investigación, en los resultados se describe el uso en el hogar y consumo de las opciones sistema de Bienestar Individual de Salud. Se determinan los factores de la toma de decisiones en la estrategia de vida. Para sustentar económicamente la estrategia, se estimó el mercado local de las opciones de salud basado en el consumo y su frecuencia.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El capítulo aborda el argumento principal de la investigación, relacionado con la posibilidad de contribuir al desarrollo rural endógeno, a partir de conocer el uso y consumo de opciones de salud, base de la estrategia de las unidades familiares, manifestado en su nivel agregado en el mercado local de salud. El propósito central fue generar la información y conocimientos que permitieran identificar el potencial que tiene el Sistema de Bienestar Individual de Salud Tradicional como complemento de la opción alópata médica para contribuir al desarrollo rural de la región de Tepexi de Rodríguez, Puebla.

El capítulo está dividido en cinco apartados: inicia con la justificación de la investigación. La segunda parte aborda la descripción del problema, que incluye la pregunta principal de investigación; en la tercera parte se plantean las preguntas de investigación; la cuarta explica el objetivo general de investigación y los objetivos específicos. En la quinta se enuncia tanto la hipótesis general como las hipótesis específicas. Al final del capítulo se presenta la unión lógica de los elementos abordados.

1.1 Justificación

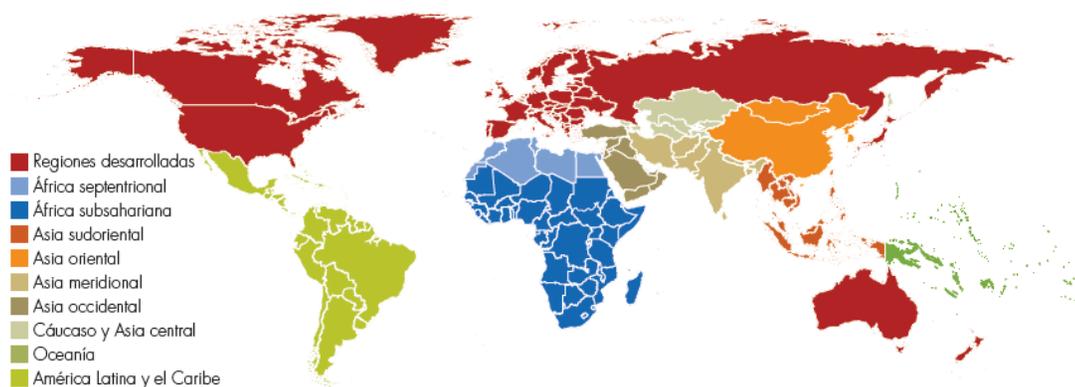
El ser humano, por naturaleza tiende a mejorar sus condiciones de vida para incrementar su bienestar, con las restricciones de su entorno que incluye factores como la disponibilidad de recursos naturales, la organización social, el nivel de libertad, el desarrollo de la tecnología, el modo de producción, el sistema de distribución de los bienes materiales y el paradigma de desarrollo vigente.

El desarrollo evoluciona en su concepción e indicadores para medirlo. El desarrollo ideal para cada época se establece con base en los estándares de los países más avanzados en el mundo. Dichos estándares se promueven a nivel mundial por las organizaciones multinacionales, como el objetivo a alcanzar por parte de los países en desarrollo.

Los indicadores de estándares de vida mínimos son establecidos por organismos multinacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM), la Organización Mundial de Comercio (OMC) entre otros. Con estos indicadores se

elaboran diagnósticos por países que dan cuenta de la situación de cada uno de ellos. La Organización de Naciones Unidas (ONU), a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) generó el documento denominado “Objetivos de Desarrollo del Milenio”. En la figura 1 se observan las regiones consideradas por el PNUD, que reciben recomendaciones de desarrollo por parte de los organismos multinacionales, al igual que el seguimiento de sus acciones operativas y sus resultados. En la figura se observa que las recomendaciones se dirigen a los que se consideran países en desarrollo (países que no están en color rojo), donde se encuentran todos los países Latinoamericanos.

Figura 1. Agrupación de países por regiones según la Organización de Naciones Unidas ONU



Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). “Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2012”. Naciones Unidas, Nueva York, 2012.
http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/Informe_ODM_2012.pdf

Los indicadores cuantitativos del estado de desarrollo de las naciones, son base para establecer los rubros susceptibles de mejora en los países en vías de desarrollo, sus entidades federativas, municipios y localidades. Para su operacionalización, los programas de desarrollo se limitan a dos vertientes: 1) El abatimiento de la pobreza, y 2) la generación de riqueza.

El enfoque de desarrollo de la Organización de Naciones Unidas y los organismos multinacionales es principalmente abatir la pobreza. Organismos multinacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional condicionan el apoyo económico a la consecución de los objetivos globales. Dicha presión internacional

influye sobre los modelos de desarrollo de los países no desarrollados, para que al final prime el enfoque de desarrollo de la Organización de las Naciones Unidas. Se miden los avances en el desarrollo mediante el cálculo del Índice de Desarrollo Humano (IDH), definido por el PNUD.

En el pasado, el desarrollo ponía mayor atención a la posesión de bienes materiales, la capacidad de obtenerlos y el acceso a los satisfactores de necesidades básicas que en orden de importancia son: alimentación, salud, vivienda y educación. El Índice de Desarrollo Humano (IDH), centrado en el individuo, considera aspectos similares: alimentación, educación, salud e ingreso. La recomendación internacional de desarrollo en dichos rubros se dirige principalmente a combatir la pobreza. El Banco Mundial (1990) define a la pobreza como “la incapacidad para alcanzar un nivel de vida mínimo”. La ONU define a la pobreza como “la condición caracterizada por una privación severa en la satisfacción de necesidades humanas básicas, que incluye alimentos, agua potable, instalaciones sanitarias, salud, vivienda, educación e información. El nivel de pobreza depende, no sólo de ingresos monetarios, sino también del acceso a servicios”¹ (ONU, 1995). Debe notarse que la salud es un rubro primordial para la ONU.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) es el encargado de darle coherencia a las acciones de organizaciones multinacionales² para revertir la naturaleza del sistema capitalista con la recurrencia de crisis y generación de desigualdad entre grupos humanos. En palabras de su Secretario General, Ban Ki-moon “No debe permitirse que las actuales crisis económicas que afectan a países desarrollados disminuyan o reviertan los avances conseguidos” (PNUD, 2012). En

¹ Absolute poverty was defined as "a condition characterized by severe deprivation of basic human needs, including food, safe drinking water, sanitation facilities, health, shelter, education and information. It depends not only on income but also on access to services."

² Durante la revisión del texto completo, se generó la siguiente lista: Organización Internacional del Trabajo; Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial; Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial; Fondo Monetario Internacional; Unión Internacional de Telecomunicaciones; Comisión Económica para África; Comisión Económica para Europa; Comisión Económica para América Latina y El Caribe; Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico; Comisión Económica y Social para Asia Occidental; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONU sida); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo; ONU-Mujeres, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Centro de Comercio Internacional; Unión Interparlamentaria; Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; Organización Mundial del Comercio. (PNUD, Objetivos de desarrollo del milenio, informe 2012).

torno a este proceso de desarrollo, se generan los discursos a nivel global que adoptan los países no desarrollados, incorporándolos a sus propios discursos, políticas públicas, programas y presupuestos. Bajo este escenario, es menester mantener como objetivo central el desarrollo humano y bienestar individual.

Desde su origen, el desarrollo humano se ha concebido como el proceso de expansión de las oportunidades del ser humano, entre las cuales destacan el disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimiento y lograr un nivel de vida decente” (PNUD, 2012). Dicho concepto no solo contempla el ingreso *per cápita*, sino que incorpora los elementos económico-sociales enfocados en el individuo. El IDH es una síntesis del estado promedio en el aspecto de salud, educación e ingreso, aspectos básicos del desarrollo humano. Su valor está entre cero a uno, donde los valores cercanos a uno indican lo mejor.

Tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados, la pobreza se concentra en las zonas rurales. A nivel mundial 1400 millones de personas aproximadamente, viven en situación de pobreza extrema, luchan por sobrevivir con menos de 1,25 dólares estadounidenses al día. Más de dos tercios de esas personas residen en zonas rurales de países en desarrollo (Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, 2011).

La población rural se define como aquella que habita en localidades con menos de 2 500 habitantes (INEGI, 2010). Las propuestas internacionales para remediar, la pobreza rural ya no se concentran en la producción agrícola, ya que se considera que la agricultura en pequeña escala no proporcionará una salida a la pobreza rural. En varias regiones la gente cada vez dirige más la atención a la economía no agrícola en busca de oportunidades nuevas y diferentes (Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, 2011).

En México, la planeación y las acciones de promoción del desarrollo le corresponden a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), a través de objetivos y estrategias³ nacionales, mientras que en el ámbito estatal también existen secretarías

³ Objetivo 1. Desarrollar las capacidades básicas de las personas en condición de pobreza. [alimentaria, escolar, salud, capacidades]; Objetivo 2. Abatir el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables a través de estrategias de asistencia social que les permitan desarrollar sus potencialidades con independencia y plenitud [Estancias infantiles, adultos mayores, personas en situación de vulnerabilidad]; Objetivo 3. Disminuir las disparidades regionales a través del ordenamiento territorial e infraestructura social que permita la integración de las regiones marginadas a los procesos de desarrollo y detonar las

correspondientes al desarrollo social. Es importante mencionar la semejanza en enfoque y objetivos que tienen lo propuesto por la Organización de Naciones Unidas y los programas sectoriales de la SEDESOL México. Hay un énfasis en la aplicación de subsidios para abatir la pobreza.

El rubro de salud es utilizado en los indicadores del Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL). Para definir, identificar y medir la pobreza en México, el CONEVAL toma en consideración al menos los siguientes indicadores: 1) Ingreso corriente per cápita; 2) Rezago educativo promedio en el hogar; 3) Acceso a los servicios de salud; 4) Acceso a la seguridad social; 5) Calidad y espacios de la vivienda; 6) Acceso a los servicios básicos en la vivienda; 7) Acceso a la alimentación y 8) Grado de cohesión social. Estos indicadores se utilizan para definir la pobreza en México y guiar la política de desarrollo social estratificada.

El índice de Desarrollo Social utilizado por el Consejo Nacional de Población CONAPO refiere siete rubros; en orden de importancia: 1) vida sana y saludable, 2) adquirir conocimientos e información, 3) condiciones adecuadas para estudiar y formarse, 4) condiciones adecuadas de inserción laboral, 5) redes de protección social, 6) nivel de vida digno, 7) vivienda digna (Conapo, 2005).

El indicador de salud se encuentra como prioridad en los indicadores nacionales e internacionales. En el caso de México, la constitución establece que la salud es un derecho de los mexicanos. Por ello se justifica investigación de desarrollo en el rubro de salud con el propósito de incrementar el bienestar en el hogar y vislumbrar el fortalecimiento económico de las diferentes regiones del país.

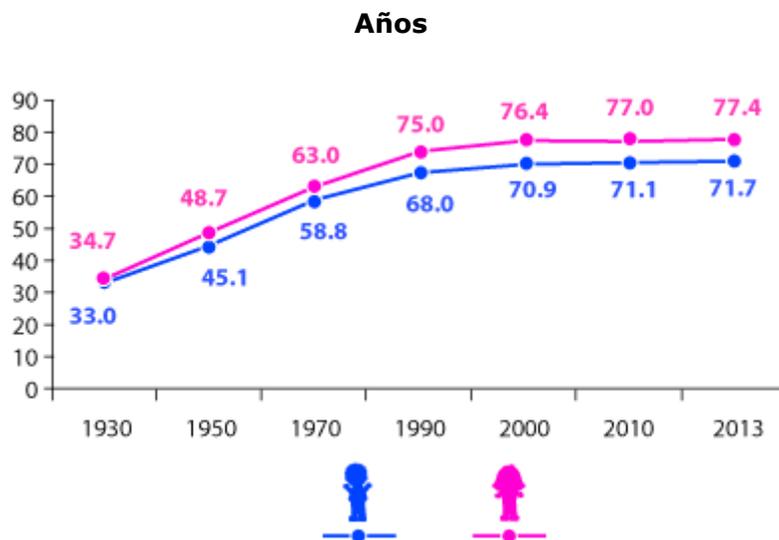
potencialidades productivas. [regiones más marginadas del país, reducir la brecha regional de desarrollo humano, Vincular a las regiones marginadas con zonas desarrolladas aprovechando sus ventajas competitivas y así integrarlas a procesos de desarrollo, concertadas con la sociedad civil, riesgos naturales]; Objetivo 4. Mejorar la calidad de vida en las ciudades, con énfasis en los grupos sociales en condición de pobreza, a través de la provisión de infraestructura social y vivienda digna, así como consolidar ciudades eficientes, seguras y competitivas. [incorporación equitativa sustentable, condiciones de vivienda y entorno de los hogares, desarrollo de ciudades y zonas metropolitanas seguras, competitivas, sustentables, bien estructuradas y menos costosas, Frenar la expansión desordenada de las ciudades]. Compilado a partir del documento elaborado por: Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), "Programa Sectorial de Desarrollo Social", México, D.F., 2007. http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/documentos_pdf/Prog_Sectorial_WEB.pdf

1.1.1 Investigación en zonas rurales de alta marginación

Este trabajo se sustenta en el enfoque del desarrollo rural endógeno para generar opciones productivas que incrementen el bienestar considerando las estrategias de vida relacionadas con la salud del hogar. Desde la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la década de 1940, México ha hecho un esfuerzo para incrementar la cobertura de servicios de salud y la política pública actual continua con el esfuerzo para aumentar su cobertura (Página IMSS, 2013). La salud representa, después de la alimentación, el bien básico necesario para que todo individuo se desarrolle plenamente. Los indicadores sobre el nivel de cobertura en salud, muestran que las poblaciones rurales son las menos favorecidas.

La esperanza de vida en México, como en otros países en desarrollo, ha tenido progresos significativos; este indicador ha pasado de 45 años en 1940, a 75 en 2010 (Figura 2). Ello implica un mayor reto para brindar las condiciones mínimas necesarias para la población de la tercera edad.

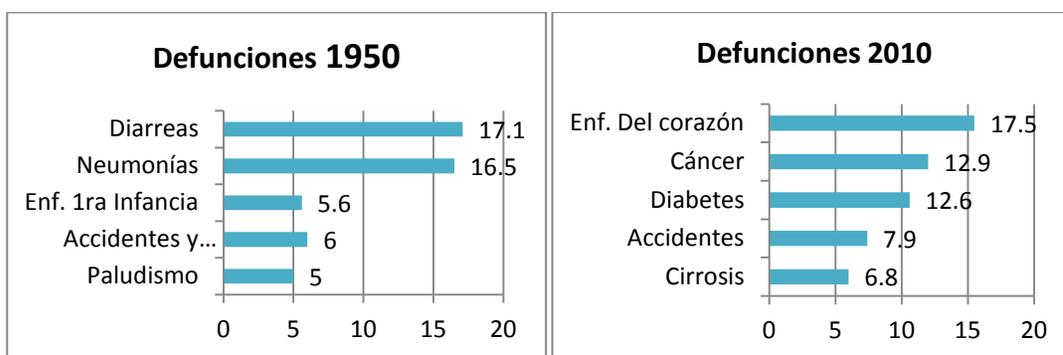
Figura 2. México: Evolución de la esperanza de vida por género. (1930-2000)



FUENTE: Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000).
Esperanza de vida según sexo, 1990 a 2013.
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

La esperanza de vida en el 2000 era de 74 años y pasó a casi 75 para el 2013. El 72% de la población del estado de Puebla es urbana (INEGI, 2013), con un estilo de vida sedentario que ha modificado el tipo de enfermedades de infecciosas a crónico degenerativas (Kumate, 2002) que por su naturaleza son permanentes con alto costo monetario y social. Los casos de obesidad en el país se han incrementado y junto con ello, los de *diabetes mellitus* y las enfermedades relacionadas (Informe Secretaría de Salud, 2008). En comparación con el promedio nacional, la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2012 menciona que Puebla presentó niveles ligeramente más altos en las prevalencias de los diagnósticos médicos de diabetes, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. En la figura 3 se muestra la diferencia del tipo de enfermedades que conducían a una defunción en 1950 comparados con los del año 2010.

Figura 3. Causas de defunción en México, datos comparados en porcentajes. 1950, 2010



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012.

Las enfermedades actuales son crónico-degenerativas, que implican mayor costo y complicaciones secundarias; ello se corresponde con un incremento del gasto médico. En el Cuadro 1 se muestra el incremento del gasto médico proyectado para el 2050, con precios constantes del 2012, el cual se estima en un 437% de incremento.

Cuadro 1. Enfermedades crónico-degenerativas: Proyección de algunos aspectos para el periodo 2012-2050. (Miles de casos, Gasto médico en millones de pesos de 2012)

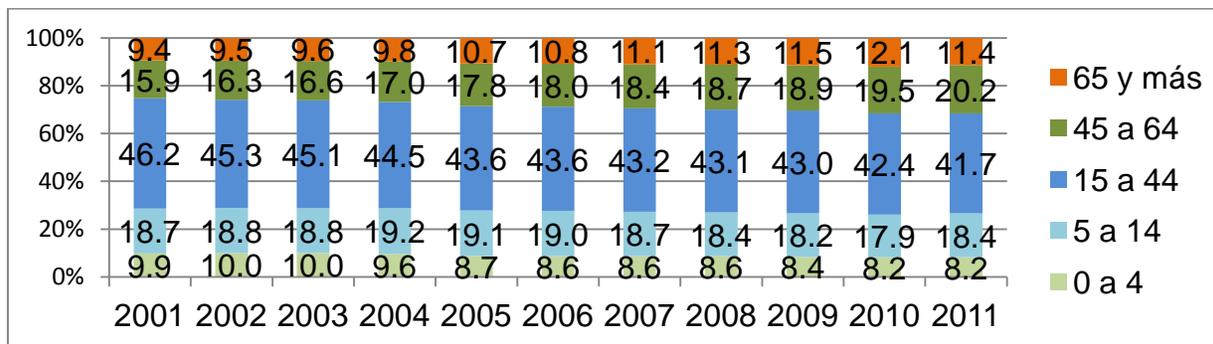
Año	Consultas (miles de casos)	Pacientes bajo tratamiento (miles de casos)	Egresos hospitalarios (miles de casos)	Consultas (millones de pesos)	Medicamentos y auxiliares de diagnóstico (millones de pesos)	Hospitalización (millones de pesos)	Total (millones de pesos)
2012	31,167	8,503	191	16,541	37,672	10,942	65,155
2020	38,993	8,597	234	24,751	52,762	16,243	93,756
2030	48,772	9,456	289	39,477	78,658	25,556	143,691
2040	56,423	10,363	339	58,288	111,339	38,228	207,854
2050	59,958	11,000	371	79,137	152,416	53,235	284,788

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social. "Entorno demográfico y epidemiológico". México, Distrito Federal. 2012.

<http://www.imss.gov.mx/estadisticas/Documents/20112012/C02.pdf>

Esta tendencia se corrobora con las estadísticas del IMSS y se representa en la figura 4, donde se observa un incremento de derechohabientes mayores de 45 años de edad.

Figura 4. Población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 2001-2011 (porcentajes)



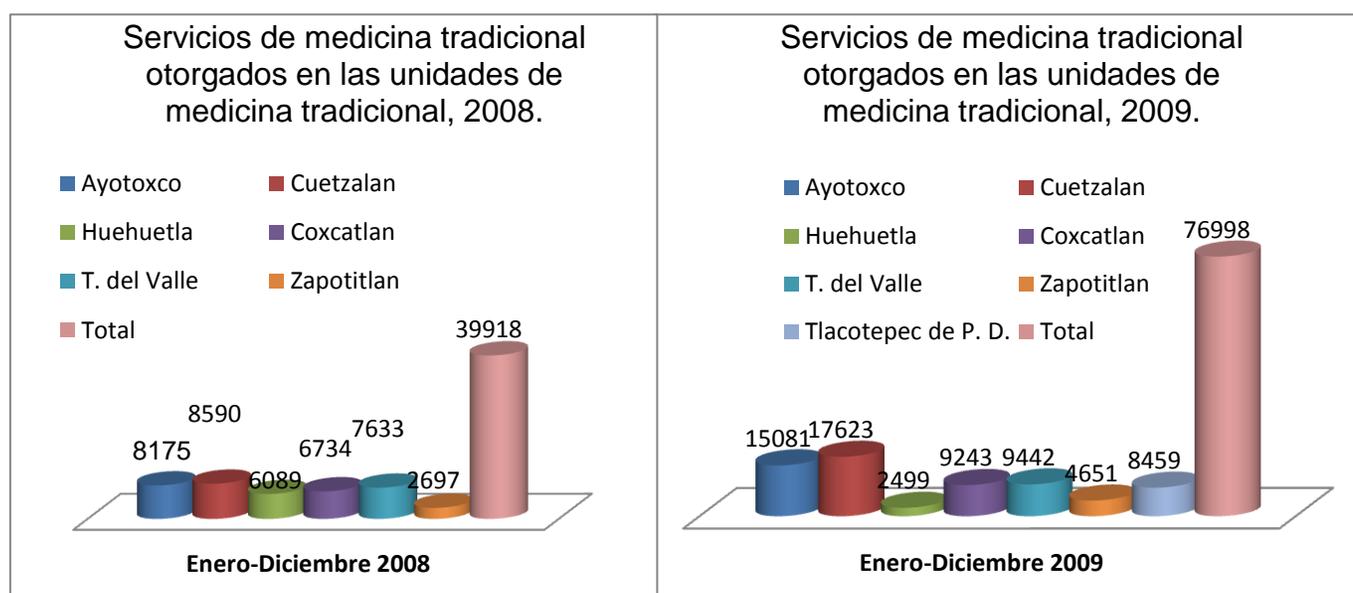
Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social. "Entorno demográfico y epidemiológico". México, Distrito Federal. 2012.

<http://www.imss.gov.mx/estadisticas/Documents/20112012/C02.pdf>

Las condiciones mostradas anteriormente, hacen necesario que se genere mayor número de investigaciones en materia de desarrollo enfocado a la salud en las zonas

rurales que tienden a urbanizarse y con mayor razón en las de alta marginación. En el estado de Puebla se ha incrementado la demanda de medicina tradicional en los hospitales integrales hasta casi duplicarse el número de consultas registradas en un año. Así lo reporta la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo de la Secretaría de Salud del estado de Puebla en sus estadísticas de los servicios brindados. En la figura 5 se observa el incremento en los servicios otorgados por parte de las unidades de medicina tradicional de la referida dependencia.

Figura 5. Comparativo de servicios ofrecidos en las unidades de medicina tradicional del estado de Puebla



Fuente: Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo de la Secretaría de Salud del estado de Puebla, 2013.

1.2. Descripción del problema, preguntas de Investigación y objetivos

La definición del problema de investigación se originó de observar que se mantiene la demanda de medicina tradicional, a pesar de la existencia de un hospital regional gratuito del IMSS, que brinda servicios de medicina general, cirugía, antídotos, hospitalización y medicamentos en forma gratuita. Ello significa que la población combina los servicios alópatas públicos y privados con la medicina

tradicional como son los remedios caseros (basados en herbolaria), del curandero y huesero, principalmente.

1.2.1 Enunciado del problema (pregunta principal) general

¿En qué medida el conocimiento sobre las estrategias de vida en el sector de bienestar individual de salud y su mercado, permite construir una alternativa de desarrollo rural endógeno en la zona de Tepexi de Rodríguez, Puebla?

Se plantearon las siguientes preguntas específicas.

- i. ¿Cuáles son las características del Sector de Bienestar Individual de Salud en la zona de estudio?
- ii. ¿Cómo configuran las unidades familiares sus estrategias de vida en la salud y cómo ello puede sustentar el mercado endógeno?
- iii. ¿El tamaño del mercado de la medicina tradicional dentro del SBIS es suficientemente grande para justificar la profesionalización de personas que ofrezcan dichos servicios a la población para coadyuvar con una estrategia de desarrollo?

1.3 Objetivo general

Valorar las posibilidades que tiene el sector de bienestar individual de salud para constituirse en una opción de desarrollo rural endógeno en la zona de Tepexi de Rodríguez, Puebla.

1.3.1 Objetivos específicos

- i. Describir las características del Sector de Bienestar Individual de Salud en la zona de estudio.
- ii. Analizar las estrategias de vida de las unidades familiares relacionadas con la salud y como ello sustenta el mercado endógeno.
- iii. Valorar el tamaño del mercado endógeno de la medicina tradicional dentro del SBIS y determinar si es lo suficiente para justificar la existencia de personas que ofrezcan dichos servicios a la población y una estrategia de desarrollo que sustente la propuesta.

1.4 Hipótesis general

Las características del sistema de salud local, condiciones y mercado que se generan de las estrategias de vida en salud, permiten contribuir al desarrollo rural endógeno sustentado en la medicina tradicional de la zona de Tepexi de Rodríguez, Puebla.

1.4.1 Hipótesis específicas

- i. Las características del Sector de Bienestar Individual de Salud en la zona de estudio incluyen opciones de medicina tradicional que son utilizadas a pesar de contar con hospital gratuito.
- ii. Las estrategias de vida de las unidades familiares en la salud tienden a la complementariedad de las opciones entre la medicina alópata y la medicina tradicional, y tienen como resultado la reducción de gastos.
- iii. El tamaño del mercado endógeno de la medicina tradicional es lo suficiente para justificar la existencia de personas que ofrezcan dichos servicios a la población.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

Los indicadores de bienestar fueron económicos en su inicio. A partir de 1970, se incorporan aspectos sociales. Mejorar las condiciones de vida, ha sido parte de la naturaleza humana. El concepto de desarrollo e investigaciones formales al respecto, surgen en el periodo de posguerra de la segunda guerra mundial, con el objetivo de lograr la supremacía del sistema capitalista sobre el socialista.

Los grupos humanos han buscado imponerse a otros grupos desde la antigüedad, tal es el caso del imperio romano en Europa de los años 300 a.c. - 476 d.c., retomado por el Imperio Bizantino (Asimov, 1967); el imperio Azteca e Inca en América; el imperio Mongol en Asia. España, Portugal, Francia, Holanda, entre otros, durante la edad media.

Con esa tendencia se llega a la segunda guerra mundial. Al finalizar, en 1945, el mundo quedó dividido en tres bloques: Estados Unidos, la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) y Europa. En esa época aun existían colonias pertenecientes principalmente a Europa. Se agudiza la competencia por la supremacía entre dos modos de producción: el capitalista y el socialista. Es en este contexto de competencia que empieza a gestarse el concepto de desarrollo del siglo XX.

Al tratarse de competencia entre dos modos de producción, se llegaba a una competencia ideológica en el terreno de las teorías, que iniciaba con lo que se denomina la doctrina Harry Truman (1947), quien siendo presidente de Estados Unidos en su discurso ante el Congreso en Washington el 12 de marzo de 1947 establece que:

“Uno de los objetivos fundamentales de la política exterior de Estados Unidos es la creación de condiciones en las cuales nosotros y otras naciones podamos forjar una manera de vivir libre de coacción. Nuestra victoria se logró sobre países que pretendían imponer su voluntad y su modo de vivir a otras naciones. Sin embargo, no alcanzaremos nuestros objetivos a menos que estemos dispuestos a ayudar a los pueblos libres a preservar sus instituciones libres y su integridad nacional frente a los movimientos agresivos que tratan de imponerles regímenes totalitarios ... En la presente etapa de la historia mundial casi todas las naciones deben elegir entre modos alternativos de vida. Con mucha frecuencia, la decisión no suele ser libre. En varios países del mundo, recientemente, se han implantado por la fuerza regímenes totalitarios, contra la voluntad popular. El gobierno de los Estados Unidos ha levantado frecuentes protestas contra las coacciones y las intimidaciones realizadas en

Polonia, Rumanía y Bulgaria, y viola el acuerdo de Yalta ... Creo que nuestra ayuda debe ser principalmente económica y financiera, que es esencial para la estabilidad económica y política ..." (Truman, 1947).

La doctrina Truman se enfocó en contener el avance del bloque comunista soviético: "Salvar al mundo del bolchevismo y reestructurar el mapa de Europa eran dos proyectos que se superponían, pues la maniobra inmediata para enfrentarse a la Rusia revolucionaria, en caso de que sobreviviera, era aislarla ... de estados anticomunistas ..." (Hobsbawm, 1998: 114). Ello implicaba una ideología de desarrollo para los países que tenían la posibilidad de optar por la alternativa comunista, donde el modelo de desarrollo a seguir debería ser los Estados Unidos. Así inició la generación de modelos de desarrollo que sustentaran ese objetivo.

La palabra desarrollo se ha utilizado para expresar una mejora en una diversidad de áreas del conocimiento y actividad humanas, se tienen términos como: desarrollo comunitario, desarrollo emocional, desarrollo económico, desarrollo psicomotor, desarrollo profesional de los docentes, desarrollo humano, desarrollo organizacional, desarrollo personal, desarrollo tecnológico, desarrollo profesional, entre otras aplicaciones de la palabra desarrollo al lenguaje común. En términos de grupos humanos, se habla de desarrollo socio-económico.

El Cuadro 2 pretende resumir los diferentes modos de producción y la presencia en cada uno de ellos, de otros factores como el mercado, las formas de gobierno, derechos y libertades, etc.

Cuadro 2. Modos de producción y presencia de otros Factores socioeconómicos

Modo de producción	Mercado	Forma de Gobierno	Libertad/Derecho	Unidad de producción
Esclavismo	Mercado, granja-ciudad	Monarquía-Autocracia	Libre-esclavo	Granja
Feudalismo	Mercado interno en el feudo	Señor feudal	Libre-Siervo	Feudo, hacienda.
Capitalismo	liberalismo	República Democracia	Estado-ciudadano-nación	Empresa Privada
Socialismo	Regulado	República	Estado-ciudadano-nación	Empresa pública
Comunismo	regulado	República	Estado-ciudadano-nación	Empresa pública

Fuente: Elaboración propia.

Economistas clásicos como Adam Smith llamaron naciones civilizadas a las más desarrolladas, versus naciones salvajes a aquellas más atrasadas. Smith en su obra “la Riqueza de las Naciones” (1776), hace referencia a naciones “civilizadas y laboriosas”, comparadas con las “naciones salvajes de cazadores o de pescadores”; el autor incorpora el término de “mano invisible”, es decir, liberalismo económico como ideología de crecimiento económico y distribución de los bienes generados. David Ricardo (1817) en sus escritos sobre crecimiento económico, vislumbra que los modelos de crecimiento económico deben favorecer la circulación e intercambio de toda clase de propiedad: “Para la prosperidad general, no puede considerarse nunca excesiva la facilidad que se otorgue a la circulación e intercambio de toda clase de propiedad, ya que es por ese medio que el capital de toda clase, tiene la posibilidad de encontrar el camino hacia las manos de aquellos que mejor lo emplearán en aumentar el producto del país” (D. Ricardo, Principios de economía política y tributación, 1817). Carlos Marx, por su parte, aseveraba que el crecimiento económico provenía del progreso técnico. Estos tres autores sentarían las bases e ideología para los modelos de desarrollo generados después de la segunda guerra mundial.

La comparación del nivel de desarrollo entre naciones, vuelve a ser utilizada por Harry Truman en 1942 para diferenciar entre naciones desarrolladas y naciones no desarrolladas, quien en 1949 promovió la política desde Estados Unidos para fortalecer al mundo no desarrollado a través de favorecer la modernización, objetivo respaldado con instituciones multinacionales⁴ creadas para la competencia ideológica.

Rostow (1960) en su manifiesto no comunista, fortalece esta ideología capitalista, alude que existe un camino sencillo, lineal, natural “Es posible clasificar todas las sociedades, al tener en cuenta sus aspectos económicos, en cinco categorías: sociedad tradicional, precondiciones para el despegue hacia un crecimiento autosostenido, camino hacia la madurez y etapa de alto consumo. Estas etapas no son solo descriptivas; no son una mera forma de generalizar las observaciones de ciertos hechos sobre la secuencia del desarrollo en sociedades modernas, sino que tienen su propia lógica interna y continuidad”. Este enfoque tuvo detractores por la

⁴ En 1944 se crea también el Banco Mundial, la ONU creada en 1945, se regía por la Asamblea General de las Naciones Unidas, misma que en 1965 genera el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), además de la creación de la Comisión Económica para el Desarrollo de América Latina (CEPAL), el Fondo Monetario Internacional se crea en 1945, entre otras.

manera mecanicista que defiende, pero deja la idea de modernización. Prebisch representante de la Comisión Económica para América Latina, hace énfasis en la transferencia de tecnología y progreso técnico: “La propagación universal del progreso técnico desde los países originarios al resto del mundo, ha sido relativamente lenta e irregular” (Prebisch, 1951). La teoría de la dependencia introdujo los conceptos de barreras para el crecimiento económico y el de desarrollo estabilizador enfocado a la sustitución de importaciones. Es hasta finales de 1960 que se habla de crecimiento con equidad, introduciendo indicadores socio-económicos como nivel de mortalidad, cobertura de servicios médicos y cobertura de servicios públicos.

El concepto de desarrollo sostenible surge en la década de 1970 e impone un requisito extra al desarrollo: que sea compatible con la sustentabilidad ecológica: “Dicho proceso debía de ser capaz de generar un desarrollo no sólo sostenible en términos ecológicos, sino también sociales y económicos. Esto es, que además de asegurar su armonía con el medio ambiente, este calificativo debería considerar la preservación y mejora de las condiciones actuales, para beneficio de futuras generaciones. Lo anterior quedó establecido por las Naciones Unidas en el llamado “Informe Brundtland: Nuestro Futuro” (ONU, 1987).

En la década de 1980, bajo el Consenso de Washington, el desarrollo se basa en el libre mercado donde la estrategia es minimizar el poder del Estado y favorecer la libertad de las empresas nacionales y multinacionales. Esta situación se vive a nivel mundial con crisis recurrentes en Europa, Estados Unidos y los países emergentes. En términos de indicadores de desarrollo, están al frente los socioeconómicos y en el siglo XXI se inicia el establecimiento de indicadores del nivel de felicidad por país.

Las características históricas de desarrollo mencionadas en las páginas anteriores se resumen en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Evolución histórica de las características de desarrollo (Sistema Capitalista)

	Organismo multinacional	Teoría del Desarrollo	Principales características de desarrollo	Indicador	Papel del Estado
EXÓGENO INTERNACIONAL	1945 ONU Banco Mundial FMI	Lineal, modernización: Rostow	Préstamos y transferencia de tecnología	Indicador Producto Nacional Bruto	Regulador del mercado y vigilante de indicadores económico
	1950 CEPAL	Estructuralismo	Sustitución de importaciones	Indicadores	Regulador del mercado y vigilante de indicadores socio-económicos
	1965 PNUD	Dependencia	Desarrollo estabilizador	Socio-económicos	
	1970 Socio-económico	Requisito de enfocarse a las necesidades básicas.	Requisito social	Nacionales	
	1979 Sustentable	Requisito: sustentable	Requisito sostenible	Estatales	
1982 Consenso de Washington	Neoliberalismo	Neoliberal			
ENDÓGENO	1980-1990 Venta de para-estatales	Neoliberalismo Neoestructuralismo	Estado mínimo con intervención en el mercado en sectores que la iniciativa privada no cubre	Indicadores socio-económicos, Grado de marginación	Promueve que funcione el libre mercado. Vigilante de Indicadores socio-económicos abatimiento de la pobreza
	1990-2013 TLC	Neoliberalismo	Modelo no explícito de abatir la pobreza rural y Modelo de desarrollo basado en estrategias de vida .	Indicadores socio-económicos Índice de Desarrollo Humano mpal.	Estado: Vigila que funcione el libre mercado Vigilante indicadores socio-económicos Abatimiento de la pobreza
	2013-2025	Neoliberalismo	Modelo: Riqueza Local con desarrollo humano	Indicadores socio-económicos. IDH por localidad. Índice de Felicidad	Gobs. Locales activos. Vigilan y promueven indicadores Desarrollo científico

Fuente: Elaboración propia.

Obsérvese que a partir de 1980 bajo el consenso de Washington, la responsabilidad del desarrollo descansa en la iniciativa privada donde el liberalismo económico dicta las acciones que el Estado debe hacer. Ahora se le denomina desarrollo endógeno por la necesidad de organizaciones e individuos de generar su propio desarrollo.

El modelo neoliberal se legitima y fortalece a partir de las organizaciones multinacionales “el Fondo Monetario Internacional (FMI), que recomienda a las

autoridades de países en desarrollo apliquen políticas monetarias y fiscales de austeridad” (Ocampo, 2005) además de fomentar ajustes estructurales como resultado del modelo neoliberal “En México el modelo económico desarrollista fue sustituido por el modelo neoliberal en 1982, este se caracteriza por fomentar programas de ajuste estructural ... una menor intervención del Estado en el desarrollo agrícola y rural” (Juárez y Ramírez, 2006).

2.1 Contexto actual del desarrollo

Debido al incremento constante de la esperanza de vida, al igual que el crecimiento de las ciudades, del sector industrial y de servicios, la humanidad enfrenta retos de desarrollo complejos con la presencia de altos niveles de pobreza y transición epidemiológica de enfermedades infecciosas a crónico-degenerativas. Se ha incrementado la esperanza de vida, al pasar de 37 años en 1700 a 73 años en el siglo XXI aunado al número de hijos por familia que sobreviven, lo que ha generado aumento considerable en la población⁵. En el siglo XVIII, la población vivía en casas de materiales naturales e iniciaba el uso del ladrillo y las viviendas colectivas. Había casas individuales para familias modestas y casas de alquiler para familias de bajos recursos. La burguesía vivía en palacios o mansiones, donde el patio central resaltaba por su esplendor y tamaño (Le-duc, 1945). Respecto al siglo XVIII, en el siglo XXI los avances en desarrollo son notorios.

El contexto actual para el desarrollo es que la población se ha incrementado constantemente desde 1700, al crecer de 688 a casi 7000 millones en 2012, con un incremento en la esperanza de vida de 34 a 77 años y un aumento del ingreso monetario promedio de USD\$100 a USD\$6,600. Se da una transición epidemiológica

⁵ El número de hijos por familia era de 7-8 (Digital History, 2012). El tipo de empleo era regulado y algunas veces forzoso, de tipo asalariado y principalmente agrícola, con poca actividad industrial (Jacob, 1997: 2). No existía el agua potable, drenaje en casa, electricidad, servicios médicos universales, educación superior generalizada, por lo que el estándar de bienestar se basaba en tener alimento sin movilidad social.

Para el siglo XX se observa un incremento en el nivel de vida: generalización del servicio eléctrico; redes de agua potable y drenaje; automóviles y caminos pavimentados; revolución verde para la producción de alimentos; generalización de innovaciones médicas como las cirugías, la penicilina, vacunas, seguro médico, métodos anticonceptivos; movilidad social a partir de la educación universitaria; incremento de la esperanza de vida. Estos elementos incrementaron el nivel de aspiración de la población y la mayor exigencia a los gobernantes para incrementar el nivel de condiciones de vida.

En el siglo XXI, la construcción de vivienda, en algunos puntos, se ha mantenido como en el siglo XX; mientras que en otras partes han cambiado los elementos de construcción con el fin de bajar costos. Es manifiesta una tendencia a la construcción de conjuntos habitacionales para los trabajadores del sector económico medio, sin lugares de esparcimiento. El número de hijos de este siglo se estima por 2.47 hijos por cada mujer a nivel mundial (Banco Mundial, 2012). El empleo se concentra en el sector servicios, aunado a que ahora se requiere mayor capacitación y habilidades, buscando eficiencia y eficacia (OCDE, 2010:5-7).

al cambiar de enfermedades infecciosas a crónico degenerativas, principalmente. La actividad económica es preponderantemente de servicios e industrial, donde también se minimiza la actividad física. La humanidad ha cambiado drásticamente en tres siglos. El Cuadro 4 resume las características descritas para las diferentes épocas.

Cuadro 4. Estándar promedio de vida en la población mundial

	1700	1800	1900	2000
Población mundial ₁	688-690 millones	995 millones	1600 millones	6261 millones
Esperanza de vida ₂	34-35 años	35-36 años	46-47 años	76-77 años
Ingreso promedio ₃	\$100-\$500 dólares	\$150-\$550 dólares	\$600-\$1200 dólares	\$6600 dólares
Enfermedades comunes ₄	Infecciosas, virales y bacterianas.	Infecciosas, virales y bacterianas.	Infecciosas, virales, bacterianas, inicio de crónico-degenerativa	Virales, incremento de crónico degenerativas

Fuentes: Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes

¹Datos y Estimaciones de Naciones Unidas, (2011).

²Trinity College, (2011); Good, (2011); Kruse Kronicle, (2008).

³Kruse Kronicle, (2008).

⁴Amorós, (2002); Fabricio, (2010).

El avance de la sociedad muestra que en el pasado, las enfermedades que conducían a la muerte eran principalmente infecciosas, virales y bacterianas mientras que en el siglo XXI la humanidad se enfrenta principalmente a las enfermedades crónico-degenerativas y virales.

2.1.1 Ruralidad y nivel de ruralidad

El incremento de densidad de población representa disminución de costo de edificación y mantenimiento al igual que menor costo de instalación de servicios públicos y privados. Al mismo tiempo representa incremento de las opciones de productos y servicios al igual que incremento de la productividad por la cercanía geográfica de los productores, proveedores y consumidores. El límite del incremento de densidad de población es mantener la habitabilidad de los espacios privados y

públicos. Bajo esta lógica, Villalvazo et al. (2002) menciona que las zonas metropolitanas son las de mayor jerarquía, donde se genera el 71 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) de México, lo que explica la “especialización económico-funcional”. La lógica de funcionamiento de las poblaciones humanas tiende a generar una ciudad central y poblaciones circundantes. Limonad y Monte (2012) comentan que la urbanización se presenta al incrementarse la población que radica en zonas urbanas mientras que “Lo urbano, a su vez, es un concepto cuyo referente fenomenológico es la ciudad”. Mencionan que las ciudades antiguas surgen como espacios de reunión de los estratos sociales altos, de establecimiento de poderes políticos y religiosos como la *urbs* de Roma. Desde esa época surge la subordinación de lo rural a lo urbano. Limonad y Monte mencionan que con el surgimiento de la industria y el establecimiento de estas en zonas urbanas, “permitió subordinar definitiva y completamente el campo a la dominación de la ciudad” (Limonad y Monte, 2012) ahora basada en el centro de poder pero también de la productividad.

La diferencia entre lo rural y lo urbano se define evolutivamente a partir de la división productiva donde lo rural produce bienes agropecuarios, mientras que en las zonas urbanas la producción es industrial y de servicios, principalmente. Echeverri y Ribero (2013) mencionan que una característica importante de lo rural es la baja densidad poblacional, además que las zonas rurales dependen del sector primario y actividades relacionadas, mientras que la urbanización es un proceso que se fortalece mediante las asimetrías económicas al igual que la imagen de la ciudad como el modelo de modernidad. La evolución de la relación rural-urbana ha cambiado debido al avance tecnológico y de vías de comunicación, ello ha disminuido las diferencias entre ambos territorios.

Carton de Grammont (2004) habla de nueva ruralidad cuando menciona que: “1) desaparece la dicotomía campo – ciudad; son diferentes pero complementarios; 2) se habla de la urbanización del campo porque se incrementan las ocupaciones no agrícolas; los medios masivos de comunicación llegan hasta las regiones más apartadas; 3) la tecnología revoluciona la vida en el campo; 4) la población rural no agrícola adquiere mayor importancia, pues se reproduce a partir de la combinación de las diferentes actividades económicas de sus miembros ”, entre otras características.

Por ello ya no es válido hablar de comunidades rurales y comunidades urbanas sino que ahora se habla en términos de nivel de ruralidad o urbanidad, para lo cual se requiere de un índice.

En Europa se ha planteado una reforma fundamental de la Política Agrícola Común desde la reunión de Luxemburgo en 2003. El enfoque de desarrollo rural ahora se ha planteado en el sentido de una “agricultura europea multifuncional” (Downey 2004) que incluye entre otras, el diseño y mantenimiento de paisajes rurales, así como la promoción de alimentos saludables, turismo y actividades al aire libre. A este enfoque se le conoce como de agricultura multifuncional.

Ramsey y Smith (2002) mencionan que lo urbano y lo rural se puede integrar más fácilmente gracias a la mayor disponibilidad de transporte, incremento de las comunicaciones, la presencia de la migración rural-urbana y viceversa.

En el artículo “un índice de ruralidad para México” (Zamudio, Corona y López, 2008) mencionan que los criterios utilizados en su modelo para determinar el nivel de ruralidad son el número de habitantes, el aislamiento medido con la distancia al centro urbano más cercano, la población económicamente activa (pea) en cada sector, y las características de las viviendas. Por otra parte Ibarra, Francisco y Morales (1997) también utilizan el indicador población, pea del sector primario y características de las viviendas, con ello el índice de ruralidad se encuentra en ruralidad muy alta, ruralidad alta, ruralidad media, ruralidad baja y ruralidad muy baja. Es decir, en zonas rurales, las localidades presentan diferentes niveles de ruralidad, tema que se retoma y aplica en el capítulo de métodos y técnicas de investigación para la clasificación de las comunidades de estudio respecto a su nivel de ruralidad.

2.1.2 Desarrollo rural endógeno

El desarrollo circunscrito al espacio rural se define como “un proceso de mejora del nivel del bienestar de la población rural y de la contribución que el medio rural hace de forma más general al bienestar de la población en su conjunto, ya sea urbana o rural, con su base de recursos naturales...” (Ceña, 1993: 29). Con el enfoque endógeno del desarrollo rural, el consumo económico debe tener “una fuerte base local capaz de garantizar un nivel de calidad de vida parecido al de las poblaciones

urbanas y de asegurar la sostenibilidad y la seguridad alimentaria, acompañados por un crecimiento económico justo” (ICEI, 2011).

El desarrollo debe ser local, endógeno, centrado en el bienestar individual que amplíe las capacidades, oportunidades y opciones para lograr una vida prolongada y saludable. Con enfoque de desarrollo endógeno, cuya base es el buen uso de los recursos localmente disponibles, administrados desde lo local, tales como: agua, tierra, vegetación, animales, conocimientos y cultural local, debe tomar en cuenta la forma de organización de la localidad. Este tipo de desarrollo trata de optimizar la dinámica de uso de los recursos, mejorar la diversidad cultural, bienestar humano y la estabilidad ecológica del contexto territorial (Catalano, 2005). La metodología del desarrollo endógeno es un proceso económico que se apoya en el potencial de la localidad y mejora la calidad de vida de los pobladores locales (Sunkel, 1991). El autor Shucksmith (2000) explica que el desarrollo endógeno se basa en: a) la decisión local de tomar las mejores opciones de desarrollo; b) obtención del control local sobre los procesos de desarrollo; c) retención de los beneficios para la localidad. Por tanto, la estrategia basada en el enfoque de desarrollo endógeno parte de las necesidades locales de la población a partir de diagnósticos participativos e incorporación de los actores locales en la resolución de su problemática.

De acuerdo a Norcka et al. (2008) los actores que determinan los objetivos específicos son: 1) Ciudadanos de la localidad; 2) Gobierno y autoridades locales; 3) Iniciativa privada local; 4) Institutos educativos (Universidades) de la región; 4) Organizaciones no gubernamentales de la localidad.

La relación de los actores debe ser comunicativa para que la información sea la correcta; se debe contar con los recursos económicos y humanos para solventar las tareas. En este sentido, la información local es fundamental para que los propósitos lleguen a todos los ciudadanos (Orna y Graham, 2001). El gobierno y autoridades dentro del desarrollo endógeno, deben tener la confianza de los ciudadanos para poder actuar, posteriormente brindar las facilidades para los procesos que necesita este desarrollo y canalizar los recursos locales para apoyar económicamente, aparte de ayudar con recursos humanos y programas sociales (Norcka et al., 2008).

La iniciativa privada debe ser un promotor de la localidad, también debe fortalecer el elemento característico de la localidad, de esta manera elevar su producción y venta, atraer a más empresas a la inversión, elevar el empleo y el salario (González, 2006). Las organizaciones no gubernamentales deben motivar la participación de los ciudadanos a través de sus actividades. La comunicación constante entre los actores es la clave: ciudadanos, iniciativa privada y gobierno (Murguialday e Iñaqui, 1999). Finalmente, para la Universidad, su papel dentro del desarrollo endógeno es de investigador para poder conocer ampliamente el proceso, desde la localidad, las tendencias de cada uno de los actores, la integración y cooperación de cada uno de ellos y así poder generar el proceso del desarrollo endógeno, materializarlo y fortalecerlo (Clímaco y Machado, 2012).

El desarrollo rural endógeno centra su atención en la localidad para la localidad. El ICEI (2011) concibe al territorio de desarrollo rural como “un conjunto socioeconómico integrado por hombres y mujeres, recursos, conocimientos técnicos, etc., en vez de centrarse únicamente en un sector económico-productivo como, por ejemplo, el agropecuario. En otras palabras, el enfoque considera al territorio como un todo interrelacionado”. Se toma al territorio de manera integral pensado desde las necesidades y objetivos locales sin descuidar el aspecto de la sostenibilidad.

La concepción teórica del desarrollo rural endógeno está basada en “cinco ejes rectores: 1) La participación social; 2) La multidimensionalidad y sinergia entre dimensión económico-productiva, sociocultural, ambiental, político-institucional; 3) La multisectorialidad: complementariedad entre la agricultura y otras ocupaciones con fuerte vinculación agricultura - industria - servicios. En términos sociales: la integración de los servicios (salud, educación, empleo, etc.) al desarrollo de los territorios, es decir, asegurar una oferta territorial de infraestructura, equipamientos básicos y servicios, para garantizar la permanencia de la población en el medio rural; 4) La visión de una economía de territorio: Es decir, reconocer la importancia de las diferentes cadenas de valor agregado que se pueden construir en el territorio como, por ejemplo, los clusters, las cadenas agroalimentarias y agroindustriales territorializadas, las denominaciones de origen, el turismo rural y la agroindustria artesanal, entre otros ... que implica la consideración de todas las actividades,

productivas o no, que generan ingresos para las familias rurales, en base a la valorización de los recursos locales; 5) Búsqueda de una mayor coincidencia institucional a partir de la concertación alcanzada por los actores del territorio para legitimar las estrategias y acciones acordadas” (ICEI, 2011). Son precisamente estos cinco ejes rectores que reflejan con claridad el enfoque teórico de la investigación de tesis, especialmente el cuarto eje rector donde se buscan las cadenas productivas existentes en el territorio de desarrollo rural para fortalecer el enfoque endógeno.

2.2 Estudios sobre la toma de decisiones respecto al consumo de medicina no alópata

La toma de decisiones del individuo y del hogar “se supone racional y hedonista”, para maximizar su utilidad (satisfacción) selecciona de una canasta de bienes los que satisfacen sus necesidades al precio que considera adecuado. Es necesario comentar que existe “disposición de recursos limitados y está sometido a una restricción presupuestal ... quien consume debe disponer de recursos y procura emplearlos lo mejor posible. Entre estos recursos, está en primer lugar su tiempo disponible, que puede vender, al menos en parte, contra una Retribución ... el valor de la canasta del bien óptimo debe ser igual al ingreso del hogar ... Estos elementos por hogar se observan de manera agregada en el mercado que se genera” (Guerrien, 1998). El consumidor prefiere más a menos y su utilidad se maximiza con la combinación del consumo de bienes, ello conduce a que se identifiquen los elementos determinantes del consumo de bienes de salud.

Disponibilidad de opciones médicas. Por el lado de los consumidores de medicina natural, Northcott y Bachynsky (1993) en un estudio longitudinal en Canadá, encuentran que los consumidores tienden a buscar sus opciones de salud en los servicios y medicina oficial, así como en las opciones alternativas que tienen disponibles. Elemento de toma de decisiones es la disponibilidad de la opción médica. El estudio también muestra que mientras las prescripciones médicas oficiales no cambian durante el tiempo, los entrevistados tienden a incrementar sus consultas de medicina alternativa con el paso de los años.

El conocimiento sobre las opciones médicas y las enfermedades que se trata con ellas permite hacer la selección adecuada y hacer las combinaciones que al paciente convenga. McGregor y Peay (1996) analizaron el comportamiento de los consumidores de terapias alternativas y encontraron que son selectivos y de acuerdo al síntoma, utilizan la opción ortodoxa o la alternativa. Kelner y Wellman (1997) reportan un estudio en Ontario Canadá en 1994-1995. Los resultados muestran que el 78% de los pacientes escogen la terapia que requieren de acuerdo a los problemas específicos que tienen es decir, algún terapeuta en específico y hay un 22% que hacen una mezcla de terapeutas para tratar un problema específico.

La efectividad de la opción médica para curar las enfermedades es factor importante de decisión. Según Hsiao et al. (2006) los consumidores buscan curar sus enfermedades y/o promover bienestar, mismo que se incrementaría bajo el enfoque de medicina integrativa para estar coordinados en la recomendación y conocer mutuamente la práctica.

La creencia sobre la efectividad de la opción médica incrementa el consumo de dicha opción. Christie (1991) en un estudio a 293 consumidores de medicina alternativa encontró que el 47% creía en la eficacia de los procedimientos alternativos y por ello los consumía, especialmente de terapia manual, yoga, acupuntura, baños de tina, homeopatía, iridología y suplementos alimenticios.

La insatisfacción y falta de resultados de la opción médica ortodoxa alópata sustenta el consumo de otras opciones de medicina. Sirois y Gick (2002) menciona que los comportamientos de insatisfacción con la medicina ortodoxa llevan al grupo de pacientes estudiados a optar por la medicina alternativa además de la conducta de prevención que genera un consumo constante de medicina alternativa. Furnham y Smith (1988) en su estudio sugieren que quienes escogen la medicina alternativa lo hace por un desencanto con la medicina ortodoxa, o por una mala experiencia con los médicos.

Se busca opción médica que no genere efectos secundarios en el paciente. Murray y Shepherd (1993) en un estudio al sur de Londres, encuentran que el 46% de un grupo de pacientes entre las edades de 35 y 45, han intentado tratamientos alternativos a pesar de no tener una alta satisfacción. A través de entrevistas

cualitativas averiguó que optan por la medicina alternativa, como respuesta a las actitudes negativas hacia la medicina moderna, tales como exceso de intervención tecnológica, efectos secundarios derivados de largos periodos de tratamiento con medicamentos. En un estudio en los suburbios australianos, Connor (2004) encontró que el 24% de los entrevistados toman a los remedios naturales como un remedio, o mezcla de terapias que son interpretadas como un antídoto de la experiencia de vivir en una sociedad de riesgo y es parte de la resistencia a los daños que genera la modernidad.

Es una tendencia internacional creciente de consumo de alimentos más saludables que incluye diversas bebidas; nuevos mercados emergentes para el desarrollo de alimentos funcionales, tanto probióticos como nutracéuticos (Downey, 2004) productos que se integran dentro del SBII.

En resumen, los factores que guían la toma de decisiones respecto a la medicina son los siguientes: 1) necesidades de salud; 2) recursos disponibles: ingreso, tiempo, conocimiento. 3) canasta de bienes satisfactorios; 4) disponibilidad de la opción médica; 5) el conocimiento sobre las opciones médicas y las enfermedades que se trata con ellas; 6) la efectividad de la opción médica para curar las enfermedades; 7) la creencia sobre la efectividad de la opción médica; 8) la insatisfacción y falta de resultados de la opción médica ortodoxa alópata; 9) opción médica que no genere efectos secundarios en el paciente.

La maximización de utilidad bajo la restricción de recursos limitados y la presencia de opciones de consumo, se realiza mediante la estrategia de vida que desarrolla el individuo u hogar.

2.3 Estrategia de vida

El enfoque de desarrollo rural a partir del pensamiento de estrategias de vida, fue desarrollado por los tanques pensantes "*think tanks*" de desarrollo británicos y organizaciones cercanas a ellos (Luca et al., 2010). Consiste en el reconocimiento académico de las capacidades locales para establecer estrategias a nivel del hogar. La estrategia de vida comprende las capacidades, activos (almacenados, recursos, demandas y acceso) y actividades requeridas para los medios de vida (Chambers y

Conway, 1992). Su nacimiento tiene todas las cualidades de un clásico “cambio paradigmático” (Solesbury, 2003).

Todo ser humano tiende a maximizar su utilidad y minimizar el riesgo de sus actividades y genera estrategias de adaptación de acuerdo a su condición en su entorno abiótico, biótico, social, económico y político. En el caso de las zonas rurales con altos niveles de pobreza, se observa dicha estrategia de adaptación muy unida a los recursos naturales y al ambiente. Una estrategia de vida es el “Patrón de actividades que emerge de una conducta estratégica individual, ambas insertadas en un repertorio histórico y en la diferenciación social” (De Haan y Zoomers, 2005). Son los hogares, mediante su posición socioeconómica, quienes determinan la disponibilidad de servicios, el tipo de materiales de construcción, las condiciones higiénicas, de la misma manera que definen la alimentación y el vestido disponible y las condiciones de hacinamiento”(Echarri Cánovas, C, 1993: 386).

Torrado (1998) comenta que las estrategias de vida se relacionan con la constitución y mantenimiento de las unidades familiares en el seno de las cuales pueden asegurar su reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas económicas y no económicas, indispensables para la optimización de las condiciones materiales de existencia de la unidad y de cada uno de sus miembros. Barcala (2009) comenta que las estrategias de salud son acciones o prácticas de las familias, reiteradas a lo largo de su ciclo de vida, tendientes a mejorar, preservar y buscar atención para sus necesidades de salud, conductas que se eligen dentro de un número de alternativas disponibles y que les son propias por su inserción social. Menendez (1993) asevera que la principal estrategia de acción contra la enfermedad es la autoatención.

La estrategia de vida del hogar descansa sobre las opciones disponibles en las capacidades y los activos materiales al igual que los recursos sociales con los que cuenta. La estrategia se aplica para enfrentar exitosamente los embates económicos y dicha estrategia descansa sobre la selección de dichas opciones.

De acuerdo a Luca et al. (2010) un estudio sobre estrategias de vida en una zona, debe generar un inventario de la diversidad de opciones de estrategias, es decir una tipología de estrategias al igual que una identificación de los factores guía de la toma

de decisiones y observar como los diversos grupos socioeconómicos tienen diferentes estrategias y pueden compararse entre sí y con base en ello, vislumbrar diferentes intervenciones de desarrollo ante un contexto común de impactos económicos y cambios.

Las estrategias de vida generan capacidad para sobreponerse a los choques económicos y permiten que los hogares se adapten a las condiciones cambiantes. El término anglosajón *resilience* se ha propuesto para conceptualizar esta capacidad (Alinovi et al., 2008)

Los resultados de las estrategias son muy importantes para identificar y entender el éxito de las estrategias locales ya que muestran como la gente responde a nuevas oportunidades y restricciones (Luca et al., 2010). De esa manera, la estrategia generalmente está basada en la diversificación de actividades “El reconocimiento de la diversificación, como una estrategia generalizada dentro de un enfoque sobre las estrategias de vida, requiere alejarse de la anterior preocupación de considerar a la pequeña agricultura como la única o la principal plataforma para salir de la pobreza rural” (Ellis, 2000). Por tanto, cuando se hace un estudio con enfoque de estrategias de vida, se investiga la caracterización de hogares clasificados en grupos y se busca la diversidad dentro de la aparente similitud, por ello el individuo está en condiciones de decir, desde su interior, desde su perspectiva, si le funcionan las opciones que tiene en su entorno basado en aspectos como lo económico, la salud, lo social, entre otros. Para el estudio se analizó el consumo de hogares por niveles de ruralidad y con ello se observó la decisión estratégica de combinación de opciones de salud.

2.3.1 El mercado como reflejo de la estrategia comunitaria de consumo

Como se ha mostrado, el desarrollo rural en América Latina se encuentra en un contexto de liberalismo económico con el Estado que promueve y vigila el libre mercado, enfocado en abatir la pobreza y mejorar los indicadores socio-económicos que miden las organizaciones multinacionales. Bajo este escenario ya no son posibles las estrategias nacionales de generación de riqueza, ya que dicha misión se encuentra en manos de las empresas privadas. De igual manera, los gobiernos estatales y municipales tienen este enfoque de abatimiento de pobreza, así se ha

llegado al punto de plantear, para el desarrollo rural, reducidas opciones productivas principalmente agropecuarias. El modelo de desarrollo rural aplicable tiene que ver con los mercados regionales, producto de las estrategias de vida de la población.

Los mercados de productos y servicios locales tienen la ventaja de no tener competencia externa. Además son evidencia de la existencia del consumo y producción local. La teoría económica menciona que la existencia de un mercado local es resultado de la unión de productores y consumidores, respaldados por un patrón de consumo establecido a nivel cultural. La presencia de mercado de productos y servicios locales es el punto de partida para potencializar el mercado interno y es base de la estrategia de desarrollo endógeno.

Por las razones anteriores, se analizaron las estrategias de vida respecto a la salud y la consecuente presencia de mercado local de servicios de salud. Se define el mercado como el espacio físico o virtual, donde productores y consumidores acuerdan precio y cantidad. Con base en el tipo de producto o servicio, los mercados pueden ser locales o globales. En el caso de los mercados rurales, es común que algunos de los productos o servicios solo tengan una demanda local sustentada en la cultura de consumo. Por esta razón, como se mencionó en la justificación, con fines de desarrollo rural, tiene mayores probabilidades de éxito en las zonas rurales y su éxito está sustentado en un conjunto de costumbres y creencias locales que hacen parte de su estrategia de vida el consumo de productos o servicios locales.

2.4 Sistema de bienestar individual de salud

El bienestar y desarrollo humano en el individuo es el indicador de desarrollo. El bienestar individual implica consumir, hacer y vivir lo que cultural e históricamente es aceptable e individualmente válido, posible e ideal. El bienestar ha sido abordado por las culturas antiguas; existen escritos de los griegos y los estoicos. Para la cultura griega, el filósofo Aristóteles planteó tres elementos del bienestar: 1) el acceso en abundancia a los bienes externos; 2) los bienes del cuerpo expresados en la salud; 3) los bienes del alma o psíquicos como la ética y el autoestima. Se alcanzaba un alto nivel de bienestar al tener estos tres elementos a plenitud. En lo individual, Aristóteles expresó el sumo bien como el bien supremo, contemplándolo como fines que persigue

cada individuo; donde el deseo individual es imprescindible para lograr el bienestar individual, cuya cúspide es la felicidad, en el comportarse bien y el vivir bien (Aristóteles, 1983). Para la cultura Estoica, el bienestar se encontraba de manera interna e individual exclusivamente, a través de una vida virtuosa al escuchar a su propia razón y en armonía con la naturaleza, sin permitir perturbación del entorno para mantener la felicidad (Kidd, 1955; Séneca, 1944).

En el siglo XVIII, la teoría del utilitarismo expresada en Inglaterra por Jeremías Bentham y John Stuart Mill, concebía al bienestar como la obtención de los bienes externos que generan satisfacción en el ser humano, medido en cuantos deseos y satisfacciones han tenido en su vida; a esto se le conoce como la economía del bienestar "*Welfare Economics*" (Elsier, 1983; Sen, 1986) misma que prima hasta la actualidad en microeconomía. Para Emmanuel Kant el bienestar se manifiesta en la tolerancia, tiene como resultado acciones humanas superiores que se expresan en las obras de arte, tecnología, ciencia y decoros sociales (Parellada, 2010; Kant, 1999). El bienestar está basado en la religión y la moral.

El concepto de bienestar en China se basa en el equilibrio y calidad de vida. Un equilibrio entre el entorno externo e interno del ser humano bajo el consumo material, acompañado de una sociedad ordenada en donde cada ciudadano tiene papeles y responsabilidades delimitadas y que puedan ejercer sus derechos (Diener et al., 1999). El bienestar está basado en el individuo y el entorno en el que se desenvuelve con base en las posesiones materiales.

Para Carlos Marx el bienestar se centra en el desarrollo humano, que no está únicamente basado en el aumento del consumo, sino en la libertad que tiene el ser humano para llegar a ser lo que puede y quiere ser (Quintana, 2008). El bienestar está basado en el consumo material con igualdad y desarrollo de las capacidades humanas, con Marx se desestima la parte espiritual y religiosa. Por consiguiente, en el socialismo, la meta del bienestar es el pleno desarrollo de las potencialidades de cada individuo en el trabajo que más se adecúe a sus virtudes (Harnecker, 2010; Einstein, 1949). En contraparte, el bienestar bajo el sistema capitalista, se basa en el consumo y el mercado. La revolución industrial dio origen a la producción en serie. Adam Smith señaló que una producción masiva, llevaría a un consumo masivo y se traduciría en

mayor bienestar (Smith, 1776) acorde con Stuart Mill. En esta idea, el mercado oferta distintos productos (sean individualistas, competitivos o cooperativos) a través de la publicidad para que la persona pueda percibir una necesidad, acuda al consumo, satisfaga su necesidad y eso le brinde bienestar (Espina, 2002). Ello refleja las dos concepciones recientes del bienestar: el consumo individual como fuente y objetivo del bienestar mediante el modelo neoliberal versus el desarrollo humano como centro y objetivo de toda actividad de bienestar a partir del comunismo.

2.4.1 Bienestar 1970-2013

A partir de 1970, el término bienestar del individuo integra los indicadores de consumo y desarrollo humano, Duncan lo definió como el “Movimiento de los indicadores sociales” (Duncan, 1969), donde se abordaban indicadores de *welfare* (bienestar en inglés), enseguida se integró la medición de la calidad de vida a los análisis de bienestar “Han sido y son numerosas las categorizaciones de indicadores objetivos de calidad de vida que han aparecido. En ellas se incluyen áreas como ingresos, salud, empleo, vivienda o condiciones del entorno,” (García, 2002).

Los indicadores del bienestar incluyen al entorno comunitario (suma de los individuos). El bienestar comunitario que se define como la percepción de satisfacción, material e inmaterial, que se produce en las personas y en sus colectividades (Arita y Yasuko, 2005) con indicadores como: educación y nivel de estudios, salud y sus servicios, vivienda e infraestructura social, seguridad, contexto y entorno social, equidad e igualdad, autosuficiencia, integración y cohesión social, oferta cultural y ocio, disponibilidad y calidad de empleo, el entorno natural y clima, familia y las relaciones humanas (Hosen et al., 2002; Keyes, 1998; Bandura, 1997) que conforman el entorno para los grupos humanos así como el conjunto de las unidades familiares que incorpora las circunstancias que afectan el funcionamiento en la sociedad (Keyes, 1998: 122; Blanco y Díaz, 2005: 583). También se fortalece el bienestar social a través de los servicios de seguridad social que brinda el Estado.

A partir de la década de 1980, se incorporó el término de bienestar subjetivo, que es una variante del bienestar individual donde se observan las actividades

significativas que incrementan la felicidad del individuo. Sobre todo Amartya Sen⁶ propuso varios conceptos que no necesariamente están vinculados al factor monetario y al incremento del ingreso económico. El bienestar subjetivo parte de la percepción del individuo sobre sus propias condiciones, metas, dificultades y logros.

El índice de bienestar subjetivo se mide principalmente respecto a la felicidad donde se toman en cuenta los tipos de experiencia (hedónica, afectiva, evaluativa) y la síntesis personal (Rojas, 2005) donde la experiencia personal, percepciones y evaluación de la misma por parte del individuo son la fuente de información más importante, bajo el enfoque de Rojas, una sociedad desarrollada es aquella donde las personas están satisfechas con su vida. La valoración y juicio de los aspectos de la vida; finalmente la inclusión de factores positivos en la vida (Carmona, 2009: 51; Diener, 1994; García, 2002). Es decir, esta forma de definir el bienestar parte de lo que el mismo individuo expresa (método que se retoma en esta tesis) respecto a sus condiciones familiares, de salud, de ingreso, del hogar, empleo, entre otras.

En el ranking de felicidad para México 2012, se incluyeron los siguientes temas: “a) La satisfacción con la vida; b) La satisfacción con ocho dominios de vida (entendidos como aquellos donde una persona se ejerce como ser humano): b.1) dominio familiar, b.2) dominio económico, b.3) dominio de la ocupación, b.4) dominio del entorno, b.5) dominio de la amistad, b.6) dominio el tiempo libre, b.7) dominio de la salud y b.8) dominio espiritual; c) El balance de estados afectivos positivos y negativos (dolor físico o cansancio, entusiasmo, alegría, tristeza, angustia o ansiedad, irritación o enojo, amor o cariño, aburrimiento, orgullo por logros y aprecio); d) La presencia de relaciones de apoyo o confianza; e) La disponibilidad de tiempo para familia, amigos y el descanso o relajación y f) La satisfacción con servicios públicos.” (Rojas, 2005). En la medición del bienestar subjetivo, García Miguel (2002), incorpora a la salud, al igual que Mariano Rojas, variables socio demográficas (edad, género, estado civil, nivel educativo e ingresos), variables comportamentales y acontecimientos vitales.

⁶ El economista Amartya Sen da origen al Índice de Desarrollo Humano a partir de señalar que en el bienestar individual se debe considerar el capital humano, capital físico, capital financiero y capital social de la persona (Sen, 1987; Sen, 1990).

Figura 6. Pirámide de Maslow



Fuente: Maslow, 1943.

Estudios post-Maslow han incorporado otras necesidades que el individuo requiere satisfacer, la inclusión de la necesidad de trascender, de autoactualización, la necesidad estética se encuentran antes de la autorrealización (Hoffman,1996), estos elementos hacen comparable a la humanidad, respecto a las necesidades a satisfacer. La salud se encuentra entre los dos primeros niveles de las necesidades humanas a satisfacer.

2.4.2 El papel de la salud

En el Índice Nacional de Calidad de vida para México del INEGI, la salud es el primer indicador tomado en cuenta (García, 2011). El índice de satisfacción de vida, medido por la Secretaría de Desarrollo Social de México también incorpora a la salud como indicador sustancial (Sedesol, 2012). La organización mundial de la salud (OMS) desarrolló su concepto de salud: “salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad” (OMS, declaración de 1952). Los académicos han ampliado o criticado este concepto ofrecido por la OMS. Al respecto San Martín comenta que “un individuo sano es aquel que muestra y demuestra armonía física, mental y social con su ambiente, e incluye las variaciones, en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo” (San Martín, 1981). La

salud se encuentra como indicador de desarrollo humano, índice de marginación, bienestar, calidad de vida y por ello, juega un papel trascendente en los estudios académicos de desarrollo.

El bienestar respecto a la salud se sustenta a partir del sistema de atención a la salud, mismo que contempla 3 factores para su óptimo nivel: calidad de vida, esperanza de vida y salud. La calidad de vida, es el bienestar físico, mental y social, como lo percibe el individuo observado en la felicidad derivada del uso de sus potencialidades (Levy y Anderson, 1980; Ardila, 2003). La esperanza de vida, es un criterio de medición de las sociedades en la cual se mide el promedio de años que vive la gente (Berumen, 2004). Finalmente la salud debe entenderse como el estado integral del ser humano para hacer cualquier actividad, acompañado por la ausencia de enfermedad. Mientras exista salud en el ser humano, le permitirá tener las capacidades físicas para conseguir el bienestar (Feito, 1996; Molina y Subirons, 2005). La tesis incorpora el papel de la medicina tradicional al igual que las actividades de autocuidado, mismas que en conjunto generan mejores condiciones de vida e incremento de bienestar.

En el Cuadro 5 se muestran los componentes del sistema de salud que se aborda en la tesis, donde se incorpora el sistema oficial institucional al igual que el tradicional de curanderos y parteras como el sistema popular de autocuidado en casa. Este sistema contiene las opciones posibles de salud con las que cuenta la unidad familiar para establecer y desarrollar su estrategia.

Cuadro 5. Sistema de Salud

Sistema institucional de servicios de salud
• Público (población abierta).
• Seguridad social
• Servicios privados
Sistema tradicional
• Parteras tradicionales
• Curanderos
Sistema popular
• Autocuidado
• Amas de casa (las principales agentes de salud)
• Redes de apoyo social (laborales, religiosas, etc.)

Fuente: Gutiérrez (1991).

Respecto al tamaño geográfico del sistema, “Los límites geográficos y poblacionales de un sistema de salud son los que le dan el carácter nacional o local.” (Gutiérrez, 1991). Es importante mencionar que “Un *sistema local de salud* (SILOS) consiste, por lo tanto, en un conjunto interrelacionado de recursos de salud, sectoriales y extrasectoriales, responsable de la salud de una población en una región geográfica específica, cuyos límites son casi siempre los de una o varias unidades geopolíticas: delegaciones municipales, municipios o estados” (Gutiérrez, 1991: 627). El Sistema de Atención a la Salud (SAS) se diferencia del Sistema local de salud en que el SAS incorpora todas las opciones de salud, formales e informales, que se encuentran en una localidad.

El sistema de atención a la salud (SAS) previamente definido da sustento al concepto de Sistema de Bienestar Individual de Salud.

2.4.3 Sector de bienestar individual de salud

El Sector de Bienestar Individual de Salud (SBIS) se define en esta tesis como el conjunto de opciones de salud, públicas y privadas, a través de remedios caseros, puntos de venta de productos, medicina alópata, medicina tradicional indígena y medicina natural, cuyo objetivo es curar en el nivel de atención primaria y cubrir al mercado de la población enferma. Las opciones de salud que entran en el SBIS son:

1. Remedios caseros, hechos a base de plantas medicinales principalmente, cultivadas y de monte. Algunas terapias a base de masaje.
2. Farmacias, misceláneas y plaza comercial regional que venden productos para la salud desde plantas para te, hasta productos naturales procesados, incluye los productos antigripales y antifebriles. Medicamentos de patente y genéricos.
3. Medicina alópata privada: consulta externa, producto de patente.
4. Medicina alópata pública (Hospital regional, Secretaría de Salud, DIF): consulta externa, curaciones, antídotos, productos genéricos.
5. Medicina tradicional indígena (curandero y huesero): masaje tradicional, curada de susto, levantada de mollera, corrección de vejiga, remedios con plantas medicinales.

6. Medicina natural: diagnóstico a través del iris, acupuntura, quiropráctica, herbolaria procesada (productos naturistas), masoterapia, biomagnetismo, jugoterapia, geoterapia, helioterapia, hidroterapia, reiki, sotai, ayurveda, yoga entre otros sistemas tradicionales de curación de otras partes del mundo.

2.4.3.1 Conocimiento Tradicional

La tesis aborda las opciones médicas complementarias a la medicina alópata ortodoxa. El sistema de medicina tradicional apoyado en el conocimiento tradicional de uso de plantas medicinales juega un papel muy importante en la estrategia de vida respecto a la salud.

La medicina tradicional tiene su sustento en el conocimiento tradicional. El conocimiento es la representación mental del sujeto acerca del objeto, sin embargo, falta preguntarse sobre la verdad del conocimiento del sujeto “La teoría del conocimiento pregunta por la verdad del pensamiento, esto es, por su concordancia con el objeto ... la teoría del pensamiento verdadero” (Hessen, 1925). Para construir el conocimiento, se requieren sujeto y objeto, “En el conocimiento se hallan frente a frente la conciencia y el objeto, el *sujeto* y el *objeto* ... cambia algo por obra de la función de conocimiento. En el sujeto surge una cosa que contiene las propiedades del objeto, surge una "imagen" del objeto” (Hessen, 1925). El conocimiento es tener una imagen del objeto, el conocimiento está dentro del sujeto.

El objeto es el generador de propiedades en la mente del sujeto “visto desde el *objeto*, el conocimiento se presenta como una transferencia de las propiedades del objeto al sujeto ... El objeto es el determinante, el sujeto el determinado. El conocimiento puede definirse, por ende, como una *determinación del sujeto por el objeto*. ... Esta imagen es objetiva, en cuanto que lleva en sí los rasgos del objeto ... Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto” (Hessen, 1925). Es decir, el sujeto encuentra las propiedades del objeto, las procesa en su pensamiento y llega a una idea de dicho objeto, ahora tiene conocimiento sobre el objeto y gracias a este conjunto de ideas sobre las propiedades

del objeto, aprehende al objeto. Esta aprehensión del objeto la posee el sujeto pero, puede que no sea cierto el conocimiento que el sujeto ha logrado sobre el objeto.

Cuando alguien llega a un conocimiento falso, no es conocimiento sino un “error e ilusión. Mas ¿en qué consiste la verdad del conocimiento? Según lo dicho, debe radicar en la concordancia de la "imagen" con el objeto ... El conocimiento consiste en forjar una "imagen" del objeto; y la verdad del conocimiento es la concordancia de esta "imagen" con el objeto” (Hessen, 1925). El conocimiento tradicional es empírico pues está basado en la experiencia y es acumulativo ya que se ha puesto a prueba durante varias generaciones e individuos; sin embargo, debido a la falta de sistematización en el conocimiento tradicional, se corre el riesgo de desvirtuarlo o la ventaja de fortalecerlo; no es posible determinar cuando surgió, si es reciente o de cientos o miles de años; tampoco es posible conocer el número de repeticiones, el número de aciertos que ha tenido y las fallas que ha generado, simplemente no existen esos registros sistematizados más allá del conocimiento empírico. Por esa razón, el mismo conocimiento tradicional se debe validar a partir de un método e instrumentos que permitan aseverar que es conocimiento, es decir corroborar su veracidad. No se trata de invalidar el conocimiento tradicional, se trata de rescatarlo, entenderlo y fortalecerlo. Es la fuente más fiable de conocimiento que tiene la humanidad.

El conocimiento empírico es aquel conocimiento que se adquiere mediante la experiencia, también es conocido como conocimiento vulgar. Se menciona que por la observación natural el ser humano contempla su entorno y realidad, apoyado por la práctica diaria crea experiencia para poseer un conocimiento basado en la experiencia (Padrón, 2007). Este tipo de conocimiento debe hacerse presente desde la percepción del ser humano, se registra como experiencia y por resultado como conocimiento, sin embargo se mantiene mediante una determinación subjetiva (Bunge, 1983). De esta forma Penalva (2006) manifiesta que el conocimiento empírico carece de capacidad para confirmar una hipótesis científica.

El origen del conocimiento puede ser empírico o racional de acuerdo al enfoque que se tome, el conocimiento surge de la combinación de la experiencia (empirismo) con el racionalismo (conciencia de la mente) ya que es un continuo intento por

aprehender al objeto al hacer uso de los sentidos y de la mente pero basados en la experiencia de la realidad que nos presenta el objeto. Es un proceso constante de aprehenderlo con nuevas ideas y dichas ideas ponerlas a prueba racionalmente para después verificar que se comprueba con la experiencia. Este método le da vida al conocimiento tradicional al asumir que el ser humano tiene la capacidad de lograr el conocimiento y al mismo tiempo se desempeña en un entorno determinado que le permite poner a prueba la verdad que su experiencia y racionalismo le dicta. Es así como se ha validado conocimiento tradicional a partir del método que hace uso del empirismo y racionalismo, es inherente al ser humano. Este método del conocimiento tradicional tiene fuerte carga subjetiva ya que se genera a partir del sujeto, mientras que el desarrollo científico exige objetividad, es decir que “el objeto es el decisivo entre los dos miembros de la relación cognoscitiva” (Hessen, 1925). Por ello, poner a prueba el conocimiento, al estilo de descartes⁷, lo valida o descalifica.

El conocimiento tradicional son aquellas sabidurías y conocimientos ancestrales que se integran en los pueblos indígenas y comunidades locales, al formar parte de su identidad cultural. Este conocimiento guarda una interacción del ser humano con la naturaleza para adquirir recursos de ella; es transmitido de generación en generación, generalmente de forma oral (Ruíz, 2006). Este tipo de conocimiento guarda una red de relaciones y prácticas milenarias de las comunidades locales, conformadas por (Toledo, 2005): a) las creencias; b) sistema de conocimientos; c) conjunto de prácticas productivas. Estos tres elementos hacen que este cúmulo de información se enfoque en el manejo de los recursos naturales.

⁷ René Descartes en su obra “El discurso del método” busca una metodología la cual contemple un procedimiento general que tenga validez para todos los fenómenos y que pueda ser aplicado en cualquier lugar, ya que añadió el orden sistemático dentro de la investigación, conjuntamente con la evidencia, el análisis y la enumeración de pasos. El impacto del método expuesto por Descartes implica el uso de la razón y el funcionamiento de la misma y expone las siguientes reglas que considero necesarias para su método (Descartes, 1993): a) no aceptar nada como verdadero sin haber sido comprobado: La evidencia del fenómeno debe ser clara y por lo tanto comprobada; b) el problema planteado hay que dividirlos en partes: para hacer el análisis de un fenómeno complejo, es necesario separarla en partes para su estudio; c) ordenar esas partes y analizarlas de la más simple a la más compleja: se refiere a la síntesis, utilizando la intuición para el conocimiento de cosas simples y la deducción para las complejas; d) hacer una enumeración de todas las partes estudiadas: se refiere a una enumeración con la finalidad de repasar lo analizado y no omitir nada. De esta manera el orden es factor importante en el método de Descartes para establecer la secuencia del proceso de análisis, tratándose de un orden en la derivación de las razones y no un simple orden en la presentación de los hechos.

La construcción del conocimiento tradicional se basa en la sabiduría ancestral y los conocimientos colectivos e integrales que mantienen en la actualidad los pueblos indígenas y locales, este conocimiento se basa en la práctica milenaria de eventos o fenómenos en un proceso de interacción del ser humano con la naturaleza, su constante es la transmisión de generación en generación (Astudillo, 2000). Bajo esta idea, Bonfil (1989) explica que el conocimiento tradicional se expresa desde un sistema de elementos culturales, ya que cada población mantiene estos elementos con el pasar de los años, expresándose en la vida diaria como la satisfacción de necesidades, solventar problemas de cualquier índole o cumplir aspiraciones, donde el conocimiento tradicional mantiene una interacción histórica con la cultura.

Por otro lado, los componentes del conocimiento tradicional se componen por la integración del ser humano con la naturaleza, Cruz (2001), expresa los siguientes: a) sociología: Se caracterizan por mantener una organización política y administrativa, brindar transmisión del conocimiento tradicional; b) ciencias naturales: Mantienen un conocimiento de la biología, botánica, zoología, etc.; c) lingüística: Se expresa desde su lengua, retórica y cantos ceremoniales; d) rituales: Se muestran desde las danzas o eventos ceremoniales; e) canciones: emiten sonidos y ritmos dentro de sus danzas ceremoniales; f) etnohistoria y valores: es un sistema valores morales, éticos y espirituales; g) arquitectura, artesanía, cerámica y tejidos: comprende una práctica de estos elementos como parte de sus tradiciones; h) ecología: En la relación del ser humano con la naturaleza, obtuvieron un manejo de la biodiversidad dentro de un desarrollo sostenible; i) medicina: conocimientos de anatomía y manipulaciones osteo-musculares, plantas medicinales y elementos de la naturaleza.

La relación del ser humano con la naturaleza, ha generado la información de relaciones causales para resolver problemas de salud y sociales (Ocampo y Escobedo, 2006). Esto ha generado que durante más de 6 mil años este conocimiento se encuentre en constante adaptación. Un elemento de la universalidad de dicho conocimiento es que a partir de investigaciones en comunidades similares se obtiene resultados de características semejantes (Reid et al., 2006). Como el conocimiento tradicional es llevado de generación en generación por las personas adultas de las localidades a los jóvenes, este conocimiento ha pasado por varios procesos de

verificación, adaptación y creación, definiéndose como un conocimiento acumulable (Kalish et al., 2007). Cuando un conocimiento tradicional se utilizará de manera generalizada, es tiempo de validarlo bajo el método científico de manera que se pueda universalizar. El conocimiento tradicional es la fuente de conocimiento más fiable que tiene la humanidad y el método científico su mejor aliado de ratificación.

2.5 Marco contextual

El marco contextual está compuesto por 1) la tendencia internacional de fortalecimiento y legitimación de la medicina tradicional y complementaria, y 2) las transiciones epidemiológicas, costos y medicina tradicional en México.

2.5.1 Profesionalización de Medicina tradicional y alternativa

Kelner et al (2006) en un estudio en Ontario, Canadá menciona que el reto es incrementar los niveles de calidad de la actividad en medicina alternativa. A través de entrevistas con líderes de quiropráctica y homeopatía encuentran cuatro estrategias principales para incrementar la calidad: 1) mejorar la calidad de los programas educacionales; 2) elevar los estándares de la práctica clínica; 3) desarrollar más investigación arbitrada; 4) incrementar la cohesión del grupo.

En otro estudio, Kelner et al. (2004) proponen la formación de grupos de medicina complementaria y alternativa con el objetivo de hacer investigación para fortalecer las evidencias científicas; desarrollar protocolos de seguridad y con ello incrementar la eficacia de la medicina natural para integrarse al sistema de salud junto con los médicos generales.

Hollenberg (2006) menciona que en el mundo la medicina alternativa y la ortodoxa tienden a generar modelos de salud donde se trabaja con un enfoque integrativo, como el caso de Saskatchewan, en Canadá. En el estudio clínico, al observar la interacción entre médicos generales y médicos alternativos, se encontró que bajo este contexto tienden a utilizar ambas medicinas en un esfuerzo de integrarlas en beneficio del paciente. Por estas razones, el gobierno de Saskatchewan en 1992 cerró oficialmente 52 pequeños hospitales rurales para convertirlos en “wellness centres” o centros de Bienestar Individual Integral (BII), como parte de un cambio de cuidado de

salud institucional a uno basado en el cuidado de la comunidad (James, 1999). También se ha encontrado un cambio en el enfoque de salud a la población en la comunidad y se ha logrado, en Saskatchewan, un espacio para las actividades de BII, tales como consejería médica preventiva, trabajo clínico con otros profesionales (Dobson y Rein, 2000).

Otra tendencia es incluir en la orientación al paciente, visitas y actividades en zonas con paisajes terapéuticos; para ello, Williams (1998) aborda el tema del papel del paisaje en las terapias y bienestar del paciente. Los paisajes terapéuticos son lugares, locales que conjugan los ambientes físicos y psicológicos, asociados con el tratamiento alternativo que haya sido establecido.

Un reto más implica la aparición de suplementos alimenticios hechos a la medida genética de cada individuo y con ello la aplicación de las investigaciones genéticas en lo que aún se podría considerar medicina natural. Saukko, Britten y Hogarth (2010) mencionan que empiezan a surgir las empresas con enfoque nutrigenético, mismas que crean un nuevo espacio social y mercado con medicina acorde al estilo de vida.

El modelo de medicina tradicional y natural imponen retos a la medicina alópata, ya que son un tanto contrarias en su enfoque (McKee, 1988). Jones (2004) menciona que la medicina ortodoxa surge de sistemas de curación en el siglo XIX, y encuentra su supremacía en el uso de la ciencia en laboratorio. La situación internacional relacionada con la medicina tradicional y natural, se dirige en general hacia un incremento de consumo de productos y servicios “naturales”.

Un estimado de 27 millones de Sudafricanos utilizan medicinas indígenas, Müller (2008) identifican 90 remedios herbales utilizados especialmente para incrementar el bienestar personal con el deseo de alejar a los malos espíritus y atraer la buena suerte; es decir, es un patrón de consumo cultural.

Baer (2006) menciona que en 13 estados de los Estados Unidos y en cuatro provincias de Canadá, se pueden obtener licencias de médicos naturópatas. Sin embargo, para el caso de Estados Unidos, Wardwell (1994) analiza cómo el nombre de medicina alternativa deja fuera del sistema oficial a esta opción terapéutica que incluye medicina primitiva, medicina herbal, medicina folk, homeopatía, quiropráctica, naturopatía y sanación de nueva era. Existe potencial para hacer investigaciones

relacionadas a estas prácticas pero el denominativo y el estar fuera del sistema oficial las excluye; las que han sido aceptadas dentro de la medicina ortodoxa han logrado aceptación completa como la osteopatía. Dicha aceptación está basada en la investigación que muestre resultados positivos en la salud humana.

En Eslovaquia Rubens, Gyurkovics y Hornacek (1995) parten de la oposición poderosa que existe en contra de la medicina natural y el logro de incorporarse en el sistema biomédico de la República Eslovaca. El sistema tiende a establecer centros de investigación clínica y de laboratorio para unificar la medicina y al final quedar bajo el control de los médicos generales en la aplicación de terapias bioenergéticas como acupuntura, terapias herbales, apiterapia, reflexología, iridología, bioterapia. Por otra parte, en Etiopia Bishaw (1991) encontró que desde 1974 el sistema de medicina tradicional ha sido tomado en cuenta para ser incorporado al sistema oficial y dicho sistema fusiona lo místico con lo natural.

Tsey (1997) analiza el futuro de la medicina tradicional en África y otras sociedades humanas y comenta que es necesario su reconocimiento e integración al sistema oficial de salud. En el estudio a través de entrevistas analizan como el sistema de medicina tradicional en Ghana puede ser enseñado bajo educación formal bajo la visión holística de enfermedad con el propósito de conjuntar la medicina ortodoxa con la tradicional en un enfoque integrativo. La tendencia en Ghana es a estudiar las nociones de enfermedad y prevención en la cultura.

De acuerdo con O'Neill (1994), el gobierno Australiano en sus revisiones ha concluido que se pueden considerar a la quiropráctica, osteopatía y acupuntura, como ocupaciones legales que se pueden registrar y por tanto se pueden instituir cursos de capacitación oficial en estas áreas; sin embargo, Baer (2006) menciona que no se ha podido registrar a la naturopatía en el sistema oficial, se ha tenido que usar otros nombres como terapias naturales, medicina natural o medicina complementaria. Por otra parte, Shi et al. (2008) resalta que en Taiwán el sistema de salud incluye a la medicina occidental y a la medicina tradicional China.

Schepers y Hermans (1999) comentan que en el caso de Holanda, en 1993 el parlamento pasó una nueva legislación en materia de salud donde se abolió la prohibición de practicar la medicina alternativa, que terminó con un monopolio de la

medicina ortodoxa. Comenta el autor que las terapias alternativas han ganado reconocimiento social.

En el Tíbet, Janes (1999) menciona que actualmente existe una tendencia creciente de enfermedades crónico-degenerativas, lo que ha incrementado los costos de salud y ello llevará a un incremento del uso de alternativas indígenas. Para ello, al igual que otros autores comenta que la medicina natural debe ser aceptada en el sistema oficial y de esta manera no perder los sistemas médicos tradicionales junto con sus técnicas de diagnóstico y su componente herbal. En el caso Tibetano sucede esta evolución y se ha mantenido la resistencia para eliminar la medicina tradicional.

En Corea del Sur, Cho (2000) en su estudio analiza como el sistema de medicina tradicional ha tenido hostilidad por parte del sistema de farmacias y medicina ortodoxa. El autor menciona que la medicina oriental es un sistema ampliamente aceptado en los países del este de Asia.

Waxler-Morrison (1988) refiere que para el caso de Sri Lanka y la India, existen dos sistemas médicos diferenciados: el de biomedicina occidental o medicina ortodoxa y el sistema de medicina ayurvédica. Sin embargo, la autora menciona que el sistema médico plural en esta región del mundo es funcional ya que cada sistema utiliza diferentes tratamientos para enfermedades físicas y culturales. La autora menciona que ambas, la ayurvédica y la occidental, pueden coexistir debido a que brindan servicios diferentes a los pacientes.

Oyeneye (1985) menciona que la medicina tradicional es un sistema factible dentro del sistema de salud oficial en Nigeria, principalmente por los bajos costos y el sistema completo que implica menor necesidad de instalaciones.

Verhoef y Sutherland (1995) estudian a médicos generales en Canadá y encuentran que en su mayoría no tienen interés en incorporar en sus consultorios terapias alternativas, aunque reconocen que algunas terapias funcionan más que otras, especialmente las de quiropráctica, osteopatía y acupuntura. En el estudio, el 65% de los entrevistados menciona que existe demanda por estas terapias. El artículo menciona la necesidad de capacitación en medicina natural a nivel licenciatura y posgrado.

La tendencia legal internacional es incorporar estas opciones a los sistemas de salud oficial, a través de la tendencia y legislación aplicable a la medicina tradicional y natural, así como las terapias que se incluyen en ella.

2.5.2 Transición epidemiológica, costos y medicina tradicional en México

La diferencia histórica comparada de la causa de defunciones en México muestra este proceso conocido como “transición epidemiológica” que consiste en una disminución progresiva de enfermedades infecciosas y parasitarias a favor de las crónicas y degenerativas (CONAPO, 2008). Mora y Hersch mencionan que la humanidad se encuentra en la era pos microbiana, donde la enfermedad no surge exclusivamente de microorganismos sino que tiene explicación multicausal, especialmente de las enfermedades crónico-degenerativas” (Mora y Hersch, 1990).

Los estratos de población urbanos se encuentran en una fase avanzada de la transición epidemiológica con una esperanza de vida media y la presencia de enfermedades crónico-degenerativas; mientras que los grupos rurales, en general con menor ingreso, mayor actividad física y menor presencia de enfermedades crónico-degenerativas, están en una etapa temprana de este proceso, con tendencia incremental.

Un concepto importante es el de epidemiología por ser inherente a poblaciones de seres vivos; su función es el estudio de los factores que preservan la salud o condicionan la enfermedad en la población. Acerca de la epidemiología “La unidad de observación en epidemiología es un grupo humano y no un individuo; su principal propósito es el estudio de las enfermedades en su medio natural, y su meta final es la de identificar las medidas preventivas aplicables a cualquier estadio de la evolución de la enfermedad” (Malangón, 2002). Los enfermos deben ser analizados en los siguientes factores: “edad, sexo, grupo étnico, ocupación, estado civil, características genéticas, características psicológicas, características socioeconómicas, hábitos y costumbres, susceptibilidad”. Esta información permite analizar el origen, causas y consecuencias de la epidemia.

La transición epidemiológica implica el tratamiento de enfermedades de por vida, con mayores costos, en lo privado y en lo social. Las nuevas tecnologías médicas de

alto costo generan un aumento del gasto en servicios médicos, que en el futuro puede constituir una seria limitante financiera para satisfacer adecuadamente la demanda de servicios de salud” (IMSS, 2012). Por esa razón se requiere de la combinación de opciones de salud para atender con mayor eficacia y recursos las necesidades de la población. La transición epidemiológica se muestra en la Cuadro 6.

Cuadro 6. Municipio de Puebla: principales causas de defunción jurisdicción V de Puebla 2005

	Causa	Total	Menores de 15 años	De 15 a 44 años	45 años o más
1	Diabetes Mellitus	1299	-	48	1251
2	Tumores Malignos	904	33	98	773
3	Enfermedades del corazón	814	4	50	760
4	Enfermedades del hígado	444	3	87	354
5	Afecciones originadas en el periodo perinatal	363	363	-	-
6	Enfermedades cerebro vasculares	282	4	19	259
7	Insuficiencia renal	262	9	30	223
8	Accidentes	254	50	114	90
9	Influenza y neumonía	241	52	19	170
10	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías	172	144	22	6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006.

Aunado a la transición epidemiológica, también se presenta una transición demográfica. Se ha incrementado la población mayor de 60 años, lo cual repercute en aumento del número de personas que requieren servicios de salud para enfermedades crónico-degenerativas.

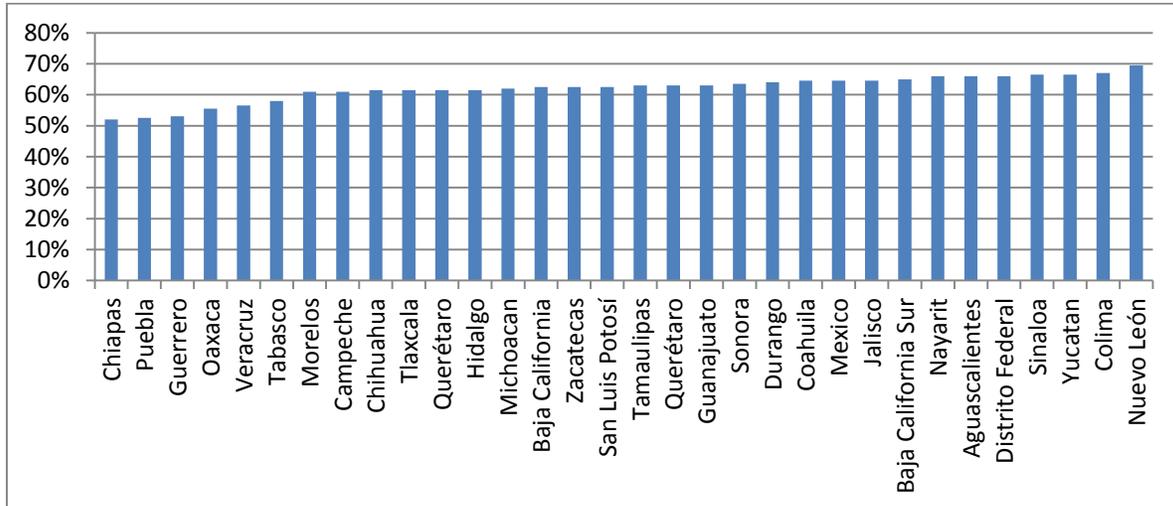
Desde la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 se establecieron derechos para la población, dentro de ellos se estableció el derecho a la salud, mismo que se ha mantenido desde entonces. Para el año 2013 el artículo cuarto constitucional en el tercer apartado establece “ ... toda persona tiene derecho a

la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos).

El derecho a la salud que establece la constitución se ha subsanado parcialmente de acuerdo al contexto socio-económico. El 17 de enero se establece el Departamento de Salubridad, el 19 de enero de 1943 nace el Instituto Mexicano del Seguro Social, que para su sustento económico descansa en gobierno, trabajadores y patrones. Este seguro IMSS es para mexicanos que cuentan con trabajo formal donde el patrón reconoce su obligación y hace los trámites correspondientes para afiliar al trabajador (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013). El Departamento de salubridad creado en 1917 se mantuvo hasta el “decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia” emitido en el Diario Oficial de la Federación el 18 de octubre de 1943. La SSA surge de la fusión entre la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública (Diario Oficial de la Federación, 1943). La nueva secretaría nace para dar servicios de salud a los mexicanos que no tenían trabajo formal.

Para complementar la seguridad en salud, el 30 de diciembre de 1959 se publica la ley que da origen al ISSSTE, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, dicho instituto se crea a partir de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2013). Bajo el contexto de neoliberalismo e incremento de la economía informal, la cobertura nacional de asegurados alcanzaba el 60% y no tenía incremento, se planteó una reforma al sistema de salud. La Figura 7 muestra que existe una variabilidad desde el 50 hasta el 70% de cobertura, mientras que Puebla se encontraba como el segundo estado con menor cobertura nacional.

**Figura 7. Cobertura efectiva del sistema de salud, por entidad federativa.
México, 2000-2003**



Fuente: Secretaría de Salud, Harvard University, Instituto Nacional de Salud Pública, “Cobertura efectiva del sistema de salud en México 2000-2003” México, 2006.

Después de 83 años de la constitución de 1917, México tenía una cobertura del 62% (Secretaría de salud, 2006). Por otra parte el Centro de Estudios sobre Opinión Pública de la cámara de diputados reporta que la población no asegurada en México representaba el 50.8 y la asegurada 49.2 por ciento (CESOP, 2005).

La Figura 8 muestra que antes del seguro popular, el grupo social pobre contaba con las secretarías de salud federal y estatal sin un esquema de seguro claro.

Figura 8. Organización del sistema segmentada por grupos poblacionales

Grupos Sociales			
Funciones	Asegurados	Pobres	Clase Media
Rectoría	↓	↓	↓
Financiamiento			
Prestación			
	IMSS e ISSTE	Secretarías de salud federal y estatales	Sector Privado

Fuente: Secretaría de Salud, 2005.

El cuadro 7 muestra un resumen del diagnóstico previo al seguro popular donde se observa el desequilibrio financiero y de cobertura entre estados de la República

Mexicana, con una inversión pública insuficiente del 5.8% del PIB y un predominio del pago de bolsillo cercano al 55%.

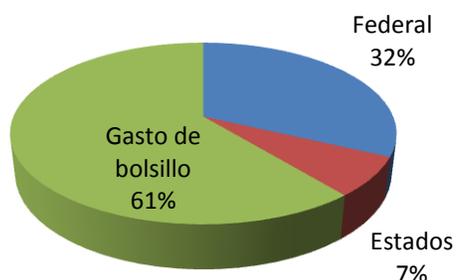
Cuadro 7. Desequilibrios financieros del sistema de salud mexicano

1. Nivel: inversión insuficiente (5.8%del PIB)
2. Fuente: predominio del pago de bolsillo (55%)
3. Distribución
3.1 Entre poblaciones: 1.5 veces entre asegurados y no asegurados
3.2 Entre estados: 8 a 1 entre el estado con mayor gasto federal per cápita y el estado con menor gasto federal per cápita.
4. Contribuciones estatales: 119 a 1 entre mayor y menor.
5. Destino del gasto: proporción creciente a la nómina con caída de la inversión.

Fuente: Secretaría de Salud, 2013_a.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006, encontró que en el estado de Puebla “Trece de cada cien personas manifestaron haber padecido algún problema de salud en los 15 días previos a la entrevista. Los servicios médicos privados fueron el principal proveedor de la atención médica ambulatoria. La principal razón de no atención médica fue por causa económica y la mayor proporción de población que no se atendió de la salud corresponde al estrato socioeconómico más bajo”. La Figura 8 muestra que el financiamiento para la salud era principalmente de bolsillo del ciudadano, lo cual afecta a la población de menor ingreso.

Figura 9. Desequilibrios financieros: predominio del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento



Fuente: Secretaría de Salud, 2013_a.

En este contexto en materia de salud, México inició el seguro popular, que entra en vigor el primero de enero de 2004 bajo el esquema de financiamiento público (gobierno federal y estatal) y financiamiento privado por parte de las familias, previo estudio socio-económico y capacidad de pago. En el cuadro 8 se observa que el seguro popular es financiado principalmente con aportaciones gubernamentales y en menor medida familiares.

Cuadro 8. Sustento financiero del sistema de protección social en México

Seguros Públicos	Aportadores		
Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS	Obrero	Patrón	Estado Nacional (cuota social)
Seguro Médico del ISSTE	Empleado	Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social)
Seguro Popular de Salud	Familia	Gobierno Estatal/Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social)

Fuente: Secretaría de Salud, 2005.

De esta manera, por primera vez en la historia mexicana, existe un seguro médico, público y voluntario, dirigido a poblaciones sin acceso a servicios de salud (Comisión nacional de protección social en salud, comunicación y participación social, 2013). Este seguro médico denominado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS se materializa en el año 2003, “se convirtió en ley en 2003 y entró en operación en enero de 2004. A finales del primer año de operación, su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SPS), contaba ya con más de 1.5 millones de familias mexicanas afiliadas” (Secretaría de Salud, 2006). El seguro popular asegura a la población no asalariada “en el primer y segundo nivel y aporta fondos económicos para cubrir las llamadas enfermedades catastróficas (tercer nivel) por el alto costo que implica su tratamiento” (Secretaría de Salud, 2006). En el cuadro 9 se observa que el beneficiario es la familia, mientras que los aportadores son el gobierno federal y estatal. Ello logra un esfuerzo nacional en torno a la salud al comprometer los recursos federales y estatales.

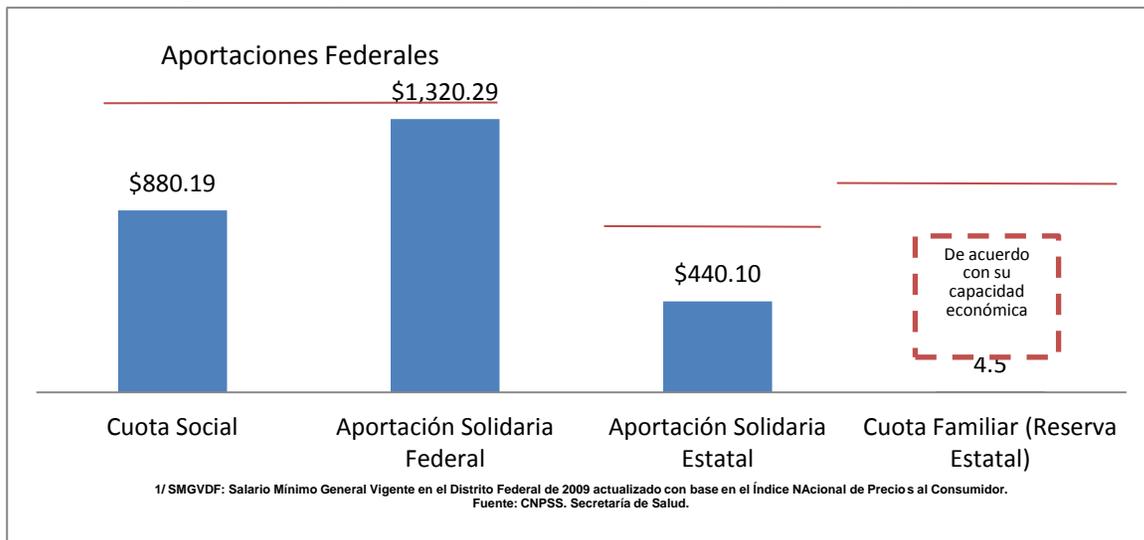
Cuadro 9. Estructura de las contribuciones financieras para garantizar una protección social universal

Esquema de seguros públicos	Beneficiario	Aportadores co-responsables		Gobierno Federal
IMSS (trabajadores asalariados del sector privado)	Obrero	Empleador Privado		Cuota Social
ISSSTE (trabajadores asalariados del sector público)	Empleado	Empleador Público		Cuota Social
Seguro Popular de Salud (trabajadores no asalariados y familias que se encuentran fuera del mercado laboral)	Familia	Aportación solidaria		Cuota Social
		Gobierno Estatal	Gobierno Federal	

Fuente: Secretaría de Salud_a, 2013.

Se ha mostrado el contexto en el que surge el seguro popular; pasamos a analizar los beneficiarios del diseño. La unidad protegida del Sistema de Protección Social en Salud es el núcleo familiar que vive en el hogar, sin establecer como requisito el vínculo matrimonial; incorpora a dependientes económicos en general, incluyendo a discapacitados y mayores de edad. También pueden afiliarse voluntariamente las personas mayores de 18 años de manera individual (Secretaría de Salud, 2013_b). El seguro financia las consultas, intervenciones y medicamentos asociados en el “Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), los beneficiarios del SPSS participan en su financiamiento con cuotas familiares que se determinan con base en su situación económica (Secretaría de Salud, 2013_a)”. El recurso económico con el que se cuenta para operar el seguro popular proviene del gobierno federal, estatal y de las familias. Esta información se muestra en la Figura 10. Por cada persona existe una aportación gubernamental, principalmente federal, o fondo económico de \$2,640.58. A ello se le debe sumar la aportación de los beneficiarios que es calculada con base en su situación socio-económica. Las aportaciones gubernamentales y familiares se actualizan con base en el salario mínimo vigente y en el caso de las familias, se contabilizan como cuota familiar.

Figura 10. Aportación anual por persona para el ejercicio 2012



Fuente: Secretaría de Salud_a, 2013.

La cuota anual por familia se incrementa conforme pertenece a deciles de ingreso más altos, y se determina al momento de la afiliación para evitar actos de corrupción. Los primeros cuatro deciles tienen cuota anual de cero pesos, mientras que el último aporta anualmente \$11,378.9 pesos (cuadro 10).

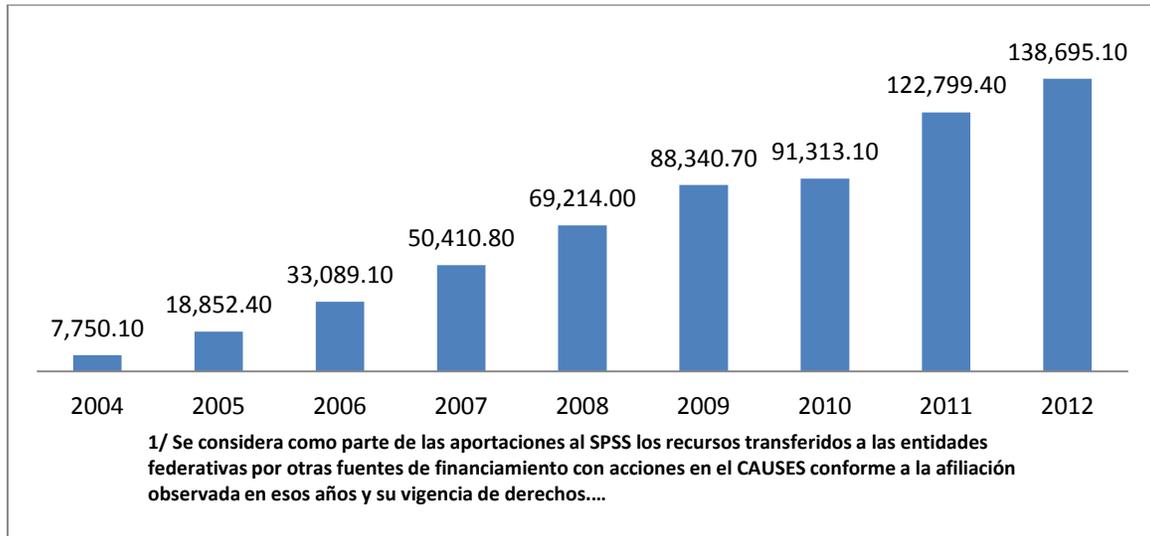
Cuadro 10. Cuota Familiar según decil de ingreso en 2012 (cifras en pesos).

Decil de Ingreso	Cuota Anual por Familia
I	0.0
II	0.0
III	0.0
IV	0.0
V	2,075.0
VI	2,833.6
VII	3,647.9
VIII	5,650.4
IX	7,519.0
X	11,378.9

Fuente: Secretaría de Salud_a, 2013.

El seguro popular ha tenido respaldo financiero; en el año 2004 inició con un presupuesto (en pesos corrientes) de 7,750 millones y para el 2012 fue de 138,695 millones con un incremento cercano a 1800 por ciento acumulado en 8 años.

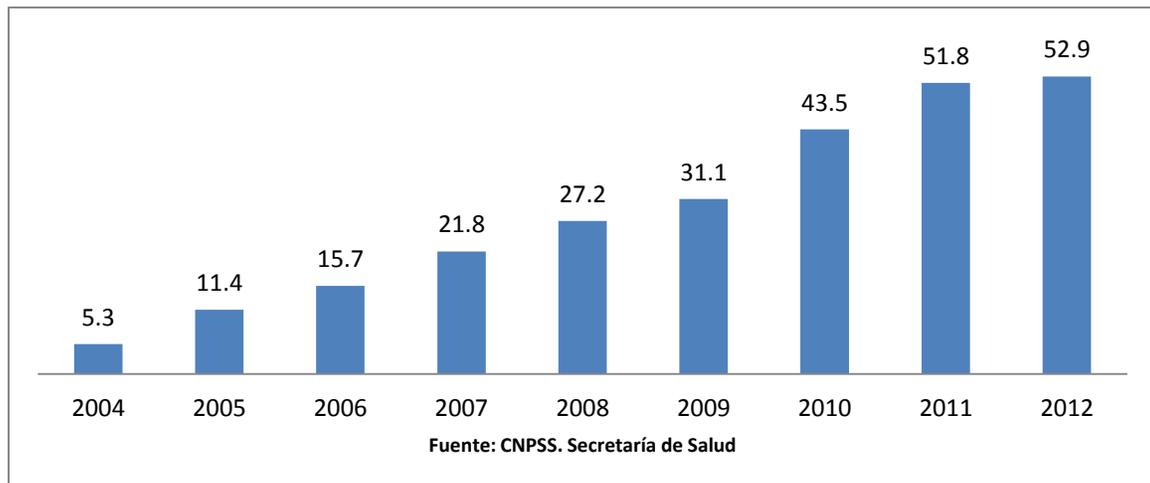
Figura 11. Presupuesto asignado al spss 2004-2012 (millones de pesos)



Fuente: Secretaría de salud_a, 2013.

Este respaldo financiero se traduce en el número de afiliados. El programa inició con 5.3 millones de afiliados en 2004 y para 2012 se tenía un incremento acumulado de aproximadamente 1000%

Figura 12. Crecimiento acumulado de afiliados, 2004-2012 (millones de personas)



Fuente: Secretaría de salud_a, 2013.

La población objetivo ha sido la de mayor vulnerabilidad “De conformidad con el Artículo 44 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2012 así como las

líneas estratégicas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, el SPSS dirigió sus acciones de afiliación prioritariamente a niños recién nacidos; mujeres embarazadas; beneficiarios del Programa Oportunidades, con independencia de haber brindado esa posibilidad a toda la población adicional que lo requiera” (Secretaría de salud, 2013)..

El servicios de salud cubre la atención ambulatoria que implica medicina general, consultas generales y de especialidad; odontología (7 servicios básicos); urgencias (25 servicios); hospitalización (49 intervenciones); Cirugía general (66 servicios de salud). Los servicios más trascendentes que brinda el seguro popular es para tratar enfermedades como: cáncer cérvico uterino, VIH-Sida, cataratas, cáncer de niños y adolescentes, trasplante de médula ósea, cáncer de mama, cáncer de testículo, linfoma No Hodgkin, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, trasplante de córnea, enfermedades lisosomales en menores de 10 años, infarto agudo al Miocardio en menores de 60 años, cáncer de próstata.

2.6 Consumo de Medicina Tradicional en zonas rurales de Puebla

Los servicios de las unidades de medicina tradicional de la Secretaría de Salud del estado de Puebla son otorgados por curanderos, hueseros y parteras. En el Cuadro 11 se muestra la demanda de medicina tradicional por localización y servicio durante el 2009. Debe observarse que la mayor demanda es la del curandero, en segundo lugar el huesero y la menor demanda corresponde a la partera por ser un servicio especializado en mujeres embarazadas. Los datos provienen de la dependencia mencionada.

Queda de manifiesto que existe demanda urbana de medicinas complementarias y demanda rural de medicina tradicional. Para efectos de la estrategia, se diferencia la medicina a promover en función de lo urbano y lo rural. De igual manera, la estrategia responde a las regiones de mayor marginación.

CUADRO 11. CONSUMO POR SERVICIO DE MEDICINA TRADICIONAL, 2009								
SERVICIOS OTORGADOS HUESOS								
	Ayotoxco	Cuetzalan	Huehuetla	Coxcatlan	Tulcingo	Zapotitlan	Tlaco. Diaz	
SOBADA	92	137	56	77	45	50	61	518
PARCHES	36	0	0	0	1	0	0	37
VENTOSAS	57	0	0	0	33	0	0	90
VENDAJES	82	39	0	21	43	0	0	185
LIMPIAS	0	165	35	0	0	0	0	170
BAÑO TEMAZCAL	0	1	0	0	0	0	0	1
REMEDIOS	93	15	35	65	45	13	0	266
TOTAL	360	327	126	163	167	63	61	1267
SERVICIOS CURANDEROS								
	Ayotoxco	Cuetzalan	Huehuetla	Coxcatlan	Tulcingo	Zapotitlan	Tlaco. Diaz	
REZADAS	141	247	15	189	60	8	238	898
LIMPIAS	140	247	378	189	60	65	238	1317
SOBADAS	78	246	399	19	75	117	39	973
CHUPADAS	0	0	0	0	0	0	34	34
LLAMADAS DEL ESPIRITU	44	107	0	50	21	8	124	354
VENTOSAS	0	0	4	0	0	0	0	4
CHIQUIADORES	0	0	0	0	14	0	0	14
ZAHUMADA	0	41	1	0	0	3	0	45
VENDAJES	0	3	0	0	4	0	0	7
BAÑO TEMAZCAL	13	18	0	0	6	3	0	40
REMEDIOS	239	0	175	17	75	28	12	546
TOTAL	655	909	972	464	315	232	685	4232
SERVICIOS PARTERAS								
	Ayotoxco	Cuetzalan	Huehuetla	Coxcatlan	Tulcingo	Zapotitlan	Tlaco. Diaz	
REZO	0	99	0	0	9	0	0	108
LIMPIA	0	99	24	0	9	0	0	132
SOBADA	12	91	39	7	10	17	11	187
REMEDIOS	12	0	0	0	6	0	0	18
PALPAR	12	91	0	5	3	16	11	138
OIR AL BEBE	12	87	0	5	3	13	11	131
CORTE DEL CORDÓN	0	4	0	0	0	0	2	6
EXTRACCIÓN PLACENTA	0	4	0	0	0	0	0	4
CHEQUEAR CORDÓN	0	12	0	0	0	0	2	14
BAÑO DE BEBÉ	0	12	0	0	0	0	2	14
RESPIRACIÓN	0	0	0	0	0	0	2	2
APRETADA	0	12	0	0	1	0	2	15
TOTAL	48	511	63	17	41	46	43	269
TOTAL ATENCIONES								2254

Los cambios en la aceptación oficial de la medicina tradicional y medicinas complementarias inician con la herencia cultural de México, que se encuentra en las etnias de las zonas rurales. Es justamente en las zonas rurales donde es escasa la cobertura médica. Por una parte existe evidencia de una escasez de médicos en áreas marginadas o rurales; por la otra, los de las zonas urbanas experimentan desempleo y subempleo. El primer fenómeno señala que formar más médicos no es, por sí misma, la solución a la falta de accesibilidad en la atención a la salud. Existe evidencia de que múltiples factores sociales, económicos y culturales limitan el deseo de los médicos de vivir en áreas rurales y marginadas. Aunado a esto, todos los incentivos del sistema de salud mexicano se orientan a favorecer una práctica médica urbana y hospitalaria” (Frenk et al., 1995). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud, en su estrategia de medicina tradicional, afirma que son las zonas rurales las más favorecidas con la medicina tradicional debido a la baja proporción de médicos por habitantes “En los países en vías de desarrollo, el amplio uso de la MT se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad. En Uganda, por ejemplo, la proporción de personas que practican la MTC frente a la población es de 1:200 y 1:499. Esto contrasta drásticamente con la disponibilidad de personas que practican la medicina alopática, para la cual la proporción es de 1:20.000 o menos. Incluso la distribución de dicho personal es desigual, la mayor parte se encuentran en ciudades u otras zonas urbanas y por lo tanto es difícil que las poblaciones rurales tengan acceso.” (OMS, 2002). Por lo anterior, en la estrategia se dividen las regiones del estado en rurales o urbanas y a partir de ello se plantea la intervención de desarrollo en el estado de Puebla.

2.6.1 Aspecto legal en México de la medicina tradicional

El reconocimiento de la medicina tradicional como parte de los sistemas nacionales de salud es una tendencia mundial (OMS, 2002). En el contexto sociocultural, México se autoreconoció constitucionalmente en 1990 como un país pluriétnico y multicultural. El enfoque del Sistema de Bienestar Individual de Salud (SBIS) incluye a la medicina ortodoxa alópata, a la medicina tradicional indígena, medicinas complementarias y terapias complementarias en la atención primaria. El

enfoque del SBIS sólo es factible en la medida del reconocimiento legal de las opciones que incluye. La Medicina ortodoxa alópata⁸, ha sido desde principios del siglo XX la medicina oficial. La constitución mexicana reconoció a la medicina tradicional indígena en 2006 y con ello su incorporación al sistema nacional de salud, aunado además se integran legalmente las medicinas complementarias en la ley general de salud como herbolaria en 1996, homeopatía desde 1896 y acupuntura en 2002.

Con el enfoque intercultural e integrador del Sistema de Bienestar Individual de Salud (SBIS) y la incorporación oficial de la medicina tradicional indígena y algunas medicinas complementarias al Sistema Nacional de Salud se presenta una perspectiva de fortalecimiento del SBIS, incremento de cobertura de salud con medicina no ortodoxa, generación de empleos y apertura para investigación científica aplicada en el área y con ello legitimar la incorporación legal de mayor número de medicinas complementarias.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la medicina tradicional es el cúmulo completo de “conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas y que se utilizan para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar trastornos físicos o mentales” (Organización Mundial de la Salud, 2013). Por otra parte, si dicho cúmulo de conocimientos son adquiridos de otra cultura diferente a su origen, entonces “suele denominarse medicina alternativa o complementaria”. Para México, la medicina tradicional indígena está reconocida en el segundo artículo constitucional desde el año 2006.

De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) en algunos países asiáticos y africanos, el 80% de la población depende de la medicina tradicional para recibir atención primaria de salud y existe un incremento mundial de la atención prestada a la medicina tradicional y medicina complementaria debido al

⁸ La medicina no ortodoxa, incluye a la medicina tradicional que se compone de los conocimientos ancestrales de diferentes culturas y experiencias indígenas; también incorpora al uso tradicional de plantas medicinales y a los “traditional procedure-based therapies” que son el resto de terapias que son técnicas donde no se utiliza ninguna medicación y mejoran la vida del individuo tales como quiropráctica, osteopatía, entre otras.

incremento del mercado. En el primer congreso de la Organización Mundial de la Salud sobre medicina tradicional celebrado en Beijing, China en 2009, asistieron representantes de más de 70 países que adoptan la “Beijing Declaration” que promueve el uso efectivo y seguro de la medicina tradicional y se llama a los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud y miembros asociados a dar los pasos necesarios hacia la incorporación de la medicina tradicional y las medicinas complementarias a los sistemas nacionales de salud⁹. Esta tendencia ha estado presente en México.

El primer elemento de la tendencia se encuentra en el segundo artículo constitucional que incorpora en el año 2006 a la medicina tradicional indígena como parte del Sistema Nacional de Salud con base en el autorreconocimiento como país pluriétnico y multicultural “composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas” (Segundo artículo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).

El artículo segundo constitucional resume el objetivo del enfoque del Sistema de Bienestar Individual de Salud para las zonas indígenas reconociendo la autonomía para preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad lo cual se logra bajo el rescate del conocimiento tradicional indígena de su sistema médico. De igual manera, al fortalecer el SBIS en las zonas indígenas, de acuerdo a las fracciones de dicho artículo, se logra: “I. Impulsar el desarrollo regional de las zonas indígenas con el propósito de fortalecer las economías locales y mejorar las condiciones de vida de sus pueblos ... “ ya que al fortalecer el SBIS se capacitan recursos humanos de las localidades que aplicarán sus conocimientos en la localidad; “II. Garantizar e incrementar los niveles de escolaridad, favorece la educación bilingüe e intercultural, la alfabetización, la

⁹ The "Beijing Declaration" was adopted, promoting the safe and effective use of traditional medicine. It calls on WHO Member States and other stakeholders to take steps to integrate traditional medicine (TM) / complementary and alternative medicine (CAM) into national health systems.

conclusión de la educación básica, la capacitación productiva y la educación media superior y superior. Definir y desarrollar programas educativos de contenido regional que reconozcan la herencia cultural de sus pueblos. “III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechar debidamente la medicina tradicional, y finalmente “VII. Apoyar las actividades productivas y el desarrollo sustentable de las comunidades indígenas mediante acciones que permitan alcanzar la suficiencia de sus ingresos económicos, la aplicación de estímulos para las inversiones públicas y privadas que propicien la creación de empleos.

La Ley General de Salud responde a la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos y representa el segundo elemento del fortalecimiento de la medicina tradicional en México, que en su artículo quinto define los actores del sistema nacional de salud que “está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”. Dicho sistema tiene dentro de sus objetivos el “Artículo 60, IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación, sus valores y organización social; VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas”.

A partir de estos objetivos, a nivel nacional, los sistemas estatales de salud, hacen acciones conducentes al alcance de los objetivos generales y deberán cumplir, de acuerdo al artículo 13 de la ley general de salud “las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general”

En materia de educación, se fortalece la coordinación respecto a la capacitación en medicina tradicional y medicinas complementarias entre la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud, ya que en el artículo 93 se establece que “La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud,

promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud ... De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena.

El tercer elemento de evidencia respecto al fortalecimiento de la integración de sistemas médicos en México, se encuentra dentro de la Secretaría de Salud Federal, ya que de acuerdo al reglamento interior de la secretaría de salud en sus modificaciones de 2004 y 2006, de acuerdo al artículo 25. Corresponde a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud: VII. Proponer el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud en correspondencia a las necesidades y características culturales de la población, promueve la interrelación con propuestas y proyectos conjuntos, apoyar que su evaluación se realice a través de la visión de la cultura donde se practica” lo cual se logra a partir de “XVII. Dirigir las acciones para la capacitación y sensibilización intercultural del personal del Sistema Nacional de Salud;...XIX. Diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias en el Sistema Nacional de Salud” de esa manera se genera la dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural.

La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, surge en 2002 “en el contexto al reconocimiento a la diversidad cultural de nuestras poblaciones mestizas e indígenas y ante la emergencia de nuevos paradigmas en la definición de los programas de atención a la salud; se ha impulsado un modelo intercultural para posicionar en la oferta de servicios institucionales, una visión acorde con las expectativas de la sociedad y de los pueblos indígenas en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos, la perspectiva de género y una visión innovadora y ampliada respecto al tema de Interculturalidad en Salud, con el fin de incidir en la resolución institucional de las problemáticas en estos temas” (Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud México, 2013); el objetivo principal es “la definición de una política respecto a la medicina tradicional mexicana, las denominadas Medicinas Complementarias, presentes en las preferencias de la sociedad y la oferta de servicios”. El enfoque intercultural es la base de la incorporación de otras medicinas complementarias no reconocidas aún en la

legislación mexicana y al mismo tiempo es el enfoque principal del Sistema de Bienestar Individual de Salud.

Dentro de la dirección de medicina tradicional, definen a la medicina tradicional como “un conjunto de sistemas médicos que tienen sus raíces en los conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los distintos pueblos indígenas de nuestro país han acumulado a través de su historia. Definimos a las medicinas complementarias o alternativas, como modelos clínico terapéuticos, que de acuerdo con la OMS no forman parte de la tradición de un propio país, y no están integrados en su sistema sanitario prevaleciente” (Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud México, 2013). La medicina tradicional es la que tiene mayor arraigo cultural en la población ya que las ciudades de México se han poblado por las emigraciones rurales hacia las urbes.

De igual manera se reconoce por parte de la secretaría de salud que las medicinas complementarias coadyuvan eficazmente a las enfermedades crónico degenerativas resultado de la transición epidemiológica “Un aporte específico de modelos clínico terapéuticos como la herbolaria, homeopatía y acupuntura, es precisamente con los grupos de enfermedades de la actual transición epidemiológica, así mismo otros modelos inciden en los estilos de vida a través de propuestas específicas de alimentación y ejercicio saludable.” (Medicina Tradicional y Sistemas complementarios de atención a la salud, Programa de Acción específico 2007-2012, p.15).

De lo anterior se desprende el programa nacional de salud 2007-2012, mismo que incorpora las siguientes líneas de acción respecto a la medicina tradicional “3.4. Incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación así como en la capacitación del personal operativo y directivo.

Con ello se recomienda “8.5. Promover el estudio y validación científica de las medicinas tradicionales y Complementarias” (Programa Nacional de Salud, 2007):

- Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación formal de la medicina tradicional al sistema nacional de salud;
- Diseñar y operar una política de enseñanza de medicina tradicional y complementaria en el Sistema Nacional de Salud;
-

Incorporar en las demandas del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social la investigación en medicinas tradicionales y complementarias; • Evaluar la posibilidad de crear el Instituto Nacional de Medicinas Complementarias” ello muestra en conjunto que la operacionalización del fortalecimiento del sistema nacional de salud a través de la incorporación de la medicina tradicional deberá tomar en cuenta proveer medicina tradicional en los servicios de salud, la enseñanza acorde y la investigación.

Respecto a las medicinas complementarias, la Ley General de Salud, reconoce en su artículo 224 que por su carácter los medicamentos pueden ser a) alopáticos, b) homeopáticos y c) herbolarios. El marco legal de la acupuntura se encuentra en la Norma Oficial Mexicana NOM-172-SSA 1-1998 publicada el 7 de mayo de 2002 denominada criterios de operación para la práctica de la acupuntura. Por tanto las medicinas complementarias reconocidas en México son Herbolaria, Homeopatía y Acupuntura.

Los cambios en la aceptación oficial de la medicina tradicional y medicinas complementarias inician con la herencia cultural de México, que se encuentra en las etnias de las zonas rurales. Es justamente en las zonas rurales donde es escasa la cobertura médica “existe evidencia de una escasez de médicos en áreas marginadas o rurales; por la otra, los de las zonas urbanas experimentan desempleo y subempleo. El primer fenómeno señala que formar más médicos no es, por sí misma, la solución a la falta de accesibilidad en la atención a la salud. Existe evidencia de que múltiples factores sociales, económicos y culturales limitan el deseo de los médicos de vivir en áreas rurales y marginadas. Aunado a esto, todos los incentivos del sistema de salud mexicano se orientan a favorecer una práctica médica urbana y hospitalaria” (Frenk et al., 1995). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud, en su estrategia de medicina tradicional, afirma que son las zonas rurales las más favorecidas con la medicina tradicional debido a la baja proporción de médicos por habitantes “En los países en vías de desarrollo, el amplio uso de la MT se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad. En Uganda, por ejemplo, la proporción de personas que practican la MTc frente a la población es de 1:200 y 1:499. Esto contrasta drásticamente con la disponibilidad de personas que practican la medicina alopática, para la cual la

proporción es de 1:20.000 o menos. Incluso la distribución de dicho personal es desigual, la mayor parte se encuentran en ciudades u otras zonas urbanas y por lo tanto es difícil que las poblaciones rurales tengan acceso” (OMS, 2002). Por lo anterior, se debe fortalecer el sistema de salud con los aportes de la medicina tradicional y las medicinas complementarias.

En México, médicos del IMSS abordan la necesidad de implementar la medicina complementaria ampliamente en la población mexicana. De acuerdo con Muñoz y Durán (2004) la demanda de medicina complementaria por parte de la población mexicana ha sobrepasado la capacidad del estado para responder en investigación y oferta del servicio.

CAPÍTULO 3. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la tesis es positivista cuantitativo, no experimental. Se parte de una muestra de la población objetivo, que posteriormente se analiza a través de técnicas cuantitativas para llegar a conclusiones generales sobre dicha población de estudio.

La investigación planteó identificar la manera en que se vinculan diversas variables entre sí; se trata de una investigación de carácter descriptivo-explicativo. Durante la investigación se obtuvo información original que tiene dos aplicaciones: 1) Describir el sistema de bienestar individual integral de salud donde juega un papel muy importante el factor cultural; 2) dictamen informado sobre el potencial de desarrollo rural con base en el mercado de las actividades económicas de servicios de medicina natural.

3.1 La zona de Tepexi de Rodríguez

Dentro de la diversidad de zonas rurales se encuentran las zonas áridas con una problemática compleja, derivada de la escasa precipitación pluvial, procesos de desertificación, menor capacidad de recuperación ecológica, entre otras. Ello hace que se dificulten las alternativas de desarrollo y especialmente en municipios catalogados de alta marginación.

En las zonas áridas las plantas y animales se han adaptado a climas extremos, que tienen su propia importancia. De acuerdo con Kakakhel (2010) dichas condiciones han obligado a algunas plantas a producir semillas para asegurar su reproducción en estas condiciones, que dieron origen a los ancestros del trigo y maíz. Otras plantas con alto potencial podrían estar en la espera a ser descubiertas en estos “unique natural laboratories”.

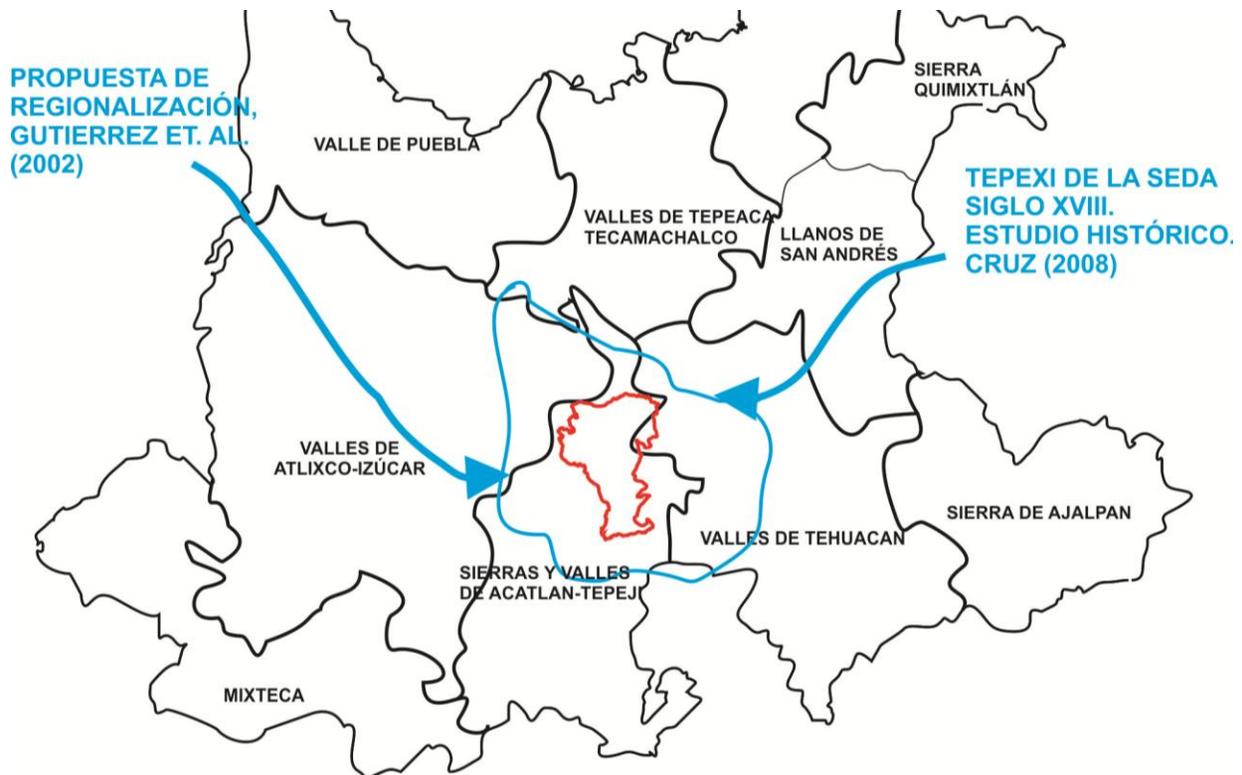
Las zonas áridas albergan un alto número de plantas medicinales que han desarrollado fitoquímicos para su defensa, los cuales pueden ser útiles para el ser humano; numerosas plantas aromáticas y estimulantes, ricas en compuestos secundarios como los terpenos; ornamentales resistentes a las sequías; condiciones para el pastoreo. También se menciona el turismo de vida silvestre como los practicados en pastizales y las sabanas (Convention on Biological Diversity, 2010). Varios animales en peligro de extinción pertenecen a las zonas áridas. Se han hecho

campañas para coleccionar recursos económicos en pro de la conservación de dichas especies, por ello también es factible el deporte de cacería y ecoturismo (Bonkougou, 2000).

Una forma de identificar comunidades rurales en zonas áridas con potencial de presencia de estrategias de vida localmente desarrolladas, es ubicar aquellas con orígenes indígenas ya que “el conocimiento indígena acerca del entorno físico es frecuentemente muy detallado” (Altieri, 2000). De igual manera, “se han documentado muchos sistemas complejos usados por los indígenas para agrupar plantas o animales” (Berlin et al., 1973). Esta condición conduce a la acumulación de conocimiento que ha permitido la supervivencia de la población. Esta acumulación empírica que se identifica como conocimiento tradicional, se ha desarrollado respecto a la agricultura, al clima, al uso de los recursos locales para el hogar y su cosmovisión, al igual que en la salud y la medicina tradicional, entre otras áreas. Estas comunidades, a través de su conocimiento, han logrado ser sustentables y mantener hasta el momento su supervivencia y desarrollo, originalmente endógeno con perturbaciones exógenas.

La zona de estudio se delimitó a partir de la historia indígena de la región corroborada en los códices de Cuautinchan y la presencia de zona arqueológica, además de un análisis histórico, condición geográfica y actividad económica. Para ello se comparó la información referente a Tepexi de la Seda del siglo XVIII (Cruz, 2007) y la propuesta regional de potencial productivo de Gutiérrez et al. (2002). Como resultado, se generó la figura 13, donde se compara la regionalización del año 2002 con la circunscripción histórica. El municipio de Tepexi, en mapas superpuestos se ubica como epicentro de la zona de Tepexi de la Seda y al norte de la propuesta de regionalización de Gutiérrez et al.

Figura 13. Tepexi de la Seda versus propuesta basada en criterios naturales



Fuente: Elaboración propia a partir de Gutiérrez et al. (2002) y Cruz (2007)

En la figura 13 se observa que en ambos casos se encuentra Tepexi de Rodríguez como centro de desarrollo histórico. El desarrollo económico depende de relaciones económicas entre diversos sectores. Como se mencionó arriba, además de las actividades agropecuarias, también se cuenta con una industria de mármol en la región, con extracción, transformación y comercialización. Este genera flujo de efectivo y crecimiento del mercado interno.

3.1.1 Definición de la zona de estudio

El siguiente paso fue un recorrido de campo para verificar la presencia de mercado de medicina tradicional. La cabecera municipal de Tepexi de Rodríguez cuenta con actividades de medicina tradicional y al mismo tiempo con un hospital gratuito IMSS-Oportunidades que brinda atención médica alópata gratuita; ello permite

observar la estrategia de vida de las unidades familiares respecto a la combinación de opciones de salud y el dinamismo del mercado de medicina tradicional. Por esta razón se seleccionó a Tepexi como centro de la investigación.

La presente investigación se llevó a cabo en la región de Tepexi de Rodríguez por las siguientes razones:

- a) Respecto al desarrollo rural endógeno:
 - a. Existe falta de opciones productivas debido a que es una zona árida con suelos pobres para la agricultura.
 - b. Es una zona catalogada como de muy alta marginación.
 - c. Índice medio de desarrollo humano.
 - d. Es una zona con expulsión neta de mano de obra.

- b) Respecto a la salud:
 - a. El área de salud está considerada como uno de los bienes fundamentales del bienestar y factor clave del desarrollo endógeno.
 - b. La zona tiene orígenes indígenas.
 - c. Presencia de fenómenos sociales como la transición epidemiológica y demográfica.
 - d. El hospital regional gratuito del IMSS, permite observar la estrategia de vida de la población.

En conjunto se tiene una zona que requiere investigación y desarrollo; tiene conocimiento tradicional en salud; existe demanda de dichos servicios al pertenecer a una región con cultura milenaria y adaptada a su entorno; cuenta con un hospital regional IMSS-Oportunidades que provee de servicios y medicamentos alópatas completamente gratuitos, lo que permite observar la estrategia de vida respecto a las necesidades y combinación de opciones de salud: combinación de los elementos de autocuidado, la medicina tradicional y la medicina alópata. Por tanto, existe potencial de investigación en el tema de desarrollo rural sustentado en la salud.

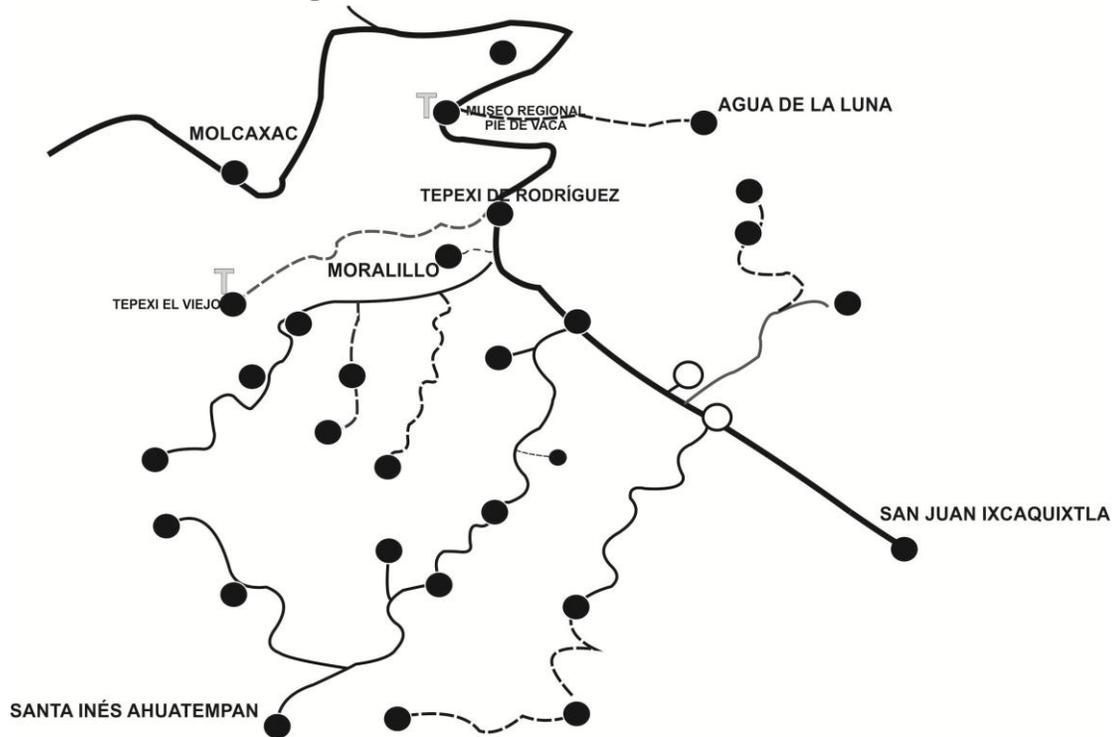
Las comunidades consideradas tienen las siguientes características en común: se encuentran dentro de la zona de influencia del hospital regional IMSS de Tepexi de

Rodríguez; existe disponibilidad de transporte público que incluye el uso de taxi, acceso vehicular a través de vías de comunicación en terracería o pavimentadas; oferta escolar mínima de primaria en la comunidad; presencia de medicina tradicional.

Las localidades que cumplen los requisitos de cercanía al hospital regional son San Juan Ixcaquixtla, Tepexi de Rodríguez, Ahuatempan, Molcaxac. Se eliminó a Acatlán por no estar integrada a la zona económica histórica, también se eliminó al municipio de Coyotepec, por ser el más lejano a Tepexi, con ello queda la lista de comunidades urbanas: San Juan Ixcaquixtla, Tepexi de Rodríguez, Molcaxac y Ahuatempan.

Se seleccionaron las dos comunidades restantes a partir del recorrido de campo que se muestra en la figura 14, bajo el criterio que el acceso para llegar a la comunidad fuera de terracería y que una estuviera cercana mientras que la otra estuviera alejada del hospital regional para tener elementos de contraste, para tal efecto se hizo el recorrido de campo que se muestra en la figura.

Figura 14. Localidades de estudio.



Fuente: elaboración propia

3.2 Estratificación de las comunidades por nivel de ruralidad

Para el presente estudio se retoma la visión de urbanidad y de ruralidad donde se generaron ambos índices, desde ambas concepciones: el de la cobertura (población que cuenta con características urbanas) y el de carencia (población que tiene características rurales). El índice de urbanidad toma en cuenta el indicador de población, la escolaridad promedio, disponibilidad de servicios públicos por vivienda en cada localidad, las viviendas con auto, computadora, línea telefónica fija, celular e internet. Para ello se utilizan datos por localidad generados en el censo 2010. Para obtener la proporción, el cálculo se obtuvo al dividir el número de viviendas (con luz, agua, drenaje, auto computadora, teléfono, celular, internet) entre el total de viviendas por comunidad; por ejemplo, en el caso de viviendas con auto para Ixcaquixtla se dividió 349 viviendas con auto entre 1090 hogares con un resultado de 0.32. Posteriormente se obtuvo el índice mediante la sumatoria de los promedios y proporciones obtenidas de cada rubro.

Cuadro 12. Índice de urbanidad calculado para las localidades de estudio con base en datos del Censo INEGI 2010

Localidad	Hab. por hogar	Escolaridad promedio en años escolares	Viviendas con luz, agua y drenaje	Proporción Viviendas con auto	Proporción Viviendas con computadora	Proporción Viviendas con teléfono	Prop. Viviendas con celular	Prop. Viviendas con internet	Índice de urbanidad
Ixcaquixtla	4.04	8.55	0.65	0.32	0.22	0.41	0.48	0.13	14.79
Tepexi	4.02	8.21	0.52	0.31	0.20	0.34	0.49	0.12	14.21
Molcaxac	4.07	7.78	0.48	0.31	0.13	0.31	0.20	0.03	13.32
Ahuatempan	3.58	5.79	0.68	0.18	0.05	0.22	0.03	0.02	10.56
Moralillo	4.24	4.63	0.45	0.26	0.01	0.06	0.20	0.01	9.86
Agua de la Luna	3.89	4.69	0.49	0.14	0.00	0.00	0.19	0.00	9.41
promedio	3.97	6.61	0.55	0.25	0.10	0.22	0.26	0.05	12.02

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo INEGI 2010.

En el rubro número de habitantes por hogar, a mayor urbanidad, mayor es la densidad de habitantes por hogar; de igual manera, a mayor urbanidad es mayor el grado de escolaridad promedio mientras que a mayor posesión promedio de automóvil, computadora, línea telefónica, celular e internet, mayor es la urbanidad. En el cuadro se muestra que Ixcaquixtla es la localidad con mayor urbanidad, mientras que Agua de la Luna es la que tiene el menor índice.

Desde la contraparte, el análisis de grado de ruralidad, los indicadores deberán medir la participación del sector primario en el total de actividades como principal indicador y la carencia de servicios en las viviendas y de servicios públicos tales como seguro médico, piso, luz eléctrica, agua entubada, drenaje, bienes materiales modernos como lavadora, refrigerador, computadora, además del indicador de niños nacidos vivos ya que a mayor ruralidad mayor es el número de hijos. La presencia de población indígena denota mayor ruralidad. Cuando se mide el grado de ruralidad, se utilizan los datos de participación agropecuaria y carencia de servicios. De igual manera se realizó la división de viviendas con determinada característica entre el total de viviendas y se obtuvo la proporción, para posteriormente hacer la sumatoria de proporciones y de esa manera obtener el índice de ruralidad.

Cuadro 13. Índice de ruralidad calculado para las localidades de estudio con base en datos del Censo INEGI 2010

Localidad	Proporc. PEA en el sector primario	Proporc. Pobl. sin seguro médico	Promedio hijos nacidos vivos	Proporc. población indígena	Proporc. población analfabeta de más de 15 años	Prop. viv. con piso tierra	Prop. viv. sin luz eléct.	Prop. Viv. sin agua tubo	Prop. Viv. sin drenaje	Prop. viv. sin ningún bien moderno	Índice de ruralidad
Ixcaquixtla	.50	0.31	2.68	0.03	0.07	0.11	0.012	0.33	0.03	0.02	4.10
Tepexi	.54	0.37	2.57	0.03	0.06	0.10	0.018	0.46	0.07	0.04	4.26
Molcaxac	.54	0.40	2.56	0.03	0.05	0.08	0.015	0.43	0.22	0.03	4.35
Ahuatemp.	.52	0.47	3.22	0.27	0.15	0.14	0.027	0.22	0.13	0.10	5.26
Moralillo	.54	0.58	3.49	0.00	0.13	0.30	0.053	0.37	0.51	0.12	6.08
Agua de la Luna	.54	0.48	3.63	0.00	0.13	0.43	0.063	0.35	0.37	0.16	6.14
promedio	.53	0.43	3.03	0.06	0.10	0.19	0.03	0.36	0.22	0.08	5.03

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo INEGI 2010.

En el cuadro se observa que la estratificación por índice de urbanidad concuerda con el índice de ruralidad donde la comunidad más rural es Agua de la Luna mientras que la menos rural es San Juan Ixcaquixtla. De esta manera, se llega a la siguiente estratificación de menor a mayor ruralidad de las comunidades de estudio:

1. San Juan Ixcaquixtla.
2. Tepexi de Rodríguez.
3. Molcaxac.

4. Ahuatempan.
5. Moralillo.
6. Agua de la luna.

3.3 Instrumento de investigación

Los instrumentos utilizados en otros estudios son: Bhuiya (2001) mide el bienestar emocional a través de tres simples indicadores obtenidos en cuestionarios respecto al estrés emocional, la paz mental y la razón para inquietarse; Copestake (2008) analiza el nivel de bienestar a través de dos escalas de lickert sobre la necesidad de lograr metas y la satisfacción de dichas metas; Glendinning et al. (2003) en zonas rurales midieron el bienestar de adolescentes a través de cuestionarios aplicados en escuelas acerca de las oportunidades locales. En el análisis comunitario, Wood (1988) mide necesidades básicas de bienestar directamente en hogares acerca de la mortalidad infantil, el grado de alfabetismo, la nutrición de la población, agua potable y servicios de salud; Wood et al, (2005) miden el bienestar individual a través de cuestionarios como conformador del bienestar comunitario; Graymore et al. (2008) aplican cuestionarios en el hogar, que analizan los subsistemas salud y población, riqueza, conocimiento y cultura, comunidad, equidad, tierra, agua, aire, biodiversidad y el uso de recursos; (Ramsey y Smit, 2002) aplicación de cuestionarios en el hogar, analizan el bienestar humano a partir de la salud de la comunidad, el bienestar del área rural, el bienestar en la vivienda. Jacob, Bourke y Luloff (1997) aplican cuestionarios en el hogar y abordan la relación entre estrés y el bienestar en una comunidad rural de Pensilvania.

Otros estudios analizan el papel de los bienes materiales y el bienestar subjetivo tales como Kivett (1988) que con cuestionarios a padres de familia, abordó la relación entre el bienestar objetivo (los bienes materiales e ingreso con que cuenta el individuo) y el subjetivo (el grado de felicidad o satisfacción que manifiesta); Knight, Song y Gunatilaka (2009) analizan a nivel individual con historias de vida, por qué a pesar de la pobreza que se manifiesta en las zonas rurales de China, parecen ser relativamente felices; Copestake (2008) examina el papel entre las motivaciones

individuales en diferentes dimensiones, las facilidades del entorno y el bienestar individual a través de cuestionarios aplicados directamente en el hogar.

En esta investigación se utilizaron cuestionarios semiestructurados con preguntas abiertas (Casas et al., 2003). Se aplicaron las encuestas en función de elementos de la muestra previamente definidos en los hogares de los entrevistados. Se utilizaron anotaciones en libretas de campo y se capturaron en Excel para su análisis en SPSS.

La congruencia entre el tema, el planteamiento de la investigación, la zona de estudio, el diseño metodológico y el marco teórico-conceptual es la base para lograr resultados congruentes. El cuestionario se conformó con base en lo expuesto en el marco teórico referente a la estrategia de vida y la revisión de indicadores utilizados en otros estudios de bienestar.

Con base en el marco teórico y la revisión de otras investigaciones, se generó la primera versión de los cuestionarios para las encuestas. Se aplicaron encuestas piloto para observar el tiempo de aplicación así como la claridad de las preguntas hacia el encuestado. Con esa información se adecuaron las preguntas para finalmente obtener la versión definitiva de las encuestas.

Los instrumentos de investigación utilizados fueron una combinación entre preguntas cerradas y abiertas lo cual tiene varias implicaciones:

1. En el caso de encuestas con preguntas abiertas, el investigador no impone a priori las posibles respuestas que tiene preconcebidas. En encuestas con preguntas cerradas, las opciones de respuesta que plantea el investigador, generalmente son bastante limitadas y no permiten la obtención de nuevas alternativas por parte de la población encuestada.
2. Al aplicar encuestas con preguntas abiertas, el manejo práctico de la información obtenida implica mayor inversión de tiempo ya que es necesario:
 - a. Capturar todas las respuestas de cada pregunta abierta; en el caso de la encuesta sobre el sistema de salud se capturaron 130 respuestas de cada una de las 100 preguntas y se capturaron 13,000 respuestas.
 - b. Agrupar las respuestas que eran similares y obtener una batería de respuestas que van desde 10 diferentes respuestas hasta aproximadamente 60.

- c. Sistematizar las respuestas de cada pregunta para encontrar ideas comunes y codificar en opciones que puedan generar diferencias estadísticas. Con esta acción se obtuvo como máximo 8 diferentes respuestas (opciones) en cada pregunta, lo que lo hace estadísticamente manejable.
3. En cada pregunta abierta se aplica la técnica de “free listing, primera mención”. Por ejemplo, cuando se trata de enlistar las plantas con que cuentan en el hogar, la entrevistada o entrevistado da una lista de sus plantas, al momento de analizar esta información, lo factible es tomar en cuenta la primera planta que mencionó para hacerla comparable con el resto de entrevistados.

3.4 Determinación de la muestra

La determinación de la muestra se basó principalmente en que la población de estudio tiene una distribución normal y se diseñó para análisis de variables nominales categóricas cuya característica principal es que asumen pocos valores discretos. El diseño de la encuesta se realizó sobre la construcción de variables categóricas, incluso cuando la respuesta abierta generó más de 10 resultados se agruparon los resultados de manera que cada variable tomara un valor máximo de 10 resultados y fuese susceptible de análisis estadístico. Enseguida debe mencionarse que el marco muestral son los hogares (población finita), es decir, se conoce el total de unidades de muestreo.

El marco muestral fue el número de hogares de la comunidad, dentro de dicho marco la unidad de muestreo fue el hogar ya que es la unidad donde se da la estrategia familiar respecto a la salud. La familia aparece, no sólo como unidad de intervención en políticas sociales, sino como unidad de diseño y concepción de la agenda social de los países (Serrano, 2006). En México los programas funcionan con medidas de unidad familiar tales como el seguro popular, oportunidades, programa de vivienda, agua potable, electrificación.

Se realizó un muestreo estratificado por comunidades. Se fijaron 6 estratos correspondientes a las localidades donde hay diversos grados de ruralidad: Ixcaquixtla (menor ruralidad) para finalizar con Agua de la Luna (mayor ruralidad). Los

estratos se definieron al considerar el número de hogares de cada comunidad y se aplicó la fórmula de muestreo por comunidad para mantener la validez por comunidad. En la unidad de estudio¹⁰ se investigaron los elementos de autocuidado en el hogar, la medicina tradicional, la medicina privada y el hospital gratuito, es decir el Sistema de Bienestar Individual de Salud. El objetivo fue llegar al análisis y explicación del SBIS para describir el potencial de fortalecer la oferta de servicios de medicina tradicional a la población local en función de la estrategia de salud del hogar.

La fórmula utilizada corresponde a variables nominales categóricas de poblaciones finitas (Murray, 2004). La muestra a partir del universo de las seis comunidades se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 q/E^2 p}{1 + \frac{1}{N} \left[\left(\frac{Z^2 q}{E^2 p} \right) - 1 \right]}$$

N=Población

Z= 1.96 (Nivel de confianza 95%)

Variabilidad

p= 0.95 (Proporción esperada)

q= 1-p= 0.05

E= 0.08 (Precisión 8%)

Se utilizó un muestreo aleatorio simple, ello permite que en un análisis de la población objetivo, todos los elementos de estudio de determinado subgrupo (muestra) tengan la misma posibilidad de ser elegidos para la aplicación del instrumento. Este tipo de muestreo pertenece a la categoría de muestreos probabilísticos, cuya principal ventaja es que puede medirse el tamaño de error en las predicciones derivadas de la investigación. Las muestras probabilísticas son fundamentales en los diseños cuantitativos (por encuestas); con los datos obtenidos se hacen estimaciones de variables de la población.

El error estadístico es “la diferencia entre el valor de un estimador y el del parámetro correspondiente” (Ordoñez, 2013). Existen dos tipos de error estadístico, el que se conoce como de no muestreo y el de muestreo. El error de muestreo es el

¹⁰ La unidad de estudio es el fenómeno, grupo, objeto o persona la cual se desea analizar para la investigación, al momento de definirla o acatarla totalmente, ayuda a definir el alcance de la investigación, complementa las herramientas de estudio y permite acotar la búsqueda de información. De esta manera la unidad de estudio es definida y construida en función a la problemática de investigación, lo que implica aproximaciones metodológicas y sucesos experimentales (Bourdieu, et. al, 1996). La definición del objeto de estudio se hace de una forma epistemológica, es decir, una relación entre el investigador y el objeto de estudio con la finalidad de crear nuevo conocimiento.

conjunto de errores que se cometen en el diseño, obtención en campo y captura de la información, como por ejemplo “personal no capacitado que aplica las encuestas, no apuntar correctamente, falta de definición clara de la población, inadecuada elaboración del marco de muestreo, falta de definición del cuestionario, vaga concepción de la información deseada, métodos imprecisos de entrevistas” (Ordoñez, 2013). Estos errores se controlaron ya que el investigador que diseñó el cuestionario directamente los aplicó y capturó con conocimiento claro de la información que se requería y anotaciones claras ya que al final de la investigación únicamente dos encuestas se anularon. El nivel de precisión se determinó en 8% debido que al emplear 5% (el más aceptable), el tamaño de muestra se incrementaba. Para los fines del estudio es un nivel de precisión aceptable, ya que el enfoque del estudio es más cualitativo y no se emplean análisis estadísticos.

Respecto a los errores de muestreo, Los errores muestrales son los errores producidos al observar una muestra de la población y no la totalidad de ella. Este tipo de error está compuesto por la variabilidad del estimador ante muestras repetidas y su sesgo, llamado sesgo técnico (Mesa, 2004). Aunado a ello, Polit (2000) comenta “el método más seguro es obtener los datos de la muestra que sea económica y prácticamente factible”. En el diseño de la muestra, para disminuir la variabilidad del indicador, las encuestas se aplicaron por comunidad y el cálculo de muestra se realizó con base en la población de la comunidad, de esta manera se redujo la variabilidad de la unidad de muestreo.

Por otra parte, en la fase exploratoria (piloto) del estudio se obtuvo mediante la aplicación de 50 entrevistas semiestructuradas a unidades familiares de las comunidades de estudio, donde más del 95% de la población acude al hospital regional gratuito IMSS-Oportunidades para atenderse. Este dato fue el que se utilizó para determinar el tamaño de muestra ($p=0.95$, $q=0.05$). El valor de p hace referencia a la proporción de la población que posee determinada característica (variable) que se desea analizar. En este caso, p representa la proporción de familias que han acudido al hospital regional gratuito IMSS-Oportunidades para tratar sus afecciones.

El Cuadro 14 contiene la distribución por comunidad del número de encuestas de la muestra estadística y las efectivamente levantadas, así como información relacionada.

Cuadro 14. Encuestas en la región de estudio

Comunidad	Número hogares	Población de estudio	Muestra estadística	Encuestas efectivamente levantadas
Ixcaquixtla	1,090	218	28	23
Tepexi	1,034	206	28	38
Ahuatempan	525	105	24	20
Molcaxac	383	77	23	19
Moralillo	134	27	15	16
Agua Luna	63	13	9	14
Total	3,229	646	125	130

Fuente: Elaboración Propia en base a datos de INEGI, 2010.

Se realizó un muestreo aleatorio simple en el que se determinó la lista de calles y numeración de la comunidad. A cada dirección se le asignó un número. El conjunto de números se colocaron en una urna donde se seleccionó el conjunto de unidades a muestrear para posteriormente dirigirse a las direcciones correspondientes. En caso de no encontrarse personas a quien se les aplicaría la encuesta o se negaran a responder, entonces se seleccionó un reemplazo al seguir el método aleatorio. El muestreo aleatorio se realizó en cuatro etapas.

Primera etapa: se establece como zona de aplicación de encuestas el primer cuadro de la comunidad, tiene como epicentro la iglesia y zócalo para mantener el elemento de comparación entre estratos; Segunda etapa: por comunidad, se hace la numeración de los hogares por cuadrante, calle y número; Tercera etapa: la selección aleatoria de papeles escritos con los datos de cada hogar vertidos dentro de una urna; Cuarta etapa: la aplicación de cuestionario al jefe o jefa de familia de acuerdo a la selección y en caso de no encontrar habitantes en el hogar, se seleccionó un sustituto. La encuesta se aplica con la técnica de entrevista en domicilio y de manera personal (entrevista cara a cara).

CAPÍTULO 4. MARCO DE REFERENCIA

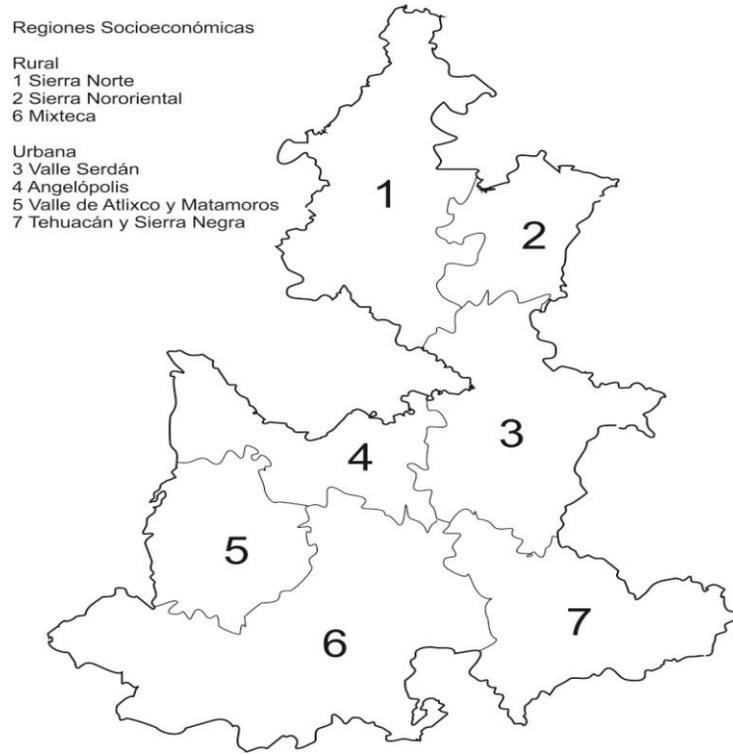
La zona de estudio fue la región de Tepexi de Rodríguez. El capítulo describe sus principales características, relacionadas con el tema de investigación. Las condiciones son desfavorables para la actividad agrícola extensiva, coadyuvan al bajo ingreso económico. La actividad económica es relativamente homogénea. Predomina la actividad agropecuaria en condiciones de baja precipitación y en suelos poco aptos para la agricultura. Se tiene presencia del “monte” (vegetación más o menos natural) en todas las comunidades de estudio, excepto en San Juan Ixcaquixtla. También existe una industria alrededor del procesamiento del mármol, que se comentará más adelante.

4.1 Regiones del estado de Puebla

El estado de Puebla se divide oficialmente en siete regiones socioeconómicas producto de la última regionalización del año 2010. En la elaboración de esta regionalización, por el centro estatal de desarrollo municipal del estado de Puebla (2010) se utilizaron elementos de geografía, potencial económico, cultura, historia, administración y política.

La zona de estudio se ubica en la región VI, denominada mixteca al sur del estado de Puebla (fig.15). Es una región con una extensión territorial de 8849.6 Km²; es la región más extensa y menos poblada del estado con cerca de 250 mil habitantes, de los cuales 68.6% viven en comunidades rurales y 31.4% en localidades urbanas, la integran 45 municipios” (Centro Estatal de Desarrollo Municipal del Estado de Puebla, 2010). Jäcklein (1974) identificó que la región contaba con conocimiento tradicional de adaptación al ambiente biótico y abiótico por miles de años.

Figura 15. Regiones Socioeconómicas del Estado de Puebla divididas en regiones urbanas y regiones rurales



Fuente: Secretaría de competitividad, trabajo y desarrollo económico, con datos del INEGI 2010.

R. MacNeish (1964) sugirió 4 etapas principales de organización social, cultural y tecnológica en el valle de Tehuacán, región vecina de la mixteca. La primera, caracterizada por la existencia de familias nómadas cazadoras-recolectoras la ubica en el periodo del 14,000 al 9,600 años A.C. La segunda, de 9,600-7,000 años A.C. se caracterizó por un incremento en la recolección de plantas y domesticación de calabazas, amaranto y aguacates. La tercera etapa la divide en dos, la de Coxcatlán del 7,000 al 5,400 años A.C. y la de Las Abejas del 5,400 al 4,300 años A.C. En esta etapa aumentó el número de plantas domesticadas y surgieron aldeas hortícolas. La cuarta etapa es la culminación en “aldeas agrícolas”, del 4,300 al 3,500 años A.C. con una larga lista de plantas domesticadas, principalmente maíz y frijol.

En la época contemporánea, la antropóloga A. Gámez (2010) ha estudiado las comunidades popolocas de la mixteca poblana. Observó alta actividad de medicina tradicional proveniente de la milenaria cultura de la región. Este conocimiento local

generado durante miles de años ha contribuido a que la población tenga alternativas de salud. Ha sido un conocimiento que se ha desarrollado constantemente y aplicado a las necesidades básicas del ser humano entre ellas la provisión de alimentos, de agua, las necesidades de salud y ha sido transmitido de generación en generación.

De acuerdo a Gámez (2010) la medicina tradicional es la instancia de salud más importante en comunidades popolocas como San Juan Atzingo, Los Reyes Metzontla, San Marcos Tlacoyalco, San Felipe Otlaltepec, San Luis Temalacayuca, Santa Inés Ahuatempan. Observa una combinación de las dos medicinas. El antecedente étnico es parte importante del modo de vida “Cada sociedad, en cada momento histórico, tiene un modo de vida correspondiente” (Navarro et al., 1998). En conjunto, se ha seleccionado una región centro de origen con medicina tradicional. En la figura 16 se observa la ubicación de la zona de estudio.

La zona de estudio se encuentra en el municipio de Tepexi de Rodríguez, ubicado en el estado de Puebla y en la región árida denominada Mixteca Poblana, cuyos suelos son poco aptos para la agricultura. Su precipitación pluvial promedio anual es de 600 mm.

**Figura 16. Ubicación de zona de estudio:
Tepexi de Rodríguez**



Fuentes: Elaboración propia.

4.1.1 Factor abiótico

La orografía es determinante de la cuenca hidrológica, precipitación pluvial, cuerpos de agua, existencia de valles y tipos de suelos. La altitud determina el clima, presión atmosférica, lluvias. Los mismos criterios naturales y físico-climáticos, en su dinámica histórica han determinado el asentamiento de poblaciones.

En la región las condiciones climáticas son adversas a la agricultura extensiva o de bajo capital, ya que predominan climas cálidos y semiáridos. Según la clasificación

de Köppen, el clima correspondiente a esta región es el BS1(h')w. semiárido cálido, temperatura media anual mayor de 22°C, con una mínima de 18 grados en el mes más frío; la precipitación es menor de 1000 mm al año y la lluvia invernal es menor de 5 milímetros. Los suelos son en su mayoría poco aptos para la agricultura extensiva debido a la escasa materia orgánica y limitada profundidad. Son principalmente calcáreas.

4.1.2 Factor biótico

En la vegetación natural predominan los arbustos espinosos, cactáceas columnares y globosas (Familia Cactacea) al igual que magueyes e izotes (Familia: Agavaceae) cuyo sistema de raíces es resistente, puede presentarse en pendientes de montañas INEGI (2009).

La vegetación silvestre de la región generalmente se encuentra en diversos estadios de degradación, principalmente por el pastoreo de cabras. Pero, a pesar de esto, existen varias especies de las cuales se aprovechan y manejan las poblaciones silvestres. Las plantas comerciales más importantes son la palma (*Brahea dulcis* y *Brahea nitida*) para la elaboración de diversos implementos para el hogar y las actividades agropecuarias, el tempezquixtle (*Sideroxylon palmeri*) utilizado para alimentación, la pitaya (*Stenocereus pruinosus*) como fruto exquisito y muy demandado por la población, el guaje (*Leucaena esculenta*) para la elaboración de salsa de guaje y utilizado para el platillo tradicional *huaxmole* (Cancino, 2001) y plantas del monte para alimentación y medicinales.

Los principales usos de la fauna silvestre de la región son: doméstico, medicinal, alimento y caza. La principal especie con potencial de aprovechamiento es el venado cola blanca mexicano (*Odocoileus virginianus mexicanus*), además se tiene aprovechamientos de paloma alas blancas (*Zenaida asiática*) y la codorniz (*Colinus virginianus*). Entre los reptiles se encuentra: víboras de cascabel (*Crotalus durissus terrificus*), víbora de agua (*Nerodia taxispilota*), víbora coralillo (*Micruroides euryxanthus euryxanthus*) iguanas (*Iguana iguana*), cuijes (*Ameiva undulata*), Chintetes (*Abronia mixteca*), camaleón (*Chamaeleo chamaeleon*), lagartijas (*Sceloporus grammicus*) y tortugas (*Kinosternon sp.*).

4.1.3 Ámbito socio-económico

Con datos de COTEIGEP (2011) se tiene que el 96.5% de la Población Económicamente Activa (PEA) está ocupada. Su distribución por sector económico es de 53% en el sector primario, 28% en el sector secundario y 19% en actividades del sector terciario. El ingreso estimado de la unidad familiar, en promedio es de \$2,841 pesos al mes (USD\$218.00)¹¹, lo que equivale a dos salarios mínimos.

Existen mercados rurales tradicionales con potencial económico de la zona, en su contexto abiótico, biótico, cultural, productivo, histórico, político, social. El centro de desarrollo y principal mercado para la zona de estudio es la ciudad de Puebla. La principal vía de comunicación terrestre con la ciudad de Puebla es la carretera estatal 455 que se deriva de la federal México – Puebla a la altura de Cuapiaxtla hasta llegar a Ixcaquixtla, pasando por Molcaxac y Tepexi de Rodríguez. Para llegar a Ahuatempan se requiere tomar una desviación. Las comunidades de Moralillo y Agua de la Luna cuentan con camino de terracería.

Los cultivos principales de la región son de maíz (*Zea mays*), frijol (*Phaseolus vulgaris*), calabaza (*Cucurbita pepo*). En condiciones de riego se producen, entre otras, la cebolla (*Allium cepa*), jitomate (*Solanum lycopersicum*), tomate (*Physalis philadelphica*) (COTEIGEP, 2010). La región cuenta con ganadería extensiva de pastoreo, con predominancia de ganado caprino (*Capra hircus hircus*).

El sector secundario tiene una alta producción en minerales no metálicos. De los poco más de 55 bancos activos de materiales, la extracción de mármol travertino se concentra principalmente en Tepexi de Rodríguez. Se encuentra también la preparación de fibras naturales, elaboración de productos de panadería, tortillas y fabricación de productos de madera.

En el sector terciario, las ramas de comercio son las tiendas de abarrotes y misceláneas, servicios de papelería y fotocopiado, consultorios médicos, tiendas de autoservicio al por menor, comercio minorista de combustibles, aceites y lubricantes, así como el comercio de bebidas y tabaco.

¹¹ Resultado del trabajo de campo.

Existe la elaboración y comercialización de artesanías de palma e ixtle, al igual que fabricación de artículos de barro¹². Respecto a la gastronomía están presentes platillos que incluyen en su mayoría maíz, guaje, plantas silvestres como los alaches (*Anoda cristata*) y quintoniles (*Amaranthus hybridus*); respecto a bebidas, se encuentra el pulque y mezcal. Estos rasgos culturales fueron recogidos en la placita denominada “El Moralillo”, principal punto de venta e intercambio de productos de la zona de estudio, misma que se establece cada martes.

4.2 Opciones de salud

Cada comunidad cuenta con una casa de salud que consta de una habitación de 4 metros de ancho por 5 metros de largo y los medicamentos básicos para gripa, fiebre, dolor, incluyendo el antídoto contra el piquete de alacrán. La casa de salud es atendida por una encargada en la comunidad quien ha sido capacitada por personal del hospital regional gratuito. En caso de requerirse un servicio médico especializado, se dirigen al hospital regional.

En San Juan Ixcaquixtla se cuenta con 4 casas de salud, una por cada barrio, 3 médicos particulares, 3 curanderos tradicionales y 2 farmacias. En Tepexi de Rodríguez se encuentra el hospital regional gratuito con 10 camas para hospitalización, servicio de cirugía, consulta externa y brinda servicios a la región; se encuentran 4 médicos particulares, dos curanderos tradicionales y 4 farmacias. En Molcaxac se encuentra una clínica privada, 2 médicos, 3 curanderos y 3 farmacias. En Ahuatempan están establecidos dos médicos particulares, 2 farmacias y 4 curanderos. Tanto Moralillo como Agua de la Luna tienen 1 casa de salud, no hay médicos y existen 3 curanderos en cada comunidad que no venden sus servicios a la población, sino que trabajan gratuitamente cuando se les solicita.

¹² La región de Tepexi el viejo y Acatlán fueron los proveedores de cerámica roja para Mesoamérica.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

El capítulo está dividido en tres secciones principales que responden a cada una de las hipótesis. La primera describe el Sistema de Bienestar Individual de Salud con sus componentes, la segunda trata sobre las estrategias de las unidades familiares respecto a la salud y la tercera valora económicamente el mercado, resultado de dichas estrategias. Lo anterior, en conjunto, sustenta la contribución al desarrollo rural que se plantea al final del capítulo. Los resultados se construyeron a partir de las percepciones de la población entrevistada.

Para generar los resultados de las secciones, se aplicó una encuesta a la población estratificada por seis grados de ruralidad donde se midió la percepción de cada entrevistado. La edad promedio de los entrevistados fue de 43 años, con una variación de 18 a 77 años y escolaridad promedio de 6.61 años.

El ingreso promedio estimado por familia varía de \$2,564 mensuales en el estrato de mayor ruralidad a \$3,186 en Tepexi de Rodríguez. Respecto a los salarios mínimos, el consejo de Representantes de la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (2013) aumentó en un 4.2% el salario mínimo en 2012 y para el caso de la zona C (a la que pertenece el estado de Puebla) asciende a \$59.04 por día lo que significa un salario de \$1,440 pesos por mes. El ingreso promedio de Tepexi de Rodríguez muestra que las unidades familiares cuentan con un ingreso de dos salarios mínimos en promedio.

5.1 Necesidades de la población

El 51% de los entrevistados aseveró que, comparado con hace 30 años, actualmente se presentan las enfermedades crónico-degenerativas (aquellas que progresivamente deterioran estructuras y funciones de órganos y tejidos). La transición epidemiológica de enfermedades infecciosas a crónico-degenerativas se observa con la presencia de diabetes y cáncer en habitantes mayores de 50 años (Cuadro 15).

Cuadro 15. Enfermedades presentes en las comunidades de estudio. Porcentaje de la población encuestada.

Enfermedad, padecimiento	Enfermedades que padecen sus familiares	Enfermedades que padecen las personas mayores de 50 años.	Enfermedades presentes en la comunidad que no se padecían antes.
Crónico-degenerativas	28.5	31.5	50.7
Enfermedades comunes	11.5	1.5	
Respiratorias	4.6	3.8	
Alimenticias			5.4
Colesterol, triglicéridos, corazón	3.8		15.4
Osteo-musculares, dolor, cansancio	7.7	17.7	
Mal aire, susto	6.9	20.0	
Otros	5.4	7.0	8.5
Ninguna, no tiene, no sabe	31.5	8.5	20.0
Total	100.0	100.0	100.0

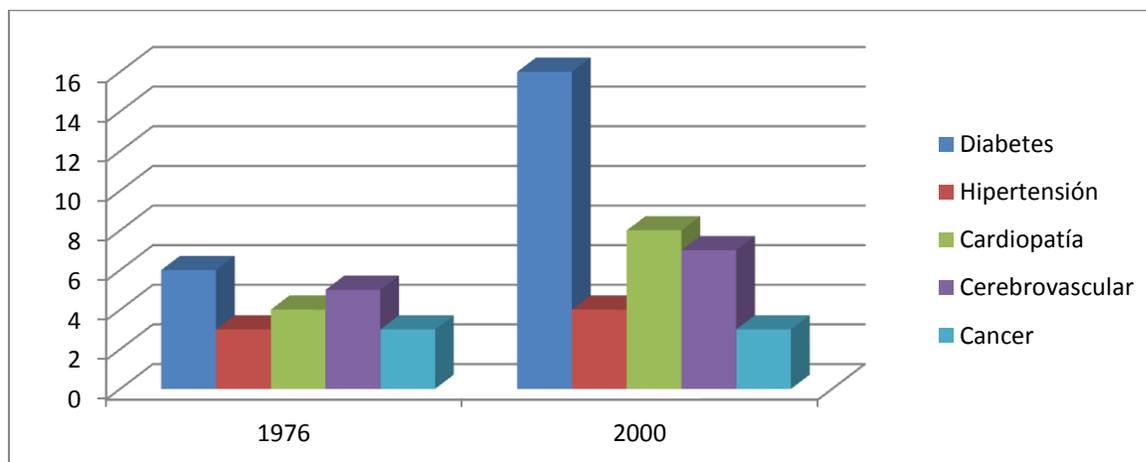
Fuente: elaboración propia.

En opinión de los entrevistados, 51% de las enfermedades que se padecen actualmente y no se padecían antes pertenecen a las llamadas crónico-degenerativas; el 31.5 % de los mayores de 50 años padecen alguna enfermedad de este tipo. Cuando existen enfermedades crónico-degenerativas las personas mayores requieren de mayor atención médica, En un estudio de 169 personas de la tercera edad (60 a 69 años) pertenecientes a San Diego de los Baños (Cuba), se encontró que utilizan 58.98% más los servicios médicos (Gómez et al., 2004).

Respecto a enfermedades que no se padecían antes, se encontró un conjunto de 36 diferentes, tales como: anorexia, artritis, asma, bulimia, cáncer, cáncer de mama, cáncer de piel, cáncer pulmonar, cirrosis, colesterol alto, dengue, diabetes, diabetes juvenil, enfermedades del corazón, estrés, gripa frecuente, hipertensión, leucemia, obesidad, sida, entre otras, donde las crónico-degenerativas son las más importantes.

Estas enfermedades se clasificaron en 1) crónico-degenerativas, 2) comunes, 3) del corazón y colesterol. Dentro de las crónico-degenerativas, el 89% corresponde a diabetes. Ello concuerda con la tendencia nacional que se muestra en la Figura 17.

Figura 17. Transición epidemiológica en México Mortalidad de causas en porcentaje, 1976-2000



Fuente: IMSS, Informe al ejecutivo y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS, 2002.

En la diabetes, los entrevistados muestran desconocimiento sobre su etiología (origen) y mencionaron en más de la tercera parte que los casos se originan por corajes, herencia y mala alimentación (cuadro 16).

Cuadro 16. Interpretación de la población de la causa para enfermar de diabetes

Razón	Frecuencia	Porcentaje
No sabe, no contestó	59	45.4
Coraje	17	13.1
Mala alimentación	16	12.3
Herencia	13	10.0
Susto	13	10.0
Por sobrepeso	8	6.2
Por no cuidarse	4	3.1
Total	130	100.0

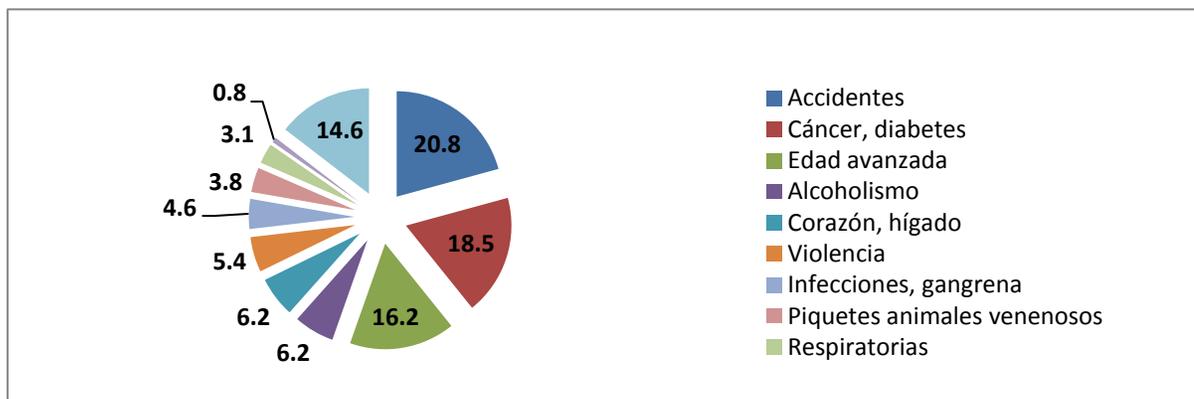
Fuente: elaboración propia.

El cuadro 16 resume la información al respecto y se observa falta de conocimiento respecto de la diabetes. El 33% de los entrevistados manifestó conocer algún caso de personas con cáncer en la comunidad; 50% comentó no conocer a nadie con esta enfermedad y el 17% restante no respondió.

Respecto a las principales causas de muerte en el estado de Puebla, las cifras oficiales muestran que las más importantes son las enfermedades cardíacas –excepto paro cardíaco- (15.7%), *diabetes mellitus* (15.5%), tumores malignos (10.1%), enfermedades hepáticas (8.1%), accidentes (5.9%), enfermedades cerebrovasculares (5.8%), afecciones perinatales (3.5%), enfermedad pulmonar obstructivo crónica (2.9%), insuficiencia renal (2.7%) e influenza y neumonía (2.6%), “Otras causas” representa 27.2% de las defunciones (INEGI, 2012b).

Las principales causas de muerte en la zona de estudio son similares a las estatales: enfermedades cardíacas, tumores malignos, diabetes, accidentes, enfermedades hepáticas y cerebro vasculares (COTEIGEP, 2013). Al comparar dichos datos oficiales con la percepción de los habitantes en la zona, se nota concordancia, ya que según los entrevistados, las principales causas de muerte en la zona son los accidentes vehiculares (20.8%), enfermedades crónico-degenerativas como diabetes y cáncer (18.5%) y muerte natural por edad avanzada (16.2%). El alcoholismo representa un 6.2% de las causas de muerte y aún se reporta 0.8% por maternidad (Figura 18). Se encontró que la principal enfermedad crónico-degenerativa es diabetes.

Figura 18. Principales causas de muerte en las comunidades de la zona



Fuente: Elaboración propia.

En la percepción de los habitantes, los accidentes vehiculares representan los eventos más peligrosos y causa de muerte en la comunidad. Ello hace imprescindible atender este tema en otras investigaciones.

5.2 Recursos disponibles y bienes satisfactorios

El desglose por estrato de estudio (localidad) del ingreso promedio de los entrevistados se muestra en el Cuadro 17. El ingreso se obtuvo preguntando cuál era la actividad o actividades económicas del jefe o jefa de familia y cuanto era el ingreso en esa actividad, mediante esta forma de preguntar el ingreso no hubo negativa de brindar dichos datos. Se evitó la pregunta directa del monto que se gana en la unidad familiar, con dicha información se generaron los datos para las localidades.

**Cuadro 17. Ingreso monetario mensual
estimado por hogar y comunidad**

Localidad	Grado de urbanización de la comunidad	Ingreso promedio estimado mensual por unidad familiar por localidad (pesos)
Ixcaquixtla	1	2850
Tepexi	2	3186
Molcaxac	4	2936
Ahuatempan	3	2406
Moralillo	5	2625
Agua Luna	6	2564
Total		2841

Fuente: Elaboración propia.

El mayor ingreso corresponde a las localidades con mayor nivel de urbanización, lo que determina su poder de compra y consumo. Para atender enfermedades en la zona, se cuenta con un hospital regional del sistema IMSS-Oportunidades; casa de salud y curandero en cada comunidad; las farmacias, médicos privados y hueseros

sólo se encuentran en las cuatro localidades de mayor urbanización de la región. No se encontró la opción de medicina naturista.

La definición de sistema de salud que incorpora el autocuidado basado en medicina tradicional se muestra en el Cuadro 18. Se incorpora en el inventario la opción alópata privada donde se encuentra el médico privado y las farmacias.

Cuadro 18. Opciones de salud en las localidades de estudio

Localidad	Servicios públicos de salud					Farmacias	Méd. Part.	Curandero	Huesero
	ISSSTE	ISSSTEP	IMSS-Oport. ¹	SSEP ²	SEDIF				
1	1	1	0	4	1	5	4	3	1
2	-	1	1	3	1	4	3	2	1
3	-	-	-	2	1	2	3	3	1
4	-	-	0	2	-	3	3	3	1
5	-	-	-	1	-	0	0	1	0
6	-	-	-	1	-	0	0	1	0
Total	1	2	1	13	3	14	13	13	4

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo e INEGI, 2012a.

¹En Tepexi de Rodríguez se encuentra el Hospital Regional IMSS Oportunidades, el más importante de la zona (atiende a población abierta de manera gratuita).

²Se refiere sólo a Casas de Salud de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, el nivel más básico de atención en las localidades. Los (as) responsables son auxiliares de salud que tratan padecimientos comunes como afecciones respiratorias, gastrointestinales, etc.

SEDIF= Sistema Estatal del Desarrollo Integral de la Familia, CU=Curandero.

La primera opción en casos de enfermedades comunes en la familia, es tratarse en casa con los conocimientos y recursos disponibles en el hogar. En caso de enfermedades que consideran graves, o que el paciente no mejore con la atención de la primera opción, empieza la selección de otras alternativas.

5.3 Descripción por estrato: Componentes del Sistema de Bienestar Individual de Salud (SBIS)

El sistema de bienestar individual de salud tiene dos subsistemas:

1) Subsistema de bienestar individual tradicional de salud (SBITS). Este subsistema se midió a través de dos indicadores:

- a) El Índice de Diversidad de Salud de Autocuidado (IDSA) que incluye a los remedios caseros, plantas medicinales vivas y plantas medicinales secas.
- b) El Índice de Diversidad de Salud Tradicional, IDST (curandero y huesero).

2) Subsistema de Bienestar Individual Alópata de Salud (SBIAS). El Subsistema de Bienestar Individual Alópata de Salud se midió a través del Índice de Diversidad de Salud Oficial Alópata (IDSOA).

El Subsistema de bienestar individual tradicional de salud (SBITS), está integrado por las opciones de salud resultado del conocimiento de la región y que se observa en los hogares y servicios privados en la zona de estudio. En el SBITS se incorporan los remedios caseros, el uso de plantas medicinales, el curandero y el huesero. El cuadro 19 resume el nivel de presencia y uso en la región del SBITS.

Cuadro 19. Sistema de Bienestar Individual Tradicional de Salud (SBITS) en la región. Porcentaje de población que utiliza la opción de salud

Localidad (estrato)	Número de encuestas	Remedios caseros		Plantas medicinales vivas		Plantas medicinales secas		Curandero		Huesero	
	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ixcaquixtla	23	16	70	17	74	17	74	6	26	17	74
Tepexi	38	28	74	29	76	21	55	10	26	21	55
Molcaxac	19	14	74	18	95	14	74	9	47	17	89
Ahuatempán	15	9	60	13	87	9	60	6	40	11	73
Moralillo	18	18	100	14	78	13	72	6	33	16	89
Agua Luna	17	15	88	16	94	12	71	6	35	17	100
Total	130	100	77	107	82	86	66	43	33	108	83

Fuente: Elaboración propia.

Los rubros de huesero y plantas medicinales vivas son los más sobresalientes con 83 y 82% de la población que consume la opción de salud, respectivamente. En general, a mayor grado de ruralidad, mayor es el consumo de productos y servicios de los remedios caseros y del huesero. El consumo de opciones tradicionales de salud está generalizado en todas las comunidades, mientras que el menor consumo proporcional de la población le corresponde al curandero.

En una investigación en la Unidad Médica Familiar del IMSS en Sonora, se entrevistaron a 60 médicos familiares para conocer su punto de vista acerca de la herbolaria, 85% indicó que la conoce, mientras el 75% la utilizan. Las razones de los

que la utilizan fueron que se basan en su efectividad 45%, y por ser tratamientos alternativos 24% (Taddei, 1999).

Los habitantes complementan su bienestar en términos de salud con el botiquín, medicamentos alópatas adquiridos en la farmacia, la visita al médico del hospital gratuito, al igual que la visita al médico privado. Esto en conjunto constituye el Subsistema de Bienestar Individual Alópata de Salud (SBIAS), segundo componente del SBIS. En el cuadro 20 se muestran los elementos del subsistema alópata tales como botiquín, farmacia, médico hospital gratuito, médico privado.

Cuadro 20. Porcentaje de hogares que tienen o consumen los elementos del Sistema de Bienestar Individual Alópata (SBIAS) por estrato.

Comunidad y número de encuestas		Botiquín	Farmacia	Médico hospital Gratuito	Médico privado
Comunidad	No.	%	%	%	%
Ixcaquixtla	23	86.9	86.9	69.5	52.1
Tepexi	38	60.5	47.3	68.4	57.9
Molcaxac	19	84.2	68.4	73.6	94.7
Ahuatempan	15	86.6	40.0	53.3	73.3
Moralillo	18	83.3	77.7	66.6	50.0
Agua Luna	17	94.1	64.7	47.0	35.3
Total	130	79.2	63.0	64.6	60.0

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 20 nuevamente se observa que el autocuidado en casa con el botiquín es el aspecto más importante en la zona, donde Agua de la Luna en su condición de localidad más rural, descansa más en el botiquín y la farmacia. En el caso de Molcaxac, con grado de ruralidad intermedio, lo hace en el médico privado. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición centra su análisis en las opciones alópatas a pesar de que el sistema nacional de salud incluye también a la medicina tradicional. A nivel nacional, los servicios de salud que más se piden son los que se brindan mediante el servicio estatal de salud con un 38.3%, posteriormente los del IMSS con un 35.5%, después el médico privado con un 17%, el ISSSTE con un 6.4%, PEMEX y

SEMAR con un 1.1%, IMSS-Oportunidades con un 0.8% y otras instituciones con un 0.9%.

La automedicación es un fenómeno poco abordado en México (Gómez et al., 2009; Sánchez y Nava, 2012). Un estudio para la zona urbana de Toluca reporta que 80.4% de los clientes de una farmacia practica la automedicación, de ellos, 60% no tiene acceso a servicios de salud, ni públicos ni privados. Los principales productos consumidos fueron analgésicos, antibióticos y antiácidos (Gómez et al., 2009).

5.4 Análisis de la estrategia de vida respecto a la salud en el hogar por localidad

El objetivo de la estrategia de vida respecto a la salud es mantener un buen estado de salud, y en su caso recuperarla al menor costo y en el menor tiempo posible. Los elementos que conforman la estrategia son las diversas opciones para mantener y recuperar la salud. A mayor diversidad de opciones, mayor es la fortaleza de la estrategia. La diversidad de opciones es el factor más importante en tiempos de crisis e impactos externos, que afectan la salud de la unidad familiar. La meta del sistema es recuperar la salud, minimizar costos y tiempos de traslado, para la satisfacción física y cultural.

Para analizar la estrategia a partir del nivel de diversidad en el uso de las opciones de salud, se construyó la matriz de uso del servicio del SBIS, cuyo principal indicador es el índice de diversidad que muestra el nivel de combinación de opciones de salud y sustenta la capacidad para enfrentar la adversidad¹³ contra los cambios externos.

Para construir el índice de diversidad se inicia por identificar el porcentaje de pobladores de la comunidad que consume el servicio y posteriormente se multiplica por el promedio de consumo de ese servicio. Con ello se obtiene el índice de diversidad que muestra el nivel de consumo de un servicio o producto en una comunidad. Posteriormente, dicho índice de diversidad por localidad se compara con las demás comunidades para determinar en cual se tiene mayor diversidad y por tanto, capacidad de enfrentar a las crisis y mantener su nivel de seguridad en salud.

¹³ *Resilience*, del idioma inglés.

En primer término se analiza el nivel de consumo por opción de salud. Los resultados muestran que el mayor número de consultas promedio se atienden en el hospital gratuito, con el mayor porcentaje de población que consume el servicio. El segundo lugar lo ocupa el médico privado, donde el paciente debe pagar. Se encontró que es la opción de salud más cara en la región. En tercer lugar se ubica la atención en la Casa de Salud (enfermedades comunes); el huesero tiene un alto porcentaje de aceptación en la población pero un bajo nivel de consultas por año. Para el curandero el porcentaje de aceptación por parte de la población es el más bajo de las opciones de salud.

Cuadro 21. Consulta y uso promedio por año, porcentaje de consumidores del servicio de cada comunidad. (consultas/uso promedio, porcentaje de la comunidad que consume el servicio)

Localidad	Curandero		Huesero		Casa de salud		Clínica gratuita		Médico privado		Plantas vivas		Plantas secas		Remedios caseros	
	̄	%	̄	%	̄	%	̄	%	̄	%	̄	%	̄	%	̄	%
Ixc.	1.33	26	0.24	74	2.4	51	5.37	70	2.25	52	9.23	74	3.71	74	7.53	70
Tep.	1.80	26	0.44	55	2.1	37	5.57	68	3.25	71	9.47	76	4.30	55	6.97	74
Molc.	3.00	47	0.23	89	3.3	59	3.92	74	3.27	95	12.01	95	2.79	74	9.03	74
Ahuat.	2.00	40	0.30	73	2.9	53	6.00	53	5.27	73	11.37	87	3.11	60	8.51	60
Mor.	2.33	33	0.50	89	3.7	67	5.16	67	2.66	50	11.01	78	2.63	72	9.17	100
Agua	1.16	35	0.33	100	4.1	72	3.62	47	2.16	35	14.72	94	2.72	71	9.33	88
Total	1.94	33	0.32	83	3.0	57	4.94	65	3.14	63	11.30	84	3.21	68	8.42	78

Fuente: Elaboración propia

Al incorporar al análisis las plantas medicinales vivas, las plantas medicinales secas y los remedios caseros, se observa otro panorama: Las plantas medicinales tienen el mayor número de usos (11.30) durante el año, de igual manera, el número de usos de remedios caseros por año (8.42), y el uso de plantas secas (3.21). En México aproximadamente 15% de la población recurre a terapias tradicionales. En zonas rurales, el uso de plantas medicinales puede ir del 70 al 90% (Sandstorm y Huber, 2001; Hernández et al., 2005; Gómez, 2012), cuyo consumo es similar en la zona.

El índice de diversidad es el resultado de multiplicar el porcentaje estimado de la población que consume el producto o servicio con el consumo mensual promedio y da como resultado un índice que es mayor que cero (situación en que el 0% de la población consume el producto o servicio). Este índice permite comparar en un solo número la combinación de opciones por comunidad. En el cuadro 22 se muestra el índice de consumo (materia prima para construcción del índice de diversidad) por opción de salud, por comunidad.

Cuadro 22. Índice de Diversidad de opciones de salud consumidas por rubro y localidad (consumo promedio por año* porcentaje de la población que consume o utiliza el servicio)								
Comunidad	Remedios caseros	Plantas vivas	Plantas secas	Curandero	Huesero	Casa de salud	Hospital IMSS gratuito	Médico particular
Ixcaquixtla	5.27	6.83	2.75	0.35	0.18	1.22	3.76	1.17
Tepexi	5.16	7.20	2.37	0.47	0.25	0.78	3.79	2.31
Molcaxac	6.68	11.41	2.06	1.41	0.21	1.95	2.9	3.11
Ahuatempán	5.11	9.89	1.87	0.8	0.22	1.54	3.18	3.85
Moralillo	9.17	8.59	1.89	0.77	0.45	2.48	3.46	1.33
Agua Luna	8.21	13.84	1.93	0.41	0.34	2.95	1.7	0.76
Total	6.54	9.49	2.17	0.64	0.27	1.71	3.21	1.98

Fuente: Elaboración propia

El índice de Diversidad de opciones de salud consumidas por comunidad muestra que la principal opción son las plantas medicinales vivas, mientras que en segundo lugar se encuentran los remedios caseros y el hospital como tercera posición. Es importante mencionar que todas las opciones de salud se requieren para diversas necesidades y no son sustitutos sino más bien complementarias en el Bienestar Individual Integral.

A partir de los índices de consumo anteriores se generan:

- 1) El índice de salud de autocuidado (IDSA), que incluye a los remedios caseros, plantas medicinales vivas y plantas medicinales secas.
- 2) El Índice de Diversidad de Salud Tradicional (IDST), que incorpora al curandero y al huesero.

- 3) Índice de Diversidad de Salud Oficial Alópata (IDSOA).
- 4) Sumados los 3 índices, se obtiene el **ÍNDICE DE CONSUMO INDIVIDUAL DE SALUD (IBIS)**, índice que incorpora todas las opciones de salud con el que se mide la estrategia de vida en salud.

De esta manera se mide la estrategia de salud mediante el Índice de Consumo Individual de Salud (IBIS) que es: $IBIS = IDSA + IDST + IDSOA$. Los resultados se muestran en el cuadro 23, donde las localidades siguen el orden de menor a mayor ruralidad.

Cuadro 23. IBIS: índice de bienestar individual de salud (Sumatoria de índices de estrategia anual de cada uno de las opciones de salud).													
Localidad	Rem. caseros	Plantas vivas	Plantas secas	IDSA ¹⁴	Curandero	Huesero	IDST ¹⁵	IBIC ¹⁶	Casa de salud	Hospital gratuita	Médico particular	IDSOA ¹⁷	IBIS ¹⁸
1	5.27	6.83	2.75	14.8	0.35	0.18	0.53	15.38	1.22	3.76	1.17	6.15	21.53
2	5.16	7.20	2.37	14.7	0.47	0.25	0.72	15.45	0.78	3.79	2.31	6.88	22.33
3	6.68	11.41	2.06	20.1	1.41	0.21	1.62	21.77	1.95	2.9	3.11	7.96	29.73
4	5.11	9.89	1.87	16.8	0.8	0.22	1.02	17.89	1.54	3.18	3.85	8.57	26.46
5	9.17	8.59	1.89	19.6	0.77	0.45	1.22	20.87	2.48	3.46	1.33	7.27	28.14
6	8.21	13.84	1.93	23.9	0.41	0.34	0.75	24.73	2.95	1.7	0.76	5.41	30.14
Total	6.54	9.49	2.17	18.3	0.64	0.27	0.97	19.34	1.71	3.21	1.98	6.9	26.24

Fuente: Elaboración propia

La combinación de opciones por localidad se mide con la fórmula:

$$\mathbf{IBIS = IDSA + IDST + IDSOA}$$

IBIS= índice de Consumo Individual de Salud (IBIS)

IDSA= Índice de Diversidad de Salud de Autocuidado (IDSA)= remedios caseros + plantas vivas + plantas secas.

¹⁴ IDSA: Índice de Diversidad de Salud de Autocuidado = Sumatoria de remedios caseros, plantas vivas, plantas secas.

¹⁵ IDST: Índice de Diversidad de Salud Tradicional = sumatoria de opciones de curandero más huesero.

¹⁶ IBIC: Índice de Diversidad de Salud Cultural = IDSA+IDST

¹⁷ IDSOA: Índice de Diversidad de Salud Oficial Alópata = sumatoria de casa de salud, clínica gratuita, médico particular.

¹⁸ IBIS: Índice de bienestar individual de salud = IDSA+IDST+IDSOA

IDST= Índice de Diversidad de Salud Tradicional = curandero + huesero

IDSOA = Índice de Diversidad de Salud Oficial Alópata (IDSOA) = Casa de salud + hospital gratuito + médico particular.

Se observa que el índice de mayor relevancia es el de autocuidado, mientras que el oficial alópata es el segundo y el tradicional el último en relevancia para la salud en las localidades. El índice de autocuidado está relacionado con la cultura y conocimiento de remedios caseros y plantas medicinales, por ello junto con el índice tradicional representan las opciones de origen cultural de las comunidades para conformar su estrategia y enfrentar su problemática con el sistema tradicional basado en la cultura y sumados forman el índice de bienestar individual cultural cuyo valor de 19.34 sobrepasa al IDSOA de 6.9, se muestra que el conocimiento tradicional se utiliza en mayor cantidad que las opciones oficiales de salud.

Las comunidades con mayor índice de diversidad para enfrentar las adversidades de salud son Agua de la Luna (30.14) y Molcaxac (29.73). Ambas comunidades son muy diferentes, Molcaxac cuenta con mejores condiciones de salud en la zona de estudio, tiene mayor ingreso promedio por hogar que Agua de la Luna y su actividad económica incorpora a los tres sectores económicos, además tiene todas las opciones de salud disponibles. En el caso de Agua de la Luna, es la comunidad con el ingreso más bajo, tiene camino de terracería para desplazarse al hospital regional, las actividades económicas son agropecuarias y de extracción; sin embargo, tiene el mayor IBIS (índice de consumo individual de salud). La estrategia de Agua de la Luna es combinar todas sus opciones, elegir las de menor costo y aprovechar su conocimiento tradicional para generar su autosuficiencia dentro del hogar, utilizar opciones de la casa de salud con medicamentos básicos, así como la atención en el hospital regional.

5.4.1 Opciones de salud en casa

Los servicios públicos, entre ellos los sanitarios, se diseñan en función de modelos de crecimiento urbano; las zonas rurales carecen de políticas sectoriales adecuadas, infraestructura y personal capacitado para brindar atención de calidad

(Salgado et al., 2010). En este contexto, las estrategias de salud en las zonas marginadas se dirigen a satisfacer las necesidades con recursos locales, presentes en el espacio más inmediato que es el hogar.

Las opciones identificadas en casa representan una combinación de remedios caseros, uso de plantas medicinales (vivas y secas), y otras relacionadas con terapias tradicionales. Esto ocurre principalmente en caso de enfermedades comunes. El elemento más utilizado en el autocuidado en casa son las plantas medicinales vivas, consumidas en té o como materia prima importante para la elaboración de remedios caseros.

La medicina tradicional sigue vigente en México; tiene una base muy importante en el uso de plantas medicinales, además de otros recursos terapéuticos como rituales y ceremonias, su práctica continúa gracias a proveedores tradicionales de salud como hueseros, parteros y hierberos (Argueta et al., 1994; Rocha et al., 2010). En la región de estudio, 80% de las unidades familiares aplican remedios caseros para las dolencias comunes. Las enfermedades específicas que se tratan en casa por comunidad se muestran en el cuadro 24.

Cuadro 24. Grado Ruralidad * Enfermedades que se tratan en casa (primera mención)

Comunidad por grado de ruralidad		Enfermedades que se tratan en casa (primera mención)								Total No.
		Fiebre, gripa, tos		Estomacales		Dolor, heridas leves		Mal aire, enfermedades tradicionales		
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Ixcaquixtla	1	9	53	4	24	3	18	1	6	17
Tepexi	2	23	77	1	3	5	17	0	0	30
Molcaxac	4	13	76	1	6	3	18	0	0	17
Ahuatempan	3	7	64	0	0	3	27	0	0	11
Moralillo	5	14	88	2	13	0	0	0	0	16
Agua Luna	6	3	18	3	18	0	0	11	65	17
Total		69	64	11	10	14	13	12	11	108

Fuente: Elaboración propia.

En general el 64% de las enfermedades tratadas en casa son fiebre, gripa y tos; las estomacales representan el 10%; heridas leves y dolor significan el 13% y las enfermedades tradicionales el 11%, mismas que se concentran en Agua de la Luna, que es la de mayor grado de ruralidad. Los datos concuerdan con el reporte de enfermedades más comunes en el estado, donde las más frecuentes son las infecciones respiratorias. Algo similar sucede en la región chontal de Tabasco, que de 182 afecciones tratadas con plantas medicinales, las más comunes son las bronquiales (Magaña et al., 2010). Puede interpretarse que para afecciones respiratorias, los recursos de salud disponibles en el hogar son suficientes.

Para tratar enfermedades en casa, los hogares cuentan con botiquín; alcohol y yodo para desinfectar; con tés de plantas medicinales, plantas sin transformar y preparados de hierbas. El 42% de los hogares tienen plantas medicinales en diferentes presentaciones como opción de salud en casa (ver cuadro 25). Al respecto, aproximadamente 80% de la población mundial recurre a plantas medicinales y remedios herbolarios como opción de salud (Annan y Peter, 2007), aunque el uso es más enfático en países en vías de desarrollo y donde el conocimiento tradicional aún se conserva, como en las zonas rurales. Por citar algunos ejemplos, en China y Brasil, 40% de la población depende de las plantas para tratar diversas enfermedades; 80% de la población de Pakistán recurre a remedios herbolarios (Santillo, 2001; Almeida, 2005). En el caso de México hay pocos estudios que reporten usos comparativos entre plantas medicinales y medicina alópata. Se estima que en México 15% de la población usa medicina tradicional (Sandstorm y Huber, 2001), en este rubro la principal es el uso de plantas medicinales. En una localidad rural de Tabasco 91% de las enfermedades se tratan con plantas medicinales, sólo cuando el padecimiento es grave, se acude al médico (Gómez, 2012). A nivel regional, en una comunidad del Valle de Tehuacán, se tiene que el uso de plantas para tratar enfermedades gastrointestinales es de 74%, en comparación con 26% que recurre al médico alópata (Hernández et al., 2005).

Cuadro 25. Elementos de salud disponibles en el hogar

Cosas que tiene en casa para curarse	Frecuencia	Porcentaje
Botiquín, medicamentos, yodo, alcohol.	67	51.5
Preparados de hierbas, jugos, pomadas	21	16.2
Plantas no transformadas	17	13.1
Te de plantas medicinales	16	12.3
Miel de abeja, piel zorrillo	6	4.6
Nada	3	2.3
Total	130	100.0

Fuente: elaboración propia

Respecto a la zona de estudio, el botiquín, compuesto de pastillas para enfermedades comunes y medicamentos de recetas anteriores, representa el 51% del total de elementos en casa. Los elementos naturales, desglosados en plantas medicinales transformadas, plantas no transformadas, preparados de hierbas, jugos y pomadas; miel de abeja y piel de zorrillo representan el 48%. Dentro del hogar, la presencia de plantas medicinales y elementos naturales es igual de importante que los elementos no naturales.

5.4.1.1 Remedios caseros

La opción de remedios caseros está basada en las plantas medicinales. El 54% se consume en presentación de té, otro 20% son remedios caseros a base de plantas medicinales que se consume en otras presentaciones y con otras combinaciones¹⁹. La transferencia de conocimiento sobre remedios caseros es parte importante de la estrategia de vida, tiene una línea ascendente en términos de capacitación y viene desde los tatarabuelos²⁰, como se observa en la figura 19.

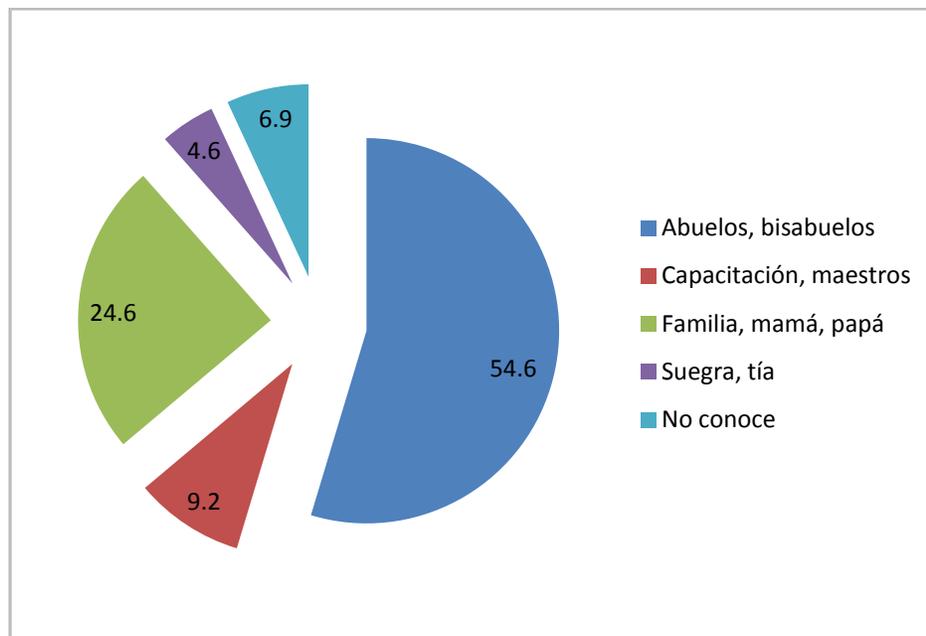
En la construcción del sistema de cuidado de la salud en casa, son elementos fundamentales la transmisión de conocimientos tradicionales desde abuelos (as), madres y padres; compañeros (as); la experiencia propia; la relación con médicos tradicionales, servicios de salud oficiales y los medios masivos de comunicación.

¹⁹ Se complementa el tratamiento del paciente con diversas plantas medicinales comunes y del monte, manteca de cerdo, ceniza, aceite de olivo, higuera, papel de estraza, jabón de pasta, vendas, parche poroso, pomada de la manzana, pan puerco, lavados intestinales, lavados vaginales, pomadas para torceduras, jitomate asado, xoconostle, aceite quemado, pomada de coyote, víbora de cascabel, caldo de zorrillo, caldo de zopilote, huevo para limpias, plantas especiales utilizadas para las limpias, entre otras.

²⁰ Los remedios caseros han sido transmitidos por abuelos, bisabuelos, padres, tías y en general por familiares de mayor edad. La transmisión se hace a los hijos especialmente cuando constituyen su hogar o tienen su descendencia.

Acerca de transmisión de conocimientos médicos tradicionales, las mujeres mayores se encargan de la formación de las jóvenes, las abuelas y madres les enseñan a tratar enfermedades físicas (cólicos, tos, indigestión, empacho, etc.) con remedios caseros; lo mismo ocurre con síndromes de origen cultural: “caída de mollera”, “mal de ojo”, “sustos” y “enfriamientos”. La mayor parte del conocimiento tradicional proviene de los abuelos (Hernández et al., 2001; Gómez, 2012).

Figura 19. Transferencia de conocimiento tradicional sobre remedios caseros.



Fuente: Elaboración propia

Los entrevistados aseguran haber solucionado con remedios caseros las siguientes enfermedades, en orden de importancia: estomacales, dolor, fiebre, tos, garganta, osteo-muscular; infecciones, mareos (ver cuadro 26).

Cuadro 26. Enfermedades tratadas con remedios caseros

Enfermedades (primera mención)	Frecuencia	Porcentaje
Estomacales	36	27.7
Dolor	33	25.4
Fiebre, tos, garganta	29	22.3
Osteo-muscular	15	11.5
No ha utilizado remedios caseros	9	6.9
Infecciones, mareos, quemaduras	5	3.8
Diabetes	3	2.3
Total	130	100.0

Fuente: elaboración propia.

En la zona de estudio se encontró que en promedio el 77% de la población utiliza remedios caseros; en una investigación en el centro de salud de Taxcoapan, Hidalgo realizada por Reynoso et al. (2008) encontraron que de un universo de 25 personas mayores de edad, la utilización de remedios caseros fue de un 62.5%, que comparativamente es mayor en la zona de Tepexi de Rodríguez.

5.4.1.2 Plantas medicinales

A nivel de localidades, el uso y utilidad de las plantas medicinales son para tratar: el sistema digestivo; el mal aire; el dolor; la fiebre, tos y gripa; también se usan para problemas osteo-musculares. Al respecto, las enfermedades más frecuentes tratadas con productos herbolarios en 57 localidades de los estados de Oaxaca, Puebla y Veracruz son las gastrointestinales, enseguida las cutáneas, de aparato reproductor y las de filiación cultural, como el “aire”. De igual forma, en la zona Tierra Caliente de Guerrero, las principales dolencias de origen infeccioso tratadas con plantas medicinales son las gastrointestinales (Zamora-Martínez, 1992; Rojas et al., 2010).

En la opción de plantas medicinales vivas en casa, mencionaron 32 diferentes, entre plantas comunes (populares a nivel nacional) y plantas locales. Las plantas medicinales populares vivas representan el 55.4% mientras que las plantas locales vivas son el 26.9%; es importante señalar que solo el 18% de los entrevistados no

tiene plantas medicinales vivas en casa. Acerca de las plantas locales, aquellas que pertenecen al ecosistema local y que se cultivan en casa, el dato es similar a lo hallado en otros trabajos para la región. Lira et al. (2009) reportan 1,335 especies silvestres útiles en el valle de Tehuacán-Cuicatlán (medicinales, alimentarias, forrajeras, etc.), de ellas 26.8% se siembran o propagan. Asimismo, en la zona de Coxcatlán, de las especies medicinales que se emplean, 28.2% se cultivan en el huerto familiar, 47.8% provienen de áreas silvestres y 23.9% se adquieren en el mercado (Canales et al., 2006).

En el cuadro 27 se observa que en las tres comunidades de menor ruralidad (San Juan Ixcaquixtla, Tepexi y Molcaxac) utilizan las plantas vivas principalmente para problemas estomacales, dolor, fiebre, tos y gripa. En las comunidades de mayor ruralidad (Ahuatempa, Moralillo, Agua de la Luna) se utilizan para problemas osteomusculares y enfermedades tradicionales como el mal aire. Cabe resaltar que el 19% de las personas encuestadas utilizan las plantas medicinales vivas en casa para curar el mal aire. La información se muestra en el cuadro 27.

Cuadro 27. Grado urbanidad por utilidad plantas medicinales vivas en casa

Comunidad por grado de ruralidad	Utilidad plantas medicinales vivas en casa												Total Num.	
	Estomacales		Dolor		Fiebre, tos, gripa		Osteomusculares		Malaire, tradicionales		Otros			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Ixcaquixtla	1	7	41	5	29	3	18	0	0	0	0	2	12	17
Tepexi	2	12	40	9	30	5	17	0	0	0	0	4	13	30
Molcaxac	4	4	24	2	12	4	24	3	18	3	18	1	6	17
Ahuatempa	3	1	9	2	18	2	18	2	18	3	27	1	9	11
Moralillo	5	2	13	1	6	3	19	3	19	6	38	1	6	16
Agua Luna	6	1	6	0	0	2	12	5	29	8	47	1	6	17
Total		27	25	19	18	19	18	13	12	20	19	10	9	108

Fuente: Elaboración propia.

Las plantas vivas se encuentran en macetas o en el traspatio y son consumidas en té o mezcladas con otros elementos para aplicarse de diversas maneras (pomadas, extractos, ungüentos, etc.). Se encontraron 35 diferentes plantas

medicinales secas que se conservan en casa con un promedio de 6 por hogar, de las cuales las plantas populares representan el 29.2% y las plantas locales son el 33.1%. Es relevante comentar que el 30% de los hogares no tienen plantas medicinales secas en casa. Tienen usos muy similares, son compradas y/o recolectadas del monte²¹.

En promedio se cuenta con una mayor cantidad de plantas secas locales (43 especies), que se consiguen en la zona, que las populares²² (38 especies) que se tienen que comprar en la plaza comercial. El cuadro 29 contiene la información.

**Cuadro 28. Plantas medicinales secas,
Productos naturistas en casa
(Primera mención)**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Plantas locales	43	33.1
	No sabe, no tiene	39	30.0
	Plantas populares	38	29.2
	Otros: miel, pomada, ungüento	10	7.7
	Total	130	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo.

En las encuestas se encontró que en conjunto, los hogares tienen mayor cantidad de plantas secas (32 diferentes) respecto a las plantas vivas (25 especies). Por parte del estudio de Vera (2003), encontró en el municipio de Cuetzalan del estado de Puebla, dentro de las cuatro localidades de Taxipehuatl, Zoapilaco, Tecolapan y San Andrés Tzicuilan, que el uso de las plantas medicinales de forma viva son del 56%, mientras de forma seca es con el 44%. Al igual exploro que su uso se da por parte de

²¹ Las plantas que los encuestados mencionaron obtener del monte son: ítamo real, hierba gobernadora, hierba maestra, hierba mojada, higuera, oreja de ratón, palo de san Antonio, palo de viruela, palo dulce, pipicha, quinina, santamaría, salvia, taparrabos, cola de caballo, hoja de zorrillo, valeriana.

²² Las plantas y elementos conocidos que utiliza la población son: árnica, ajo, albahaca, epazote, eucalipto, gordolobo, maguey, marihuana, nopal, perejil, peyote, pirul, romero, ruda, sábila, bugambilia, canela, hierbabuena, guayaba, té de limón, té de manzanilla, té de nispero.

los curanderos con un 32% y 18% de las parteras dentro de una colecta de 41 especies de plantas medicinales.

Aunque la cantidad de especies conocidas por hombres y mujeres es similar, son ellas quienes conocen más especies medicinales, sobre todo las que se obtienen de áreas silvestres como el monte (Cuadro 29). Tradicionalmente, las mujeres tienen asignado el rol de cuidadoras, proveedoras de atención para la salud y responsables de la anticoncepción; es probable que por esto ellas tengan más conocimiento sobre elementos terapéuticos tradicionales. En el modelo de autocuidado a nivel doméstico, el centro de atención son las mujeres, estos cuidados representan el primer nivel de atención real a la salud (Menéndez, 1990, Miranda, 1998). Por poner un ejemplo, en el rubro de anticoncepción, son las mujeres quienes llevan la mayor carga de prevención. Recientemente se ha elevado de 4 a 6% la incorporación directa del varón en la anticoncepción; aun así, la relación entre vasectomías y oclusiones tubarias bilaterales es de 1:14 (Campos, 2005).

Cuadro 29. Género * plantas medicinales para curarse. Número de plantas mencionadas por género (Primera mención).

Género	Plantas para curarse (primera mención)				Total
	Plantas del monte	Plantas locales	Otro	No sabe	
Hombres	19	29	8	6	62
Mujeres	24	27	11	6	68
Total	43	56	19	12	130

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo.

5.4.1.3 Las misceláneas como punto de venta de productos para la salud

Muy cerca de casa se encuentran las misceláneas donde se venden productos para la salud y también forman parte de las opciones a las que tienen acceso los hogares. El 85% de los entrevistados dijo tener al menos una miscelánea cerca de su casa. Después de los productos alimenticios, los productos de salud son los más adquiridos en este tipo de establecimientos.

Los encuestados mencionaron 45 diferentes productos para la salud que adquieren en las misceláneas. Estos se clasificaron, de acuerdo a su uso, en: 1) para gripa, tos y fiebre; 2) antibiótico; 3) para problemas estomacales; 4) para dolor y heridas; 5) Otros. El 56.2% de los entrevistados mencionaron que adquieren productos para problemas de gripa, tos y fiebre; en segundo lugar para dolor y heridas; mientras que en tercer lugar se adquieren para problemas del estómago. Dicha información se muestra en el cuadro 30.

Cuadro 30. Productos para la salud que adquieren en las misceláneas

Productos	Frecuencia	Porcentaje
Gripa, tos, fiebre	73	56.2
Dolor, heridas	23	17.7
Estómago	21	16.2
Otros	7	5.4
Bacterianas: antibiótico	6	4.6
Total	130	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo

Aunque estas prácticas constituyen una irregularidad en el sistema de atención alópata, ya que se trata de automedicación (uso de medicamentos de libre venta) o de autoprescripción (uso de medicamentos a los que debe accederse mediante receta médica), ambas acciones forman parte del autocuidado en casa y se han visto favorecidas, entre otros factores, por: a) incremento en la propaganda de medicamentos de libre venta en medios masivos de comunicación, b) cambios en los patrones generales de las enfermedades, c) falta de información objetiva e independiente que pueda guiar las decisiones en materia de salud, d) desarrollo de la industria farmacéutica que cada vez pone a disposición de la población mayor cantidad de medicamentos (Gómez et al., 2009).

Otra investigación entre profesionales de la salud (enfermeros), indica que 61.3% recurre al autocuidado; las principales causas para no ir al médico son falta de tiempo,

comodidad y porque considera tener los conocimientos suficientes para hacer la práctica. Los productos de uso más frecuente fueron analgésicos (68.8%), antibióticos (11.3%) y antitusígenos (3.8%) (Sánchez y Nava, 2012).

Para zonas rurales existe un estudio donde se muestra que 87% de los indígenas de Tenejapa, Chiapas se automedicaba. Los fármacos más consumidos fueron analgésicos, antibióticos y antiparasitarios, los cuales obtuvieron preferentemente con los tenderos. Al mismo tiempo, 83% de los mestizos consumió medicamentos sin receta médica y a diferencia de los indígenas, consiguieron los productos con boticarios y personal médico (Campos et al., 1982). El cuadro 30 muestra las principales enfermedades para las que se compran productos de automedicación y autoprescripción en las misceláneas.

Respecto a la zona de estudio, en la plaza regional (placita), que constituye el centro de distribución de productos más importante de la zona, la población adquiere productos naturistas transformados y plantas vivas. Con la información abordada hasta el momento se muestra que los habitantes tienen opciones de salud en misceláneas y en la plaza regional, especialmente para enfermedades comunes.

5.4.2 Casas de salud

El sistema de salud del estado de Puebla cuenta con diferentes tipos de infraestructura para atender las necesidades de la población. Cada nivel está en función del tamaño de las localidades y de la ubicación estratégica para satisfacer a más habitantes con los recursos existentes. Los tipos de infraestructura médica que administra el gobierno estatal son: casa de salud, centro de salud, hospital comunitario y hospital general. Las casas de salud son el nivel más básico atendidas por personas de la localidad que brindan asistencia médica y capacitación básica. Los centros de salud cuentan con consultorio, brindan educación y prevención de enfermedades frecuentes y atienden casos que no requieren hospitalización. El hospital comunitario atiende urgencias, vacunación, partos, hospitalización, así como los casos canalizados desde los centros de salud. Los hospitales generales se ubican en zonas urbanas y se enfocan a diagnóstico y tratamiento de especialidades (SSEP, 2013).

En caso de que la emergencia se presente durante la noche, generalmente la encargada de la casa de salud atiende al paciente o lo canaliza al hospital regional de salud del IMSS. Para los entrevistados, la casa de salud representa el primer punto de contacto médico para enfermedades comunes, piquetes de alacrán, enfermedades digestivas, alergias e infecciones cuya información se encuentra en el cuadro 31. En caso de que la casa de salud se encuentre cerrada, la población se dirige al hospital regional.

Cuadro 31. Enfermedades que se atienden en la casa de salud ubicada en su comunidad

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades comunes	55	42.3
Desórdenes alimenticios	34	26.2
Piquetes de alacrán	30	23.1
Alergias, infecciones	9	6.9
No ayuda, no hay	2	1.5
Total	130	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo.

Las seis localidades muestreadas cuenta con casa de salud, que es administrada por un habitante de la comunidad, generalmente mujer, que se capacita en la clínica del IMSS y establece un horario de atención a los pobladores como primer punto de contacto del paciente. También da pláticas sobre temas de salud. Cuenta con medicamentos básicos, entre ellos los que se utilizan para piquetes de alacrán que representa uno de los principales riesgos a la salud en la región.

La población comenta que existen enfermedades que no pueden atenderse en la casa de salud, tales como quemaduras, enfermedades graves, cirugías, amputaciones, hemorragias, análisis, enfermedades crónico-degenerativas, entre otras. Los entrevistados mencionan que la casa de salud podría mejorar en la disponibilidad de consultorios, equipo y tecnología, así como infraestructura. Las personas solicitan mayor cantidad de personal calificado al igual que mejor atención y

horario más amplio. Las casas de salud funcionan con un presupuesto muy bajo y gracias a la participación de habitantes de la comunidad.

A pesar de que es el primer punto de atención, el 54% del total de población entrevistada comentó que su primera opción ha sido el hospital regional gratuito del IMSS-Oportunidades, que se ubica en Tepexi de Rodríguez.

Los habitantes de las dos comunidades con mayor nivel de ruralidad y por tanto, con los mayores tiempos y costos de traslado a la clínica, deciden buscar a la encargada de la casa de salud en su domicilio e insistir para conseguir el servicio (ver cuadro 32).

Cuadro 32. Grado de Ruralidad * Acción si la casa de salud está cerrada

Comunidad	Tiempo traslado	Ingreso promedio	Costo traslado clínica	Acción si la casa de salud está cerrada								Encuestas
				Esperar		Encargada casa		Hospital		Méd. Particular		
				%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	
Ixcaquixtla	25.43	2850	13.04	0	0	0	0	52	12	17	4	23
Tepexi	17.76	3186	22.28	8	3	5	2	47	18	18	7	38
Molcaxac	48.94	2936	35	0	0	5	1	32	6	63	12	19
Ahuatempan	40.33	2406	33.8	0	0	0	0	13	2	73	11	15
Moralillo	43.33	2625	28.16	6	1	50	9	11	2	22	4	18
Agua Luna	60.29	2564	27.35	0	0	65	11	24	4	0	0	17
Total	35.38	2841	25.31	15	19	18	23	22	29	29	38	130

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo.

Las comunidades con menor grado de ruralidad, no optan por la casa de salud y se dirigen directamente al hospital regional para obtener el servicio. Ahuatempan y Molcaxac son las comunidades que en mayor medida se dirigen al médico particular en lugar de la casa de salud. En Moralillo y Agua de la Luna, buscan a la persona encargada de la casa de salud hasta obtener respuesta local.

Es importante mencionar que la casa de salud y el hospital se complementan para la atención médica a la población, ya que en el hospital se atienden enfermedades con dolor, crónico-degenerativas, cirugías y curaciones, principalmente; mientras que en la casa de salud atienden enfermedades comunes.

5.4.3 Hospital regional gratuito

La región cuenta con Hospital Regional de IMSS-Oportunidades, en el cual la afiliación es gratuita, con ello se tiene acceso a atención médica primaria (consulta general), y de segundo nivel para intervenciones quirúrgicas. Los servicios y medicamentos son gratuitos. El hospital regional representa la primera opción de atención médica en la zona de estudio para enfermedades graves o que no pudieron solventarse con el autocuidado (Cuadro 33).

Cuadro 33. Primera opción de atención médica

Comunidad	Ingreso promedio	Opción Hospital Regional IMSS	
	Pesos	%	Número
Ixcaquixtla	2850	52	12
Tepexi	3186	50	19
Molcaxac	2936	63	12
Ahuatempan	2406	40	6
Moralillo	2625	78	14
Agua Luna	2564	41	7
Total	2841	54	70

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de campo.

Se observa que el hospital regional IMSS representa la primera opción de atención médica en la región y el número de consultas está en función del tiempo de traslado para tratar especialmente enfermedades no comunes, como son, en orden de importancia: crónico-degenerativas, dolor, cirugías y curaciones, infecciosas, respiratorias.

El cuadro 34 muestra que la visita al médico privado como primera opción es prácticamente nula. Tepexi y Molcaxac son las localidades con mayor ingreso económico y concuerda con el consumo de la primera opción médica consumida en otra zona.

Cuadro 34. Grado de Ruralidad *

Primera opción de atención médica. Porcentaje de la población.

Localidad	Tiempo traslado al hospital en minutos	Ingreso promedio Mensual	Primera opción de atención médica								
			Hospital regional IMSS		Médico Privado		Casa de Salud		Opción médica en otro lugar		Total
	Minutos	Pesos	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	No.
Ixcaquixtla	25.43	2850	52	12	0	0	30	7	4	1	23
Tepexi	17.76	3186	50	19	3	1	5	2	37	14	38
Molcaxac	48.94	2936	63	12	0	0	0	0	37	7	19
Ahuatempan	40.33	2406	40	6	0	0	7	1	40	6	15
Moralillo	43.33	2625	78	14	6	1	0	0	11	2	18
Agua Luna	60.29	2564	41	7	12	2	12	2	0	0	17
Total	35.38	2841	54	70	3.5	4	9	12	23	30	130

Fuente: elaboración propia.

La población de las seis localidades acude a la clínica por enfermedades crónico-degenerativas, principalmente de las comunidades con menor grado de ruralidad (ver cuadro 35).

Cuadro 35. Enfermedades que se atienden en el hospital regional IMSS

Comunidad	Enfermedades que se atienden en el hospital regional IMSS											
	Crónico-degenerativas		Dolor		Infecciosas		Respiratorias		Cirugías, curaciones		Otros	
	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Ixcaquixtla	30	7	17	4	4	1	13	3	26	6	9	2
Tepexi	26	10	47	18	0	0	11	4	3	1	13	5
Molcaxac	11	2	37	7	0	0	16	3	5	1	32	6
Ahuatempan	20	3	33	5	0	0	0	0	13	2	33	5
Moralillo	17	3	50	9	6	1	0	0	0	0	28	5
Agua Luna	12	2	6	1	41	7	0	0	35	6	6	1
Total	21	27	34	44	7	9	8	10	12	16	18	24

Fuente: Elaboración propia con datos de campo.

Leyva et al. (1998) menciona que 92% de los usuarios que se consultaron en el IMSS no pagaron su medicamento, mientras 35% de los correspondientes a la Secretaría de Salud no lo pagaron. Por una parte, el IMSS garantiza en mayor medida la disponibilidad del medicamento gratuito lo que lleva a una mayor demanda del mismo; por otra parte, es común que en las zonas de mayor índice de pobreza sea menor el acceso a medicamentos gratuitos (Leyva et al., 1998). En la zona de estudio el servicio IMSS está disponible de manera gratuita incluyendo los medicamentos, ello concuerda con la mayor demanda comparativa de la primera opción médica.

La principal opción mencionada para cirugías es el hospital regional IMSS, donde la población entrevistada de las seis localidades ha utilizado en un 12% los servicios de la clínica para atención de cirugías y curaciones. Es importante mencionar que la población, en general, acude al hospital regional para enfermedades con mayor grado de complejidad. Las localidades de mayor grado de ruralidad atienden enfermedades infecciosas con 6 y 41% para Moralillo y Agua de la Luna respectivamente, mientras que toda la población atiende enfermedades crónico-degenerativas. Los servicios que brinda la clínica, son considerados, por los costos de traslado en que incurre el consumidor, como “muy barato”, “barato” y “regular” (66%) (Cuadro 36).

Cuadro 36. Grado de Ruralidad * costo de curarse en el hospital. Frecuencia

Grado de Ruralidad		Que tan caro es curarse en el hospital					Total	
		Muy barato	Barato	Regular	Caro	Muy caro		No respondió
Ixcaquixtla	1	7	4	1	4	2	5	23
Tepexi	2	5	10	9	1	3	10	38
Molcaxac	4	9	2	3	1	0	4	19
Ahuatempa	3	4	4	3	1	1	2	15
Moralillo	5	7	3	4	2	0	2	18
Agua Luna	6	7	2	2	2	2	2	17
Total		39	25	22	11	8	25	130

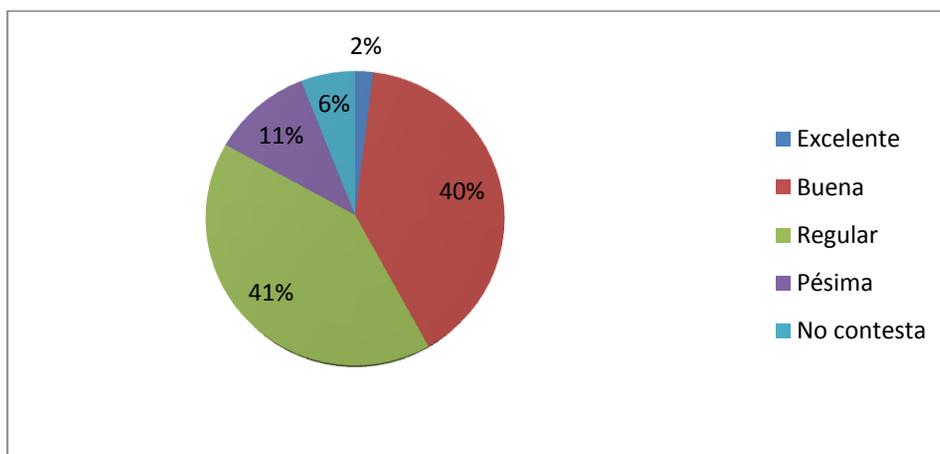
Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo.

La primera cualidad observada en el hospital es ser la opción más completa y más barata. El nivel de calidad del hospital es considerado por la población en su mayoría como excelente, bueno y regular (87%) como se observa en la figura 20, lo que

implica que a consideración de los encuestados, tiene oportunidades de mejora; sin embargo, bajo las condiciones de bajo ingreso de la población, opción más completa de médico alópata y más barata aunado a ser considerado de ser de buena calidad, se mantiene como la mejor opción de salud.

La opinión de los entrevistados que califican la atención de pésima (11%) puede deberse al menor tiempo de contacto y de interacción entre usuarios y personal de salud y por tanto, menor atención al paciente. De acuerdo con la evaluación externa de 2008, el Hospital Regional de Tepexi brindó 33 consultas diarias por consultorio; el indicador más alto entre los 69 hospitales rurales IMSS Oportunidades del país. Esto, no necesariamente es un indicador de eficiencia, pues el número recomendable de consultas diarias por consultorio es de 16 a 25 (INSP, 2009). El dato más bien refleja la sobredemanda del hospital. Parte importante de los entrevistados menciono que fueron atendidos por principiantes muy jóvenes.

Figura 20. Calidad de atención en El hospital gratuito del IMSS



Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo.

El hospital regional IMSS es el modelo de atención que brinda la cobertura de salud, por lo tanto se dice que en términos oficiales, la población tiene sus necesidades cubiertas; sin embargo, un alto porcentaje de la población (84%) considera que no todo se cura en el hospital regional (cuadro 37).

Cuadro 37. Grado de Ruralidad * Se cura todo en el hospital regional

Comunidad por grado de ruralidad		Se cura todo en el hospital				Total encuestas
		Si		No		
Grado de Ruralidad	Comunidad	No.	%	No.	%	No.
	1	Ixcaquixtla	13	56.5	10	43.5
2	Tepexi	6	15.7	32	84.3	38
3	Molcaxac	3	15.7	16	84.3	19
4	Ahuatempan	0	0	15	100.0	15
5	Moralillo	0	0	18	100.0	18
6	Agua de la Luna	4	23.5	13	76.5	17
Total		26	15.7	104	84.3	130

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo.

En la región existen enfermedades tradicionales que se cubren con las opciones de medicina tradicional indígena. A mayor grado de ruralidad, mayor es la frecuencia con que se recurre a la medicina tradicional (ver cuadro 38).

Cuadro 38. Grado de Ruralidad * Enfermedades que no se curan en el hospital regional

Localidad	Enfermedades que no se curan en el hospital regional													
	Virales, infecciosas		Crónico-degenerativas		Osteo musculares		Emocional, psicológica		Tradicionales		Cirugías, accidentes		Todas se pueden curar en el hospital	
	No	%	No.	%	No.	%	No.	%	No	%	No.	%	No.	%
1	13	3	22	5	0	0	17	4	22	5	9	2	17	4
2	16	6	5	2	0	0	16	6	42	16	0	0	21	8
3	11	2	11	2	5	1	5	1	26	5	11	2	32	6
4	13	2	7	1	0	0	20	3	40	6	7	1	13	2
5	6	1	0	0	6	1	22	4	33	6	0	0	33	6
6	0	0	0	0	41	7	0	0	35	6	12	2	12	2
Total	11	14	8	10	7	9	14	18	34	44	5	7	22	28

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo.

El 22% considera que todo se cura en el hospital; a mayor grado de ruralidad, mayor es el porcentaje de encuestados que consideran que las enfermedades osteomusculares no se curan en el hospital regional. Es importante mencionar que en las 6 comunidades de estudio, el 34% considera que existen enfermedades tradicionales que no se tratan en el hospital, tales como malaire, susto, caída de mollera, baño de partera, empacho, caída de vejiga, caída de matriz, recogida de ombligo.

Las enfermedades tradicionales, o de filiación cultural, son un grupo de enfermedades populares que la medicina alópata no puede curar, se componen de múltiples signos, muchos de ellos de carácter mágico-religioso (Hurtado-Rico et al., 2006). En el estado de Querétaro, de 116 especies reportadas como medicinales, 28% se emplean para tratar síndromes de filiación cultural (Fernández et al., 2001). En una zona hñahñú (otomí) del estado de México, 21 % de las especies medicinales son para tratar enfermedades de filiación cultural, como susto, coraje, mal de ojo, o “mbaha”, que afectan a niños y ancianos que visitan frecuentemente a parturientas y recién nacidos y se manifiesta con pérdida de peso, piel reseca y caída de cabello (Sánchez et al., 2008). En el municipio de Copándaro, Michoacán, 39% de las plantas con uso medicinal sirven para tratar afecciones de tipo cultural, por ejemplo, empacho, espanto o “faldeado”. El niño o la persona “faldeada” tiene dolor de cabeza, agitación y fiebre; el mal se adquiere por estar cerca de mujeres que han tenido relaciones sexuales recientemente (Hurtado-Rico et al., 2006).

Los servicios que el hospital no provee son proporcionados principalmente por el huesero, curandero, naturista; en segundo lugar el médico privado que en esencia ofrece el mismo servicio que el hospital, pero con mayor calidad (según consideran los encuestados). El 84% del total de encuestados mencionaron que no todo se cura en la clínica y el 40% menciona que las enfermedades que no se tratan en la clínica se tratan con el huesero y curandero.

Es importante mencionar que se percibe al médico privado como la mejor opción en términos de experiencia, eficacia y calidad. En los casos del hospital regional y el hospital especializado estos porcentajes son de 29 y 19, respectivamente.

Cuadro 39. Grado de Ruralidad * Profesionales de salud necesarios en la región

Comunidad por Grado de Ruralidad		Personas que tratan lo que no se cura en el hospital regional										Total encuestas
		Hospital especializado		Médico Privado		Medicina Tradicional Indígena		Otros		No respondió		
No.	Comunidad	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	No.
1	Ixcaquixtla	30	7	43	10	13	3	9	2	4	1	23
2	Tepexi	16	6	24	9	53	20	5	2	3	1	38
3	Molcaxac	26	5	32	6	26	5	5	1	11	2	19
4	Ahuatempan	13	2	20	3	60	9	7	1	0	0	15
5	Moralillo	17	3	28	5	44	8	6	1	6	1	18
6	Agua Luna	12	2	29	5	41	7	18	3	0	0	17
Total		19	25	29	38	40	52	8	10	4	5	130

Tradicional: Huesero, Curandero, Hierbero, Alternativa.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo.

A pesar de que Tepexi es la segunda comunidad de menor ruralidad, el 53% de los entrevistados que consideran que no todo se cura en el hospital, aseguraron que la alternativa es la medicina tradicional, la cual si cura dichas enfermedades. En Ahuatempan este porcentaje llegó 60.

Con base en los estudios citados y los resultados de la presente investigación, puede decirse que hasta 40% de las enfermedades que se tratan con plantas medicinales son de filiación cultural.

5.4.4 Curanderos de la región de estudio

Los médicos tradicionales (curanderos) que fueron entrevistados se encuentran en Molcaxac, Tepexi de Rodríguez, San Juan Ixcaquixtla, Ahuatempan y Agua de la Luna. La información que proporcionaron se conjuntó para generar la descripción de los médicos tradicionales indígenas o curanderos de la zona de estudio.

La edad promedio de los curanderos es de 64 años y su escolaridad promedio es de quinto de primaria, lo cual se entiende por la no disponibilidad de espacios escolares durante su niñez. Estos datos indican que son personas mayores, que se

prepararon en la práctica y que han acumulado importantes experiencias en su quehacer. De los entrevistados tres son mujeres y dos son hombres.

Se convirtieron en médico tradicional o curandero por ser descendiente de personas que practican o practicaron este oficio, y quienes fueron maestros. Es importante que sean mayores de 40 años para que la población confíe en ell@s. Llegan a ser médicos tradicionales después de practicar con sus padres o abuelos y empiezan a aplicar en pacientes, bajo su observación.

Las técnicas aprendidas se aplican para: 1) Empacho de bebés; 2) Caída de mollera; 3) Caída de vejiga; 4) Baño de recién parida; 5) Caída de matriz; 6) Curación de susto; 7) Masaje de recogida de bilis; 8) Torceduras y problemas osteomusculares²³; 9) Masaje terapéutico. Dichos padecimientos fueron los comentados por los curander@s entrevistados.

Los padecimientos mencionados anteriormente se curan a través de técnicas especiales que incluye la manipulación del paciente en diferentes posiciones para lograr el objetivo deseado; también se utiliza el masaje terapéutico aplicado en zonas específicas; se utiliza digitopresión en zonas específicas. Se complementa el tratamiento del paciente con diversas plantas medicinales comunes y del monte, manteca de cerdo, ceniza, aceite de olivo, higuera, papel de estrasa, jabón de pasta, vendas, parche poroso, pomada de la manzana, pomada de pan puerco, lavados intestinales, lavados vaginales, pomadas para torceduras, jitomate asado, xoconostle, aceite quemado, pomada de coyote, víbora de cascabel, caldo de zorrillo, caldo de zopilote, huevo para limpias, plantas especiales utilizadas para las limpias, entre otras. Uno de los cinco curanderos entrevistados, utiliza fórmulas herbolarias desarrolladas por laboratorios ubicados en el Distrito Federal y con ello complementa su tratamiento.

El resultado con los pacientes y padecimientos que trata el médico tradicional indígena (curandero) ha sido, de acuerdo a lo que ell@s comentan, eficientes en el 95% de los casos, razón por la que los pacientes vuelven a buscarlos y los recomiendan con familiares y amigos. La diferencia que los curander@s manifiestan, con respecto al médico alópata, es que tratan diferentes padecimientos con técnicas

²³ Además existen los hueseros, quienes están especializados en las enfermedades osteo-musculares.

que los médicos no conocen. Actividades como las limpias las hace únicamente el curandero.

Existió una asociación local de médicos tradicionales (curanderos) que promovía la capacitación; sin embargo, la asociación desapareció en 2008. Para la formación de nuevos curanderos, los actuales empiezan a capacitar a miembros de su propia familia y poco a poco les permiten practicar y aplicar las técnicas correspondientes a cada problema de salud.

Los curander@s entrevistados explican que han tenido acercamiento con el hospital, donde los han capacitado en nociones básicas de medicina; dos de los cinco entrevistados mencionaron haberse capacitado en Tehuacán para mejorar su atención al paciente. Los curander@s piensan que falta más apoyo por parte del gobierno, así como más publicidad y respaldo por parte de los médicos oficiales para la medicina que utilizaban los abuelos y que curaban a nuestros antepasados; en general, mencionan que existe conocimiento que no se debe perder y que la población cada vez les hace menos caso.

La gente que atienden es de comunidades aledañas en un 70%; la gente originaria de la región que ha emigrado a las ciudades, algunas de ellas, cada año vienen a atenderse con los curanderos. Solo en algunas ocasiones les llega gente de la ciudad que se enteran por recomendación de terceras personas.

Generalmente los habitantes de la ciudad que son atendidos por los curanderos presentan problemas de vejiga o de matriz caída, así como problemas de la presión y diabetes. En segundo término tienen problemas osteo-musculares. Los curander@s comentan que los pacientes que vienen de fuera, aprovechan las fechas de la feria de los pueblos cercanos para visitar a sus familiares, que en ocasiones los acompañan a las consultas.

De acuerdo a los curander@s, sus servicios son útiles para gente del campo y para gente de la ciudad, ya que todos se enferman y la medicina de los antiguos es muy efectiva. Además comentan que en el caso de la gente de la ciudad, les sirve para salir y visitar lugares de interés en los pueblos.

Los curander@s atienden cuando el paciente lo requiere y están al pendiente, o algún familiar les informa si están fuera. En promedio atienden a 20 pacientes al mes;

se debe tomar en cuenta que no existe una competencia directa dentro de la comunidad.

Las instalaciones que utilizan son sus propias casas y los cuartos donde ellos habitan; los curanderos de Molcaxac y de Ahuatempan tienen establecimiento comercial para su actividad de medicina tradicional. El 100% de los entrevistados aseguraron estar dispuestos para obtener mayor capacitación en caso de requerirse, o de presentarse la oportunidad. Tienen interés y disposición para aprender técnicas nuevas de medicina natural.

5.4.5 Huesero en la salud de la zona de estudio

Se obtuvieron 44 diferentes tipos de enfermedades por las que se acude al huesero, que van desde dislocaciones, dolor, miembros zafados, fracturas, lesiones, torceduras, nervios y otros problemas. Los entrevistados también buscan al huesero por problemas osteo-musculares.

Algunos entrevistados nunca han visitado un huesero (17%), mientras que uno de ellos lo ha hecho en 15 ocasiones; el promedio fue de 2.4 visitas. El huesero representa la opción de medicina tradicional indígena más importante de la zona de estudio, fuera del hogar. El 83% de los entrevistados ha hecho uso de este servicio y en promedio se atendieron hace 37 meses.

Cuadro 40. Lugares de consulta y frecuencia del uso del servicio de huesero

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Huixcolotla	39	30.0
Coyotepec	28	21.5
No hay ido	21	16.9
Ixcaquixtla	19	14.6
Molcaxac	9	6.9
Cuatro rayas	7	5.4
Tepeaca	4	3.1
México D.F.	2	1.5
Total	130	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo

Las visitas al huesero no son habituales ni tampoco periódicas y su demanda es difícil de pronosticar. El lugar al que se dirige el paciente en caso de requerir atención por parte del huesero se muestra en el cuadro 40.

Huixcolotla es el destino preferido para servicios del huesero donde San Juan Ixcaquixtla y Coyotepec el segundo y tercer destino, respectivamente. Cuando se buscan hueseros no es fácil encontrarlos en la región; ésta situación cambia en Huixcolotla, lugar donde abunda la oferta de este servicio. El costo del servicio es en promedio \$130 pesos (USD\$10.00) con un máximo de 800 pesos.

El huesero en general no receta productos al paciente y en caso de hacerlo, generalmente son pomadas o pastillas y se concreta a dar indicaciones generales. La efectividad del huesero es positiva en el 70%, los entrevistados reportaron que si solucionaron su problema de salud, lo que se considera como muy efectivo. El 4.6% de los encuestados que se han atendido con el huesero aseguran que no solucionaron su problema de salud mientras que un 10% mencionaron que la mejora ha sido gradual. En general, los entrevistados comentan que fueron con el huesero en lugar del médico porque en cuestiones osteo-musculares el médico no tiene el conocimiento suficiente; al mismo tiempo comentan que tienen confianza en su capacidad señalándolo como el indicado para atender problemáticas específicas. Dicha información se muestra en el cuadro 41.

Cuadro 41. Efectividad del huesero en la curación del padecimiento.

Efectividad del huesero en curar el padecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	90	69.2
No ha ido	21	16.2
Poco a poco	13	10.0
No	6	4.6
Total	130	100.0

Fuente: elaboración propia.

Como lo mencionan Cardoso et al (2008) algunos motivos para asistir con el huesero son: atención en la propia comunidad y consiguiente reducción en gastos por traslado; menor pérdida de tiempo en reposo; costo accesible (50 pesos por consulta) y, muy importante, los hueseros explican los malestares de acuerdo con las creencias locales, y se crea un vínculo de confianza.

Los servicios que ofrecen los hueseros en la zona de estudio son complementarios en el tratamiento de padecimientos osteo-musculares, mismos que son muy comunes en una zona agropecuaria y de actividades relacionadas con la explotación del mármol y piedras de ornato, que demandan considerable esfuerzo físico. Se requieren pocos hueseros para la atención de poblaciones rurales pequeñas. El servicio del huesero es el más importante de medicina tradicional indígena, por el número de pobladores que lo utiliza y no ser sustituido por otra opción de salud.

Cuadro 42. Frecuencia uso huesero por comunidad

Comunidad, grado de ruralidad		Frecuencia de la población que hace uso del huesero por comunidad	Encuestas por comunidad	Porcentaje de la población que hace uso del huesero por comunidad
Comunidad	No.	No.	No.	%
Ixcaquixtla	1	17	23	74
Tepexi	2	30	38	79
Molcaxac	3	17	19	89
Ahuatempan	4	11	15	73
Moralillo	5	16	18	89
Agua Luna	6	17	17	100
Total		108	130	83

Fuente: Elaboración propia.

Tepexi es la comunidad que mayor porcentaje de población consume servicios del huesero. El servicio tiene que conseguirse con terapeutas que atienden en sus propios domicilios o locales, ya que la región carece de un hospital con medicina

tradicional integrada. En el estado de Puebla existen siete hospitales de este tipo; cuatro en Sierra Norte (Ayotoxco, Cuetzalán, Huehuetla y Zapotitlán), uno en la mixteca (Tulcingo), otro en el Valle de Tehuacán (Coxcatlán) y uno más en Sierra Negra (Tlacotepec de Díaz). Estos hospitales cuentan con instalaciones para hueseros, parteras y curanderos (SSEP, 2013). Los entrevistados no utilizan los servicios del hospital integral de Coxcatlán, que es el más cercano a la zona de estudio (aproximadamente 2:30 horas en automóvil).

5.4.6 Naturista

La región no cuenta con alternativas naturistas. El conocimiento que la población local tiene sobre el tema se deriva de experiencias de consumo fuera de la zona de estudio. Únicamente el 35 % de los entrevistados ha hecho uso de esta alternativa. Se consideró importante indagar sobre la idea que la población tiene del naturista y la utilidad del mismo. Al respecto el 54.6% no tiene idea de que terapias se aplican con el naturista. El 10% de la población comenta que la medicina natural es la que se aplica como remedios caseros.

Se encontró un costo promedio de la consulta naturista de \$158.00 pesos (USD\$12.00), el cual varió de cero a \$1000.00; además se tiene que agregar que este servicio sólo está disponible fuera de la zona de estudio, al costo hay que sumar el traslado fuera de la región y los alimentos. La consulta se complementa con productos naturales cuyo costo promedio fue de \$157.00 con un máximo de \$1,500.00.

El cuadro 43 resume las enfermedades y riesgos de salud presentes en la zona de estudio en un análisis de correspondencia con las opciones de salud disponibles. Se observa que los remedios caseros, las plantas medicinales, la casa de salud y el huesero conforman el nivel básico de atención de salud. El hospital regional se utiliza para tratar problemas de salud de mayor complejidad y el médico privado lo que se consideran los casos de enfermedad más complicados. El curandero es el único que atiende enfermedades de filiación cultural. En el cuadro se encuentra la estrategia general de las unidades familiares respecto al uso de las diversas opciones de salud.

Cuadro 43. Resumen de la estrategia general de la unidad familiar

	Fiebre, tos, gripa	Estomacales	Osteo-musculares	Dolor	Mal aire	Quemaduras	Golpes Heridas	Infecciones	Alacrán	Crónico-degenerativas	Cirugías	Filiación cultural
Rem. caseros	22.3%	27.7%	11.5%	25.4%		3%						
Plantas vivas	18%	25%	12%	18%	18%							
Misce láneas	56.2%	16.2%	3%	3%			17.7%	5.4%				
Huesero			55%	30%			10%					
Casa de salud	42%	26.2%						6.9%	23.1%			
Hospital regional	8%			34%		8%		7%	10%	21%	12%	
Médico privado		20%		44%				20%		13%	3%	
Curandero					41%							43%

Fuente: Elaboración propia a partir de trabajo de campo.

Debe notarse que la sumatoria horizontal de cada opción de salud es cercana al 100% debido a que existen otros usos de la opción de salud diferente a los establecidos en el cuadro. Por otra parte, la sumatoria vertical no es igual al 100% ya que el cuadro se construyó con base en las enfermedades que atienden con cada opción; sin embargo, las enfermedades más comunes se atienden con más de una opción, lo que genera una sumatoria mayor al 100%. Las enfermedades o padecimientos no comunes tienden a ser cubiertas con una de las opciones respecto de las ocasiones en que se ha presentado dicho padecimiento donde rubros como quemadura, llega únicamente al 11% que es el porcentaje de entrevistados que reportaron quemaduras.

5.5 Factores guía de la toma de decisiones: sustento de la estrategia de vida en salud de la unidad familiar

En este apartado se exponen los factores que dirigen la toma de decisiones sobre salud en la zona de estudio. Para identificar los factores guía, se elaboró la matriz de

correlaciones de las variables numéricas con significancia estadística de 95% o mayor, para ser incorporadas al análisis de comportamiento. Mayor grado de ruralidad implica mayor distancia al centro de desarrollo más cercano, como se comprueba en las correlaciones.

Cuadro 44. Factor grado de ruralidad y tiempo de traslado a la cabecera municipal

A mayor grado de ruralidad es mayor el tiempo de traslado al hospital durante el día.	0.665
A mayor grado de ruralidad es mayor el tiempo de traslado al hospital durante la noche.	0.718

Fuente: Elaboración propia

El promedio anual de consultas a la clínica, disminuye en función del tiempo de traslado durante el día y disminuye aún más por el factor tiempo de traslado durante la noche. Ello se observa en Molcaxac y Agua de la Luna que cuentan con mayor tiempo de traslado y menor número de consultas.

Cuadro 45. Promedio anual de consultas a la clínica

Localidad	Grado de Ruralidad	Promedio de número de consultas al hospital gratuito durante un año	Tiempo de traslado al hospital durante el día (min)	Tiempo de traslado al hospital durante la noche (min)
Ixcaquixtla	1	3.73	25.43	34.34
Tepexi	2	4.76	17.76	35.92
Molcaxac	4	2.89	48.94	61.84
Ahuatempan	3	3.20	40.33	56.33
Moralillo	5	3.44	43.33	63.61
Agua Luna	6	1.70	60.29	102.35
Promedio general		3.54	35.38	54.30

Fuente: Elaboración propia

La comunidad de Agua de la Luna cuenta, al mismo tiempo, con el menor número de consultas promedio al hospital y con el mayor tiempo de traslado. Los detalles del tiempo de traslado, se muestran en el cuadro 46. Mientras en el día el “aventón” es una opción, durante la noche no está disponible y lo mismo sucede con el camión, la camioneta de paga y la combi.

Cuadro 46. Medio de transporte utilizado para acudir al hospital regional.

Medio de transporte para acudir a la clínica durante el día y durante la noche por grado de ruralidad																
Localidad	A pie				En burro, caballo				Taxi				No va			
	Día		Noche		Día		noche		Día		Noche		Día		Noche	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	11	48	15	65	0	0	0	0	2	9	4	17	0	0	3	13
2	14	37	18	47	0	0	1	3	4	11	7	18	0	0	3	8
3	5	26	9	47	0	0	0	0	0	0	3	16	0	0	1	5
4	4	27	6	40	3	20	0	0	1	7	1	7	0	0	1	7
5	4	22	0	0	9	50	8	44	0	0	1	6	0	0	3	17
6	9	53	0	0	0	0	11	65	0	0	2	12	0	0	1	6
Total	47	36	48	37	12	9	20	15	7	5	18	14	0	0	12	9

Fuente: Elaboración propia.

En el estudio de Sánchez (2005) en el municipio de Ixmiquilpan del estado de Hidalgo se analizó el transporte utilizado por la población para llegar a sus Hospitales Públicos; de 995 personas encontró que el 56.28% utilizan el transporte público para dirigirse al hospital, el 34.08% llegan a pie o los dejan y 9.64% llegan en taxi. Los datos son similares a lo encontrado en la tesis, con la diferencia de que en la zona de Tepexi de Rodríguez se utiliza también caballo y burro como medio de transporte al hospital.

El grado de ruralidad determina el número y tipo de opciones de salud que la unidad familiar conoce. A mayor ruralidad y mayor tiempo de traslado, es menor el número de médicos alópatas que la población conoce (correlación de -0.438) y al

mismo tiempo, conocen mayor número de hueseros y curanderos como se muestra en el cuadro 47, correlaciones con grado de significancia estadística del 95%.

Cuadro 47. Factor conocimiento de opciones de salud: Grado de ruralidad correlacionado con cantidad de médicos, curanderos y hueseros que conocen

Contexto y Grado de ruralidad	Correlación con significancia estadística del 95%.
A mayor grado de ruralidad, menor número de médicos que la población conoce.	-0.438
A mayor tiempo de traslado al hospital, es mayor el número de curanderos que la población conoce.	0.413
A mayor ruralidad, mayor es el número de hueseros que conocen.	0.359

Fuente: Elaboración propia

Se encontró también que el nivel de dolor es el factor más importante para dirigirse a recibir atención médica. Las correlaciones muestran que, a mayor ruralidad, es mayor el nivel de dolor que resiste el paciente para buscar atención médica y por tanto, tienen menor número de consultas.

Cuadro 48. Factor nivel de dolor y gravedad para buscar atención médica.

Nivel de dolor para atención médica, razones y consecuencias	Correlación con significancia estadística del 95%.
A mayor grado de ruralidad, es mayor el nivel de dolor para buscar atención médica.	0.529
A mayor nivel de ruralidad, es mayor el nivel de gravedad que resiste la población para buscar atención médica.	0.209
A mayor nivel de gravedad para buscar atención médica, es menor el número de consultas familiares al hospital.	-0.256
A mayor nivel de dolor para buscar atención médica, es menor el nivel de ingreso.	-0.239
A mayor nivel de dolor para recibir atención médica, es mayor el dinero máximo gastado para recuperar la salud.	0.213
A mayor nivel de gravedad para atención médica, es menor el ingreso del hogar.	-0.283

Fuente: Elaboración propia

El grado de ruralidad y el nivel de ingreso son explicativos del nivel de dolor que resiste el paciente para buscar atención médica y ello a su vez, explica parte del número de consultas en el hospital regional. La tardanza en atención incrementa el

dinero máximo gastado para curar un familiar (correlación de 0.213 con significancia estadística mayor a 95%)

En el análisis del Hospital General Universitario de Valencia, España, en un Universo de 168 pacientes se encontró un estudio acerca de la percepción de los niveles de dolor en una escala de 1 a 10, donde pueden controlar su dolor existe una media de 2.31, mientras están preocupados por su dolor tienen una media de 3.27 y donde expresan que su dolor ha superado sus posibilidades y acudir al médico es de 3.15 (Soucase et al., 2005).

En la toma de decisiones al interior del hogar tiene peso el factor de la percepción del potencial de la clínica para curar todas las enfermedades. Mientras mayor es el grado de ruralidad, mayor es la creencia de que no se cura todo en la clínica y ello determina el comportamiento de este grupo de estudio (ver cuadro 49).

El número de médicos alópatas que conoce la unidad familiar está relacionado positivamente con el género (mujeres), el nivel de urbanización y de ingresos. A mayor número de médicos alópatas que conoce, es menor el número de consultas a hueseros y curanderos. En el comportamiento, se muestran como servicios sustitutos (cuadro 49).

Cuadro 49. Factor número de médicos alópatas que conoce la unidad familiar

Número de médicos alópatas que conoce	Correlación con significancia estadística del 95%.
A menor grado de ruralidad, es mayor el número de médicos que conoce.	-0.438
A mayor número de médicos que conoce es menor el nivel de dolor que lleva a la población a buscar atención médica.	-0.195
A mayor número de médicos que conoce, es menor la confianza en el curandero.	-0.212
A mayor número de médicos que conoce es menor el número de consultas con el huesero.	-0.215
Las mujeres conocen mayor número de médicos.	0.207

Fuente: Elaboración propia

El consumo de un bien o servicio se basa en varios factores: el precio, la conveniencia y sobre todo en el caso del cuidado de la salud, en la confianza que se le tiene (Cardoso et al., 2008). Es el resultado de la imagen, comunicación y experiencia de quien proporciona el servicio. La mayor confianza por parte de la

población es para el médico privado. Se comenta que al tener que pagar por sus servicios, es la mejor opción y está obligado a hacerlo de la mejor manera. En segundo lugar se encuentran las plantas medicinales, donde argumentan que las usaban nuestros antepasados, además de servir y ser efectivas sin presentar efectos secundarios; al mismo tiempo se comenta que a veces funcionan y a veces no.

En tercer lugar de confianza se encuentra el médico de la clínica IMSS ya que se comenta que tienen la infraestructura y medicina pero en la mayoría de los casos son médicos jóvenes o en su servicio social que no tienen experiencia y no saben lo suficiente. En cuarto lugar se encuentra la medicina tradicional ya que comentan que con eso curaban, existe confianza y mayor conocimiento al igual que su efectividad en torceduras (cuadro 50).

**Cuadro 50. Factor nivel de confianza
en las diversas opciones de salud**

Confianza en la opción de salud	Confianza en la opción de salud (en una escala de 1 a 10)
Médico privado	6.85
Plantas medicinales	6.18
Médico de la clínica IMSS	6.16
Servicio: Medicina tradicional del curandero.	5.18
Prestador del servicio: Curandero o médico tradicional.	3.97

Fuente: Elaboración propia

En quinto lugar se encuentra el curandero (médico tradicional) ya que existe desconfianza por no tener estudios oficiales; comentan que en ocasiones se equivocan en el tratamiento; pueden ser charlatanes o estafadores; no tienen técnica ni conocimiento. Es decir, le tienen confianza a la medicina tradicional más no al que ofrece el servicio, en ello se encuentra potencial para profesionalizar.

Al mismo tiempo se menciona que curan enfermedades que no cura el médico y en ciertos padecimientos tiene más conocimiento y éxito en los tratamientos que manda, ya que sabe de medicina por la mayor experiencia que tienen. Esta información muestra que la opción del médico privado es considerada como la mejor en términos de confianza, sin embargo, tiene un alto costo y se utiliza cuando el resto de opciones no es suficiente.

Cuadro 51. Factor confianza en el médico del hospital

Confianza en el médico del hospital	Correlación con significancia estadística del 95%.
A mayor confianza en el médico, la población considera que si se cura todo en el hospital.	0.237
A mayor confianza en el médico del hospital, es mayor el número de consultas familiares al hospital.	0.252
A mayor confianza en el médico del hospital, es menor el gasto económico para atender a un familiar.	-0.206

Fuente: Elaboración propia

La confianza en el médico del hospital gratuito se correlaciona con mayor número de consultas al hospital y lo que es más importante, el gasto económico para atender a un familiar es menor (cuadro 51). El médico particular es elegido en lugar del curandero. El número de consultas al médico particular se correlaciona con menor gasto y mayor escolaridad (cuadro 52).

Cuadro 52. Factor consultas al médico particular

Número de consultas al médico particular	Correlación con significancia estadística del 95%.
A menor confianza en el curandero es mayor el número de consultas al médico particular.	-0.249
A menor número de habitantes en el hogar, mayor el número de consultas al médico particular.	-0.233
A mayor escolaridad de la madre, es mayor el número de consultas al médico privado.	0.243

Fuente: Elaboración propia

Las opciones de medicina tradicional funcionan como sistema, ya que la confianza en plantas medicinales repercute en la confianza en el curandero y ésta, en la del huesero. A mayor confianza en el sistema, mayor el consumo de dichos productos y servicios y al mismo tiempo, menor gasto para recuperar la salud.

Cuadro 53. Factor confianza en el sistema de medicina tradicional

Confianza en el sistema de medicina tradicional	Correlación con significancia estadística del 95%.
A mayor confianza en la medicina tradicional, mayor la cantidad de consultas familiares al huesero.	0.225
En lo económico, a mayor confianza en la medicina tradicional, es menor el gasto para atender a un familiar	-0.253
A mayor confianza en las plantas medicinales, el número de médicos que conoce fuera de la comunidad es menor.	-0.353
Mientras mayor es la confianza en las plantas medicinales, es menor el gasto para atender a un familiar.	-0.229
A mayor grado de ruralidad, la población considera que no se cura todo en el hospital.	0.289
A mayor creencia de que no se cura todo en el hospital, es mayor el dolor que la población resiste para acudir a atención médica.	0.268
Las mujeres tienen mayor confianza en las plantas medicinales.	0.207
A mayor edad, mayor la confianza en las plantas medicinales.	0.237
A mayor confianza en el médico tradicional, es menor la cantidad de consultas al médico privado en un año	-0.249
También es negativa la correlación entre la confianza en el curandero y el nivel de escolaridad	-0.193
Existe una correlación negativa entre la confianza en el curandero y el nivel de ingreso de la población	-0.225
A mayor confianza en las plantas medicinales, es menor el dinero máximo gastado para curar a un familiar.	-0.230

Fuente: Elaboración propia

Es importante mencionar que hay correlación negativa entre la consulta al curandero con el ingreso y escolaridad. Los resultados muestran que a mayor confianza en la medicina tradicional, son menores los gastos para atender a un familiar y se logra la meta principal del hogar respecto a la salud.

El consumo de productos o servicios del sistema de bienestar individual tradicional depende del nivel de confianza respecto de cada opción. En una escala de 1 a 10, el nivel de confianza promedio en el sistema de medicina tradicional es de 5.49, mientras que la menor confianza le corresponde al curandero con un 3.91, la mayor confianza le corresponde a las plantas medicinales con 6.76.

Cuadro 54. Porcentaje de población que ha consumido el producto o servicio y confianza (escala del 1 al 10) en el Sistema de Medicina Tradicional (SMT) de la zona por opción de salud

Comunidad	Confianza promedio del SMT	Confianza plantas medicinales	Confianza curandero	Confianza huesero
	En una escala de 1 a 10	En una escala de 1 a 10	En una escala de 1 a 10	En una escala de 1 a 10
Ixcaquixtla	4.55	5.17	2.82	5.67
Tepexi	5.57	6.17	4.60	5.96
Molcaxac	5.55	6.20	3.68	6.79
Ahuatempan	5.40	6.37	3.66	6.17
Moralillo	5.84	6.26	4.27	7.01
Agua Luna	6.04	6.33	4.41	7.39
Total	5.49	6.76	3.91	6.50

Fuente: Elaboración propia

El nivel de confianza en el sistema tradicional se correlaciona positivamente con el nivel de ruralidad; es decir, a mayor ruralidad, mayor confianza en el sistema de bienestar individual tradicional. Sin embargo, a diferencia del curandero, existe correlación positiva (0.193) entre el número de consultas al huesero y el ingreso económico del hogar.

Cuadro 55. Factor frecuencia de asistencia al huesero

Frecuencia de asistencia al huesero	Correlación con significancia estadística del 95%.
Existe correlación positiva entre la frecuencia de asistencia al huesero y el número de consultas al hospital gratuito	0.325
Existe correlación positiva entre la frecuencia de asistencia al huesero y el nivel de ingreso de la población.	0.193

Fuente: Elaboración propia

De manera reiterada los encuestados mencionaron que los servicios del huesero no son cubiertos por el hospital IMSS y que en caso de problemas osteo-musculares los médicos del hospital los dirigen al huesero. Por esa razón, la correlación entre el número de consultas al hospital y las consultas al huesero es positiva. Sin embargo, número de consultas (al huesero) se correlacionan negativamente con el costo de

consulta. Así mismo, las consultas al curandero se relacionan negativamente con el gasto que ello ocasiona.

Cuadro 56. Factor percepción del costo de cada opción de salud

Percepción de costo	En casa	Hospital gratuito	Médico particular
Muy barato	61.5	30.0	3.1
Barato	14.6	19.2	.8
No respondió	10.0	19.2	11.5
Regular	5.4	16.9	11.5
Muy caro	4.6	6.2	56.2
Caro	3.8	8.5	16.9
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: elaboración propia.

En relación a los costos de las diferentes alternativas de salud, ordenadas de menor a mayor, se tiene: 1) opciones en casa, 2) en el hospital IMSS, 3) en el médico particular, y 4) la clínica del IMSS ya que obtienen la consulta y el medicamento a costo cero. Es importante mencionar que para la familia existe siempre el costo representado por el tiempo requerido para el traslado y acompañamiento del paciente, en el cual se debe incluir la alimentación. El médico particular es la opción de salud considerada como la más efectiva para tratar problemas graves de salud y al mismo tiempo la más cara.

La responsabilidad de la salud dentro de los hogares entrevistados recae en la mamá o figura materna en el caso de enfermedades comunes, y en el padre si se trata de enfermedades graves debido al factor económico. Al respecto, desde tiempos prehistóricos el rol de las mujeres ha sido vigilar la crianza y cuidado de la familia, por lo tanto, son ellas quienes realizan los cuidados para mantener la salud de la familia en el ámbito doméstico (Mejía y López, 2010). Lo que se observa en el cuadro 57.

Cuadro 57. Factor responsable de salud dentro del hogar

Responsable		Enfermedades comunes		Enfermedades graves	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	1	90	52	52	40.0
Papá	2	22	70	70	53.8
Abuelita	3	13	5	5	3.8
Hija	4	5	3	3	2.3
Total		130	130	130	100.0

Fuente: Elaboración propia

Sobre las enfermedades graves, el papá o figura paterna juega el papel más importante en la toma de decisiones; sin embargo, es determinante la presencia y participación de la mamá. El poder sobre el recurso monetario determina el poder de decisión y la experiencia resultó ser determinante en un 22% de los casos. El cuadro 58 muestra la importancia en la autoridad y conocimiento en la decisión de salud.

Cuadro 58. Factor que determina al responsable de salud dentro del hogar.

Razón de ser responsable	Frecuencia	Porcentaje
Ambos, con ellos se cuenta	53	40.8
Autoridad, conocimiento, experiencia, responsable	52	40.0
Económico	16	12.3
Otros	9	6.9
Total	130	100.0

Fuente: Elaboración propia.

El responsable toma decisiones con base en las opciones que conoce y la confianza que deposita en cada una de ellas, por experiencia propia o comentarios de las personas conocidas.

Factor red de apoyo en caso de enfermedad. Los papás y los hermanos representan en un 69% la fuente de apoyo en caso de enfermedad y cuando se

contabiliza a los abuelos, este porcentaje conjunto alcanza el 79%, es la familia muy cercana la que se encarga de respaldar en caso de enfermedad.

Cuadro 59. Red de apoyo en caso de enfermedad.

	Frecuencia	Porcentaje
Papá/mamá	37	28.5
Hermanos	32	24.6
No respondió	21	16.2
Abuelos	10	7.7
Él/ella, Nadie	9	6.9
Esposo (a)	5	3.8
Tíos	4	3.1
Vecinos	4	3.1
Centro de Salud	3	2.3
Cuñados	3	2.3
Hijos	1	.8
Curandero	1	.8
Total	130	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo.

El apoyo económico en caso de enfermedad proviene principalmente de los padres, le siguen los hermanos y en esta situación interviene también el apoyo de abuelos, tíos, amigos, cuñados y vecinos en un porcentaje similar y de ser necesario, la red de apoyo económico se amplía.

En la pregunta acerca de la posibilidad de requerir un mayor desembolso, el 49% no respondió ya que no se han enfrentado a dicha situación aunque mencionaron que recibirían el apoyo de las mismas personas que los han apoyado con anterioridad. Como se muestra en el siguiente cuadro, el 30% de los entrevistados no se han enfrentado con la necesidad de solicitar apoyo a su red para efectos de enfermedad.

En su mayoría han recurrido como máximo en dos ocasiones, respecto a la eventualidad de intervenciones quirúrgicas, infección aguda de riñón así como infección leve de riñón; los accidentes también han requerido apoyo por parte de la red personal.

**Cuadro 60. Ocasiones en que han recibido
apoyo de su red.**

Número de ocasiones	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	40	30.8
1 ocasión	34	26.2
2 ocasiones	27	20.8
3 ocasiones	3	2.3
5 ocasiones	3	2.3
Más de 5 ocasiones	5	3.8
No respondió	18	13.8
Total	130	100.0

Fuente: elaboración propia.

El principal apoyo brindado por la red es económico pero también se ofrece apoyo con alimentos, medicamento, hospedaje, servicios extra, entre otros. La red de apoyo también juega un papel muy importante al apoyo moral y psicológico que la familia requiere en momentos de enfermedad. Los investigadores han encontrado que involucrar más a la familia en el cuidado de los enfermos, puede ayudar a acelerar los procesos de curación. El entendimiento del contexto cultural del enfermo y su familia, es fundamental para crear nuevos modelos de atención donde los cuidados familiares tengan mayor peso en la recuperación de los enfermos (Mejía y López, 2010).

En el proceso de recuperar la salud, se toman en cuenta los factores guía: 1) grado de ruralidad y tiempo de traslado a la cabecera municipal; 2) conocimiento de opciones de salud: grado de ruralidad correlacionado con cantidad de médicos, curanderos y hueseros que conocen; 3) nivel de dolor y gravedad; 4) número de médicos alópatas que conoce la unidad familiar; 5) nivel de confianza en las diversas opciones de salud; 6) frecuencia de asistencia al huesero; 7) percepción del costo de cada opción de salud; 8) responsable de salud dentro del hogar; 9) Red de apoyo en caso de enfermedad.

El grado de ruralidad resultó ser el factor explicativo más importante del comportamiento poblacional respecto de las decisiones de salud. Así se presentan las correlaciones en la explicación sobre contexto y comportamiento de salud.

Con el análisis de correlaciones se demuestra que las plantas medicinales, la medicina tradicional del curandero, el huesero, y el hospital regional, representan una combinación de opciones de salud que disminuye el gasto mínimo para atender a un familiar y la mejor estrategia es combinar las opciones alópatas y tradicionales, lo cual se muestra en el cuadro 61.

Cuadro 61. Factor económico de la estrategia de vida en salud

Factor económico	Correlación con significancia estadística del 95%.
Mientras mayor es la confianza en las plantas medicinales, es menor el gasto mínimo para atender a un familiar.	-0.229
A mayor confianza en el curandero es menor el gasto mínimo para atender a un familiar.	-0.253
A mayor número de consultas con el huesero, es menor el gasto para curar a un familiar.	-0.157
A mayor confianza en el médico del hospital, es menor el gasto mínimo para atender a un familiar.	-0.206
A mayor número de consultas al hospital gratuito, es menor el gasto mínimo para atender a un familiar.	-0.207

Fuente: Elaboración propia

La importancia de la medicina tradicional es aún mayor ya que atiende a la población con mayor vulnerabilidad (bajo nivel de ingreso, bajo nivel escolar).

Una de las características del sistema de salud mexicano es que atiende con preferencia (mejor infraestructura, presupuestos y personal) a las zonas urbanas que a las rurales. La atención a la salud en zonas indígenas presenta dos problemas; cobertura limitada, es decir, restricción en amplitud, profundidad y frecuencia de los servicios médicos; y cobertura nula, que se origina por carencia de oferta, dificultad de acceso geográfico, o rechazo por parte de las comunidades (SS, 2005). Además, las políticas de descentralización poco efecto han tenido en la calidad de atención a la salud a nivel de municipio. No se han incrementado los presupuestos, la efectividad de los programas no ha mejorado y se opera igual que antes de la descentralización. Aunque se nota más trabajo a nivel de diagnóstico de necesidades, los recursos con los que se opera continúan siendo los mismos (Arredondo et al., 2010). Estas condiciones fuerzan a la población rural a diseñar estrategias de salud, donde la

atención oficial tiene importancia, pero no es el único recurso disponible para acceder a mejores condiciones de vida.

5.5 Análisis factoriales estratificados de las estrategias de salud

Con la finalidad de determinar las variables más importantes que influyen en la decisión de los entrevistados, sobre qué opción de salud emplear en caso de enfermedad, se realizaron análisis factoriales (Santesmases, 1997; Hernández et al., 2003) para las opciones Hospital IMSS, Médico particular, Huesero, Naturista y Curandero. Cada estrategia se consideró como un estrato de análisis. Así, para cada opción de salud, se identificaron las variables que influyen en la decisión de los entrevistados para acudir a tal sistema de atención médica. Previamente, para los cinco análisis se hicieron medidas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y pruebas de esfericidad de Bartlett, las cuales indicaron que era procedente realizar el análisis factorial en todos los casos.

5.5.1 Estrato opción IMSS

El análisis factorial dio como resultado cinco componentes principales que muestran la varianza total explicada de 73.98% (Anexo 3). El análisis se generó a partir del segmento de la gente que asistió a dos consultas por año.

Cuadro 62. Variables relacionadas con la preferencia de atención en el Hospital Regional IMSS de los habitantes de la mixteca poblana.

<i>Variable</i>	<i>Componentes</i>				
	1	2	3	4	5
Tiempo de traslado-Día	.954				
Tiempo traslado-Noche	.918				
Nivel de ruralidad	.841				
Confianza en el médico IMSS		-.694			
Confianza en plantas medicinales		-.692			
Calidad de atención IMSS			.607		
Ingreso				-.508	-.512

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo, 2012.

5.5.2 Estrato Médico particular

El análisis factorial dio como resultado cuatro componentes principales, los cuales suman 76.94% de la varianza total explicada (Anexo 3). El análisis se generó a partir del segmento de la gente que asistió a dos consultas por año.

Cuadro 63. Variables que influyen en la decisión de acudir con el médico privado en la mixteca poblana.

<i>Variable</i>	<i>Componentes</i>			
	1	2	3	4
Tiempo de traslado-Día	.947			
Nivel de ruralidad	.902			
Confianza en plantas medicinales		.906		
Percepción costo Méd. Part.			-.722	
Ingreso			.717	
Confianza en médico particular				.905

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo, 2012.

5.5.3 Estrato Médico Naturista

El resultado se muestra en el cuadro 64. Los seis componentes del análisis factorial suman 72.29% de la varianza total explicada (Anexo 3). El análisis se generó a partir del segmento de la gente que asistió a una consulta por año.

Cuadro 64. Variables que influyen en la decisión de consultar al médico naturista.

<i>Variable</i>	<i>Componentes</i>					
	1	2	3	4	5	6
Tiempo de traslado-Día	.884					
Nivel de ruralidad	.814					
Ingreso		.712				
Gasto mínimo para atender familiar			.768			
Número consultas con Curandero				.623		
Número consultas Huesero					.560	
Confianza en Curandero						-.718

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo, 2012.

5.5.4 Opción Curandero.

Las cinco componentes derivadas del análisis factorial suman 76.81% de la varianza total explicada (Anexos 3). El análisis se generó a partir del segmento de la gente que asistió a una consulta por año.

Cuadro 65. Variables relacionadas con la decisión de consultar al curandero en la mixteca poblana.

<i>Variable</i>	<i>Componentes</i>				
	1	2	3	4	5
Nivel de ruralidad	.908				
Tiempo de traslado-Noche	.899				
Percepción costo Hospital IMSS		.755			
Confianza en el curandero			.735		
Percepción costo curandero				.571	
Confianza en plantas medicinales					.699

Fuente: Elaboración propia con datos de campo, 2012.

5.5.5 Opción Huesero

La varianza total explicada del análisis factorial es de 74.52% (Anexos 3). El análisis se generó a partir del segmento de la gente que asistió a dos consultas por año.

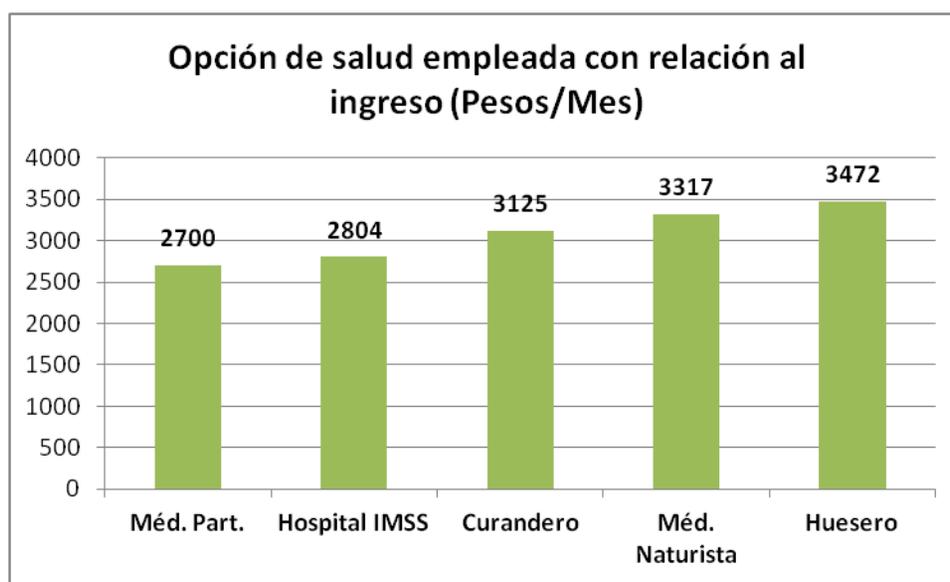
Cuadro 66. Variables que influyen en la decisión de consultar al huesero en la mixteca poblana.

<i>Variable</i>	<i>Componentes</i>			
	1	2	3	4
Tiempo de traslado-Noche	.883			
Nivel de ruralidad	.878			
Costo para ir al Hospital IMSS		.824		
Tiempo sin ceder los síntomas para atención			.800	
Número consultas familiares con el Huesero				.746

Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo, 2012.

Con base en el ingreso, se nota que quienes prefieren atenderse con médicos particulares están por debajo de la media; en contraste, quienes consultan a los hueseros tienen el promedio mensual de ingresos más alto (Figura 21).

Figura 21. Ingreso promedio en relación con la opción de salud empleada en la mixteca poblana.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de campo, 2012

5.6 Estimación del mercado de servicios del SBIS

Para medir el potencial del mercado del sector de bienestar individual tradicional, se calculó el consumo por localidad. A partir de las muestras se calculó el porcentaje de población de la comunidad que adquiere plantas medicinales y el número de compras que hace durante el año. Con el dato de precio de la planta medicinal adquirida y el número de hogares por comunidad se calculó (con base en el porcentaje de población que adquiere plantas medicinales) el valor en pesos y se convirtió a dólares como referente nacional e internacional (a un tipo de cambio de 13 pesos por dólar), del consumo anual de plantas medicinales.

**Cuadro 67. Mercado de plantas medicinales vivas por comunidad en la región
en pesos y dólares**

Localidad	Plantas medicinales vivas		compra por año	costo planta		Consumo anual plantas medicinales		Hogares	Consumo por localidad	
	Número	No.		%	Piezas	peso	dólar		peso	dólar
1	17	74%	2.90	\$19.5	\$1.5	\$56.5	\$4.35	1,090	\$45,613	\$3,508
2	29	76%	3.10	\$19.5	\$1.5	\$60.4	\$4.65	1,034	\$47,504	\$3,654
3	13	87%	2.30	\$19.5	\$1.5	\$44.8	\$3.45	525	\$20,485	\$1,575
4	18	95%	2.10	\$19.5	\$1.5	\$40.9	\$3.15	383	\$14,899	\$1,146
5	14	78%	1.70	\$19.5	\$1.5	\$33.1	\$2.55	134	\$3,464	\$266
6	16	94%	1.30	\$19.5	\$1.5	\$25.3	\$1.95	63	\$1,501	\$115
Total	107	82%	2.23	\$19.5	\$1.5	\$43.4	\$3.34	3,229	\$133,466	\$10,266

Fuente: Elaboración propia

La compra de plantas vivas es inversamente proporcional al grado de ruralidad de la comunidad. En las comunidades de mayor ruralidad los entrevistados mencionaron que las plantas medicinales las comparten, en primer lugar, entre familiares y en segundo lugar, entre vecinos. Por esa razón, la compra de plantas medicinales en Agua de la Luna es prácticamente nula.

El mercado de las plantas medicinales secas, ya sea en forma de té o de cualquier otra presentación como pomada, cápsula, tableta se desarrolla principalmente en los tianguis comerciales. En un balance comparativo, es mayor el valor monetario de las plantas medicinales vivas que secas, mismas que presentan también un comportamiento inverso al grado de ruralidad; es decir, a mayor ruralidad, menor el consumo de plantas medicinales secas. En los resultados se observa que el consumo por hogar de plantas medicinales secas es similar (70%) entre las comunidades de mayor ruralidad; debido a la lejanía del hospital de salud mantienen la planta medicinal en presentación que pueda almacenarse. Existe poca información respecto del valor de mercado de las plantas medicinales en México. Para su análisis se consideran como recursos forestales no maderables (RFNM), y dentro de estos, se hallan en la categoría de "Otros productos", los cuales representan 69% del valor económico de los RFNM. Es necesario desagregar en las estadísticas oficiales el

rubro “Otros productos”, para conocer el aporte económico real de las plantas medicinales (Tapia-Tapia y Reyes-Chilpa, 2008).

Cuadro 68. Mercado de plantas medicinales secas por comunidad en la región de estudio en pesos y dólares (usd)										
Localidad	Plantas medicinales secas		compra por año	costo planta		Consumo anual plantas medicinales por hogar		Hogar	Consumo por comunidad	
	No.	%		Piezas	Peso	Dólar	Peso		Dólar	No.
1	17	74%	1.90	\$26.0	\$2.00	\$36.53	\$2.81	1,090	\$29,407.0	\$2,262.8
2	21	55%	2.70	\$26.0	\$2.00	\$38.74	\$2.98	1,034	\$22,168.0	\$1,705.2
3	9	60%	3.00	\$26.0	\$2.00	\$46.80	\$3.60	525	\$14,742.0	\$1,134.0
4	14	74%	2.90	\$26.0	\$2.00	\$55.51	\$4.27	383	\$15,679.0	\$1,206.0
5	13	72%	3.50	\$26.0	\$2.00	\$65.78	\$5.06	134	\$6,360.0	\$489.2
6	12	71%	3.10	\$26.0	\$2.00	\$56.94	\$4.38	63	\$2,530.0	\$194.6
Total	86	66%	2.85	\$26.0	\$2.00	\$49.01	\$3.77	3,229	\$90,986.0	\$6,992.0

Fuente: Elaboración propia

El principal elemento del Sistema de Bienestar Individual Tradicional es el servicio del huesero, que cuenta con el nivel más alto de confianza (6.50) después de la confianza atribuida a las plantas medicinales (6.76) y al mismo tiempo representa la actividad de mayor valor monetario, así como de mayor aceptación por parte de la población. El servicio del huesero tiene la característica de ser consumido no muy a menudo (0.32 visitas por año por habitante que consume este servicio). Su prestigio regional requiere ser difundido para atraer pacientes de diversos sitios y con ello lograr aumentar el ingreso derivado de esta actividad.

En el cálculo del valor monetario del servicio del huesero de la región, se observa que Tepexi, Moralillo y Agua de la Luna, son las comunidades que visitan más a menudo al huesero, además de ser las comunidades que se dedican al sector minero del mármol. El valor monetario anual es cercano a \$290,000 pesos (USD \$22,300 dólares) distribuido en las comunidades de la región de estudio; además también se observa que el mayor consumo en términos porcentuales, está en las dos

comunidades con menor ruralidad. El 100% de los entrevistados en la comunidad de Agua de la Luna ha utilizado el servicio en alguna ocasión.

Cuadro 69. Mercado de consumo servicios huesero por comunidad en la región de estudio en dólares (usd)										
Comunidad	Personas que visitan al Huesero		Última ocasión visita huesero		Visitas huesero/año	Costo consulta		Hogar	Consumo huesero por comunidad	
	No.	%	mese s	años		Peso	Dólar		No.	Peso
1	17	74%	48.52	4.04	0.247	\$127.31	\$9.79	1,090	\$102,567	\$7,889
2	21	55%	26.88	2.24	0.446	\$97.14	\$7.47	1,034	\$55,507	\$4,269
3	11	73%	39.66	3.31	0.303	\$113.33	\$8.72	525	\$43,631	\$3,356
4	17	89%	50.42	4.20	0.238	\$176.84	\$13.60	383	\$60,599	\$4,661
5	16	89%	23.72	1.98	0.506	\$151.66	\$11.67	134	\$18,063	\$1,389
6	17	100%	35.83	2.99	0.335	\$145.88	\$11.22	63	\$9,190	\$706
Total	108	83%	37.51	3.13	0.320	\$135.36	\$10.41	3,229	\$289560	\$22,270

Fuente: Elaboración propia

A diferencia del huesero, el curandero ha sido visitado por un porcentaje mucho menor, pero el número de visitas por año, en promedio para la región, es cercana a dos, con el nivel de confianza más bajo (3.91). Es Molcaxac la comunidad con mayor número de visitas promedio al curandero en un año. En conjunto, las comunidades conforman un mercado con valor estimado de \$18,297.00 dólares. Al sumar los dos servicios más importantes del Sistema de Bienestar Individual Tradicional se observa que se requiere un modelo que ofrezca tanto al huesero de manera profesional, al curandero profesionalizado con conocimientos básicos de medicina y que ambos se apoyen del uso de plantas medicinales vivas y plantas medicinales secas en diversas presentaciones para su sostenibilidad económica.

Cuadro 70. Mercado de consumo servicios curandero por comunidad en la región de estudio en pesos y dólares (USD)									
Localidad	Personas que visitan al Curandero		consulta por año	Promedio consultas por año	Costo promedio de la consulta		Hogar	Consumo por comunidad	
	No.	%	No.	No.	Peso	Dólar	No.	Peso	Dólar
1	6	26%	8	1.33	\$115	\$8.85	1,090	\$43,490.9	\$3,345.4
2	10	26%	18	1.80	\$115	\$8.85	1,034	\$56,325.7	\$4,332.7
3	6	40%	12	2.00	\$115	\$8.85	525	\$48,300.0	\$3,715.3
4	9	47%	27	3.00	\$115	\$8.85	383	\$62,590.3	\$4,814.6
5	6	33%	14	2.33	\$115	\$8.85	134	\$11,968.4	\$920.6
6	6	35%	7	1.16	\$115	\$8.85	63	\$2,966.21	\$228.1
Total	43	33%	86	1.94	\$115	\$8.85	3,229	\$237,873.	\$18,297.9

Fuente: Elaboración propia

El cálculo del valor monetario del Sistema de Bienestar Individual Tradicional se obtuvo mediante la suma del valor de cada actividad del sistema (cuadro 71), sin olvidar que es una estimación a partir de los cuestionarios aplicados en la zona. Para dicho cálculo se incorporan las plantas medicinales vivas, plantas medicinales secas, huesero y curandero.

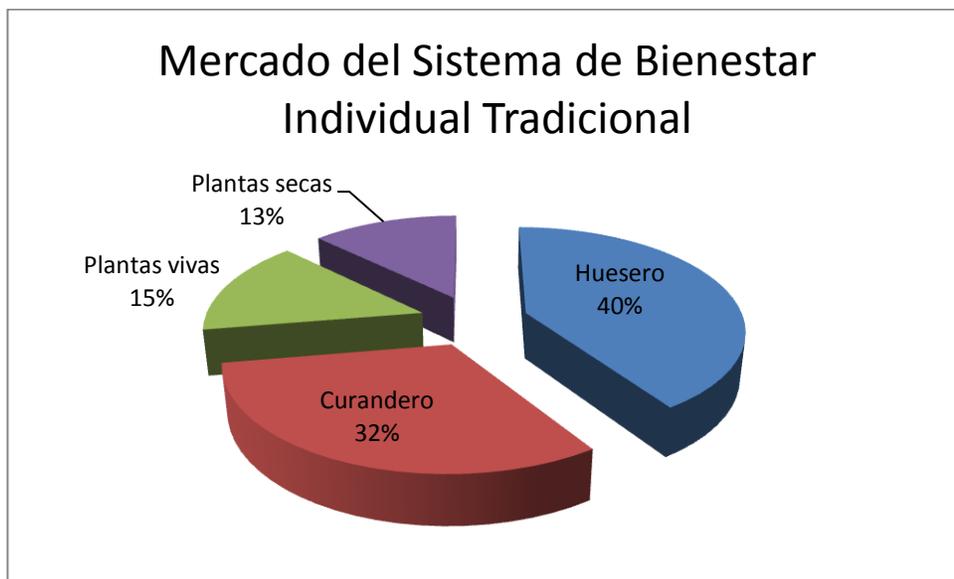
Cuadro 71. Mercado en pesos y dólares (usd) del Sistema de Bienestar Individual Tradicional en la región de Tepexi de Rodríguez por comunidad y componente del SBIT										
	Plantas Vivas		Plantas Secas		Huesero		Curandero		Total	
	Peso	Dólar	Peso	Dólar	Peso	Dólar	Peso	Dólar	Peso	Dólar
1	\$45,613	\$3,508	\$29,407	\$2,262.83	\$102,567	\$7,890	\$43,491	\$3,345	\$221,078	\$17,006
2	\$47,504	\$3,654	\$22,168	\$1,705.24	\$55,507	\$4,270	\$56,326	\$4,338	\$181,505	\$13,961
3	\$20,485	\$1,575	\$14,742	\$1,134.00	\$43,632	\$3,356	\$48,300	\$3,715	\$127,159	\$9781
4	\$14,899	\$1,146	\$15,679	\$1,206.08	\$60,560	\$4,661	\$62,590	\$4,815	\$153,728	\$11,825
5	\$3,464	\$266	\$6,360	\$489.27	\$18,064	\$1,390	\$11,968	\$921	\$39,856	\$3,065
6	\$1,501	\$115	\$2,530	\$194.62	\$9,190	\$707	\$2,966	\$228	\$16,187	\$1245
	\$133,466	\$10,266	\$90,986	\$6,992.04	\$289,560	\$22,270	\$237,873	\$18,298	\$751,885	\$57,837

Fuente: Elaboración propia.

El cálculo se hizo en función del porcentaje de población que posee el producto o ha consumido el servicio multiplicado por el consumo promedio por año lo que da como resultado el consumo por localidad.

Con base en el valor monetario, en la siguiente figura se muestra la importancia de cada componente del Sistema de Bienestar Individual Tradicional (SBIT). Se observa que el huesero representa el mayor monto, cercano al monto del curandero, mientras que las plantas secas son la opción de menor importancia. Estos porcentajes muestran el potencial económico modelo del SBIT y la importancia económica a cada uno de los sus componentes

Figura 22. Porcentaje del mercado del Sistema de Bienestar Individual Tradicional por componente.

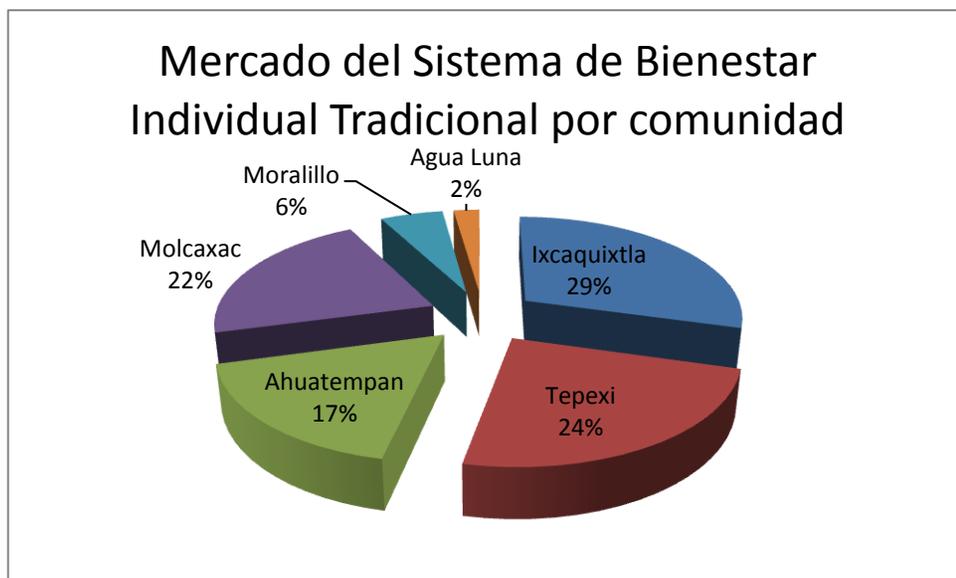


Fuente: Elaboración propia

Con base en el valor monetario del mercado por localidad, se observa, como es lógico, que el consumo de servicios y productos del SBIT es proporcional a la población por localidad. Ixcaquixtla representa el principal mercado, además de ser la comunidad de menor ruralidad; Tepexi es el segundo mercado mientras que Molcaxac representa el tercero y supera a Ahuatempan. En Agua de la Luna, el consumo

apenas alcanza el 2% del total de las seis comunidades. Por ello, el consumo es principalmente en las localidades con mayor grado de urbanización.

Figura 23. Porcentaje del mercado del Sistema de Bienestar Individual Tradicional por localidad.



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, el número de consultas a la clínica gratuita es de 4.94 por hogar al año en promedio para el conjunto de localidades, mientras que las visitas a la casa de salud son en promedio 3.08 por año. Ambos casos superan el número de visitas a las opciones de SBIT; sin embargo, en el caso de la clínica y la casa de salud, los pacientes no cubren ningún honorario ni pagan el medicamento que se les proporciona, por ello no se puede valorar el mercado.

Si las opciones alópatas oficiales de salud curaran todas las enfermedades existentes, el consumo de la población hacia servicios y productos del SBIT debería ser nulo, o cercano a cero, situación que no se presenta en los resultados.

Cuadro 72. Número de visitas y consultas a la casa de salud y la clínica gratuita

Localidad	Hospital Regional		Tiempo Traslado en minutos		Casa de salud	Ingreso promedio
	Número de Consulta Promedio anual	Costo para acudir al hospital	Día	Noche	Visitas por año	Pesos 2012
Ixcaquixtla	5.37	13.43	25.00	32.81	2.4	2896
Tepexi	5.57	18.73	16.34	35.38	2.1	3080
Molcaxac	3.92	43.92	46.07	56.78	3.3	3257
Ahuatempán	6.00	43.75	37.50	54.37	2.9	2537
Moralillo	5.16	41.25	42.08	60.41	3.7	2563
Agua Luna	3.62	22.5	67.50	168.0	4.1	2650

Fuente: Elaboración propia

La estimación del mercado es base para demostrar la hipótesis de la factibilidad para profesionalizar la medicina tradicional en la zona de estudio ya que sustenta el número de profesionales de medicina tradicional que el mercado puede pagar.

Cuadro 73. Estimación del mercado de consumo de servicios del médico privado en la región de estudio (Pesos y dólares)

Localidad	Porcentaje del total consulta médico particular	Hogar	Consultas promedio por año	Precio promedio de la consulta con el médico privado		Mercado de la consulta médico privado	
	%	No.	No.	Peso	Dólar	Peso	Dólar
Ixcaquixtla	52%	1,090	2.25	250	19.23	\$318,825	\$24,525
Tepexi	71%	1,034	3.25	180	13.85	\$429,472	\$33,036
Ahuatempán	73%	525	5.27	230	17.69	\$464,537	\$35,734
Molcaxac	95%	383	3.27	170	13.08	\$202,264	\$15,559
Moralillo	50%	134	2.66	180	13.85	\$32,080	\$2,468
Agua Luna	35%	63	2.16	180	13.85	\$8,573	\$659
Total	63%	3,229	3.14	198.33	15.26	\$1,455,751	\$111,980

Fuente: Elaboración propia

El precio de consulta en la zona de \$200.00 pesos, es similar al promedio nacional. ENSANUT (2012) estableció que la mediana de los gastos que tienen los pacientes dentro de su consulta es de \$200.00 pesos en el médico privado, \$30.00 en los consultorios dependientes de farmacia y \$180 pesos en el IMSS. En el estudio de la Secretaría de Salud, obtenido a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), encontró que los usuarios que tuvieron que comprar sus medicamentos 65.2% lo hicieron en el mismo lugar donde hicieron su consulta.

Para el Sistema de Bienestar Alópata sólo es posible cuantificar el valor del mercado del médico privado, en cuyo caso, el número promedio de consultas es de 3.14 con un valor estimado de \$1,455,751 pesos (usd\$111,980).

En valor monetario de la actividad, el sólo consumo de servicios del médico privado \$1,455,751 pesos (USD\$112,000) representa mayor monto que el correspondiente al del SBIT \$751,855 pesos (USD \$57,835); sin embargo, el sistema tradicional minimiza el gasto del hogar, al tener las posibilidades desde casa y buscar las opciones de recuperar la salud acordes con su necesidad específica a un bajo costo, además la matriz de correlaciones muestra que si el hogar incrementa su ingreso, la principal opción de salud es el sistema alópata

Cuadro 74. Estimación del mercado en pesos del Sistema de Bienestar Individual Tradicional en la Región de Tepexi de Rodríguez por componente del SBIT					
Plantas Vivas más Plantas Secas			Hueseros más Curanderos		Sistema Combinado Total
Plantas vivas	Plantas secas	Total combinado	Huesero	Curandero	Sistema integrado
\$133,466	\$90,986	\$224,362	\$289,560	\$237,873	\$751,885
46.97 salarios mensuales	32.02 salarios mensuales	78.79 salarios mensuales	101 salarios mensuales	83.72 salarios mensuales	264 salarios mensuales
3.91 salarios anuales	2.56 salarios anuales	6.58 salarios anuales	8.41 hueseros para la zona	6.97 curanderos para la zona	22 terapeutas integrales para la zona

Fuente: Elaboración propia

5.7 Estrategia propuesta para contribuir al fortalecimiento local del SBIS

La tarea principal de una estrategia para promover el sistema de salud tradicional como base, y con ello contribuir al desarrollo de la región es fortalecer las opciones de salud que actualmente se consumen y al mismo tiempo generar empleos como resultado de la profesionalización de los servicios, se consideran los siguientes dos aspectos: 1) contribuir a abatir la pobreza al conocer las necesidades de salud y proponer mejoras acordes con las necesidades endógenas, y 2) proponer alternativas para la generación de riqueza, a partir de fortalecer la oferta de salud cuyo factor fundamental es el mercado local de productos y servicios basados en la medicina tradicional. Lo anterior en el marco de una estrategia de desarrollo que deberá estar sustentada en las estrategias de vida de la población local respecto a la salud individual y familiar. La estrategia se basa en adecuarse al mercado existente, principalmente local y en segundo lugar al urbano, para responder a dicho mercado a partir del fortalecimiento de la capacitación del recurso humano, profesionalización del servicio y la infraestructura adecuada para generar una opción viable de fortalecimiento del SBIS. Ello permitiría atender las limitaciones que ya se han mencionado y que se resumen en el siguiente apartado

5.7.1 Diagnóstico

La trasmisión del conocimiento tradicional de adultos a jóvenes ha disminuido; existe falta de personal que ofrezcan los servicios del SBIS; se ha demostrado que en parte de la región de estudio, existe una dependencia externa de este tipo de servicio, principalmente el de huesero; en general se detecta una escasez de médicos, hueseros, curanderos y naturistas. Ello representa oportunidades de desarrollo a través de generar profesionales del SBIS y empleos remunerados.

Para determinar las opciones de salud, se preguntó a los entrevistados sobre la cantidad de opciones por ellos conocidas. El cuadro 75 resume los datos.

Cuadro 75. Personal de salud que conocen los entrevistados

Concepto	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Número de médicos que conoce	130	0	8	2.53	2.039
Número de médicos que conoce fuera de su comunidad	130	0	7	2.75	2.001
Número de curanderos que conoce	130	0	4	0.94	0.946
Cantidad de hueseros que conoce	130	0	7	2.65	1.720
Cantidad de naturistas que conoce	130	0	4	0.99	1.000
N válido (según lista)	130				

Fuente: Elaboración propia

En promedio la población conoce 2.53 médicos en su propia comunidad y a 2.75 médicos fuera de la comunidad. El conocimiento sobre las otras opciones se limita a 0.94 curanderos, a 1.72 hueseros y a un naturista. El 58.5% de la población considera que no es suficiente la cantidad de médicos en la comunidad; 55% considera lo mismo para el caso de curanderos, 48% para el caso de hueseros y 43% de entrevistados mencionaron que no es suficiente la cantidad de naturistas en la comunidad. Ello implica que se tiene el potencial para la formación de curanderos y de personal que ofrezca los otros servicios.

Los servicios de salud tradicionales atienden principalmente a la población de mayor ruralidad y por tanto se convierten en estratégicos para el desarrollo social con equidad. Esta actividad es local, con oferta y demanda locales, mismas que no han sido originadas en el ámbito central y nacional, sino que se ha llegado al sustento a partir de los recursos locales y el territorio. Existe capacidad de fortalecimiento del SBIS a partir de la estrategia basada en la medicina tradicional indígena, ya que existe un mercado local con oportunidad de crecimiento a partir de la profesionalización.

5.7.2. Vocación del territorio

El cuadro 76 muestra las potencialidades y limitaciones de la zona de estudio con miras al fortalecimiento del recurso humano e infraestructura que sustente la profesionalización del SBIS en la zona.

Cuadro 76. Potencialidades y limitaciones de territorio para el fortalecimiento del SBIS

Áreas	Potencialidades	Limitaciones	Acciones para el desarrollo de cada uno de ellos.
Aspectos económico-productivos.	Medicina tradicional, Mármol travertino, cocina prehispánica, artesanías.	Vías de comunicación en mal estado. Falta de programas gubernamentales coherentes.	Desarrollar programas de capacitación especialmente para la medicina tradicional, cocina prehispánica.
Aspectos socio-culturales.	Conocimiento tradicional; 28 ferias en la zona	No existe una transmisión formal ni validación científica del conocimiento tradicional.	Establecer oficialmente capacitación a la población al igual que inventariar, estudiar y transmitir el conocimiento tradicional local.
Infraestructura y servicios públicos.	Cercanía de la ciudad de Puebla.	Diariamente recorren la ruta Tepexi-Puebla decenas de tráileres, camiones Torton y de pasajeros y solo se cuenta con una carretera de doble sentido, con un trazado peligroso.	Construir carretera Puebla-Tepexi en línea recta para mayor potencial de mercado para toda la zona y región.
Aspectos institucionales.	A nivel de autoridades, se reconoce la presencia de medicina tradicional.	No existe un programa de apoyo a esta oferta de salud. Disminución en la demanda conforme se incrementa el ingreso.	Generar programa gubernamental, participación de organizaciones no gubernamentales. involucrar Universidades en capacitación a los oferentes del servicio.

Fuente: Elaboración propia

La zona tiene potencial turístico: este potencial deriva de sus activos naturales, históricos, infraestructura prehispánica, presencia de fósiles y río de agua limpia. Especialmente se observa un mercado de medicina tradicional, sustentado en las estrategias de vida de los hogares. En su atención a la salud, entre mayor es el esfuerzo para acudir al hospital, mayor es el número de opciones que los hogares utilizan y pueden ofertar.

Algunas de las vocaciones del territorio que mantienen actividad económica local y muestran el dinamismo económico de la zona de interés para el presente trabajo o que se relacionan con él, son:

- 1) La presencia de actividades que se derivan de la tradición cultural: medicina tradicional, fabricación de barro, cocina prehispánica, artesanías, construcción tradicional, conocimiento tradicional del entorno.
- 2) Extracción, transformación - venta de material pétreo, principalmente el mármol, como una actividad que ha permanecido en la región y ha jugado un papel importante en la economía local.
- 3) Atractivos turísticos de orden cultural y recursos naturales que representan un potencial para región desde el punto de vista económico.

5.7.2.1 Potencial turístico de la zona de estudio: atractivos recreativos, naturales y culturales

Para sondear el potencial de atracción de la zona de estudio se obtuvo información a través de varias actividades, tales como:

- 1) La aplicación de 24 encuestas en total a partir de cuatro encuestas en cada comunidad, enfocadas a los sitios que son atractivo turístico de la zona; así mismo, recabar información y opiniones sobre la posibilidad de fortalecer el potencial de la medicina tradicional.
- 2) Una vez que se corroboró que el museo regional denominado Pie de Vaca representa el principal centro turístico de atracción de visitantes nacionales y extranjeros, se revisaron de las estadísticas de visitas: la cantidad de visitantes por mes, por temporada y los lugares de origen de dichos visitantes.

- 3) Aplicación de entrevistas a los encargados de los sitios turísticos de Tepexi el Viejo y del museo de Pie de Vaca.

Se aplicaron encuestas a pobladores de San Juan Ixcaquixtla, Tepexi de Rodríguez, Molcaxac, Ahuatempan, Moralillo y Agua de la Luna, con el objetivo de determinar, de manera descriptiva, cuáles son los atractivos turísticos de la zona al igual que la afinidad con la medicina tradicional, épocas de mayor visita y razones de la visita.

5.7.2.1.1 Atractivos naturales

Con los resultados se determinó que los atractivos de la zona, en orden de importancia, son: El museo de Pie de Vaca, la cantera de fósiles Tlayúa y las huellas de Pie de Vaca, Tepexi el viejo, Axamilpa, Iglesia de Santo Domingo, Ojo de Agua (nacimiento del río Axamilpa), canteras, el risco, hacienda de Tula, los ahuehuetes, las albercas del río, manos de bruja, valle del mamut, el mármol y Puente Viejo. Se comenta que “los fósiles atraen más”; todos los habitantes que respondieron la encuesta afirmaron que las ferias atraen visitantes y se genera derrama económica.

Los encuestados aseveran que los ayuntamientos son los encargados del mantenimiento y promoción de los atractivos turísticos. El 100% de las 24 encuestas respondieron que no se ofrecen servicios turísticos y de recreación. Comentaron que ninguno de los atractivos turísticos se ha aprovechado. Acerca de los visitantes de fuera, se comentó que principalmente son de la ciudad y en segundo término de otros pueblos.

Durante la investigación se detectó que el principal centro de atracción de visitantes internacionales, de otros estados de la república y de las ciudades es el museo Pie de Vaca, el cual es visitado continuamente a lo largo del año por escuelas de todo el país. De igual manera, las ruinas arqueológicas de Tepexi el Viejo son un atractivo académico descuidado, con acceso en malas condiciones (actualmente de terracería) y los servicios limitados. Al detectarse que los principales atractivos turísticos son el museo de Pie de Vaca y Tepexi el Viejo, se entrevistaron a los encargados.

El museo de Pie de Vaca, la cantera de fósiles Tlayúa y las huellas de pie de vaca son visitados por investigadores de Europa y Estados Unidos principalmente, por el atractivo de los fósiles. Estos sitios turísticos son los que tienen el mayor potencial de atracción de visitantes externos; sin embargo no existen servicios de turismo adicionales. Generalmente los visitantes no pernoctan en la región de estudio y el consumo es de alimentos. En el caso que vayan a pernoctar lo hacen en el hotel de Tepexi de Rodríguez y se retiran al día siguiente. No existe información sobre las actividades que puede hacer el turista en la región.

El museo recibe en promedio a 1000 visitantes mensuales provenientes principalmente de la ciudad de Puebla y de la zona metropolitana del Distrito Federal. También se reciben grupos de bachilleratos y universidades de todo el país y al año llegan grupos de visitantes internacionales.

El encargado mencionó que le corresponde al Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) el resguardo y vigilancia; los visitantes provienen del estado de Puebla y otras ciudades durante los meses de vacaciones y días festivos principalmente; también existe turismo académico. Los visitantes no encuentran servicios turísticos en el sitio y mencionan que observan muy descuidado el lugar y solicitan otras actividades durante la estancia.

Respecto al turismo religioso, se encuentran las ferias de la región dedicadas al santo patrono de cada comunidad o barrio, que atraen a las familias y descendientes de habitantes que han emigrado a las ciudades o hacia Estados Unidos. Por esa razón la población identifica que la época de mayor cantidad de visitantes es la de Semana Santa, fechas en que la población aprovecha tres diferentes centros de turismo tipo balneario que existen en Tepexi de Rodríguez además de Puente de Dios que se encuentra en Molcaxac.

Los entrevistados mencionaron que para fortalecer los productos turísticos se requiere: que los municipios hagan mayor inversión en promoción de lo que existe; carretera pavimentada a Tepexi el Viejo; capacitación a los habitantes locales para ofrecer servicios turísticos; oferta de platillos tradicionales y arte culinario; visita a la industria del mármol que incluya canteras e industrializadoras; museo donde se puedan observar las costumbres de la población; aprovechar la promoción de los

dulces típicos de la región; tener guías especializados y aprovechar que los ríos de la región son de agua limpia como el río la Axamilpa; hacer turismo de salud por los paisajes, el río y barro curativo que está en el río; que se organice ecoturismo de caminata y para conocer; aprovechar la medicina tradicional del lugar; hacerle mayor promoción a las ferias tradicionales; es obligada la visita a la cantera de fósiles.

Acerca del potencial turístico de la medicina tradicional, los entrevistados comentan que los visitantes de mayor edad son las personas interesadas, especialmente las señoras; los visitantes al museo de Pie de Vaca provenientes de otros países le han preguntado a los habitantes que viven cerca del museo, especialmente los originarios de Francia e Inglaterra; tres entrevistados comentan que les han preguntado sobre las plantas medicinales y aplicaciones; también los visitantes preguntan sobre el lugar donde se ofrecen ciertas terapias de medicina; los visitantes de fuera preguntan que hay en Tepexi ya que no tienen forma de saberlo y no existe oficina que les informe; le han preguntado pero no saben informar ya que no tienen claro en donde se ofrecen esos servicios.

En general, el 40% de los entrevistados mencionaron que los visitantes han preguntado sobre medicina tradicional, terapias, plantas medicinales; mientras que el 60% restante comenta que nunca le han preguntado por dichos servicios.

5.7.2.1.2 Atractivos religiosos de la zona

La región tiene festividades religiosas unidas a la agricultura. El calendario de festividades obtenido durante la investigación es una combinación de festividades religiosas y de las actividades agrícolas que Inician con la bendición de productos y animales para continuar con la bendición de las semillas hasta concluir con la ofrenda de la buena cosecha a los difuntos. El calendario observado, mismo que atrae a turismo externo a la zona, se muestra en el cuadro 77.

Las festividades mencionadas anteriormente se organizan en honor al santo patrono de cada comunidad mientras que las que se muestran a continuación son las festividades unidas a la actividad agropecuaria y que se festejan en todas las comunidades de la zona de estudio; debe observarse que estudios como los de Gámez (2010) describen los antecedentes prehispánicos de los rituales agrícolas, los

cuales se sincretizaron con la religión católica. Los encuestados mencionaron que las ferias son los festejos que atraen al mayor número de visitantes locales y externos, mientras que las actividades religiosas unidas a la agricultura son más locales.

Cuadro 77. Calendario de festividades en la región.

Lugar	Fecha de festividad
Colonia Morelos (Pie de Vaca), Tepexi	3 de enero
Huatlatlauca	8 de enero
Agua Santana	12 de enero
Barrio de San Sebastián, Tepexi	20 de enero
Tepexi de Rodríguez	Primer viernes de cuaresma
Almolonga, Todos Santos	Segundo viernes de cuaresma
Huajoyuca	Tercer viernes de cuaresma
Santa Inés Ahuatempan	20 de abril
Zacapala	Cuarto viernes de cuaresma
Huejónapan	Quinto viernes de cuaresma
Barrio de San Vicente, Tepexi	5 de abril
Barrio de San Pedro, Tepexi	29 de abril
Tula	3 de Mayo
Cuatro Rayas	20 de Mayo
San Juan Ixcaquixtla	24 de junio
Barrio de Santo Domingo de Guzmán, santo de la parroquia	4 de agosto
Molcaxac	15 de agosto
Tula	20 de noviembre
Plaza del Moralillo	12 de diciembre

Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo.

A pesar del grado de marginación y la lejanía de dos horas desde la ciudad de Puebla, existen atractivos naturales y culturales en la zona de estudio que son apreciados por la población urbana nacional e internacional.

Cuadro 78. Festividades relacionadas con la actividad agropecuaria.

Festividad	Fecha
Cristo Rey, bendición de productos agrícolas y de animales.	17 de enero
Bendición de semillas, la Candelaria	2 de febrero
San Isidro Labrador, festividad para pedir cosecha.	21 de marzo
Pedimento de lluvia, llevan al señor de Huajoyuca al campo.	Durante mayo, junio
Día de San Miguel, bendición de la milpa.	29 de septiembre
Día de Todos los Santos, ofrenda de las buenas cosechas.	2 de noviembre

Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo.

De igual manera, a nivel local, son las ferias (festividades religiosas) los atractivos de zonas cercanas.

5.7.3. Objetivos estratégicos

De acuerdo a los problemas detectados, relacionados con pérdida de transmisión formal del conocimiento de medicina tradicional, y la cada vez menor demanda por este servicio, lo que acontece a medida que las poblaciones son más urbanas, se plantea que los objetivos estratégicos deberían ser:

- Profesionalizar los servicios de la medicina tradicional basada en el conocimiento indígena a fin de que llegue a ofrecerse un servicio confiable y complementario al que se ofrece en el hospital regional y los servicios privadas ya existentes en la región.
- Incrementar de la demanda por este tipo de servicio mediante su promoción en el ámbito rural y urbano y la creación de espacios de salud privados, que combinen las diferentes opciones de salud que se ha tratado en este trabajo.

Los componentes de una estrategia con estos objetivos deberán estar orientados a la formación de recursos humanos locales, al fortalecimiento de los mercados locales de salud, la trasmisión de conocimientos tradicionales y la creación de espacios para la práctica de la medicina tradicional y la convencional, o alópata. Esto debiera conducir a la creación de empleos, el fortalecimiento de la estrategia del hogar en cuestión de salud y al incremento del bienestar de la población y desarrollo social.

5.7.4. Justificación de la estrategia: índice de dependencia

El grado de dependencia externa se calculó a partir del número de personas que consumen el servicio fuera de la zona de estudio. El curandero tiene un 13% de dependencia externa mientras que el huesero es del 42%; dado que el servicio de naturista no se encuentra en la zona, su dependencia es total. Respecto al médico privado, la dependencia externa es de sólo 8% (cuadro 79)

Cuadro 79. Dependencia externa en términos de salud.										
Consulta y uso promedio por consumidores del servicio de cada comunidad (consultas/uso promedio, porcentaje de la comunidad que consume el servicio)										
Localidad	Curandero			Huesero			Médico privado			Naturista
	X/año	Índice consumo	Depend. externa %	X/año	Índice consumo	Depend. externa %	X/año	Índice consumo	Depend. externa %	Depend. externa %
1	1.33	0.35	12	0.247	0.18	18	2.25	1.17	12	100
2	1.80	0.47	17	0.446	0.25	30	3.25	2.31	14	100
3	2.00	0.80	15	0.303	0.22	55	5.27	3.85	10	100
4	3.00	1.41	19	0.238	0.21	59	3.27	3.11	8	100
5	2.33	0.77	8	0.506	0.45	50	2.66	1.33	4	100
6	1.16	0.41	9	0.335	0.34	53	2.16	0.76	0	100
Total	1.94	0.64	13	0.32	0.27	42	3.14	1.98	8	100
Dependencia externa: es el porcentaje de consultas fuera de la región de estudio										
Índice de consumo: es el resultado de multiplicar el porcentaje de población que consume el servicio por el número de consultas promedio de esa población consumidora del servicio.										

Fuente: Elaboración propia

El objetivo principal de la intervención propuesta es mejorar la calidad de vida y bienestar al fortalecer la estrategia de salud de los hogares e incrementar el mercado local de medicina tradicional indígena a partir de la profesionalización del servicio con el enfoque de complementariedad entre las diferentes opciones de medicinas. La complementariedad se aplica en las estrategias de vida en salud desde los hogares.

La estrategia se basa en integrar los productos y servicios que se consumen y se paga por ellos: huesero, curandero, plantas medicinales y a este conjunto se le incorpore la oferta de medicina natural que se consume en la zona metropolitana. Los resultados muestran que la concepción de medicina natural en la población de estudio se centra en el uso de plantas medicinales, medicina sin químicos, las caseras. La población mencionó que las terapias dentro de la medicina natural son, en orden de importancia: plantas medicinales, masajes, ventosas, medicina casera, yoga, temazcal, herbolaria. Mencionaron en un 78.5% que si existe necesidad de capacitación en medicina natural ya que se generaría recurso humano especializado en ésta área de conocimiento, se aprovecha el conocimiento de las plantas medicinales además de ser un apoyo a la salud de la población, se aprovechan los

recursos naturales de la región, se considera una opción adicional para curar a la gente y es más sana.

La opción tradicional deberá complementarse con las opciones de medicina natural que se demandan en la zona metropolitana. Para ello, se aplicaron encuestas a 30 pacientes urbanos que se atienden en la Universidad de Chapingo para conocer la motivación, las enfermedades que tratan, la razón de preferir esta opción de salud entre otras cosas. Las principales enfermedades que atienden son osteo-musculares, crónico-degenerativas, obesidad entre otras. También es importante mencionar que en general son personas mayores de edad, en un 76% del sexo femenino, y la combinación de terapias ha sido de herbolaria y acupuntura. Los entrevistados comentan que recomiendan ampliamente la instalación de consultas en las zonas rurales.

En general los entrevistados han tenido muy buenos resultados al atender sus padecimientos. En los resultados, se confirma lo planteado en el marco teórico, si los pacientes no encuentran cura en la medicina alópata u ortodoxa, entonces tienden a incrementar su búsqueda en la medicina alternativa, el 80% de los entrevistados comentaron haber buscado respuesta en la medicina alópata en primer lugar. Consumen servicios y productos de medicina alternativa debido a que, después de consumir alta cantidad de medicamentos buscan evitar los efectos secundarios. El 50% de los pacientes entrevistados mencionaron haber consumido medicamentos alópatas y haber sentido efectos secundarios en dolor de estómago, mareos, dolor de riñones, hinchazón y ello los motivó a buscar la opción de medicina natural. El 40% que tiene más de un año atendiéndose con medicina natural comentan que al principio no sabían cuáles serían los resultados; sin embargo, aprendieron las terapias, productos y padecimientos que se tratan y ahora ese 40% recomienda las terapias en Universidad de Salud Natural Chapingo con un alto grado de creencia.

El 90% de los entrevistados externaron sentir insatisfacción con la medicina alópata al no encontrar respuesta a sus padecimientos. Ese 90% de entrevistados probaron una parte de las terapias de medicina natural y al encontrar resultados positivos, se convirtieron en consumidores recurrentes de esta opción de medicina. El 95% aseveró que no le comentan al médico alópata que asisten a terapias de

medicina alternativa ya que son regañados por este hecho. Esto señala una grave falta de comunicación entre médico y terapeutas sobre el estado de salud del paciente.

Los entrevistados, también comentaron buscar esta alternativa de salud ya que se requiere de lo natural en una sociedad moderna con altos niveles de estrés y mucha enfermedad. Les gusta asistir a las terapias en la universidad por qué se sienten en contacto con la naturaleza ya que tiene muchos árboles y en libertad por la extensión de terreno y paisajes que tiene esta infraestructura.

Con ello se obtiene la oferta integral que fortalecerá al Sector de Bienestar Individual Tradicional (SBIT) que complementa a la medicina alópata (SBIO) y se fortalece la salud en la zona de estudio, principalmente de las familias más vulnerables. A este servicio integral se le nomina Sistema de Bienestar Individual de Salud y el profesional deberá denominarse Médico Naturópata y Tradicional. Con esto se llega al modelo de combinación de servicios y productos, mismos que es la oferta básica para generar profesionales en naturopatía tradicional.

Para sustentar lo anterior desde el punto de vista de los terapeutas, se aplicaron entrevistas a 20 terapeutas que dan consulta a la población. Los terapeutas en su conjunto mencionaron las terapias pertenecientes a la medicina complementaria: iridología, acupuntura, apiterapia, electroacupuntura, herbolaria, biomagnetismo, aromaterapia, flores de Bach, quiropráctica, osteopatía, productos naturistas, masoterapia, terapia neural, auriculoterapia, reiki, jugoterapia, hidroterapia, entre otras. En promedio le dedican de 45 minutos a 1 hora por sesión en la atención al paciente que inicia con un interrogatorio y diagnóstico de acuerdo a la terapia que será aplicada. Esta capacitación se obtuvo durante sus estudios en los diplomados de la Universidad de Salud Natural Chapingo. El terapeuta combina hasta 4 diferentes terapias en cada consulta con base en el padecimiento. Los entrevistados manifiestan que requieren dar al paciente al menos 10 sesiones en general una ocasión por semana. El número de personas varía de 1 a 15 pacientes por semana de acuerdo a la experiencia y el tiempo de ser terapeutas. También es importante mencionar que el 50% de los entrevistados no cuentan con un consultorio establecido y visitan a las casas de los pacientes.

De acuerdo a las diversas opiniones de los terapeutas, las diferencias con el médico alópata las expresaron de la siguiente manera: “curo sin utilizar medicamentos de patente”, “le doy mejor atención al paciente”, “me comporto más humano que el médico”, “lo que nosotros hacemos es natural, sin efectos secundarios”, “se brinda apoyo holístico”, “los conocimientos de un médico son diferentes”, “tratamientos no invasivos, holísticos e integrales”, “no podemos hacer todo lo que el médico hace”, “solo damos sustancias naturales”, “mayor humanismo hacia el paciente”, “yo doy una terapia alternativa”.

Los padecimientos atendidos con mayor regularidad son los relacionados con el estrés, la obesidad, osteomusculares como lumbalgia, hemiplejia, artritis. Atienden principalmente enfermedades crónico-degenerativas. El problema de gastritis es de los más comunes así como problemas gastrointestinales en general. De igual manera los problemas emocionales se atienden regularmente. La acupuntura corrige las parálisis faciales con eficacia. De igual manera, la acupuntura es eficaz en la rehabilitación de pacientes después de accidentes cerebro-vasculares.

Todos los terapeutas mencionan que han corregido o mejorado los problemas de sus pacientes; se han capacitado en la Universidad de Chapingo y requieren conocer al igual que las demás terapias que existen en medicina natural para hacer su trabajo de mejor manera. Los que han dado consulta en las zonas rurales, mencionan que la gente cree mucho en la herbolaria, por lo tanto, es un conocimiento que todo terapeuta requiere. Los terapeutas entrevistados en Chapingo recomiendan que se pueden ofrecer las terapias en zonas rurales y se requiere establecer en zonas accesibles y céntricas, horarios flexibles, personal capacitado, establecimiento de temazcal, módulos de medicina de una forma integral, dar a conocer los beneficios que proporciona, consulta de la Universidad en zonas rurales para que los alumnos puedan hacer práctica clínica, infraestructura de consultorio, material adecuado, estar en coordinación con autoridades e iglesias, difusión en la población, ofrecer consultas en grupos para dar a conocer los servicios, bajo costo y unidades móviles.

La fase más importante de la estrategia en la zona es la capacitación profesional, misma que deberá enfocarse al conocimiento y uso de plantas aplicado a curar las enfermedades con atención especial a las crónico-degenerativas. El 61.5% de la

población se consultaría con los capacitados en la región de estudio. El 71% de los entrevistados comentan que si es factible la oferta de estos servicios de medicina natural a la población urbana. Los terapeutas mencionaron “es muy importante que las personas que atiendan estén muy bien capacitadas para que logren resultados positivos y le den confianza al paciente”

Existen características de la zonas rural de estudio que hacen factible generar actividades para la salud integral, tales como actividades al aire libre, esparcimiento, turismo de salud, aplicación de medicina tradicional milenaria entre otras. Ello es una oportunidad de desarrollo para las comunidades. Dichas actividades ya existen con la medicina tradicional y en un proceso evolutivo se ofrecen terapias alternativas a población urbana a través de profesionales.

Con el modelo generado anteriormente del Sistema de Bienestar Individual de Salud, será necesario implementarlo y con ello promoverlo para incrementar la demanda local y externa con rumbo a posicionar a la zona de estudio como el centro profesionalizado de medicina natural de la región Mixteca. Ello implica capacitar en la temática referente a la medicina natural y al mismo tiempo en los servicios empresariales para satisfacer exitosamente a los consumidores del mercado urbano. De igual manera se requiere mejorar la infraestructura de comunicación entre la ciudad de Puebla y la zona de estudio para permitir el traslado cómodo y rápido. Ello se sustenta con las siguientes acciones:

Infraestructura. Construir la carretera Tepexi-Puebla a cuatro carriles en línea recta para incrementar la competitividad y el mercado.

- 1) Empresas locales: Generar una incubadora de empresas que brinde servicios a los emprendedores de este concepto profesionalizado.
- 2) Recursos humanos locales. Capacitación universitaria en materia de medicina tradicional y naturopatía, además de generar un inventario del recurso humano en la zona y organizar una bolsa de trabajo.
- 3) Modelo de atención al paciente. Mejorar la infraestructura en que el curandero ofrece sus servicios
- 4) Respaldo institucional. Gestionar el respaldo legal de la actividad en el entorno rural. Programa de profesionalización de la medicina tradicional indígena.

- 5) Agentes de cambio locales: promover la participación activa de autoridades locales, universidades, agencias de desarrollo y otros actores que puedan actuar como agentes de cambio.
- 6) Lógica de desarrollo: aprender al hacer. La originalidad de las experiencias locales muestran la fortaleza que ya tienen los procesos endógenos.

5.7.5 Profesionalización de nuevos prestadores de servicios de salud

El enfoque del Sistema de Bienestar Individual de Salud requiere de nuevos prestadores de servicio, mismos que deberán integrar la medicina tradicional indígena con las medicinas complementarias legalmente reconocidas que son herbolaria, acupuntura y homeopatía; por ello deberán tener capacitación integral. Para determinar los elementos que debe contener la capacitación, se hace un análisis de los elementos de conocimiento que tiene cada componente del SBIS y al final se integran las áreas del conocimiento.

5.7.5.1 Medicina Tradicional

La Medicina Tradicional Indígena es aquel conjunto de sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en los profundos conocimientos de salud y enfermedad de las distintas poblaciones indígenas y rurales de México, con base en lo acumulado por el conocimiento tradicional (López y Teodoro, 2006). Dentro de este tipo de medicina se encuentran: curanderos (Hierberos), hueseros, parteras.

Los curanderos son aquellas personas que se le atribuye la capacidad de curación, de acuerdo al conocimiento tradicional con el que cuenta. Se han encontrado presentes en la vida de la sociedad desde hace mucho tiempo, ahora prevalecen en los pueblos donde la medicina alópata no ha podido llegar o no cuenta con tecnología suficiente para tratar algunas dolencias (Milmaniene, 2011).

El conocimiento tradicional, que predomina en las zonas rurales, hace que las personas que radican ahí, visiten a los curanderos para mejorar sus dolencias. El curandero debe hacer un dialogo con el paciente para conocer la naturaleza de su dolencia, aunque las consultas son más largas y personalizadas, ayudan a fortalecer

las defensas del paciente, a bajar su estrés, armonizar su energía, hacer oraciones, danzas y ritos para eliminar el mal del paciente (De Biase, 2010).

El área de conocimiento que necesita el curandero es: 1) Biología; 2) Patología; 3) Iridología; 4) Botánica, botánica sistemática, etnobotánica; 5) Farmacología; 6) Fitoquímicos; 7) Fitoterapia; 8) Elaboración de productos naturistas; 9) Etnomedicina. Los curanderos tratan afecciones físicas y mentales principalmente culturales como: susto, mal aire, empacho, caída de vejiga, caída de mollera, recogida de ombligo, dolores de cabeza, depresiones, dolores de espalda, estrés, entre otras dolencias.

El Huesero se basa en que el sistema osteomuscular funcione de forma correcta tanto en huesos como músculos ya que cualquier problema genera dolor (Janse, 1976). Es así como hace un diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos del sistema neuromusculoesquelético y los efectos que pueden traer. Por ello esta terapia se basa en la manipulación o el ajuste de las articulaciones y se centra en las contracturas y subluxaciones (Gatterman, 1990). El huesero da tratamiento neuromusculoesquelético sin medicamentos ni cirugía, arreglan las anomalías mecánicas del cuerpo humano, lo que se denomina subluxación (Coulter, 1997).

El área de conocimiento del huesero es: 1) anatomía; 2) reflexología; 3) fisiología; 4) fisioterapia; 5) etnomedicina. Las afecciones en general, que trata el huesero son Luxaciones, subluxaciones, desordenes biomecánicos, problemas músculo esqueléticos.

Las parteras existen desde hace mucho tiempo. La ocupación de estas personas, sobre todo mujeres, era de recibir los partos de parte de la población. Sus habilidades las adquirieron del conocimiento tradicional, prestaban los primeros cuidados para el recién nacido y la madre (Menéndez, 1981). Las parteras deben conocer las siguientes áreas del conocimiento: 1) anatomía; 2) fisiología; 3) farmacología; 4) ginecología; 5) urgencias médicas. Las afecciones que tratan son embarazos, partos, afecciones de la mujer.

5.7.5.2 Medicinas complementarias

Las medicinas complementarias que reconoce la Legislación mexicana a través de la Ley General de Salud (LGS) son: La herbolaria, acupuntura y la homeopatía. En el caso de la Herbolaria, se reconoce en el artículo 224-III de la LGS, donde expresa que son “los productos elaborados con material vegetal o algún derivado de éste, cuyo ingrediente principal es la parte aérea o subterránea de una planta o extractos y tinturas, así como jugos, resinas, aceites grasos y esenciales, presentados en forma farmacéutica, cuya eficacia terapéutica y seguridad ha sido confirmada científicamente en la literatura nacional o internacional”.

Dentro de la herbolaria se encuentran los suplementos alimenticios, producto para añadir en la dieta total de la persona que puede contener vitaminas, minerales, hierbas, aminoácidos, metabolitos y/o cualquier combinación de estos ingredientes (Williams, 2002). Este suplemento debe tener las características necesarias para que al momento de la ingestión en las cantidades recomendadas, no cause problemas de intolerancia o mala absorción. Además, sus propiedades deben facilitar su estabilidad y durabilidad por un periodo suficiente para su consumo (Naranjo et al., 1986).

Las características de los suplementos alimenticios son las siguientes (Rosado et al., 1999): Deben aportar los nutrientes necesarios a las necesidades de la población; Sus ingredientes seleccionados deben ser de fácil adquisición y de bajo costo; Su proceso de elaboración debe ser sencillo y de bajo costo; El sabor debe ser agradable para estimular su consumo; La forma final de los suplementos debe ser práctica para facilitar su consumo y distribución; La presentación y empaque de los productos deben ser atractivos y deberán permitir la conservación.

Las áreas de conocimiento de acuerdo al curso de Herbolaria Medicinal (2013) de la Universidad Autónoma Chapingo para la herbolaria son: 1) botánica; 2) herbolaria; 3) fitoterapia por órganos y sistemas; 4) agronomía; 5) biología; 6) química; 7) biomedicina; 8) etnomedicina.

La homeopatía se encuentra también en la LGS, específicamente en artículo 224-II, donde expresa que es “Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio y que sea elaborado de acuerdo con los procedimientos de fabricación descritos en la Farmacopea Homeopática de los Estados Unidos Mexicanos, en las de otros países u otras fuentes de información científica nacional e internacional...”. Las áreas del conocimiento para la homeopatía de acuerdo al plan de estudios del Instituto Politécnico Nacional (2003) son: 1) biología; 2) química; 3) biomedicina; 4) microbiología; 5) farmacología; 6) homeopatía.

La acupuntura se especifica en la Norma Mexicana que corresponde a la NOM-172-SSA1-1998, la define como el “...método clínico terapéutico no medicamentoso, que consiste en la introducción en el cuerpo humano de agujas metálicas esterilizadas, que funge como auxiliar en el tratamiento médico general”. Las áreas de conocimiento de acuerdo al plan de estudios de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE) de la licenciatura en Acupuntura Humana y Rehabilitatoria (2012) son: 1) anatomía; 2) bioquímica; 3) histología; 4) medicina tradicional china; 5) clínica.

5.7.5.3 Terapias no mencionadas en la legislación mexicana

Estas terapias son aquellas que proceden de prácticas antiguas y culturales de sanación, comúnmente de oriente y occidente del mundo, al igual no se encuentran dentro de las prácticas médicas de la medicina alópata (Eisenber, 1993). Al igual, estas terapias se les reconocen como alternativas, ya que hace algunos años no se enseñaban en la medicina ni reportadas en revistas científicas, ahora se han utilizado cada vez más como tratamiento para dolencias no graves (Gordon, 1997). Las terapias alternativas están identificadas por la Secretaría de Salud en México y se clasifican por su cosmovisión (ver anexo 2).

Se ha acuñado el término de medicina complementaria, y hace referencia a que las terapias naturales se complementan con la medicina alópata, es así como los pacientes deben de ver a su médico convencional y acompañar su tratamiento con

alguna terapia natural para reforzar su tratamiento (Fisher, 1994). Las terapias alternativas buscan regresar ese equilibrio en el ser humano y efectúa una terapia de forma integral (Padilla, 1999). Las áreas de conocimiento de estas terapias son: 1) anatomía; 2) fisiología; 3) técnicas complementarias. La población con afecciones o dolencias las utilizan como parte de sus terapias para mejorar su salud.

Finalmente se requieren conocimientos generales de medicina alopática para tener una buena comunicación y coordinación en pro de la salud del paciente.

5.7.5.4 Medicina Alópata

La medicina alopática también es reconocida por la LGS en el artículo 224-I, la cual indica que es “Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas, y se encuentre registrado en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos para medicamentos alopáticos”.

Las áreas de conocimiento para esta medicina, de acuerdo al plan de estudio de la Universidad Nacional Autónoma de México (2010), son: 1) anatomía; 2) cardiología; 3) psiquiatría; 4) patología; 5) farmacología; 6) urgencias médicas; 7) neurología; 8) oftalmología; 9) ginecología; 10) medicina general.

A partir del análisis anterior se generan los elementos necesarios de los nuevos prestadores de servicios de salud con el enfoque del Sistema de Bienestar Individual de Salud. Se hizo revisión a nivel internacional, en donde se analizaron más de 100 licenciaturas relacionadas con la salud natural de España, Argentina, Chile, México, Costa Rica, Cuba, entre otras. Durante el análisis de dichas licenciaturas, se detectaron como áreas de conocimiento comunes: 1) áreas básicas de la salud; 2) áreas básicas en materia biológica; 3) herbolaria y botánica; 4) áreas de tratamiento y manipulación corporal; 5) áreas de capacidades integrales.

5.7.5.5 Áreas del conocimiento para el SBIS

Dentro del conglomerado de áreas de conocimiento que se mostraron para las distintas terapias alternativas y de la medicina alópata, se necesita que el profesional de la salud maneje las siguientes áreas de conocimiento:

Cuadro 80. Áreas del conocimiento necesarias para prestador de servicios de salud bajo el SBIS

Bases de Medicina	Área Biológica	Medicina tradicional y complementaria	Otros conocimientos
Patología	Agronomía	Biomedicina	Interculturalidad
Farmacología	Biología, histología	Medicina Tradicional	Técnicas complementarias
Medicina alópata general	Botánica, botánica sistemática, etnobotánica	Fisioterapia	Etnomedicina
Enfermedades crónico-degenerativas	Bioquímica	Fitoterapia por órganos y sistemas	Urgencias médicas
	Anatomía	Homeopatía	Psicología
	Fisiología	Medicina Tradicional China	Investigación científica
		Clínica	

El cuadro 80 muestra los elementos que deberá tener el nuevo prestador de servicio de salud dentro del enfoque del Sistema de Bienestar Individual de Salud.

Para rescatar y revalorar el conocimiento tradicional de la región se requiere el establecimiento de un centro de investigación local que interactúe con las instituciones de educación.

CONCLUSIONES

En relación al tema central de la investigación, podemos concluir que el llamado Sistema de Bienestar Individual de Salud, entendido como el conjunto de opciones y acciones disponibles para atender las cuestiones relacionadas con la salud y el bienestar, representa una alternativa que contribuye al desarrollo endógeno de la región estudiada. Que existe una considerable riqueza local en términos de conocimientos y experiencias que contribuyen a una vida saludable y que la mayor parte de los habitantes hacen uso de esos conocimientos.

Que los servicios ofrecidos en base al conocimiento local, han mostrado tener un nivel aceptable en términos de sus aportes y resultados en la atención a la salud y lo más importante, que es posible mejorar la calidad y eficiencia de los mismos.

Fue posible describir los elementos del Sistema de Bienestar Individual de Salud (SBIS) en la zona de Tepexi de Rodríguez, Puebla. Se encontró un patrón de estrategias que los integrantes de las unidades familiares articulan para atender su salud combinando recursos y conocimientos alópatas y tradicionales. Ello ha contribuido a que la población ejerza sus funciones normalmente, tanto físicas como emocionales. Se configuró el SBIS integrado por dos subsistemas, el Subsistema de Bienestar Individual Tradicional de Salud (SBITS) y el Subsistema de Bienestar Individual Alópata de Salud (SBIAS).

El SBITS incluye recursos, conocimientos y servicios terapéuticos tradicionales; esto es, remedios caseros, uso de plantas medicinales vivas y secas, servicios de terapeutas tradicionales como curanderos y hueseros. De estos elementos del subsistema, los de mayor uso son las plantas medicinales vivas, que son empleadas por 82% de la población y el servicio del huesero (83%). A mayor grado de ruralidad, mayor es el consumo de productos y servicios de los remedios caseros y del huesero. El consumo de opciones tradicionales de salud está generalizado en todas las

comunidades. El menor consumo proporcional de la población le corresponde al curandero.

El Subsistema de Bienestar Individual Alópata, se compone de los recursos y conocimientos que los integrantes de las unidades familiares consiguen vía farmacias, médicos particulares y a través del sistema oficial de salud. De los recursos del subsistema, el más importante es el botiquín, que existe en 79.2% de las unidades familiares; el Hospital IMSS Oportunidades es la opción alópata más importante, a la que recurren 65% de los entrevistados; los medicamentos de farmacia alopática son consumidos por 63% y la asistencia al médico privado fue reportada por 60% de la población.

El uso de la medicina tradicional, en combinación con los servicios alópatas oficiales y privados, es una estrategia que consigue minimizar costos, pues varios de los elementos de la medicina tradicional se consiguen en áreas silvestres o en mercados locales, a precios bajos. Además, el conocimiento tradicional, medido por el Índice de Bienestar Individual Cultural, tiene más peso en el cuidado de la salud, que las opciones oficiales alópatas.

Respecto a la hipótesis de la complementariedad de la medicina tradicional con la alópata, se encontró impacto positivo en la reducción de gastos de salud. La atención en casa es la estrategia considerada como “muy barata”, calificada así por 61.5% de los entrevistados. Las afecciones que se tratan en casa son: respiratorias (fiebre, tos y gripa) 64%; heridas y contusiones, 13%; enfermedades de filiación cultural, 11%; gastrointestinales, 10%. El Hospital IMSS Oportunidades es considerado como “barato” por 19.2% de la población; el médico particular se aprecia como “muy caro” por 56.2% de los entrevistados. Así, las formas tradicionales de atención a la salud, por su bajo costo, son a las que se recurre primero; además de la importancia cultural que tienen en el contexto de una zona rural como la de Tepexi de Rodríguez.

Respecto a la estrategia en el hogar, la opción de atención en casa es la primera opción de atención de salud. Para casos complicados se acude al Hospital IMSS Oportunidades, que atiende de manera gratuita, con un exceso de consultas por día (33) comparado con el rango óptimo recomendable (16-25).

La decisión de atención con medicina alópata oficial o con opciones de salud tradicional está en función de varios factores. Quienes buscan atención en el Hospital IMSS, consideran el tiempo de traslado durante el día y la noche (lo que implica gastos de traslado); asimismo, son familias con ingresos bajos (2,804 pesos mensuales en promedio) y pertenecen a localidades con mayor índice de ruralidad.

Por otra parte, quienes se atienden con terapeutas tradicionales, además de considerar los tiempos de traslado al Hospital IMSS, tienen la percepción de que es caro tratarse en el hospital y muestran mayor confianza en terapeutas como el curandero. Este sector de la población dispone de ingresos mayores, por ello, pueden consultar a un naturista o un huesero, ya que buscar estas opciones de salud, representa salir de la comunidad (a Tepeaca o Huixcolotla, Puebla), lo que aumenta el costo del cuidado de la salud.

Los factores que explican la estrategia del hogar son 1) tiempo de traslado al hospital IMSS, 2) nivel de ruralidad, 3) confianza en el médico IMSS, 4) confianza en la opción de consumo, 5) calidad de atención, 6) ingreso, 7) percepción del costo de la opción, 8) gasto mínimo para curar a un familiar, 9) tiempo sin ceder los síntomas para atender al paciente.

En la estrategia del hogar respecto a la salud, el complemento de la medicina tradicional con la alópata, permite recuperar la salud con conocimientos tradicionales y recursos locales, ya que las opciones no son excluyentes entre sí; es decir, quienes han ido con un huesero o curandero, también se han consultado en el hospital o han recurrido a la opción de atención en casa. El papel de la cosmovisión es muy importante en la configuración de los esquemas complementarios de salud.

Existe un mercado básico de servicios de medicina tradicional que sustenta la actividad a nivel local. En la zona de estudio, el valor del mercado anual del Subsistema de Bienestar Individual Tradicional de Salud, es de \$751,885 pesos, mientras que el valor del mercado de la medicina privada es de \$1'455,751 pesos. Aunque representa mayor monto el mercado alópata, el sistema tradicional minimiza el gasto del hogar, al tener las posibilidades desde casa y buscar las opciones de recuperar la salud. El valor del mercado tradicional respalda la existencia y profesionalización de 22 terapeutas tradicionales con ingreso económico promedio de la región y que manejen las opciones tradicionales de manera integral: plantas vivas, plantas secas, huesero, curandero.

A partir de esta información se justifica el fortalecimiento, en primer término de la medicina tradicional y en segundo el de las medicinas complementarias. El papel de la medicina tradicional dentro del Sistema de Bienestar Individual de Salud es el inicio de la apertura respecto a las medicinas complementarias, por tanto, el papel que debe jugar es rescatar el conocimiento y prácticas tradicionales, posicionarse como una medicina eficaz y segura, fortalecer a la medicina no ortodoxa mediante la profesionalización y validar el conocimiento con el método científico a partir de investigación. Con ello se legitiman las terapias del SBIS para aplicarse en las zonas rurales principalmente y urbanas en segundo término.

La profesionalización propuesta debe dirigirse a incrementar la calidad de los servicios que ofrecen, generar un nuevo mercado laboral y de capacitación, contribuir al rescate y conservación de conocimientos tradicionales, y sustentar prácticas tradicionales que forman parte del sistema de salud.

El requisito para que la medicina tradicional y complementaria juegue el papel de incremento de cobertura médica y generación de empleos apegados a la eficacia y seguridad del paciente es que se generen los planes de estudio a nivel de carreras

técnicas y licenciatura que respalden la actividad de medicina tradicional y medicinas complementarias.

El papel que deberá jugar la medicina tradicional bajo el enfoque del SBIS es: 1) Ofrecer servicios de salud de medicina tradicional y medicinas complementarias para fortalecer la interculturalidad e incrementar la cobertura; 2) desarrollar la enseñanza de medicina tradicional y complementaria y 3) hacer investigación en salud respecto a dichas medicinas.

Se hace imprescindible capacitar al futuro profesional en salud natural con los elementos básicos en las diversas áreas de conocimiento referentes a la medicina general para posteriormente tomar un enfoque en medicina natural, y lograr una formación integral que le permita al técnico y licenciado en Medicina Tradicional y medicinas complementarias desarrollar conocimientos, habilidades, capacidades y competencias que lo diferencien en el ámbito profesional y sea capaz de colaborar en la mejora de salud de la población que requiera de la atención terapéutica.

Se hace necesario realizar más investigaciones integrales en otras regiones del país debido a que estudios integrales, como la presente tesis en zonas rurales, son prácticamente nulos. En el estado de Puebla existen las unidades de medicina tradicional de la secretaría de salud, primer paso para el sistema integrado. El segundo paso será la profesionalización a través de registros de validez oficial de estudio de la Secretaría de Educación Pública. El objetivo sustancial deberá ser la promoción del sistema integrado en zonas rurales y urbanas.

Referencias Bibliográficas

1. Alinovi, L., Mane, E., y Romano, D., (2008). "Towards the Measurement of household resilience to food insecurity: applying a model to palestinian household data". En Sibrian, R., (ed.). *Deriving Food Security Information From National Household Budget Surveys. Experiences, Achievement, Challenges*. FAO. Rome: 137-52. Extraído el: 15 de agosto 2013. URL:<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/011/i0430e/i0430e.pdf>
2. Almeida, A., Chávez, D., Rodríguez, V., Passini, A. y Morales, S. (2005). Pharmaceutical care in phytotherapy: a tool to promote the education and to increase the interest on phytomedicine. En "Revista Cubana Plantas Medicinales". Vol. 10 Número especial.
3. Altieri, M. y Nicholls, C. (2000). "Agroecología: teoría y práctica para una agricultura sustentable". 1a edición Serie Textos Básicos para la Formación Ambiental, Primera edición. Obtenido el 12 de julio 2013. URL: [http://www.agro.unc.edu.ar/~biblio/AGROECOLOGIA2\[1\].pdf](http://www.agro.unc.edu.ar/~biblio/AGROECOLOGIA2[1].pdf)
4. Amorós, S., Ferrer, F., Salavert, V., López, R.. (2002). Difteria y médicos españoles del renacimiento. En "Acta otorrinolaringol". Vol. 53. Pp. 146-150.
5. Annan, K. y Peter J. (2007). "Antibacterial, Antioxidant and Fibroblast Growth Stimulation of Aqueous Extracts of *Ficus asperifolia* Miq. and *Gossypium arboreum* L., Wound-healing Plants of Ghana". En *Journal of Ethnopharmacology*". Vol. 119, Pp. 141-144.
6. Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. En "Revista latinoamericana de psicología". Vol. 35, N° 2. Pp. 161-164. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia.
7. Argueta, A., Cano, L. y Rodarte, M. (Coords.). (1994). "Atlas de las plantas de la medicina tradicional Mexicana". Instituto Nacional Indigenista. México.
8. Aristóteles. (1983 [1098]). "La ética nicomaquea". Editorial Sepan Cuantos. Distrito Federal, México.
9. Arita, W. y Yasuko, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. En "Psicología y salud." Enero-Junio, Vol. 15, N° 1. Pp. 121-126. Universidad Veracruzana. Veracruz, México.
10. Arredondo, A., Orozco, E., Hernández, C. y Álvarez, C. (2010). Estrategias de reforma y protección social en salud en México, segunda parte: efectos sobre equidad, eficiencia, cobertura y condiciones de salud. En "Cuadernos médicos sociales". Vol. 50, Núm. 4. Pp. 263-277.
11. Asimov, I. (1967) "El imperio romano" Alianza Editorial, Madrid, España.

12. Astudillo, F. (2000). Derechos de propiedad intelectual de las comunidades indígenas sobre los conocimientos tradicionales asociados a los recursos biológicos. En Palacios, M. y Antequera, R. "Propiedad intelectual. Temas relevantes en el escenario internacional". Secretaría de Integración Económica de Centroamérica. Pp. 283-302.
13. Baer, H. (2006). The drive for legitimation in Australian naturopathy: Successes and dilemmas, En "Social science & medicine", Vol. 63, No 7, Pp. 1771-1783.
14. Banco Mundial. (1990). "World development report 1990: poverty". Washington Estados Unidos.
15. Bandura, A. (1997). "Self-efficacy. The exercise of control". W. H. Freeman and Co. Nueva York, Estados Unidos.
16. Barcala, A. y Stolkiner, A. (2009). Estrategias de Cuidados de la salud en hogares con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso. En "Libro: Jornadas Gino Germani. IIFCS", Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.
17. Berlin, B., Breedlove, D. y Raven, P. (1973). General principles of classification and nomenclature in folk biology. En "American Anthropologist". Núm. 75. Pp. 214-242.
18. Berumen E. (2004). "La Mixteca: Aspectos socio económicos y propuestas de acción para su crecimiento y desarrollo". Eumed.net. Huajuapán de León.
19. Bhuiya A. (2001). Micro-credit and emotional well-being: experience of poor rural women from Matlab, Bangladesh. En "World development", Vol. 29, No 11, pp. 1957-1966.
20. Bishaw, M (1991). "Promoting traditional medicine in Ethiopia: A brief historical review of government policy" En Social science & medicine, Vol. 33, No 2, pp. 193-200.
21. Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. En "Psicothema". Vol. 17, N° 4. Pp. 582-589.
22. Bonfil, G. (1989). La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. En "Revista de la Cooperación Internacional en Áreas Indígenas de América Latina". Vol. 5, Núm. 10. Pp. 5-35.
23. Bonkougou, E. (2000). "Biodiversity in drylands: Challenges and opportunities for conservation and sustainable use", The World Conservation Union, The Global Drylands Partnership CIDA UNSO UNDP/GEF IIED IUCN WWF NEF. Washington, D.C. www.energyandenvironment.undp.org/

24. Bunge, M. (1983). "La investigación científica". Editorial Ariel. Barcelona, España.
25. Campos, I. (2005). Atención a la salud reproductiva en IMSS-Oportunidades. En Elu, M. y Santos, E. (Edit.). "Migración interna en México y salud reproductiva". Fondo de Población de las Naciones Unidas-CONAPO, Pp. 121-126. México.
26. Campos, R., Ruiz, A. y Zuñiga, J. (1982). La automedicación en indígenas y mestizos: el caso de Tenejapa, Chiapas. En "Estudios de cultura maya". Vol. 14. Pp. 311-322.
27. Canales, M., Hernández, T., Caballero, J., Romo de Vivar, R., Durán, A., y Lira, R. (2006). Análisis cuantitativo del conocimiento tradicional de las plantas medicinales en San Rafael Coxcatlán, Valle de Tehuacán-Cuicatlán, Puebla, México. En "Acta Botánica Mexicana". Vol. 75. Pp. 21-43.
28. Cancino, J. (2001). "Botánica económica de cuatro especies de San Juan Ixcaquixtla, Mixteca Poblana". Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma Chapingo. Estado de México, México.
29. Cardoso, A., Pascual, R., Serrano, C. y Huicochea, L. (2008). Medicina tradicional y la medicina basada en la evidencia. El caso de un huesero de dos comunidades afroestizas de Veracruz, México. En "Anales de Antropología". Vol. 42. Pp. 65-85.
30. Carmona, S. (2009). El bienestar personal en el envejecimiento. En "Revista de ciencias sociales de la universidad iberoamericana". Año. IV. N° 7. Pp. 48-65. Universidad Iberoamericana A.C. Estado de México, México.
31. Casas, A., Repullo, L. y Donado, C. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). En "Atención primaria", Vol. 31, No 8, Pp. 527-38. Obtenido el 20 de enero de 2013. URL: <http://external.doyma.es/pdf/27/27v31n08a13047738pdf001.pdf> abril 6
32. Catalano, D. (2005). Desarrollo endógeno: ¿Cuánto sabemos?. En "INIA Divulga". Núm. 6. Pp. 17-19.
33. Centro de Estudios sobre Opinión Pública (CESOP) de la Cámara de Diputados. (2005). "Programa seguro popular". Distrito Federal, México. Obtenido el 24 de mayo de 2013. URL: <http://www.diputados.gob.mx/cesop/doctos/EI%20Seguro%20Popular.pdf>
34. Centro Estatal de Desarrollo Municipal del estado de Puebla (2010). "Información de regiones socioeconómicas". Puebla, México.

35. Ceña, F. (1993) El desarrollo rural en sentido amplio. En "El Desarrollo Rural Andaluz a las Puertas del siglo XXI. Congresos y Jornadas". Nº 32., Andalucía, España.
36. Chambers, R. y Conway, G. (1992). Sustainable rural livelihoods: Practical concepts for the 21st century. En "IDS Discussion Paper 296". Brighton: Institute for Development Studies.
37. Cho H. (2000). Traditional medicine, professional monopoly and structural interests: a Korean case. En "Social science & medicine". Vol. 50, No 1, Pp. 123-135.
38. Christie, V. (1991). A dialogue between practitioners of alternative (traditional) medicine and modern (western) medicine in Norway. En "Social science & medicine", Vol. 32, No 5, Pp. 549-552.
39. Clímaco, J. y Machado, E. (2012). Tratamiento conceptual acerca de la relación desarrollo endógeno y Universidad. En "Humanidades Médicas". Vol. 12, Nº 3. Pp. 360-370.
40. Comisión nacional de protección social en salud. (2013). "Nuestra historia". Secretaría de Salud México. 2013. Obtenido el 5 de julio 2013. URL: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=326
41. CONAPO (2008). "Principales causas de mortalidad en México: 1980 – 2007. Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo". Consejo Nacional de Población. Distrito Federal, México.
42. CONAPO. (2005). "Lo rural y lo urbano en el México del siglo XXI". Consejo Nacional de Población Obtenido el 12 de julio de 2013. URL: <http://www.acerca.gob.mx/sicsa/ponencias/conapo-ASERCA.pdf>
43. Connor, L. (2004). "Relief, risk and renewal: mixed therapy regimens in an Australian suburb". En Social science & medicine, Vol. 59, No 8, pp. 1695-1705.
44. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México. (2013). Obtenido el 22 de abril de 2013. URL: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
45. Convention on Biological Diversity. (2010). "Chapter 1 Status and trends of global biodiversity". Trends in ecosystem diversity, Biodiversity of Dry and Sub-Humid Land Ecosystems. Obtenido el 10 de Julio de 2013. URL: <http://www.cbd.int/gbo1/chap-01-06.shtml>
46. Copestake, J. (2008). "Wellbeing in international development: what's new?" En Journal of international development. Vol. 20. Pp. 577-597.

47. COTEIGEP (2013). Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica del Estado de Puebla. Fichas municipales. Obtenido el 5 de agosto de 2013. URL: <http://www.coteigep.puebla.gob.mx/est231.php?muni=21169>
48. COTEIGEP. (2010). "La región Mixteca. Puebla: Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica del Estado de Puebla. México.
49. Coulter, I. D. (1997). What is chiropractic? En McNamee KP. "The chiropractic college directory, 1997-98". KM Enterprises. Los Angeles, Estados Unidos.
50. Cruz, P. (2007) "La nobleza indígena de Tepexi de la Seda durante el siglo XVIII". Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
51. Cruz, R. (2001). "Necesidades y expectativas de protección legal de los titulares del conocimiento tradicional en el ecuador". Ponencia presentada en Seminario Nacional de la OMPI sobre propiedad intelectual, conocimientos tradicionales y recursos energéticos. Noviembre, 2001. Quito, Ecuador.
52. David, R. (1817). "Principios de economía política y tributación". Fondo de Cultura Económica. Distrito Federal, México.
53. De Biase, T. (2010). "Los Rituales Ancestrales, cada vez más convocantes". La Nación. Argentina.
54. De Grammont, H. (2004), La nueva ruralidad en América Latina. En "Revista Mexicana de Sociología". Vol. 66. Pp. 279-300. Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
55. De Haan, L. y A. Zoomers. (2005). Exploring the frontier of livelihoods research. En "Development and change". Vol. 36, No 1. Pp. 27-47.
56. Descartes, R. (1993). "Discurso del método. Meditaciones Metafísicas". Ediciones de Manuel García Morente, Espasa Calpe. Madrid, España.
57. Diario Oficial de la Federación. (1943). "Decreto que crea a la Secretaría de Salubridad y Asistencia", 18 de octubre, 1943. Obtenido el 14 de mayo de 2013. URL: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/71/doc/doc60.pdf>
58. Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. En "Social indicator, research". N° 31. Pp. 103-115.
59. Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. En "Psychological bulletin". Vol. 125, N°2. Pp. 276-302.
60. Digital History. (2012). "The Peopling of America". Obtenido el 30 de enero de 2012. URL: <http://www.digitalhistory.uh.edu/historyonline/us3.cfm>

61. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud México. "Medicina tradicional". (2013). Obtenido el 12 de enero de 2013. URL: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi.html>.
62. Dobson, R. y Lepnurm, R. (2000). "Wellness activities address inequities". Nueva York, Estados Unidos.
63. Downey, L. (2004). "Industria agroalimentaria y economía rural: competitividad y sostenibilidad", Informe de vigilancia tecnológica, Serie Informes de Tecnologías Clave de la Comisión Europea, Circulo de innovación en biotecnología, Madrid. URL: www.madrimasd.org/.../doc/vt_ce5_competitividad_sostenibilidad.pdf
64. Duncan, D. (1969). "Toward social reporting: Next steps". Russell Sage Foundation. Nueva York, Estados Unidos.
65. Echarri, C. (1993): "Estructura familiar y salud infantil: una propuesta de análisis". En Francisco, M. (compilador). "Familia, salud y sociedad". Coedición Universidad de Guadalajara, IISP, CIESAS, C de S. México.
66. Echeverri, R. (2002). "Nueva ruralidad visión desde el territorio en América Latina y el Caribe". Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura IICA, Costa Rica. Obtenido el 5 de agosto 2013 URL: <http://repiica.iica.int/docs/B0536e/B0536e.pdf>
67. Einstein, A. (1949). ¿Por qué socialismo?. En "Monthly review". Nueva York, Estados Unidos. Obtenido el 17 de enero de 2012. URL: <http://archivo.juventudes.org/textos/Albert%20Einstein/Por%20que%20Socialismo.pdf>
68. Ellis, F. (2000). "Rural livelihoods and diversity in developing countries". Oxford University Press. Oxford, Reino Unido.
69. Elsier, J. (1983). "Sour grapes". Cambridge University. Cambridge, Reino Unido.
70. Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT). (2006). Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas R., Villalpando, S., Hernández, M. y Sepúlveda, J. "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición". Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.
71. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Secretaría de Salud. México.
72. Espina, A. (2002). La sociología del bienestar de Gösta Esping-Andersen y la Reforma del Estado de Bienestar en Europa. En "Revista de libros". N° 66, Pp. 15-18.

73. Eyssautier, M. (2006). "Metodología de la investigación: desarrollo de la inteligencia". International Thomson Editores. Quinta edición. Distrito Federal, México.
74. Fabricio, H. (2010). "10 enfermedades del siglo XXI". Periódico: El Universal. Obtenido el 25 de enero de 2012. URL: <http://de10.com.mx/10062.html>
75. Fernández, R., Ramos, D. y Carranza, E. (2001). Notas sobre plantas medicinales del estado de Querétaro, México. En "Polibotánica". Vol. 12. Pp. 1-39.
76. Fisher, P. (1994). La medicina alternativa en Europa. En "Journal BMJ", Núm. 2. Pp. 321-325.
77. Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola FIDA, (2011). "Informe sobre pobreza rural 2011: Nuevas realidades, nuevos desafíos: nuevas oportunidades para la generación del mañana", Roma, Italia, 2011. Obtenido el 12 de agosto de 2013. URL: <http://www.ifad.org/rpr2011/report/s/rpr2011.pdf>
78. Frenk, J., Durán, L., Vázquez, A., García, C. y Vázquez, D. (1995). Los médicos en México, 1970-1990. En "Revista Salud Pública México"; Vol. 37, Núm. 1. Pp. 19-30. Obtenido el 25 de agosto de 2012. URL: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000883>
79. Furnham, A. y Smith, C. (1988). Choosing alternative medicine: A comparison of the beliefs of patients visiting a general practitioner and a homoeopath. En "Social science & medicine". Vol. 26, No 7, Pp. 685-689.
80. Gámez, A. (2010). "Popolocas, pueblos indígenas del México contemporáneo" Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. México, Distrito Federal. Obtenido el 1 de agosto de 2013. URL: www.cdi.gob.mx
81. García, J. (2011). Hacia un nuevo sistema de indicadores de bienestar. Realidad, datos y espacio". En Revista internacional de estadística y geografía. Vol. 2 num.1.
82. García, M. (2002). El Bienestar subjetivo. En "Escritos de psicología". Vol. 6, Pp. 18-39. Departamento de Psicología Social. Málaga España. Obtenido el 17 de Julio de 2013. URL: <http://www.eudemon.net/elbienestarsubjetivo.pdf>
83. Gatterman, M. (1990). "Chiropractic management of spine related disorders". Lippincott, Williams & Wilkins. Baltimore, Estados Unidos.
84. Glendinning, A., Nuttall, M., Hendry, L, Kloep, M. y Wood, S.. (2003). Rural communities and Well-being: a good place to grow up?. En "The sociological review". Vol. 51, Pp. 129-156.

85. Gómez, J., Pérez, C., Moya, R. y Reyes, L. M. (2004). Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud a nivel primario. En "Revista Cubana de Medicina General Integral". Vol. 20, Núm. 3. Ciudad de la Habana, Cuba.
86. Gómez, O., Leobardo, M., Galar, M., Téllez, L., Carmona, Z. y Amaya, A. (2009). "Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la ciudad de Toluca". En "Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas". Vol. 40, Núm. 1, Pp. 5-11.
87. Gómez, R. (2012). Plantas medicinales en una aldea del estado de Tabasco, México. En "Revista de. Fitotecnia. México. Vol. 35, Núm 1. Pp. 43-49.
88. González, B., Saucedo, V. y Santa Ana, T. (2010). Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México. En "Salud Pública de México". Vol. 52, Núm. 416. Pp.416-423.
89. González, E. (2006). "Desarrollo endógeno articulado con la red de cooperación empresarial internacional". Universidad Complutense De Madrid. Tesis hecha para obtener el grado de Doctorado en Economía. Madrid, España.
90. Good, J. (2011). "Crunching the numbers: how many people have ever lived?". Obtenido el 25 de enero de 2012. URL: <http://1000memories.com/blog/75-number-of-people-who-have-ever-lived>
91. Gordon J. (1997). Medicina Alternativa y Médico de Familia. En "American Family Physician". Pp. 119-127.
92. Graymore, M., Sipe, N. y Rickson, R. (2008). Regional sustainability: how useful are current tools of sustainability assessment at the regional scale?. En "Ecological economics". Vol. 67, Pp. 362-372.
93. Guerrien, B. (1998). "La microeconomía", Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
94. Gutiérrez, G. (1991). Los Sistemas Locales de Salud: Una transición de la respuesta social organizada. En "Salud pública". Vol. 33, No 6, Pp. 617-622. Obtenido el 12 de marzo de 2013. URL: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001132>
95. Gutiérrez, L., Cuervo, M., y Ortiz, O. (2002). "Regiones naturales y de planeación para el estado de Puebla". Análisis económico, Universidad Autónoma Metropolitana. Obtenido el 14 de julio de 2013. URL: <http://www.analisiseconomico.com.mx/pdf/3713.pdf>
96. Harnecker, M. (2010). Democracia, Participación y Socialismo en Venezuela: Una mirada Crítica. Ponencia presentada en "Democracia, participación y

socialismo". Fundación Rosa Luxemburgo. Hecho el 2 y 3 de junio de 2010. Quito, Ecuador. Obtenido el 17 de enero de 2012. URL: <http://www.rebellion.org/docs/111544.pdf>

97. Hernández, C., Caballero, J., Durán, A. y Lira, R. (2005). Análisis cuantitativo del conocimiento tradicional sobre plantas utilizadas para el tratamiento de enfermedades gastrointestinales en Zapotitlán de las Salinas, Puebla, México. En "Interciencia". Vol. 30, Núm. 9. Pp.17-27.
98. Hernández, I., Arenas, M., y Valde, R. 2001. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. En Revista. Saúde Pública. Vol. 35, Núm. 5. Pp. 443-50.
99. Hessen, J., (1925). "Teoría del conocimiento". Obtenido el 12 de julio de 2013. URL: [http://exordio.qfb.umich.mx/archivos%20pdf%20de%20trabajo%20umsh/tesis/johanneshessen\[1\].pdf](http://exordio.qfb.umich.mx/archivos%20pdf%20de%20trabajo%20umsh/tesis/johanneshessen[1].pdf)
100. Hobsbawm, E. (1998). "Historia del siglo XX", Grijalbo Mondadori, Buenos Aires, Argentina.
101. Hoffman, E. (Ed.). (1996). "Future visions: The unpublished papers of Abraham Maslow". Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. Estados Unidos.
102. Hollenberg, D. (2006). Uncharted ground: Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. En "Social science & medicine", Vol. 62, No 3, Pp. 731-744.
103. Hosen, R., Solovey, D. y Stern, L. (2002). The acquisition of beliefs that promote subjective well-being. En "Journal of instructional psychology". Vol. 29 No 4. Pp. 231-244.
104. Hsiao, A., Ryan, G, Hays, R., Coulter, I., Andersen, R. y Wenger, N. (2006). Variations in provider conceptions of integrative medicine. En "Social science & medicine", Vol. 62, No 12, Pp. 2973-2987.
105. <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/InformeResultados-2-SPSS-2012.pdf>
106. Hurtado, E., Rodríguez C. y Aguilar, A. (2006). Estudio cualitativo y cuantitativo de la flora medicinal del municipio de Copándaro de Galeana, Michoacán, México. En "Polibotánica". Vol. 22. Pp. 21-50.
107. Ibarra, R., Manuel, M. (1997), Características productivas y tecnológicas en ejidos certificados. En "Estudios Agrarios". Núm. 8. México.

- 108.ICEI. (2011). “El programa de subsidios directos a la agricultura (PROCAMPO) y el incremento de la producción de maíz en una región campesina de México”. Instituto de Cooperación Económica Internacional, Desarrollo Rural y Agricultura Familiar. ICEI-MERCOSUR, Buenos aires, Argentina.
- 109.INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2012 a. Anuario Estadístico de Puebla. Capítulo 5 Salud. Obtenido el 13 de agosto de 2013. URL:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/aee12/estatal/pue/default.htm>
- 110.INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2012 b. Perspectiva estadística de Puebla. Obtenido el 9 de agosto de 2013. URL:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/estd_perspect/pue/Pers-pue.pdf
- 111.INEGI. (2009). “Guía para la interpretación de cartografía, uso de suelo y vegetación”. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Distrito Federal, México.
- 112.INEGI. (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México.
- 113.INEGI. (2013). “Censo de población y vivienda”. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Distrito Federal, México.
- 114.INSPI (Instituto Nacional de Salud Pública). 2009. Evaluación externa del programa IMSS-Oportunidades para el ejercicio fiscal 2008. México. Obtenido el 16 de agosto de 2013. URL:
<http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Documents/InformedelaEvaluacion2008INSP.pdf>
- 115.Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.(2013) “Historia”, México. Obtenido el 5 de julio 2013. URL:
<http://www.issste.gob.mx/issste/historiaissste.html>
- 116.Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. (2012). “Unidades Médicas Rurales”. Obtenido el 14 de Diciembre de 2011. URL:
http://www.imss.gob.mx/SiteCollectionDocuments/Delegaciones/Zacatecas/Servicios%20por%20Regi%C3%B3n/unidades_rurales.pdf
- 117.Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. (2013). “El IMSS a través del tiempo”. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Obtenido el 14 de diciembre de 2011. URL:
<http://www.imss.gob.mx/instituto/historia/Pages/index.aspx>

118. Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2011). "Informe al ejecutivo federal y al congreso de la unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2012", Obtenido el 6 de julio de 2013. URL: <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20112012/informecompleto.pdf>
119. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. (2001). "Indicadores socio-demográficos de México 1930-2000", Distrito Federal, México.
120. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. (2007). "Sistema de Clasificación de América del Norte (SCIAN). Versión hogares", Aguascalientes, México. Obtenido el 2 de febrero de 2013. URL: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/detalle.aspx?c=10803&upc=702825006563&s=est&tg=0&f=2&pf=encl>.
121. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INEGI. (2000). "Síntesis Geográfica del Estado de Puebla". INEGI. Puebla, México.
122. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INEGI. (2010). "Censo de Población y vivienda 2010". Distrito Federal, México.
123. Instituto Politécnico Nacional. (2003). "Plan de estudios de la Carrera Médico Cirujano y Homeópata. Mapa Curricular 2003". Obtenido el 25 de junio de 2013. URL: http://www.enmh.ipn.mx/Oferata_Educativa/Paginas/mcmcyh.htm
124. Jäcklein, K. (1974). "Un pueblo popoloca", Instituto Nacional Indigenista y Secretaría de Educación Pública. , Distrito Federal, México.
125. Jacob S., Bourke, L. y Luloff, A. (1997). Rural community stress, distress, and well-being in Pennsylvania. En "Journal of rural studies", Vol. 13, No 3, Pp. 275-288.
126. James, A. (1999). Closing rural hospitals in Saskatchewan: on the road to wellness?, En "Social science & medicine", Vol. 49, No 8, Pp. 1021-1034.
127. Janes, C. (1999). The health transition, global modernity and the crisis of traditional medicine: the Tibetan case. En "Social science & medicine", Vol. 48, No 12, Pp. 1803-1820.
128. Janse, J. (1976). "Anthology, Principles and Practice of Chiropractic". National College of Chiropractic. Lombard, Illinois, Estados Unidos.
129. Jones, K. (2004). Schism and heresy in the development of orthodox medicine: The threat to medical hegemony. En "Social science & medicine", Vol. 58, No 4, Pp. 703-712.

130. Juárez, J. y Ramírez, B. (2006). "El programa de subsidios directos a la agricultura (PROCAMPO) y el incremento de la producción de maíz en una región campesina de México". En "Revista Ra-Ximai". Vol. 2, Núm. 2, El fuerte, México.
131. Kakakhel, S. (2010). Comentarios al volumen 17 número 1 del director ejecutivo de la revista "Our planet" The magazine of the United Nations Environment Programme, Volume 17 No 1, Nairobi Kenia. Obtenido el 3 de abril de 2013. URL: www.unep.org/PDF/OurPlanet/op_english_17v1.pdf
132. Kalish, M., Griffiths, T. y Lewandowsky, S. (2007). Iterated learning: Intergenerational knowledge transmission reveals inductive biases. En "Psychonomic Bulletin & Review". Vol. 14 Núm. 2, Pp. 288-294.
133. Kant, E. (1999). "En defensa de la ilustración". Editorial Alba. Barcelona, España.
134. Kelner, M. y Wellman, B. (1997). Health care and consumer choice: Medical and alternative therapies. En "Social science & medicine", Vol. 45, No 2, pp. 203-212.
135. Kelner, M., Wellman, B., Boon, H. y Welsh, S. (2004). Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario. En "Social science & medicine", Vol. 59, No 5, Pp. 915-930.
136. Kelner, M., Wellman, B., Welsh, S. y Boon, H. (2006). How far can complementary and alternative medicine go? The case of chiropractic and homeopathy. En "Social science & medicine", Vol. 63, No 10, pp. 2617-2627.
137. Keyes, C. (1998). Social Well-being, en "Social Psychology Quarterly." N° 61. Pp. 121-140
138. Kidd, G. (1955). Stoic Intermediates and the End of Man. En "Classical quarterly N. S. V." Pp. 181-194
139. Kivett, V. (1988). Aging in a rural place: the elusive source of well-being. En "Journal of rural studies", Vol. 4, No 2, Pp. 125-132.
140. Knight, J., Song, L. y Gunatilaka, R. 2009. Subjective well-being and its determinants in rural China. En "China economic review", Vol. 20, Pp. 635-649.
141. Kruse, K. (2008). "World social indicators". Obtenido el 25 de enero de 2012. URL: <http://www.krusekronicle.com/world-social-indicators/>
142. Kumate, J. (2002). La transición epidemiológica del siglo XX: ¿vino nuevo en odres viejos?. En "Revista de la facultad de medicina". No 3, Obtenido el 10 de marzo de 2013. URL: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no45-3/RFM45303.pdf>

143. Le-duc, V. (1945). "Historia de la vivienda humana". Ed. Centauro, México.
144. Levy, L. y Anderson, L. (1980). "La atención psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida". Manual Moderno. México.
145. Ley General de Salud. (2013). Secretaría de Salud. Distrito Federal, México. Obtenido el 10 de enero de 2013. URL: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
146. Leyva, F., Erviti, E., Kageyama, M. y Arredondo, A. (1998). Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. En "Salud Pública de México". Vol. 40. Pp. 24-31.
147. Limonad, E. y Monte, R. (2012). "Por el derecho a la ciudad, entre lo rural y lo urbano". Ponencia presentada en el XII Coloquio internacional de geocrítica, 2012. Obtenido el 12 de agosto 2013. URL: <http://www.ub.edu/geocrit/coloquio2012/actas/04-E-Limonad.pdf>
148. Lira, R., Casas, A., Rosas, R., Paredes, M., Pérez, E., Rangel, S., Solís, L., Torres, I. y Dávila, P. (2009). Traditional knowledge and useful plant richness in the Tehuacán-Cuicatlan Valley, México. En "Economic Botany". Vol. 63. Núm. 3. Pp. 271-287.
149. López, J. y Teodoro, J. (2006). La cosmovisión indígena tzotzil y tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena. En: "Ra Ximhai", Vol. 2, Núm 1. Pp. 15-26. Universidad Autónoma Indígena de México. El Fuerte, México.
150. Luca, A., Marco, D., Erdgin, M. y Donato, R. (2010) "Livelihoods strategies and household resilience to food insecurity: An empirical analysis to Kenya", European University Institute. Roma, Italia.
151. MacNeish, R. (1964). "El origen de la civilización mesoamericana visto desde Tehuacán". Instituto Nacional de Antropología e Historia. México.
152. Magaña, A., Gama, M. y Mariaca, R. (2010). El uso de las plantas medicinales en las comunidades maya-chontales de Nacajuca, Tabasco, México. En "Polibotánica". Vol. 29. Pp. 213-262.
153. Malangón, L. (2002). "La Salud pública: Situación actual, propuestas y recomendaciones", Editorial Médica Panamericana, Bogotá, Colombia.
154. Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. En "Psychological review". No 50, Pp. 370-396.
155. McGregor, K. y Peay, E. (1996). The choice of alternative therapy for health care: Testing some propositions. En "Social science & medicine", Vol. 43, No 9, Pp. 1317-1327.

156. McKee, J. (1988). Holistic health and the critique of western medicine. En "Social science & medicine". Vol. 26, No 8, Pp. 775-784. Nueva York, Estados Unidos.
157. Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud. (2007) "Programa de acción específico 2007-2012", Secretaría de Salud, Distrito Federal, México. Obtenido el 18 de febrero de 2013. URL: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta5/Prog_Accion_Me_d_trad_y_comp.pdf
158. Mejía, L. y López, L. (2010). La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. En "Index de enfermería". Vol. 10, Núm. 2-3. Obtenido el 19 de agosto de 2013. URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000200015&script=sci_arttext
159. Menéndez, E. (1981). "Clases subalternas y el problema de la medicina denominada tradicional". Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.
160. Menéndez, E. (1990). "Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones". Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Distrito Federal, México.
161. Menendez, E. (1993). Familia, Participación social y proceso de salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde la perspectiva de la Antropología Médica. En Francisco, M. (compilador). "Familia, salud y sociedad". Coedición Universidad de Guadalajara, IISP, CIESAS, C de S. México.
162. Mesa, D, (2004). "Imputación y Árboles de Decisión". Guía práctica. Postgrado en Estadística, Universidad Central de Venezuela, Venezuela, 2004.
163. Milmaniene, M. (2011). El curandero y la modernidad: reflexiones en torno a la eficacia simbólica. En Revista: "Litteris", N°7. Obtenido el 21 de junio de 2013. URL: http://revistaliter.dominiotemporario.com/doc/El_curandero_y_la_modernidad_p_ara_Litteris_BUE.pdf
164. Miranda, C. (1998). México: algunos aspectos de terapias preventivas populares. Em "Anthropologica". Vol. 16, Núm. 6. Pp. 257-276.
165. Molina, J. y Subirons, D. (2005) Fundamentos de la salud y del bienestar. En "Serie Verde". No 1, Pp. 1-56. Barcelona, España.
166. Mora, F. y Hersch, P. (1990). "Introducción a la medicina social y salud pública". Ed. Terra Nova. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. México.

167. Müller, L., Rejane, R., Moraes, M. y Azzolin, K. (2008). Delay factors on the administration of thrombolytic therapy in patients diagnosed with acute myocardial infarction in a general hospital. En "Revista Latinoamericana de Enfermagem". Vol. 16, Num. 1.
168. Muñoz, O. y Durán, L. (2004). Uso de la medicina complementaria y alternativa. Escepticismo de la medicina occidental. En "Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 42, Núm. 3, Pp. 235-238. Obtenido el 3 de abril de 2013. URL: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1540:uso-de-la-medicina-complementaria-y-alternativa-escepticismo-de-la-medicina-occidental-&catid=560:temas-de-actualidad&Itemid=703
169. Murguialday, C. e Iñaki, V. (1999). "Las organizaciones no gubernamentales para el desarrollo". 1ª ed. Ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. España.
170. Murray, J. y Shepherd, S. (1993). Alternative or additional medicine? An exploratory study in general practice. En "Social science & medicine", Vol. 37, No 8, Pp. 983-988.
171. Murray, L., (2004). "Probabilidad y estadística", McGraw Hill, Distrito Federal, México.
172. Naciones Unidas. (1987). "Report of the World Commission on Environment and Development Our Common Future". Nueva York, Estados Unidos. Obtenido el 20 de enero de 2012. URL http://conspect.nl/pdf/Our_Common_Future-Brundtland_Report_1987.pdf
173. Naciones Unidas. (2011). "Datos y Estimaciones de Naciones Unidas". Obtenido el 20 de enero de 2012. URL: http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_population.htm
174. Naranjo, A., González, A. y Chávez, A. (1986). Evaluación de un paquete de nutrición para mejorar la salud infantil. Metodología y cambios en el patrón de ablactación y destete. En "Revista de Investigación Clínica". Vol. 38. Pp. 137-146.
175. Navarro, J. (1998). Salud Pública: Desigualdades y ausencia de equidad. Ed. Mc Graw Hill. Madrid, España.
176. Norcka, F., Belloso, N. y Delgado, F. (2008). Recursos informacionales, desarrollo endógeno y participación ciudadana en la Gestión Pública Local. En "Revista Venezolana de Gerencia", Vol. 13, Núm. 43, Pp. 377-397, Universidad del Zulia Venezuela.

177. Norma Oficial Mexicana NOM-172-SSA 1-1998. (1998). "Prestación de servicios de salud. Actividades auxiliares. Criterios de operación para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados". Secretaría de Salud. Distrito Federal, México. Obtenida el 20 de marzo de 2013. URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/172ssa18.html>
178. Northcott, H. y Bachynsky, J. (1993). Concurrent utilization of chiropractic, prescription medicines, nonprescription medicines and alternative health care, En "Social science & medicine", Vol. 37, No 3, Pp. 431-435.
179. O'Neill, A. (1994). Danger and safety in medicines. En "Social science and medicine". Vol. 38, Núm. 4. Pp. 497-507.
180. Ocampo, I. y Escobedo, J. (2006). Conocimiento tradicional y estrategias campesinas para el manejo y conservación del agua de riego. En "Ra Ximhai", Vol. 2, Núm. 2. Pp. 343-371. Universidad Autónoma Indígena de México El Fuerte, México.
181. Ocampo, J. (2005). Más allá del Consenso de Washington: una agenda de desarrollo para América Latina. En "Comisión Económica para el Desarrollo de América Latina y el Caribe CEPAL, Serie Estudios y Perspectivas, cuaderno número 26". Distrito Federal, México. Obtenido el 11 de marzo de 2013. URL: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/20759/Serie%2026.pdf>
182. OMS. (1952). "Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction .Third report. Ginebra". Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos. Núm. 57.
183. ONU, Organización de las Naciones Unidas. (1995). The Copenhagen Declaration and Programme of Action. Nueva York, Estados Unidos.
184. ONU. (1987). "Informe Brundtland: Nuestro Futuro". Organización de las Naciones Unidas. Noruega.
185. Ordoñez, H. (2013). "Errores estadísticos", Universidad Nacional de Colombia, Colombia. Obtenido el 6 de julio 2013. URL: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4030006/lecciones/capitulo6_2.html
186. Organización de Naciones Unidas. (1987). "Informe de la comisión mundial sobre el medio ambiente y el desarrollo: nuestro futuro común". Nairobi, Kenia.
187. Organización Mundial de la Salud. (2000). "General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine". Genova, Italia. Obtenido el 20 de abril de 2013. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf

188. Organización Mundial de la Salud. (2002). "Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005". Ginebra, Suiza. Obtenida el 2 de marzo de 2013. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
189. Organización Mundial de la Salud. (2008). "Congreso de Medicina Tradicional". Beijing, China. Obtenida el 17 de Junio 2013. URL: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/congress/en/index.html>
190. Organización Mundial de la Salud. (2008). "Facts Sheets", Media Centre. Obtenida el 22 de junio de 2013. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/es/index.html>
191. Organización Mundial de la Salud. (2008). "Medicina Tradicional", Nota descriptiva N°134.
192. Orna, E., Graham, S. (2001). Cómo usar la información en trabajos de investigación. Editorial Gedisa. Madrid, España.
193. Oyeneye, O. (1985). Mobilizing indigenous resource for primary health care in Nigeria: A note on the place of traditional medicine, En "Social science & medicine", Vol. 20, No 1, Pp. 67-79.
194. Padilla, J. (1999). "Encrucijadas de la humanidad: Vías hacia un nuevo sendero". Escuela Neijing, China.
195. Padrón, J. (2007). Tendencias epistemológicas de la investigación científica en el siglo XXI. En "Revista de epistemología de ciencias sociales". Vol. 28, N° 1. Pp. 1-28. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
196. Parellada, R. (2010). Ilustración, publicidad y capacidades humanas. En "Revista internacional de filosofía". Vol. 3. Pp. 339-346.
197. Penalva, J. (2006). El conocimiento-empírico en la investigación-acción: Análisis de los aspectos epistemológicos. En "Revista complutense de educación". Vol. 17, Núm. 2. Pp. 105-118. Universidad de Murcia, España.
198. Periañez, R. (2008). "La Esclavitud en Extremadura (Siglos XVI-XVIII)". Tesis presentada para obtener grado de Doctorado. Departamento de Historia, Universidad de Extremadura. España.
199. Polit, D. (2000). "Investigación científica en ciencias de la salud", Editorial McGraw Hill, Distrito Federal, México.
200. Prebisch, R. (1951). "Crecimiento, desequilibrio y disparidades: interpretación del proceso de desarrollo". Estudio económico de América Latina 1949. Comisión Económica para América Latina, CEPAL. Santiago de Chile, Chile.

201. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2012. "Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2012". Naciones Unidas, Nueva York, Estados Unidos. Obtenido el 1 de abril de 2013. URL: http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/Informe_ODM_2012.pdf
202. Quintana, E. (2008). "Definición de desarrollo Humano". Escuela Virtual.
203. Ramsey, D. y Smit, B. (2002). Rural community well-being: models and application to changes in the tobacco-belt in Ontario, Canada, En "Geoforum". Vol. 33, Pp. 367-384.
204. Reid, W., Berkes, F., Wilbanks, T. y Capistrano, D. (2006). "Bridging scales and knowledge systems- Concepts and applications in ecosystem assessments". Island Press, Washington. Estados Unidos.
205. Reynoso, V., Mejía, B., Olvera, H. y Chehue, R. (2008). Prevalencia de la automedicación y del consumo de remedios herbolarios entre los usuarios de un centro de salud. En "Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas", XLI Congreso Nacional de Ciencias Farmacéuticas. Resúmenes de trabajos libres. P. 72-73. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.
206. Rocha, M., Ruiz, V. y Ferreira, E. (2010). Salud y poblaciones indígenas en América Latina: los casos de Brasil y México. *HU*. En Revista, "Juiz de Fora". Vol. 36. Núm. 3. Pp. 231-236.
207. Rojas, H., Senovio, S. y Cuellar, C. (2010). Plantas empleadas en medicina tradicional en Tierra Caliente, Guerrero, México. En "Revista Colombiana de Ciencia Animal". Vol. 2, Núm. 1. Pp. 124-136.
208. Rojas, M. (2005) El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos". En Garduño, Salinas y Rojas (coord.), "Calidad de vida y bienestar subjetivo en México". UDLA, CECAVI, ISQOLS, Plaza y Valdés, México.
209. Rojas, M. (2005). El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos. En Garduño, Salinas y Rojas (coord.), "Calidad de vida y bienestar subjetivo en México". UDLA, CECAVI, ISQOLS, Plaza y Valdés, México.
210. Rosado, J., Rivera, J., López, G., Solano, L., Rodríguez, G., Casanueva, E., García, A., Toussaint, G. y Maulen, I. (1999). Desarrollo y evaluación de suplementos alimenticios para el Programa de Educación, Salud y Alimentación. En "Revista: Salud Publica de México". Vol. 41. Pp. 153-162.
211. Rostow, W. (1960). "The Stages of economic growth , A non-communist" Cambridge University Press. Londres, Inglaterra.

212. Rubens, D., Gyurkovics, D. y Hornacek, K. (1995). The cultural production of Bioterapia: Psychic healing and the natural medicine movement in Slovakia. En "Social science & medicine", Vol. 41, No 9, Pp. 1261-1271.
213. Ruíz, M. (2006) "La Protección Jurídica de los Conocimientos Tradicionales: Algunos Avances Políticos y Normativos en América Latina". UICN, BMZ, SPDA. Lima, Perú.
214. Salgado, N., González, T., Infante C., Márquez, M., Pelcastre, B. y Serván-Mori E. (2010) .Servicios de salud en la Mixteca: utilización y condición de afiliación en hogares de migrantes y no migrantes a EU. En "Revista de Salud Pública de México". Vol. 52, Núm. 5. Pp. 424-431.
215. Sánchez, A., Granados, D. y Simón, R. (2008). Uso medicinal de las plantas por los otomíes del municipio de Nicolás Flores, Hidalgo, México. En "Revista Chapingo Ser. Hortíc". Vol. 14, Núm. 3. Pp. 271-279.
216. Sánchez, C. y Nava, M. (2012). Análisis de la automedicación como problema de salud. En "Revista de enfermería neurológica". Vol. 11, Núm. 3. Pp. 159-162.
217. Sánchez, I. (2005). "Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan Hidalgo". Tesis hecha para obtener grado de Médico Cirujano. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Hidalgo, México.
218. Sandstorm, A. y Huber B. (edits.). (2001). "Mesoamerican Healers". University of Texas Press. Texas, Estados Unidos.
219. Santillo, H. (2001). "Hierbas, la curación natural". Edit. Subhuti Dhramanada. México.
220. Saukko, P., Reed, M., Britten, N., y Hogarth, S. (2010) Negotiating the boundary between medicine and consumer culture: Online marketing of nutrigenetic tests. En "Social science & medicine", Vol. 70, No 5, Pp. 744-753.
221. Schepers, R. y Hermans, H. (1999). "The medical profession and alternative medicine in the Netherlands: its history and recent developments" En "Social science & medicine". Vol. 48, No 3, Pp. 343-351.
222. Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). (2007). "Programa Sectorial de Desarrollo Social", Distrito Federal, México. Obtenido el 1 de agosto de 2013. URL:http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/documentos_pdf/Prog_Sectorial_WEB.pdf
223. Secretaría de Desarrollo Social. (2012) "Indicadores de Desarrollo Social". Publicación quincenal de circulación interna de la Subsecretaría de Prospectiva, Planeación y Evaluación. Vol. 2, No. 35.

224. Secretaría de Desarrollo Social. (2013). "Indicadores de Desarrollo Social". Publicación quincenal de circulación interna de la Subsecretaría de Prospectiva, Planeación y Evaluación. Vol. 2, Núm. 35.
225. Secretaría de Salud (2007). "Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud". Distrito Federal, México. Obtenido el 20 de abril de 2013. URL: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf
226. Secretaría de Salud, (2006). "Cobertura efectiva del sistema de salud en México 2000-2003". Harvard University, Instituto Nacional de Salud Pública México. Obtenido el 10 de abril de 2013. URL: http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/CoberturaEfectivaSistemaSaludMexico_2000-2003.pdf
227. Secretaría de Salud. (2007). "Programa de Acción Específico 2007-2012, Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud". Obtenido el 25 de junio de 2013. URL: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta5/Prog_Accion_Me_d_trad_y_comp.pdf
228. Secretaría de Salud. (2008). "Informe 2008". México. Obtenido el 10 de febrero de 2013. URL: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/SISVEA/informes_sisvea_2008.pdf
229. Secretaría de Salud. (2008). "Informe 2008". México. Obtenido el 10 de mayo de 2013. URL: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/SISVEA/informes_sisvea_2008.pdf
230. Secretaría de Salud. (2012). "Acuerdo por el que se determinan los aditivos y coadyuvantes en alimentos, bebidas y suplementos alimenticios, su uso y disposiciones sanitarias. COFEPRIS". México. Obtenido el 24 de junio de 2013. URL: www.cofepris.gob.mx/MJ/Documents/.../aceditivo160712.pdf
231. Secretaría de Salud. (2013). "Nuestra historia". Comisión nacional de protección social en salud. México. Obtenido el 5 de julio 2013. URI: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=326
232. Secretaría de Salud_a. (2013). "Información general del Sistema Nacional de Protección Social en Salud". Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Comunicación y Participación Social. México. Obtenido el 5 de julio de 2013. URL:
233. Secretaría de Salud_b. (2013). "Beneficiarios del seguro popular". México. Obtenido el 6 de julio 2013. URL: <http://www.seguro->

popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=309&Itemid=325

234. Sen, A. (1986). Rights and capabilities. En Honderich, T. "Moral Objective". Blackwell, Oxford. Londres, Inglaterra.
235. Sen, A. (1987). "On ethics and (E & E)". Brasil Blackwell. Oxford. Brasil.
236. Sen, A. (1990). Development as capacity expansion. En Griffin, K. y Knight, J. (eds.). "Human development and the international development strategy for the 1990s". MacMillan. Londres, Inglaterra.
237. Sen, G. (1996). Gender, markets and states: A selective review and research agenda. En "World development", Vol. 24, No 5, Pp. 821-829.
238. Séneca. (1944). De la vida Bienaventurada. En "Tratados morales". Tomo 1. Trad. Gallegos, Rocafull J. M. UNAM. Distrito Federal, México.
239. Serrano, C. (2006). Familias como unidad de intervención de programas sociales, CEPAL. En "Serie Seminarios y conferencias", Núm. 46. Santiago de Chile. Obtenido el 5 de agosto de 2013. URL: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/22672/ssc46_Programas_sociales_cap5.pdf
240. Shi, S., Lew, T., Chih, Y., Hsing, Y., y Kuo, K. (2008). Insurance covered and non-covered complementary and alternative medicine utilisation among adults in Taiwan. En "Social science & medicine", Vol. 67, No 7, Pp. 1183-1189.
241. Shucksmith, M. (2000). Endogenous Development, Social Capital and social inclusion: perspectives from LEADER. En "The UK. Sociologia Ruralis",. Vol.40, Núm. 2, Pp. 208-218. Blackwell, Reino Unido.
242. Sirois, F. y Gick, M. (2002). An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients. En "Social science & medicine", Vol. 55, No 6, Pp. 1025-1037.
243. Smith, A., (1776). "Investigación sobre la natural y causas de la riqueza de las naciones". Fondo de Cultura Económica. Londres, Inglaterra.
244. Solesbury, W. (2003). Sustainable livelihoods: A case study of the evolution of DFID Policy. En "Working Paper 217". Overseas Development Institute. Londres, Inglaterra.
245. Soucase, B., Monsalve, V. y Soriano, J. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. En "Revista de la Sociedad Española del Dolor". Vol. 12, Núm. 1. La Coruña, España.

246. SS (Secretaría de Salud). (2005). La población indígena y su incorporación al sistema de protección social en salud. En "Documento de la Dirección de Programas Estratégicos en Áreas Rurales e Indígenas". Distrito Federal, México.
247. SSEP (Servicios de Salud del Estado de Puebla). (2013). Servicios, hospitales y centros de salud. Obtenido el 15 de agosto de 2013. URL: <http://www.ss.pue.gob.mx/index.php/servicios-hospitales-y-centros-de-salud-puebla/diferencias-entre-casas-de-salud-centros-de-salud-y-hospitales#1>
248. Stokes, D. "Life expectancy for 1700's (1800's, 1900's, 2000's)". Obtenido el 25 de enero de 2012. URL: <http://homepage.ntlworld.com/davidjstokes/1700.htm> y años consecuentes.
249. Sunkel, O. (1991). "El desarrollo desde adentro. Un enfoque neoestructuralista para la América Latina". Fondo de cultura económica. México
250. Taddei, B., Santillana, M., Romero, C. y Romero, T. (1999). Aceptación y uso de herbolaria en medicina familiar. En "Salud Pública de México". Vol. 41, Núm. 3. México. Pp. 216-220.
251. Tapia, C. y Reyes, R. (2008). Productos forestales no maderables en México: Aspectos económicos para el desarrollo sustentable. En "Madera y bosques". Vol. 14, Núm. 3. Pp. 95-112.
252. Toledo, V. (2005). La Memoria Tradicional: la importancia agroecológica de los saberes locales. En "LEISA, Revista de Agroecología: Ecoagricultura cultivando con la naturaleza". Vol. 20, Núm.4. Pp. 16-19.
253. Torrado, S. (1998). Familia y diferenciación social-cuestiones de método. Eudeba Buenos Aires, Argentina.
254. Trinity, C. (2011). Obtenido el 25 de enero de 2012. URL: <http://www.cs.trincoll.edu/~ram/aitalk/>
255. Truman, H. (1947). Discurso ante el Congreso de EE.UU. Washington, 12 de marzo de 1947. Obtenido el 25 de enero de 2012. URL: <http://historia1imagen.cl/2007/09/24/doctrina-truman-12-marzo-1947/>
256. Tsey, K. (1997). Traditional medicine in contemporary Ghana: A public policy analysis. En "Social science & medicine", Vol. 45, No 7, Pp. 1065-1074.
257. Universidad Autónoma Chapingo. (2013). "Curso de Herbolaria Medicinal". Impartido en el Área de Alimentación y Salud Natural Sustentable. Estado de México. México.
258. Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. (2012). "Plan de estudios de la Licenciatura en Acupuntura Humana y Rehabilitatoria". Obtenido el 25 de junio

de 2013. URL:
<http://www.uneve.edu.mx/DOC/CARRERAS/infoACUPUNTURA.pdf>

259. Universidad Nacional Autónoma de México. (2010). "Plan de estudio de la Licenciatura de Médico Cirujano". Obtenido el 25 de junio de 2013. URL: www.facmed.unam.mx/marco/index.php?dir_ver=16
260. Vera, A. (2003). "La Etnobotánica en la Salud: Estudio de Plantas Medicinales en el Municipio de Cuetzalan". Tesis presentada para obtener grado de Licenciatura en Biología. Universidad de las Américas Puebla. Puebla, México.
261. Verhoef, M. y Sutherland, L. (1995). General practitioners' assessment of and interested in alternative medicine in Canada. En "Social science & medicine", Vol. 41, No 4, Pp. 511-515.
262. Villalvazo, P., Corona, J., García, S. (2002). Urbano-rural, constante búsqueda de fronteras conceptuales. En "Revista de información y análisis", Núm. 20. Distrito Federal, México. Obtenido el 10 de agosto 2013. URL: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/sociodemograficas/urbano03.pdf>
263. Wardwell, W. (1994). Alternative medicine in the United States. En "Social science & medicine". Vol. 38, No 8. Pp. 1061-1068.
264. Waxler, E. (1988). Plural medicine in Sri Lanka: Do ayurvedic and western medical practices differ?. En "Social science & medicine", Vol. 27, No 5, pp. 531-544.
265. Williams, A. (1998). Therapeutic landscapes in holistic medicine. En "Social science & medicine", Vol. 46, No 9, Pp. 1193-1203.
266. Williams, M. (2002). "Nutrición". Edit. Paidotribo. Barcelona, España.
267. Wood, L., Giles, B. y Bulsara, M. (2005). The pet connection: Pets as a conduit for social capital?, En "Social science and medicine", Vol. 61, Pp. 1159-1173.
268. Wood, R. (1988). Literacy and basic needs satisfaction in Mexico. En "World development", Vol. 16, No 3, Pp. 405-417.
269. Zamora, C. y Nieto de Pascual, C. (1992). Medicinal plants used in some rural populations of Oaxaca, Puebla and Veracruz, Mexico. En "Journal of Ethnopharmacology". Vol. 35, Núm. 3. Pp. 229-257.
270. Zamudio, F. y López, I, (2008). Un índice de ruralidad para México. En "Revista Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad". Vol. 14 No. 42. Pp. 179-214.

Anexo 1. Resultados de la encuesta aplicada a pacientes en Chapingo

Género	Edad	Padecimiento	Tratamiento aplicado	Buenos Resultados	Recomendación a otras personas?	que se ofrezcan en los pueblos?
M	77	Enfriamiento de pies y piernas	Acupuntura	Si	Si	Si
F	53	Menopausia	Herbolaria, acupuntura	Si	Si	Si
F	60	Columna, lumbar	Acupuntura y herbolaria	Si	Si	Si
M	61	Columna vertebral	Acupuntura, quiropráctica, herbolaria	Si	Si	Si
F	61	Columna vertebral	Acupuntura, quiropráctica, herbolaria	Si	Si	Si
F	29	Varices, gastritis	Acupuntura, herbolaria	Si	Si	Si
F	50	Matriz, cervicales	Acupuntura, herbolaria	Si	Si	Si
F	54	Varices, vértigo	Acupuntura, herbolaria	No	Si	Si
F	24	Vesícula	Acupuntura, herbolaria	Si	Si	Si
F	53	Diabetes, hipertensión	Acupuntura, herbolaria	Si	Si	Si
F	30	Obesidad	Acupuntura, herbolaria	Si	Si	Si
M	54	Insomnio, vista, ácido úrico, articulaciones	Acupuntura, herbolaria	Si	Si	Si
F	54	Dolor de espalda, circulación	Acupuntura, herbolaria	Si	Si	Si
M	72	Insuficiencia renal, diabetes, hipertensión	Acupuntura, herbolaria	Si	Si	Si
F	47	Obesidad	Acupuntura, herbolaria	Si	Si	Si
F	54	Sobrepeso y circulación	Acupuntura, herbolaria	Si	Si	Si
M	15	Cansancio, estrés	Herbolaria	Si	Si	Si
F	19	obesidad, estrés, rodillas	Herbolaria	Si	Si	Si
F	50	Diabetes y obesidad	Acupuntura, herbolaria	Si	Si	Si
F	49	Diabetes, columna	Herbolaria	Si	Si	Si
F	44	Dolores en brazo, cadera y pierna	Herbolaria	Si	Si	Si

Anexo 2. Relación de terapias alternativas

La Secretaría de Salud, en su documento de “Programa de Acción Específico 2007-2012, Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud”, reconoce la existencia de las siguientes terapias alternativas:

SISTEMAS RELACIONADOS	CLASIFICACIÓN	MODELO Y/O PRÁCTICA DERIVADA
Medicina occidental alopática	Terapia químico biológica	Homeopatía, fitoterapia, aromaterapia, microdosis, quelación, terapia celular, terapia enzimática, terapia del colon, proloterapia, apiterapia, terapia con vitamina c, medicina ortomolecular, oxigenoterapia, ozonoterapia, terapia reconstructiva, flores de Bach, autohemoterapia, orinoterapia, talasoterapia, odontología biológica, termaloterapia, medicina ambiental.
	Movimiento y manipulación del cuerpo	Quiropráctica, osteopatía, quirofísica, rolfing, masoterapia, kinesiología aplicada, Feldenkrais, modelaje Aston, terapia Alexander, terapia corporal, terapia craneosacra, terapia Heller, enfoque Trager, bioterapia Bonnie Prudden, masaje sueco, equinoterapia,
	Mente –cuerpo	Constelaciones familiares, delfinoterapia, equinoterapia, mascoterapia, entrenamiento autógeno, biorretroalimentación (biofeedback), musicoterapia, hipnoterapia, representación guiada de imágenes, programación neurolingüística, nueva medicina de Hamer.
	Mente – mente	Terapia regresiva aplicada, megabrain, gimnasia cerebral, estimulación psicotrónica, terapia cognitiva, grafoterapia, sofrología,
	Biocampo, energía	Bioresonancia, medicina energética, magnetoterapia, ionoterapia, terapia polar, radiónica y radiestesia, cromoterapia, sonoterapia, fototerapia, terapia neural, bioenergética, sintérgica, camino del corazón, energía universal, medicina cuántica, medicina psiónica, medicina holográfica, medicina parapsicológica, sagrav.
	Características temporales	Cronoterapia, cronobiología
	Diagnóstico	Iridología
Medicina tradicional china	Estimulación acupuntos	Acupuntura, riodoraku, acupuntura-bioenergética, auriculoterapia, reflexoterapia, moxibustión, ventosas y sangrado chinos, boroacupuntura, dendroacupuntura, espinoterapia acupuntural, farmacoacupuntura
	Manipulación del cuerpo	Shiatzu japonés, Tuina chino
	Estimulación acupuntos	
	Movimiento del cuerpo	Qi gong, Tai chi chuan, Wu Shu
	Energía	ReiKi, Fa Gong
	Terapia biológica	Bencaología china (plantas medicinales, y elementos animales y minerales
	Alimentación, promoción de la salud	Macrobiótica, dieta china
Preventivo. Equilibrio con el	Feng sui	

	medio ambiente. Energía	
Medicina ayurvédica	Alimentación. Prevención	Naturismo, Jugoterapia, Destoxificación
	Movimiento y manipulación del cuerpo	Yoga (más de 10 variedades), Masaje depurativo y drenaje linfático
	Terapia química biológica	Herbolaria ayurvédica, Helioterapia, Hidroterapia
	Mente – cuerpo	Meditación
	Energía	Alineación de chacras, Sanación, Cristaloterapia, Toque terapéutico, Moismo, Gemología floral y foliar
Medicina hipocrática griega	Alimentación. Prevención	Naturopatía

Fuente: Diagnóstico elaborado por la dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en 2004.

Anexos 3. Pruebas estadísticas: Pruebas KMO y esfericidad de Bartlett, Análisis factoriales y matrices de covarianza.

Opción de salud Hospital IMSS

KMO y prueba de Bartlett(a)

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.608
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	176.703
	gl	105
	Sig.	.000

a Sólo aquellos casos para los que Número de consulta familiares a la clínica gratuita durante un año = 2, serán utilizados en la fase de análisis.

Varianza total explicada(a)

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.217	28.113	28.113	4.217	28.113	28.113
2	2.725	18.168	46.281	2.725	18.168	46.281
3	1.531	10.210	56.490	1.531	10.210	56.490
4	1.456	9.708	66.198	1.456	9.708	66.198
5	1.167	7.783	73.981	1.167	7.783	73.981
6	.984	6.558	80.539			
7	.751	5.004	85.543			
8	.612	4.080	89.623			
9	.427	2.848	92.471			
10	.328	2.184	94.655			
11	.296	1.975	96.630			
12	.248	1.653	98.282			
13	.118	.786	99.068			
14	.105	.701	99.769			
15	.035	.231	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a Sólo aquellos casos para los que Número de consulta familiares a la clínica gratuita durante un año = 2, serán utilizados en la fase de análisis.

Matriz de componentes(a,b)

	Componente				
	1	2	3	4	5
Localidad	.596	.067	-.195	-.651	.003
Nivel de Ruralidad	.841	.160	-.191	-.210	-.018
Edad	-.514	.275	.222	-.048	.389
Confianza en el curandero	.162	-.624	.047	.471	-.225
Confianza en el médico privado	.444	-.138	.606	-.063	.507
Confianza en el médico de la clínica	.401	-.694	.147	.176	.191
Confianza en las plantas medicinales	.351	-.692	.089	.147	.223
Tiempo sin ceder los síntomas para acudir a atención médica	.326	.565	-.017	.506	-.283
Tiempo de traslado durante el día	.954	.178	.000	-.095	.091
Tiempo de traslado durante la noche	.918	.057	-.042	.155	.065
Costo para ir al hospital IMSS	.496	-.040	.197	.164	-.307
Calidad de atención en el hospital IMSS	-.175	.495	.607	-.015	.142
Dinero máximo gastado para curar a un familiar	.271	.529	.470	.298	-.173
Ingreso	.181	-.100	.491	-.508	-.512
Nivel de dolor para atención médica	.377	.599	-.369	.212	.351

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 5 componentes extraídos

b Sólo aquellos casos para los que Número de consulta familiares a la clínica gratuita durante un año = 2, serán utilizados en la fase de análisis.

Matriz de covarianza de las puntuaciones de las componentes(a)

Componente	1	2	3	4	5
1	1.000	.000	.000	.000	.000
2	.000	1.000	.000	.000	.000
3	.000	.000	1.000	.000	.000
4	.000	.000	.000	1.000	.000
5	.000	.000	.000	.000	1.000

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Puntuaciones de componentes.

a Sólo aquellos casos para los que Número de consulta familiares a la clínica gratuita durante un año = 2, serán utilizados en la fase de análisis.

Opción de salud Médico particular

KMO y prueba de Bartlett(a)

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.609
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	102.157
	gl	55
	Sig.	.000

a Sólo aquellos casos para los que Consultas al médico particular durante un año = 2, serán utilizados en la fase de análisis.

Varianza total explicada(a)

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3.542	32.203	32.203	3.336	30.326	30.326
2	2.322	21.106	53.309	1.869	16.988	47.313
3	1.390	12.640	65.949	1.649	14.987	62.300
4	1.209	10.995	76.944	1.611	14.644	76.944

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a Sólo aquellos casos para los que Consultas al médico particular durante un año = 2, serán utilizados en la fase de análisis.

Matriz de componentes rotados(a,b)

	Componente			
	1	2	3	4
Tiempo de traslado durante el día	.947	.005	.119	.158
Confianza en el médico privado	.169	-.050	.001	.905
Nivel de ruralidad	.902	-.015	.091	.001
Confianza en las plantas medicinales	-.098	.906	-.006	-.114
Confianza en el médico de la clínica	-.100	.668	.260	.620
Tiempo de traslado a la clínica gratuita IMSS	.041	-.532	.369	-.361
Tiempo de traslado durante la noche	.878	.013	.134	.152
Que tan caro es curarse con el médico particular	-.230	-.488	-.722	.143
Localidad	.863	-.170	-.038	-.091
Que tan caro es curarse en la clínica	-.061	-.084	-.605	-.433
Ingreso	.053	-.204	.717	.008

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

b Sólo aquellos casos para los que Consultas al médico particular durante un año = 2, serán utilizados en la fase de análisis.

Matriz de covarianza de las puntuaciones de las componentes(a)

Componente	1	2	3	4
1	1.000	.000	.000	.000
2	.000	1.000	.000	.000
3	.000	.000	1.000	.000
4	.000	.000	.000	1.000

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Puntuaciones de componentes.

a Sólo aquellos casos para los que Consultas al médico particular durante un año = 2, serán utilizados en la fase de análisis.

Opción de salud Médico naturista

KMO y prueba de Bartlett(a)

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.628
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	193.534
	gl	120
	Sig.	.000

a Sólo aquellos casos para los que Número de veces que se ha atendido con el naturista = 1, serán utilizados en la fase de análisis.

Varianza total explicada(a)

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3.784	23.648	23.648	3.351	20.943	20.943
2	2.220	13.873	37.520	1.881	11.758	32.701
3	1.727	10.791	48.311	1.715	10.719	43.420
4	1.575	9.841	58.152	1.711	10.692	54.113
5	1.163	7.267	65.419	1.708	10.676	64.788
6	1.100	6.875	72.294	1.201	7.506	72.294

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a Sólo aquellos casos para los que Número de veces que se ha atendido con el naturista = 1, serán utilizados en la fase de análisis.

Matriz de componentes(a,b)

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Tiempo de traslado durante el día	.884	.128	-.137	.000	.059	.189
Ingreso	.088	.712	.137	.386	.294	.155
Confianza en las plantas medicinales	-.138	.481	-.490	.224	-.395	-.036
Nivel de ruralidad	.814	.097	-.235	-.148	.139	-.030
Número de consultas familiares al huesero	-.146	-.352	-.121	.389	.560	-.149
Edad	-.202	-.326	.579	.141	.113	.229
Tiempo de traslado durante la noche	.836	.361	-.160	-.081	.052	.080
Confianza en el médico tradicional (curandero)	-.167	.206	.068	.399	.185	-.718
Nivel de dolor para atención médica	.474	-.557	-.218	.066	.251	.232
Tiempo que debe pasar sin que cedan los síntomas para acudir a atención médica	.627	-.259	-.009	-.104	.202	-.366
Consultas al médico particular durante un año	.341	-.496	.043	.492	-.282	-.006
Dinero máximo gastado para curar a un familiar	.571	-.181	.377	.373	-.149	.098
Que tan caro es curarse en las farmacias	-.287	.462	.170	.026	.496	.350
Gasto mínimo para atender a un familiar	.296	.216	.768	.064	-.255	-.003
Número de consulta familiares a la clínica gratuita durante un año	-.446	-.243	-.446	.478	-.076	.350
Número de consultas familiares con el curandero	.308	.278	-.066	.623	-.112	-.001

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 6 componentes extraídos

b Sólo aquellos casos para los que Número de veces que se ha atendido con el naturista = 1, serán utilizados en la fase de análisis.

Matriz de covarianza de las puntuaciones de las componentes(a)

Componente	1	2	3	4	5	6
1	1.000	.000	.000	.000	.000	.000
2	.000	1.000	.000	.000	.000	.000
3	.000	.000	1.000	.000	.000	.000
4	.000	.000	.000	1.000	.000	.000
5	.000	.000	.000	.000	1.000	.000
6	.000	.000	.000	.000	.000	1.000

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Puntuaciones de componentes.

a Sólo aquellos casos para los que Número de veces que se ha atendido con el naturista = 1, serán utilizados en la fase de análisis.

Opción de salud Curandero

KMO y prueba de Bartlett(a)

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.632
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	125.174
	gl	66
	Sig.	.000

a Sólo aquellos casos para los que Número de consultas familiares con el curandero = 1, serán utilizados en la fase de análisis.

Varianza total explicada(a)

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3.391	28.259	28.259	3.177	26.473	26.473
2	2.009	16.740	45.000	1.953	16.277	42.750
3	1.577	13.140	58.140	1.576	13.137	55.887
4	1.238	10.317	68.457	1.387	11.561	67.449
5	1.002	8.353	76.810	1.123	9.362	76.810

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a Sólo aquellos casos para los que Número de consultas familiares con el curandero = 1, serán utilizados en la fase de análisis.

Matriz de componentes(a,b)

	Componente				
	1	2	3	4	5
Tiempo de traslado durante el día	.896	.080	.176	.278	-.003
Nivel de ruralidad	.908	.041	.189	-.132	.107
Confianza en las plantas medicinales	-.258	-.457	.233	-.025	.699
Tiempo de traslado a la clínica gratuita IMSS	.285	-.593	-.178	.006	.079
Calidad de atención en la clínica gratuita IMSS	-.311	.589	-.083	-.233	.534
Que tan caro es curarse en la clínica	-.247	.755	.022	.254	-.027
Localidad	.754	.338	-.230	-.318	-.005
Confianza en el médico tradicional (curandero)	-.138	-.372	.735	.214	-.033
Consultas al médico particular durante un año	.186	-.021	-.552	.475	.404
Que tan caro es curarse con el curandero	-.167	.439	.432	.571	.039
Ingre	-.042	-.268	-.537	.545	-.134
Tiempo de traslado durante la noche	.899	.081	.209	.168	.164

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 5 componentes extraídos

b Sólo aquellos casos para los que Número de consultas familiares con el curandero = 1, serán utilizados en la fase de análisis.

Matriz de covarianza de las puntuaciones de las componentes(a)

Componente	1	2	3	4
1	1.000	.000	.000	.000
2	.000	1.000	.000	.000
3	.000	.000	1.000	.000
4	.000	.000	.000	1.000

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Puntuaciones de componentes.

a Sólo aquellos casos para los que Número de consultas familiares con el curandero = 1, serán utilizados en la fase de análisis.

Opción de salud Huesero

KMO y prueba de Bartlett(a)

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.645
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	88.844
	gl	66
	Sig.	.032

a Sólo aquellos casos para los que Número de consultas familiares al huesero = 2, serán utilizados en la fase de análisis.

Varianza total explicada(a)

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.037	33.642	33.642	4.037	33.642	33.642
2	2.311	19.258	52.900	2.311	19.258	52.900
3	1.342	11.180	64.080	1.342	11.180	64.080
4	1.253	10.443	74.523	1.253	10.443	74.523
5	.956	7.970	82.493			
6	.632	5.269	87.762			
7	.430	3.580	91.341			
8	.415	3.455	94.796			
9	.251	2.088	96.884			
10	.168	1.399	98.283			
11	.137	1.138	99.421			
12	.069	.579	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a Sólo aquellos casos para los que Número de consultas familiares al huesero = 2, serán utilizados en la fase de análisis.

Matriz de componentes(a,b)

	Componente			
	1	2	3	4
Tiempo de traslado durante la noche	.883	.045	.130	-.123
Grado urbanidad	.878	.320	.203	.071
LOC	.768	.435	-.236	.027
Tiempo de traslado durante el día	.728	.032	.249	.351
Número de consulta familiares a la clínica gratuita durante un año	-.639	.387	.249	.204
Nivel de dolor para atención médica	.629	.258	.181	.215
Consultas al médico particular durante un año	-.520	.340	.387	.193
Costo para ir a la clínica gratuita IMSS	-.310	.824	.200	.057
Que tan caro es curarse con el curandero	-.150	-.728	.452	.273
Gasto mínimo para atender a un familiar	.305	-.630	.098	.455
Tiempo que debe pasar sin que cedan los síntomas para acudir a atención médica	.010	.027	.800	-.376
Número de consultas familiares con el curandero	-.281	.279	-.164	.746

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 4 componentes extraídos

b Sólo aquellos casos para los que Número de consultas familiares al huesero = 2, serán utilizados en la fase de análisis.

Matriz de covarianza de las puntuaciones de las componentes(a)

Componente	1	2	3	4
1	1.000	.000	.000	.000
2	.000	1.000	.000	.000
3	.000	.000	1.000	.000
4	.000	.000	.000	1.000

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Puntuaciones de componentes.

a Sólo aquellos casos para los que Número de consultas familiares al huesero = 2, serán utilizados en la fase de análisis.