

**Instituto Nacional De Salud Pública**  
**Escuela De Salud Pública De México**

**Política de interculturalidad en salud: evaluación cualitativa de la  
implementación de competencias culturales**

**ALUMNA:**

Laura Guadalupe Chavira Razo

[laurachavira9@hotmail.com](mailto:laurachavira9@hotmail.com)

Maestría en Ciencias con Área de Concentración en Sistemas de Salud

Generación 2011-2013

**COMITÉ DE TESIS:**

**Directora:** Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

Instituto Nacional de Salud Pública/ Dirección de Determinantes y Retos de los  
Sistemas de Salud

**Asesora:** Dra. Hortensia Reyes Morales

Secretaría de Salud/ Dirección General de Calidad y Educación en Salud

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	2
INTRODUCCIÓN .....	4
ANTECEDENTES DE LA POLÍTICA.....	5
COMPETENCIA CULTURAL .....	8
<i>Competencias culturales como herramientas para la mejora en la calidad de la atención</i> .....	9
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	10
EXPERIENCIAS EN MÉXICO.....	14
MARCO CONCEPTUAL .....	15
JUSTIFICACIÓN.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
METODOLOGÍA .....	21
RESULTADOS.....	28
<i>Características de la política</i> .....	28
<i>Contexto</i> .....	31
<i>Implementación</i> .....	38
<i>Barreras</i> .....	46
<i>Facilitadores</i> .....	47
<i>Competencias culturales del personal de salud</i> .....	48
<i>Competencias culturales del centro de salud</i> .....	50
DISCUSIÓN .....	52
RECOMENDACIONES .....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60
ANEXOS.....	66

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, por confiar y creer en mí, por todo su amor y apoyo incondicional. A mis hermanos por estar siempre cerca y darme fuerza y ánimo en todo momento. A mi mamá Jesusita por esperarme siempre con un abrazo y mandarme bendiciones donde quiera que esté. A toda mi familia por ser mi pilar, la sonrisa y el abrazo que me mantiene en pie.

Gracias a ti, gracias Zaf, gracias por acompañarme a la Sierra a hacer el trabajo de campo, gracias por ayudarme en todas las fases de este proyecto, gracias por estar ahí en los momentos buenos y en los no tan buenos de todos estos años, gracias por enseñarme tanto, gracias por la paciencia y el cariño, ha sido un placer y un honor librar tantas batallas y disfrutar tanto de la vida contigo.

Gracias Biani, gracias Sergio, por ser amigos del alma y maestros de vida, gracias por estar siempre cerca, por compartir tantas risas y momentos inolvidables.

Quiero agradecer también profundamente a mi comité de tesis, a mi directora, la Dra. Blanca Pelcastre por estar siempre pendiente y abierta a mis sugerencias y preguntas, por apoyarme en todo momento y creer en el proyecto. A la Dra. Hortensia por su disponibilidad a pesar de la distancia y sus notables aportaciones a este trabajo.

Gracias a todos mis maestros y maestras del INSP, gracias por compartir su experiencia y conocimientos. Gracias a todas las personas de la biblioteca, de asuntos escolares y demás áreas que hacen funcionar la maquinaria del Instituto: Chava, Mode, José Luis, Lupita, Mayra, Anita, Araceli y todos los demás que no recuerdo su nombre en este momento pero que saben que les agradezco mucho.

A nuestros amigos y maestros de la Universidad de Emory, gracias Tamar, gracias Darcy, gracias Kate por todas las herramientas que aprendimos de ustedes, por enseñarnos otra cara de la investigación y además de todo, por ser tan buenos amigos. Gracias Dra. Deb, Dra. Karen, Dra. Kate y Trinity por sus consejos y

recomendaciones que ayudaron y orientaron el análisis de la información en este trabajo.

También un profundo agradecimiento a los Servicios de Salud del estado de Puebla por facilitar en todo momento la realización del trabajo de campo de esta investigación, al Dr. Mario Márquez Amezcua y a la Dra. Rosa María Gonzales. A la Dra. Lupita Morales, Dr. José Luis Gómez, Dra. Domi, Dra. Ángeles, Dr. Toño, Enfermera Viri, Juanita y todos los que tampoco recuerdo su nombre en este momento, pero que estuvieron apoyándonos en el transporte, con información y con una sonrisa en la Sierra de Puebla. A todas las personas de la comunidad que aceptaron participar y regalarnos su tiempo.

*Este proyecto de investigación fue financiado por  
Pedro Chavira y Reina Razo, mis padres.*

## INTRODUCCIÓN

Se estima que en el mundo viven entre 257 y 350 millones de personas indígenas.<sup>1</sup> Por su parte, en América se encuentran más de 45 millones, quienes también forman parte de uno de los sectores con mayor discriminación, explotación y pobreza del continente.<sup>2</sup>

Muchos de los países latinoamericanos con presencia indígena reconocen su carácter multicultural o los derechos de sus pueblos indígenas en sus constituciones o en diferentes pactos y convenios internacionales; a pesar de ello, en materia de salud, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reportó en 2007 que de 16 países analizados en la región, solo 10 contaban con políticas sobre salud y pueblos indígenas, entre ellos México,<sup>3</sup> quien desde hace varios años cuenta con una Política de Interculturalidad en Salud, dirigida a eliminar las barreras culturales en el acceso a los servicios de salud que enfrenta la población indígena, principalmente mediante la incorporación de competencias culturales en los servicios de salud.

A pesar de dichos esfuerzos, existe una carencia de evaluaciones tanto de los procesos como de los resultados de la política, por lo que no se conoce si las acciones planteadas en realidad se implementaron, si están funcionando como se esperaba o, en última instancia, los resultados y el impacto que han tenido en la población indígena. Bajo este contexto, la presente investigación busca profundizar y conocer el proceso de implementación de una de las acciones planteadas en la política: las competencias culturales del personal y los servicios de salud. La relevancia radica en que dichas competencias han sido ampliamente reconocidas como una de las principales herramientas para mejorar la calidad de la atención en grupos minoritarios como lo son las comunidades indígenas.<sup>4</sup>

## **ANTECEDENTES DE LA POLÍTICA**

En México, uno de los principales motivos que promovieron la creación de la Política de Interculturalidad en Salud fueron las condiciones de salud de la población indígena, las cuales hasta la fecha mantienen un rezago importante respecto de la población general.<sup>5</sup>

Dichas condiciones de salud se reflejan en indicadores como la mortalidad infantil en menores de un año, la cual para 2010 según estimaciones de CONAPO era 62.9% mayor en la población indígena que en la no indígena.<sup>6</sup> La esperanza de vida al nacer, para el mismo año era de 75.1 años para la población indígena y de 76.8 para el resto de la población.<sup>6</sup> En cuanto a la mortalidad materna, el Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México 2010, reporta que el riesgo de morir durante el embarazo, parto o puerperio es tres veces mayor en municipios cuya población es en su mayoría indígena que en municipios con poca presencia indígena.<sup>6</sup>

Además, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia de desnutrición crónica en niños no indígenas menores de 5 años es de 11.17%, mientras que para los niños indígenas es de 33.1%, casi tres veces mayor; cifra que rebasa incluso la prevalencia de desnutrición en niños no indígenas en 1988 (24.6%).<sup>7</sup>

Además de los datos anteriores, las barreras culturales en el acceso a los servicios de salud se mencionan en la Política como un antecedente importante; dichas barreras están dadas por diferencias entre la cultura de los proveedores de servicios de salud y la de los usuarios, que se manifiestan tanto en el idioma como en las creencias y prácticas en salud.<sup>8,9</sup> Como ejemplo se señala en el mismo documento el desencuentro que vive la población indígena con los prestadores y los servicios de salud, dado en gran parte por atropellos a sus derechos humanos, discriminación y agresiones, así como prejuicios y conceptos negativos sobre su cosmología.<sup>8</sup>

Por otro lado, a nivel internacional han existido una serie de declaraciones y documentos que han precedido a la Política debido a que se promulgan en favor de

los derechos de los pueblos indígenas, entre ellos al derecho a la salud. En 1960 la Resolución 1514 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la libre determinación de los pueblos;<sup>10</sup> en 1978 se publica la declaración de Alma-Ata, en donde se postula la salud para todos los pueblos del mundo en el año 2000.<sup>1</sup> Después, en 1989 el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) establece los derechos de los pueblos indígenas, entre ellos el derecho a la salud, que abarca la inclusión a la seguridad social sin discriminación, la prestación de servicios de salud adecuados y la participación comunitaria.<sup>11</sup> Recientemente, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (DNUDPI) en 2007,<sup>12</sup> considerada por algunos como un “mapa de acción para las políticas en derechos humanos”<sup>1</sup> y como un “marco internacional”<sup>8</sup> para las políticas interculturales.

En el ámbito nacional, la política indigenista que tuvo sus orígenes desde los años 30, durante el sexenio del presidente Lázaro Cárdenas, buscaba “integrar” a los pueblos indígenas al desarrollo nacional por medio de organismos especializados en asuntos indígenas\*, como el Instituto Nacional Indigenista (INI) creado en 1948, el cual organizaba unidades de salud en regiones indígenas atendidas por médicos y promotores indígenas.<sup>10,11</sup> Para 1968 inicia el indigenismo participativo, con autores como Warman, Bonfil y Stavengahen, y la Secretaría de Salud empieza a aumentar la cobertura de servicios de salud en las comunidades indígenas por medio del INI y del Instituto Mexicano del Seguro Social con el programa IMSS-COPLAMAR.<sup>10</sup>

Aunado a lo anterior, la Declaración de Alma Ata y el convenio 169 de la OIT fueron abriendo paso a la reforma del artículo 2 constitucional en el año 2001, en el cual se reconoce a México como “una nación pluricultural” y se reconoce el derecho de los pueblos indígenas al “acceso efectivo a los servicios de salud”.<sup>13</sup>

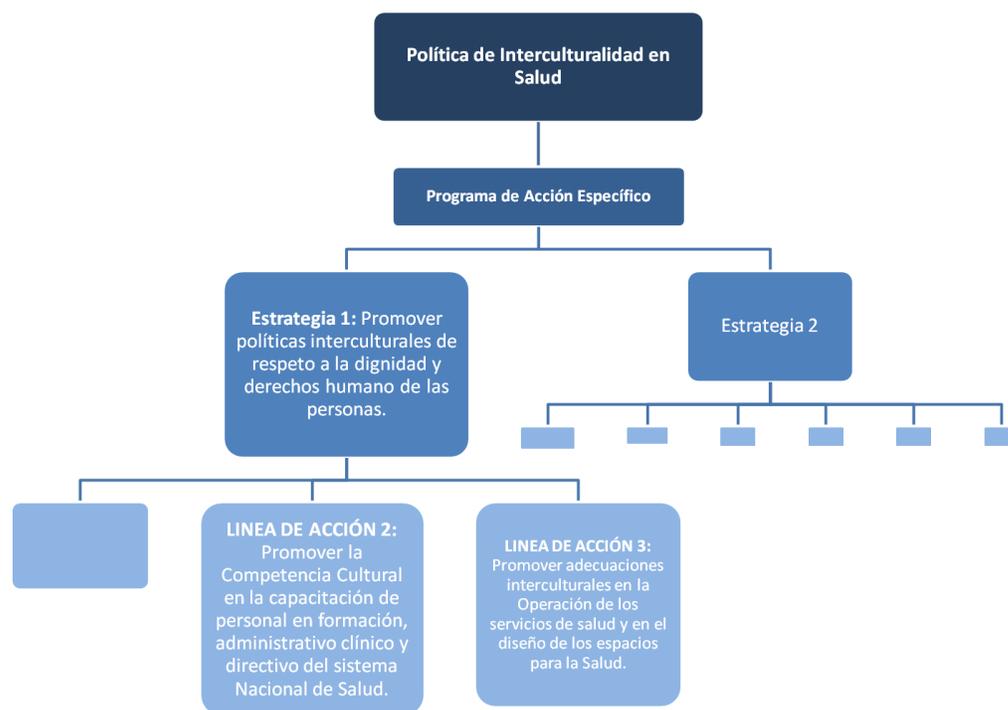
Después, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se propone el enfoque intercultural en la atención a la salud de los pueblos indígenas. Con el antecedente de la DNUDPI, en el Plan Sectorial de Salud 2007-2012 se plantean “adecuaciones

---

\* En este periodo se destacan personajes como Manuel Gamio y Gonzalo Aguirre Beltrán<sup>10</sup>

interculturales” en los servicios de salud y en la capacitación del personal, sustentando la Política de Interculturalidad en Salud dirigida a mejorar la calidad de los servicios de salud para eliminar las barreras culturales a los mismos.<sup>8</sup> Dicha política plantea seis proyectos para lograr sus objetivos, de los cuales, los primeros dos buscan mejorar la calidad de la atención por medio de la incorporación de elementos interculturales en los espacios físicos de atención y por medio de la “adquisición de competencias culturales” por parte del personal de salud.<sup>5</sup>

Para esto, en su Programa de Acción Específico<sup>†</sup> se plantea dentro de la primera estrategia, en la segunda y tercera líneas de acción respectivamente: “Promover la competencia cultural en la capacitación del personal en formación<sup>‡</sup>, administrativo, clínico y directivo del sistema Nacional de Salud” y “Promover adecuaciones interculturales en la Operación de los servicios de salud y en el diseño de los espacios para la salud”.<sup>14</sup>



**FIGURA 1.** Elaboración propia a partir de: Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012. Interculturalidad en salud. México DF. 2008. [Consultado 2012 junio 21]. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/paes.html>.

<sup>†</sup> Constituido por dos estrategias y seis líneas de acción.<sup>14</sup>

<sup>‡</sup> Para motivos de este estudio, no se abordará al personal de salud en formación.

## COMPETENCIA CULTURAL

A pesar de que el término de competencia cultural se introduce en la Política de Interculturalidad en Salud en México en el 2004 y se aborda hasta el 2008,<sup>14,15</sup> es un concepto que se ha venido desarrollando desde los años 80 en Estados Unidos e Inglaterra, como resultado de las migraciones masivas hacia estos países y de la necesidad de comprender, convivir y proveer servicios a las personas provenientes de culturas diferentes.<sup>16</sup>

El concepto de competencia cultural ha sido aplicado en ámbitos como la educación o trabajo social. Específicamente en salud, su incorporación ha sido principalmente en áreas como enfermería y salud mental.<sup>16</sup>

En el ámbito de los sistemas de salud, dicho concepto se empezó a utilizar desde los años 90 principalmente en EE.UU. y Reino Unido y surgió como un proyecto pedagógico y ético resultado tanto del trabajo académico, como de la práctica en salud, el cual buscaba hacer frente a las múltiples disparidades en salud que se reportaban en grupos étnicos o raciales<sup>§</sup> minoritarios.<sup>17</sup> En este contexto, la competencia cultural como enfoque involucra dos procesos: la preocupación sobre la existencia de disparidades en salud en diferentes grupos étnicos o raciales y la necesidad de eliminar dichas disparidades por medio de la educación y la regulación.<sup>4,17</sup>

Es importante mencionar que hasta la fecha no existe un consenso en la literatura en cuanto a una definición de competencia cultural<sup>18</sup> o lo que implica ser culturalmente competente tanto para los servicios de salud como para el personal.

A pesar de esto, la Política de Interculturalidad en Salud considera que las competencias culturales deben fomentarse tanto en los servicios como en el personal de salud, y define competencia cultural del personal de salud como aquello que incluye:<sup>19</sup>

---

<sup>§</sup> En la mayoría de los países europeos y de América del Norte se relaciona la competencia cultural principalmente a minorías étnicas y raciales, dadas muchas veces por los procesos migratorios de cada lugar; y en segundo término se consideran otras minorías, como personas con orientación sexual diferente o con alguna discapacidad. Por su parte en América Latina y México, el énfasis es primordialmente en poblaciones indígenas.

*“1.- La Identificación de la singularidad cultural de la población usuaria de los servicios de salud.*

*2.- Desarrollo de actitudes de respeto al usuario en sus expectativas, expresiones y prácticas en torno al proceso Salud-enfermedad-atención.*

*3.- Capacidad de comunicación eficiente y asertiva.*

*4.- Capacidad de comprensión de la percepción de la causalidad y riesgo de la población usuaria.*

*5.- Conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan otros modelos y/o prácticas terapéuticas que utiliza la población.”*

A su vez, define a los servicios culturalmente competentes como aquellos que “intencionadamente promueven ambientes positivos y de atención a los usuarios y pacientes incorporando información acerca de los servicios que se otorgan, requisitos para obtener los servicios; cuenta con personal técnicamente capacitado y que promueven actitudes respetuosas y de servicio”.<sup>15</sup> Además, que presentan “adecuaciones a la cultura de la población en sus diseños y espacios físico/arquitectónicos, en su mobiliario y mensajes orientadores (en lenguas o idiomas específicos si son requeridos por las características en la región)”.<sup>15</sup> Finalmente, que ofrecen diferentes servicios interculturales como un módulo de traducción dependiendo el porcentaje de la población indígena, servicios de medicina tradicional y/o complementaria y atención intercultural del parto.<sup>15</sup>

La implementación de la Política de interculturalidad en salud se fundamenta en buena medida en el desarrollo de competencias culturales, las cuales se construyen a partir de la noción misma sobre interculturalidad. Se entiende por interculturalidad en el ámbito de la salud “una serie de acciones (y políticas) que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud”.<sup>20</sup>

### ***Competencias culturales como herramientas para la mejora en la calidad de la atención***

Se ha documentado ampliamente en la literatura que los grupos indígenas, como minorías étnicas son vulnerables a inequidades en salud en tres ámbitos: en las

condiciones de salud, en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de la atención.<sup>21</sup> Para atender esta situación, las competencias culturales resultan ser una herramienta fundamental en la reducción de las inequidades en la calidad de la atención y las relacionadas con el acceso.<sup>4</sup>

Uno de los objetivos de las competencias culturales, que resulta ser necesario para lograr una atención de calidad en las comunidades indígenas, es el proveer servicios de salud apropiados y reducir los errores médicos debido a malentendidos causados por diferencias en el lenguaje y la cultura.<sup>22</sup> Para Donabedian<sup>23</sup> la calidad de la atención tiene tres dimensiones: técnica, interpersonal y de comodidad. La primera tiene que ver con la aplicación de la ciencia y tecnología para solucionar el problema de salud del paciente; la segunda es sobre la relación que se establece entre los prestadores y los usuarios de los servicios de salud considerando sus expectativas y aspiraciones; y la tercera tiene que ver con los elementos físicos que rodean el proceso de atención. Por lo tanto, las competencias culturales en el personal de los servicios que buscan una mejora en los procesos de comunicación con pacientes de una cultura diferente, así como una mejora en el trato interpersonal; y las competencias de los servicios de salud, las cuales buscan que el ambiente donde se brinda la atención sea culturalmente apropiado, son elementos necesarios para lograr la segunda y tercera dimensiones de calidad de la atención a la población indígena mexicana.

## **ANTECEDENTES CIENTÍFICOS**

En el mundo los estudios en relación a competencias culturales e interculturalidad en los servicios y el personal de salud, se han enfocado principalmente en dos poblaciones: indígenas y migrantes. En América Latina el enfoque ha sido hacia poblaciones indígenas; mientras que en Estados Unidos (EE.UU.), Canadá y países europeos se han centrado en poblaciones inmigrantes.<sup>21</sup> A su vez, los estudios en interculturalidad son más numerosos en América Latina, en tanto que los de competencias culturales son más comúnmente desarrollados en Europa y EE.UU.

## ***América Latina***

Existen algunos estudios que dan cuenta de las experiencias de los usuarios indígenas en los servicios de salud, o que documentan los resultados de algunas intervenciones interculturales en servicios de salud de diferentes países.

En un análisis comparativo con metodología cualitativa de los resultados de diferentes intervenciones interculturales en comunidades indígenas de cinco países de América Latina (Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala y Surinam), se encontró evidencia importante de que el racismo estaba “institucionalizado” en los hospitales y demás sectores del sistema de salud de todos los países analizados. Se identificaron oportunidades de intercambio de conocimiento entre personal de salud alópata y tradicional sólo en Surinam y Ecuador. Además se reportó un mayor riesgo de iatrogenias en las cinco intervenciones analizadas, cuando el sistema médico tradicional y el hegemónico estaban poco vinculados en la prestación de servicios. También se encontró en todos los casos una deficiencia de sistemas de información adecuados, lo cual limitaba las iniciativas interculturales en salud en términos de planeación, operación, monitoreo, evaluación e investigación.<sup>24</sup>

En México, un estudio cualitativo realizado en Veracruz sobre las percepciones de habitantes indígenas respecto al primer nivel de atención médica encontró que las principales barreras para el uso de los servicios fueron geográficas, organizacionales (horarios), el desabasto de medicamentos y culturales, estas últimas atribuidas a la falta de traductores de la lengua.<sup>25</sup>

Por su parte, Lerin,<sup>26</sup> en 2005, plantea una propuesta para la implementación de la perspectiva intercultural en los servicios de salud en la cual propone la creación de dos figuras importantes: El facilitador cultural y el enlace intercultural. El primero por medio de capacitación se transformará en capacitador intercultural en salud para promover lo aprendido en las acciones de los prestadores; el segundo será el personal de la comunidad que hable la lengua indígena del lugar, el cual trabajará con los prestadores de servicios y acompañará a los pacientes durante su estadía en

los servicios de salud. Un elemento clave de esta propuesta es la capacitación y la sensibilización.<sup>26</sup>

A pesar de lo anterior; los resultados de la evaluación del programa “Orígenes” en Chile<sup>\*\*</sup>, específicamente los relacionados con la intervención dirigida hacia el logro de la pertinencia cultural de los servicios públicos de salud en territorio indígena, reportaron que a pesar de haber sido la intervención más exitosa en términos del número de personal sensibilizado y capacitado; no se habían observado cambios en la conducta de los funcionarios capacitados ni hubo evidencia de efectos en la calidad de la atención.<sup>27</sup>

En cuanto a otros estudios de evaluación, en 2005, Quispe y Córdova<sup>28</sup> utilizaron un método cualitativo con enfoque intercultural para evaluar los servicios de salud en la población andina de Perú. En el cual se contrastó la visión del médico con la del paciente respecto a algunos indicadores de estructura, procesos y resultados de los servicios de salud, tales como el trato, los medicamentos, el acceso geográfico, entre otros. Se encontró que existían conceptos diferentes sobre la salud y la enfermedad entre prestadores y usuarios; además, que la formación del personal de salud impedía la comprensión de ciertos padecimientos propios de la cultura indígena; que la medicina tradicional no era tomada en cuenta por los prestadores; que había una desarticulación entre los sistemas de medicina académica y medicina tradicional y que la medicina académica imponía normas que alejaban a los usuarios indígenas de los servicios de salud.<sup>28</sup>

### ***Estados Unidos, Canadá y Europa***

La mayoría de los estudios sobre competencias culturales en Europa han sido realizados en países como España, Reino Unido, Países Bajos, Alemania, Bélgica, Bulgaria y Rumania. En EE.UU. existe una cantidad importante de publicaciones referentes al tema; mientras que en Canadá son menos los estudios encontrados.<sup>29-</sup>

<sup>37</sup> La mayoría de los estudios son revisiones de la literatura que remarcan la importancia de las competencias culturales principalmente en enfermería, y en

---

<sup>\*\*</sup> Programa de salud dirigido a los pueblos originarios de la región andina en Chile.

menor grado en los médicos, farmacéuticos y en la atención de los adultos mayores.<sup>29,31,34,35</sup> Otros exploran la opinión y los conocimientos de los prestadores de servicios de salud respecto a la importancia de la conciencia cultural en sus profesiones.<sup>30</sup>

A su vez, en 2010, Knipper et al.<sup>21</sup> reportan la experiencia de dos universidades en Países Bajos y Alemania que han incorporado las competencias culturales en la formación de sus estudiantes de medicina, con resultados que muestran una mayor apertura y un mejor entendimiento de culturas diferentes por parte de los alumnos, los cuales manifestaron sentirse mejor preparados para tratar a pacientes de un origen étnico diferente.

En 2011, Taylor et al.<sup>33</sup> muestran los resultados de un estudio en cinco países europeos, el cual buscaba identificar necesidades de estudiantes y profesionales de la salud, en relación a la educación en competencias culturales. La mayoría reconoció la carencia de dichas competencias y encontró como una necesidad importante en el ejercicio de su profesión el adquirirlas.

En los Países Bajos se realizó un estudio experimental en el que se estudió dos grupos de médicos generales (MG), a uno se le dio una capacitación de 2.5 días y el otro no recibió capacitación alguna. Se observó que el tiempo de la interacción médico-paciente había aumentado significativamente en los que recibieron la intervención, así como el número de expresiones por parte de los MG hacia sus pacientes. El tipo de análisis no permitió medir cambios en el proceso de comunicación.<sup>32</sup>

En 2004, Zabar et al.<sup>36</sup> realizaron una evaluación cuantitativa de competencias culturales en residentes de medicina interna de EE.UU. haciendo énfasis en las habilidades de comunicación, la cual mostró una presencia significativa de barreras de lenguaje en los médicos.

Una revisión sistemática de la literatura realizada en 2010 por Lie y colaboradores,<sup>38</sup> sobre intervenciones educativas basadas en competencias culturales en profesionales de la salud para la mejora en los resultados de salud de los pacientes,

mostró que la mayoría de los estudios revisados tenían deficiencias importantes en la metodología y en el análisis y que la mayoría se encontraban entre ningún efecto y un efecto moderadamente benéfico. Por su parte, en la revisión sistemática de Henderson y colaboradores,<sup>39</sup> se dividen las intervenciones culturalmente competentes para tratar o prevenir enfermedades crónicas en comunidades culturalmente diferentes en cinco categorías<sup>††</sup>, de las cuales, las intervenciones con una mayor efectividad fueron las que involucraban a personal de salud bilingüe de la comunidad.

En gran parte de la literatura revisada se sustenta el potencial de las competencias culturales para reducir las disparidades en salud presentes en minorías culturales como los grupos indígenas.<sup>22</sup> Sin embargo, en la revisión no se encontraron evaluaciones de proceso, específicamente de la implementación de programas interculturales dirigidos a desarrollar o fortalecer las competencias culturales del personal y servicios de salud. Acorde a lo que se reporta en la literatura, se identificó también una carencia de evaluaciones de resultados.<sup>24,40</sup> Tampoco se encontraron estudios sobre competencias culturales en los servicios de salud, la mayoría se enfoca en el personal de salud.

## **EXPERIENCIAS EN MÉXICO**

En México las experiencias de implementación de competencias culturales se basan esencialmente en adaptaciones interculturales a los espacios de atención y en la incorporación de médicos y parteras tradicionales, especialmente en hospitales.

Como parte del proyecto Hospitales Integrales con Medicina Tradicional en Puebla, se ha impulsado la creación y mantenimiento de Hospitales Integrales en el estado, en los cuales se promueve el uso de la medicina y médicos tradicionales, con

---

<sup>††</sup> Uso de trabajadores de la salud bilingües de la comunidad, capacitación en competencias culturales al personal de los servicios, uso de intérpretes, el uso de herramientas multimedia y videos culturalmente sensibles para actividades de prevención y promoción de la salud y establecimiento de puntos de servicios comunitarios para la atención de enfermedades crónicas.<sup>39</sup>

especial énfasis en la capacitación de parteras y el desarrollo de actividades de sensibilización en el personal de salud. A la fecha existen 7 hospitales de este tipo.<sup>41</sup>

Un ejemplo de ellos es el Hospital de Cuetzalan, que desde 1988 ha incorporado adecuaciones interculturales en sus instalaciones. Primero se permitió que médicos indígenas prestaran sus servicios dentro de la unidad (hierbateros, sobadores y parteras); después en la década de los 90 como Hospital Mixto<sup>‡‡</sup>, se permitió el uso complementario de la medicina alópata y tradicional y se hicieron modificaciones a las instalaciones permitiendo la creación de un temazcal, un baño de vapor, una sala de expulsión diseñada de manera conjunta con las parteras tradicionales y un jardín botánico; y finalmente en la última década, ya con la denominación de Hospital Integral con Medicina Tradicional se han realizado iniciativas para fortalecer el trabajo intercultural hecho con anterioridad, así como para mejorar la infraestructura del hospital.<sup>10</sup>

También existen otros ejemplos en diferentes estados de la república: en Oaxaca existe la Clínica de Medicina Tradicional en Calpulalpan de Méndez y el modelo de atención intercultural en el parto (parto vertical) en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso. En Nayarit el Hospital Mixto de Jesús María. En Michoacán con el módulo de Medicina Tradicional adjunta al Hospital General de Pátzcuaro.<sup>42</sup> Y el caso de la incorporación de hamacas en el área de hospitalización de mujeres del Hospital Rural de Hecelchakán en Campeche.<sup>43</sup>

Cabe mencionar que no se encontraron reportes o documentos sobre evaluaciones tanto de los procesos, como de los resultados de dichas intervenciones e iniciativas.

## **MARCO CONCEPTUAL**

Debido a que la implementación de las líneas de acción de la Política de Interculturalidad en Salud corresponde a una parte del proceso de implementación de la propia política, se utilizará el marco conceptual sobre el ciclo de las políticas

---

<sup>‡‡</sup> La denominación Hospital Mixto involucra la prestación complementaria de medicina alópata y tradicional.

para situar el presente estudio dentro del proceso de la Política de Interculturalidad en Salud; después, se utilizará el marco de implementación<sup>§§</sup> de políticas y programas para ubicar la implementación de las competencias culturales, las cuales corresponden a dos líneas de acción dentro de la política.

Según el marco del ciclo de las políticas (*Policy cycle framework*) el proceso de elaboración de las políticas es cíclico y consiste en cuatro etapas: establecimiento de la agenda, formulación de la política, implementación de la política y evaluación.<sup>44</sup>

**(Figura 2)**

En dicho proceso existen fases de retroalimentación entre los diferentes elementos, en las cuales la política es sometida a constantes revisiones, controles y modificaciones debido a que las políticas *per se*, se mantienen en una constante reformulación, implementación, evaluación y adaptación<sup>\*\*\*</sup>. A pesar de que en la vida real las etapas de las políticas rara vez ocurren de manera secuencial, este marco permite entender de manera general y simple el proceso de una política, así como ubicar el nivel de análisis de la misma, que para fines del presente estudio se sitúa en la evaluación de la implementación; en particular, de la implementación de dos líneas de acción relacionadas con las competencias culturales de los servicios y el personal de salud.<sup>45</sup>

---

<sup>§§</sup> Para fines de este trabajo, al hablar de implementación de la política se estará haciendo referencia a la implementación de dos líneas de acción que forman parte de la Política de Interculturalidad en Salud.

<sup>\*\*\*</sup> Las líneas de acción como componentes de la política, también están sujetas a dichos cambios y procesos, desde la reformulación hasta la evaluación. **(Figura 2)**



**FIGURA 2.** Elaboración propia a partir de: Buse K, Mays N, Walt G. Policy implementation. En: Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Glasgow: Open University Press, 2005: 120-136.

El concepto de implementación puede ser visto como un proceso, un producto o un resultado. Como proceso involucra las decisiones y acciones dirigidas a poner la decisión prioritaria de una autoridad en vigor. Como producto indica el grado en que los objetivos de los programas de la política (o sus líneas de acción) se han cumplido. Y como resultado, implica la medición de los cambios logrados con la política.<sup>46</sup>

Siguiendo las primeras dos perspectivas, la implementación se puede definir como el proceso de poner una política en práctica.<sup>44</sup> Y como aquellas acciones realizadas por personas públicas y privadas (o grupos) que están dirigidas a la consecución de los objetivos establecidos en la política.<sup>46</sup>

Existen diferentes teorías para estudiar la implementación de una política o programa, las más utilizadas son la teoría de “arriba hacia abajo” (*Top-down*) y la de “abajo hacia arriba” (*Bottom-up*).<sup>44</sup>

Para la primera existe una división clara entre los procesos de formulación y ejecución de una política. Además, considera que el proceso de implementación es lineal y racional y que sigue una cadena de mando que va desde los niveles superiores hasta los niveles subordinados, quienes se asume ponen en práctica las intenciones de los niveles superiores sin modificarlas. Por tanto, la implementación es vista como una actividad técnica y administrativa. Esta teoría adopta la perspectiva de los tomadores de decisiones, olvidando el rol de otros actores y la contribución de los niveles inferiores en el proceso de implementación.<sup>44</sup>

A su vez, la teoría de “abajo hacia arriba” considera la implementación como un proceso interactivo que se caracteriza por un constante e inevitable proceso de negociación y conflicto entre los diferentes niveles del sistema de la política. Por lo que, las relaciones entre el centro y la periferia del sistema influirán de manera importante en el destino de la misma. Para esta teoría los implementadores juegan un papel clave en la implementación, no solo como administradores; sino como participantes activos de la misma y que pueden llegar a cambiar la manera en que la política se implementa e incluso a redefinir los objetivos de la misma o los mandatos de los niveles superiores. Esta teoría se enfoca en la perspectiva de los implementadores locales y sus redes.<sup>44</sup>

Este estudio retomará esta última perspectiva, la cual considera que para estudiar la implementación de una política es necesario reunir de manera detallada y descriptiva información acerca de lo que se está haciendo en la misma.<sup>47</sup>

Por lo tanto, la evaluación de la implementación implica prestar atención tanto a las entradas como a las actividades, procesos y estructuras de la política, lo cual, a su vez, orientará a los tomadores de decisiones sobre cómo se está llevando a cabo la política, y en su caso, los motivos de desviación de sus planes y expectativas iniciales, pues se supone que dichas desviaciones son muy comunes y naturales en el proceso de implementación.<sup>47</sup>

## JUSTIFICACIÓN

El sistema de salud mexicano, por medio de la Política de Interculturalidad en Salud, ha pretendido abordar algunos de los problemas de salud relacionados con la equidad, la calidad y el acceso que aquejan a la población indígena del país. Sin embargo, la falta de evaluación de su proceso de implementación resulta ser un impedimento crucial para mejorarla.<sup>47</sup> Por lo anterior, resulta necesario identificar los avances en las líneas de acción, así como los obstáculos y facilitadores de su implementación, para poder hacer ajustes y recomendaciones que lleven al cumplimiento de su objetivo.

Una de las fases de mayor relevancia dentro del ciclo de las políticas es la evaluación, y dentro de ésta se destaca la evaluación de la implementación, la cual se encarga de detectar los problemas que ocurrieron a la hora de poner en práctica la política; cabe mencionar que dichos problemas constituyen una causa muy común del fracaso de una política.<sup>49</sup> Dicha evaluación, además, implica conocer lo que realmente pasa en el lugar donde se lleva a cabo la implementación, lo que hace el personal, la experiencia de los participantes, lo que está funcionando y lo que no se ha incorporado y hasta qué punto está funcionando como se supone debería de funcionar. Implícitamente, su propósito es descubrir si en realidad se llevó a cabo un proceso de implementación.<sup>49</sup>

Uno de los principales resultados de este tipo de evaluación, es la información para la toma de decisiones sobre el futuro y las modificaciones del programa o política.<sup>49</sup> Lo cual es parte de una de las sub-funciones de la rectoría: la generación de “inteligencia” para la toma de decisiones, entendiendo por “inteligencia” la información confiable y actualizada que contribuirá a la obtención de mejores resultados en el sistema de salud.<sup>50</sup>

En éste caso, la información obtenida de la evaluación de la implementación de las dos líneas de acción de la Política de interculturalidad en Salud dirigidas a incorporar las competencias culturales tanto en el personal de salud como en los espacios de atención, permitirá una toma de decisiones basada en evidencia que lleve a la

consecución del objetivo principal de la política: mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud por parte de la población indígena.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Desde hace varios años se ha identificado en México, al igual que en el resto del mundo, que la población indígena mantiene peores indicadores de salud que los de la población general. Una de las principales causas identificadas han sido las barreras en el acceso a los servicios de salud, las cuales son principalmente geográficas y culturales.<sup>48</sup>

En México se han reconocido las barreras culturales a los servicios de salud y han sido abordadas a través de la Política de Interculturalidad en Salud por medio de la incorporación de competencias culturales tanto en el personal como en los espacios físicos de atención.<sup>13</sup>

Sin embargo, además de la formulación de la política, es necesario evaluar su implementación para saber sus avances en los servicios de salud, pues es posible que no se estén llevando a cabo las acciones esperadas debido a barreras o dificultades, que pueden ir desde problemas en la logística, hasta fallas en la comunicación entre directivos y personal operativo. Incluso, aunque los prestadores reporten estar llevando a cabo las acciones planteadas en la política, la visión de los usuarios podría mostrar lo contrario.

Lo anterior cobra especial relevancia en relación a la implementación de competencias culturales, debido a que esto implica la adquisición de actitudes, habilidades y conocimientos por parte de los prestadores; así como la incorporación de ciertos elementos a la estructura y organización de los espacios físicos de atención. Cuestiones que pueden resultar un tanto abstractas y, por lo mismo, fáciles de modificar o adaptar según la visión o concepción de los implementadores.

De lo anterior deriva la necesidad de llevar a cabo una evaluación de la implementación que implique conocer primero las competencias culturales

incorporadas y después el proceso de su implementación, todo desde el punto de vista de los usuarios y de los implementadores.

A partir de esto, con la presente investigación se propone responder a la pregunta:

**¿Qué competencias culturales se han incorporado en los servicios y el personal de salud y cómo ha sido el proceso de implementación desde el punto de vista de proveedores y usuarios?**

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la implementación de competencias culturales en los servicios y el personal de salud, desde la perspectiva de los usuarios y proveedores.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar, desde la perspectiva de los usuarios y proveedores, las competencias culturales que los prestadores y los servicios de salud han incorporado para brindar una atención con enfoque intercultural.
2. Analizar el proceso de implementación de las competencias culturales, reconociendo elementos facilitadores y factores que lo han obstaculizado.

## **METODOLOGÍA**

Siguiendo la teoría “de abajo hacia arriba” la implementación de una política se caracteriza por un proceso de adaptación a las condiciones, necesidades e intereses locales; por consiguiente, los métodos para estudiarla deben ser abiertos, orientados al descubrimiento y capaces de describir el proceso de desarrollo y los cambios del programa. Para lo cual, en esta investigación, los métodos cualitativos resultan ser los más indicados,<sup>47</sup> y dentro de éstos, la perspectiva teórica de la fenomenología resulta ser la más adecuada para recuperar la “perspectiva” de los actores involucrados.<sup>51</sup>

## **Diseño**

Para lograr los objetivos del estudio se propone un *estudio de caso único*. Un *estudio de caso* se caracteriza por centrar su atención en un fenómeno específico, que puede ser suceso, un programa o una política, para lo cual requiere de una descripción y un análisis detallado de lo que en éste sucede.<sup>52</sup> Dentro de los *estudios de caso*, el *estudio de caso único* se caracteriza por la selección de un caso en particular, a partir del cual se pretende ahondar en un tema poco explorado o que difícilmente se puede estudiar en otros escenarios como es el caso de la implementación de competencias culturales en los servicios de salud de comunidades indígenas.<sup>52</sup>

## **Población de estudio**

El estudio se llevó a cabo en el estado de Puebla, debido a que es uno de los estados con mayor número de población hablante de lengua indígena y con mayor diversidad étnica. Según el Censo de Población y Vivienda 2010, el estado de Puebla ocupó el cuarto lugar en número de población hablante de lengua indígena de 5 años y más.<sup>53</sup> La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) reporta que Puebla ocupa el cuarto lugar nacional en diversidad étnica, con 6 grupos étnicos.<sup>54</sup> Adicionalmente, Puebla tiene uno de los menores índices de violencia e inseguridad reportados en los últimos años,<sup>55,56</sup> lo que permitió garantizar condiciones de bajo riesgo para llevar a cabo el estudio.

Dentro de Puebla, la región de la Sierra Norte cuenta con el mayor número y porcentaje de hablantes de lengua indígena, así como con la mayor diversidad étnica del estado, con 4 grupos: Nahuas, Otomíes, Totonacas y Tepehuas.<sup>54,57</sup>

El programa de acción específico de la política menciona como blanco de las intervenciones a los 101 municipios con menor índice de desarrollo humano del país,<sup>14</sup> de los cuales, 5 se encuentran en la Sierra Norte de Puebla.

La comunidad de estudio (el caso) se definió luego de una plática de reconocimiento con los jefes jurisdiccionales de las jurisdicciones a las cuales pertenecían las cinco

comunidades candidatas. La selección se hizo con base en los siguientes criterios: presencia de al menos un centro de salud con personal de salud de planta, contar con vías de acceso y comunicación, condiciones de seguridad y posibilidad de contar con un traductor(a)<sup>+++</sup>. La unidad de análisis fue el centro de salud de la comunidad.

### ***Recolección de la información***

La recolección de los datos se llevó a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas y de observación no participante. Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas para facilitar su tratamiento.

### ***Informantes***

En términos generales, la evaluación de implementación implica el realizar una comparación entre lo que debería haber pasado y lo que realmente pasó, para lo cual es necesario tener clara la primera parte, ya sea en el documento oficial de la política, o en el caso de que no exista un documento, en el testimonio de los creadores o responsables de la misma.<sup>58</sup>

Debido a que en este caso, existían varios documentos que hablaban sobre la competencia cultural tanto del personal como de los servicios de salud y no quedaba claro cuál era el documento oficial de la política. Para poder realizar la guía de observación y las guías de entrevista del personal directivo y operativo en el nivel estatal era necesario conocer las acciones específicas que la política proponía para lograr la competencia cultural. Ya que en los documentos escritos no quedaban claras estas acciones, se optó por seguir la propuesta de King, Morris y Fitz-Gibbon,<sup>58</sup> de acudir a los responsables de la elaboración y manejo de la política para aclarar dichos puntos.

Después de la entrevista con los responsables de la política y de la revisión de los documentos de la política, se pudieron identificar las competencias culturales que se

---

<sup>+++</sup> Debido a que en la política se maneja el término “traductor” para hacer alusión al personal que lleva a cabo actividades de “interpretación”, en el presente documento también se les llamará “traductores” con el fin de evitar confusiones.

pretendían implementar tanto en el personal<sup>†††</sup> (comunicación, conocimiento de la cultura, conocimiento de otros modelos médicos y respeto), como en los espacios físicos de atención<sup>§§§</sup>.

Para el resto de las entrevistas se definieron dos perfiles generales de informantes, de acuerdo a los objetivos del estudio: usuarios de los servicios de salud y proveedores<sup>\*\*\*\*</sup>. Estos informantes fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios:

#### Usuarios de los servicios de salud:

- Hombres o mujeres
- Bilingües/monolingües
- Mayores de edad
- Que se encontraran en el centro de salud de estudio
- Que haya utilizado los servicios del centro de salud más de una vez en el último año.

#### Proveedores de servicios de salud:

- Médico(a), enfermero(a), traductor(a) o prestador(a) de algún servicio de medicina alternativa o tradicional.
  - Que hayan laborado en el centro de salud al menos durante los últimos 4 meses.
- Personal estratégico de la jurisdicción
  - Que su trabajo se relacione de alguna manera con la salud de los pueblos indígenas.
- Personal directivo de nivel estatal
  - Que tengan relación, de alguna manera, con la política.

---

<sup>†††</sup> Ver ANEXO guía de entrevista a personal del centro de salud

<sup>§§§</sup> Ver ANEXO guía de observación

<sup>\*\*\*\*</sup> Para motivos de este estudio, se considerarán proveedores tanto los prestadores, como personal con algún cargo directivo estratégico.

### **Observación no participante**

Tomando en cuenta que la observación “permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como éste se produce”,<sup>59</sup> el objetivo de la observación en este estudio fue identificar los elementos de una unidad culturalmente competente que se encontraban en el centro de salud analizado.

La unidad de observación fue el espacio físico de atención, es decir, el centro de salud de la comunidad. La observación se realizó por periodos de 20-25 minutos, dos veces al día durante dos días en el centro de salud. La información se registró de manera escrita en un formato elaborado y basado en sistemas categoriales, se utilizó uno para cada periodo de observación.

En la siguiente tabla se muestra el total de entrevistas llevadas a cabo por cada nivel de implementación de la política, así como el ejercicio de observación llevado a cabo en 4 periodos.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN		
NIVEL	NÚMERO DE ENTREVISTAS	OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE
FEDERAL	2	
ESTATAL	2	
JURISDICCIONAL	5	
OPERATIVO	3	1 (4 periodos)
USUARIOS MONOLINGÜES	3	
USUARIOS BILINGÜES	8	
TOTAL	23	1

### **Consideraciones éticas**

Durante la recolección de la información, se garantizó la confidencialidad de todos los participantes en cuanto al manejo de la información obtenida, no se incluyó ningún nombre ni dato que pudiera identificar a las personas, a los directivos, a la jurisdicción ni a la comunidad de estudio.

Además, para llevar a cabo el estudio, se pidió la autorización de los servicios de salud del estado, de la jurisdicción sanitaria y del responsable del centro de salud de la comunidad de estudio.

Se le explicó a la traductora la importancia de guardar la confidencialidad de lo escuchado en las entrevistas en las que participó como intérprete y se le dio a firmar una carta de compromiso para no difundir la información escuchada.

### ***Análisis de la información***

Luego de recabar la información, se llevó a cabo un análisis del discurso. Para este tipo de análisis, el discurso representa una realidad social y una forma de crearla, además, permite investigar los significados en torno a un fenómeno en específico,<sup>60</sup> que en este caso son las competencias culturales del personal de salud y los espacios físicos de atención.

La información se analizó siguiendo los pasos propuestos por la Teoría Fundamentada:<sup>61</sup>

Después de la transcripción de las entrevistas realizadas, se procedió a ordenarlas por niveles de implementación: nivel federal, estatal, jurisdiccional, operativo y nivel usuarios. Luego de esto, se creó un libro de códigos, con el nombre de cada código y su respectiva definición. Se crearon 36 códigos, algunos transversales a todos los niveles y otros exclusivos de cada nivel; de los 36 códigos sólo 20 estaban relacionados a los objetivos del estudio, el resto pertenecía a información brindada por los informantes sobre otros temas (acceso, percepción de la calidad de la atención, condiciones de trabajo del personal, etc.).

Después, la codificación de la información se llevó a cabo utilizando el *software* para el análisis de datos cualitativos MAXQDA 11. Una vez codificada la información, se procedió a la descripción de cada código perteneciente a cada una de los niveles, para después, identificar las categorías centrales y las conexiones de éstas con los demás códigos. Para llevar a cabo este ejercicio se elaboró una tabla dividida en dos

columnas, una para la descripción del código y otra para la descripción de las conexiones y de las posibles explicaciones.

Este ejercicio se llevó a cabo tanto para la reconstrucción del proceso de implementación; como para la identificación de las competencias culturales del personal y el centro de salud.

En el caso de la información obtenida por medio de la observación no participante, se procedió a realizar una descripción de lo reportado en las cuatro hojas de registro elaboradas; para después identificar las competencias culturales presentes en el centro de salud.

### ***Proceso de evaluación***

Todo el proceso de evaluación se llevó a cabo tomando como base las propuestas tanto de Patton,<sup>49</sup> como de King, Morris y Fitz-Gibbon.<sup>58</sup> Dichas propuestas mencionan que en una evaluación de implementación lo primero que se debe hacer es conocer las características de la política, incluyendo los principios bajo los cuales se guía (*theory of action*) y sus fuentes de financiamiento; después se debe abordar el contexto bajo el cual se llevó a cabo la implementación, esto para poder darle sentido a lo que sucedió durante la misma. Una vez que se lleva a cabo la reconstrucción del proceso de implementación, se procede a analizar sus implicaciones prácticas y ya por último las recomendaciones de mejora para los tomadores de decisiones.

## RESULTADOS

### *Características de la política*

La Política de Interculturalidad en Salud es creada por parte de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), que a su vez pertenece a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES). No hay un consenso entre los informantes sobre la fecha en la cual se hace oficial la Política, ni tampoco sobre el documento por medio del cual se hace oficial. Lo que sí queda claro es que se empieza a gestar a partir de la creación de la DMTDI en el año 2002. A partir de entonces, dicha Dirección empieza a publicar una serie de documentos sobre interculturalidad en salud, los cuales presiden al Programa de Acción Específico sobre Interculturalidad en salud (PAE) publicado en 2008. En ambos, tanto en los documentos previos como en el PAE, se plantean conceptos clave sobre interculturalidad en salud, así como objetivos y acciones a realizar, pero sólo en éste último las acciones se plantean ya como estrategias con metas a evaluar.

A partir del análisis por niveles (federal, estatal, regional y local) de todos los testimonios, se identificaron cuatro grandes áreas en las cuales la política se propone ejercer influencia: En las escuelas de Ciencias de la Salud, en los lineamientos de los Programas Nacionales de Salud, en las demás dependencias de la Secretaría de Salud Federal y en los estados de la República que cuentan con presencia de población indígena.

A su vez, el mismo análisis permitió ubicar dos modalidades de implementación: La primera, de la cual se hace cargo la DMTDI, consiste en la difusión y sensibilización estratégica de la política y el tema de interculturalidad; y la segunda es una etapa operativa, en la que se pone en práctica ya en los servicios de salud lo propuesto por la política, de esta se hacen cargo los servicios de salud de los estados.

Se hace énfasis por parte de los informantes en que la política es una propuesta, por lo que la DMTDI no puede obligar su implementación en los estados, pues esto último depende, en gran parte, de la voluntad de los mismos. Así mismo, como propuesta y desde su creación, la política no involucraba algún presupuesto de por

medio, pues se considera que los estados interesados son los responsables de asignar los recursos necesarios.

Debido a lo anterior, las principales estrategias utilizadas por el nivel federal para implementar la política han sido la difusión de información sobre interculturalidad en salud a los estados por medio de manuales y lineamientos creados por la misma Dirección; los cursos y talleres de sensibilización intercultural, dirigidos tanto a escuelas de ciencias de la salud, como a áreas federales de la Secretaría de Salud y a personal administrativo y operativo de los servicios de salud estatales; y la gestión de cambios en los lineamientos de acreditación de unidades de salud, para incluir algunos criterios sobre interculturalidad.

Se hace un mayor hincapié en el enfoque de la política hacia la formación de la competencia cultural en el personal de salud que hacia la competencia cultural de los espacios físicos de atención.

Los informantes recalcan el hecho de que la política no sólo va enfocada a la salud de los pueblos indígenas; sino que abarca a todas las poblaciones minoritarias sujetas a algún tipo de discriminación; y para esto pretende formar y capacitar profesionales de la salud con la habilidad de brindar servicios de salud con calidad y sensibilidad a dichas poblaciones. Como un primer paso se refiere que las acciones de la política han sido enfocadas a los 125 municipios que forman parte de la estrategia 100 x 100<sup>+++</sup>.

### Financiamiento

Los testimonios de los actores de nivel federal señalan que la mayor parte de los recursos que se destinan a la DMTDI son para el pago de sueldos del personal que ahí labora y en ocasiones, en menor cantidad, se destina una parte que se utiliza

---

<sup>+++</sup> Estrategia planteada por el Gobierno Federal, con el objetivo de favorecer el desarrollo social y económico de los 125 municipios del país con menor Índice de Desarrollo Humano, por medio de acciones de coordinación entre diferentes áreas relacionadas con educación, salud, recursos naturales, vivienda y economía.<sup>62</sup>

para actividades de difusión de la política o para impartir algunos talleres o cursos de sensibilización intercultural.

Ante dicha carencia de recursos, la Dirección ha llevado a cabo algunas estrategias para poder realizar de manera continua las actividades de difusión y sensibilización de la política; entre ellas se encuentra la cooperación con otros programas y dependencias (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Dirección General de Promoción de la Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva), para incorporar la perspectiva intercultural en cursos y talleres que imparten dichas áreas o para compartir los gastos e impartir los cursos y talleres de manera conjunta; además de la creación de manuales en los cuales se agrega el enfoque intercultural.

Para el nivel federal, la falta de presupuesto destinado a la DMTDI para la implementación de la política no ha sido un problema, debido a que la misma política está planteada para que los estados interesados sean los que aporten los recursos necesarios para implementarla.

### Evaluación

A pesar de que el PAE sobre interculturalidad en salud señala que se llevará a cabo una evaluación de las metas planteadas en el mismo documento, los informantes refieren que nunca se ha llevado a cabo, lo más cercano que se ha realizado es un trabajo de tesis por alguien externo a la institución sobre el impacto de la política en un estado de la República. Cabe resaltar que los informantes atribuyen esta tarea a instituciones como el INSP o a los mismos estados, debido a la escasez de recursos por parte de la DMTDI.

### Principios que guían la política

A partir del análisis del discurso de los informantes de nivel federal se identifica una premisa que subyace a la política, la cual consiste en lo siguiente: la competencia cultural implica un cambio en los conocimientos y en la actitud del personal de salud.

Este cambio en la actitud y los conocimientos dará como resultado un cambio en el paradigma de la atención a la salud, el cual llevará a una mejora en la calidad de la atención y a evitar discriminación y violaciones a los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud pertenecientes a minorías sujetas a discriminación.

Según los informantes, la manera de lograr la competencia cultural del personal de salud es por medio de dos vías: los cursos de capacitación, en los cuales se les sensibiliza en el tema de interculturalidad en salud; y el intercambio de conocimientos, ideas y visiones con personas practicantes de otros modelos médicos. Se recalca que la política no consiste en la creación de un programa nuevo, sino en que los programas que ya existen incorporen los lineamientos interculturales propuestos por la política en su operación. Además se plantea en los discursos un contexto de necesidad de cambio, orientado al cambio en el perfil, la actitud y la manera de pensar de los prestadores de servicios de salud; así como también un cambio en el paradigma bajo el cual se da la enseñanza de las ciencias de la salud y bajo el cual se presta la atención médica en los servicios de salud. Este cambio implica el giro hacia un modelo de atención a la salud basado en el respeto a la diferencia y la no discriminación.

Lo anterior se plantea como una manera de dar respuesta a denuncias contra la Secretaría de Salud por violaciones a los derechos humanos y como una manera de mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. Según la información contenida en los documentos de la política y el análisis de los testimonios de los informantes de nivel federal, se identifican dos grandes componentes de la misma: el de interculturalidad, que busca cambiar la manera de pensar de los prestadores de servicios de salud e incidir en los diferentes programas nacionales y el de medicina tradicional que aborda todo lo relacionado con las medicinas complementarias, incluyendo la medicina tradicional mexicana.

### **Contexto**

#### **Funciones de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural**

Los testimonios a nivel federal hacen referencia a que la DMTDI cuenta con atribuciones principalmente directivas, de planeación y diseño de políticas y modelos de atención; lo que no queda claro es hasta dónde debería llegar su función de implementación según sus atribuciones legales la cual, por motivos de escasez de recursos, se delega principalmente a los estados. Dichas atribuciones han facilitado la influencia y la comunicación con los estados, otras áreas de la secretaría de salud y con los académicos.

Al ser una Dirección que cuenta con poco presupuesto y poco personal, la manera en cómo se da a la tarea de cumplir los objetivos de la política es haciendo uso de la estructura a la que pertenecen y de sus atribuciones de planeación, dirección y rectoría.

### Contexto Federal

Los actores clave refieren que antes de la creación de la DMTDI, cuando la DGPLADES era la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud (DGEDS); existía un programa de acción sobre la salud y nutrición de los pueblos indígenas, el cual tenía algunas líneas de acción relacionadas con la medicina tradicional y los servicios de salud con calidad y sensibilidad cultural. Sin embargo, en el marco de la reforma del Sistema de Salud Mexicano, cuando la DGEDS se transforma en la DGPLADES, dicho programa desaparece y en su lugar se crea la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural; la cual retoma el tema de interculturalidad en salud. Al principio, refieren los informantes, se retoma como una herramienta para sensibilizar al personal de salud, por lo que se empieza a ahondar en la literatura existente sobre el tema; pero debido a la amplitud del concepto y a las múltiples definiciones y abordajes del mismo, tuvieron que darse a la tarea, primero, de delimitarlo para crear una definición propia y orientarla a la función de rectoría de la Secretaría de Salud y después, ya con esta base y como un segundo paso, crear una política de salud.

Para cuando se da la creación de la DMTDI, ya se les ubicaba por las demás dependencias como el lugar en el que se encargaban de comunicarse con los

pueblos indígenas para hacerlos entender el modelo médico actual, con lo que, aclaran los informantes, siempre han estado en desacuerdo, pues refieren que su función y la interculturalidad va más allá de eso.

El análisis de los testimonios muestra que, al principio, luego de la creación de la DMTDI, ésta no conocía del todo sus funciones y atribuciones legales. Tuvo que pasar un tiempo para ello, lo que causó que la misma Dirección se empoderara y ya como parte de una Dirección General, no solamente siguiera publicando manuales y lineamientos, sino que también pudiera publicar dos Programas de Acción Específicos, uno sobre Interculturalidad en salud y el otro sobre Medicina Tradicional.

Luego del empoderamiento de la Dirección y en el marco de la reforma del Sistema de Salud Mexicano y las nuevas reglas de financiamiento, se vio la oportunidad de gestionar la inclusión en los criterios para la acreditación de unidades de salud, uno relacionado con la certificación del personal de salud en interculturalidad. Al principio no se le asignaron muchos puntos a este criterio, por lo que era fácil para una unidad acreditarse sin él. Es hasta 2012 que se incluyen tres criterios más y se aumenta el valor de cada uno. Por lo que ahora para acreditarse, las unidades de salud tienen que tomar en cuenta al menos un criterio sobre interculturalidad en salud.

Después de su creación, los informantes refieren haberse encontrado con muchos obstáculos para la implementación de la política; uno de los más importantes ha sido la aceptabilidad al tema por parte de las demás instituciones de salud, incluyendo las escuelas de ciencias de la salud, la industria de la salud y los colegios médicos.

Uno de los objetivos que primero se buscaban con la política era el sensibilizar a las escuelas de ciencias de la salud y cambiar la visión de los estudiantes bajo la premisa de que, por el hecho de estar en formación, son una población clave para sensibilizar y formar nuevas actitudes y visiones relacionadas con la interculturalidad en salud; sin embargo se encontraron con muchas barreras por parte de las universidades para aceptar este nuevo enfoque.

A pesar de los obstáculos, han existido algunas dependencias dentro de la misma Secretaría de Salud que han sido muy sensibles a la propuesta, entre ellas la Dirección General de Información en Salud, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Consejo Nacional contra las Adicciones.

### Mandatos constitucionales y acuerdos internacionales

Para los actores clave los mandatos constitucionales, en el ámbito nacional, y los acuerdos internacionales suscritos por el país, lo obligan a actuar en favor de los derechos humanos y de los derechos de los pueblos indígenas; a dichos acuerdos y mandatos también responde en gran parte esta política, con el fin de evitar sanciones por acción contraria u omisión. A pesar de lo anterior, la DMTDI sólo está facultada para hacer recomendaciones y difundir los lineamientos de la política y no para obligar o asegurar su cumplimiento. Por lo tanto, en este caso, las acciones que justifican el cumplimiento de los acuerdos internacionales y los mandatos constitucionales son la difusión y las recomendaciones sobre el cumplimiento de la política.

Aunado a lo anterior, se relaciona la falta de presupuesto asignado a la política con la poca importancia que se le da a la misma; se refiere que la importancia que se le da a la DMTDI y a la política radica en el hecho de que es una instancia que por medio de sus acciones da respuesta a algunas solicitudes de rendición de cuentas relacionadas con derechos humanos y derechos de los pueblos indígenas en salud.

*“Pero este, si, eh, como no tenemos presupuesto así fuerte, ni quien les importe lo que hacemos, les importa en el sentido de que nosotros estamos dando respuesta a varias solicitudes de información de transparencia (...), como qué se está haciendo de todo esto (...) porque aunque sea modesto, pues se están haciendo algunas cosas, pues estamos respondiendo a rubros que otras áreas del gobierno no habían considerado ¿no?” (Informante clave de nivel federal)*

### Contexto estatal

En el estado de Puebla, todo lo relacionado con interculturalidad y medicina tradicional se lleva a cabo por parte de la Coordinación Estatal de Hospitales Integrales con Medicina Tradicional, la cual, según el testimonio de uno de los informantes, surge a partir del plan Puebla-Panamá en el año 2002, primero como un proyecto y después ya como programa en el 2006. Refieren que desde su creación, el proyecto siempre ha tenido bien establecidas sus líneas de acción, las cuales se han seguido a pesar de los cambios de administración en el estado. Además, desde que inició hasta la fecha, siempre se le han destinado recursos para su operación.

Uno de los objetivos de dicho programa es el de acercar los servicios de salud a la población indígena y rural respetando sus usos y costumbres, por medio de la construcción de Módulos de Medicina Tradicional al lado de hospitales ubicados en zonas indígenas. Para esto, cada módulo es operado por un curandero, un huesero y una partera de la comunidad.

Desde su creación hasta la fecha, el programa ha enfocado sus acciones al segundo nivel de atención y en el trabajo conjunto con los médicos tradicionales, todo bajo la perspectiva de la interculturalidad en salud. De acuerdo al informante, la prioridad por los hospitales se debe a la necesidad de asegurar la resolución de cualquier complicación derivada de la atención brindada por los terapeutas tradicionales. A pesar de esto, se reconoce que actualmente el nivel federal está promoviendo el trabajo en el primer nivel de atención.

Según el análisis de los testimonios de nivel federal y estatal, se desconoce qué ocurrió primero, si la política de interculturalidad en salud o el proyecto de Hospitales Integrales con Medicina Tradicional del estado de Puebla; lo que sí queda claro es que el proyecto surgió como resultado del Plan Puebla-Panamá y que surgió con sus propios objetivos y líneas de acción, de los cuales, algunos se relacionan con los de la política. Actualmente la DMTDI permanece en contacto con la Coordinación brindando asesorías, capacitaciones y recomendaciones.

De acuerdo a los informantes, el trabajo que realiza el estado de Puebla en relación a la interculturalidad consiste en la creación de Hospitales Integrales y su mantenimiento; la contratación de terapeutas tradicionales para que operen los módulos y el proporcionar los materiales necesarios para que brinden sus atenciones. Cabe resaltar el esquema de pago que los servicios de salud del estado realizan a los terapeutas tradicionales, a los cuales se les liquida una cantidad por cada paciente que atienden.

### Contexto jurisdiccional

La jurisdicción de estudio es una región con una gran cantidad de población indígena, de escasos recursos y con la mayor parte de sus comunidades dispersas o en zonas de difícil acceso.

Los testimonios de los informantes coinciden en que la mayor parte de las unidades médicas de la jurisdicción cuentan con médicos que tienen más de 10 años viviendo en la región; sin embargo, a pesar de esto y de la presencia de traductores, identifican que el lenguaje sigue siendo una barrera importante en la comunicación, debido a que las interpretaciones de los traductores cuentan con algunas deficiencias y no hay certeza de que el mensaje se transmite de la mejor manera, debido en parte a que no se les da una capacitación previa.

Como barreras a la implementación de las competencias culturales, se identifican la actitud del personal, en especial del personal de base, el cual manifiesta un cierto rechazo a nuevos conocimientos y a la asignación de más tareas, entre ellas las relacionadas con la capacitación en interculturalidad, además de la dispersión de las unidades y la dificultad para llegar a cada una de ellas. Persiste también el problema de los recursos humanos insuficientes en las unidades de salud de comunidades alejadas, incluyendo centros de salud y hospitales integrales.

Los informantes perciben un cambio notable en los últimos años en cuanto a la relación de los servicios de salud con la población indígena de la zona; se refiere que ahora la población tiene más confianza para acudir a los servicios de salud; también se percibe una mayor comprensión y respeto hacia las prácticas de los

usuarios; además, identifican que ahora la población entiende mejor los objetivos de algunas prácticas que llevan a cabo los servicios de salud y viceversa.

### Contexto local

El caso de estudio se trata de una localidad cuya población es en su mayoría indígena, de escasos recursos, hablante del dialecto propio de la región y también, la mayoría, inscrita al programa Oportunidades<sup>\*\*\*\*</sup>.

Por su parte, el centro de salud de estudio se encuentra ubicado en una de las zonas con mayor dificultad para el acceso en la comunidad, no cuenta con internet ni teléfono y constantemente carece de electricidad y agua potable. La cabecera municipal de la localidad cuenta con un Hospital Integral y un módulo de medicina tradicional.

Refieren los informantes que hoy en día la población casi no acude al centro de salud cuando presentan algún padecimiento propio de su cultura (mal de ojo, mal aire, empacho, etc.); en su lugar, acuden directamente al módulo de medicina tradicional de la cabecera municipal, donde se cuenta con parteras, curanderos y hueseros.

Las diferencias en el lenguaje son una barrera importante para los informantes, para lo cual necesitan del apoyo de una traductora; a pesar contar con dicho recurso, refieren no siempre entender el mensaje que los usuarios quieren transmitirles, debido en gran parte a que no cuentan con alguna capacitación o formación previa relacionada con la interpretación o temas de salud en general.

Anteriormente, identifican los informantes, había un gran rechazo hacia los servicios de salud por parte de la población de la comunidad pues se negaban a acudir a los servicios de salud. Sin embargo, refieren, ahora la población es muy participativa, accesible y acude con regularidad al centro de salud. Este gran cambio se atribuye

---

<sup>\*\*\*\*</sup> Programa Federal, que nace con el objetivo de superar la pobreza por medio de acciones interinstitucionales encaminadas a desarrollar las capacidades básicas de las personas; en áreas como la salud y la educación. Su principal característica es que brinda un estímulo económico a los afiliados, el cual es condicionado a ciertos requisitos como la asistencia regular al centro de salud y a las pláticas que ahí se imparten.<sup>63</sup>

por todos los informantes a las pláticas del programa Oportunidades que se dan en el centro de salud y a la traductora.

Basado en el análisis de los testimonios tanto del personal de salud como de los usuarios, se deduce lo siguiente: debido a que la mayor parte de la población está inscrita al programa Oportunidades y dicha inscripción está condicionada a una serie de requisitos, como las visitas regulares al centro de salud y la asistencia a las pláticas que ahí se dan, la población se ve obligada a cumplir para poder recibir el estímulo económico que brinda el programa; lo anterior ha sido una manera para que la población se acerque a los servicios de salud, los conozca y comprenda mejor el modelo médico bajo el cual se rigen los mismos. Lo anterior y la traductora han favorecido la comunicación y el intercambio entre la población y el personal de salud.

*“...Pues sí al principio, cuando yo llegué aquí a la comunidad, sí este me costó, bueno sí tenía yo problemas porque no acudían, no venían (...), la gente era muy (...) cerrada y no se prestaba ora sí que al diálogo; ahora ya la gente participa, nos escucha, (...) incluso les damos talleres y ya ellas participan y anteriormente no...”*  
(Informante clave de nivel operativo)

*“...Ahorita con el programa de Oportunidades ellos ya, bueno, se sienten ya obligados a venir (...). Por cumplir una cita médica ellos vienen y bueno, también porque se les ha dado pláticas (...) mensualmente (...) y pues como que eso nos ha ayudado para que ellos este pues si se enferman, vienen al centro de salud...”*  
(Informante clave de nivel operativo)

## **Implementación**

### Nivel Federal: competencias culturales del personal directivo y operativo

En relación a la segunda línea de acción de la primera estrategia del Programa de Acción Específico sobre Interculturalidad en Salud, relacionada con promover la competencia cultural en el personal en formación, administrativo y clínico dentro del Sistema Nacional de Salud, se hace énfasis en que la principal acción llevada a cabo para lograrlo han sido los cursos y talleres de sensibilización; de estos últimos, se identifican dos tipos: los dirigidos al personal operativo de los estados y los dirigidos al personal directivo de las áreas federales de la Secretaría de Salud.

En relación a dicha línea de acción, se refiere que lo primero que se llevó a cabo fue el diseño de un curso de sensibilización dirigido a las escuelas de ciencias de la salud, en particular de medicina y enfermería; para ello se contactó a la Asociación Mexicana de Escuelas de Medicina y a la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería; sin embargo, a pesar del interés de las escuelas de enfermería en el tema de interculturalidad, la iniciativa no tuvo mucho éxito debido a la falta de interés por parte de las escuelas de medicina.

Después de esto se focalizaron las acciones hacia el logro del cambio de actitud del personal de salud; para lograrlo se generaron diversos documentos, manuales y lineamientos sobre interculturalidad en salud y competencias culturales, además de un modelo de cursos y talleres a base de dinámicas y presentaciones en diapositivas electrónicas sobre temas de interculturalidad. Todo esto se distribuyó a los servicios de salud de los estados; de éstos, sólo algunos mostraron interés por el tema (Oaxaca, Chiapas, Sonora, San Luis Potosí, Michoacán y Puebla). Posteriormente, los estados interesados empezaron a contactar a la DMTDI para pedir más información o asesoría. Después se inició una segunda fase que consistió en la formación de replicadores en los estados; sin embargo, no se tuvieron los resultados deseados debido a la rotación constante del personal capacitado en los estados.

Uno de los cursos en los que el personal ha mantenido un mayor interés ha sido el relacionado con otros modelos médicos. De igual manera, en lo relacionado a la difusión de la política en otras instancias del Sistema de Salud Mexicano, como el IMSS, el ISSSTE, SEDENA y SEMAR, se refiere que ha habido un gran interés, enfocado únicamente a los cursos de otros modelos médicos de atención.

En cuanto a los cursos dirigidos a personal directivo de la Secretaría de Salud Federal, se refiere que tienen dos objetivos: sensibilizar al personal directivo en el tema y darles a conocer el sustento legal y normativo de la política en el ámbito nacional e internacional; esto para lograr que incluyan el enfoque intercultural en la operación de los programas que están a su cargo. Debido a lo anterior, el tipo de ponentes que imparten los cursos es diferente e involucra a directores de otras áreas

federales relacionadas con interculturalidad, como el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

A partir de lo anterior, identifican los informantes, se han eliminado ciertas barreras relacionadas con la aceptabilidad de la política, se refieren algunos ejemplos como la incorporación por parte de Caravanas de la Salud a sus lineamientos de operación el requisito de que su personal debe ser capacitado en interculturalidad para poder operar; o la inclusión de variables étnicas al Sistema Nacional de Información en Salud.

Además de los cursos de sensibilización, la DMTDI ha hecho uso de otras herramientas para implementar las competencias culturales en el personal de salud; una de ellas es la difusión y gestión de la política en otras instancias; un ejemplo es haber incluido en los requisitos de acreditación de unidades de salud algunos criterios sobre competencias culturales del personal y las unidades de salud.

#### *Nivel Federal: competencias culturales de los espacios físicos de atención*

Refieren los informantes que en todo lo relacionado a las competencias culturales de los espacios físicos de atención no se ha avanzado mucho, pues depende en gran parte de la voluntad de los estados el destinar los recursos necesarios para realizar las adecuaciones; a pesar de esto se menciona el caso del programa Hospitales Integrales en Puebla, el cual consiste en la construcción de hospitales en zonas indígenas, con un módulo, al lado, que presta servicios de medicina tradicional y que además, trata de operar bajo algunos lineamientos emitidos por la política.

Dentro de las acciones que se han logrado llevar a cabo a nivel federal, se encuentra la inclusión de un capítulo sobre planos arquitectónicos para unidades médicas con enfoque intercultural, dentro del documento: “Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud” publicado por la DGPLADES. Sin embargo, dichos planos son sólo una propuesta, pues su realización depende de la voluntad de los estados.

### *Nivel Federal: relación con los estados*

Según los testimonios, al principio, cuando la DMTDI llegaba a los estados para difundir la política, se dirigían primero al área de los servicios de salud estatales encargada de la salud de los pueblos indígenas o al área de planeación, de ahí podían mandarlos a las jurisdicciones que contaban con población indígena o convocar al personal que operara en esas zonas. Lo anterior bajo un contexto en el que los estados interpretaban que el trabajo de la DMTDI era con la finalidad de que los pueblos indígenas aceptaran el modelo médico de los servicios de salud. A pesar de esto, se mencionan algunos cambios en la logística del contacto con los estados al momento de la entrevista, los cuales harían que la comunicación ya no fuera tan directa.

En cuanto a los resultados de la implementación en los estados, se identifican en el discurso de los informantes diferentes escenarios, que van desde el rechazo abierto a la política hasta la incorporación de algunos elementos de la misma en la operación de los servicios de salud de algunos estados.

### *Nivel estatal: relación con nivel federal*

En el caso del estado de Puebla, ya contaba con un trabajo y un programa previo relacionado con interculturalidad en salud y medicina tradicional con sus respectivos objetivos y líneas de acción; lo que viene a hacer los últimos años es incorporar algunos lineamientos y recomendaciones de la política hechas por la DMTDI, como por ejemplo pedir asesorías y recibir capacitaciones.

La relación de la Coordinación con la DMTDI, refieren los informantes, es estar en constante comunicación, ya sea para solicitar asesorías, documentos o lineamientos o para recibir cursos de capacitación en interculturalidad para la formación de replicadores estatales. Incluso en ocasiones la Dirección realiza algunas observaciones sobre los Módulos y emite recomendaciones a la Coordinación.

Desde la perspectiva de los actores estatales, la principal función que ejerce la DMTDI es la de orientar y asesorar a los estados en cuestiones de interculturalidad en salud; además de llamar la atención sobre la existencia de poblaciones minoritarias sujetas a discriminación en los estados.

*“Entonces yo creo que la Dirección sí pone el dedo en la llaga, de decir: ¡Aguas, aquí tenemos una población que nunca se le ha pelado, ni nunca se ha respetado, culturalmente hablando!, entonces tenemos que hacer algo para tomarlos en cuenta y dar los servicios que, los mismos que tienen todos...” (Informante clave de nivel estatal)*

*“...y la relación es cordial ¿no? es cordial, en cuanto a asesoría, en cuanto a, a puntos de vista y demás. (...) por ejemplo (...) la encargada de la Coordinación (...) me dijo oye ocupo un acupunturista (...). Le digo mándale un correo [al director de la Dirección de Medicina Tradicional] y dile que nos oriente (...). Entonces de hecho le mandó un correo la semana pasada, (...) y ya el Doctor mandó información de cómo justificar, toda la normativa y cosas así para ir teniendo acupuntura, entonces, la relación es cordial ¿no?...” (Informante clave de nivel estatal)*

También a nivel estatal queda claro que a nivel federal no hay presupuesto para implementar las acciones de la política en los servicios de salud y que eso es tarea de los estados.

*“Bueno, directamente desde México, que yo sepa, no hay presupuesto, la Dirección de Medicina Tradicional no tiene presupuestado, nada. Eh la Dirección, que yo sepa, a pesar de que pertenece a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, que son los que tienen presupuesto; no tiene asignado, porque su función es esa, asesorar y demás, entonces en cuanto a presupuesto, nos toca a los estados”. (Informante clave de nivel estatal)*

Existen algunas coincidencias en ambos niveles, federal y estatal, en relación al concepto que se tiene sobre interculturalidad en salud. Por ejemplo, ambos enfatizan en que la competencia cultural sólo se puede lograr mediante un trabajo continuo con el personal de salud, que no es suficiente una sola capacitación; así como también, la importancia del intercambio de ideas entre el personal de los servicios de salud y los médicos tradicionales.

En cuanto a las acciones que propone la política, uno de los informantes percibe la necesidad de que haya lineamientos federales que apliquen para todos los estados y con una mayor obligatoriedad.

En lo referente a la relación de la Coordinación con las Jurisdicciones, uno de los informantes identifica un escaso involucramiento de las jurisdicciones en la toma de decisiones, así como un proceso muy centralizado en la implementación de las acciones.

#### *Nivel estatal: capacitación*

En cuanto a la capacitación, identifican los informantes que el trabajo se ha llevado a cabo con mayor énfasis en el segundo nivel de atención, con la finalidad de que el personal de salud y los médicos tradicionales conozcan cada uno de su trabajo y de su perspectiva. Apenas hasta el año 2012 se impartieron cursos de capacitación a personal operativo del primer nivel de atención en nueve de las diez jurisdicciones sanitaria, los cuales iban enfocados a sensibilizar al personal en cuanto a las prácticas y creencias en salud de las poblaciones indígenas del estado. Aclara que no todo el personal pudo acudir a las capacitaciones, debido a que las unidades de salud no podían quedarse solas, la jurisdicción seleccionó al personal que se capacitaría.

En cuanto a la capacitación de personal de otras áreas, los informantes refieren que se han dado cursos a pasantes de enfermería y medicina, a personal de Caravanas de la Salud y a personal operativo del Seguro Popular.

#### *Nivel estatal: espacios físicos de atención*

Desde la DMTDI, refieren los informantes, la Coordinación recibe materiales como carteles, folletos y publicaciones, los cuales se reparten a los Hospitales Integrales que cuentan con un Módulo de Medicina Tradicional; refieren que se da mayor prioridad a éstos que a las unidades de primer nivel.

Durante el trabajo de campo se pudo apreciar un ambiente de gran prioridad hacia la construcción y remodelación de centros de salud; sin embargo, los informantes

refieren que la DMTDI ha hecho la observación de que no se ha tomado en cuenta a la población en estas obras, con lo que también coincide uno de los informantes. A pesar de esto, a nivel de los Módulos de Medicina Tradicional, se aclara que sí se ha tomado en cuenta la opinión de los médicos tradicionales para su construcción.

*“Sí (...) este, ahora que vino el (...) director de Medicina Tradicional a nivel federal, fue una de las observaciones que me hicieron ¿no?: Es que ustedes han construido sin saber este, las necesidades de la población”. (Informante clave de nivel estatal)*

*“...ahí donde se inauguró en Cuetzalan, tienen área para parto y tienen una mesa que es para parto vertical, y tienen (...) un temazcal, tienen altares (...) para sus ceremonias, entonces sí, o sea, sí hay esa comunicación. A mí me queda la duda, de nuevo, ¿qué tanta participación de la gente hay en eso? ¿Me explico?...” (Informante clave de nivel estatal).*

### Nivel jurisdiccional: Capacitación

En relación al trabajo que se realiza desde la jurisdicción en el tema de interculturalidad y la formación de competencias culturales del personal, se hace referencia a que los criterios de acreditación de unidades de salud relacionados con la capacitación del personal en interculturalidad prácticamente obligan a capacitar al personal de las unidades en este tema. Lo cual coincide con el discurso de los actores a nivel federal, pero en este caso se refleja su implementación ya en el ámbito operativo, en donde se da prioridad a la capacitación de las unidades que se certificarán y se hace con el objetivo de cumplir con el requisito.

*“Mire, dentro de la acreditación de unidades que se nos pide a nivel federal, uno de los puntos para la cédula de acreditación es que sea capacitado en un programa de interculturalidad, es uno de los puntos básicos que nos manejan. Anteriormente era una acreditación como cualquier otra, pero ya ahora es un punto importante que uno debe de constatar, de que realmente hay un curso de interculturalidad y que los médicos de primer nivel deben de estar, tanto el médico, la enfermera y el promotor. Si usted en su momento de esa acreditación dentro de la cédula de aplicación no lo tiene, es un criterio mayor que nos afecta como Secretaría de Salud.” (Informante clave de nivel jurisdiccional)*

Las capacitaciones han sido dirigidas a todo el personal, directivo y operativo (médicos, enfermeras y promotores de salud), con mayor énfasis en éste último. Cabe resaltar que no se incluye a las traductoras en dichas capacitaciones.

En cuanto a la logística de las capacitaciones, se refiere que el recurso, la instrucción y el ponente vienen de nivel estatal; mientras que la organización es por parte de la jurisdicción.

Todos los informantes identifican un punto en el que empiezan a incorporarse los cursos y pláticas sobre interculturalidad en salud en la capacitación del personal, que es el punto en el que se incluye el enfoque intercultural y de medicina tradicional a los servicios de salud del estado por medio del Programa de Hospitales Integrales con Medicina Tradicional. De igual manera, identifican que se han llevado a cabo cursos de capacitación y sensibilización en la jurisdicción, aunque de una manera no continua, pues esto varía dependiendo de las prioridades de la administración en turno y de las unidades que se certificaran cada año. Agregan que para la administración actual lo que tiene mayor prioridad es la construcción y remodelación de unidades de salud.

#### *Nivel jurisdiccional: materiales e infraestructura*

En cuanto a los materiales gráficos como carteles o folletos que se destinan a las zonas indígenas, se menciona que la mayor parte de las veces son escritos en español y no cuentan con imágenes de personas representativas de la región. Para lo primero, la jurisdicción, que guarda una buena relación con la CDI, le solicita la traducción de algunos materiales. A pesar de esto, agregan, que una gran parte de la población es analfabeta, por lo que los carteles no son la mejor manera de transmitir los mensajes, y para esto hacen uso del perifoneo o de videos.

Las adecuaciones a la infraestructura en los centros de salud se han enfocado principalmente a la construcción, remodelación y equipamiento de unidades; a pesar de que dichas adecuaciones cumplen con el objetivo de ofrecer instalaciones óptimas para la atención, no toman en cuenta todos los elementos que propone la política sobre unidades de salud culturalmente competentes.

### Nivel jurisdiccional: servicios y recursos humanos interculturales

En relación a la presencia de recursos humanos interculturales en los centros de salud, refieren los informantes que los médicos tradicionales son exclusivos de los Módulos de Medicina Tradicional; pues los centros de salud sólo cuentan con una traductora, a la cual le paga el Ayuntamiento municipal o la comunidad. Las traductoras también tienen la responsabilidad de hacer el aseo del centro de salud. Para esto, los únicos requisitos para su contratación son el ser bilingües y que la comunidad las designe por votación. Además, no se les da ninguna capacitación previa ni posterior a la contratación. Y su salario no es mayor a los 500 pesos mensuales.

### Nivel local

Sólo el médico refiere haber recibido un curso de capacitación en interculturalidad; por su parte, la enfermera mostró estar muy interesada en el tema; sin embargo no ha tenido la oportunidad de acudir a ningún curso o taller sobre interculturalidad, refiere que por la lejanía del centro de salud, en ocasiones no llegan las invitaciones o no se les facilita acudir hasta el lugar donde se llevan a cabo las capacitaciones.

Por su parte, las adecuaciones en el caso de estudio han consistido principalmente en mejoras en el equipamiento (nuevas bancas para la sala de espera, nuevo refrigerador, impresora y computadora) y en los insumos (instrumental, material de curación y vacunas).

### **Barreras**

A nivel federal los actores identifican un rechazo a la perspectiva intercultural por parte de otras áreas de la salud. Aunado a esto, se encuentra el hecho de que no se les ha otorgado un presupuesto para la implementación de la política y que sólo se les ha dado la facultad de difundir la política y de hacer recomendaciones.

A nivel estatal se identifica como barrera el hecho de que las prioridades de la Coordinación no siempre coinciden con las de la política y, por los testimonio de los

informantes, se identifica que el enfoque en el primer nivel de atención es uno de los planes a futuro de dicha Coordinación.

En cuanto a la impartición de cursos de capacitación, los informantes del nivel jurisdiccional refieren que para poder llevarlos a cabo requieren que el estado les destine recursos; y aún a pesar de contar con ellos se enfrentan con la dificultad de que el personal tiene que cubrir los gastos de transporte y de hospedaje, pues muchas de las unidades se encuentran en zonas de difícil acceso, además de que la unidad de salud se queda sin personal completo.

Por lo tanto, la asistencia a estos cursos o talleres depende en gran parte depende de la voluntad del personal, que esté dispuesto a poner dinero de su bolsillo para recibir la capacitación.

### ***Facilitadores***

Si bien, a nivel federal la DMTDI no puede obligar directamente el cumplimiento de los lineamientos de la política; el pertenecer a una Dirección General les da la facultad para poder interceder en otras áreas que sí son normativas, para que incluyan en sus lineamientos algunos relacionados con interculturalidad.

A nivel estatal, el contar con una dependencia específica que se encargue de los temas relacionados con interculturalidad y medicina tradicional y que además cuenta con un presupuesto, ha permitido llevar a cabo algunas acciones propuestas por la política, tales como los cursos de capacitación y algunas modificaciones a los centros de salud.

La disponibilidad de los Ayuntamientos y la comunidad para pagar el salario de las traductoras, quienes, a pesar de las deficiencias, resuelven en gran parte las barreras en la comunicación entre los usuarios monolingües y el personal de salud.

## Competencias culturales del personal de salud

En el siguiente apartado se muestran las competencias culturales encontradas en el personal y el centro de salud, así como la evidencia que da soporte a cada competencia. En el caso del personal de salud, las competencias se muestran en el orden en el cual el personal las fue adquiriendo.

### COMPETENCIAS CULTURALES DEL PERSONAL DE SALUD

COMPETENCIA	EVIDENCIA	ACTOR	TESTIMONIOS
Conocimiento de la cultura y de otros modelos de atención.	Tanto la enfermera como el médico radican en la comunidad, con una antigüedad de 8 y 30 años respectivamente. Ambos refieren ser parte de la comunidad y haber aprendido a lo largo de los años muchos aspectos de la cultura de la población. Ambos conocen sus creencias y prácticas en salud, incluso han hecho uso de la medicina tradicional para tratar algunos padecimientos de sus hijos. En cuanto al conocimiento de otros modelos de atención, solamente refieren conocer la medicina tradicional de la región.	PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD	<p><i>“Pues yo no sabía de remedios caseros pero ya al llegar aquí a la comunidad pues ya platicando con la gente ya me dicen: “no pues que el espanto se cura con esto, que el empacho con esto”. Incluso hasta yo lo he experimentado porque tengo niños chiquitos, entonces me dicen: “no pues póngale sus emplastos [cuando tienen empacho]” y sí de veras al otro día (...) sacan todo lo malo que tenían adentro con esos emplastos” (Informante clave de nivel operativo).</i></p> <p><i>“...yo tuve muchas experiencias y sí, efectivamente lo viví en carne propia con un hijo mío. En ese entonces este niño se me puso mal (...) en mi domicilio, le vino un dolorcito en su pancita y al ratito empezó con diarrea y vómito. Le apliqué difenidol inyectable y Suero Vida Oral (...), pasó una hora y el niño no se componía. En ese tiempo me ayudaba una señora en el consultorio particular, por cierto curandera, y me dice: “Doctor este niño tiene mal de ojo (...) pero no se preocupe, orita lo vamos a barrer con esas yerbitas” y pidieron chile seco, albahaca, sauco y bueno; le tronó el huevo en un vaso cristalino con agua y pues sí salió algo extraño el huevo [risas] y santo remedio.” (Informante clave de nivel operativo).</i></p>
Respeto	Refieren, en ocasiones los usuarios llegan al centro de salud a solicitar atención después de haber acudido primero con algún médico tradicional y no haber solucionado su problema de salud. Ante estas situaciones, la manera de actuar del personal es no alejarlos ni intentar quitarles sus prácticas y explicarles las posibles causas médicas de su padecimiento y cómo les ayudará el medicamento.	PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD	<p><i>“...pues ora sí que respetar lo ellos dicen, que si tiene empacho pues que sí es por empacho pero explicarle que a lo mejor es una infección que tiene en el estomago, a la mejor fue porque no le lavó las manitas al niño, porque no lo baña. Más que nada, hacerle entender porqué, pero respetando su creencia (...). (Informante clave de nivel operativo).</i></p> <p><i>“...Por ejemplo si un día se enferman y ellos acuden a lo que son las yerbitas pues no prohibírselas porque pues a final de cuentas ellos lo toman que es para su bien, y no prohibírselos, pero sí decirles también que acudan al centro de salud y que la medicina pues les va ayudar mucho... (Informante clave de nivel operativo)”.</i></p>

Respeto	<p>Por su parte, la mayoría de los usuarios refieren un buen trato y con respeto por parte del personal de salud, enfocado hacia sus creencias y prácticas en salud.</p> <p>Solamente dos de las usuarias refirieron haber sido tratadas de una manera inadecuada; la queja común de ambas era la poca disponibilidad del médico para realizar constancias médicas o solicitudes de interconsulta a otras unidades. A pesar de esto, reconocen que el personal sí respeta sus creencias y prácticas en salud.</p>	USUARIOS	<p>“...sí, bueno, que yo sepa, así que nos hayan faltado al respeto, no sé, por ser indígenas o así, no”. (Informante clave de nivel usuarios)</p> <p>“No, pus nos dice [el médico]: “está bien, si ustedes saben de algunas plantas medicinales que sí les convenga pus tómenlas y este, tampoco no mezclar con las pastillas, pero no, no pasa nada, es una planta natural”. (Informante clave de nivel usuarios)</p> <p>“Más o menos [respondiendo a la pregunta de si le gusta el trato que recibe del médico], pus cuando me dice que no me quiere hacer la constancia, pus siento mal, acá a dónde voy a sacar la constancia, por eso ahí está doctor, tiene que estar, hacer la constancia, yo pienso así”.(Informante clave de nivel usuarios)</p>
Comunicación	<p>Por medio de las pláticas de Oportunidades y de la traductora, se ha mejorado el proceso de comunicación entre usuarios y personal de salud; refieren que ahora la población participa más y acude al centro de salud; además, por medio de la explicación, los usuarios entienden el porqué de los medicamentos o de ciertos procedimientos preventivos que se llevan a cabo y los aceptan.</p>	PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD	<p>“Este entonces a mí me cuesta trabajo comunicarme con ellos, yo requiero de una traductora para que me pueda comunicar con ellos porque todavía no les entiendo bien, pero las personas son muy accesibles...” (Informante clave de nivel operativo)</p> <p>“...Entonces ahí es cuando uno tiene que batallar con ellos y decirles: “mira si tu estas así es porque vienes haciendo esto y no lo debes hacer” y bueno ya tienes que, pues sí, darles también por su lado, o sea: “Tú has lo tuyo, lo que puedas hacer en cuanto a tus yerbitas y tus curaciones en tu casa, si no resulta pues ya te vienes, pero eso sí que no debe pasar mucho tiempo porque si no te me complicas más...” (Informante clave de nivel operativo)</p>
	<p>Los usuarios también recalcan lo significativo que es para ellos el hecho de que el personal les explique por qué es importante acudir al centro de salud o por qué es importante realizar ciertas prácticas de higiene y prevención.</p>	USUARIOS	<p>“Me gusta que me saquen de mis dudas, que me expliquen bien, por qué esa enfermedad o no sé. Es que a veces vamos a consultas pero ni siquiera te dicen qué tienes [risas] (...). Y aquí, a mí en lo personal, el doctor sí me ha explicado...”(Informante clave de nivel usuarios)</p>

Después del análisis de los testimonios tanto de nivel operativo como de los usuarios; se pudo identificar una conexión entre las competencias culturales de comunicación, respeto y conocimiento. Se identificó que el conocimiento de la cultura de los usuarios por parte del personal ha permitido que exista un ambiente de respeto hacia sus creencias y prácticas en salud. Ambos, tanto el conocimiento como el respeto, han permitido mejorar el proceso de comunicación entre el personal y los usuarios.

Además de lo anterior, otros factores que han favorecido la comunicación entre los usuarios y el personal han sido, primero, el superar la barrera del lenguaje con ayuda de la traductora y segundo, el intercambio de ideas entre el personal y el usuario. Esto último se ha logrado por medio de la explicación a los pacientes sobre

las causas y consecuencias del padecimiento por el cual acuden a los servicios, así como los motivos y beneficios de realizar algunos procedimientos preventivos (vacunación, toma de citologías exfoliativas cervicales, etc.).

Solamente el médico de la unidad recibió un curso de sensibilización intercultural, para el cual, todos los gastos de alojamiento y transporte derivados del mismo fueron cubiertos por él. Cabe resaltar, con base al análisis de los testimonios, que las competencias culturales encontradas en el personal, fueron desarrolladas más que nada por el hecho de vivir en la comunidad y convivir con la población, en el caso del médico 30 años y de la enfermera, 8 años.

### ***Competencias culturales del centro de salud***

El centro de salud de estudio se trata de una unidad construida en el año de 1998; ubicada en una zona aislada dentro de la comunidad, rodeada de vegetación, en la cima de un cerro; la casa más cercana se encuentra a aproximadamente 50 metros de distancia. Al centro de la comunidad, el tiempo de recorrido es de aproximadamente 1 hora caminando; no hay manera de llegar por ningún tipo de transporte debido a la pendiente que hay que subir para poder llegar. En cuanto a la estructura, es de un solo piso, rodeado de malla ciclónica, no cuenta con drenaje, teléfono ni internet; cuenta en ocasiones con agua potable y electricidad de manera intermitente.

Los horarios de atención son de 8 am a 4 pm de lunes a viernes. Atiende a 657 personas, 305 hombres y 352 mujeres. El personal que ahí labora es un médico, una enfermera y una traductora. Además, en el 2005 recibió la primera acreditación y ya en el 2009 la reacreditación.

A continuación se presenta la evidencia de las competencias culturales encontradas en el centro de salud.

## COMPETENCIAS CULTURALES DEL CENTRO DE SALUD

COMPETENCIA	EVIDENCIA	TIPO DE EVIDENCIA	TESTIMONIOS
<p>Información en el centro de salud sobre los servicios que se otorgan, los requisitos para recibir atención y los trámites que ahí se pueden realizar. Todos estos letreros deben ser culturalmente adecuados tanto en la lengua como en los colores y los personajes que ahí se incluyen.</p>	<p>Toda la información escrita que se encuentra en el centro de salud en forma de avisos, posters o letreros es en español.</p> <p>La mayor parte del material informativo incluye imágenes con personas cuya vestimenta y características fisionómicas no son las de la población de la comunidad.</p> <p>Se brinda información sobre los principales servicios que se prestan, como vacunación, cartillas nacionales de salud, hidratación oral, planificación familiar, y suplementos nutricionales para los niños.</p> <p>No hay información sobre los trámites que ahí se pueden realizar, ni los requisitos u horarios de atención.</p> <p>Se emiten mensajes sonoros a la población, por medio del megáfono de la iglesia en español y en la lengua de los usuarios.</p>	<p>OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>ENTREVISTAS</p>	<p><i>“-¿Ha leído los letreros, avisos o anuncios que hay en el centro de salud?” (Entrevistadora)</i></p> <p><i>“- No los he leído porque no sé leer, me gustaría más si fueran dibujos”. (Informante clave de nivel usuarios)”</i></p>
<p>Información sobre promoción de la salud; así como la prevención y características generales de algunas de las enfermedades más comunes de la zona; que incorpora elementos de la cultura de los usuarios.</p>	<p>En las diferentes áreas del centro de salud se brinda información sobre promoción de la salud, prevención del embarazo, prevención de enfermedades como paludismo, cáncer de mama, cáncer cervico-uterino, entre otras.</p> <p>De toda la información, solamente hay un calendario sobre la prevención de la infección por el Virus del papiloma Humano, que se encuentra escrito en 8 dialectos diferentes, menos en totonaco.</p> <p>La mayor parte de la información no incorpora elementos de la cultura de los usuarios.</p> <p>Refiere el personal que la mayor parte del material lo reciben por parte de la jurisdicción. Por su parte, en la jurisdicción se menciona que dicho material es enviado por parte del nivel estatal o en algunas ocasiones de nivel federal.</p>	<p>OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>ENTREVISTAS</p>	<p><i>- “¿Qué opina usted de los carteles o anuncios que hay aquí en el centro de salud? ¿Piensa que le sirven a la gente?” (Entrevistadora)</i></p> <p><i>-“Mmm no, no, la gente no los entiende porque no están en su dialecto, no les entienden”. (Informante clave de nivel operativo).</i></p>
<p>Condiciones generales del centro de salud</p>	<p>El exterior del centro de salud es color amarillo y verde, se observa un tanto despintado, tiene escrito en su exterior el nombre y número de la unidad. Se encuentra en la cima de un cerro, en una zona despoblada. Cuenta con una sala de espera, un patio para pláticas, dos consultorios, una cocina, dos baños y un dormitorio para médicos</p>	<p>OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE</p>	

<p>Servicios y recursos interculturales</p>	<p>Solamente se cuenta con el apoyo de una traductora, quien pertenece a la comunidad y se encarga también del aseo del centro de salud; además recibe su salario por parte de la presidencia municipal.</p> <p>Refiere el personal que a pesar de la traductora resulta difícil la comunicación con los usuarios monolingües debido a que muchas veces ella no encuentra la manera de explicar mejor lo que quisieron decir los usuarios.</p> <p>De todo lo relacionado a servicios de medicina tradicional se encarga el Módulo de Medicina Tradicional, por lo que el centro de salud no cuenta con ellos ni con las adecuaciones necesarias.</p>	<p>ENTREVISTA</p>	<p><i>“Pues aquí les ayudo mucho tanto a la enfermera como al doctor y este también a la gente, les ayudo a traducir, salimos a las comunidades y este hago la limpieza (...) y pues así es mi trabajo (...) y me pagan nada más 500 pesos.” (Informante clave de nivel operativo)</i></p> <p><i>“...pues sí tengo una traductora pero a lo mejor igual la traductora no me entendió bien, y pues ya le dijo a su manera de ella, y a lo mejor ellos ya no me entendieron, entonces como que sí me cuesta trabajo que ellos me entiendan...” (Informante clave de nivel operativo)</i></p>
<p>Módulo de quejas y sugerencias</p>	<p>No cuenta con un módulo de quejas y sugerencias, solamente hay, en la sala de espera, un cartel con un número 01-800, que exhorta a los usuarios a dar su opinión sobre la atención que se les brinda en el centro de salud.</p>	<p>OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE</p>	<p>El cartel dice lo siguiente: <i>“Para Calidatel es importante escucharte”.</i></p>
<p>Cédula de acreditación</p>	<p>El centro de salud cuenta con una cédula de reacreditación en la sala de espera, con fecha de 2009.</p>	<p>OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE</p>	

## DISCUSIÓN

Siguiendo la propuesta de King, Morriss y Fitz-Gibbons,<sup>58</sup> el primer objetivo de una evaluación de implementación es responder a la pregunta de si en realidad hubo o no un proceso de implementación.

Según los resultados encontrados, se puede concluir que sí se llevó a cabo un proceso de implementación de la Política de Interculturalidad en salud, por parte de la DMTDI. Sin embargo, no se ha terminado de implementar lo que la política propone en cuanto a las competencias culturales.

Continuando con los mismos autores, lo siguiente sería ahondar en los detalles de la implementación, como son las variaciones que se encontraron a la idea original de implementación.<sup>58</sup>

### Variaciones en la implementación de las competencias culturales

Según Patton,<sup>49</sup> existen dos razones por las cuales la implementación de una política o programa pueden fallar: puede ser que la idea desde su origen, haya sido mal planteada y por lo tanto no haber funcionado como se esperaba (*theory failure*) o que la implementación en sí no se hubiera llevado a cabo como se planteó originalmente y por lo tanto, la idea nunca haberse llevado a cabo (*implementation failure*).

Sin embargo, debido a que el autor no define los criterios necesarios para considerar un proceso de implementación como fallido y a que este trabajo no busca encasillar a la implementación de la política como fallida o no fallida, sino reconstruir el proceso de implementación y dar cuenta de lo que pasó, sólo se utilizará dicha clasificación para analizar si las variaciones en la implementación que se observaron a nivel estatal y operativo se debieron a la idea que dio origen a la política (*theory failure*) o a la implementación de la misma (*implementation failure*).

En el caso de la Política de Interculturalidad y específicamente de las competencias culturales del personal en el primer nivel de atención, la propuesta de implementación operativa consiste en que cada estado debe ir incorporando de la política lo que sea de su interés y utilidad, para lo cual destinará los recursos que considere pertinentes. En el caso analizado esto se alcanza a reflejar en el hecho de que el estado toma de la política algunas de sus propuestas, como los cursos de sensibilización intercultural, los cuales se dan con mayor énfasis a las unidades de segundo nivel que cuentan con un Módulo de Medicina Tradicional, debido a que son la prioridad en el programa estatal desde su creación. De las capacitaciones que se imparten a las unidades de primer nivel, las jurisdicciones seleccionan al personal que asistirá, dando prioridad a quienes laboran en las unidades que están en proceso de acreditación. En el caso del estudio a nivel operativo, las competencias culturales encontradas en el personal fueron adquiridas más por el hecho de vivir y convivir con la comunidad que por haber recibido cursos de sensibilización.

Si se toma en cuenta que la política fue planteada como una propuesta, sin recursos para su ejecución y que delega a los estados la implementación operativa de los elementos que consideren útiles. Lo que se encontró en cuanto la implementación de competencias culturales en el personal, en el caso de Puebla, no sale de la idea original. La única variación que se observa es que el personal operativo no adquiere las competencias culturales de conocimiento, respeto y comunicación por medio de los cursos de sensibilización, sino por el hecho de vivir en la comunidad.

Esta variación se puede atribuir a la implementación (*implementation failure*); esto debido a que nunca ocurrió de manera oficial todo lo que la idea planteaba, como es el hecho de que ambos (médico y enfermera) hayan recibido cursos de sensibilización de manera continua y que se haya dado un encuentro e intercambio de ideas con médicos practicantes de otros modelos médicos, incluyendo la medicina tradicional mexicana. Esto último se dio de alguna manera a lo largo de los años en los que el personal ha vivido en la comunidad.

En cuanto a las adecuaciones de los espacios físicos de atención, el principio es el mismo: la política se propone difundir los cambios y los modelos creados por la DMTDI, pero se delega la decisión de implementarlos a los estados. En este caso, en el estado la prioridad eran los Hospitales Integrales y no el primer nivel de atención. Además, a diferencia de las competencias culturales en el personal, las competencias de los espacios físicos requieren de una mayor inversión tanto en recursos humanos como en infraestructura, por lo que es de esperarse que haya sido más complicada su implementación. En el primer nivel de atención, la idea como tal se llevó a cabo, se difundieron los modelos y las adecuaciones interculturales, pero no se ha podido lograr algo más allá de la presencia de traductoras (*theory failure*). Por lo anterior, las acciones no han sido suficientes para recuperar el espíritu de la perspectiva intercultural dentro de los servicios de salud, por lo que habría que repensar la manera de lograr dichas adecuaciones en los centros de salud.

### Implementación estatal

En el caso analizado, se puede apreciar cómo la política se anida en las prioridades estatales y en el trabajo propio ya existente, el programa Hospitales Integrales con Medicina Tradicional, lo cual hace que sólo se retomen los elementos relacionados al segundo nivel de atención y a la medicina tradicional. Lo anterior podría dar indicios sobre la manera en como ha ocurrido la implementación de la política en otros estados, basada en las prioridades y trabajo previo de cada lugar.

### Características de la política

Un antecedente importante de la política es la necesidad de demostrar que se llevan a cabo acciones en respuesta a las denuncias de violaciones a los derechos humanos a usuarios de los servicios de salud, y en respuesta a los diversos acuerdos internacionales suscritos por el país en favor de los derechos humanos y de la salud de los pueblos indígenas. Esta necesidad lleva a crear una política cuyo mecanismo de acción es el proponer y gestionar acciones y lineamientos basados en la interculturalidad en salud; además, al área encargada de la política no se le otorgan recursos ni facultades para exigir su cumplimiento, por lo que su acción se tiene que limitar a la gestión, orientación y recomendación.

A pesar de esto y debido al compromiso y a la habilidad de gestión de los creadores y responsables de la política, se lograron llevar a cabo en los últimos años algunas acciones clave que han hecho que de manera indirecta se presione a los estados para que implementen algunas acciones en interculturalidad y que la implementación de la política no sólo dependa de la voluntad de los estados; entre ellas, la más representativa es la inclusión en los criterios de acreditación de unidades de salud algunos relacionados con interculturalidad en salud, los cuales ahora tienen un mayor valor que hace algunos años.

Lo mencionado anteriormente tiene distintas implicaciones a nivel de implementación: debido al mecanismo de acción de la política, no se puede esperar que haya un solo proceso de implementación a nivel operativo; sino uno por cada estado. Además, la falta de recursos para implementarla hace que se recurra a

gestionar la perspectiva intercultural en otras instancias de mayor poder, lo cual asegura la implementación de algunas acciones pero deja incertidumbre sobre quién debe ser el encargado de evaluar y monitorear dichas acciones. Los informantes reconocen que la política es vista por los mandos superiores como una manera de justificar que se hace algo en pro de los derechos humanos y de los pueblos indígenas; con esta intención que subyace a la política, se logra identificar la dificultad de implementar completamente algunos cambios<sup>§§§§</sup> que se proponen y que requieren tanto de una fuerte inversión de recursos, como de un cambio en la normativa y en las reglas de contratación de recursos humanos.

### Implementación a nivel local

En los resultados es evidente que la implementación de las competencias culturales por parte de la política no llegó del todo al centro de salud de la comunidad de estudio. En su lugar, se llevaron a cabo ciertos procesos a lo largo de los años, que no tuvieron que ver con la política, pero que dieron lugar a algunas competencias culturales y a algunos elementos del proceso intercultural. Uno de ellos fue la llegada del programa Oportunidades a la comunidad, afiliando casi al total de las familias, lo cual obligó a las personas a acudir al centro de salud a su revisión y a las pláticas del programa; esto resultó ser una forma para que los usuarios conocieran más acerca de las enfermedades comunes de la localidad y de los servicios que se prestan en el centro de salud. Sin embargo, la mejora en la relación entre la comunidad y el personal de salud no se dio solo gracias a esto, también influyeron en gran parte las competencias culturales que, tanto el médico como la enfermera adquirieron al estar viviendo en la comunidad. Esto último refuerza el hecho de que la formación de competencias culturales requiere del contacto con la comunidad, de la vivencia de otros modelos de atención y del intercambio de ideas con practicantes de otros modelos médicos.

---

<sup>§§§§</sup> Tanto las adecuaciones de los espacios físicos de atención como la presencia de recursos humanos interculturales en los servicios de salud.

### Evaluación de implementación

El apartado anterior resalta la importancia de realizar evaluaciones de implementación, en políticas con características\*\*\*\* como la que se presenta en este estudio, antes de llevar a cabo evaluaciones de resultados. Si en este caso primero se hubiera llevado a cabo una evaluación sumativa, los resultados encontrados no hubieran sido atribuibles a la política, debido a que nunca se implementó de manera completa en el caso de estudio; por lo tanto, dichos resultados serían atribuibles a los otros procesos analizados anteriormente que dieron como consecuencia la presencia de competencias culturales en el personal.

En este caso, habría que esperar a que se implementen las acciones propuestas por la política para poder realizar una evaluación sumativa o de impacto, en la cual, los resultados de la evaluación de implementación servirían incluso para identificar posibles variables confusoras.

### **RECOMENDACIONES**

Debido a que una de las acciones de mayor impacto, que ha llegado hasta nivel operativo ha sido la gestión de cambios en lineamientos de programas federales, este podría ser un camino para otras acciones que no han tenido tanto éxito en su implementación. En este caso el reto sería acordar responsabilidades para la evaluación de dichas acciones.

Siguiendo con el punto anterior, a pesar de que la evaluación es una fase contemplada en el PAE, en los resultados se muestra que no se ha llevado a cabo; pero además, no se ha establecido una agenda de evaluación ni los responsables para llevarla a cabo. Debido a la importancia de la evaluación (tanto sumativa como formativa) como una forma de retroalimentar la toma de decisiones relacionadas con la política y de justificar su existencia,<sup>49,58</sup> valdría la pena poner la mira en este punto, como parte de una nueva etapa de la política.

---

\*\*\*\* Poca claridad sobre las acciones que se debieron haber implementado para lograr las competencias culturales y falta de monitoreo y evaluaciones previas.

Uno de los problemas encontrados a nivel operativo para recibir los cursos de sensibilización presenciales es que el personal tiene que poner de su bolsillo los gastos relacionados con el transporte y el hospedaje, además de que la unidad de salud se queda sola los días que dura la capacitación. En el caso de los cursos a distancia, no resultan de gran utilidad pues a pesar de que el centro de salud cuenta con una computadora; no hay acceso a internet, tampoco en la localidad de estudio. En este caso valdría la pena pensar en otras vías para que el personal tenga acceso a los cursos y a la información sobre interculturalidad sin que tenga que salir de la comunidad y que lo pueda hacer desde su casa o el centro de salud; una de ellas podrían ser los cursos vía CD o DVD, donde se incluyan presentaciones, lecturas, videos y evaluaciones.

El hallazgo encontrado sobre el papel del programa Oportunidades en la mejora de la comunicación y la interacción entre la comunidad y el personal de salud podría significar una ventana de oportunidad que permitiera agregar a las pláticas informativas la visión o el objetivo de no sólo informar; sino permitir el intercambio respetuoso de conocimientos y creencias en salud entre la población y el personal; esto no implicaría abordar temas extra, solamente ampliar el panorama de las pláticas y en la misma dinámica que ya se tiene, hacer un espacio para que también el personal conozca de los modelos médicos que practica la población. Este intercambio entre culturas y paradigmas, según el concepto de la interculturalidad, permite que se lleve a cabo una mejor comunicación entre ambos actores y que a su vez se disminuyan las barreras culturales en los servicios de salud.

Existen algunos puntos en cuanto a la implementación a nivel operativo que no se toman en cuenta en la política. Un ejemplo es que sólo se recomienda la presencia de traductoras en las unidades de salud, pero no se aborda el perfil que deberían tener o que se debería lograr con cada una de ellas. En el caso analizado, las traductoras son personas de la comunidad con una escolaridad entre primaria y secundaria, que no conocen gran parte de los temas de salud que se tratan en la consulta ni en las pláticas; ni tampoco las nociones básicas de la interpretación. El reto en este caso es capacitar a las(os) traductoras(es) en temas de salud y de

nociones básicas de la interpretación para que ayuden a superar la barrera del lenguaje entre usuarios y personal de salud.

Otro de los puntos pendientes son los esquemas de contratación de médicos tradicionales y traductoras. En el caso del estado analizado, los pagos a los médicos tradicionales de los módulos de medicina tradicional se realizan por cada paciente al que atienden; pero en el caso de las traductoras, son la presidencia municipal o el comité de salud de la comunidad quienes aportan el sueldo de la traductora (500 pesos mensuales). Esto último es de llamar la atención considerando que la función de la traductora es esencial para superar la primera barrera de la comunicación, que es la diferencia de lenguaje. Para que la propuesta sea sostenible se deben asegurar los mecanismos necesarios para que este personal reciba un pago que corresponda e incentive la labor que realiza.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Cid VM, comp. Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina. Nicaragua: Universidad de las regiones autónomas de la costa Caribe nicaragüense. 2008: 4-154
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington, D.C: OPS, 2008. 7,8.
3. Del Popolo F, Oyarce AM, Lafosse S. La salud de los pueblos indígenas en América Latina, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? En: Pueblos indígenas de América Latina: ¿cuánto y cómo se ha avanzado? CEPAL Seminario-Taller; 2007 junio 25-26; Santiago de Chile.
4. Betancourt JR, Green AR, Carrillo E. Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches. The commonwealth fund 2002 [consultado 2013 enero 14]. Disponible en: [http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/betancourt\\_culturalcompetence\\_576.pdf](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/betancourt_culturalcompetence_576.pdf).
5. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Interculturalidad en Salud. Síntesis ejecutiva. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural [Consultado 2012 junio 20]: 1-25. Disponible en: [http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta2/Politica\\_Intercultural\\_Salud.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta2/Politica_Intercultural_Salud.pdf).
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre el desarrollo humano de los pueblos indígenas en México. EL reto de la desigualdad de oportunidades [monografía en internet]. México: PNUD, 2010 [consultado 2012 noviembre 23]. Disponible en: [http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1412:informe-sobre-desarrollo-humano-de-los-pueblos-indigenas-en-mexico&catid=38:indicadores-y-estadisticas&Itemid=54](http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1412:informe-sobre-desarrollo-humano-de-los-pueblos-indigenas-en-mexico&catid=38:indicadores-y-estadisticas&Itemid=54).
7. Rivera JA, Cuevas L, González T, Shamah T. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. Desnutrición en México: intervenciones hacia su erradicación. Instituto Nacional de Salud Pública 2012 [consultado 2013 enero 23]. Disponible en: [http://ensanut.insp.mx/documentos\\_analiticos.php](http://ensanut.insp.mx/documentos_analiticos.php).
8. Almaguer JA, Vargas V, García HJ. La interculturalidad como política de salud. En: Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Interculturalidad en salud experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México: Secretaría de salud. 2008: 62-89.
9. Frenk J. El universo de la nueva salud pública. En: Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. 2a. edición. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 2000: 62-64.
10. Duarte MB, Branchet V, Campos R, Nigenda G. Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Salud Publica Mexico

- [serie en internet] 2004 [consultado 2012 julio 03]; 46(5): 388-398. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000097>.
11. Campos R. Salud intercultural en América Latina: experiencias del pasado y contemporáneas. En: Citarella L, Zangari A, comp. Yachay tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. Bolivia: Editorial Gente Común. 2009: 57-69.
  12. Citarella L. Desarrollo de la salud intercultural en Bolivia: desde las experiencias locales a las políticas públicas en salud. En: Citarella L, Zangari A, comp. Yachay tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. Bolivia: Editorial Gente Común. 2009: 57-69.
  13. Zarrazaga MC, Ramírez H. Elementos de interculturalidad en las políticas públicas de salud en México. En: Del Cid VM, comp. Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina. Nicaragua: Universidad de las regiones autónomas de la costa Caribe nicaragüense. 2008: 22-27.
  14. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012. Interculturalidad den salud. México DF. 2008. [Consultado 2012 junio 21]. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/paes.html>.
  15. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Indígena. Servicios y unidades de salud, culturalmente competentes [monografía en internet]. México DF: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; 2008 [consultado 2012 agosto 03]. Disponible en: [http://www.dgplades.salud.gob.mx/.../Servicios\\_Culturalmente\\_Competent](http://www.dgplades.salud.gob.mx/.../Servicios_Culturalmente_Competent).
  16. Osorio MB, López AL. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Index Enferm [serie en internet] 2008 [consultado 2012 noviembre 05]; 17(4). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400010&script=sci_arttext).
  17. Gooldin S. Cultural competence and ethical incompetence: notes from a study of the new reproductive technologies in Israel. Diversity in Health and Care [serie en internet] 2011 [consultado 2013 enero 12]; 8:45-54. Disponible en: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/59773284/cultural-competence-ethical-incompetence-notes-from-study-new-reproductive-technologies-israel>.
  18. Shaya FT, Gbarayor M. The case for cultural competence in health professions education. Am J Pharm Educ [serie en internet] 2006 [consultado 2013 enero 12]; 70(6): 1-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1803701/>.
  19. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Indígena. Competencias interculturales para el personal de salud [monografía en internet]. México DF: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; 2009 [consultado 2012 agosto 03]. Disponible en: [http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi\\_marco.html](http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi_marco.html).
  20. Carreazo J. Salud intercultural: atisbos de un enfoque multidisciplinario. Paediatrica [serie en internet] 2004 [consultado 2012 diciembre 06];6(2): 101-107. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatrica/v06\\_n2/pdf/a05.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatrica/v06_n2/pdf/a05.pdf).

21. Kippner M. Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Rev Peru Med Exp* [serie en internet] 2010 [consultado 05 noviembre 2012]; 27(1): 94-101. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a14v27n1.pdf>.
22. Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J. Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *Am J Prev Med* [serie en internet] 2003 [consultado 2013 enero 12]; 24(3S): 68-79. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12668199>.
23. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México, DF: Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, 1984.
24. Mignone J, Bartlett J, O'Neil J, Orchard T. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* [serie en internet] 2007 [consultado 2012 julio 03]; 3(31): 1-11. Disponible en: <http://www.ethnobiomed.com/content/3/1/31/>.
25. Montero E. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México. *Salud Colectiva* [serie en internet] 2011 [consultado 2012 noviembre 05]; 7(1): 73-86. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652011000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652011000100006&script=sci_arttext).
26. Lerin S. Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social. I Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina. 2005. Disponible en: [http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7\\_otros/119.%20Interculturalidad%20y%20salud.pdf](http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7_otros/119.%20Interculturalidad%20y%20salud.pdf).
27. Stellberg S. En Busca de Equilibrio: Una Evaluación del Componente de Salud Intercultural del Programa Orígenes en la Primera Fase. Independent Study Project (ISP) Collection [serie en internet] 2007 [consultado 2012 noviembre 05]. Disponible en: [http://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/171](http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/171).
28. Quispe R, Córdova R. Método cualitativo con enfoque intercultural-MCEI, herramienta para evaluar servicios de salud en población indígena andina. *Bol Inst Nac Salud (Perú)* [serie en internet] 2005 [consultado 2012 noviembre 05] 11(12): 302-305.
29. Gentil I. Competencia cultural en enfermería: población subsahariana. *Cultura de cuidados* [serie en internet] 2010 [consultado 2012 noviembre 12]; 61-67. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/14391>.
30. Leishman J. Perspectives of cultural competence in health care. *Nursing Standard* [serie en internet] 2004 [consultado 2012 noviembre 05]; 19(11): 33-38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15615170>.
31. Gunaratnam Y. Intercultural palliative care: do we need cultural competence? *International journal of palliative nursing* [serie en internet] 2007 [consultado 2012 noviembre 06]; 13(10): 470-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18073705>.

32. Schouten BC, Meeuwesen L, Harmsen H. The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient interaction in The Netherlands. *Patient education and counseling* [serie en internet] 2005 [consultado 2012 octubre 23]; 58(3):288–95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076543>.
33. Taylor G, Papadopoulos I, Dudau V, Maerten M, Peltegora a, Ziegler M. Intercultural education of nurses and health professionals in Europe (IENE). *International nursing review* [serie en internet] 2011 [consultado 2012 noviembre 15]; 58(2):188–95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21554292>.
34. Bonder B, Martin L, Miracle A. Achieving cultural competence: the challenge for clients and healthcare workers in a multicultural society. *Workforce Issues in a Changing Society*. [serie en internet] 2001 [consultado 2012 noviembre 10]: 35-42. Disponible en: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/4521599/achieving-cultural-competence-challenge-clients-healthcare-workers-multicultural-society>.
35. Buckley TE. Cultural competency: How to communicate effectively across cultural boundaries. *Drug topics* [serie en internet] 2012 [consultado 2012 noviembre 06]; 24–34. Disponible en: <http://www.questia.com/library/1P3-2727872371/cultural-competency-how-to-communicate-effectively>.
36. Zabar S, Hanley MDJK, Kachur E, Schwartz MD, Pearlman E, Adams J, et al. "Oh! She doesn't speak English!" assessing resident competence in managing linguistic and cultural barriers. *J Gen Intern Med* [serie en internet] 2004 [consultado 2012 octubre 16]; 21(5) 510–513. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484779/>.
37. Brathwaite AC, Majumdar B. Evaluation of a cultural competence educational programme. *J Adv Nurs*. [serie en internet] 2006 [consultado 2012 Octubre 23]; 53(4): 470-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16448490>.
38. Lie D, Lee E, Gomez A, Berekyei S, Braddock C. Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *J Gen Inter Med* [serie en internet] 2010 [consultado 2013 enero 05]; 26(3): 317-325. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20953728>.
39. Henderson S, Kendall E, See L. The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. *Health Soc Care Comm* [serie en internet] 2010 [consultado 2013 enero 05]; 19(3): 225-249. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21208326>.
40. Horton R. Indigenous peoples: time to act now for equity and health. *Lancet* [serie en internet] 2006 [consultado 2012 octubre 03]; 367(9524): 1705-1707. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68745-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68745-X/fulltext).
41. Medicina tradicional [sitio de internet]. Puebla: Secretaría de Salud Puebla [actualizado 2013 ene 29; consultado 2013 feb 12]. Disponible en: <http://www.ss.pue.gob.mx/medicina-tradicional/item/27-medicina-tradicional>.

42. Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas (CDI). Medicina tradicional indígena. [monografía en internet] México: CDI. [consultado 2013 febrero 21]. Disponible en: [http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina\\_tradicional\\_indigena.pdf](http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional_indigena.pdf).
43. Campos R. La medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina. Salud Problema [serie en internet] 1999 [consultado 2013 febrero 05]; 4(7):75-80. Disponible en: [http://148.206.107.15/biblioteca\\_digital/articulos/4-106-1657vxm.pdf](http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-106-1657vxm.pdf).
44. Buse K, Mays N, Walt G. Policy implementation. En: Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Glasgow: Open University Press, 2005: 120-136.
45. Jann W, Wegrich K. Theories of the policy cycle. En: Fischer F, Miller GJ, Sidney MS, editores. Handbook of public policy analysis. Theory, politics, and methods. EE.UU: CRC Press; 2007. 43-62.
46. Paudel NR. A Critical Account of Policy Implementation Theories: Status and Reconsideration. Nepalese Journal of Public Policy and Governance [revista en línea] 2002 [acceso 03 noviembre 2012]; 25 (2): 36–54. Disponible en: <http://pactu.edu.np/contents/njpg/dec2009/3-narendra-paudel-a-critical-account-of-policy-implementation-theories.pdf>.
47. Patton MQ. Particularly appropriate qualitative applications. En: Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2a ed. EE.UU: Sage publications; 2002. 92-141
48. Almaguer JA, Vargas V, García HJ. Interculturalidad en la atención a la salud de las poblaciones indígenas. En: Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Interculturalidad en salud experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México: Secretaría de salud. 2008: 62-89.
49. Patton MQ. Implementation evaluation. En: Patton MQ. Utilization-focused evaluation. 4a. edición. Thousand Oaks, California: Sage publications, 2008: 307-332.
50. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship : concepts and critical issues [monografía en internet]. Ginebra: World Health Organization, 2002 [consultado 2012 noviembre 23]: 1:19. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>.
51. Rodríguez G, Gil J, García E. Métodos de investigación cualitativa. En: Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. 2a. edición. Málaga: Ediciones Aljibe, 1999: 39-59.
52. Rodríguez G, Gil J, García E. Diseño de la investigación cualitativa: el estudio de caso. En: Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. 2a. edición. Málaga: Ediciones Aljibe, 1999: 90-100.
53. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) [sitio de internet]. Aguascalientes: Censos y conteos de población y vivienda; © 2011 [consultado 2012 jun 20]. Disponible en: [http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/entidad\\_indicador.aspx?ev=5](http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/entidad_indicador.aspx?ev=5).
54. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) [sitio en internet]. México, DF: Atlas de los pueblos indígenas de México; © 2012 [consultado 20 junio 2012].

- Disponible en:  
[http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=200027](http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=200027).
55. Zapeda G. Índice de incidencia delictiva y violencia 2009. [monografía en internet]. México, DF: Centro de Investigación para el Desarrollo, A. C., 2009 [Consultado 20 junio 2012]: 1-16. Disponible en:  
[http://www.cidac.org/esp/uploads/1/\\_\\_\\_ndice\\_de\\_Incidencia\\_Delictiva\\_y\\_Violencia\\_2009\\_PDF.pdf](http://www.cidac.org/esp/uploads/1/___ndice_de_Incidencia_Delictiva_y_Violencia_2009_PDF.pdf).
56. México Evalúa. Índice de inseguridad ciudadana y violencia. [monografía en internet]. México DF: México evalúa. Centro de análisis de políticas públicas, 2010 [Consultado 20 junio 2012]: 1-35. Disponible en:  
[http://www.mexicoevalua.org/descargables/f72bfa\\_INDICE\\_INSEGURIDAD-VIOLENCIA2010.pdf](http://www.mexicoevalua.org/descargables/f72bfa_INDICE_INSEGURIDAD-VIOLENCIA2010.pdf).
57. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. La población hablante de lengua indígena de Puebla. [monografía en internet]. Aguascalientes: INEGI, 2004 [Consultado 2012 junio 20]: 1-108. Disponible en:  
[http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/poblacion\\_indigena/Per\\_Li\\_Pue.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/poblacion_indigena/Per_Li_Pue.pdf).
58. King JA, Morris LL, Fitz-Gibbon CT. How to assess program implementation. California: Sage publications, 1987: 7-60.
59. Rodríguez G, Gil J, García E. Observación. En: Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. 2a. edición. Málaga: Ediciones Aljibe, 1999: 149.
60. Shaw SE, Bailey J. Discourse analysis: what is it and why is it relevant to family practice? Fam Pract [revista en internet] 2009 [Consultado 20 junio 2012]; 26(5): 413-419. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743732/>.
61. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2002: 340
62. Dirección General Adjunta de Planeación Microrregional. [sitio en internet]. Estrategia 100x100; © 2010 [consultado 28 diciembre 2013]. Disponible en:  
<http://www.estrategia100x100.gob.mx/index.php>.
63. Secretaría de Desarrollo Social. [sitio en internet]. México, D.F: Programa de desarrollo humano oportunidades; © 2010 [consultado 28 diciembre 2013]. Disponible en:  
<http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/>.

## **ANEXOS**

### **GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD**

**PROYECTO:** Política de Interculturalidad en Salud: evaluación cualitativa de la implementación de competencias culturales

Estimado(a) Doctor/Doctora/Enfermero/Enfermera/Señor/Señora:

El objetivo de este estudio es conocer cómo los centros de salud integran elementos de la cultura de la comunidad en el proceso de atención a la salud.

La duración de la entrevista será de aproximadamente 30 minutos, si alguna de las preguntas le resulta incómoda o no la desea responder, tiene todo el derecho de no hacerlo, además, le recuerdo que en cualquier momento, si usted así lo decidiera, puede retirar su participación de la entrevista.

Antes de empezar quisiera preguntarle si tiene alguna pregunta o duda acerca la entrevista.

#### **PERFIL**

Para empezar le voy a preguntar algunos datos generales sobre usted:

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Vive en este municipio? (al que pertenece el centro de salud estudiado)
3. ¿De dónde es originario(a)?
4. ¿Dónde realizó sus estudios? ¿Dónde realizó su servicio social? ¿Hace cuanto realizó sus estudios?
  - a. (En caso de proveedor de medicina tradicional) ¿Dónde aprendió su profesión?
  - b. ¿Ha realizado otros estudios?
5. ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en el centro de salud?
6. ¿Además del español habla alguna otra lengua?

#### **CONOCIMIENTOS DE CULTURA DE LOS PACIENTES**

Ahora le preguntaré sobre la población a la que usted atiende

1. ¿Cuál es el perfil de la población a la que usted atiende en el centro de salud?
2. ¿Qué lengua se habla aquí en la comunidad?
3. Me puede mencionar algunas características distintivas de la cultura de los pacientes a los que atiende ¿Sus costumbres, sus tradiciones?
4. En general ¿qué creencias tienen los pacientes que acuden al centro de salud, respecto a la salud y la enfermedad?
5. ¿Qué diferencias hay en la población que usted atiende respecto de la población en general?

#### **RETOS ANTE DIFERENCIAS CULTURALES**

6. ¿Cómo influyen estas diferencias en la consulta o en el proceso de atención en el centro de salud?
  - a. ¿Representan alguna dificultad o reto para usted? ¿Cuál?
7. ¿Le ha tocado atender a pacientes que sólo hablen alguna lengua indígena? ¿Cómo hace para atenderlos? ¿Quién le ayuda?
8. ¿Hay algo que se le dificulte al atender a dicha población?
  - a. ¿Qué tipo de dificultad es? (creencias, costumbres, comunicación, lenguaje, etc.)
  - b. ¿Por qué representa una dificultad?

#### **HERRAMIENTAS PARA SUPERAR LAS DIFERENCIAS CULTURALES**

9. ¿Qué hace para superar esa dificultad en su trabajo?
10. ¿Hay alguna herramienta que haya adquirido al trabajar en el centro de salud y que le haya ayudado a superar dichas dificultades? ¿Cuál es? ¿Cómo le ha ayudado?
11. ¿De qué manera podría la jurisdicción o la secretaría de salud de su estado contribuir a que tenga mejores herramientas para enfrentar dichas dificultades?

#### **CONOCIMIENTO DE DIFERENTES MARCOS, CAUSALIDAD DE ENFERMEDAD Y RESPETO**

12. ¿Lo han consultado por algún padecimiento como: mal de ojo, un aire, susto, un empacho, nervios, bilis regada, antojo, etc.?
  - a. ¿Cómo hace para tratar dichos padecimientos?
  - b. ¿Qué le dice al paciente cuando le consulta por algún padecimiento de este tipo?
13. ¿Sus pacientes acostumbran tomar remedios caseros antes de venir a la consulta o como complemento del tratamiento que usted les da en el centro de salud?
  - a. ¿Qué tipo de remedios?
  - b. ¿Esto representa alguna dificultad/reto para usted?
  - c. ¿El uso de remedios caseros representa alguna repercusión para la salud de sus pacientes?
  - d. ¿Qué tipo de repercusiones?
14. ¿Por qué cree la gente que se enferma?
15. ¿Conoce algunas otras formas de tratar la enfermedad, aparte de la medicina convencional?
  - a. ¿Sabe si tienen algún sustento?

#### **COMUNICACIÓN**

16. ¿Sus pacientes entienden lo que usted trata de decirles cuando vienen al centro de salud?
17. ¿Hay algún traductor en el centro de salud?
  - i. (Si lo hay) ¿En qué le ha ayudado el que haya un traductor en el centro de salud?
  - ii. (Si no lo hay) ¿Cree que le sería de ayuda si hubiera un traductor para comunicarse con los pacientes? ¿Por qué?

#### **SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

18. ¿Hay algún prestador de medicina tradicional/curandero/sobador en el centro de salud?
- (Si lo hay) ¿En qué le ha ayudado el que haya un prestador de medicina tradicional en el centro de salud?
  - (Si no lo hay) ¿Cree que sería de ayuda tanto para usted como para sus pacientes el contar con un médico tradicional/curandero/sobador en el centro de salud? ¿Por qué?

### **CAPACITACIÓN**

19. ¿Ha ido a algún curso de capacitación, taller o pláticas en el último año? ¿De qué se trataban? ¿Fue por iniciativa propia, por invitación de sus superiores o por obligación?
- ¿Estos cursos, pláticas o talleres le brindaron alguna herramienta para superar las dificultades que mencionaba anteriormente? ¿Qué tipo de herramienta? ¿De qué manera le ayudó?

### **ESPACIOS FÍSICOS DE ATENCIÓN**

20. ¿Qué me puede decir sobre las instalaciones del centro de salud? ¿Considera que son apropiadas para la población a la que atiende? ¿Por qué?
21. ¿En qué idioma o lengua se encuentran los carteles, mensajes y avisos que hay en el centro de salud?
22. En el tiempo que usted tiene trabajando en el centro de salud ¿Se han realizado cambios en las instalaciones? ¿Qué tipo de cambios han sido? ¿Hace cuánto se hicieron esos cambios?
23. ¿En el centro de salud se atienden partos? ¿Quién los atiende? ¿Recibe ayuda de alguna partera local? Usualmente ¿Cómo es el proceso de atención a los partos en el centro de salud?
- ¿Las usuarias le han hecho alguna petición sobre la posición en la que quieren dar a luz? ¿Con qué frecuencia ha pasado? ¿Qué ha hecho usted al respecto?
24. ¿Hay alguna petición que haga la gente respecto a la atención o a la infraestructura del centro de salud? ¿Cuál es?
25. ¿Qué cosas de las instalaciones piensa usted que podrían cambiar para mejorar la atención a la población que atiende el centro de salud?

### **SITUACIÓN DEL PRESTADOR**

26. ¿Le gusta trabajar en esta localidad? ¿Ha trabajado antes en comunidades indígenas?
27. ¿A qué otras dificultades se enfrenta en su trabajo en esta localidad?
- Lejanía del hogar
  - Oportunidades de capacitación
  - Diferencia de culturas con la población
  - Otras

Por último le voy a preguntar sobre algunas cosas que usted piensa deberían mejorar en el centro de salud

### **CONOCIMIENTO DE TALLERES/PROGRAMAS/POLÍTICAS DE INTERCULTURALIDAD**

28. ¿Conoce algún programa de atención a la salud de los pueblos indígenas? ¿Qué programa?
29. En relación a las dificultades que mencionaba anteriormente ¿Qué cosas podrían mejorar en el centro de salud para superarlas?
30. ¿Qué cosas podría hacer la jurisdicción para ayudarlo a superarlas? y ¿Qué cosas podría hacer la secretaría de salud de su estado para superarlas?
31. ¿Ha tomado algún curso/taller/plática sobre interculturalidad en salud?
  - a. ¿Ha escuchado hablar de estos cursos/talleres/pláticas? ¿hace cuánto más o menos? ¿por parte de quién se impartió?
  - b. ¿ha escuchado hablar la política de interculturalidad en salud?
  - c. ¿Cuál ha sido la prioridad que se le ha dado por parte del estado y la jurisdicción a este tema en los últimos años?

Bueno, esta ha sido la última parte de la entrevista, antes de terminar quisiera preguntarle si hay alguna otra cosa que quisiera agregar. ¿Cómo se sintió durante la entrevista?

Agradezco mucho su tiempo y participación, esto ha sido todo para fines de la entrevista, cualquier duda que tenga posteriormente en relación a la información que usted nos proporcionó para el proyecto de investigación, en la tarjeta de contacto que le di previamente están los datos donde nos puede localizar para aclarar sus dudas.

¡Gracias!

## **GUÍA DE ENTREVISTA A USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**PROYECTO:** Política de Interculturalidad en Salud: evaluación cualitativa de la implementación de competencias culturales

La duración de la entrevista será de aproximadamente 40 minutos, si alguna de las preguntas le resulta incómoda o no la desea responder, tiene todo el derecho de no hacerlo, además, le recuerdo que en cualquier momento, si usted así lo decidiera, puede retirar su participación de la entrevista.

Antes de empezar quisiera preguntarle si tiene alguna pregunta o duda acerca la entrevista.

Para empezar le voy a preguntar algunos datos generales sobre usted:

### **PERFIL**

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Vive en esta localidad? (al que pertenece el centro de salud estudiado)
  - a. ¿Qué tan lejos vive del centro de salud? ¿Cuánto hace de su casa al centro de salud?  
¿En qué se viene? ¿A qué hora sale de su casa?
3. ¿De dónde es originario(a)?
4. ¿Habla español?
  - a. (Si lo habla) ¿Habla alguna otra lengua o idioma?
  - b. (Si no habla español ) ¿Qué otro u otros idiomas o lenguas habla?
5. ¿Sabe leer?
  - a. ¿Sabe escribir?
6. ¿Hasta qué año estudió?
7. ¿A qué se dedica?
8. ¿Con quién vive?
9. ¿Quién es el jefe de la casa?
10. ¿Alguien lo(a) acompañó el día de hoy?
  - a. ¿Quién?
  - b. ¿Qué parentesco tiene con usted (pareja, hijos, madre, padre, etc.)?

### **PRÁCTICAS EN LA SALUD Y ENFERMEDAD**

11. Cuando usted necesita un consejo o información sobre la salud o alguna enfermedad ¿Con quién acude?
  - a. ¿Por qué?
  - b. ¿Qué es lo que le gusta de esa persona?
12. Cuando usted se enferma ¿quién es la primera persona con la que acude?
  - a. ¿Por qué?
  - b. ¿Qué es lo que le gusta de esa persona?

13. ¿Alguna vez se ha enfermado de mal de ojo, un aire, susto, un empacho, nervios, bilis regada, antojo, etc.?
- a. ¿Con quién va a que la revise cuando se enferma de esto?
    - i. ¿Se ha curado?
  - b. ¿Alguna vez ha ido al centro de salud por alguna de las enfermedades que me mencionaba?
    - i. ¿Qué le dijeron? ¿cómo la trataron?
    - ii. ¿Se curó?

### **CREENCIAS EN SALUD Y ENFERMEDAD**

14. ¿Por qué cree usted que se enferma la gente?
15. ¿Qué hay que hacer para mantenerse sano y fuerte?

### **EXPERIENCIA DE USO DE SERVICIOS DE SALUD**

Ahora le voy a preguntar sobre sus experiencias de cuando usted viene al centro de salud

#### **Identificación de las competencias: Respeto y Comunicación**

16. Quisiera contarme ¿En qué situaciones/casos viene usted al centro de salud? o ¿cuándo viene usted al centro de salud?
17. ¿Le gusta venir al centro de salud? ¿Por qué sí? o ¿Por qué no?
18. ¿Qué es lo que más le gusta de venir al centro de salud? ¿Por qué?
  - a. ¿Qué es lo que menos le gusta? ¿Por qué?
19. ¿Se le dificulta venir al centro de salud? ¿Por qué?
20. En general ¿Le gusta cómo lo(a) tratan en el centro de salud? ¿Por qué sí? o ¿Por qué no?
21. En el tiempo que tiene viniendo al centro de salud ¿se le dificulta venir al centro de salud cuando lo necesita?
  - a. ¿por qué?
  - b. Cuando viene a consulta, ¿usted entiende lo que el doctor o la enfermera le dicen que debe hacer, o lo que se debe tomar?
  - c. ¿ha acudido alguna plática aquí en el centro de salud?
  - d. ¿Entendió de lo que se trababa?
  - e. ¿Le ayudó en algo? ¿Le sirvió?
22. Ahora cuénteme ¿Cómo le fue la última vez que vino al centro de salud?
  - a. y ¿qué me puede decir en general de cómo le va cuando viene al centro de salud?
23. Para usted ¿Las personas que trabajan en el centro de salud (doctor, enfermera, promotor de salud, curandero) respetan sus creencias cuando lo atienden?
  - a. ¿Respetan sus costumbres y tradiciones? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?

#### **Comunicación**

24. Cuando usted viene al centro de salud ¿Entiende lo que le dicen/explican el doctor/enfermera?

- a. ¿Entiende la receta que le dan? ¿Qué es lo que no entiende? ¿Por qué?
- 25. ¿Cree que el doctor/enfermera/otro personal entienden lo que usted quiere decirles al momento de la consulta o en las pláticas que recibe en el centro de salud?

### **Trato**

- 26. ¿Alguna vez lo(a) han tratado mal?
- 27. ¿Siente que lo tratan con respeto cuando va al centro de salud? ¿por qué?
- 28. Desde su punto de vista ¿Qué cosas deberían conocer el doctor o la enfermera que lo atienden sobre sus creencias, costumbres y tradiciones en salud?

### **Comunicación**

- 29. (Si es monolingüe) ¿Ha habido algún traductor en el centro de salud cuando usted viene y que le ayude a comunicarse con el personal de salud (doctor, enfermera o promotor de salud) con el que acude?
  - a. Si no ha habido ¿Quién le ayuda a comunicarse?

### **Recursos tradicionales**

- 30. ¿Usted sabe si hay algún curandero, sobador o partera que trabajen en el centro de salud?
  - a. ¿Le gusta cómo lo (a) atienden?
  - b. ¿Qué es lo que le gusta?

### **CAMBIOS**

- 31. ¿Usted ha notado en los últimos años algún cambio en la manera en como atienden a la gente en el centro de salud? (doctor, enfermera o medico tradicional)
  - a. ¿Qué cambios ha notado?

### **Espacio físico**

- 32. ¿Qué opina sobre las instalaciones del centro de salud? (en relación a los colores, la sala de espera, el consultorio, los baños, el módulo de traducción o de algún servicio de medicina tradicional o alternativa)
- 33. ¿Ha visto si hay letreros, avisos o anuncios pegados en el centro de salud?
  - a. ¿Puede leerlos?
  - b. ¿Los ha leído alguna vez? ¿Ha visto de lo que tratan?
  - c. (Si no los ha leído o visto) ¿Porqué no los ha leído/visto de lo que tratan?
  - d. ¿Qué opina de lo que dicen?
  - e. ¿Le ha ayudado en algo esa información?

### **CAMBIOS**

- 34. ¿En los últimos años ha notado algún cambio en las instalaciones? ¿Qué cambios ha escuchado usted que se han hecho a las instalaciones?

## **TRATO EN ÚLTIMA CONSULTA**

35. ¿Qué lo(a) trajo al centro de salud el día de hoy?
  - a. ¿Vino por que tenía algún problema de salud? ¿Qué problema?
36. ¿Con quién vino el día de hoy?
  - a. ¿Con el doctor, la enfermera o alguna otra persona?
37. ¿Cómo lo(a) atendieron el día de hoy?

**Por último le voy a preguntar sobre cosas que usted piensa que deberían mejorar en el centro de salud**

### **Sugerencias**

38. ¿Qué cosas le gustaría que mejoraran en las instalaciones del centro de salud? ¿En los avisos, letreros y carteles? ¿En el consultorio?
39. ¿Qué cosas le gustaría que mejoraran en las personas que trabajan en el centro de salud? ¿En la consulta? ¿En el doctor? ¿En las enfermeras? ¿En las recetas? ¿En las instrucciones que le dan?
40. (Si ya hubiera médicos tradicionales en el centro de salud) ¿Le gustaría que hubiera más sobadores/curanderos/parteras en el centro de salud? ¿Por qué?
41. (Si no hubiera médicos tradicionales en el centro de salud) ¿Le gustaría que hubiera sobadores/curanderos/parteras en el centro de salud? ¿Por qué?

Bueno, esta ha sido la última parte de la entrevista, antes de terminar quisiera preguntarle si hay alguna otra cosa que quisiera agregar. ¿Cómo se sintió durante la entrevista?

Agradezco mucho su tiempo y participación, esto ha sido todo para fines de la entrevista, cualquier duda que tenga posteriormente en relación a la información que usted nos proporcionó para el proyecto de investigación, en la tarjeta de contacto que le di previamente están los datos donde nos puede localizar para aclarar sus dudas.

¡Gracias!

## **GUIA DE OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE**

**OBJETIVO:** identificar los elementos de una unidad culturalmente competente que se encuentran en el centro de salud a estudiar.

**UNIDAD DE OBSERVACIÓN:** Centro de salud (espacio físico de atención)

**PERIODOS DE OBSERVACIÓN:** 20-25 minutos, 2 veces al día por dos días

**SISTEMA DE OBSERVACIÓN:** Lista de control y observación estructurada

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

### **Croquis del centro de salud**

### **Ubicación geográfica del centro de salud en la comunidad**

### **DATOS GENERALES DEL CENTRO DE SALUD**

¿Cómo es la zona donde se encuentra el centro de salud?

¿Hay casas alrededor?

¿A cuánto tiempo caminando se encuentra del centro de la comunidad?

¿A cuánta población atiende?

¿De cuantas pisos es el centro de salud?

¿De qué material está construido? (madera, adobe, ladrillo, techo de madera o ladrillo, etc.)

¿Cuántos consultorios tiene?

Horarios de atención

Número de personal y puestos

¿Qué servicios se prestan a la comunidad?

¿Con qué servicios cuenta? (Agua, luz, drenaje, internet)

¿El médico vive en el centro de salud?

¿Cuenta con cédula de acreditación? ¿De qué fecha es?

**INFORMACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD SOBRE LOS SERVICIOS QUE SE OTORGAN Y LOS REQUISITOS/TRÁMITES PARA OBTENERLOS, LETREROS CULTURALMENTE ADECUADOS, QUE SEÑALEN LOS SERVICIOS (EN LENGUA INDÍGENA O EN SÍMBOLOS):**

MEDIO	¿INCORPORA ELEMENTOS DE LA CULTURA? / ¿INCORPORA SÍMBOLOS E IMÁGENES? / ¿Y LA LENGUA DE LOS USUARIOS?	¿QUÉ ELEMENTOS?	DESCRIPCIÓN (colores, dónde se encuentra, tamaño, etc.) / ¿QUÉ INFORMACIÓN BRINDA?
Imágenes			
Letreros			
Carteles			
Avisos sonoros			
Volantes			
OTROS MEDIOS			

**INFORMACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, PROMOCIÓN DE LA SALUD, CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEDADES:**

MEDIO	¿INCORPORA ELEMENTOS DE LA CULTURA? / ¿INCORPORA SÍMBOLOS E IMÁGENES? / ¿Y LA LENGUA DE LOS USUARIOS?	¿QUÉ ELEMENTOS?	DESCRIPCIÓN (colores, dónde se encuentra, tamaño, etc.) / ¿QUÉ INFORMACIÓN BRINDA?
Imágenes			
Letreros			
Carteles			
Avisos sonoros			
Volantes			
OTROS MEDIOS			

## ESPACIOS FÍSICOS DE ATENCIÓN

LUGAR	¿INCORPORA ELEMENTOS DE LA CULTURA?	¿QUÉ ELEMENTOS?	DESCRIPCIÓN: Colores, con qué mobiliario cuenta, cómo es el mobiliario, estado del mobiliario y de las paredes, si tiene ventiladores, estado del techo, etc.
EXTERIOR DEL CENTRO DE SALUD			
ENTRADA			
MÓDULO DE INFORMACIÓN			
CAJA			
SALA DE ESPERA			
CONSULTORIOS			
ÁREA DE PLÁTICAS/REUNIONES			
BAÑOS			
SALA DE PARTO			
MÓDULO DE TRADUCTOR			
FARMACIA			
MÓDULO DE ATENCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL			
MÓDULO DE ATENCIÓN DE MEDICINA ALTERNATIVA: Acupuntura, Herbolaria, Homeopatía			
OTRAS ÁREAS: Farmacia verde, espacio de atención para la partera/curandero			
MÓDULO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS			
OTRAS ÁREAS			