

Mecanismos de atención materno infantiles en dos contextos comparativos: México-Beijing



67

Maternal care mechanisms in two comparative contexts: Mexico-Beijing

Ericka G. Orozco Saul^{1a}, Edith Yesenia Peña Sánchez^{2b*}

Resumen Los mecanismos de atención realizados por la madre de familia forman parte del proceso salud-enfermedad-atención para resolver problemas de salud presentados en el ámbito doméstico. Estos mecanismos emplean recursos de los diferentes sistemas de atención y varían de acuerdo al conocimiento de la enfermedad o padecimiento, la consulta de los profesionales de salud, el acceso a recursos terapéuticos, la resolución del problema o la reformulación de una nueva búsqueda de atención; todo esto integrado a un contexto cultural en donde interactúan la madre y el infante. A partir de la perspectiva antropológica, el presente estudio pretende analizar los componentes, las barreras y estrategias que fueron utilizados por cinco mujeres mexicanas mi-

Abstract The care mechanisms performed by a mother become an important part of the health-disease-care process aiming at solving a health problem presented in family. These mechanisms employ resources of the different systems of care and may vary according specific circumstances: knowledge and presentation of the disease, the reasons for seeking treatment, consultation of health professionals, access to treatment resources and their effectiveness, the disease solution or reformulation of a new care-seeking; all this integrated in a cultural context in which the mother and the patient interact with society. From an anthropological perspective, this study analyzes the components, barriers and strategies that were used by five Mexican women migrants,

¹ Médico Cirujano. Maestra en Ciencias Sociomédicas por la UNAM.

² Doctora en Ciencias Antropológicas. Investigadora Titular C-SNII del INAH.

^a orcid.org/0000-0002-6381-009X

^b orcid.org/0000-0001-7469-2183

* Corresponding author: yesenia72@hotmail.com

DOI: https://doi.org/10.14195/2182-7982_34_4

Artigo recebido a 15 de setembro de 2016 e aceite a 22 de junho de 2017

grantes, habitantes de Beijing, durante episodios de enfermedad infantil. La metodología empleada es de corte etnográfico a través de entrevistas estructuradas con las informantes y observación participante de los casos. La información se integra en cuatro categorías base asociadas a los mecanismos de atención: percepción materna del problema, accesibilidad a los recursos terapéuticos, su eficacia y el surgimiento de nuevos problemas. Los resultados describen las adaptaciones de los cuidados maternos en los mecanismos de atención durante padecimientos infantiles respiratorios a causa de las importantes barreras culturales presentadas dada la condición de migrantes.

Palabras clave: Mecanismos de atención; cuidados maternos; salud y migración; México; Beijing.

Introducción

Las aportaciones realizadas por la antropología en salud a la medicina permiten relacionar y problematizar la forma de interacción de un actor social respecto a una práctica terapéutica, los sistemas de atención y el entorno que interviene en el proceso de la salud y la enfermedad. Una de las contribuciones de esta disciplina se centra en la búsqueda de la interpretación analítica de sucesos atribuidos a las condiciones actuales de importancia global, siendo la salud relacionada con la migración internacional un área que requiere de mayor profundidad. De ahí que el pre-

residents in Beijing, during episodes of childhood disease. An ethnographic method was used through structured interviews with informants and participant observation cases. The information is integrated into four core categories associated with care mechanisms: maternal perception of the problem, access to the material and social therapeutic resources, their effectiveness and the emergence of new problems. The results show that research participants performed maternal care adaptations in their usual care mechanisms during sick child episodes due to important local cultural barriers faced by their migrant status.

Keywords: Care mechanisms; maternal care; health and migration; México; Beijing.

sente estudio aborde los mecanismos de atención para la salud infantil en contexto migratorio, desde la perspectiva de mujeres mexicanas, madres de familia y residentes de la ciudad de Beijing, China. Esta capital asiática ha incrementado el flujo de movilidad migratoria en los últimos años (Biao, 2004; China Daily USA, 2011), recibiendo un mayor número de mexicanos, considerados “migrantes calificados”, quienes reciben múltiples facilidades y la posibilidad de la reunificación familiar durante su trayectoria migratoria (OIM, 2013). Lo anterior permite que el jefe de familia proveniente de México pueda migrar a Beijing junto con todos los miembros del

hogar. Es por ello indispensable a examinar el rol de género que desempeña la mujer en esta trayectoria migratoria, puesto que el papel que ocupan las esposas suele reducirse al de acompañante (Ortiz y Mendoza, 2007; Stevens, 2010), ya que suelen abandonar su ejercicio profesional, realizando una reorientación de actividades hacia el cuidado de los miembros de la familia acorde a las circunstancias del cambio (Morokvasic, 1984; Donaldson y Howson, 2009).

Es en el cuidado de la familia que la mujer pone de manifiesto sus conocimientos de salud mediante prácticas llevadas en el ámbito doméstico. Los cuidados maternos expresan una determinada construcción sociocultural de la enfermedad o padecimiento a través del uso de los diversos modelos de atención disponibles (Menéndez, 1983; Osorio, 2001; Peña, 2012), integrando determinados recursos terapéuticos materiales y sociales que pretenden cumplir con una función preventiva-curativa en torno a la salud, principalmente de los hijos. Es así como la madre de familia participa de forma activa en el proceso salud-enfermedad-atención, partiendo de un significado psicosocial e ideológico en torno a los padecimientos que son reconocidos como problemas de salud.

El problema de salud desde la experiencia subjetiva interpretada bajo el tér-

mino de padecimiento¹ está íntimamente asociado a una red de significados particulares explicativos que parte de cinco aspectos: la causalidad de la enfermedad, la característica de las molestias o síntomas, el proceso fisiopatológico involucrado, los daños potenciales y el tratamiento requerido para lograr la curación (Kleinman, 1988). Este modelo explicativo de la enfermedad elaborado a partir de dichos significados permite elaborar la relación existente entre los cuidados maternos hacia el enfermo y la forma de su articulación con los diversos modelos médicos. Derivado de lo anterior, es así como la madre de familia se propone como una curadora no profesional dentro del ámbito doméstico, ya que es a través del modelo de autoatención donde realmente se realiza el primer nivel de atención (Menéndez, 1983).

La autoatención a través de los cuidados maternos² permite a la madre de familia procurar la salud y buen desarrollo infantil, implementando una terapéutica con recursos cuya operacionalidad permite reconocerlos como mecanismos de atención (Peña, 2012). Estos mecanismos se vinculan de manera cercana con los

¹ El término padecimiento desde la perspectiva antropológica difiere del concepto de enfermedad en cuanto a que no se basa en un proceso biológico o fisiopatológico, sino en un estado subjetivo de la persona que incorpora la percepción y la experiencia desde un constructo sociocultural (Kleinman, 1988).

² Cuidados maternos se refiere al tipo de atención que instrumenta la madre de familia respecto de sus hijos, esposo o ella misma con fines de reconocimiento y tratamiento de síntomas de enfermedad (Osorio, 2001).

sistemas de salud, considerados como la múltiple oferta del conjunto de instituciones sociales de los distintos sectores de la población y las tradiciones culturales que se desarrollan de manera deliberada para mejorar la salud (Gesler, 1991; Anzures, 2000; Moreno, 2010).

Cuando la madre de familia percibe un problema de salud en alguno de los miembros dependientes, establece el mecanismo de atención acorde a la experiencia previa del padecimiento, el acceso disponible al sistema de atención específico de la enfermedad y los recursos terapéuticos materiales y sociales con que cuenta a la mano. Este mecanismo permite reactivar recursos de los diferentes sistemas de atención que generan una retroalimentación para valorar su eficacia, la flexibilidad de la ideología en torno a la medicina y la multidireccionalidad en la atención para la búsqueda de curación y la resolución del problema. Un componente importante dentro de este mecanismo es la relación entre el médico, la madre y el paciente bajo su cuidado, ya que esta relación durante el encuentro clínico define un complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos. Las características ideales de esta relación son la empatía, estabilidad que permita dar continuidad al encuentro, veracidad durante la interacción, respeto por la autonomía, competencia profesional y ausencia de conflictos de interés (Menéndez, 1983; Girón y Beviá, 2002; Alarcón et al., 2003; Almaguer, 2009). Al tener

un carácter social, dicha relación requiere un diálogo donde se comparta un mismo sistema de códigos lingüísticos, gestos y señales corporales para cubrir ambas expectativas (Fitzpatrick, 1989; Bohórquez, 2004). Sin embargo, existen numerosos factores que limitan el diálogo, y por lo tanto la relación, tales como el modelo médico basado en la evidencia, el modelo económico de los sistemas de atención, la sobrecarga institucional, las diferencias culturales y de clase social, propiciando la estratificación jerárquica vertical en la relación, la exclusión del contexto sociocultural del paciente y limitación en la manifestación de la vivencia subjetiva del padecimiento. Lo que genera repercusiones en posicionar la atención en la curación de la enfermedad (Waitzkin y Waterman, 1984; Burbinksi y Nasser, 1990; Good, 2003).

La madre de familia cuya trayectoria migratoria permite su establecimiento y la conformación del hogar en una ciudad extranjera se ve enfrentada a la adaptación de las prácticas de los cuidados maternos en la búsqueda de curación durante el surgimiento de un problema de salud, encontrándose con nuevos y diferentes recursos terapéuticos locales, restricción de acceso o de uso de los recursos de atención previamente empleados, así como a las condiciones culturales particulares del país con sus respectivas barreras para la articulación eficaz de los mecanismos de atención con los que opera.

Los problemas relacionados al padecimiento, cuidado doméstico y los diver-

Los sistemas de salud³ se insertan dentro de la organización del Sistema de Salud estructurado para cada nación.

Para el caso de México, siendo su población de más de cien millones de personas, los datos estadísticos demuestran que las proyecciones demográficas para 2030 actualmente han sido rebasadas, mostrando con ello los procesos de cambio en cuanto a descensos de mortalidad y aumento de esperanza de vida a pesar de la transición epidemiológica de las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles y la resistencia farmacológica que presentan los antibióticos frente a las enfermedades infecciosas (OMS, 2013a; SINAVE, 2011).

El sistema de salud mexicano se conforma principalmente por dos sectores, el público y el privado. Estos sectores dividen a la población con base en características económicas para poder tener acceso a los servicios médicos: trabajadores asalariados, jubilados y las familias de éstos; autoempleados, trabajadores del sector informal, población con capacidad de pago y estudiantes universitarios. Dentro de la práctica, esta división carece de rigidez, ya que la población puede hacer uso de uno o de ambos sistemas dependiendo de la trayectoria de atención de su enfermedad y de los recursos con los

que el paciente cuente en ese momento.

Referente al sector público, México cuenta con nueve instituciones que ofrecen servicios de atención médica a dos sectores específicos de población: población trabajadora de la economía formal y población que carece de seguridad social. El sistema de salud se encuentra administrado por tres diferentes instancias: hospitales, instituciones públicas y centros primarios de atención. En cuanto a los niveles de atención, éstos se comprenden como la forma estratificada de organización de los recursos para satisfacer las necesidades de la población (Vignolo, 2011), ya que las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios sino con base en los problemas de salud para ser resueltos. En México, a raíz de los esfuerzos tras la conferencia de Alma Ata, se fortalecieron las unidades médicas de primer nivel de atención, incorporando además de la biomedicina el fomento a las actividades de autocuidado personal así como las actividades en promoción a la salud comunitaria. México cuenta con segundo y tercer niveles de atención respectivamente, aquellas encargadas de atender las patologías de menor prevalencia donde intervienen médicos y personal de salud con áreas de experiencia en cada una de las especialidades y subespecialidades que conforman la biomedicina en Occidente. Dichos niveles se encuentran también divididos por la conformación de los sectores público y privado, haciendo que los usuarios con seguridad social

³ Para Pedersen, cada sistema de salud se define como el conjunto de recursos humanos, tecnológicos y de servicios destinados específicamente al desarrollo y la práctica de una medicina para la asistencia de la salud individual y colectiva (tomado de Peña y Hernández, 2013).

puedan a su vez tener acceso tanto a las instituciones de seguridad social como a las privadas, siempre y cuando cuenten con la capacidad de pago. Esto no aplica para los pacientes carentes de seguridad social, quienes se encuentran con la necesidad de hacer uso de recursos privados o de instituciones asistenciales.

Por otro lado, el sector privado presta atención médica a la población que independientemente de su tipo de actividad económica, cuente con la suficiente capacidad de pago acorde a las tarifas establecidas por cada institución o prestador de servicios médicos. Ampliando la compleja perspectiva de la atención a problemas de salud, en México se contempla una amplia oferta de prácticas terapéuticas que incluyen distintas ideologías y sectores de la población. De acuerdo con Peña y Hernández (2013), coexisten aquellas de origen naturalista vinculado al saber tradicional y a otros métodos de atención alternativos, tales como el naturismo, con el empleo principalmente de agentes naturales orgánicos, y las tradicionales indígenas ofrecidas por curanderos (hierberos, sobanderos, hueseros y parteras), haciendo uso de los recursos naturales del entorno local. Dentro de la variedad de prácticas terapéuticas, se encuentran también las psico-religiosas, como las espiritualistas con base en el conocimiento sagrado y sobrenatural, la práctica biomédica o científica que forma parte del sistema de salud oficial que se ha abordado previamente y finalmente las de tipo mixto, donde los su-

jetos integran saberes de diferente origen para resolver sus problemáticas de salud.

Las prácticas terapéuticas de origen naturalista que se encuentran ligadas al saber tradicional incluyen elementos importantes de la vasta herbolaria mexicana que actualmente están cobrando un papel relevante en cuanto a la atención de enfermedades. Aunque existan diversos obstáculos como escaso respeto y conservación de los recursos naturales herbolarios, limitados apoyos jurídicos y financieros para los terapeutas, así como la pobre iniciativa de considerarla como práctica oficial en el sistema de salud, la medicina tradicional mexicana es defendida y promovida por diversas instancias, tales como el Instituto Nacional Indigenista (INI), la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ya que contemplan el apoyo a terapeutas tradicionales dentro de sus proyectos con la finalidad de salvaguardar la importancia que tiene dicha práctica en el proceso salud enfermedad en la cultura mexicana (Nigenda et al., 2001).

Una parte significativa de la población mexicana, además de emplear las prácticas biomédicas o científicas, incorpora en la atención de los padecimientos la medicina tradicional con fines curativos y para la preservación de la salud en todas las etapas de la vida, siendo para grandes sectores poblacionales una forma importante de identidad cultural.

En contraste con México, el sistema de salud en China ha sufrido importan-

tes transformaciones. Tras la revolución cultural que generó gran impacto a nivel socioeconómico, el gobierno chino puso en marcha una importante reforma sobre el sistema de seguridad social, incluyendo las reformas de los regímenes de pensiones y de salud. Esto tuvo un gran impacto en la organización del sistema de bienestar público, mediante el empleo de una serie de experimentos locales⁴, de los cuales algunos de los modelos particulares fueron seleccionados para la aplicación nacional que hasta el momento ha prevalecido dentro del sistema de salud.

El sistema de salud en China se encuentra regulado por la Comisión Nacional de Planificación Familiar y Salud, descentralizado y operado mediante las Agencias de Salud de las 31 provincias y regiones autónomas que conforman al país. El antiguo Ministerio de Salud (MS) se fusionó recientemente con la Comisión Estatal de Planificación Familiar después del 18.º Congreso Popular celebrado en marzo de 2013 (Swedish Agency for Growth Policy Analysis, 2013).

El sistema de salud se encuentra administrado por tres diferentes instancias: Hospitales, instituciones públicas y cen-

tros primarios de atención. China cuenta con los tres niveles de atención dentro de su sistema de salud, focalizando el esfuerzo en el primer nivel de atención primaria, elaborando reformas para la cobertura universal. Tras Alma Ata en 1978, se integró en la atención primaria el sistema médico cooperativo (CEPAL-UNICEF, 2013), actualmente ocupando más del 70% de la infraestructura del sistema en salud. A lo largo de la historia y del proceso de “occidentalización” de la medicina china, las especialidades biomédicas conforman el actuar médico concentrado en las urbes del país y en la atención primaria enfrentando los retos de abasto en medicamentos y acceso a los recursos médicos (OMS, 2013b; Zhou et al., 2014).

Sin embargo, a pesar de esta creciente y acelerada occidentalización de los recursos que conforman la atención médica en China, es importante señalar el peso y la participación que tiene su medicina tradicional⁵. Posterior a la revolución de 1949, el partido comunista chino decidió incorporar oficialmente al sistema nacional de salud los conocimientos y recursos de la práctica milenaria tradicional, esto con la finalidad de contribuir en la recuperación identitaria popular dentro del nuevo con-

⁴ En la década de los años sesenta, el sistema médico cooperativo rural llevó a la institucionalización nacional de los “médicos descalzos”, cuya composición principal estaba regida por campesinos con formación básica en cuanto a conocimientos de medicina occidental, medicina tradicional china e higiene. La finalidad del objetivo era lograr la cobertura en salud en donde el acceso a profesionales médicos resultaba difícil (Biao, 2004).

⁵ La medicina tradicional china contempla la salud como un equilibrio del ser en relación con él mismo y sus prácticas cotidianas, su grupo de convivencia y al medio ambiente natural. Existen distintos componentes o disciplinas prácticas que conforman el conjunto de la medicina tradicional china, destacando la acupuntura, moxibustión, ventosas, tui na, qi gong y la herbolaria (Aparicio, 2004).

texto sociopolítico (Reyes, 2008). Con el devenir de los años y la apertura de China hacia occidente, se mostró la riqueza e importancia de su medicina a través de las condiciones poblacionales y las prácticas médicas, logrando así que organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud reconociera su estructura e impacto social en el contexto moderno para incorporar estrategias necesarias para su implementación en los modelos de atención (OMS, 2013c).

En relación a esta medicina y la infraestructura que la soporta, en China los hospitales públicos son considerados como la columna vertebral de los servicios de salud urbanos en las grandes ciudades del país (Hougaard et al., 2008). Estos hospitales, siguiendo el mismo criterio de niveles de atención, se clasifican en tres niveles, de acuerdo a los criterios médicos para tratar padecimientos de alto perfil epidemiológico con simple manejo y cuidado, patologías que requieran intervenciones especializadas en segundo nivel y aquellas enfermedades que deben ser tratadas por especialistas en un tercer nivel de atención. En cuanto a la administración de la infraestructura de la medicina tradicional, los principales hospitales son organizados por el Ministerio de Salud y financiados por el gobierno del partido comunista chino. Todos los hospitales de segundo y tercer nivel son administrados por cada gobierno de las 31 provincias/regiones autónomas de China.

El mayor empuje que tiene la medi-

cina tradicional china actualmente es el estudio de los componentes materiales naturales que la conforman. En 1990, fue publicada la *Farmacopea de la República Popular de China*, registrando más de 3000 plantas medicinales y cerca de 300 formulaciones herbales (cada una empleando entre 4 y 12 ingredientes por formulación) en diferentes presentaciones, tales como extractos, jarabes, polvos, infusiones, ampulas, cápsulas, etc. (National Cancer Institute, 2011). Esta exploración, investigación y explotación de recursos naturales y ancestrales ha llevado ambiciosamente a China a fortalecer su economía en el rubro farmacéutico, ya que en 2007 se registró que el 40% del mercado lo conformaban los productos de la herbolaria tradicional. En términos de volumen de venta, los medicamentos herbales representan las dos terceras partes de las medicinas ofertadas en todo el país (Price Waterhouse Coopers, 2009).

Uno de los principales retos que enfrenta el gobierno de China en cuanto a su medicina tradicional, en concreto con la calidad de producción y venta de los productos herbales, es su regulación sanitaria en cuanto a la seguridad y eficacia de los componentes de las formulaciones elaboradas en las farmacéuticas y laboratorios del país. Existe para esto la Administración China de Medicamentos y Alimentos quien se encarga de establecer las normas administrativas y operativas de manufactura y la impartición de sanciones en los casos detectados de corrupción (CFDA, 2014).

La mayor parte de la población china además de usar la medicina tradicional con fines curativos, hace uso de sus múltiples recursos para promover el autocuidado y el fomento a la preservación de la salud en todas las etapas de la vida. Esta medicina es percibida y experimentada como una filosofía de vida, una práctica extendida a las diversas áreas que conforman la actividad cotidiana, algo mucho mayor que el encuentro clínico delimitado dentro de un consultorio frente a un profesional médico. A través de los siglos, la medicina tradicional ha formado parte importante de la cosmovisión y de la identidad del pueblo chino, nutriendo el estilo de vida, la ideología y otros componentes de la cultura como la alimentación, la vivienda y las festividades.

Objetivo

El abordaje del presente trabajo, desde la perspectiva antropológica, permite dar cuenta de la forma de articulación de los mecanismos de atención maternos frente a los problemas de salud infantiles en dos contextos geográficos y culturales de forma comparativa a través de la vivencia subjetiva de las participantes. El enfoque biocultural de aproximación a la problemática salud-enfermedad permite una acercamiento relacional y pluricultural para dar como resultado la descripción y el análisis de las prácticas y representaciones en torno a los cuidados maternos

a través de las estrategias de adaptación dentro de la experiencia migratoria.

Material y Métodos

La presente investigación es de tipo descriptivo-analítico, realizada entre los años 2011 al 2014, con diversas estancias de campo en la ciudad de Beijing, China. Del universo de mexicanos migrantes calificados en Beijing, se delimitó a la población de familias mexicanas residentes, las cuales presentaban antecedentes migratorios como experiencia de trayectoria personal, manejo del idioma chino mandarín para determinar la interacción con la sociedad receptora y la presencia de hijos en edad escolar para establecer la experiencia materna en torno al cuidado infantil frente a los problemas de salud. Se seleccionaron cinco casos de mujeres participantes, cuyos criterios de inclusión contemplaron: estancia en Beijing mayor a 6 meses, que la familia tuviera uno o más hijos en edad escolar, un estatus migratorio legal y una fuente de trabajo estable. Los criterios de exclusión fueron: estancia en Beijing menor a 6 meses durante el periodo 2012-2013, estancias intermitentes o viajes frecuentes al extranjero, la ausencia de hijos, estatus migratorio irregular y que el jefe de familia fuera estudiante o con trabajo inestable.

La metodología es de tipo cualitativo, que triangula la observación participante con los datos obtenidos de las entrevistas y los recursos teóricos, lo que proporcio-

na una fuente de información descriptiva, detallada y específica de la experiencia de los informantes. También facilita la creación de una estructura básica que permite la organización y la sistematización de componentes y categorías específicas tomadas de la percepción y acciones realizadas por las participantes para elaborar un análisis y una discusión con relación al marco teórico de referencia.

Características de los casos

Las cinco mujeres mexicanas participantes llevaban por lo menos un año habitando la ciudad de Beijing, intervalo de tiempo suficiente que les permitió presenciar por lo menos un episodio de enfermedad infantil, conocer e integrar en sus prácticas de cuidados maternos los recursos locales materiales de la medicina tradicional china y occidental, los ser-

vicios de salud para extranjeros, así como los recursos sociales de apoyo conformados. A continuación se presenta la tabla 1 donde se desglosan las características de las madres informantes.

Resultados

Para analizar la estructura y la operatividad del mecanismo de atención, se parte de considerar que los cinco casos estudiados, previo a su migración, obtuvieron la mayor parte de los conocimientos y la experiencia respecto a las prácticas higiénicas y de autoatención infantil a través de dos actores principales: los médicos que daban seguimiento al crecimiento y desarrollo pediátrico, así como otras mujeres (madres, suegras, hermanas y amigas) cercanas a las cinco participantes. Los recursos terapéuticos materiales aprendidos y empleados por la madre

Tabla 1. Características de los casos participantes.

Madre de familia	Actividad y grado de escolaridad	Género y edad de los hijos	Años de residencia en Beijing	Actividad económica del jefe de familia
Daniela	Diplomática Licenciatura	Hombre-9 años	5 años	Empleado
Lucía	Ama de casa Preparatoria	Hombre-10 años Mujer-8 años	1 año y medio	Diplomático
Marina	Estudiante, ama de casa Posgrado	Mujer-14 años Mujer-12 años	5 años	Empleado
Leticia	Ama de casa Licenciatura	Hombre-10 años Mujer-8 años Hombre-9 meses	5 años	Empleado
Pilar	Ama de casa Licenciatura	Hombre-11 años Mujer-9 años	1 año	Piloto aeronáutico

Fuente: Orozco, 2015.

de familia en su mayoría fueron fármacos biomédicos como antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y remedios case-ros de conocimiento popular.

Se tomó para la reconstrucción del padecimiento aquella enfermedad con mayor recurrencia en los hijos de las familias tanto en México como en China, siendo considerada la afección de las vías respiratorias altas la patología predominante. Ante el modelo explicativo mater-no, el “catarro común” engloba signos y

síntomas característicos como: dolor a la deglución, ojos congestionados, escur-rimiento nasal, falta de apetito, irritabili-dad y cansancio. Como dato cardinal se encontró la tos seca o productiva. La per-cepción materna en cuanto a la gravedad del padecimiento fue determinado por la presencia de fiebre o bien la persistencia sintomática por más de 48 horas.

A continuación se presenta la tabla 2 que engloba los principales aspectos en cuanto a los mecanismos de atención du-

Tabla 2. Experiencia de padecimiento en México.

Madre de familia	Percepción del problema de salud	Acceso a recursos	Estrategias Empleadas	Eficacia Percibida	Problemas Presentados
Daniela	Tos Hiporexia	Fácil accesibilidad a: Recurso social (familia)	Autoatención y si no mejora, consulta con curador biomédico	Eficacia que resuelve el problema de salud presentado	Inexperiencia materna inicial, generando preocupación hacia cuidados maternos
	Causalidad por infección	Recurso material (fármacos y alimentación)			
Lucía	Tos Odinofagia	Fácil accesibilidad a: Recursos sociales (familia política) y Recursos Materiales (remedios caseros fármacos)	Autoatención con intervención familiar, si no mejora, consulta con curador biomédico	Eficacia que resuelve el problema de salud presentado	Inexperiencia materna, generando conflictos con familia política
	Causalidad por enfriamiento corporal				
Marina	Tos Odinofagia	Fácil accesibilidad a: Recursos sociales (familia) y Recursos Materiales (remedios caseros fármacos y alimentación)	Autoatención doméstica, si no mejora, consulta con curador biomédico	Eficacia que resuelve el problema de salud presentado	Inexperiencia materna inicial generando preocupación hacia los cuidados maternos
	Causalidad por infección				
Leticia	Tos Rinorrea	Fácil accesibilidad a: Recurso social (familia)	Autoatención doméstica, si no mejora, consulta con médico homeópata	Eficacia que resuelve el problema de salud presentado	Inexperiencia materna inicial generando preocupación hacia los cuidados maternos
	Causalidad por enfriamiento e infección	Recurso Material (remedios caseros homeopatía)			
Pilar	Tos productiva Odinofagia	Fácil accesibilidad a: Recurso social (familia)	Autoatención, si no mejora, consulta con curador biomédico	Eficacia que resuelve el problema de salud presentado	Inexperiencia materna inicial generando preocupación hacia los cuidados maternos
	Causalidad infección	Recurso Material (remedios caseros y fármacos)			

Fuente: Datos propios, 2011–2014.

rante el padecimiento experimentado en México:

Los mecanismos de atención articulados por los cinco casos durante una afección de vías respiratorias altas padecidas en México iniciaron con la percepción del padecimiento como resultado de la observación de síntomas y alteraciones de la actividad cotidiana del niño. La causalidad estaba determinada por los cambios de temperatura ambiental aunados a la acción patógena de agentes microbiológicos, dando inicio a los cuidados maternos con el respaldo simultáneo de los recursos sociales. Al momento de consultar con un curador profesional, el sistema de atención elegido fue el biomédico gracias a la disponibilidad de oferta de médicos, la referencia hacia un terapeuta de confianza, la cobertura del seguro médico y la cercanía geográfica de los servicios.

Los mecanismos de atención estuvieron marcados por el constante uso del sistema biomédico, fueron varias las razones por las cuales las participantes incorporaron a su búsqueda la atención de curadores profesionales: si el enfermo era primogénito o lactante, esta vulnerabilidad del niño incrementaba la preocupación por aprender del padecimiento y de su terapéutica; el agravamiento de los síntomas respiratorios que no respondían a los cuidados, o por sugerencia de otra persona cercana a la madre de familia.

El problema predominante que se presentó durante la búsqueda de atención en todos los casos fue la percepción

de inseguridad e inexperiencia de la maternidad en torno a los primeros hijos que padecieron la enfermedad.

En cuanto al mecanismo de atención articulado en Beijing, los cuidados maternos variaron en tres puntos: el origen causal de la patología, la incorporación de nuevos recursos para la autoatención y, por último, la limitación de acudir al sistema de atención biomédica. Como se muestra en la tabla 3, son diversos los aspectos modificados durante el padecimiento experimentado en Beijing.

En la percepción materna de la causalidad de la afección respiratoria, preponderó la problemática ambiental, incrementando con esto también el número de eventos a comparación de su experiencia en México. En cuanto a la incorporación de nuevas terapéuticas, destacó el uso de alimentos y compuestos herbolarios de la medicina tradicional china durante la autoatención. Los motivos de apoyo en terceras personas como recursos sociales se centraron en la necesidad de aprender e integrar los nuevos recursos materiales, la identificación de los factores de riesgo para fortalecer las prácticas higiénicas, contar con una adecuada recomendación durante la búsqueda de curadores profesionales, así como el acompañamiento emocional frente a la problemática presentada y el estrés desencadenado.

Los aspectos que incrementaron la vulnerabilidad del niño enfermo y los cuidados maternos fueron los siguientes: las barreras u obstáculos que cada participan-

Tabla 3. Experiencia de padecimiento en Beijing, China.

Madre de familia	Percepción del problema de salud	Acceso a recursos	Estrategias Empleadas	Eficacia Percibida	Problemas Presentados
Daniela	Tos Hiporexia	Difícil acceso a variedad de curadores	Autoatención doméstica con fármacos, alimentación, si no resuelve, búsqueda curador y terceras personas	Aut atención eficaz Atención por curador profesional ineficaz	Limitación en la oferta de recursos biomédicos Dificultad manejo del idioma Altos costos de atención
	Causalidad por infección y contaminación	Fácil acceso a: Recurso social (terceras personas)			
Lucía	Tos Odinofagia	Difícil acceso a variedad de curadores	Autoatención doméstica con fármacos, medicina tradicional china, alimentación, si no resuelve, búsqueda de terceras personas para búsqueda resolución del problema	Autoatención pobremente eficaz Atención por curador profesional ineficaz Herbolaria china eficaz	Altos costos de atención por falta de seguro médico Conflictos intrafamiliares Dependencia de otras personas para resolver el problema de salud
	Causalidad por enfriamiento corporal y contaminación ambiental	Fácil acceso a: Recurso material (herbolaria china) Recurso social (terceras personas)			
Marina	Tos Odinofagia	Difícil acceso a variedad de curadores	Autoatención con uso de medicina tradicional china, si no resuelve, curador tradicional chino, si no resuelve, curador biomédico	Autoatención eficaz Medicina tradicional china eficaz Curadores biomédicos ineficaces	Limitación en la oferta de recursos biomédicos Dificultad en el manejo del idioma Altos costos de atención
	Causalidad por cúmulo de chi y contaminación ambiental	Fácil acceso a: Recurso material (herbolaria china) Médicos tradicionales			
Leticia	Tos Rinorrea Fiebre	Difícil acceso a variedad de curadores	Autoatención con uso de homeopatía, alimentación y remedios caseros, si no resuelve, búsqueda curador biomédico	Autoatención eficaz Curadores biomédicos ineficaces	Dificultad en el manejo del idioma Distancia geográfica de los servicios de salud para extranjeros Desconfianza medicina china y curadores biomédicos
	Causalidad por Contaminación ambiental e infección	Dificultad para acceso a recurso material (homeopático) Fácil acceso a Recurso social (terceras personas)			
Pilar	Tos productiva Odinofagia	Difícil acceso a variedad de curadores	Autoatención con uso de fármacos, herbolaria china, alimentación y remedios caseros, si no resuelve, búsqueda de terceras personas, si no resuelve, búsqueda curador biomédico	Autoatención eficaz Curadores biomédicos ineficaces Herbolaria china eficaz	Altos costos de atención Dificultad en el manejo del idioma Distancia geográfica de los servicios de salud Situación emocional familiar
	Causalidad por desequilibrio emocional y contaminación ambiental	Fácil acceso a: Recurso material (herbolaria china) Recurso social (terceras personas)			

Fuente: Datos propios, 2011–2014.

te tuvo que enfrentar en el mecanismo de atención, la percepción negativa hacia los médicos trabajadores de la principal institución privada para la salud de los extranjeros y, por último, como resultado de los dos puntos anteriores, la micro adaptación realizada en el ámbito de la autoatención para buscar resolver el problema de salud.

De las barreras presentadas se mencionan: la limitación en el número de ofertas terapéuticas por parte de los médicos que cumplieran con requisitos que para las participantes resultaban importantes, como el costo de la atención, trato amable y competencia profesional.

Otro obstáculo focalizado es el manejo del idioma (ejemplo, inglés o mandarín) durante el encuentro clínico, ya que la interacción en consulta demandaba el uso de terminología técnica que las participantes no dominaban. Esto llevó al condicionamiento en la forma de expresión de las molestias presentadas por el niño enfermo, las acciones de cuidados maternos realizados, las principales preocupaciones o la elaboración de preguntas respecto al padecimiento y/o tratamiento establecido por el médico.

Aunado a la limitación de ofertas terapéuticas y el idioma, también se problematiza el tipo de la relación con el médico consultante durante el encuentro clínico, es decir, la interacción entre la madre, el hijo enfermo y el profesional curador que brinda la atención para la resolución del problema de salud. La percepción materna acerca del personal de salud tuvo un

papel determinante en cuanto a la eficacia conferida al tratamiento biomédico. La deficiencia de la eficacia percibida desde la dimensión relacional, ya que además del limitado diálogo, en todos los casos en ningún momento percibieron que los mensajes emitidos por los médicos estuvieran ligados a una vinculación del tipo afectivo, ya que la imagen proyectada por los médicos fue impersonal, distante e indiferente respecto a la vida personal de la familia, las preocupaciones referidas sobre el problema de salud y la detallada exploración física pediátrica con la consecuente prescripción terapéutica debidamente explicada. Esta percepción negativa fue fomentada gracias a información compartida por otras personas cercanas con experiencias similares durante los encuentros clínicos en las instituciones de salud para extranjeros. Entre los puntos percibidos, destacó la falta de preparación del médico en cuanto a conocimientos actualizados, la frecuente rotación de los profesionales que impedía un adecuado seguimiento de la evolución del enfermo, la inaccesibilidad para consultar al médico sin tener que pagar una nueva consulta y el desacuerdo entre el enfermo y el profesional respecto del tratamiento farmacológico prescrito.

A continuación se muestra la figura 1, en la que se observan las diferentes percepciones maternas y las consecuencias presentadas en torno a la relación médico paciente frente al problema de salud infantil:

Los conceptos y actitudes como la desconfianza materna hacia el quehacer



Figura 1. Percepciones y consecuencias maternas del recurso biomédico en Beijing, China.

médico, la incomprensión hacia el juicio clínico y la desacreditación del saber biomédico frente al padecimiento consultado, abarcando desde el diagnóstico establecido, el tratamiento ofertado y la resolución o curación del problema de salud, generaron como consecuencia los cuidados maternos articulados bajo estas premisas: falta del apego terapéutico recomendado por el médico, incumpliendo o suspendiendo las prescripciones farmacológicas, la búsqueda continua de otros recursos, incluyendo nuevos recursos tradicionales y terceras personas relacionadas con la madre de forma directa (a través de la autoatención brindada por otra curadora no profesional) o indirecta (solicitud de recursos terapéuticos importados o intervención para la consulta con otros profesionales recomendados). Estas consecuencias podemos considerarlas como micro adaptaciones de los cuidados maternos, resultan en interacciones de vinculación durante los subsecuentes encuentros clínicos que predisponen a la

réplica y continuidad de dichas percepciones maternas, fomentando con esto la autoatención materna y el distanciamiento en el uso de los recursos institucionales biomédicos durante la articulación de los mecanismos de atención para la solución del problema de salud.

A manera de esquematizar los mecanismos de atención en ambos contextos comparativos, se presentan a continuación las siguientes figuras ilustrativas (Figuras 2 y 3).

La comparación de ambos esquemas permite observar el mayor empleo de la autoatención dentro del ámbito doméstico para el caso de los mecanismos de atención articulados en China. La incorporación de nuevos agentes causales de padecimientos respiratorios llevó a la búsqueda de la integración de recursos terapéuticos de fácil uso y adquisición, tales como: aparatos caseros de filtrado de aire, mascarillas personales, jarabes expectorantes, tónicos y preparados herbales de la medicina tradicional china. Esto



Figura 2. Estructura General de los mecanismos de atención maternos en México frente a los problemas de salud infantil.

Fuente: Modificado de Peña (2012).

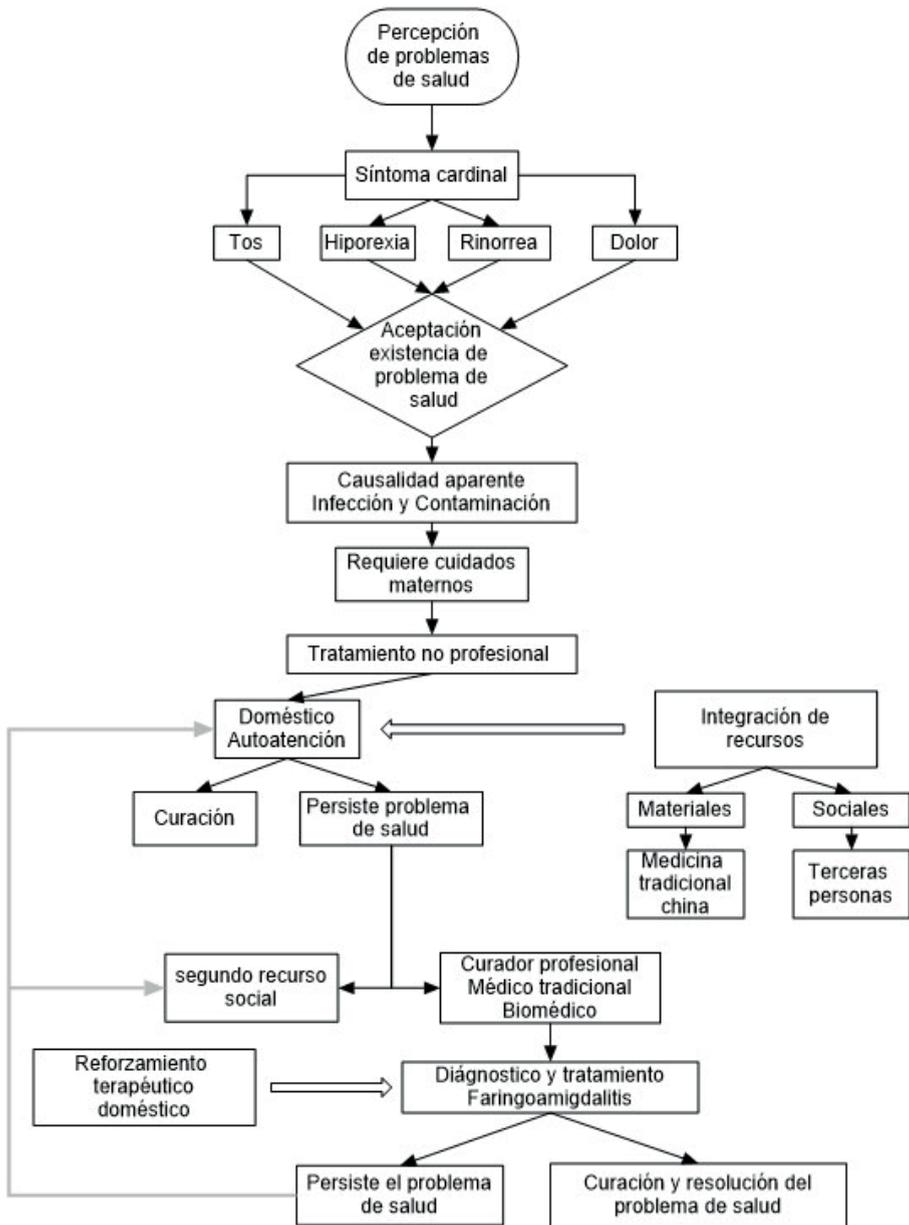


Figura 3. Estructura general de los mecanismos de atención maternos en Beijing frente a los problemas de salud infantil.

Fuente: Modificado de Peña (2012).

permitió a las participantes incrementar el repertorio de elementos de ayuda para consolidar el cuidado materno en casa, ya que, por otro lado, a pesar de existir los servicios biomédicos de salud dispuestos a otorgar un diagnóstico y tratamiento del padecimiento respiratorio, las percepciones maternas y sus consecuencias en torno al encuentro clínico fueron un factor determinante para la micro adaptación en el mecanismo de atención.

Otro elemento comparativo durante el mecanismo de atención mostrado en el esquema de Beijing fue el reforzamiento terapéutico elaborado por las madres de familia: esta estrategia de micro adaptación elaborada por las participantes les permitía complementar o modificar uno o varios recursos terapéuticos materiales tras el encuentro clínico biomédico en donde se haya otorgado alguna prescripción farmacológica, pero que, a criterio materno, esta prescripción no haya resultado lo suficientemente eficiente por sí misma como para resolver el problema de salud infantil. El reforzamiento terapéutico de iniciativa materna pretendía conjuntar los recursos necesarios aplicados al paciente, sin conocimiento o aprobación médica, como medida de curación frente a los obstáculos anteriormente descritos.

Discusión

Los mecanismos de atención frente al problema de salud infantil articulados en

dos países distintos estuvieron sujetos al contexto terapéutico y cultural donde la madre de familia llevó a cabo los cuidados maternos. De forma inicial en los cinco casos los mecanismos daban comienzo a la búsqueda de atención al momento de identificar los síntomas cardinales del padecimiento de vías respiratorias. Sin embargo, durante el mecanismo articulado en China, a la causalidad del padecer le fueron agregados dos agentes nocivos, uno propio del ambiente contaminado y el segundo derivado de la medicina tradicional china. La incorporación de estos nuevos agentes causales lleva a considerar que en los modelos explicativos propuestos por Kleinman (1988) la elaboración del conocimiento sobre un padecimiento se ve influenciada por los cambios de los entornos ambientales y sociales de la migración. En cuanto a los cuidados maternos, de acuerdo con Osorio (2001), la necesidad de micro adaptación a un nuevo contexto en donde interactúa la enfermedad y la búsqueda de curación generó en las madres de familia la flexibilización de recursos sociales al incorporar terceras personas que contaran con las herramientas o habilidades necesarias para poder representar una fuente de apoyo. Este recurso flexibilizado se articuló de dos formas: simultáneamente durante la atención doméstica dentro de una horizontalidad temporal acorde a la evolución del padecimiento, o bien la solicitud de apoyo surgía al momento de reconocer la limitación para resolver el problema de salud

habiendo agotado todos los recursos terapéuticos materiales durante la autoatención doméstica. El modelo de Mecanismo de Atención propuesto por Peña (2012) permitió la conceptualización y operatividad de la integración de los recursos terapéuticos materiales locales durante el problema de la afección respiratoria vivida en China, ya que las participantes de esta forma ampliaron el rango de acción respecto a la atención del problema de salud infantil y los obstáculos culturales presentados durante la búsqueda de curación en su experiencia migratoria.

Tiene relevancia en el presente trabajo uno de los mayores obstáculos presentados durante la búsqueda de curación en los mecanismos de atención: la relación madre-curador profesional durante el encuentro clínico. Es sabido que la forma de relación entre el médico y el paciente se crea dentro de un encuentro entre quien requiere ayuda y quien la otorga, dependiendo de las circunstancias culturales y científicas acorde a la situación histórica-geográfica. De acuerdo con Laín Entralgo (1969), en el desarrollo de la relación médico paciente existen momentos simultáneos no lineales con ciertas particularidades, de los cuales resulta pertinente comentar: el momento operativo, cognoscitivo, y el momento afectivo. El primer momento abarca desde la solicitud de consulta, la interacción social en el encuentro clínico y la prescripción farmacológica. Este momento se encontró limitado en el contexto chino dada la limitada oferta de

curadores profesionales, la saturación de los servicios médicos del principal centro hospitalario para extranjeros y los altos costos de la atención pediátrica. El segundo momento consiste en la forma que tiene el curador profesional para construir un diagnóstico para el enfermo. En este sentido, la interacción entre dos personas para el diálogo e intercambio de información para la creación de significados se encontró afectada por la diferencia de idiomas entre la madre y el médico, además de la percepción materna negativa en torno a la preparación y capacidad de resolución de los padecimientos infantiles. Este momento debilitado se relaciona con el tercer momento afectivo, ya que aunque existió una aspiración para la curación del padecimiento dentro del mecanismo de atención, la pobre vinculación con el curador profesional derivó en un escaso compromiso terapéutico. Esto originó, en los cinco casos estudiados, la implementación del reforzamiento terapéutico. Este reforzamiento, como micro adaptación de los cuidados maternos, permitió a la madre modificar, eliminar o agregar recursos terapéuticos al tratamiento establecido por el médico tratante.

Este cambio como estrategia de resolución frente al padecimiento infantil tuvo dos vertientes importantes a considerar: un aspecto positivo, donde la curación y resolución del problema de salud partió de la experiencia materna del cuidado del padecimiento y la eficacia del mecanismo de atención que incluyó nuevos

recursos sociales y materiales. El segundo aspecto de riesgo negativo incluyó el uso de los recursos terapéuticos locales de la medicina tradicional sin la aprobación o supervisión del curador profesional quien pudiera otorgar a la madre de familia las recomendaciones necesarias para la adecuada administración, vigilancia de efectos secundarios o síntomas de interacción medicamentosa, así como probable intoxicación por mal manejo de dosis. En este punto, cabe señalar que la noción materna de “inocuidad” respecto a los recursos herbolarios tradicionales chinos representa potencialmente un factor de riesgo durante la automedicación de los cuidados maternos en los padecimientos respiratorios infantiles, puesto que todas las sustancias químicas de los compuestos herbales ejercen un determinado efecto en las funciones fisiológicas. Al no emplearse de forma correcta el compuesto, resulta factible la generación potencial de nuevos riesgos para la salud.

Se puede argumentar que la forma de relación médico-paciente de las madres de familia con los curadores profesionales en un contexto migratorio puede tener repercusiones en los mecanismos de atención. De acuerdo con el modelo de King (1981), la interacción entre el profesional de la salud y quien recibe la ayuda médica tiene una perspectiva sistémica, incluyendo las relaciones entre los sistemas personales, interpersonales y sociales. Cuando la madre de familia agota los recursos de autoatención y necesita entonces de acti-

var la búsqueda de terapeutas profesionales para la curación del padecimiento, tras el encuentro clínico genera percepciones que constituyen el fundamento de juicios acerca de su interlocutor, es decir, el curador profesional, culminando en acciones de reforzamiento terapéutico, falta de compromiso relacional, percepción negativa en torno a la cultura médica local, derivando con esto en nuevas percepciones culturales, juicios y acciones que transmite al interior de su grupo migratorio y a otras madres de familia quienes participan en los procesos de salud-enfermedad-atención en la sociedad receptora de sus trayectorias migratorias.

Referencias

- Alarcón, A. M.; Vidal, A.; Neira Rozas, J. 2003. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile* [Online], 131: 1061-1065. [Consultado el 16/10/2017]. DOI: 10.4067/S0034-98872003000900014.
- Almaguer, J. A. 2009. *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. 2ª edición. México, Secretaría de Salud.
- Anzures, M. 2000. *Sistemas terapéuticos y conflictos culturales*. In: Villalba, J. (comp.) *Medicina tradicional en México*. México, Instituto Nacional de las Enfermedades Respiratorias: 55-78.
- Aparicio, A. J. 2004. Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la

- idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas. *Gazeta de Antropología* [Online], 20. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7256>.
- Biao, X. 2004. Migration and Health in China: Problems, Obstacles and Solutions. *Asian Meta Centre Research Paper Series* [Online], 17: 1-39. Disponible en: http://www.childmigration.net/Biao_2004.
- Bohórquez, F. 2004. El diálogo como mediador de la relación médico paciente. *Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa* [Online], 1(1). Disponible en: <http://revista.iered.org/v1n1/>.
- Burbinski, B.; Nasser, M. 1999. Reflexiones acerca de las relaciones médico-pacientes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 97(1): 46-46. [Consultado el 20-12-2015]. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/1999/99_43_46.pdf.
- CEPAL-UNICEF — Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2013. *Desafíos* [Online], 16. [Consultado el 5-05-2011]. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Desafios-16-infancia_urbana.pdf.
- CFDA — China Food and Drug Administration. 2014. *Regulatory Guide* [Online]. [Beijing], CFDA [Consultado el 20-05-2015]. Disponible en: <http://eng.cfda.gov.cn/WS03/CL0759/>.
- China Daily USA. 2011. Almost 600,000 foreigners counted in China [Online]. [New York], *China Daily USA*. [Consultado el 30-09-2011]. Disponible en: http://usa.chinadaily.com.cn/china/2011-04/30/content_12425625.htm.
- Donaldson, M.; Howson, R. 2009. Men, Migration and Hegemonic masculinity. In: Donaldson, M.; Hibbins, R.; Howson R.; Pease, B. (eds.) *Migrant Men: Critical Studies of Masculinities and the Migration Experience*. New York, Routledge: 210-217. Disponible en <http://ro.uow.edu.au/artspapers/191/>.
- Fitzpatrick, R. 1989. *La enfermedad como experiencia*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Gesler, W. M. 1991. *The cultural geography of health care*. Pittsburgh, PA, University of Pittsburgh Press.
- Girón M.; Beviá B. 2002. La calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio de grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 5(76): 561-575. DOI: 10.1590/S1135-57272002000500016.
- Good, B. 2003. *Medicina, Racionalidad y experiencia, una perspectiva antropológica*. España. Ediciones Bellaterra.
- Hougaard, L. H.; Østerdal, L. P.; Yu, Y. 2008. *The Chinese Health Care System: Structure, Problems and Challenges*. University of Copenhagen Department of Economics Discussion Paper no. 08-01 [Online]. DOI: 10.2139/ssrn.1120728.
- King, I. M. 1981. *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York, Wiley.
- Kleinman, A. 1988. *The Illness narratives. Suffering, healing and the human condition*.

- New York, Basic Books.
- Laín Entralgo, P. 1969. *El médico y el enfermo*. Madrid, Ediciones Guadarrama. Disponible en <http://www.cervantesvirtual.com/downloadPdf/el-medico-y-el-enfermo/>.
- Menéndez, E. 1983. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México, Cuadernos de la Casa Chata.
- Moreno, A. L. 2010. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1): 63-70. [Consultado el 3-08-2012]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>.
- Morokvasic, M. 1984. Birds of Passage are also Women. *International Migration Review* [Online], 18(4): 886-907. DOI: 10.2307/2546066.
- National Cancer Institute. 2011. Cancer Alternative Therapies. [Online]. [Bethesda, MD], *MedlinePlus* [Consultado el 28-08-2012]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/canceralternativetherapies.html>.
- Nigenda, G.; Mora-Flores, G.; Aldama-López, S.; Orozco-Núñez, E. 2001. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública de México*, 43(1): 41-51. DOI: 10.1590/S0036-36342001000100006.
- OIM. Organización Internacional Migración. 2013. *Migración internacional, salud y derechos humanos. Sección 2*. [Online]. [Ginebra], OIM. [Consultado el 16/10/2017]. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf.
- OIM (a). Organización Mundial de la Salud. 2013. *Global Health Observatory (GHO) data México: country profiles* [Online]. [Ginebra], OMS. [Consultado el 15-12-2014]. Disponible en: http://www.who.int/gho/countries/mex/country_profiles/en/.
- OIM (b). Organización Mundial de la Salud. 2013. *Global Health Observatory (GHO) data China: country profiles* [Online]. [Ginebra], OMS. [Consultado el 15-12-2014]. Disponible en: http://www.who.int/gho/countries/chn/country_profiles/en/.
- OIM (c). Organización Mundial de la Salud. 2013. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023* [Online]. [Ginebra], OMS. [Consultado el 05-01-2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/95008>.
- Orozco, E. G. 2015. *Estrategias maternas para el cuidado de la salud de los hijos en edad escolar, en familias mexicanas migrantes en la ciudad de Beijing, China*. Tesis Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/512015312/Index.html>.
- Ortiz, A.; Mendoza, C. 2007. Mujeres expatriadas en México: trabajo, hogar y vida cotidiana. *Migraciones Internacionales*, 4(2): 5-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062007000200001.
- Osorio, R. M. 2001. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México, DF, Ins-

- tituto Nacional Indigenista/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Peña, E. Y. 2012. *Enfoque biocultural en antropología. Alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo*. México, DF, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Peña, E. Y.; Hernández, L. 2013. *Entre saberes ancestrales y conocimientos contemporáneos. Las representaciones y prácticas curativas en Suchitlán, Comala, Colima*. México, DF, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Price Waterhouse Coopers. 2009. *Investing in China's Pharmaceutical Industry — 2nd Edition* [Online]. [Consultado el 7-04-2013]. Disponible en: www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/assets/en-pharma_03-26-small.pdf.
- Reyes, A. 2008. Evolución histórica de la Medicina Tradicional China. *Comunidad y Salud*, 6(2): 42-49. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv6n2/2008-2-art4.pdf>.
- SINAVE — Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2011. *Información Epidemiológica de Morbilidad. Anuario 2011. Versión Ejecutiva* [Online]. México, DF, Secretaría de Salud. [Consultado el 30-07-2015]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2011/casos/ejecutiva/ver_ejecutiva_2011.pdf.
- Stevens, M. T. 2010. *Familia y trabajo en un nuevo país. Estrategias que siguen las mujeres profesionistas inmigrantes latinoamericanas en cuanto a trabajo remunerado y familia en Calgary Canadá*. Tesis Doctoral, Universidad Iberoamericana. Disponible en <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/015231/015231.pdf>.
- Swedish Agency for Growth Policy Analysis. 2013. *China's Healthcare System – Overview and Quality Improvements*. [Online]. [Östersund], Swedish Agency for Growth Policy Analysis. [Consultado el 10-06-2014]. Disponible en: http://www.tillvaxtanalys.se/download/18.5d9caa4d14d0347533bcf93a/1430910410539/direct_response_2013_03.pdf.
- Vignolo, J. 2011. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna* [Online], 33(1): 11-14. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_arttext.
- Waitzkin H. B.; Waterman, B. 1984. *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*. 2ª edición. México, DF, Nueva Imagen.
- Zhou X., Li L.; Hesketh, T. 2014. Health system reform in rural China: voices of healthworkers and service-users. *Social Science & Medicine* [Online], 117: 134-141. [Consultado el 16/10/2017]. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.07.040.