



**Instituto Nacional de Salud Pública  
Escuela de Salud Pública de México**

---

---

**Evaluación de la factibilidad percibida por tomadores de decisiones y  
prestadores de servicios tras implementar un modelo intercultural de  
atención a la salud para adultos mayores tarahumaras**

**Artículo**

Que para obtener el grado académico de Maestro en Ciencias en Sistemas  
de Salud Generación 2013-2015

**Presenta:**

Biol. Gregorio Sánchez Cortés

**Director de Tesis:**

Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

**Asesor:**

Dr. Sergio Meneses Navarro

**Revisora Externa:**

MSc. Nicole Louise Novak

Cuernavaca, Morelos a 26 de febrero de 2016

## **INTRODUCCION**

El presente trabajo realiza un análisis a las entrevistas realizadas a prestadores tomadores de decisiones y prestadores de servicios dentro del marco de la evaluación a un modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores tarahumaras desarrollado por investigadores del Instituto de Salud Pública de México y coordinado con autoridades locales, dicho modelo fue implementado en una región indígena del norte del país.

A lo largo de este análisis los entrevistados, quienes participaron en la fase de implementación del modelo de atención a indígenas tarahumaras, describen la percepción que ellos tienen acerca de la factibilidad de reproducir dicho modelo en contextos similares de la región o el país.

En este estudio los informantes describen de manera detallada las estrategias que ellos creen convenientes para desarrollar, con el fin de mejorar el modelo; además de hacer sugerencias dirigidas al nivel gerencial de las regiones donde se desee reproducirlo, con el fin de adecuarlo al nuevo contexto.

La percepción que los entrevistados tienen acerca de este proyecto es muy importante para asegurar la permanencia y reproducción del modelo de atención a la salud de adultos mayores indígenas, en contextos similares en el que se implementó, asimismo las observaciones que los informantes hacen serán útiles para reproducir este modelo en otras áreas prioritarias de regiones indígenas del país.

**RESUMEN:** PROBLEMA: Los adultos mayores indígenas en México son un sector de la población con alta vulnerabilidad en salud debido a la falta de servicios médicos proporcionados en su lengua materna, además de que la mayoría no cuenta con seguridad social o por lo menos cobertura por algún sistema de protección en salud. ANTECEDENTES: En el año 2011, Pelcastre y colaboradores realizaron un diagnóstico en tres regiones indígenas de México: Maya-Quintana Roo, Náhuatl-Montaña de Guerrero, y Tarahumara-Chihuahua, con el propósito de identificar evidencia empírica que permitiera construir las bases teóricas para implementar “Un modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores indígenas”. JUSTIFICACION: Con el fin de satisfacer las necesidades de salud de los adultos mayores indígenas se implementó un modelo intercultural de atención a la salud en una comunidad tarahumara (Tehuerichi, municipio de Carichi). El presente estudio analiza la factibilidad percibida por algunos actores respecto a la sustentabilidad y posible reproducción del modelo implementado de atención a la salud de adultos mayores tarahumaras. METODOLOGIA: Se indagó la factibilidad percibida por prestadores de servicios y tomadores de decisiones involucrados en diversas etapas de la implementación del modelo, a través del análisis secundario de la información obtenida mediante entrevistas semiestructuradas realizadas a estos informantes dentro del contexto del proyecto. La información fue organizada con ayuda de Atlas ti. RESULTADOS: los informantes describieron la utilidad de este modelo en el mejoramiento de la salud de la comunidad y aseguraron que la perspectiva de interculturalidad fue la principal fortaleza del modelo, también sugirieron al empoderamiento de la comunidad como una forma en que este puede ser reproducido en otras comunidades indígenas del país.

**Palabras Clave:** Interculturalidad en Salud, Factibilidad, Adultos Mayores Tarahumaras, Implementación, Evaluación.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Hoja frontal .....	1
Resumen.....	2
Índice de contenido .....	3
Introducción.....	5
Planteamiento del problema y/o pregunta(s) de investigación	
Planteamiento del problema.....	5
Pregunta de investigación.....	7
Marco teórico o conceptual.....	7
Interculturalidad en Salud.....	7
Estrategias y Políticas de Interculturalidad en México.....	8
Implementación en salud.....	11
Descripción del Modelo a Evaluar.....	14
Justificación.....	17
Objetivos	
Generales.....	18
Específicos.....	19
Material y métodos.....	19
Resultados del estudio .....	22
Discusión.....	45
Limitaciones del estudio.....	54
Consideraciones éticas y de bioseguridad.....	54
Bibliografía y Referencias Bibliográficas.....	55

## **INTRODUCCIÓN**

En la presente investigación se realiza un análisis de las percepciones que tienen los prestadores de servicio y los tomadores de decisiones acerca de un modelo intercultural de atención a la salud de los adultos mayores indígenas implementado en una localidad tarahumara y la factibilidad de ser replicado en otras regiones indígenas. A partir de las percepciones de los actores involucrados se analizan las posibles fortalezas económicas, organizacionales, burocráticas y logísticas del modelo, así como las deficiencias, limitaciones y obstáculos que se enfrentaron durante su implementación. Con estos elementos se desarrolla una discusión sobre la factibilidad de replicar el modelo en otras regiones indígenas del país.

El análisis de las percepciones del modelo, su implementación y la factibilidad de ser replicado se realizó a través del procesamiento de las entrevistas obtenidas y realizadas, en el marco del proyecto denominado: “implementación de un modelo intercultural de atención a la salud en adultos mayores”. La información fue organizada con ayuda del software ATLAS ti versión 7; el desarrollo de esta investigación bajo el seguimiento de los comités de ética e investigación del INSP, el uso de toda esta información se hizo con el previo consentimiento de la investigadora principal, responsable de la base de datos.

Con la finalidad de que el análisis fuera lo más completo posible y capturará la percepción de los principales actores involucrados en la implementación del modelo; se entrevistó a personal estratégico y táctico de las áreas del gobierno y del sector salud; así como a los directivos y profesores de la escuela de enfermería en dónde se formaron profesionalmente algunos miembros del personal con habilidades interculturales que trabajó en el proyecto.

Personal estratégico: Estos actores son los que tienen a cargo el diseño de los objetivos de las intervenciones, así como de estructurar las políticas para que

las intervenciones se lleven a cabo y permitan una adecuada interacción con su entorno.<sup>1</sup> Se clasificó dentro de este nivel a los siguientes actores Secretario de salud, Secretario de gobierno; al Encargado de asuntos religiosos/gobierno.

Personal táctico: Se clasifico en este nivel a los actores que estaban encargados de un departamento o área, y que tenía como función principal el coordinar las actividades del personal operativo.<sup>1</sup> Dentro de este nivel se consideró a Vocal/director de la Coordinadora Estatal de la Tarahumara; Coordinadora de Fomento al Desarrollo, Coordinadora Estatal de la Tarahumara; Director de atención médica/Secretaría de Salud Chihuahua; Ex-jefe de jurisdicción; Jefe de Jurisdicción, Coordinadora del área de Epidemiología; Directora de la Escuela de Enfermería y Profesora de la Escuela de Enfermería

Además el diseño del presente trabajo contiene los fundamentos teóricos, conceptuales y metodológicos que servirán de guía flexible a la estructuración de futuros proyectos de atención a la salud de las comunidades indígenas del país; con la finalidad de garantizar el desarrollo y la futura conclusión de los mismos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y/O PREGUNTA(S) DE INVESTIGACIÓN**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En México y América Latina los pueblos indígenas presentan un alto índice de rezago en lo que respecta a las necesidades básicas y de salud,<sup>2</sup> debido a la marginación y pobreza en que viven la mayor parte de esta población,<sup>3, 4,5</sup> así como la discriminación y el racismo del cual son objeto dicho grupo poblacional,<sup>2,4</sup> aunado a las condiciones geográficas en que estas poblaciones habitan y su lengua madre, la cual es convertida por quienes desconocen dicha lengua, en una barrera de comunicación.<sup>2,5</sup>

De acuerdo a la ENSANUT 2012, en México habitan más de 10 millones de indígenas, en su mayoría son personas jóvenes ya que en promedio tiene 28 años

de edad, sin embargo tienen muchas brechas de desigualdad social; en educación la mayor parte de estas personas solo asistió hasta el tercer año de primaria y más del 6 millones de indígenas se encuentran por abajo del primer quintil socioeconómico.<sup>6</sup>

En lo que respecta a salud, en este sector de la población se presentan más problemas de desnutrición, enfermedades infecciosas y mayor mortalidad materna e infantil, en relación a los que no pertenecen a este grupo; por lo cual vale la pena considerar que más de 2 millones personas que pertenecen a esta población se encuentra sin cobertura de protección social en salud.<sup>7</sup> Aunado a esto los indígenas que si tienen cobertura de protección social en salud tienden a usar menos los servicios ambulatorios ofertados de manera institucional, en relación a las personas que no son indígenas; de las mujeres indígenas embarazadas solo 7 de cada 10 atendieron sus partos en hospitales en comparación con las mujeres que no lo son, donde 9 de cada 10 si atendieron sus partos en instituciones de salud.<sup>6, 7</sup>

En el área de la atención a la salud, existen muchas desigualdades y brechas entre las personas indígenas y las que no lo son; además los adultos mayores indígenas son un sector de la población especialmente vulnerable debido a la falta de servicios médicos básicos proporcionados en su lengua materna y culturalmente pertinentes, además de que muchos de ellos no cuenta con seguridad social o un sistema de protección social en salud.<sup>8, 9</sup>

Según Pintado (2010) en la población tarahumara, la salud es una de las áreas con más problemáticas a resolver, así como con muchas oportunidades de potencializar su desarrollo, a pesar de que los tarahumaras tienen mayor preferencia la utilización de la medicina tradicional, esta es usada como el primer recurso, ya que ellos afirman recorrer grandes distancias hacia las clínicas para ser atendidos, y sin resultados debido a la falta de medicamentos o porque los

prestadores no cuentan con las habilidades interculturales necesarias para atenderlos.<sup>8</sup>

Como una respuesta a las necesidades descritas con anterioridad, se implementó un modelo intercultural de atención a adultos mayores indígenas en una comunidad tarahumara, de la cual deriva esta evaluación cualitativa, que contiene las percepciones de los actores involucrados respecto a sus características necesarias para ser replicado en otras regiones indígenas.<sup>9</sup>

#### PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es la percepción del personal estratégico y táctico involucrado en la implementación de un modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores tarahumaras respecto a su factibilidad?

### **MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL**

#### INTERCULTURALIDAD EN SALUD

El respeto de las cosmovisiones de los pueblos nativos es un derecho colectivo de los pueblos indígenas, tal derecho está fundamentado en el artículo 4° de la Constitución Política Mexicana:

*“...la nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social...”<sup>10</sup>*

Garantizar este derecho es indispensable para procurar una óptima convivencia entre los miembros de una sociedad. En este sentido, se destaca la necesidad de revalorar y respetar la integridad de las prácticas socioculturales relacionadas con el proceso de salud-enfermedad-atención, estos conceptos son reafirmados en el acuerdo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

*“...El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento...” Artículo 7°<sup>11</sup>*

La interculturalidad en salud se define como: “un proceso respetuoso de relación horizontal entre el personal de salud y los usuarios que permite comprender la forma de percibir la realidad y el mundo del otro, fomentando el diálogo, el reconocimiento y el respeto a sus particularidades culturales”<sup>12</sup>

A través de los principios establecidos en la reunión de Winnipeg en 1997,<sup>13</sup> de respeto y revitalización de las culturas indígenas, aunado al enfoque integral sugerido por Organización Panamericana de la Salud<sup>14</sup> se garantiza el derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas en los temas de su propia salud.<sup>15</sup>

La Organización Panamericana de la Salud a través de su Plan de Acción, sugiere una atención primaria a la salud con una perspectiva de interculturalidad mediante lineamientos que fomenten la participación activa de los indígenas en la gestión de recursos materiales y humanos para la salud,<sup>16</sup> así como la incorporación de conocimientos, terapias y medicinas indígenas dentro del sistema oficial; generando metodología y modelos adaptados a las características socioculturales de los pueblos indígenas.<sup>13,14, 15</sup>

## ESTRATEGIAS Y POLITICAS DE INTERCULTURALIDAD EN MEXICO

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos considera que México es un país multicultural y establece el derecho a la libre determinación de los pueblos indígenas y el respeto a la autonomía de éstos, en lo que respecta a

su identidad cultural, formas de convivencia interna, organización política, social y económica.

*"...la Federación, los Estados y los Municipios establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos..." Artículo 4º<sup>10</sup>*

De igual manera el derecho a la protección de la salud, también se encuentra contenido en el artículo 4º de la Carta Magna como un bien meritorio al cual todos deben tener acceso por el solo hecho de ser humanos. A través del Plan Nacional de Desarrollo Sexenal 2013-2018 dentro del marco de su segunda Meta Nacional, denominada "México Incluyente"<sup>17</sup> y mediante la estrategia enfocada en mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad a través de su línea de acción que pretende impulsar el enfoque intercultural de salud en el diseño, operación de programas y acciones dirigidos a la población;<sup>18</sup> el Gobierno Federal desarrolla políticas basadas en la convivencia intercultural,<sup>19</sup> que permitan elevar los niveles de educación, alimentación, ingreso, vivienda, infraestructura, salud y en general mejorar las condiciones de vida de los pueblos indígenas.<sup>19,20</sup>

Otra de las políticas que el Gobierno Federal genera a favor de los grupos indígenas es la modificación realizada durante el 2012 al artículo 51 Bis de la Ley General de Salud, con este decreto se garantiza el derecho a que los indígenas reciban la información en lo que respecta a la salud en su lengua materna.

*"Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua."<sup>20</sup>*

Mediante una política de interculturalidad, elaborada por la Secretaría de Salud<sup>19</sup>, fundamentándose en las políticas de equidad de género y el respeto a los derechos humanos, a través de la eliminación de las barreras organizacionales y en mayor medida las culturales, se tienen como objetivo lograr “servicios de salud y personal de salud culturalmente competente”.<sup>17,18,19,20</sup>

*“Mejorar los servicios de salud de la población, implica además de la ampliación de la cobertura y la construcción de infraestructura, ofrecer servicios efectivos, seguros, sensibles a la diversidad cultural y que respondan a las expectativas de los usuarios.”<sup>17</sup>*

Con la capacitación a personal y el desarrollo de investigación se pretende sensibilizar a los prestadores de servicios, usando como estrategia el respeto por la cosmovisión de la población que recibirá la atención médica y el dialogo con esta misma.<sup>18, 19</sup>

Con el fin de garantizar la oferta y uso efectivo de los servicios de salud, dentro del Programa Sectorial de Salud 2013-2018<sup>19</sup>, a través de la estrategia: “México Incluyente”, se reconoce la necesidad de que la población sea atendida por profesionales que se apeguen a los principios éticos, respeten los derechos humanos y sobre todo tengan habilidades para adecuarse a las características culturales de cada persona, mediante estrategias que permitan incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño de los servicios de salud,<sup>18</sup>

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas,<sup>21</sup> un organismo autónomo de la federación encargado de la protección de los derechos de los pueblos indígenas, a través de su consejo consultivo sugiere abordar las carencias de los pueblos indígenas a través de los siguientes cinco puntos estratégicos: 1) Derechos Indígenas y Acceso a la Justicia. 2) Desarrollo Social. 3) Desarrollo Económico. 4) Participación de la sociedad indígena y coordinación intergubernamental. 5) Preservación y fomento de la cultura de los Pueblos Indígenas.<sup>22</sup>

La historia de la política indigenista (1936-1996)<sup>23</sup> en México ha tenido varias etapas, dentro de las cuales se ha considerado como punto clave la integración de las necesidades de los pueblos indígenas a los objetivos socioeconómicos del país, sin embargo en cada etapa se le ha dado diversos enfoques,<sup>24</sup> dependiendo de los intereses administrativos de las gestiones sexenales<sup>23,24</sup> y fundamentando dichas políticas en la ideología de la época;<sup>22</sup> esto ha provocado muchos cambios a lo largo del tiempo, los cuales provocaron diferentes niveles de aceptación por parte del contexto mundial, llegando a tal grado de que estas políticas sirvieran como modelo para las políticas indigenistas de otros países de América Latina.<sup>24</sup>

A pesar de que es evidente el claro esfuerzo de que en México se realizan políticas para garantizar una atención de calidad y accesible a los grupos vulnerables, como los adultos mayores e indígenas.<sup>20, 21,22</sup> Aun existen grandes brechas y rezagos en el área de salud, educación, vivienda, alimentación y otras necesidades básicas, debido a la discriminación que sufren este sector de la población.

## IMPLEMENTACION EN SALUD

La implementación en salud debe tener como fin principal el mantenimiento de la salud de las personas mediante procedimientos éticos y planificados, así como la posterior evaluación, para poder tomar decisiones que tengan un alto impacto y de forma positiva en las necesidades de salud de la población.<sup>25</sup>

Una implementación se puede entender como el conjunto de procesos a través de los cuales se adopta una intervención dentro de una organización, es un momento crítico para<sup>26</sup> la adopción de una nueva forma de estructura organizacional dentro de las personas que forman parte de un grupo en común, de esta manera el proceso de implementación tiene un alto nivel de interacción con el contexto en que se aplica.<sup>27</sup>

El proceso de implementación en salud es dinámico e interactivo, el cual está conformado por cinco grandes dominios: <sup>28</sup>

- Primer dominio, son las características y elementos propias de la intervención que se ha implementado, necesarias para que se cumpla el objetivo principal.
- Segundo dominio, el entorno interno; se refiere al ambiente dentro de la organización, las relaciones interpersonales, a la estructura de la organización, la distribución de responsabilidades. Si bien se delimitan estos dominios de forma teórica, la interacción entre el entorno externo y el entorno interno es muy dinámico y no hay una línea que lo divida a nivel operativo.
- Tercer dominio, el entorno externo; es el contexto en el cual se desarrolló la implementación, el ambiente político, el nivel social, la cultura, la estructura económica, entre otros.
- Cuarto dominio, sobre los individuos que participan dentro de la organización; como elemento principal las personas que participan dentro de la implementación, pueden resistirse al cambio, sin embargo estos determinan el éxito o el fracaso de la implementación, cumplirán con los diversos roles a lo largo de todo el proceso y a la vez enriquecerán a este mismo, ya que todos los individuos son portadores de ideas, pensamientos, técnicas, cultura, etc.
- Quinto dominio, el proceso de la implementación; como una estrategia basada en la evidencia, es la estructura y diseño de actividades para la aplicación de la intervención.

La implementación en salud se debe entender como un proceso planificado y estructurado que posee como características fundamentales, el dinamismo y la particularidad, teniendo como fin principal la introducción sistemática de recomendaciones<sup>27</sup> a través de estrategias que aborden de manera específica y concisa los temas en los cuales se desea incidir de manera significativa<sup>28</sup>.

Con la finalidad de que la implementación de una intervención funcione es necesario considerar el contexto dentro del tiempo y el espacio en el cual se va a desarrollar ya que, los resultados no siempre pueden extrapolarse a otros contextos sociales o demográficos<sup>29</sup>.

Considerando que implementar conlleva un dinamismo marcado durante todo el procedimiento; no siempre es necesario seguir estrictamente todas las recomendaciones planteadas, sin embargo se han desarrollado modelos que consideran algunas sugerencias para una óptima implementación. Como el modelo PARIHS (*Prometan Activo en Resecar Implementación in Meath Cervices*)<sup>30</sup> que se fundamenta en el tipo de evidencia, la facilidad con que ésta se obtiene y un contexto receptivo en el cual se introduce la información a implementar.

La evaluación a nivel local es un procedimiento muy útil para medir los esfuerzos realizados, con el fin de reproducir las distintas fases de la intervención con mejores resultados, creando un proceso cíclico de retroalimentación para el mejoramiento de la implementación.<sup>30,31</sup> Uno de los aspectos de lo que puede dar cuenta una evaluación es sobre la factibilidad de reproducir un modelo de acción, en la cual se aprecia la disponibilidad de los recursos que son determinantes para la realización del modelo, así como los elementos necesarios para su conclusión y posible reproducción.<sup>31,33,34</sup>

La evaluación de la factibilidad realiza un análisis acerca de la disponibilidad de recursos dentro de áreas fundamentales, como:

- a) área operativa; sobre el personal necesario para que el proyecto pueda llevarse a cabo.
- b) área técnica; en relación a las habilidades necesarias como el lenguaje y la experiencia de los personajes involucrados.
- c) área económica; acerca del capital económico con que se cuenta es suficiente para cubrir los recursos financieros y económicos necesarios para llevar a cabo el proyecto.

Dentro de esta tipo de evaluación también se considera como punto fundamental, características del contexto donde se desarrolló la intervención, tales como las políticas públicas relativas al tema y el medio ambiente.<sup>32, 37</sup>

En lo que se refiere a la evaluación de una implementación existen tres elementos esenciales: la estructura, el proceso y el resultado. Sin embargo para que una implementación sea capaz de mantenerse dentro del contexto social y a través de un lapso de tiempo es necesario considerar la disponibilidad de los recursos dentro de cualquiera de estos niveles.<sup>33</sup>

La percepción del desarrollo de modelos de implementación puede variar de acuerdo al nivel organizacional en que el individuo se encuentre, la distribución de su función dentro de la organización y la interacción que los miembros tengan con el contexto en que se desenvuelven, de tal forma que la perspectiva se verá diferenciada entre los tomadores de decisiones, y entre los proveedores directos del servicio.<sup>34</sup>

La evaluación de una implementación en salud, aunada a la toma de decisiones basadas en evidencia, son la base fundamental para el desarrollo de políticas que favorezcan el mejoramiento de los indicadores en salud, así como el impacto directo sobre la salud pública.<sup>35,36</sup>

#### DESCRIPCIÓN DEL MODELO A EVALUAR.<sup>9,36</sup>

Este modelo se sustentó entre otras cosas en la participación comunitaria y el acercamiento de los servicios institucionales a la población indígena tarahumara por lo cual se eligió una población tarahumara con base a su tamaño el cual fue útil al diseño de la intervención, la cercanía con otras comunidades y las facilidades que presentaba en la logística para el diseño, como el transporte que ofreció y reguló la coordinadora de la tarahumara; considerando estos puntos, se realizó una intervención comunitaria teniendo como base la distribución de

responsabilidades entre los diversos actores involucrados en cualquier nivel o momento de la implementación.

## Diseño

Se abordaron a través de 6 áreas estratégicas, que de manera muy general a continuación se describen.

- Epidemiología sociocultural, después de haber identificado las principales necesidades de salud de la población de adultos mayores, se realizaron actividades de promoción en las cuales se incluyó a toda la comunidad.
- Recursos locales de atención a la salud. Se capacitaron a habitantes de la región con alto compromiso social, alfabetos y bilingües, como promotores de salud, que, a través de un registro, tuvieran las funciones de hacer visitas domiciliarias para identificar y dar solución a las necesidades primarias de atención a la salud de los adultos mayores e informar al sector salud sobre alguna urgencia médica.
- Participación comunitaria. Con el fin de promover el compromiso de la comunidad con los adultos mayores se estableció una interacción activa entre la población y el modelo intercultural, para mejorar el cuidado y bienestar de este sector vulnerable.
- Estrategias de comunicación en salud. Mediante la utilización de medios visuales, auditivos y audiovisuales (carteles, folletos, series radiofónicas, video); se realizó una estrategia de promoción de etnoeducación en salud.
- Intersectorialidad, se realizaron actividades para la promoción de una red de colaboración y vinculación entre la Coordinadora Estatal de la Tarahumara, el sector salud, organismos locales y Organizaciones de la Sociedad Civil.
- Sustentabilidad. Garantizar la permanencia y reproducibilidad del modelo a través del compromiso de participación de los diversos actores involucrados en cualquier etapa del modelo.

## Implementación

El equipo conformado por especialistas en los temas de interés, que pertenecen al Instituto Nacional de Salud Pública, estuvo a cargo de las actividades que permitieron el desarrollo y ejecución de estrategias que fueron perfectibles, y que contaron con la previa aceptación, mediante el consenso de las diversas partes involucradas, que permitieron la atención a la salud de los adultos mayores.

## Evaluación

La factibilidad del modelo se analizó a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a prestadores de servicios y/o tomadores de decisiones, incluyendo a los directivos y profesores de una escuela de enfermería local; en esta evaluación los actores hablaron acerca de la disponibilidad de recursos, las barreras y elementos necesarios para la sustentabilidad del modelo, así como los puntos necesarios para poder reproducirlo en otras regiones indígenas de México.

## PERFIL DE LOS INFORMANTES

Los informantes que fueron entrevistados para fines de esta evaluación, fueron aquellos actores que estuvieron involucrados en el proceso de implementación del modelo y que se ubicaron en diferentes niveles gerenciales, estos son: Secretario de salud; director general de Gobierno y Transporte; consultor jurídico de la Secretaría de Gobierno y Transporte; vocal de la Coordinación Estatal de la Tarahumara; Coordinadora de fomento al desarrollo de la Tarahumara, de la Coordinación Estatal de la Tarahumara; director de atención médica/SSCh; ex-jefe de jurisdicción; jefe de jurisdicción; ex subdirector médico; directora de área de Epidemiología; directora y una profesora de la escuela de enfermería.

Para la realización de las entrevistas se diseñó una guía de entrevista en la que se abordaron los siguientes temas:

- Características del modelo.
- Implementación (acción interinstitucional).
- Obstáculos y facilitadores.
- Sustentabilidad del modelo.



Figura 1: modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores tarahumaras (Pelcastre y cols., 2011)<sup>9</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

La medicina basada en evidencia es un concepto utilizado ampliamente en el área de la toma de decisiones sobre la salud de las personas, ya sea a nivel individual o en poblaciones;<sup>32, 34, 35</sup> tiene su fundamento en la evaluación objetiva y planificada de las intervenciones aplicada,<sup>34</sup> considerando a los sistemas de información y las bases de datos como elementos indispensables, para poder

tomar las decisiones objetivas y sostenibles acerca de los procesos implementados.<sup>32, 33, 34,35</sup>

La información que proporciona el análisis que los informantes tienen acerca de la factibilidad percibida por los prestadores de servicios y tomadores de decisiones tras implementar un modelo de atención a adultos mayores tarahumaras es útil para garantizar la sostenibilidad del modelo frente a cambios repentinos, como el relevo de autoridades,<sup>35,36</sup> las crisis económicas, modificación de políticas, corrupción, aumento o disminución de presupuesto económico, etc.<sup>33,34,35</sup> Además los informantes describieron las posibles barreras que interfirieron para el desarrollo del modelo, así como los facilitadores indispensables para la reproducción dentro de otros contextos indígenas a nivel regional, estatal y del país.

Dicha evaluación también fundamenta las bases para el desarrollo de otros modelos que promuevan el apoyo de los cooperantes internos y externos involucrados dentro del proceso, así como la participación activa de la comunidad.<sup>25,32,33,35,36</sup>

De igual manera la información obtenida de dicha evaluación servirá como evidencia sólida en la toma de decisiones a nivel gerencial,<sup>26,28,30,31,35</sup> con el fin de favorecer la implementación de este modelo<sup>30</sup> y su permanencia dentro de la población;<sup>34</sup> así como brindar los elementos necesarios para la reestructuración<sup>34,35,36</sup> de estrategias que promuevan la salud entre los adultos mayores tarahumaras, y la futura creación de nuevas políticas que mejoren la salud en la población de los adultos mayores indígenas.<sup>36</sup>

## **OBJETIVOS (GENERALES Y ESPECÍFICOS)**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Analizar la percepción que prestadores de servicios y tomadores de decisiones tienen, sobre la aceptabilidad y factibilidad de implementar y

reproducir un modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores indígenas, en otras regiones del estado y del país.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar en la información de las entrevistas, las categorías establecidas en el marco conceptual de evaluación de la implementación.
- Examinar a través de la hermenéutica, la información obtenida de las entrevistas realizadas a informantes.
- Analizar las barreras y facilitadores que permitan escalar el modelo a otros niveles.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvo la información mediante el análisis secundario de una base de datos, conseguida de las entrevistas semiestructuradas realizadas a informantes con perfiles previamente definidos; dentro del contexto del proyecto: “Evaluación de la factibilidad percibida por los actores involucrados tras implementar un modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores tarahumaras”.

La organización de información se llevó a cabo con ayuda del software ATLAS ti versión 7. Basándose en las guías de entrevistas, se construyó la definición de los códigos, dicha definición fue hecha de forma independiente, de tal manera que se definieron unos para el nivel estratégico-táctico y otros para la directora de la escuela de enfermería; después de realizar la definición de códigos se efectuó la asignación de códigos a cada fragmento de información que compartían la misma idea. Posterior a este proceso y bajo la perspectiva hermenéutica se analizó la información organizada por códigos. Los códigos que se definieron para guiar el análisis, fueron los siguientes:

## **Categorías para el nivel estratégico y táctico de la evaluación de la implementación de un modelo de atención a la salud en adultos mayores tarahumaras.**

1. Características principales de la intervención; Peculiaridades que caracterizan al modelo y lo distinguen de otros.

- Atributos esenciales: elementos fundamentales que caracterizan al modelo.
- Objetivos: metas que se pretenden alcanzar con la aplicación del modelo
- Fortalezas: Características del modelo que lo hacen robusto ante los cambios del medio.
- Debilidades: Características del modelo que lo hacen frágil frente a los cambios del medio.
- Utilidad: funcionalidad que el modelo tiene en un ambiente real
- Comparabilidad: rasgos que describen similitud o diferencia con otros modelos implementados en la región.

2. Contexto externo o entorno; relación que existe entre el modelo y el contexto en que se implementó.

- Estrategias para la implementación: Metodología útil para articular el modelo en un panorama similar en el que se implementó, participación comunitaria y de los diversos actores involucrados.
- Coordinación de actores: Relaciones que existen entre los actores y sus funciones dentro del modelo.
- Evaluación del modelo: nivel de cumplimiento de los objetivos mediante características como Facilitadores, Barreras, Necesidades cubiertas.
- Intersectorialidad: Formas a través de las cuales el modelo se coordina con otras organizaciones y/o actores del sector público o privado.
- Convenios: acuerdos oficiales escritos por medio de los cuales hace vínculos con instituciones.
- Recursos Humanos: Personal necesario para la implementación del modelo.

- Administración y gestión de recursos económicos: procedimientos a través de los cuales se obtiene el dinero para financiar la permanencia del modelo dentro del contexto que se implementó.
- Habilidades del personal: Pericias de los recursos humanos, sean técnicas u operativas para la permanencia y mejoramiento continuo del modelo.

3. Sustentabilidad y permanencia de la implementación; procedimiento mediante los cuales se asegura el modelo a través del tiempo y los cambios en el contexto.

- Sustentabilidad: características del modelo que aseguren la permanencia del modelo a través del tiempo y frente a los cambios organizacionales que ocurran en el medio.
- Adecuaciones: Modificaciones necesarias que garanticen la sustentabilidad del modelo.
- Estrategias Políticas: Metodologías basadas en políticas federales y estatales necesarias para la implementación del modelo.
- Seguimiento: monitoreo continuo del alcance que tendrá el modelo dentro del contexto en que se implemento
- Contribuciones: aportaciones del modelo en las áreas de Calidad e Interculturalidad.

**Categorías para el personal de la escuela de enfermería de la implementación de un modelo de atención a la salud en adultos mayores tarahumaras.**

1. Perfil profesiográfico del currículo formativo en enfermería; particularidades esenciales del currículo formativo formal para obtener el grado de enfermera.

- Requisito de ingreso: características que un candidato a ingresar a la carrera de enfermería debe poseer. Cuotas a pagar.

- Requisitos de egreso: Habilidades y características que un estudiante de enfermería adquiere a su paso por la escuela de enfermería.
- Contrastes: diferencias que existen entre un estudiante de enfermería indígena y no que no lo es.

2. Características de la escuela de enfermería: particularidades que tiene la escuela de enfermería que la hacen distinta a otra más.

- Colocación dentro del mercado laboral; estatus actual de los profesionales en enfermería dentro del ámbito laboral en el estado y el país.
- Perfil de un/a enfermero/a: características que un profesional en enfermería debe tener para desarrollarse en el mercado laboral del estado de Chihuahua.
- Oportunidades laborales: disponibilidad de oportunidades laborales que existen en el estado para los profesionales en enfermería.

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA INTERVENCIÓN

#### Atributos esenciales

Los informantes percibieron el modelo implementado como un modelo “culturalmente apropiado”, el cual cuenta con la participación del personal de salud, los líderes políticos locales y la población. Desde su punto de vista, este fue un proyecto bien estructurado y guiado por investigadores expertos del Instituto Nacional de Salud Pública.

*“...Pues el que sea un programa ya bien establecido, bien instalado, si bien es cierto que tiene mucho en común con los programas generales o que aplicamos en la población en general, pero lleva el enfoque muy específico hacia la etnia, hacia donde fue, entonces esto nos podría dar herramientas para que se haga una búsqueda intencionada, más certera, y un seguimiento más específico, y, y obviamente pues para ver resultados ¿verdad?, en el modelo, en el programa...” (Personal operativo de Epidemiología)*

Este modelo tuvo como característica principal, acercar de manera efectiva los servicios institucionales a las personas indígenas de la región, en especial a los adultos mayores, a través de promotores interculturales bilingües, quienes fueron apoyados en el área de logística por brigadas de atención a la salud en comunidades de la región.

*Bueno, como ya le decía que esencialmente es el acercar los servicios a la comunidad, enfocado pues respetando su "culturalidad" (Personal operativo de Epidemiología)*

Según lo percibido por los informantes, este modelo tenía como punto clave la promoción de la salud basada en una perspectiva intercultural y el respeto a los conceptos de salud de la población tarahumara, con este modelo se pretendía motivar a la población que habita en la región de Tehuerichi, municipio de Carichí; a utilizar los servicios disponibles en los centros de atención a la salud, de manera curativa y preventiva.

*"...y este modelo pues va enfocado según lo que tenemos nosotros, es a las enfermedades crónico degenerativas, para hacer búsqueda intencionada de casos, para ver el seguimiento y si estos casos que se encuentren o no se encuentren mediante la búsqueda intencionada, ver si son casos complicados, o si se puede llevar un seguimiento de tal manera que sea un beneficio para la población..." (Director de atención médica/Secretaría de Salud Chihuahua)*

De acuerdo a la percepción del personal entrevistado, este modelo se caracterizó por haber identificado las necesidades y características de la población de estudio a través de un estudio diagnóstico hecho a la comunidad y a los prestadores que ofrecen los servicios de salud en la región. También pretende hacer más amigables y adaptar culturalmente los servicios institucionales ya existentes en el área, a las costumbres y tradiciones de las comunidades tarahumara, menonita y mestiza.

*"... Sí, el modelo que se implementó y que formamos parte directa e indirectamente en este modelo de intervención que trabajamos en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública, era básicamente trabajar con un modelo de intervención o de creadores de promotores comunitarios en la misma comunidad de Tehuerichi, como un modelo para trabajar con el objetivo en la población de adultos mayores, específicamente pues todas, todas la enfermedades o patologías, pero con el mismo enfoque de interculturalidad que*

*pues la misma comunidad tiene con sus creencias, con su cultura, con su idiosincrasia, estuvimos en la comunidad de Tehuerichi, estuvimos trabajando, entrevistándonos con los gobernadores indígenas, estuvimos trabajando con la misma comunidad, con algunos traductores, algunos líderes voluntarios, algunos líderes religiosos y el modelo en sí era prácticamente trabajar sobre lo que era la creación de promotores de interculturalidad en las comunidades indígenas específicamente en los adultos [mayores]...” (Director de atención médica/Secretaría de Salud Chihuahua))*

## Objetivos

Los entrevistados opinaron que las metas fueron cumplidas en su totalidad, de acuerdo al tiempo establecido en el cronograma, como el acercar a la comunidad a los servicios de salud y captar el interés de la población mediante la utilización de estrategias como la interculturalidad y la Intersectorialidad entre instituciones locales, regionales y nacionales.

Los objetivos fueron cumplidos gracias a una sólida estructura de solidaridad que tuvo el modelo entre todos los actores que participaron a lo largo de la implementación del modelo y de la organización de las diversas habilidades del personal que participó en este mismo.

*“... bueno, en el momento en el que yo estaba en este, en este evento, creo que iban de acuerdo a lo planeado, de acuerdo al cronograma de actividades, de acuerdo a la definición operacional de la investigación, me parece que iban aceptándose en una forma adecuada...” (Jefe Jurisdiccional)*

Aunque también las personas entrevistadas sugirieron hacer un análisis cuantitativo en los indicadores de áreas prioritarias en salud pública de la población donde se implementó este modelo; para medir si hubo una disminución en la muerte materna o en la incidencia en la epidemiología a adultos mayores indígenas de la región.

El uso de datos cuantitativos se sugiere con la finalidad de respaldar el alcance de los resultados que se pretendían alcanzar a lo largo de la aplicación de este modelo intercultural.

Los informantes afirmaron que el objetivo principal de mejorar el nivel de salud de la comunidad, mediante la estrategia de acercar a la población a los servicios de salud, fue cumplido; un claro ejemplo es la percepción que los actores tuvieron acerca de la disminución de la muerte materna dentro de la población.

*“... Sí, sí, en números pues habría que irnos al historial de lo logrado ahí y a mí me gustaría, si me gustaría hacerlo, de hecho planeo hacerlo, (...) pero aquí viendo, viendo los beneficios del modelo, podríamos pensar que más personas dejaron de ir con el curandero y vienen a la unidad aunque sea a hacerse chequeos ¿verdad?, no precisamente a control, ¿sí?, pero fíjese un, algo que le comentaba yo ahorita, que se logró disminuir la muerte materna, eso, eso ha sido un impacto, (...) en eso sí se impactó. En todo, en dos años no hemos tenido ni una sola muerte materna, y sí hemos tenido muchos casos de embarazadas con un riesgo obstétrico muy alto, que para empezar no aceptaban el traslado, se trasladan, se atienden, se devuelven a su comunidad...” (Área de gobierno)*

## Fortalezas

El personal entrevistado señaló que la principal característica del modelo que lo hace robusto ante los cambios del medio, es la aceptación que la población tuvo para este proyecto, ya que está basado en las necesidades de salud y características esenciales de la población. De acuerdo a la percepción de los entrevistados, el modelo tiene una perspectiva intercultural y la utilización del lenguaje Rarámuri como una de sus principales fortalezas.

*“...Ha tenido una aceptación con ese enfoque de interculturalidad el aspecto de que hemos captado embarazadas, fíjese, no nomás en este, porque las enfermedades crónicas son pocas, en, en la población indígena, pero el aspecto que se le dio, el trabajo que se le dio se aprovechó también para otro tipo de población, entonces ella con esa idea...” (Jefe Jurisdiccional)*

Otra fortaleza que ellos identificaron dentro de este modelo fue la perspectiva intercultural, ya que fue fundamental para su desarrollo y aceptación; además, al utilizar el liderazgo natural de los representantes políticos tradicionales de la comunidad, y de la confianza que la población tiene en los prestadores de salud que también son indígenas, se pudo establecer acuerdos que elevaron el nivel de utilización de servicios de primer nivel y en casos necesarios, la canalización a

servicios de segundo y tercer nivel en hospitales de la región; dichos servicios fueron adecuados a los requerimientos individuales de cada caso.

*“... entonces aquí el modelo, lo que más interesó fue tener un contacto, una plática con los autores, en este caso los indígenas, adultos mayores, en la que anduvieron casa por casa en las rancherías, porque aquí en Chihuahua no es como el sur de México donde hay grandes localidades donde viven los indígenas, aquí no, aquí son pequeñas rancherías (...) hay muchas casitas de dos o tres habitantes, siete habitantes, pero que son pequeños espacios. ¡Eh! Ellos se trasladan principalmente a recibir atención del [owirúame]. Que es el médico tradicional, por dos motivos, uno es la confianza, otro que son hablantes de su lengua y conocen su cultura y el más importante, que no cobra ¿sí? Entonces ellos prefieren atenderse con el médico tradicional indígena y como segundo punto, ya en casos de situaciones especiales, van y tienen su visita al servicio médico con un montón de obstáculos ¿Sí?, Que ellos no se pueden desenvolver en poder, en tener un diagnóstico muy poco antes usado...”* **(Personal estratégico)**

Otra fortaleza identificada por los informantes a lo largo de la implementación del modelo es la utilización de recursos humanos locales capacitados (enfermeras, promotores de salud, médicos, directivos); con habilidades específicas necesarias y requeridas para el acercamiento y aceptación del modelo implementado por parte de la población a la que va dirigido. El compromiso social por parte de los trabajadores de la salud con la comunidad fue clave para el desarrollo del modelo intercultural de atención a la salud y el mejoramiento de la salud de la etnia tarahumara.

*“...Operativamente, la enfermera bueno, tiene ya su formación técnica, el plus es que habla el idioma natal, su lengua...”* **(Secretario de salud)**

El personal que participó en la entrevista aseguró que el asesoramiento de los expertos investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, hacia el personal que otorgaba los servicios de salud a la población, fue otra fortaleza que caracterizó al modelo, junto al continuo seguimiento y monitoreo de las actividades contempladas dentro del cronograma. Todas las actividades contenidas en dicho

cronograma fueron diseñadas por el equipo y el personal directivo local, a través de reuniones secuenciales planeadas.

*“yo creo que, en primer término los que inician el protocolo, pues son gentes informadas y preparadas, o sea de eso no me queda [duda]..., eso es garantía, pero otro de los factores fueron que la encargada de la unidad de salud, los encargados (...) tenían toda la información y toda la libertad y toda la intención de apoyar y tenían una visión muy clara...”*  
**(Ex-secretario de Salud)**

## Debilidades

Los entrevistados sugieren que debe de hacerse una planeación estricta que considere adaptar el modelo al lenguaje de las regiones donde se desea aplicar en el futuro, ya que esto podría ser una gran debilidad que impidiera la eficiente comunicación para lograr que el modelo de atención a la salud, tuviera una adecuada aceptación en los adultos mayores de las comunidades donde se desea implementar.

Otra posible debilidad que el personal operativo y táctico identificó durante la entrevista y que podría presentar el modelo, es la gran distancia entre el lugar de estudio y el lugar de residencia de los investigadores y asesores del proyecto<sup>1</sup>, la cual podría ocasionar una falta de comunicación entre las partes interesadas.

Otra característica identificada a lo largo de la conversación y en la cual debe ponerse especial empeño para evitar la fragilidad del modelo, es la orografía de la región en que se desee realizar. En la región de Tehuerichi el tipo de orografía determina el nivel de organización, las tradiciones, costumbres y estilos de vida de las personas. La población de Tehuerichi y las regiones cercanas del norte de México tienen una organización en pequeñas comunidades de pocos individuos, estas comunidades están muy dispersas en el área, en contraste con las comunidades del sureste de México que tienen un nivel de densidad poblacional más alto. La orografía y las características climatológicas son factores

---

<sup>1</sup> El lugar del estudio se ubica al norte del país y la sede del equipo de investigación en el centro, aproximadamente dos horas de vuelo más 6 horas de transporte terrestre desde la capital al lugar donde tuvo lugar la implementación...

determinantes para la migración de los grupos poblacionales durante temporadas de cosechas agrícolas en otras regiones del estado o del país, estos movimientos migratorios son un obstáculo para dar seguimiento a la salud de los individuos, además de dificultar la colecta de datos que sirvan para medir el nivel de cumplimiento de los programas de ayuda social. También existen comunidades denominadas “gentiles” que son aquellas en las cuales no existe influencia por la conquista española y mantienen costumbres y tradiciones precolombinas, lo cual hace más complejo la labor en el área de la interculturalidad, ya que no existe mucho trabajo de investigación científica social acerca de ellos, ni tampoco datos sobre su nivel de salud y de atención a esta misma.

*“...es una barrera, los Rarámuri son, [migrantes] muy frecuentemente, y ellos migran dependiendo de la época del año, porque migran hacia las ciudades, bajan a las ciudades, se mueven dependiendo de la época del año buscando trabajo, se mueven dependiendo de si hay lluvia o no, porque se les termina el agua y tienen que moverse a buscar agua, y en cambio, por ejemplo en esa temporada, es cuando más suben a la sierra, ¿por qué? Porque ya está lloviendo y van a sembrar, siembran sus milpas le llaman ellos, sus cosechas, y se quedan allá, luego viene la temporada de [cosecha], donde hay más trabajo con la recolección de fruto por ejemplo, (...) también migran hacia otros estados, como Sonora, que es un estado vecino, porque allá también se les ofrece, trabajo, casi siempre el trabajo es en el cultivo, ¿verdad? Aquí es la manzana, luego bajan al sur del estado donde se procesa y produce chile, y luego después se van a, hacia Sinaloa o Sonora a [recolectar] tomate, y entonces van haciendo ciclos, pero sí, permanecen tiempo, entonces esa es una barrera porque no se le puede dar seguimiento. Bajan familias completas, a veces se quedan allá los más adultos, pero por lo general, se mueven con los niños, se mueven con las esposas, porque trabajan los dos, trabaja él y trabaja ella...” (Personal operativo de Epidemiología)*

## Utilidad

El personal operativo que participó dentro de la implementación del modelo consideró que este modelo es funcional en un ambiente real y similar a la población de la etnia tarahumara, en dicho ambiente deben existir redes sociales similares a las que existen entre la población de tarahumaras; sin embargo, si se realizan algunas modificaciones con el fin de adecuarse a las características de otra etnia de la región o del país podría también ser útil, de igual manera este modelo podría lograr una mayor utilidad si se ajustara a todas las regiones del

país, ya que la población de adultos mayores tiende a incrementar en México, tiende a aumentar en estos últimos años, por lo que es necesario diseñar y adecuar nuevos modelos a la atención de la salud para este sector de la población.

*Sí claro que es útil, hay que tomar en cuenta que ese, el modelo de nuestra (,,,)lo que yo vi de las personas de esta etnia podría llegar a replicarse podría llegar a servir en otros lugares, por ejemplo nuestros indígenas tarahumaras, no abandonan a sus adultos mayores (...) [El modelo] Sería muy útil para toda la sociedad en sí, o sea obviamente cada una con sus con sus características principales, por ejemplo aquí en la ciudad no puedes pedir que toda la comunidad esté pendiente de alguien (...) Aquí todo el mundo trabaja, todo el mundo tiene cosas que hacer, pero sería muy interesante que este modelo pudiera ser replicado en otros lugares y ver su impacto* (**Director de atención médica/Secretaría de Salud Chihuahua**)

## Comparabilidad

De acuerdo a la experiencia de los entrevistados y a las características esenciales de este modelo intercultural de atención a la salud de adultos mayores, no existe otro modelo similar en la región ni dentro del país.

*“...Mmm, no tengo conocimiento, no, no tengo conocimiento, he escuchado que se trata de aplicar esto en algunos, como por ejemplo, en riesgos obstétricos, para que se de los servicios respetando lo que es la interculturalidad, pero que ya esté aplicado el modelo, lo desconozco (...) no, lo que yo he escuchado, esto es a través de las capacitaciones que nos imparten, de las capacitaciones donde se hablan, se nos han dado temas específicos, de interculturalidad, pero con enfoque hacia riesgos obstétricos...”* (**Coordinadora de Fomento al Desarrollo, Coordinadora Estatal de la Tarahumara**)

## CONTEXTO EXTERNO O ENTORNO

### Estrategias para la implementación

La principal estrategia que se sugirió para implementar este modelo intercultural de atención a los adultos mayores tarahumaras, es el empoderamiento y la participación directa de la población, en general dentro de cualquier momento de implantación del modelo. También el acceso libre a la información de los resultados y beneficios obtenidos será una obligación por parte

del equipo de investigadores y personal prestador de servicios para las personas beneficiadas con este proyecto.

*“...Yo creo que una de las vertientes que tenemos que trabajar con la comunidad es el empoderamiento; necesitamos empoderar a la comunidad en qué sentido, no un empoderamiento negativo, un empoderamiento positivo, en el sentido de que tengan un sentido de pertenencia (...) todo lo que es la promoción de la salud, que la comunidad conozca que al modificar sus estilos de vida, pueden modificar sus sistemas de salud y ellos nos van a ayudar a nosotros en ese sentido, porque nosotros podemos trabajar mucho en atención, pero si la comunidad no trabaja la prevención, en llevar lo que es la promoción de la salud al hogar y que ellos sean los principales promotores de la salud no vamos a avanzar...”* **(Coordinadora de Fomento al Desarrollo, Coordinadora Estatal de la Tarahumara)**

Los entrevistados sugirieron conseguir el apoyo y capturar el interés de las autoridades locales, tanto las tradicionales como las elegidas de manera formal, para lograr elevar el nivel de cobertura de los servicios de salud en la población de adultos mayores.

Otra estrategia identificada a través de las entrevistas con el personal técnico y operativo fue la contratación de personal con habilidades interculturales principalmente personal bilingüe (promotores de salud, enfermeras, médicos, etc.), que utilice la lengua nativa de la región; esto a través de la asignación de plazas laborales exclusivas para este tipo de personal y el otorgamiento de incentivos económicos laborales a la productividad del personal bilingüe. Este personal debe ser sugerido por las propias personas de la localidad a quienes será prestada la atención; y ser miembros de la comunidad; todo ello con el fin de elevar las posibilidades de permanencia de este personal dentro de la región.

#### Coordinación de actores

Los participantes de la entrevista afirmaron que existió una buena coordinación de actores durante toda la implementación del modelo, aseguran que esta coordinación fue un proceso transversal en el cual participaron muchos actores, dicho proceso permitió tener un mayor alcance dentro de los objetivos

que se pretendían alcanzar en la población. Ya que este modelo tenía una perspectiva intercultural y fue basado en conceptos de no discriminación, además de ofrecer servicios interinstitucionales culturalmente amigables; la población tuvo una participación activa a través del empoderamiento de las acciones en salud, aunque este modelo fue dirigido en especial a las personas adultas mayores, la respuesta de la comunidad en general fue muy buena. De acuerdo a la opinión de los entrevistados se logró el incremento en la utilización de servicios institucionales de salud, en especial por parte de las mujeres embarazadas y los adultos mayores; este interés se vio reflejado en la disminución de la muerte materno-infantil y en la mejora en la atención a la salud a los adultos mayores.

*“...mire, esto es dinámico, la, el proceso de salud es transversal, por lo cual mover la salud implica, varios actores, desde el municipio, desde la secretaría de educación, desde el área de vivienda, desde el área de otros organismos que nos permita dar mayor presencia en esa zona, vamos paso a paso, primero tenemos que utilizar lo que tenemos, aprovecharlo bien y luego ir jalando más recursos para que lleguen a las zonas más desprotegidas...”*

**(Personal Operativo)**

Los informantes percibieron que durante este proceso de implementación participaron una gran diversidad de actores, entre ellos: el gobernador indígena y una persona miembro de una organización religiosa local, quien cumple las funciones de enfermera de la comunidad; ambos fueron elementos clave, para comenzar el acercamiento a la población en el principio de la implementación.

Según la opinión de las personas que participaron en la entrevista los intérpretes indígenas tuvieron un papel primordial en la implementación del modelo; ya que la mayoría de los servicios se ofertaron en la lengua madre de los indígenas, y así con esto se mejoró el nivel de aceptación de los servicios de salud por parte de los pacientes indígenas.

*“...en Tehuerichi estuvieron trabajando a la par con varias instituciones, el instituto, secretaria de salud, la jurisdicción en concreto, la jurisdicción cuatro; ¿usted escucho mencionar algunas otras instituciones que han estado involucradas en este proceso en el que se ha ido implementando este trabajo de interculturalidad en Tehuerichi? Sí, a lo que, a lo que yo quiero también referirme es para integrar este equipo de trabajo (...)esta religiosa,*

*lo que vino a hacer es cerrar el círculo, porque básicamente, la dedicación, el apego para el trato de toda la (...) comunidad que ahí se atiende, pero la aceptación de la comunidad hacia ella es, es excelente, es fundamenta y entonces; si en el aspecto médico, si en el aspecto de la de la “cops”, que nos vino a dar un enlace así directo con la promoción de salud y todo lo que ellos hacen y la recepción por parte de la enfermera en su vocación de servicio, en su actitud para los tarahumaras ha resultado; entonces una de las unidades que a nosotras nos da mucho cimienta para no descuidar y no es la única; este modelo, este modelo de actitud de atención lo estamos aterrizando también en el trabajo de otras unidades móviles; por ejemplo las brigadas que están trabajando en muchas rutas donde también hay muchos tarahumaras...” (Jefe de Jurisdicción)*

Los entrevistados percibieron que la coordinación fue regulada por el equipo del INSP, sin embargo después de lograr el empoderamiento de la población, ésta fue capaz de participar de manera muy activa durante la aplicación de la intervención.

#### Evaluación del modelo

De acuerdo con la percepción que los entrevistados tuvieron, el modelo fue un éxito en relación al cumplimiento del objetivo principal, que era el incremento en la utilización de servicios institucionales a través de adecuaciones a dichos servicios mediante una perspectiva intercultural, los informantes aseguraron que se logró el empoderamiento de la población en relación al cuidado de su propia salud. También aseguraron que las barreras que se podían presentar a lo largo de la implementación del modelo fueron superadas ya que al adecuar los servicios a las necesidades de salud de la población y contar con una perspectiva intercultural, este modelo fue bien aceptado por la comunidad.

*“...Bueno para mí fue de muchos logros, fue un gran logro dentro de la comunidad porque no batallo las personas, no se batalló para que las personas lo tomaran como partes de sí mismas, poco a poco, si tú vas ahora a la comunidad es más fácil que veas adultos mayores acercándose a la clínica...” (Ex-jefe de Jurisdicción)*

Sin embargo consideraron, que se deben hacer análisis cuantitativos con el fin de respaldar el éxito del modelo, se sugiere hacer mediciones en las áreas de epidemiología, utilización de servicios y muerte materna. Además evaluar la

perspectiva de la población beneficiada, ya que ellos tienen una percepción muy distinta a la del personal operativo.

*“...Yo creo que si siguen la misma línea de trabajo, que es respetar en todo momento la cultura, y bajo y sobre de ella ir construyendo, sí ir construyendo este modelo, adaptándose a esa comunidad específica, yo pienso que el modelo va a tener mucho, lo van a coger, sí lo van a coger muy bien las etnias, las etnias indígenas de nuestro país. (...) Sí, o sea el, el indígena, pues es el actor principal, entonces ellos también modifican el modelo a como ellos lo consideran. No son, te decía, no es algo impositivo y eso es algo que tiene mucho, mucho valor, porque el indígena no se siente presionado a hacer algo igual que el mestizo, o sea, ellos lo toman como propio y lo llevan como propio...” (Personal operativo)*

### Intersectorialidad

De acuerdo a la información contenida en las entrevistas, la implementación de este modelo, tuvo el apoyo de otras instituciones, por lo cual los entrevistados afirmaron que la reproducción de este modelo no sería posible sin considerar el apoyo brindado por dichas instituciones. Además existió una sólida coordinación intersectorial entre instituciones de la organización civil, organismos gubernamentales y organizaciones religiosas locales.

Los informantes aseguraron que la Secretaría de Salud del Estado a través de las Jurisdicciones Regionales y mediante reuniones sistematizadas, con horarios flexibles adecuados a las ocupaciones laborales del personal, debe encargarse de coordinar la organización entre las diversas instituciones. Destacaron las instituciones gubernamentales que se mencionaron durante las entrevistas: La Coordinación Estatal de la Tarahumara quien tenía por función ser un vínculo entre la población y ayudar en la logística de las actividades del proyecto; el Instituto de Salud Pública para asesorar la intervención a través de los investigadores expertos en el área.

También los entrevistados sugirieron hacer una invitación a participar dentro del proyecto a organizaciones como: el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas, el cual sería útil para elaborar material en la lengua materna de los indígenas así como formar interpretes bilingües; la Secretaría de Educación Pública, para

regular los programas de educación y crear escuela que formen profesionistas con un enfoque intercultural; la Comisión Nacional de los pueblos Indígenas; Desarrollo Integral para la Familia a nivel Estatal; inclusive sugieren a la policía municipal.

*“...yo creo que el modelo de implementación fue muy bueno, existió una buena coordinación, (...) nos coordinamos bastante con la jurisdicción sanitaria, la coordinadora de la Tarahumara, la [presidencia] municipal de Carichi, el centro de salud de Tehuerichi (...) posteriormente estuvo otro director, [después comenzamos] a trabajar bastante con lo que son las líderes religiosas del convento de allí de Tehuerichi, bastante aceptación ha tenido esto y este acercamiento; digo que fue muy importante, que ahorita las monjitas que estaban en el centro de salud de Tehuerichi que tienen un perfil de enfermería, de enfermera general, una de ellas está contratada por nosotros, [producto] del acercamiento que surgió ya después de este modelo, [después de la implementación] tuvimos un acercamiento, le ofrecimos un contrato, ella ya está trabajando con nosotros desde la misma comunidad, entonces eso nos ha ayudado bastante porque ha tenido buena aceptación...” (ex-jefe de jurisdicción)*

De acuerdo al testimonio de los informantes el trabajo de las organizaciones religiosas es necesario para la aceptación del modelo de atención a la salud, debido a que las creencias religiosas de los indígenas son generalmente el producto de un sincretismo entre deidades judeocristianas y elementos precolombinos.

Los entrevistados creen que es importante hacer vínculos con Organizaciones la Sociedad Civil con el fin de facilitar el trabajo de implementación del proyecto como por ejemplo con el Programa Interinstitucional de Atención al Indígena el PIAI, esta organización es única en el estado de Chihuahua.

*“... Aquí fue donde se realizó y se aplicó el modelo, se contrataron inicialmente tres jóvenes indígenas, como estudiantes ¡verdad! Se contrataron para que hicieran este trabajo de investigación justamente que fuera gente de haya del municipio, que fueran indígenas y las características que le digo que deberían de tener, esto lo hicimos a través de la escuela de Enfermería. (...) ¡Exactamente! Ósea estamos hablando de un actor que fue coordinación estatal de la tarahumara, un actor dos que fue escuela de Enfermería, un actor yo creo que de los importantes aquí en Chihuahua fue servicios estatales de salud ¿Sí? Y bueno la*

*aplicación que venía del centro en este caso del Instituto Nacional de Salud Pública, fueron los actores en general y los que aplicaron este trabajo fue ¡bueno! el equipo del Instituto , capacitó, estableció algunas estrategias de trabajo junto a los jóvenes indígenas ...” (Área de Gobierno)*

## Convenios

Según los argumentos hechos hasta el momento de la entrevista, no existe ningún acuerdo oficial escrito que se haya formalizado, por medio del cual se tenga vínculos con instituciones u organismos. Sin embargo se sugiere que en lugar de convenios sean acuerdos formales pero a nivel regional; con la finalidad de escalarlo de manera gradual a los siguientes niveles, hasta llegar a nivel federal para elaborar políticas en el congreso y que éstas sean aceptadas por el poder legislativo.

*“... yo creo que en la situación, mire en ese caso a nivel estatal existe los mecanismos de planeación que nos permita pues juntarnos las dependencias y en esa caso en concreto hablar de la salud, todas las que inciden en este aspecto y que generáramos escritos para implementar el programa ¿sí?, que serían convenios interinstitucionales y no convenios grandotes, yo creo convenios sencillos que nos dejen y nos delimiten muy bien nuestra participación en lo que es la logística, en la que es cuestión técnica y la cuestión administrativa y financiera y operativa del proceso ...” (Secretario de Salud)*

## Recursos Humanos

Para la implementación de este modelo los entrevistados consideraron que es básico contar con el trabajo de un promotor de salud que viva en la localidad y que tenga una formación académica en enfermería y que al menos posea los conocimientos básicos en el tema de interculturalidad, y sobre todo que sea bilingüe; esto con el fin de servir como enlace intercultural entre la población y los servicios de salud. Además se identificaron como necesarios a los médicos con habilidades interculturales.

Con la finalidad de aumentar las posibilidades de éxito del modelo, los actores entrevistados sugirieron asignar algunas contrataciones exclusivamente para mujeres; con dichas contrataciones además de favorecer las políticas de

equidad de género, los entrevistados consideraron que el nivel de aceptación del modelo podría incrementar ya que los tarahumaras tienden a tener mayor confianza en las mujeres para tratar asuntos relacionados con la salud, debido al contexto sociocultural en que viven los tarahumaras.

*“... Ahí cuando menos necesitas una persona en la comunidad que esté fija, que ahí viva, que esa sea, que sea parte completa de la comunidad, que todo el tiempo esté ahí (...) Que sea una especie de guía del modelo, donde él [promotor de salud]vaya a las diferentes casas y familias y convive, platique sobre los modelos sin que sea una plática formal, donde se les junte, donde tenga hasta diez familias, quince juntas(...), se juntan ellos por ejemplo a tomar teswino, que es el alcohol del Rarámuri, que es el que ellos usan y lo hacen para muchas cosas, entre ellas para, para curar a alguien por ejemplo ... (Jefe de jurisdicción)*

#### Administración y gestión de recursos económicos

Según la información obtenida a través de la entrevista, la regulación de la aplicación del modelo, a través de la rectoría de la Secretaria de Salud es útil para realizar la gestión de recursos económicos, dichos recursos son necesarios para financiar la intervención, y en el futuro escalar a niveles de implementación más altos.

Los entrevistados también sugirieron la creación de un fondo de becas por parte de CONACYT, para estudiantes bilingües que deseen formarse en áreas de la salud a nivel técnico. Y que los requisitos solicitados a los estudiantes, para acceder a este fondo, sea adecuado a las necesidades del nivel técnico y de la población indígena de la región.

Los informantes consideraron necesario hacer un análisis de los recursos ya asignados por la Secretaria de Salud, con el fin de identificar áreas no prioritarias y hacer posible la reasignación de estos fondos a las necesidades primordiales en la salud de los habitantes de la región y/o para modelos innovadores con perspectivas de interculturalidad.

*“...sabemos que los recursos no son suficientes, pero lo que tenemos se puede direccionar, a veces tenemos recursos desperdiciados haciendo cosas que no han tenido los resultados esperados, pero si se tiene con una idea diferente, esos recursos pueden ser aplicados en*

*este proyecto, y no creo que tenga ningún, un gasto adicional, simplemente es con un enfoque [intercultural] o lo poquito que pueda tener, con ese enfoque se puede superar...*

**(Coordinadora de Fomento al Desarrollo, Coordinadora Estatal de la Tarahumara)**

### Habilidades del personal

Las características que los entrevistados identificaron en el personal que participó en cualquier momento de la implementación del modelo fueron; el que dicho personal poseía habilidades de interculturalidad y que también era bilingüe; además de estas habilidades, las personas que prestaban la atención a la salud poseían una gran vocación de servicio y era un personal certificado y calificado en su área de trabajo.

Para la permanencia de este modelo dentro del contexto donde se implementó y la futura implementación en otra área, se sugirió contratar personal con habilidades técnicas específicas de acuerdo a las necesidades de cada población; aunque se consideró que una persona con habilidades técnicas en el área de epidemiología siempre será fundamental para el desarrollo de este modelo.

*“...en cuestión de las demás áreas que van a ser de apoyo, facilitadores, bueno, son aspectos técnicos, aspectos de compromiso y actitud de servicio a la comunidad, el deseo de ayudar...”*

**(Secretario de Salud)**

## SUSTENTABILIDAD Y PERMANENCIA DE LA IMPLEMENTACION

### Sustentabilidad

De acuerdo a la opinión de los entrevistados esta implementación resultó ser un modelo sustentable, ya que al tener una gran aceptación dentro de la población tarahumara, este modelo permanecerá dentro de la comunidad y a través del tiempo sin la necesidad de que la población reciba incentivos económicos o en especie, por asistir a los servicios de salud o con el fin de cuidar de su propia salud. Para que esta intervención pueda preservarse a través de los cambios que ocurran en la comunidad se necesita asegurar una fuente de financiamiento segura y constante, ésta se puede obtener a través de instituciones federales y

convenios con la rectoría en salud del país; sin embargo para lograr el convencimiento de los actores que conforman estos niveles, los entrevistados consideran necesario disponer de evidencia sólida que garantice un óptimo costo-beneficio de la intervención.

*"...porque va a llegar el momento en que la comunidad lo va a tomar por sí misma, lo va a seguir reproduciendo sin necesidad de que haya alguien ahí que esté pagado económicamente, y el mismo modelo se va, se va a estar replicando, ¿Por qué? Porque la comunidad lo va a hacer suyo. Entonces llega el día en que ya no necesitas a alguien que les esté diciendo: que esto y que el otro. Y que tienes que ir, o que les estén dando pláticas cada lunes o martes. Ya la misma comunidad se los va a platicar como ellos lo consideran, hay que tomar en cuenta eso..." (Jefe de Jurisdicción)*

#### Adecuaciones

Según la percepción de las personas entrevistadas este modelo intercultural fue diseñada con base en las características de la población de los indígenas tarahumaras de la región de Tehuerichi, si se desea implementar en otra región debe de hacerse un estudio diagnóstico que ayude a determinar las necesidades de la comunidad.

De acuerdo a la opinión dada por los informantes, se puede incrementar la participación de la población local si se diseña un programa de becas para estudiantes de enfermería que sean bilingües, en donde se incluya la formación con una perspectiva intercultural, y que al finalizar la formación académica se contemple el servicio social en una región indígena; de la misma manera que también al finalizar el servicio social se otorgue un empleo bien remunerado y con un contrato permanente.

Otra sugerencia que las personas hicieron durante la entrevista hecha al personal entrevistado es, que se diseñe un programa de bolsa de trabajo, donde se designe cada año un cierto número de empleos con contratos permanentes, y que estos empleos aseguren un salario digno para sus necesidades, además que

estos contratos sean exclusivos para el personal local bilingüe; con la finalidad de aumentar la probabilidad de permanencia del personal en el área y con esto mantener el seguimiento de la implementación.

“... mira algo muy importante sería que las personas que trabajan, tanto médicos, enfermeras nutriólogos, estén en estos lugares tengan su base ahí (...) la mayoría de los que trabajamos en la sierra somos personas de contrato, (...) son personas de contrato, el cual en mi caso, yo tenía un sueldo equiparable a lo que es una persona con base aquí en Chihuahua; la mayoría de mis compañeros médicos que trabajan en la sierra tienen un sueldo muy inferior (...) entonces todos los médicos [y] personal de enfermería van a correr a la menor oportunidad de un mejor trabajo o de un trabajo con el mismo sueldo en la ciudad (...) entonces ahí sería muy importante las bases, para el personal que tú tienes allí (...) Sí, que las mismas instituciones, tanto secretaria de salud, IMSS; donde lo vas a implementar, las personas que estén ahí se les de su base sin que tengan derecho a cambio, vaya; o sea vas a tener tu base mientras estés ahí (...) para que, para arraigar al personal en la comunidad, sí, obviamente bien pagado **(Coordinadora de Fomento al Desarrollo, Coordinadora Estatal de la Tarahumara)**

## Estrategias Políticas

Los entrevistados afirman que para incluir este modelo de atención a la salud en una política pública es necesario primero construir evidencia sólida, tanto cualitativa como cuantitativa; dicha evidencia debe respaldar la utilidad del modelo y el cumplimiento de las metas tras la aplicación de la intervención.

De acuerdo a las opiniones del personal que participó en las entrevistas, la identificación de actores clave dentro de la política federal y los tomadores de decisiones en los diferentes niveles de política nacional es determinante para poder adecuar este modelo a una política federal, políticas que sean elaboradas por los diputados del congreso y respaldada por las leyes constitucionales; o en dado caso la elaboración de una nueva propuesta de legislación a favor de la atención intercultural en adultos mayores.

Otra sugerencia identificada a lo largo de las entrevistas al personal, es realizar una planeación operativa del modelo, dicha planeación debe basarse en la interculturalidad para que permita articular dicho modelo al Plan estatal de

Desarrollo, y hacer nuevas adecuaciones para escalarlo a todo el país a través, del Plan Nacional de Desarrollo, al Plan Sectorial de Salud.

*“... bueno, no se necesita elementos, simplemente es una política federal, una política del presidente de la república, donde nuestro gobernador [este] alineado a esa política federal, nosotros como estamos alineados bajo la indicación del gobernador y liderazgo de él, y nosotros somos los operativos, entonces, pos considero que no hay ningún problema, va a ser permanente, porque tiene que ser permanente este programa, no puede ser de tiempos ni de periodos...”* **(Coordinadora de Fomento al Desarrollo, Coordinadora Estatal de la Tarahumara)**

### Seguimiento

Según la percepción de los actores involucrados, el seguimiento puede llevarse a cabo mediante el monitoreo continuo del alcance de las metas, que se lograron dentro del nivel de salud de la población y a lo largo de la implementación del modelo, utilizando indicadores de calidad y bienestar social.

Los entrevistados también opinaron que al tener un monitoreo continuo se puede evaluar el cumplimiento del objetivo principal, en relación al tiempo durante el cual se desarrolló la intervención. Además, al realizar dicho monitoreo también se puede vigilar la correcta administración de los recursos, principalmente económicos, para que pueda hacer una rendición de cuentas ante instancias federales para obtener un posible financiamiento futuro.

*“...si podemos aplicar los indicadores de calidad en, en una ciudad, en un [pueblo], independientemente del número de habitantes; también lo podemos aplicar en una pequeña comunidad con la población [pequeña], a lo mejor ahí, de hecho los indicadores son los mismos, serían los mismos, pueden aplicarse a cualquier, en cualquier lugar, ¿por qué? Porque las actividades, lo que cambia es la estrategia o las formas de aplicarlas, el modelo este, este modelo con su enfoque ¿verdad?, pero los indicadores podrían llevarse igual...”* **(Vocal/director de la Coordinadora Estatal de la Tarahumara)**

### Contribuciones

Las personas que participaron en la entrevista aseguraron que este modelo puede contribuir con las áreas de calidad e interculturalidad, a través de la capacitación del personal que presta los servicios de salud a la población. A nivel

de interculturalidad la capacitación debe de considerar el trato respetuoso con el paciente y la atención a la salud en su lengua materna; en el área de calidad es indispensable un monitoreo continuo a lo largo del proyecto con el fin de poder identificar las mejoras en el nivel de atención a la comunidad, además de centrarse en los trámites y requisitos para obtener un certificado oficial que avale el nivel exitoso de calidad.

*“... El simple hecho de, de tener el contacto, el de hablar, de entendernos, esa es una, es una de las cosas que se habla de calidad; pero si esa persona la veo, ya con el simple hecho de verla, sé que para mí me va a representar un problema para entendernos, es que no hablamos lo mismo, y si él se sienta, quizá todo lo que le pregunte me va a decir que sí, pero es porque no me entiende, ni yo me voy a preocupar por si realmente me está entendiendo, yo lo que quiero es que se termine la entrevista y le atinaré o le diré, este, creo que trae esto y esto, váyase a la farmacia y este es su medicamento que se requiere, pero no, no me voy a cerciorar de que realmente sea lo que [necesita], y ahí es donde en algún momento también pensamos en traductores, bueno a ver tráeme a una persona, siéntese, que me trate [de explicar], que me explique...” (Jefe Jurisdiccional)*

## PERFIL PROFESIONAL DEL CURRÍCULUM FORMATIVO EN ENFERMERÍA

### Requisito de ingreso

La informante identificó diferentes características que se requieren para ingresar a la escuela de enfermería de acuerdo al nivel en el cual desea estudiar el postulante. Para el nivel licenciatura en enfermería, la escuela establece como prerrequisito el haber estudiado la preparatoria o bachillerato; para ingresar al nivel técnico profesional debe haber estudiado la secundaria; y si desean solo estudiar una capacitación para el trabajo, el nivel de primaria es suficiente para ingresar. El costo de la colegiatura no va más allá de 1500 pesos en todos los niveles.

*Sí, para el técnico profesional es secundaria, es una capacitación para el trabajo podía ser primaria, pero la SEP establece como primaria y luego los capacitamos, pero la escuela establece en el reglamento interno, que tengan previa secundaria, y para el nivel licenciatura deben [ser] personas con enfermería general, con dos años de servicio y que tengan*

### Requisitos de egreso

Según la perspectiva de las informantes; los estudiantes de la escuela de enfermería adquieren habilidades de acuerdo al nivel en el que están inscritos; en el nivel técnico profesional en enfermería se preparan durante seis semestres, realizan servicio social en alguna comunidad, y al final para obtener el título de enfermería realizan un examen profesional o el Examen General para el Egreso de la Licenciatura, EGEL®; el cual es elaborado por el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior CENEVAL.

De acuerdo a lo percibido por las entrevistadas el nivel de capacitación para el trabajo está diseñado para personas que ya laboran como asistentes de enfermería, ellas reciben capacitación por un año y realizan horas de servicio comunitario; en el nivel de licenciatura se tiene diseñado un plan de estudio en coordinación con la Universidad Autónoma de Chihuahua y fue creado para personas que ya han obtenido el nivel técnico profesional y laboran en el área de la salud, este programa es a través de una plataforma digital.

*“...En la modalidad de enfermera general, la de capacitación para el trabajo... ahí el servicio comunitario que damos para ellos porque es su perfil; pero no hay un servicio social como tal, y [en] el de licenciatura, tampoco...” (Profesora)*

### Contrastes entre estudiantes indígenas y no indígenas

De acuerdo a la percepción del informante existen diferencias marcadas entre los estudiantes de origen indígena y los estudiantes que no lo son. El primer grupo tiene la gran ventaja de hablar el idioma indígena de la región; por poseer esta habilidad trabajan como intérpretes en algunos hospitales, además por conocer las costumbres de los pacientes indígenas, tienden a sentir más empatía con dichos pacientes, y es así como pueden lograr ganar la confianza de estos mismos.

Sin embargo las informantes también identificaron que los estudiantes indígenas tienen problemas a nivel académico cuando cambian de círculo social y de la región donde habitaban; este tipo de estudiantes presenta más dificultades para seguir el programa académico de la escuela de enfermería que los estudiantes no indígenas; de igual manera presentan problemas sociales como depresión y adicciones, principalmente el alcoholismo; y además las mujeres tienen embarazos no planeados. Todas estas complicaciones hacen que la deserción escolar sea mayor dentro del grupo de estudiantes de origen indígena; a pesar del apoyo motivacional, el seguimiento académico y el otorgamiento de becas a la mayoría de este tipo de estudiantes.

*“...Que los tarahumaras que tenemos, los rarámuris, batallen mucho para llegar a entenderse en el medio, se nos pierden mucho en el camino, o sea, los atraen cosas que los hacen desviarse de nuestro objetivo, como... pues, empiezan a salirse de pachanga, tomar, y eso nos hace perderlos, y la otra es que se preocupan, o sea, no se adaptan, y la dificultad más grande es para hacerlos que comprendan, batallamos mucho para que ellos, este, tengan la capacidad, son raros los que tienen mucha capacidad de memorización, de entendimiento rápido...” (Directora)*

#### Características de la escuela de enfermería

Según la percepción de las entrevistadas, esta escuela fue creada con el fin de satisfacer las necesidades económicas de los grupos sociales que se encuentran en pobreza extrema. Esta escuela fue instituida durante los años 80 y tiene casi 35 años de enseñar enfermería, la fundación fue bajo la coordinación de las actuales directoras de esta misma escuela.

*“...Mira, la escuela es una escuela que nació para atender necesidades económicamente a las personas que económicamente se encuentran en una situación muy precaria, entonces sus costos van variando de acuerdo a las necesidades, este, tenemos un alto porcentaje de becados, que se becan a través de instituciones como fundación chihuahua, becados sobretudo rarámuris, porque tenemos mucha “afluencia” de rarámuris, que los beca la propia escuela, (...) y no recibe donativos de nada y de nadie, es autosustentable, entonces sus...colegiaturas no van más de 1500 pesos...” (Directora)*

De acuerdo a la percepción de los entrevistados, por el fin con el que la escuela fue fundada, el de ayudar a personas con necesidades económicas,

existe un comité dentro de la escuela que se encarga de realizar un estudio socioeconómico a los alumnos indígenas con el objetivo de otorgar una beca para apoyar la realización de sus estudios, dicha beca es auspiciada por fundaciones de organizaciones de la sociedad civil o por empresarios Chihuahuenses.

Según las palabras de los informantes, aunque la escuela no cuenta con un programa institucional bien establecido para el seguimiento, mejoramiento y apoyo para la titulación de los estudiantes, se trata de alentar y brindar el apoyo necesario para la inserción de los alumnos indígenas en el ambiente escolar y sociocultural, con el fin de mejorar el rendimiento académico y finalizar con éxito la carrera y obtener un título académico por parte de los alumnos.

Colocación dentro del mercado laboral

Perfil de un/a enfermero/a

De acuerdo a lo percibido por los entrevistados dentro del mercado laboral de Chihuahua y de todo México, hasta el momento en que se realizó la entrevista, se necesitan de las características de cada uno de los perfiles que se forman dentro de la escuela de enfermería; el perfil de licenciatura en enfermería principalmente se necesita en los hospitales, las habilidades que el perfil de técnico en enfermería otorga a los estudiantes es el más solicitado en todas las áreas; sin embargo las habilidades que el perfil formativo de auxiliar en enfermería posee, son útiles para ayudar en las clínicas de las comunidades.

Los informantes sugieren que los requisitos para obtener una beca de CONACyT se adecuen a las características de cada uno de los diferentes perfiles formativos que posee la escuela de enfermería.

*“...Ok, que ese es uno de los recursos más grandes para México, porque México todavía no tiene la infraestructura para tener niveles, si se requiere el nivel profesional que es el licenciado, pero también se requiere el técnico profesional y para las áreas comunitarias el auxiliar de enfermería...” (Directora)*

## Oportunidades laborales

Según la opinión de las personas que participaron en la entrevista, la disponibilidad de oportunidades laborales que existen en el estado para los profesionales en enfermería son muy bajas; pero sugieren que una de las principales políticas para ayudar a mejorar el nivel de vida de los indígenas sea desarrollar una política laboral y educativa adecuada a las necesidades de éstos, en donde se asegure la fundación de escuelas en la región en la que habitan los indígenas, dichas escuelas deben de formar profesionales de acuerdo a las necesidades de dichas comunidades; y que después de formar a los indígenas en estas áreas prioritarias, se asegure que serán empleados en la misma región, para aumentar las posibilidades de permanencia en el área y el asegurar el éxito laboral.

*“...Mira, yo pienso que más que hacer políticas de ayudar a indígenas, yo creo que la primera cosa que hicimos valiosa, la consideramos así, fue insertar esa escuela en la Tarahumara, llevar el recurso nuestro hacia allá, que ese recurso se quedara, pero ¿qué queremos? que las instituciones gubernamentales apoyen al recurso que nosotros hemos estado preparando, eso es, que haya una coordinación entre la fuente de trabajo y la fuente formable, si nosotros formamos auxiliares en esa sierra, bueno que allí los centros comunitarios les den una fuente de trabajo para ellos, y eso es lo que no se ha obtenido, por no sé, no ha habido esa comunicación entre nosotros y las instituciones de salud, tanto en la sierra como aquí...” (Profesora)*

## DISCUSION

Las evaluaciones cualitativas tienen la gran ventaja de capturar la experiencia personal de los informantes, y descubrir hallazgos importantes, que solo con este tipo de análisis pueden encontrarse, como lo es la percepción que los actores que participan en los proyectos tienen acerca de la realidad del mismo.<sup>25, 26, 28, 29, 30,32</sup> Esta evaluación captura la percepción del personal estratégico y táctico que participó dentro del modelo de atención a la salud de adultos mayores tarahumaras.

La mayoría de las evaluaciones que son realizadas, ayudan a optimizar las próximas intervenciones que se realizaran, a través de la identificación de los aciertos, desaciertos y las posibles modificaciones.<sup>33, 35</sup> Las intervenciones en salud pública requieren de evaluaciones que permitan perfeccionar y adecuar el diseño de estas, a las características de cada comunidad; estas evaluaciones pueden ser útiles para la toma de decisiones a nivel de políticas públicas desde un horizonte gerencial, con el fin de mejorar la calidad de vida de las poblaciones<sup>30,33,35</sup>

Además las evaluaciones generalmente van estrechamente ligadas a la implementación de políticas públicas que promuevan el mejoramiento de la salud de la población.<sup>26,27,29</sup> Sin embargo para que estas evaluaciones resulten provechosas en la creación de políticas y que acierten en elevar la calidad de vida de la población,<sup>30,32,33</sup> es necesario sustentar la información de dichas evaluaciones de manera científica a través de una metodología, y así esta información podrá ser utilizada en el diseño de planeaciones de estrategias para el bienestar social y el cuidado a la salud.<sup>28,29,32</sup>

Cabe recordar que en México el cuidado y la protección de la salud es un derecho inalienable al cual todos deben tener acceso,<sup>20</sup> por la simple condición de ser humano, sin importar el origen étnico, y las diferencias sociales; es deber de todos los poderes de la nación, la promoción de servicios que protejan la salud de la población, además de ofertar tales servicios en la lengua madre de cada ciudadano, así como a su vez hacer de estos servicios,<sup>19</sup> servicios atractivos para la comunidad y procurar que estos sean culturalmente amigables y adecuados a la cosmovisión de los grupos minoritarios o en situaciones de vulnerabilidad; la evaluación de este modelo sugiere diseñar materiales en la lengua materna de los indígenas y la contratación de personal bilingüe de la comunidad que se desempeñe como traductor y promotor de la salud dentro de las intervenciones que promuevan el bienestar social<sup>17,18,19</sup>

El bienestar social y la reducción de desigualdades, en México tienen el respaldo del poder ejecutivo, quien ha diseñado planeaciones a nivel federal para lograr elevar el nivel de vida del país, dicha planeación es denominada Plan Nacional de Desarrollo,<sup>18</sup> en esta planeación se programan estrategias para lograr elevar la calidad de vida de la población; estrategias como la de tener un Gobierno Cercano y Moderno a la gente, con la finalidad de lograr la inclusión de los pueblos indígenas en el contexto social actual, y promover la generación de políticas sociales que logren la transparencia, la rendición de cuentas y la participación ciudadana.<sup>18,19</sup> Sin embargo no siempre son eficientes dichas políticas, ya que algunas no son elaboradas de acuerdo a las necesidades de las poblaciones y fundamentadas en evidencia sólida y científica, se sugiere la participación activa y conjunta de diversos sectores de la población principalmente de los investigadores, instituciones de salud y organizaciones civiles, en la planeación de políticas que generen programas que reduzcan las brechas de desigualdad.

A lo largo de esta planeación, también se describen metas a alcanzar para reducir las brechas de desigualdad en la población. Una de las metas nacionales que pretende alcanzar el Plan Nacional de Desarrollo,<sup>17</sup> es la denominada México Incluyente, la cual tiene como fin principal reducir brechas sociales de inequidad entre la población y elevar los niveles de salud, educación y social, que propicien el mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos vulnerables y en situación de desventaja social, como lo son los adultos mayores e indígenas.<sup>18</sup> de acuerdo a la percepción de los informantes la utilización de personal indígena y con habilidades interculturales es una buena forma de reducir las brechas que existen en el área de salud e inequidades sociales.<sup>17,18,19</sup>

Otro programa desarrollado por el gobierno federal y para el mejoramiento de las condiciones de bienestar de todos los grupos sociales, es el Programa Sectorial de Salud 2013-2018;<sup>18</sup> el cual incluye objetivos, estrategias y líneas de acción que siguen los principios de respeto a los derechos humanos, a la equidad

de género y a la interculturalidad. Tanto en las estrategias contempladas en el PND,<sup>17</sup> como en las opiniones de los actores que participaron en el proyecto, se señala la necesidad de evitar los riesgos sanitarios en personas en situación de vulnerabilidad y tener como fin principal la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades,<sup>18</sup> así como el reducir la mortalidad materno-infantil y la desnutrición en niños y adultos mayores.<sup>17,18,19</sup> De acuerdo a la opinión de los entrevistados, la planeación de modelos de atención a la salud adecuados culturalmente a la percepción de los indígenas; será útil para elevar el nivel de salud de estos mismos, inclusive con la planeación de modelos que son diseñados para un cierto grupo dentro de la población indígena, también podrían tener impacto dentro de los otros grupos.<sup>19</sup>

Por lo anterior es recomendable que el desarrollo de estrategias que permitan reducir las brechas de desigualdad en la salud de los grupos vulnerables, sea regulado mediante políticas públicas; y que la generación de políticas públicas sea basada en información originada a través de la investigación formal,<sup>26</sup> es por esto que la generación, promoción del desarrollo, implementación y evaluación de modelos adecuados a las necesidades de dichos grupos, es una forma directa de promover el mejoramiento de la salud de estas poblaciones.<sup>25,26, 29,32</sup>

La evidencia útil para mejorar la salud de las poblaciones puede obtenerse a través de evaluaciones realizadas a las intervenciones que se han implementado en las comunidades,<sup>26</sup> la evaluación de la implementación del modelo de atención a la salud de adultos mayores tarahumaras ha generado información útil para la toma de decisiones a nivel gerencial, como las sugerencias que los entrevistados realizan para hacer una revisión de los mapas curriculares de las escuelas formadoras de recursos humanos en salud, con el fin de implementar una formación con perspectiva de interculturalidad, además de recomendar la adecuación de las normativas que rigen los apoyos a la población estudiantil con el fin de conseguir más facilidades para la obtención de recursos útiles para las personas indígenas en formación académica en salud; ya que al realizar esas

sugerencias se promoverá la formación y disponibilidad de recursos humanos indígenas, que en el futuro puedan ser contratados dentro del sistema de salud con la finalidad de proporcionar servicios culturalmente adecuados en salud. Además de sugerir realizar modificaciones que favorezcan la seguridad laboral del personal contratado con habilidades interculturales para su permanencia en las regiones en donde sean de mayor utilidad. De esta manera los informantes consideran que se podría disminuir la brecha social que existe entre los adultos mayores indígenas y el acceso a los servicios de salud,<sup>25</sup> dicha información también será útil para la mejora de las condiciones de vida de la población, de adultos mayores indígenas de la región tarahumara y de México.

Además los informantes que participaron, pudieron apreciar beneficios que se alcanzaron en la calidad de vida de la población tarahumara donde se implementó el modelo de atención a la salud; aunque el objetivo de la intervención iba dirigido al grupo de adultos mayores, los informantes aseguran que se observaron mejorías en la salud de niños y mujeres en edad reproductiva; lo cual sugiere, que se podrían alcanzar los mismos logros que ellos percibieron, si se aplicara en otra comunidad indígena con características similares e inclusive tener alcances en otros grupos como lo perciben los informantes. También fue percibido un incremento en el nivel de utilización de los servicios y una disminución en las visitas al curandero tradicional, es recomendable indagar a fondo este evento ya que, era deseable la participación e integración del curandero a los servicios formales de salud y no disminuir las visitas de la población al curandero, como los informantes lo percibieron.

Sin embargo, de acuerdo a la percepción de los entrevistados; para lograr una alta probabilidad de éxito de las intervenciones se requiera de la coordinación conjunta y la participación activa de cada uno de los actores que trabajen dentro de las implementaciones, estas características son fundamentales para el óptimo desarrollo y la conclusión del mismo,<sup>26</sup> se recomienda incluir a personal que tenga destrezas en el área de interculturalidad, habilidades interpersonales y formación

en salud, es recomendable la utilización de personal que sea parte de la comunidad con el fin de aumentar las probabilidades de permanencia en los proyectos que se implementen en la región, para dar el enfoque intercultural como lo recomienda las líneas de acción de la estrategia 2.3.3 del PND<sup>17</sup>. También es necesario realizar la adecuación de las intervenciones, para promover el fomento al desarrollo de infraestructura y la utilización de unidades médicas móviles, así como fomentar su respectivo equipamiento en las zonas con población vulnerable,<sup>18,19</sup> equipar con infraestructura adecuada a las características de las poblaciones indígenas, incluyendo principalmente la participación de personal con competencias interculturales, como promotores de la salud bilingües y que tengan una formación académica con perspectiva de interculturalidad, además de que sean parte de las comunidades y permanezcan en ellas;<sup>19</sup> estas condiciones lograrán que se incremente la demanda de los servicios ofertados dentro de las rutas que siguen las caravanas de atención para proporcionar servicios de salud, y además al ser servicios más atractivos y culturalmente adecuados a las comunidades, tendrán un mayor impacto en la población.<sup>17</sup>

Sin embargo en muchas ocasiones la falta de comunicación por falta de competencias interculturales, interpersonales, por no entender el lenguaje o en dado caso el no tener un intérprete bilingüe, las implementaciones no suelen tener el éxito esperado dentro de las poblaciones;<sup>19</sup> como fue descrito por los informantes, el modelo de atención adultos mayores tarahumaras tuvo la gran ventaja de estar fundamentado en una perspectiva intercultural; también la utilización de los intérpretes bilingües son necesarios para entender el contexto social en que se desarrolla la intervención y una mayor aceptación de esta misma en dicha población. Ya que al tener materiales en la lengua madre de los indígenas las intervenciones en salud resultan más atractivas para los pueblos originarios, y generan mayor confianza en el personal y en las estrategias de la intervención a tal grado de lograr el empoderamiento de la población y la participación activa dentro del proyecto.<sup>17,18</sup> Se recomienda que se promuevan políticas que favorezcan la oferta de servicios en la lengua materna de los indígenas; políticas que promuevan la elaboración, creación, promoción y

desarrollo de material en las lenguas indígenas y sus respectivas variantes regionales.<sup>19</sup>

Además para la elaboración de material adecuado a las comunidades indígenas se sugiere realizar la consulta de la opinión de la población beneficiada. Por ello los mismos informantes sugieren hacer otro análisis para apreciar la percepción de la población beneficiada. La perspectiva de la población es muy significativa para la realización de las intervenciones en salud, en especial si se desea dar un enfoque intercultural,<sup>18,19</sup> esto con la finalidad de preservar la armonía entre la diversidad cultural y los modelos de atención a las necesidades básicas de los pueblos originarios o *“De lo contrario, se corre el riesgo de implementar políticas de tutelaje y asistencialismo que poco ayuden al desarrollo integral de los pueblos indígenas.”*<sup>18</sup>

Al considerar la percepción de la población beneficiada por la intervención se pretende recuperar la apreciación que ellos tienen de la implementación, y con esto se logrará adecuar el modelo de acuerdo al contexto en que se desea realizar, y así poder insertar el modelo dentro de la comunidad, de tal forma que el proyecto se perciba como propio del grupo social de la región donde se efectúe, y que la población se empodere del proyecto; el empoderamiento y la participación activa de la población dentro de la intervención se recomienda como una forma para que tal población se haga responsable del cuidado de su propia salud y además sea capaz de exigir la protección de la misma, sin la necesidad de recibir un incentivo monetario por ello.<sup>19</sup>

Aunque el acceso a servicios de salud de calidad, sea contemplado dentro de las líneas de acción de la estrategia 2.3.4 del PND 2013-2018<sup>17</sup> y se hagan sugerencias para preparar al sistema para que el usuario seleccione al prestador de servicios que más le agrade o que considere más le convenga, sin la imposición de un prestador de servicios;<sup>18</sup> en un escenario real, por falta de personal contratado con características adecuadas a los usuarios, en la mayoría

de las ocasiones los prestadores de servicios son asignados de forma aleatoria a los pacientes; la formación de recursos humanos con habilidades técnicas e interpersonales que ofrezcan servicios adecuados y atractivos a las necesidades de cada derechohabiente,<sup>18</sup> en especial en las regiones indígenas, promoverá una mayor oferta de servicios y prestadores, una oferta que permitan una libre elección; la evaluación de este modelo recomienda la inclusión de personal altamente capacitado y con características adecuadas a las condiciones culturales, demográficas y epidemiológicas de los indígenas de esta región y de las diferentes regiones del país.<sup>17</sup> Se recomienda proporcionar facilidades, como becas, préstamos económicos y asesorías académicas para los jóvenes indígenas que deseen adquirir formación en el área de la salud con perspectiva intercultural, a nivel técnico y de pregrado.

En México la formación de recursos humanos con habilidades interculturales e interpersonales y especializadas en el área de la salud es proporcionada por la Secretaría de Educación Pública del país, esta cuenta con una instancia que regula la educación intercultural en todos los niveles dentro del sistema educativo formal, la Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe CGEIB;<sup>27</sup> dentro del territorio nacional existe la educación intercultural a nivel medio superior en Bachilleratos Bilingües pero sin dar una formación técnica en el área de la salud; se sugiere revisar el currículo formativo de los bachilleratos bilingües y analizar las formas de integrar una formación técnica o como capacitación para el trabajo, en el área de salud.<sup>28</sup>

Dentro del territorio nacional existen universidades interculturales (UIEM, UNICH, UIET, UVI, UIEP, UIIM, UIMQROO, UIEH, UISP)<sup>38,39</sup> que tienen mayormente como oferta educativa, profesiones relacionadas con el estudio de la lengua y los recursos naturales, aunque también ofertan de manera oficial la licenciatura de Salud Intercultural y la carrera de Enfermería Intercultural.<sup>38</sup> La oferta educativa que tiene cada universidad, están adecuadas a las necesidades de cada población y grupos étnicos de la región, lo cual permite una adecuada

formación intercultural de los recursos humanos ya que como lo mencionan los informantes, las características socioculturales de las poblaciones del Norte, Sureste o Centro de México son muy distintas unas de otras.<sup>27</sup>

Dentro de la formación intercultural que ofrece la CGEIB, se sugiere que a través de la oferta educativa que tiene persiga un modelo escolar que recupere y revalore las características y saberes de los pueblos originarios,<sup>38</sup> así como la orientación de la formación profesional de los indígenas, adecuando los contenidos temáticos y las técnicas pedagógicas a las condiciones socioculturales de los estudiantes indígenas con la finalidad de evitar la deserción escolar, como sucede en la escuela de enfermería de la región tarahumara; y de igual manera se sugiere el diseño de estrategias y la creación de un consejo en cada escuela con población indígena que brinde asesoría académica y psicológica a los estudiantes indígenas, con el fin de incrementar el porcentaje de titulación en tiempo y forma de dicha población escolar.

También existen otras universidades que si bien no tienen una formación intercultural como tal, ofertan apoyos para la obtención de una licenciatura en el área de la salud como lo son la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)<sup>40</sup> y la Universidad Veracruzana (UV)<sup>41</sup> que anualmente logran la titulación de varios estudiantes en diversas áreas del conocimiento. Se sugiere hacer una revisión del contenido académico de dichas carreras profesionales con el objetivo de comparar el contenido que otras escuelas ofertan en regiones indígenas, con el fin de adecuar los currículos formativos y obtener una formación de los profesionistas más adecuado a cada región indígena del país.<sup>38, 39,40,42</sup> Otras instituciones como el Consejo de Ciencia y Tecnología (CONACyT)<sup>44</sup> o la Fundación Ford<sup>45</sup> también brindan apoyo con becas para estudiantes indígenas a través de un proceso de selección organizado por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS),<sup>46</sup> pero solo son para realizar estudios de posgrado como maestría o doctorado, se recomienda adecuar la normativa que rigen a estas instituciones para ajustar los apoyos económicos a

las necesidades y características de las personas indígenas que deseen continuar sus estudios a nivel licenciatura o técnico, para integrarlos al mercado laboral de forma inmediata.<sup>44, 45, 46</sup>

Otra característica que se sugiere deben desarrollar los modelos educativos de las universidades en México, y las instituciones que brindan apoyo a personas indígenas para su formación académica, es la creación de un puente de comunicación y colaboración a través de la oferta de servicios útiles principalmente para la comunidad en que se encuentran sus instalaciones, con el objetivo de posicionar a los egresados en el mercado laboral de manera pronta y eficiente.<sup>37</sup>

Es recomendable realizar modificaciones a las regulaciones que coordinan el mercado laboral, que favorezcan la inserción de personal indígena con habilidades interculturales e interpersonales dentro del ambiente laboral, a través de políticas de protección y cuidado a los derechos laborales de dicho personal; tales políticas deben de estar contempladas de manera oficial dentro del diario oficial de la Federación y a través de convocatorias de los sindicatos laborales de la salud.<sup>4</sup>

Como ya se mencionó anteriormente una de las principales barreras que si se logra vencer sería un facilitador, es el lenguaje; al lograrse la creación de políticas que aseguren la incorporación del personal bilingüe con habilidades interculturales e interpersonales, así como la protección de los derechos laborales de estas personas; se lograra mejorar las vías de comunicación entre la población, los prestadores de servicios y las instituciones de salud.<sup>8, 9</sup>

Las características culturales de las comunidades indígenas deben de ser utilizadas como un medio para lograr las metas y objetivos de las intervenciones realizadas en salud y mejoramiento social; dichas características deben de ser protegidas, con la finalidad de incluir dentro de la sociedad globalizada a los pueblos originarios, a través de la promoción, diseño e implementación de

políticas justas que garanticen relaciones sociales armónicas, logrando con esto promover la justicia social, y la equidad de oportunidades para cada uno de sus miembros.<sup>2,3,4,5</sup>

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Ya que el análisis fue realizado a través de una base datos secundaria; los perfiles de los informantes estuvieron establecidos por el equipo de trabajo del proyecto, de la misma manera los códigos fueron definidos de acuerdo a los conceptos establecidos con anterioridad en la guía de entrevista, también elaborada por los expertos involucrados en esta investigación.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD**

El acceso a la base de datos se hizo con la explícita autorización de la responsable de esta, la Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte; se anexa la carta de autorización.

La información contenida en la base de datos se utilizó asegurando la confidencialidad del contenido y la utilización únicamente para el presente análisis. Con las anteriores atenciones tomadas se garantizó las consideraciones éticas fundamentales comprendidas en el informe Belmont.<sup>47</sup>

## BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ronda-Pupo G. La integración de los niveles estratégico, táctico y operativo en la dirección estratégica. Revista Escuela de Administración de Negocios, núm. 52, septiembre-diciembre, 2004, pp. 29-57.
2. Montenegro R. Carolyn S. "Indigenous health in Latin America and the Caribbean". The Lancet 2006; 367: 1859-1869.
3. Nazroo J. "The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination and racism". American Journal of Public Health 2003; 93 (2): 277-284.
4. Gracey, M. Malcolm K.. "Indigenous health part 1: determinants and diseases patterns", The Lancet. 2009; 374:65-75.
5. King, M. Alexander S. Michael G. 2009. "Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap". The Lancet 374:76-85.
6. Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez-Reyes JP, Quintino-Pérez F. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. Salud Pública Mex 2013; 55 supl 2:S123-S128.
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Chihuahua. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: <http://encuestas.insp.mx>
8. Pintado A. Los Rarámuri de la Sierra Tarahumara. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en [http://www.cdi.gob.mx/pnud/seminario\\_2003/cdi\\_pnud\\_ana\\_paula\\_\\_pintado.pdf](http://www.cdi.gob.mx/pnud/seminario_2003/cdi_pnud_ana_paula__pintado.pdf).
9. Pelcastre B. y cols. Implementación de un modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores tarahumaras. Propuesta Convocatoria Fondos Sectoriales SSA/IMSS/ISSSTE-CONACYT 2011; 1-22.
10. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios; Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el diario oficial de la

- federación el 5 de febrero de 1917, texto vigente última reforma publicada 10-02-2014; 4-8.
11. Organización Internacional del Trabajo. Decreto promulgatorio del convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. 1989
  12. Olivé L., Por una auténtica interculturalidad basada en el reconocimiento de la pluralidad epistemológica. En L. Tapia (Ed.) Pluralismo epistemológico (pp. 19-30). La Paz: Muela del Diablo, Comuna, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales y CIDES-UMSA. 2009
  13. Consejo Directivo de la xxxvii Reunión Salud de los pueblos indígenas. Resolución CD37/20. Aprobada por la reunión XXXVII. Visto el Documento CD37/20 sobre la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas; Winnipeg, Manitoba, Canadá, del 13 al 17 de abril de 1993; 7-23.
  14. Organización Panamericana de Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2003 – 2007; 4-19.
  15. Organización Panamericana de la Salud OPS. Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el Período 2003 – 2007; 26
  16. Conferencia Sanitaria Panamericana. 54 Sesión del Comité Regional. Washington, DC., EUA, 23 al 27 de septiembre, 2002.
  17. Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos, Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
  18. Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos, Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
  19. Secretaría de Salud Pública. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; Interculturalidad en Salud Síntesis Ejecutiva. México, Febrero de 2008;5-15
  20. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentario. Ley de la comisión nacional para desarrollo de los pueblos Indígenas. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de mayo de 2003 texto vigente. Última reforma publicada DOF 09-04-2012.

21. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Acuerdo por el que se modifican las reglas de operación del programa de apoyo a la educación indígena a cargo de la coordinación general de fomento al desarrollo indígena de la comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas para el ejercicio fiscal 2015. Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: [http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3684](http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=3684)
22. Aguirre-Beltrán G. 1955. Programas de salud en la situación intercultural. México: Instituto Nacional Indigenista, 236 páginas.
23. Oehmichen M. 1999. Reforma del Estado. Política social e indigenismo en México, 1988-1996. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
24. Baier V. March J. Saetren, H. "Implementations and Ambiguity", en Decisions and Organizations. March, 1. (Edit.), Basil Blackwell, N.Y. 1988
25. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? Journal of Advanced Nursing 2004, 47(1):81-90.
26. Schroder L., Aron D., Keith R., Kirsh R., Lowery A. and Lowery J. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. 2009; 4:50 [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://doi:10.1186/1748-5908-4-50>
27. Wright J., McCormack B., Coffey A., McCarthy G., Slater P. Evaluating the context within which continence care is provided in rehabilitation units for older people. International Journal of Older People Nursing 2007; 5-7.
28. Kitson A., Rycroft-Malone J., Harvey G., McCormack B., Seers K., Titchen A. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. Implement Sci. 2008; 3-21.
29. Navarro-Dino P. Teoría de la Factibilidad. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en:

[http://ecaths1.s3.amazonaws.com%2Fpracticaprofesionalizante3%2F1784089911.TEORIA%2520DE%2520LA%2520FACTIBILIDAD.doc&ei=PRvHU-7KD\\_Si8gGJ64HQCw&usg=AFQjCNHGXcMjHX8ZpUsK5n4QIXznnzG1tjA&bvm=bv.71198958,d.b2U](http://ecaths1.s3.amazonaws.com%2Fpracticaprofesionalizante3%2F1784089911.TEORIA%2520DE%2520LA%2520FACTIBILIDAD.doc&ei=PRvHU-7KD_Si8gGJ64HQCw&usg=AFQjCNHGXcMjHX8ZpUsK5n4QIXznnzG1tjA&bvm=bv.71198958,d.b2U).

30. Kitson A., Harvey G., McCormack B.; enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care*. 1998; 7:149-58.
31. Grossman M. "The Demand for Health: a Theoretical and Empirical Investigation". National Bureau of Economic Research, Occasional paper, 1972a; 119.
32. Brownson R, Baker A, Leet T, Gillespie K. Evidence- Based Public Health. New York: Oxford University Press; 2003.
33. Ehrlich I., Lui F. Intergenerational trade, longevity and economic growth. *Journal of Political Economy*; 99(5), 1029-1059.
34. Soto A. Evaluación de intervenciones sanitarias y sociales: midiendo los resultados para orientar la toma de decisiones. *Rev. Perú Med. Exp. salud pública*. 2011; 28(3):414-5.
35. Gérvas J. y Pérez-Andrés C. Evaluación de las intervenciones en salud: la búsqueda del equilibrio entre la validez interna de los resultados y la validez externa de las conclusiones. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82: 577-579.
36. Instituto Nacional de Salud Pública, Modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas, resumen ejecutivo. Primera edición 2011; 5-27.
37. Guía Salud Biblioteca de Guías de Práctica Clínica en el Sistema de Salud Zaragoza: GuíaSalud. 2005. [Sitio en internet] [Consulta 28 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es>.
38. Secretaría de Educación Pública, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe CGEIB. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://eib.sep.gob.mx/cgeib/desarrollo-de-modelos/universidad-intercultural/>.

39. Universidad Intercultural del Estado de México. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://uiem.edu.mx/>.
40. Universidad Nacional Autónoma de México. Nación Multicultural. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://nacionmulticultural.unam.mx/>.
41. Universidad Veracruzana. Universidad Veracruzana-Intercultural. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.uv.mx/uvi/>.
42. Secretaría de Educación Pública, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe CGEIB. Universidad Intercultural. Modelo Intercultural. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=wDIDYm8Svn4C&lpg=PP1&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>. Consultado: el 9 de noviembre 2015.
43. Secretaría de Educación Pública, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe CGEIB. Programa Especial de Educación Intercultural 2014-2018. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://eib.sep.gob.mx/isbn/PEEI.pdf>
44. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Programas de Fortalecimiento Académico para Indígenas. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.conacyt.mx/index.php/becas-y-posgrados/becasnacionales/programa-de-fortalecimiento-academico-para-indigenas>.
45. Ford Foundation. Programa Internacional de Becas de Posgrado para Indígenas. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.ciesas.edu.mx/ciesas-ford/intro.html>.
46. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Programa de Becas de Posgrado para Indígenas. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://becasindigenas.ciesas.edu.mx/>.

47. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamiento. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [Sitio en internet] [Consultado: el 9 de noviembre 2015]. Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.1\\_NTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.1_NTL_Informe_Belmont.pdf)

## **CONCLUSION**

La evaluación de la factibilidad percibida por tomadores de decisiones y prestadores de servicios tras implementar un modelo intercultural de atención a la salud para adultos mayores tarahumaras reconoce que es posible reproducir este modelo, sin embargo es necesario hacer algunas adecuaciones basadas en la percepción de los entrevistados, adecuaciones que permitan la viabilidad en un contexto similar dentro del país.

Algunas adecuaciones que los entrevistados sugieren son la participación activa y sistematizada de la población, junto con la participación conjunta y coordinada de los sectores de la sociedad (las asociaciones religiosas y organización civil). Por otra parte este análisis sugiere que se desarrollen estrategias para la formación de recursos humanos con habilidades interculturales preferentemente indígenas, así como la incorporación de estos recursos al mercado laboral y garantizar la permanencia y seguridad laboral dentro del ámbito profesional.

La percepción que los entrevistados tuvieron de dicho análisis, puede funcionar como una guía para el futuro desarrollo de proyectos que tengan impacto en la salud de los grupos indígenas especialmente en los adultos mayores del país.