



UNIVERSIDAD INTERCULTURAL DEL ESTADO DE PUEBLA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN AMBIENTES INTERCULTURALES DE
APRENDIZAJE

**Carencia de accesibilidad, calidad y pertinencia cultural de
los servicios de salud que reciben las familias totonacas.
Caso del hospital comunitario Huehuetla, Puebla**

Clara Sánchez Juárez

**Tesis de Maestría en Ambientes Interculturales de
Aprendizaje**

Director(a):

Dra. Maylin Almonte Becerril

Asesores(as):

Dra. Nancy Elizabeth Wence Partida

Mtra. Ernestina Solís Patiño

Lipuntahuaca, Huehuetla, octubre, 2023





Universidad Intercultural del Estado de Puebla
Área: Maestría en Ambientes Interculturales de Aprendizaje
Consecutivo: MAIA/075/2023
Asunto: Autorización de impresión de tesis
Lipuntahuaca, Huehuetla, Puebla, 14 de septiembre de 2023

CLARA SÁNCHEZ JUÁREZ
MATRÍCULA 004PHP21
P R E S E N T E

Con base en el Reglamento General de Posgrado, en los Lineamientos para la obtención del grado de la Maestría en Ambientes Interculturales de Aprendizaje y habiendo obtenido los dictámenes aprobatorios por parte de los miembros de su Comité Tutorial en relación con su tesis titulada:

Carencia de accesibilidad, calidad y pertinencia cultural de los servicios de salud que reciben las familias totonacas. Caso del hospital comunitario Huehuetla, Puebla

Se autoriza la impresión y registro del trabajo para que sea sustentado en su Examen de Grado.

Atentamente,



Dra. María del Pilar Hernández Limonchi
Coordinadora del Programa

Ccp. Dr. Jorge Luis Mendoza Valladares.- Director de Investigación y Posgrado.
Ccp. Directora de la tesis.
Ccp. Archivo.

Dedicatoria.

A mi esposo José Luis, por el apoyo incondicional que me ha brindado.

A mi hija Clara Isabel e hijo Fredy JL, por su paciencia y comprensión.

A mis padres, por regalarme la vida.

Agradecimientos

El desarrollo de este trabajo se logró gracias a la participación de diversas personalidades, algunos de manera directa y otros indirectamente, por lo cual extiendo mis más sinceros agradecimientos:

A la Universidad Intercultural del Estado de Puebla, a la Dirección de Investigación y Posgrado y al núcleo académico de la Maestría en Ambientes Interculturales de Aprendizaje, que me dieron la oportunidad de formar parte de este grupo. Y por su colaboración en el desarrollo de este trabajo.

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por la beca otorgada para continuar con mis estudios de maestría.

En especial agradecimiento a mi directora de tesis la doctora Maylin Almonte, por su paciencia y por compartir sus conocimientos y orientaciones que fueron indispensables para el desarrollo de este trabajo.

A mis asesores la Dra. Nancy Elizabeth Wence y la Mtra. Ernestina Solís que colaboraron para encaminar el desarrollo de la investigación.

A todos a mis compañeros y compañeras de la MAIA por sus aportes en este trabajo ayudaron a aclarar mis ideas.

Pero sobre todo a todos los ciudadanos de Huehuetla, personal de salud y autoridades, que aceptaron brindarme información para la continuidad de esta investigación.

Lipuntahuaca, Huehuetla, Puebla. Octubre 2023

Índice

AGRADECIMIENTOS	5
XTALAKGSKGALAT TASKUJUT	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
PRESENTACIÓN	12
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO 1. MARCO CONCEPTUAL	16
1.1 SISTEMA DE SALUD	16
1.2 DERECHO A LA SALUD	18
1.2.1 La salud como derecho humano	19
1.3 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	21
1.3.1 La calidad de atención de salud desde la percepción de la población originaria	23
1.4 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	23
1.4.1 Accesibilidad y atención a la salud en zonas rurales	27
1.5 MODELOS DE ATENCIÓN MÉDICA	30
1.5.1 Modelo médico hegemónico	30
1.5.2 Modelo médico alternativo subordinado	31
1.5.3 Modelo de Salud Intercultural	32
1.6 INTERCULTURALIDAD Y SALUD	34
1.6.1 Unidades de salud “Culturalmente competentes”	35
1.7 COMPETENCIAS INTERCULTURALES EN EL PERSONAL DE SALUD	37
1.7.1 Enfermería con enfoque Intercultural	38
CAPÍTULO 2. MARCO HISTÓRICO Y REFERENCIAL	41
2.1 LA DIVERSIDAD CULTURAL Y LA SALUD EN LA SOCIEDAD MEXICANA	41
2.2 MEDICINA TRADICIONAL Y COSMOVISIÓN	44
2.3 CONOCIMIENTOS INDÍGENAS EN EL ÁREA DE LA SALUD	45
2.3.1 El buen vivir y la salud	47
2.4 NOCIÓN DE SALUD INDÍGENA Y OCCIDENTAL	49
2.4.1 Proceso salud-enfermedad y buen vivir	50
2.5 DERECHO A LA SALUD EN PUEBLOS INDÍGENAS	51

2.5.1 Estrategias generadas por el gobierno ante las limitaciones al acceso a servicios	52
2.6 ATENCIÓN PRIMARIA EN COMUNIDADES INDÍGENAS	53
2.7 Modelo de atención de salud intercultural: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla	55
2.8 COBERTURA Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO	56
2.9 Caso de Huehuetla, Puebla	60
2.9.1 La investigación desde la visión émica	60
CAPÍTULO 3. ASPECTOS PROCESALES DE LA INVESTIGACIÓN	63
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	63
3.2 JUSTIFICACIÓN	65
3.3 HIPÓTESIS	68
3.4 OBJETIVOS	68
3.4.1 Objetivo General	68
3.4.1.1 <i>Objetivos específicos</i>	68
3.5 METODOLOGÍA	69
3.5.1 Tipo de estudio	69
3.5.2 Área de estudio	70
3.5.3 Etapa 1. Diagnóstico	71
3.5.3.1 <i>Variables</i>	73
3.5.3.2 <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	73
3.5.4 Etapa 2. Propuesta metodológica para la intervención comunitaria	73
3.5.4.1 <i>Plan de acción</i>	75
3.5.5 Etapa 3. Evaluación del proyecto social	76
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	78
4.1 ETAPA 1	78
4.1.1 Características sociodemográficas de la población totonaca del municipio de Huehuetla, Puebla.	78
4.1.2 Factores que influyen en los servicios	81
4.1.3 Calidad de atención en los servicios	82
4.1.4 Grado de satisfacción en la atención	84
4.1.5 Correlación de variables con la vestimenta	85
4.1.6 Percepción de usuarios y personal de salud	85
4.2 ETAPA 2	95
4.2.1 Diseño de la propuesta de intervención: Enriquecimiento mutuo	95

4.2.1.1 Objetivo	96
4.2.1.2 Metodología	96
4.2.1.3 Identificación, descripción y presentación de cada modelo de atención	97
4.2.1.4 Análisis grupal de las ventajas y desventajas de cada modelo y presentación ante el grupo.	98
4.2.2 Beneficios del modelo	100
4.2.3 Implementación del programa	101
4.2.3.1 Reunión con las autoridades locales	101
4.2.4 DISCUSIÓN	105
4.3 ETAPA 3	108
4.3.1 Propuesta para la atención intercultural de los servicios de salud en el hospital de Huehuetla	108
4.3.1.1 Modelo propuesto	111
4.3.1.2 Modelo de atención de salud compartida: medicina tradicional y alópata en el hospital comunitario de Huehuetla.	113
4.3.1.3 Procesos y actividades a desarrollar para la atención intercultural	117
4.3.2 Diseño de evaluación intercultural del proyecto comunitario “Modelo de atención de salud compartida: medicina tradicional y alópata en el hospital comunitario de Huehuetla”	120
4.3.3 Resultados de evaluación	125
4.3.4 Conclusión de la evaluación	127
CONCLUSIONES	129
REFERENCIAS	131
ANEXOS	142
Anexo 1	142
Anexo 2	145
Anexo 3	147

Xtalakgskgalat taskujut

Uyma taskujut lakputsawililh lakuntla makgamakgltinamakgolh xtakuchunkan wa litachiki xalakkachikin Huehuetla, talakputsanalh latakumtlan takamakuchi, kumkamakgamakglhtinankan, chu kumkakan xtakatsinkan lataxtamakgtakalhnikan tajatat, antakhospital. Chu akxni kgalhspuuti uyma taputsan, talakputsalh lakuntla tlan xtalakkaxtlawalh tuwakuta litakgatsakgan tamanokglhulh, chu kakilakatika uyma litachiki chu wanti natapaksikgoy anta xalajkachikin. Uyma taskujut pulkatutu taputsanalh, xa pulana takgalhsiwilikgolh litachi, lakuntlaxa makgatsikgoy chu ukxwilikgoy uyma pumakuchin, xlikgampatuy takgalhskinkgolh wanti skumakgolh anta kpumakuchin, lankuntla makgatsikgoy chu tuwakutaxa kalaksakgali anta kxtaskujutkan, chu nataskinikgonit xtamakgtaynatkan wa mapakgsinanin xlakata pi limakatum talakputsalh chu talajkaxtlawalh lakuntla lakaskinkoy natalanin xkamakuchika , chu xkakanika xtalakapastaknikan. Akxni tatlawakgolh uyma xasasti tapuwan, takgalhskimpa amakgapistin tachiki, chu mapakgsinanin lakuntla xla ukxilhlakankgoy uyma xasasti tapuwan. Chu anta takatsilh pi xlakaskinka nataknit xtapuwankan litutunaku akxni chankgoy kpumakuchin. Nachuna kitamakgatakgsli pi uyma kgampatuy takuchun, lataxaluwanan takuchun chu xtamakuchin kintachikikan kalakxtum xlilakaskinka, chu tlan xlamakgtalinkgolh, xpalakata pi litachiki makgan limaklakaskinkgoy, nachuna nalilakgmaxtuyaw xpalakata nixlakgspuuti uyma xtalajkatsin tamakuchin.

Resumen

El proyecto tuvo como objetivo describir y analizar la situación que se presenta en la población totonaca en el municipio de Huehuetla, Puebla, en relación con la calidad, el acceso y la pertinencia cultural de los servicios de salud en la región; así como diseñar un proyecto de acción participativa tomando como base las necesidades identificadas en la región. El estudio se llevó a cabo en tres fases de desarrollo, donde inicialmente se realizó una descripción de las necesidades presentes en la comunidad con relación al acceso a los servicios de salud y la calidad de estos, haciendo un énfasis en la pertinencia cultural. Posteriormente, se realizó una confrontación de las necesidades con el personal de salud y autoridades pertinentes, a fin de obtener herramientas para diseñar una propuesta de intervención que convergiera la opinión de la población, el personal de salud y las autoridades. Finalmente, se evaluó la propuesta diseñada. Los resultados permitieron definir la importancia del reconocimiento de las diferencias culturales de la población indígena y del equipo de salud con la idea de proponer un modelo de atención compartida entre la medicina tradicional y alópata que aporte conocimiento recíproco, genere confianza al usuario y a la vez preservar el conocimiento de la medicina tradicional totonaca.

Abstract

The objective of the project was to describe and to analyze the situation that occurs in the Totonac population in the municipality of Huehuetla, Puebla, in relation to the quality, access, and cultural relevance of health services in that region; as well as to design a participatory action project based on the needs identified in the region. The study was carried out in three phases of development, where initially a description of the needs present in the community in relation to access to health services and their quality was made, emphasizing cultural relevance. Subsequently, a confrontation about the needs observed between health personnel and relevant authorities. Finally, the designed proposal was applied and evaluated. The results made it possible to define the importance of recognizing the cultural differences of the indigenous population and the health team with the idea of proposing a shared care model between traditional and allopathic medicine that provides reciprocal knowledge, generates user confidence and at the same time preserves knowledge of traditional Totonac medicine.

Presentación

El presente trabajo de investigación se desarrolló a partir de la descripción del sistema de salud mexicano, desde una mirada teórica se describe un sistema que ofrece servicios de calidad, pero en la práctica se observan diversas deficiencias desde el personal de salud, equipos e insumos necesarios para ofrecer servicios de calidad.

Desde la interculturalidad y tomando en cuenta las deficiencias del sistema es necesario reconocer que existen otros modelos de atención que permiten subsanar debilidades y deficiencias, por ello se retoma desde la diversidad cultural la atención de la salud intercultural, partiendo que cada cultura tiene su propia cosmovisión de salud y sus prácticas ancestrales permiten brindar cuidados de salud en la atención de enfermedades.

La cultura totonaca resguarda conocimientos relevantes sobre la atención de salud, que permitieron el desarrollo de su población a pesar de las diversas enfermedades, por tanto, es necesario retomarlas para coadyuvar al sistema de salud mexicano, pero sobre todo para ofrecer una atención de salud con pertinencia cultural a los pueblos originarios.

En el caso del hospital comunitario del municipio de Huehuetla, la población tiene diversas dificultades en la accesibilidad de los servicios de salud; la investigación parte de un diagnóstico comunitario a través de encuestas, donde se tuvo la oportunidad de conocer de que la mayoría de la población no asiste a solicitar atención médica a pesar del padecimiento de enfermedades, se complementó dicha información con entrevistas de usuarios, también fue necesario conocer desde la mirada del personal de salud que labora en el hospital para conocer la situación para la prestación de salud, la cual se encontró por una parte que las deficiencias del sistema no permiten ofrecer servicios de salud oportuno y con calidad; por otro lado también se encontró que la actitud del personal influye de forma negativa en la percepción de la población sobre los servicios de salud.

En la segunda etapa de la investigación se desarrolló una propuesta de intervención contemplando la participación de diversos actores involucrados la población, autoridades locales y personal de salud, sin embargo, no se pudo llevar a la práctica por la falta de disponibilidad del personal de salud, por lo tanto, se trabajó con autoridades y la población para la elaboración de una propuesta de atención intercultural.

En la tercera fase se elaboró el modelo de atención compartida: medicina tradicional y alópata en el hospital comunitario de Huehuetla, la cual tiene como objetivo principal, ofrecer a los usuarios la oportunidad de contar con dos alternativas de atención la medicina tradicional y alópata en igualdad de condiciones y al mismo tiempo se promueve el reconocimiento de la medicina tradicional por el sistema de salud.

La propuesta elaborada no se llevó a la práctica debido a la falta de disponibilidad de personal de salud, sin embargo, forma parte de una evidencia donde se plasman las voces de los usuarios en la necesidad de retomar la medicina tradicional como alternativa del sistema salud y así ofrecer atención intercultural. A pesar de que no se puso en práctica la propuesta se realizó una evaluación a través de tres instrumentos dirigidos para la población usuaria del hospital, médicos tradicionales y autoridades, los resultados obtenidos permitieron conocer la viabilidad y la pertinencia del modelo de atención elaborada.

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los derechos fundamentales más relevantes, protegido tanto en instrumentos jurídicos nacionales como internacionales; no obstante, también es un derecho que aún no logra la plena vigencia en nuestro país, ya que existen limitaciones en la atención y en la disponibilidad de los servicios médicos necesarios, siendo más visible en localidades vulnerables (CNDH, 2018).

El derecho a la salud para los pueblos indígenas se establece en instrumentos internacionales como el Convenio Número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2014) que en su artículo 7, fracción 2, menciona el deber de los gobiernos en relación con 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”* (p. 29).

Asimismo, se ha reportado que los servicios de salud deben organizarse a nivel comunitario, es decir, planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales pertenecientes en cada región (OIT, 2014). Sin embargo, organismos nacionales e internacionales reportan que en México existe un aumento en las brechas económicas y sociales entre los distintos grupos de población, más aparente en los estados del sureste del país y en la población indígena en comparación con la no indígena, donde la mayoría vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Además, el difícil acceso geográfico, limita gravemente el acceso a servicios de salud (Montero Mendoza, 2011).

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto renovar los principios de la Atención Primaria de Salud, con la finalidad de desaparecer la exclusión y la gente tenga poder para decidir en las cuestiones que afectan a su salud y la de sus comunidades; la Secretaría de Salud reconoce que

las barreras geográficas y lingüísticas son limitantes importantes para generar una eficiente relación médico-paciente (Montero Mendoza, 2011).

Aunado a lo anterior, diversos trabajos han indicado que la población perteneciente a pueblos originarios es a menudo discriminada en los centros de salud por el personal no indígena; y tanto el temor como la desconfianza causados por las actitudes y los comportamientos de los trabajadores sanitarios impiden que las comunidades indígenas busquen la atención de salud que necesitan (Cevallos y Amores, 2009). Un ejemplo claro se observa en la Sierra Nororiental del Estado de Puebla, donde el Hospital Comunitario de Huehuetla, organismo público asistencial que presta sus servicios de atención médica a una población principalmente rural con alto rezago económico y educativo, muestra un bajo porcentaje del personal de salud hablante de lengua, y situaciones de discriminación asociada a la barrera lingüística (Cevallos y Amores, 2009).

Por estas razones, el conocer la situación de la población indígena sobre el acceso, la calidad y pertinencia de los servicios de salud; así como el grado de satisfacción del usuario a los servicios de salud, permitirá entender no sólo la percepción de la población sobre la calidad de atención de salud; sino también las situaciones que presenta el hospital, de la mano con la percepción por parte del personal de salud sobre la calidad y accesibilidad de los servicios a la población. Todo ello con la finalidad de definir estándares de calidad desde una perspectiva intercultural, para la prestación de servicios de salud, en los que se respeten las costumbres, tradiciones, lenguaje, conocimientos ancestrales y formas de vida, y favorezcan de manera positiva la atención eficiente y de calidad en las diversas instituciones de salud (Cevallos y Amores, 2009).

Capítulo 1. MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se aborda conceptos relacionados a la salud, se describe el sistema de salud mexicana, que se establece como un derecho humano, sin embargo la calidad y el acceso a estos servicios aún siguen siendo deficiente en relación a las definiciones establecidas, y pesar de los diversos modelo de atención médica implementadas, aún no se logra satisfacer la necesidades de salud de las comunidades originarias, por lo que es preciso definir en este apartado el concepto de interculturalidad como un alternativa para ofrecer los servicios de salud con pertinencia para la población totonaca.

1.1 Sistema de salud

El sistema mexicano de salud es el conjunto de instituciones públicas (federales y estatales), que prestan servicios de salud a la población que reside en el territorio mexicano. Comprende dos sectores de atención, clasificándolo en público y privado; según las características que oferta y a quién va dirigido. Dentro del sector público, se encuentran las instituciones de seguridad social que atiende a los trabajadores asalariados activos y jubilados; así como a sus familias. Dentro de estas instituciones, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre el 80% de la población y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) el 18%; mientras que los servicios médicos para los empleados de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR) se encargan de proveer servicios de salud al 1% de la población (Gómez et al., 2011).

Por otro lado, las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social, incluyendo a la Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) y el Seguro Popular de Salud (SPS), corresponden al 26.1% de la población (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2020); mientras que, el sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en

consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (Gómez et al., 2011).

A pesar de ello, el sistema de salud mexicano ha evolucionado desde su creación, no solo del componente biológico de la salud sino también de acuerdo con los aspectos económicos, políticos y sociales de nuestro país. Esta evolución, en cualquier sistema u organización, permite subsistir, trascender y responder al objetivo por el que fue creado, en este caso proteger la salud de los mexicanos. Podemos decir, en general, que existen cuatro elementos ampliamente conocidos que determinan el nivel de salud de las personas (Chertorivski y Fajardo, 2012), los cuales se describen a continuación:

- 1) **El material biológico/genético.** Del que estamos dotados para funcionar como seres vivientes. Está claro que dependiendo de nuestra edad y sexo podemos contraer diversos tipos de enfermedades.
- 2) **Las sustancias tóxicas y los agentes patógenos de naturaleza infecciosa.** Incluye microorganismos como: virus, bacterias, hongos y parásitos que causan enfermedades. Por lo tanto, la salud ambiental incluye tomar acciones para garantizar que nuestro entorno de vida sea saludable.
- 3) **El comportamiento humano y los estilos de vida.** Está relacionada en gran parte, con nuestro estilo de vida y el ambiente que nos rodea.
- 4) **La respuesta social organizada.** Esta respuesta está constituida por el conjunto de los recursos que la sociedad y el gobierno han generado y cómo se organizan para su uso en las prácticas de cuidado (Chertorivski y Fajardo, 2012).

Por otro lado, las transiciones demográficas y epidemiológicas nos presentan nuevos desafíos a lo que debemos atender con estrategias innovadoras, dentro de las que destacan las acciones de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la calidad de la atención médica. Nos adentramos, además, con el advenimiento de la medicina genómica, en el uso del conocimiento predictivo de los

problemas de salud, lo que ampliará nuestras habilidades preventivas (Chertorivski y Fajardo, 2012).

1.2 Derecho a la salud

El derecho a los servicios de salud es un bien jurídico reconocido, que el ciudadano espera que se distribuya de acuerdo con sus necesidades, considerando el criterio de distribución justo, no la capacidad de pago; sin embargo, algunos consumirán más que otros, sin que en general sea por decisión propia, ni se pueda predecir con certeza quién tendrá más necesidad de usarlo (Mayer-Serra, 2007).

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se define a la protección de la salud como un derecho, aunque se hizo de forma tardía ya que en la Constitución de 1917 se había entendido originalmente la idea de protección a la salud asociada con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia (Mayer-Serra, 2007). Fue hasta 1983 que se establece como parte de las garantías individuales en salud en el artículo 123, al cual se le adicionó la Protección de la salud en materia laboral, y en el artículo 4 constitucional se reconoce la cobertura universal de la salud en la cual se estipula:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (Constitucion Politica de los Estados Unidos, [Const.], 2019, pag. 19).

Este artículo ha tenido diversas adiciones desde la década de 1970 debido a que la concepción de los derechos sociales establecida en el texto constitucional de 1917 cambió por razones económicas, políticas y sociales. En 1974 se estableció que la ley protegería la organización y desarrollo de la familia; en 1980 se determinó que los padres tenían el deber de preservar el derecho de los menores a la

satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental, y que la ley determinaría los apoyos a la protección de la salud. Posteriormente, en 1983 se constitucionalizó el derecho de toda familia a disfrutar vivienda digna y decorosa, estableciéndose que sería en la ley donde se determinarían los instrumentos y apoyos necesarios con el fin de alcanzar tal objetivo. Por último, en 1992 se determinó la composición pluricultural de la nación mexicana, la protección a diversas manifestaciones de las culturas indígenas, y el acceso de los indígenas a la jurisdicción del Estado (Charvel, 2009).

A pesar de que la introducción de la cobertura universal en salud, ha sido compleja en la medida en que no se han podido cumplir las condiciones para un acceso efectivo a la atención sanitaria de las poblaciones más desfavorecidas; por lo que se han enfrentado a serias dificultades para dar contenido efectivo a esos derechos, por una mala comprensión de su significado y alcance, así como por la falta de compromiso entre algunos de los principales servidores públicos, encargados de velar su observancia y cumplimiento (Santos y Limón, 2018).

En este sentido, el derecho a la protección de la salud no está claramente definido ni se le otorga una calidad universal y obligatoria como el derecho a la educación. La Ley General de Salud de 1984 explica en detalle las modalidades del acceso a la protección que tienen los individuos, aunque, como todos los derechos sociales en México, nunca excluye que aquellos que puedan pagar reciban mejores servicios en el mercado. No obstante, hasta el 2003 se define cómo brindar una protección social en salud más claramente abierta a todos, con el llamado Seguro Popular; el cual tenía como objetivo, el dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos (Mayer-Serra, 2007).

1.2.1 La salud como derecho humano

La salud es mucho más que la ausencia de enfermedades o tener acceso a la atención médica; es un derecho fundamental que implica en todos los aspectos de

la vida y por ello es muy importante concebirla de forma más amplia. En el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 2015) consagra el derecho a la salud en los siguientes términos:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (Naciones Unidas, 2015).

Para ello al analizar el concepto de salud definida por la OMS como el “estado de completo bienestar físico, mental y social”, se observa que la salud incluye otras dimensiones que se han incorporado al paso del tiempo hasta que prevaleció la idea de que la salud es un fenómeno multidimensional, independientemente de la capacidad funcional y que implica el bienestar general a nivel individual y familiar, mostrándose como un fenómeno continuo y dinámico. El derecho a la salud debe entenderse como el derecho a disfrutar de todos los bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud posible. Así, se ha demostrado que el concepto de salud ha evolucionado a lo largo de la historia de un enfoque médico-biológico a un concepto global (Prosalus y Cruz Roja Española, 2014).

Asimismo, el derecho a la salud es visto como un derecho que no solo integra la idea de curar la enfermedad, sino también su prevención, por lo que el entorno físico y social del hombre adquiere una nueva relevancia dentro de este derecho. Esta nueva comprensión de la salud implica una mayor protección de las personas y un mayor compromiso administrativo y económico por parte de los Estados (Montiel, 2004); sin embargo, el derecho a la salud en las comunidades indígenas adquiere relevancia por la necesidad de visualizar la presencia de abusos sociales, económicos, y políticos a poblaciones vulnerables; los cuales se mantienen en condiciones de desigualdad e inequidad en relación con el resto de la población, provocando graves discriminaciones y violaciones a sus derechos (Amoroz Solaegui, 2011).

1.3 Calidad en los servicios de salud

La Real Academia Española define la calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, peor o mejor que las restantes de su especie. Por su parte la Sociedad Americana para el Control de Calidad (A.S.Q.C.) define la calidad como el “*Conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente*” (Robledo-Galván et al. 2012, p.,173). En este sentido, el concepto de calidad no es una definición estática, permanente o perene, por el contrario, evoluciona conforme maduran y avanzan, por un lado, la atención médica y por otro los conceptos de calidad que se aplican a las diferentes organizaciones. La calidad en salud debe ser instrumentada y evaluada cada vez más con estándares internacionales. Los criterios e indicadores deben responder a las expectativas de los organismos internacionales en el concierto de las naciones (Robledo-Galván et al., 2012).

Asimismo, la calidad es un atributo fundamental de cualquier bien o servicio y se debe fomentar en todas las áreas prioritarias para el desarrollo de los individuos; donde la salud no debe ser la excepción. Sin embargo, a pesar de los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por actores clave en la materia, la ausencia de calidad o de garantías mínimas de ésta en la atención a la salud representa un reto social a nivel mundial, sobre todo, para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado estándares deseables y sostenidos para su progreso sanitario y social. La deficiencia de la calidad en la atención de la salud se puede manifestar de múltiples maneras: a través del acceso limitado a servicios de salud, servicios inefectivos e ineficientes, quejas médicas, costos elevados, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de las instituciones prestadoras y del sector salud en su conjunto; o en casos graves llega a significar la pérdida de vidas humanas (Secretaría de Salud, 2015).

A pesar de los programas y el esfuerzo por cubrir los servicios de salud con calidad, en algunas regiones, sobre todo las que se encuentran en marginación aún observan deficiencias. Es por eso que México ha tenido una preocupación real en establecer un programa de calidad en la atención médica estatal, desde atención de primer nivel hasta hospitales de alta complejidad. Este programa se denominó Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) y el objetivo es contribuir al mejoramiento de los servicios de salud para incidir directamente en las condiciones en las que los usuarios del Sistema Nacional de Salud reciben atención (Revilla-Rodríguez y Pimentel Roque, 2012).

De este modo, y dadas las deficiencias que se encuentran en los diferentes niveles, desde insumos, infraestructura y personal, se buscan diversas estrategias de evaluación de calidad, por lo que se han creado instituciones encargadas de la observancia de la calidad de atención médica como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); la cual se enfoca en la calidad de la atención médica, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes (Secretaría de Salud, 2015). Aunado a ello, desde hace tiempo, en México se ha trabajado por colocar al sistema de salud en un estatus de universalidad (Sánchez-Torres, 2017). En este sentido, se observa que la atención de salud de un individuo debe ser garantizada de forma equitativa y de calidad, sin distinción alguna y que el bienestar del individuo radica en la naturaleza de existencia.

En 2001, se lanzó en México la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, con el objetivo de promover un trato digno para los usuarios de los servicios de salud, mejorar los aspectos técnicos de la atención y asegurar el suministro oportuno de medicamentos. La Cruzada también trabajó para recuperar la confianza de la gente en las instituciones. Así, se ha diseñado un mecanismo para empoderar a una serie de grupos y organizaciones de la sociedad civil respetables y creíbles para que visiten las unidades de atención y confirmen acciones beneficiosas para la atención, la atención digna y la mejora de la calidad de la atención (Gómez et., 2011).

1.3.1 La calidad de atención de salud desde la percepción de la población originaria

Existen aspectos que resaltan la calidad de salud; las condiciones socioeconómicas que ponen en desventaja a las poblaciones indígenas, el estado de salud, la carga de enfermedades, y la frecuencia de uso de los servicios de salud. Como ejemplo de la calidad de atención, se puede observar que en poblaciones originarias hay mayor prevalencia de embarazos en adolescentes y menor cobertura de anticoncepción; así como menor atención prenatal y poco personal médico calificado para la atención al parto. Asimismo, los indicadores de uso de servicios de salud muestran que las usuarias indígenas tienen menor cobertura de inmunizaciones; menor práctica de laboratorios en pacientes con diabetes, y menor proporción de cartillas de vacunación (Pelcastre- Villafuerte et al., 2020).

Es así como se puede evidenciar que el trato en los servicios de salud que reciben las poblaciones indígenas, puede ser considerado, de manera estricta como formas de discriminación, puesto que muchos de los servicios que no se ofrecen son obligatorios para toda la población. Hecho que, se ve reflejado en mayor insatisfacción y menor calidad de atención (Pelcastre- Villafuerte et al., 2020).

1.4 Acceso a los servicios de salud

La Real Academia Española define acceso como la “acción de llegar o acercarse” y como la “entrada al trato o comunicación con alguien”, así, el acceso es una acción del lado del individuo, el cual es responsable de acercarse o entrar en contacto con el establecimiento o persona a la que se busca. En el ámbito de los servicios de salud, el acceso se refiere entonces a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios. Es decir, esta definición no considera a los proveedores en cuanto a si los servicios están disponibles o si existe algún impedimento para prestarlos, si son oportunos

en cuanto al tiempo y espacio para su prestación, o si son de calidad (Fajardo-Dolci et al., 2015).

En este sentido, el acceso a los servicios de salud se asocia con la capacidad del usuario para acceder a la atención médica cuando se necesita; o el grado en que las personas pueden utilizar los servicios cuando los necesitan incluido el seguimiento hasta los niveles más altos del sistema. Sin embargo, existen factores sociales, culturales, económicos, ambientales y políticos, dentro de una comunidad o población, que pueden tener una influencia negativa en el acceso a los servicios por parte del usuario (Gómez et al., 2019).

En cualquier país se pueden observar escenarios de desigualdades en salud; donde algunas personas gozan de una vida prolongada y cómoda, mientras que otras muestran deficiencia de indicadores de calidad de vida, lo que está determinado por estructuras y procesos sociales y el resultado de políticas que toleran, o incluso, favorecen la distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios para el acceso universal a la salud (Gómez et al., 2019). A continuación, se define cada una de estas barreras relacionadas a la conceptualización de la accesibilidad:

Barreras geográficas: son una forma de exclusión que se expresa en la dificultad que tienen las personas para acceder de manera oportuna y adecuada a los servicios de salud. Estas incluyen: dificultades propias de la localización, carencia de vías de comunicación adecuada y la distribución física de los servicios de salud.

Barreras administrativas: En muchos casos, el paciente se ve limitado por los trámites que tiene que realizar para recibir atención de su salud, sin tener en cuenta el tiempo de espera para ser atendido.

Barreras económicas: El problema económico radica no solo en la falta de dinero para financiar la atención médica, sino también en todos los costos que la acompañan, como viajes, tarifas y la no producción personal.

Barreras culturales: Están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura de las instituciones de salud y la cultura de los usuarios de los servicios. Debido a estas barreras, los servicios se perciben como fuente de malestares y riesgos. En el caso de las poblaciones indígenas, ésta posee diferentes conceptos de causalidad de las enfermedades, derivados de una cosmovisión particular desde la cual se percibe una serie de riesgos en los servicios y espacios de salud, que dificultan el que acudan a ellos libremente (Secretaría de Salud, 2014).

Los elementos culturales han sido como una serie de barreras para los países en desarrollo; dado que reportes anteriores han indicado la falta de seguridad social en población de localidades rurales, aun cuando es obligación del estado garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud (Achicanoy et al., 2011). Otras barreras son las institucionales, las cuales incluyen el estigma y la discriminación en los servicios de salud, así como las inequidades. No es suficiente tener hospitales y centros de salud; puesto que estas instituciones deben contar con la combinación adecuada de recursos humanos, infraestructura y equipos, medicamentos y otras tecnologías de salud, para evitar largos tiempos de espera y ofrecer una atención de calidad (OPS/OMS, 2018).

Basado en lo anterior un estudio realizado por D' amore (2012), reportó que la administración de los servicios de salud presentaba limitaciones asociadas con el tiempo de espera para acceder a un turno, la escasez de profesionales, las condiciones desfavorables de contratación y los reiterados reclamos salariales, eran las principales barreras que obstaculizan el acceso de la población a la asistencia necesaria.

De igual manera, un estudio realizado en una población indígena de Rabinal en Guatemala reportó que las barreras geográficas, incluyendo la distancia y la escasez de transporte; las barreras económicas con los precios de las consultas y de los medicamentos; las barreras culturales, incluyendo la lengua; así como la cosmovisión y en ocasiones, el trato abusivo por parte de los profesionales sanitarios eran las principales barreras que limitaban el acceso a un servicio de

calidad a las poblaciones de la región. No obstante, dichas limitaciones las asociaron con la mala administración de parte del gobierno; así como a la falta de recursos, infraestructuras y medicamentos; puesto que un sólo médico no puede atender las necesidades de cada paciente, cuando hay 50 más que están esperando su turno (Hautecoeur et al., 2007).

Otra clasificación relacionada con los factores que intervienen en el acceso a los servicios de salud fue propuesta por Colorado y colaboradores en 2013 y se clasificó en:

- a) **Factores individuales:** la edad, el género, estado civil, nivel educativo, ingresos económicos, expectativas, concepciones culturales sobre el proceso salud-riesgo-enfermedad y, por último, en este rubro, experiencia en el contacto previo entre usuario y servicio.
- b) **Factores familiares/sociales:** experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, y de la red social circundante en general; la conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad.
- c) **Factores del servicio de salud:** accesibilidad geográfica, comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort local y privacidad (Coronado-Zarco et al., 2013).

Existe un aumento en las brechas económicas y sociales entre los distintos grupos de población, el cual es más aparente en los estados del sureste del país y en la población indígena en comparación con la no indígena. Por ejemplo, la mayoría de los indígenas (el 62.4% contra el 20.8% de los no indígenas) habita en localidades dispersas, con grado de marginación alto o muy alto; además de que tienen dificultades con el acceso geográfico a los servicios de salud. En el área rural de México, el 38.9% de las localidades indígenas tiene un acceso bajo o no tiene acceso a servicios de salud; mientras que este indicador es del 31% en localidades no indígenas (Montero Mendoza, 2011).

Por tanto, la percepción de la población de la sierra es que las clínicas rurales no cuentan con la infraestructura para satisfacer su demanda de atención médica. Esta situación se comparte con los habitantes de los estados más pobres del país, la mayoría del Centro y Sur; los cuales muestran mayores limitaciones en el acceso y uso de los servicios. Situación que se refleja en los porcentajes de población atendida por primera vez, en los servicios del primer nivel de atención a la salud. En algunas instituciones, aunque existen casas de salud, éstas no siempre cuentan con atención todos los días de la semana, sino que está estipulado que solo algunos días de la semana se brinde servicio médico, lo cual resulta incongruente con las necesidades de los pobladores de dicha comunidad, ya que estos pueden presentar cuadros de enfermedad en cualquier día y hora de la semana necesitando atención médica (Montero Mendoza, 2011).

De este modo, y dado que el primer nivel de atención médica es la principal fuente de notificación de morbilidad, al fallar el sistema de alerta temprana que permitiría tomar las medidas epidemiológicas específicas, es previsible que aumenten las tasas de enfermedades que hasta el momento se encuentran bajo control; en particular aquellas que en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica están sujetas a la atención especial (Montero Mendoza, 2011).

1.4.1 Accesibilidad y atención a la salud en zonas rurales

La accesibilidad para alcanzar la atención médica tiene diversas dimensiones, la primera es la geográfica que está ligada en función de la concentración demográfica y de recursos humanos. A pesar de la obligación del estado en cubrir áreas desprotegidas, las poblaciones rurales tienen menor acceso a la salud que los grupos metropolitanos. La accesibilidad cultural se estudia en relación con el proceso de atención médica, en el cual interviene la percepción e interpretación de la enfermedad, la disposición del sistema médico y de la función del rol del enfermero. Estas ideas y decisiones condicionan la accesibilidad para la actitud del paciente y la de los profesionales. Uno de ellos es el lenguaje, pues el lenguaje médico es autónomo y específico, lo cual constituye una valla mayor por

la diferencia cultural, el menor grado de instrucción y de confianza en el sistema médico de los grupos, más en personas mayores que acuden solos al servicio y sin recursos (Barragán et al., 2007).

Las zonas rurales viven en un complejo escenario, donde el modelo de desarrollo no está enfocado a las necesidades, dejando a los grupos en una exclusión social. Desde esta perspectiva, las instituciones deben proporcionar las condiciones para que las desigualdades disminuyan y las condiciones de bienestar para las comunidades sean similares. Además, al reconocer las barreras de acceso y las condiciones de atención en zonas rurales, será necesario considerar una política que acerque la oferta a las poblaciones que más lo requieren y que desarrolle modelos de atención y organización alternativos. Lo anterior permite afirmar que es necesario crear estrategias institucionales en particular para el sector rural, contemplando las características de dispersión, distancia y las epidemiológicas de las comunidades creando estrategias relevantes de prevención, para que las condiciones de vida y acceso a servicios de salud sean garantía de bienestar (Rodríguez-Triana y Benavides-Picaron, 2016).

Por lo tanto, la pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados en los cuales los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los de mejor ingreso económico, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud. Esta asociación refleja una relación de causalidad que funciona en los dos sentidos: las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso, la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza; las desigualdades sanitarias son casi siempre en perjuicio de los pobres, y los pobres tienden a morir antes y a presentar mayores niveles de morbilidad que quienes tienen más dinero. En este sentido, las desigualdades entre los ricos y los pobres con respecto a los resultados sanitarios son injustas, no porque los pobres sean de algún modo más merecedores que los que tienen más dinero, sino porque estas desigualdades corresponden obviamente a las limitaciones y oportunidades muy diferentes que tienen unos y otros (Wagstaf, 2002).

Uno de los mayores problemas que presentan las poblaciones originarias, es el hecho de contar con los peores indicadores de salud de todo el país: alta mortalidad en general, y materno-infantil. En 2010 a nivel nacional y en municipios con más del 70% de población originaria, se encontró dentro de las causas de morbilidad más común las infecciones respiratorias agudas, con un 62.9%; seguida las infecciones intestinales por otros organismos, así como las mal definidas (10.9%); infecciones de vías urinarias con un 8.1% y la hipertensión arterial con un 1.2%. En relación con la mortalidad, la primera causa correspondió a las enfermedades del corazón con una tasa de 7.6%, en segundo lugar, tumores malignos (4.6%) y diabetes mellitus con un 4.3% (SINAVE, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2012).

Por su parte, en municipios del Estado de Puebla donde más del 70% de población es originaria, se encontró como principales causas de enfermedad a las infecciones respiratorias agudas (65.6%), seguida de las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas con el 7.0% (Gobierno de México, 2021). En relación con la mortalidad, se observó como causas principales las enfermedades cerebrovasculares e isquemias del corazón con 26.5%, COVID-19 con 20%, diabetes mellitus con 18%; donde el 44% de muertes correspondió a mujeres y 56% en hombres. (COESPO, 2021).

Así mismo, una de las mayores causas de morbi-mortalidad en la población infantil, principalmente en menores de 5 años fue por infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas. Esta prevalencia es mayor en comunidades rurales relacionadas con la falta de suministro de agua potable, dificultades de acceso a la comunidad; así como las limitaciones en la atención médica. Sumando a ello las disparidades existentes entre el acceso a los servicios de salud de los pueblos originarios y la población en general (Gobierno de México, 2021).

Como alternativa a estas problemáticas, en México se implementó el sistema de protección social en salud que, a través del Seguro Popular, una política para contribuir al logro de las metas para la atención de salud, en la cual buscaba brindar

cobertura universal de los servicios de salud a quienes no tenían seguridad social y contaban con menos recursos económicos para acceder a los servicios. Con este programa se redujo el gasto en salud ante desastres, aunque el impacto de reducción de la desigualdad fue limitado, particularmente en términos de cobertura de servicios de calidad. Sin embargo, la escasez de servicios de emergencia, puerta de entrada al sistema de salud, aún sigue representando un problema grave en comunidades vulnerables, originado principalmente por factores sociales y culturales de la región. Esto asociado además a que aproximadamente una quinta parte de las comunidades son predominantemente rurales, de las cuales un elevado porcentaje pertenece a comunidades originarias, lo que corresponde entre el 20 y el 21.5% de la población total (Flores-Hernández et al., 2019).

Aunado a lo anterior, diversos estudios realizados han mostrado la percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica, de los cuales, un estudio realizado al sureste de Veracruz, México, mostró que las principales limitantes al acceso y calidad de los servicios de salud, en los habitantes incluye la desigualdad social, dificultades con el acceso geográfico, grado de marginación, saturación y horario de atención; así como el desabasto de medicamentos, problema que conlleva a mayores tasas de muertes maternas-infantil (Montero Mendoza, 2011).

1.5 Modelos de atención médica

Actualmente en la sociedad mexicana existen diversos modelos de salud, que por cuestiones económicas generan diversos tipos de conflictos y a la vez enormes retos para instituciones, profesionales de salud y la población.

1.5.1 Modelo médico hegemónico

Conjunto de prácticas, saberes y teorías generados del desarrollo de la medicina científica, que se ha establecido con éxito desde finales del siglo como

subalterno a las dominantes de la época, hasta lograr identificarse como la única forma de tratar la enfermedad legitimada por criterios científicos y normas jurídicas (Menéndez, 2016). Los principales rasgos estructurales que posee este modelo son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, tecnocrático, mercantilismo, medicalizante, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico (Belmartino, S.F.).

Este modelo opera en países capitalistas y busca excluir otros modelos alternativos ideológica y jurídicamente a pesar de que su expansión genera conflictividad en la sociedad. Estos procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que favorezcan los procesos de producción y reproducción económico y político, reforzando la hegemonía del sistema por encima de las necesidades particulares de las prácticas médicas (Menéndez, 2016).

Por otro lado, en algunos países capitalistas y socialistas se han realizado numerosas investigaciones científicas que describen, analizan y cuestionan la eficacia y eficiencia de las prácticas de la medicina científica, e incluso llegan a recuperar como más eficaces las prácticas alternativas. Esto debido a los enormes costos de la atención a la salud, costeo de equipos y alza de fármacos, que por otro lado, pueden producir consecuencias negativas en la salud, aumento de intervenciones quirúrgicas costosas, todos estos aspectos conllevan a una atención por criterios de productividad y rendimiento, dejando a un lado la calidad (Menéndez, 2016).

1.5.2 Modelo médico alternativo subordinado

En este modelo se integran las prácticas reconocidas como tradicionales, aquellos conocimientos ancestrales que se utilizaban en la atención a la salud, pero también contempla el conjunto de prácticas alternativas que prevalecen aunque no

emergen del pasado, sino que son derivadas del modelo médico hegemónico, pero integrando y transformando las prácticas tradicionales (Menéndez, 2016).

Las principales características de este modelo son: concepción global de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas casi siempre contienen poder simbólico y la sociabilidad como determinantes de la eficacia), tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría de la relación tutor-paciente, participación secundaria de los consumidores, legitimidad comunitaria o al menos grupal de las actividades curativas, identificación con racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a los demás sobre sus "saberes y prácticas curativas" y la tendencia reciente a la mercantilización. Este modelo tiene rasgos idénticos o similares al modelo médico hegemónico, pero también supone rasgos considerados conflictivos y hasta incompatibles como la eficacia simbólica y la sociabilidad. Sin embargo, los caracteres de complementación y subordinación son los que tienden a determinar este modelo, lo que permite la complementariedad de una atención ideológica (Menéndez, 2016).

1.5.3 Modelo de Salud Intercultural

El modelo de salud intercultural es un conjunto de condiciones, servicios, recursos, procesos y relaciones que involucran a profesionales de la salud, unidades de salud y hospitales que han hecho cambios en servicios de salud que respetan la diversidad, la participación de profesionales de la salud complementarios y practicantes de la medicina tradicional indígena en relación con usuarios, funcionarios y líderes comunitarios relacionados con la promoción del bienestar y la salud familiar, y comunitaria (Gobierno de México, S. F.).

Este modelo intercultural de atención primaria de salud integral e integrada, basa su implementación en las redes de servicios e instituciones comunitarias, unidades de salud y hospitales, que crean procesos participativos en los que se realizan actividades terapéuticas y la promoción de la salud, no solo ofertan la medicina científica alopática sino también, la medicina tradicional y complementaria,

para el tratamiento de la salud-enfermedad, las cuales, al contener dichos modelos de tratamiento, son denominadas “unidades interculturales”. La salud intercultural promueve la autonomía y responsabilidad de las personas en el cuidado y promoción de la salud de su familia, entorno, comunidad y otros lugares de concentración (Gobierno de México, S. F.).

En contraste, desde diferentes espacios que analizan la atención de los servicios públicos de salud, se han expresado múltiples señalamientos sobre la manera de como las personas son tratadas cuando acuden a solicitar atención médica; donde la queja constante es la percepción de los usuarios respecto a las actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación por parte del personal médico y de enfermería de los servicios de salud. Asimismo, se menciona que a los pacientes y sus familiares no se les escucha ni se les toma en cuenta en sus opiniones respecto a lo que esperan de los servicios médicos; señalan también que es común el maltrato y regañones ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad (Secretaría de Salud, 2014).

El proceso de deshumanización por el que se cuestiona la medicina moderna está directamente relacionado con la creencia de que existe una sola verdad universal sobre la salud, que debe ser propietaria y exclusiva. Por lo tanto, no está permitido establecer una relación de escucha y apertura con enfoques provenientes de otros modelos médicos, y menos cuando grupos de personas tradicionalmente subestimados apoyan estos sustentos, como es el caso de los pueblos indígenas (Secretaría de Salud, 2009). En este sentido, la interculturalidad como modelo de proceso de convivencia y comunicación, ofrece condiciones especiales de interacción equitativa entre grupos culturales diferentes, cada uno de los cuales tiene una verdad, una cosmovisión y un marco de referencia y paradigmas de diferentes perspectivas de la realidad. Este enfoque supone que no existe una verdad única, fija y permanente. Todos los paradigmas cambian constantemente y responden a diferentes enfoques de la realidad, que no pueden ser absolutos (Secretaría de Salud, 2014).

1.6 Interculturalidad y salud

México es un país multiétnico y pluricultural, que en los últimos 10 años ha experimentado diversos movimientos sociales a favor de la diversidad y el respeto a los derechos humanos. Como resultado de estas condiciones, se promueven cambios en los diversos ordenamientos jurídicos para promover una cultura de respeto a todos los grupos que integran la sociedad, para orientar el trabajo de las autoridades con respecto a esta diversidad, principalmente en regiones habitadas por pueblos indígenas (Secretaría de Salud, 2014).

Por otro lado, la interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes (Secretaría de Salud, 2014).

El enfoque intercultural es un concepto que se ha socializado recientemente en el campo de la salud, y muchos investigadores de la comunicación y cultura se han interesado en su definición, implementación y desarrollo, pues su principal característica es la intención directa de promover el diálogo y las relaciones interculturales y no sólo su reconocimiento y visibilidad social. La interculturalidad se ha utilizado principalmente en el estudio de los problemas de comunicación entre personas de diferentes culturas y la discriminación étnica; la cual sugiere que en la comunicación positiva con grupos culturales que comparten un área geográfica determinada, se generen alternativas de solución frente a un problema, que serían muy difíciles de encontrar desde la perspectiva de un solo grupo con diferentes enfoques y características (Secretaría de Salud, 2014).

En este sentido, la interculturalidad en salud se entiende como los procesos que tienen en cuenta el entorno cultural, la diversidad y el respeto en los servicios de salud, en relación con las diferentes interpretaciones del proceso de salud-enfermedad; mientras que la interculturalidad en la atención a la salud propone a la participación activa de los diferentes actores sociales en salud, considerando no

solo las relaciones entre personas, sino también los recursos médicos, las instalaciones y los aspectos administrativos (Secretaría de Salud, 2009).

En México, el enfoque intercultural en salud ha sido apropiado por instancias gubernamentales de salud, como la Secretaría de Salud y el ex Instituto Nacional Indigenista, a través de programas de capacitación. Su importancia comienza a destacar hacia la década de 1940, cuando surge la antropología médica como campo disciplinar de la antropología social, la cual buscaba indagar las causas de la desigualdad en salud entre los pueblos indígenas y el resto de la población. Gracias a ello, se formularon un sin número de experiencias con un enfoque intercultural, sea en la formación del personal de salud o en la aplicación de programas en zonas indígenas. Estas experiencias fueron muy importantes en la década de los 60's, cuando se realizaron las grandes acciones del Estado indigenista, pero dejaron de aplicarse hacia la década de 1990 cuando, en pleno apogeo neoliberal, se comenzaron a impulsar estrategias selectivas con el objetivo de obtener un alto impacto con poca inversión en materia de salud (Lerín Piñón, 2004).

1.6.1 Unidades de salud “Culturalmente competentes”

Definimos unidades de salud y redes de servicios "Culturalmente competentes" a aquellas en las que intencionadamente promueven ambientes positivos y de atención a los usuarios y pacientes incorporando información acerca de los servicios que se otorgan, requisitos para obtener los servicios; cuenta con personal técnicamente capacitado y que promueven actitudes respetuosas y de servicio. Su personal es competente respetando la dignidad de los pacientes, especialmente de las mujeres y en sus derechos sexuales y reproductivos y hacen especial énfasis en la promoción de servicios preventivos de salud (Secretaría de Innovación y calidad, 2008).

Estas unidades de salud tienen adecuaciones a la cultura de la población en sus diseños y espacios físico/ arquitectónicos, en su mobiliario y mensajes

orientadores (en lenguas o idiomas específicos si son requeridos por las características en la región). Además, en los procedimientos de atención se promueve una muy certera comunicación entre los usuarios y el personal, para conocer sus expectativas respecto a la calidad del servicio en los procesos de atención (Secretaría de Innovación y calidad, 2008).

Por lo tanto, para favorecer la mejora de la atención y los servicios, es importante promocionar el desarrollo de competencias y habilidades interculturales; así como fomentar respeto a los derechos de los usuarios a recibir un servicio por personal competente y calificado.

En este sentido, los servicios de salud culturalmente competentes son aquellos en los que es posible evitar, identificar y eliminar las barreras culturales en el sistema, en los espacios y perspectivas de los prestadores de servicios, promoviendo actitudes de respeto, la tolerancia y el diálogo, que permitan promover la participación social, comunicación asertiva, conocimiento sobre los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, las creencias y las preferencias de la población respecto de las prácticas médicas y terapéuticas de la medicina institucional y otros modelos de atención socialmente preferidos que difieren de la medicina convencional. La competencia cultural tiene como objetivo desarrollar habilidades institucionales y personales para construir relaciones respetuosas, horizontales y empáticas con todo tipo de usuarios que ingresan a los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2014).

El estudio de la calidad es un área de interés debido al impacto que genera en las instituciones en términos de reducción de costos, lealtad de los clientes y rentabilidad en la atención médica. Aunque no es posible excluir las condiciones objetivas de la calidad en la prestación de los servicios, las expectativas y experiencias de los pacientes durante la atención, deben ser reconocidas y tomadas en consideración en las decisiones frente a los servicios de salud y la atención, no como un fin que favorece la competencia en el mercado, sino como dominante primordial de todo proceso de calidad en el que la vida y el bienestar de un ser humano estén implicados. Por esta razón se fundamenta la necesidad de realizar

estudios que permitan aproximarse a las experiencias de los usuarios frente a los procesos de atención sanitaria (Yépez-Chamorro et al., 2018).

1.7 Competencias interculturales en el personal de salud

La competencia es un conjunto de destrezas, habilidades, conocimientos y características de comportamiento que, cuando se combinan adecuadamente en una situación de trabajo, predicen un mejor desempeño y se observa directamente a través del comportamiento de cada individuo en el desempeño de las actividades diarias. La competencia cultural requiere conocimiento y empatía por los diferentes miembros o usuarios, una comprensión de su percepción del mundo, la capacidad de no rechazar a nadie por ser diferente, y de identificar las barreras culturales existentes y planificar estrategias para superarlas. La competencia se puede estructurar en base a tres componentes: saber actuar, querer actuar y poder actuar (Secretaría de Salud, 2014).

En la práctica y prestación de los servicios de salud, la calidad de los servicios no depende únicamente de la adecuación de los recursos y habilidades técnicas de los empleados; sino también del personal profesional y técnico, el cual debe demostrar dominio de habilidades relacionadas con las características de la cultura regional en la que pretende trabajar, con base en la etnia de los usuarios, cultura alimentaria, contexto ambiental y sus condicionantes sociales. Es decir, “habilidades interculturales” que les permitan comprender y atender a los diferentes usuarios en el contexto de la amplia diversidad de la sociedad mexicana (Secretaría de Salud, 2009).

En este sentido, se considera la competencia profesional como un conjunto de habilidades que permiten resolver de manera independiente y flexible problemas más complejos en diferentes escenarios de trabajo, posibilitando la transición a nuevas situaciones y construyendo un lugar de trabajo que integre aspectos cognitivos y de habilidades; así como los elementos éticos y pensamiento crítico

que permitan la necesidad de enfrentarse a la realidad y cierta disciplina para realizar propuestas de mejora. Por tanto, se cree que todo profesional formado en el ámbito de la cultura occidental y urbana debe desarrollar la competencia intercultural, entendiendo así una visión holística de la importancia de los elementos culturales en el ejercicio profesional y en las relaciones con las sociedades y grupos humanos (Secretaría de Salud, 2009).

Los resultados de la atención de salud también dependen de la capacidad del proveedor para comunicarse y empatizar con la población a la que atiende. Para lograr esto en un contexto multicultural, el proveedor de atención de salud debe tener competencias culturales, lo que significa que debe crear una ideología que promueva valores, prácticas y actitudes de relaciones humanas respetuosas, justas e inclusivas; establecer relaciones de equidad y poder compartido con personas pertenecientes a diferentes culturas; valorar las diferentes culturas y así, eliminar el racismo y luchar contra las relaciones asimétricas, excluyentes y discriminatorias (Freyermut y Meneses, 2017).

El reconocer que los usuarios de los servicios de atención de salud interpretan de manera particular sus experiencias en la salud y la enfermedad, y que estas interpretaciones son diversas, es el primer paso para convertirse en un prestador de servicios con pertinencia cultural. Sin embargo, esta transformación requiere una mente abierta a otras prácticas y representaciones del proceso salud-enfermedad, y una reflexión sobre los propios prejuicios, visiones y conocimientos sobre los usuarios y su cultura (Gobierno de México, S. F.).

1.7.1 Enfermería con enfoque Intercultural

Los sistemas de salud son conjuntos organizados de respuesta al fenómeno universal de la enfermedad. Una parte clave de este proceso es la organización de los sistemas de cuidado, que preservan la salud, la evitan y tratan la enfermedad. En este contexto, la ciencia de enfermería juega un papel importante en el proceso de cuidado y recuperación de la salud del paciente en todos los niveles del sistema

biomédico. Enfermería es quien establece planes de cuidado, apropiados a las características individuales del paciente, recomienda opciones terapéuticas para su recuperación, interviene en la familia y la comunidad para promover ideas de salud, y establece formas adecuadas para vigilar la salud y prevenir la enfermedad. Por lo tanto, el desarrollo del profesional de enfermería en un contexto intercultural requiere de herramientas y conocimientos específicos sobre la diversidad cultural y mecanismos de comunicación intercultural, como elementos que brindan una mejor calidad de atención a poblaciones culturalmente diferenciadas (Alarcón Muñoz, 2001).

De este modo, el cuidado que brinda el personal de enfermería se convierte en un desafío constante, porque debe tener en cuenta los valores, creencias y prácticas de la persona y respetar las diferencias. Bajo este panorama intercultural se inician los cuidados de enfermería de calidad, basada en el conocimiento, la sensibilidad y la cooperación (Alvarenga et al., 2022). En este sentido, los contextos de diversidad cultural representan situaciones donde se debe explorar la complejidad de las relaciones, esta relación enfermera-paciente ha sido descrita conceptualmente por varios teóricos de la enfermería, describiendo su importancia para lograr los objetivos del cuidado (Pérez Quintero y Carrasquilla Baza, 2020).

A principios de los 60s, Madeleine Leininger, conceptualiza y funda la enfermería transcultural, como el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencia de salud o enfermedad, prácticas de las personas para ayudar a mantener o recuperar la salud, cuyo objetivo es promover una atención sanitaria multicultural segura y eficaz. Se basa en el supuesto de que el profesional de enfermería tiene que lidiar con usuarios de diferentes orígenes culturales o étnicos en su vida diaria y las necesidades y dificultades que esta circunstancia genera. En resumen, lo que parece estar en juego es la capacidad de brindar una atención eficaz, satisfactoria y consistente de acuerdo con la cultura de la persona que recibe el cuidado de enfermería (Fornons Fontdevila, 2010). Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias costumbres, creencias, valores

y tradiciones; por lo que no es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que lo que está en la cultura también se aplica a los demás (Islas et al., 2011).

En este sentido, la enfermería con enfoque intercultural tiene como objetivo brindar atención que sea coherente con los valores, creencias y prácticas culturales. Por ello es importante que los profesionales de enfermería estudien y tengan en cuenta las prácticas de salud cultural para cubrir las necesidades individuales, familia y comunidad, comprensión del ser humano en sus dimensiones física, intelectual y afectiva y su aplicación en la práctica clínica (Islas et al., 2011).

Capítulo 2. MARCO HISTÓRICO Y REFERENCIAL

En este apartado se establece los antecedentes históricos para la atención de salud, y como la medicina tradicional ha jugado un papel importante, e incluso el gobierno ha creado políticas de salud para retoman los conocimientos tradicionales y crear instituciones de salud interculturales, como alternativa de atención sobre todo para las poblaciones originarias, aunque por cuestiones administrativas y económicas se va perdiendo la finalidad por el que fueron creados dichas instituciones. Desde esta mirada es necesario reconocer la importancia de la medicina tradicional para ofrecer una atención de salud intercultural y así cubrir las necesidades y expectativas de atención de la población totonaca.

2.1 La diversidad cultural y la salud en la sociedad mexicana

Pertenecer a una cultura, involucra sentimientos, aceptación e identificación propia a un grupo social; donde se comparten prácticas, costumbres y tradiciones, a pesar de vivir en la marginación, la desigualdad o discriminación, la pertinencia cultural domina al individuo, lo que conlleva a luchar para alcanzar la libertad cultural (Grimson, 2010). La constitución reconoce la existencia de la diversidad cultural en México, por la conservación de sus pueblos originarios. Así mismo, faculta el desarrollo de sus propias instituciones de organización y gobierno (Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos [Const.], 2021).

Sin embargo, eso no garantiza el desarrollo de los pueblos originarios, aún falta reconocer y facultar de autonomía para garantizar su conservación y desarrollo. Cada pueblo tiene diversas formas de organización, de acuerdo con los conocimientos adquiridos en el contexto social, donde la naturaleza tiene un significado representativo, involucra sentimientos y acciones en contextos indígenas (Díaz, 2019).

La epistemología indígena parte de una construcción social y en cada etapa de la vida se van transmitiendo de manera oral y práctica, donde los padres y los

abuelos son los principales encargados en transmitir los diversos tipos de conocimientos que adquieren durante su vida, para que sean conservados, desde las formas de trabajo, económicas, educativas, políticas, recreativas y religiosas etc. Estos conocimientos culturales son muy valiosos, forman parte del desarrollo y representatividad; a partir de ello se diferencia de otras culturas, tienen su historia, su cosmovisión y costumbres propios por ello su conservación es de vital importancia (Grimson, 2010).

Esta teoría se basa en la ciencia moderna, donde el conocimiento científico está por encima de otros conocimientos; de esta manera, crea inferioridad a las epistemologías indígenas, alcanzando un enorme impacto negativo en el sistema educativo, imponiendo la enseñanza en otra lengua, donde los educandos no sólo batallan en aprender la lengua, sino también en comprender lo que les enseñan (Breidlid, 2016).

En el ámbito de salud, las epistemologías indígenas se fueron desplazando por no ser comprobables para el conocimiento occidental, e impuso su sistema de atención occidentalizado generando epistemicidio de los conocimientos y prácticas de la salud-enfermedad-atención de los pueblos originarios. El cuidado de los enfermos y ancianos, desarrollada principalmente por las mujeres dentro de la familia y por los médicos locales (parteras tradicionales, chamanes, curanderos etc.), pasó a manos del sistema de salud, con nuevas prácticas adoptadas al sistema occidental, ejerciendo violencia al vulnerar la integridad espiritual, física y emocional de cada persona al momento de realizar un procedimiento invasivo en la integridad física (Maj-Lis, 2002).

De esta manera, las prácticas médicas que desarrollan las culturas originarias se consideran inferiores y sin sustento científico, lo que implica que no sea equiparable a la medicina científica y aprovechan la situación para desconocer y prohibir a la población la conservación de estas prácticas médicas, con la excusa de que son solo creencias y no tienen validez, llevando a la invisibilización del conocimiento indígena. Sin embargo, en las culturas indígenas, las enfermedades de etiología sobrenatural siempre han prevalecido desde tiempos históricos;

conocer que un padecimiento es producido por los espíritus, resulta importante para su diagnóstico y tratamiento; además, es fundamental identificarlo como una experiencia humana y debe ser comprendida integralmente en su contexto biológico, psicológico y de diversidad sociocultural. Todo ello en términos de la aceptabilidad, efectividad y mejoramiento de una salud igualitaria (García de Alba, 2012).

Actualmente, la salud y pobreza están interrelacionadas y con frecuencia se olvida que en un sistema económico en el que domina el capitalismo; por lo que el cuidado a la salud se convierte en una mercancía cuya categoría mediadora es el consumismo. Esta situación es disimulada con habilidad en los nuevos sistemas de la salud que ofrece el gobierno, en los que el enfoque se dirige a desarrollar el consumo de asistencia y de tratamiento de la enfermedad, lo que sin duda está ligado desde el aspecto económico a la generación de ingresos para las empresas e instituciones. Todo ello promueve la desigualdad estableciendo las clases sociales; donde el más pobre tiene menos facilidad de acceso a la atención de la salud (García de Alba, 2012).

El sistema de atención médica actual necesita desarrollar un enfoque integral que reconozca la diversidad epistemológica, para la recuperación de los conocimientos suprimidos o marginalizados, para ello es necesario tomar en cuenta la perspectiva de los usuarios y actores para realizar una práctica de salud comprensiva, de calidad y con pertinencia. Conocer los valores, las tradiciones; así como el significado y el sentido que le dan las personas al proceso de salud-enfermedad-atención resulta muy importante para la aplicación exitosa de programas de salud. A partir de ello será posible construir nuevos conocimientos y producir alternativas mediante un diálogo y trabajo intercultural entre el sistema de salud occidental y la medicina tradicional sin destruir la identidad, manteniendo una relación horizontal y dejar a un lado la verticalidad autoritaria (García de Alba, 2012). Es necesario implementar estrategias de atención basadas en propuestas de los usuarios y actores que pueden intervenir para asegurar una atención pertinente para la población.

2.2 Medicina tradicional y cosmovisión

La medicina indígena fue una práctica efectiva para la atención de la salud en las comunidades originarias en México, en particular en el área cultural de los nahuas que tuvo avances importantes y alcanzó logros considerables. Existen documentos del siglo XVI que repiten diferentes historiadores y antropólogos modernos sobre el tema de la condición de salud que prevalecía en la cultura nahua; pues en los lugares en los cuales vivían en tierra sana, donde se padecían pocas enfermedades y que muchos individuos llegaban a edades sumamente avanzadas, lo cual puede interpretarse desde la sabiduría y efectivas formas de manejo hacia este tipo de malestares, para los cuales, se consideraban otras formas de entender estos desequilibrios del ser, que por supuesto, vinculan factores que por lo menos para la ciencia, carecen de lugar, por lo tanto, entran en el plano de lo supersticioso (Viesca Treviño, S.F.).

Tanto en los nahuas como en los totonacos, se fomenta la prevención de enfermedades y accidentes considerando siempre la ley divina y lo natural, prohibiéndose la entrada a lugares sagrados en los que seres espirituales podrían causarles daño; si alguien quebrantaba alguna ley podría sufrir cualquier enfermedad fría o caliente, lesiones causadas por los gobernantes al desobedecer la ley, e inclusive la pena de muerte. Sin dejar a un lado las capacidades y consideraciones naturales que cada individuo deba mantener, se prohibía el trabajo pesado a embarazadas y ancianos, y se hacía énfasis en el cuidado personal e higiene sexual, siempre al cuidado del entorno para la conservación de la salud y prevención de las enfermedades (Torres et al., 2014).

Lucas (2019), realizó estudios en la cultura totonaca, donde se tuvieron hallazgos de la conservación y práctica de la medicina tradicional, por personas denominadas como médicos desde la lengua totonaca, debido a la función de curar a los pacientes que padecen alguna enfermedad o algún mal, también conocidos como médicos tradicionales o curanderos, haciendo referencia al curar algún padecimiento. Esta conservación se debe a los pacientes que tienen confianza y fe

en las prácticas medicinales, a pesar de la implementación de la medicina alópata que se mantiene en un estado de superioridad a los conocimientos de los pueblos originarios.

La población originaria relata y afirma que existen padecimientos que no están contemplados dentro de los conceptos occidentales y por tanto no tienen la cura; tal es el caso del mal de ojo que pueden padecer los bebés, en el cual los médicos no tienen un medicamento para curar, pero desde la cosmovisión indígena este padecimiento se trata mediante una limpia que conforma una variedad de plantas medicinales y una oración que realiza el curandero. El susto o espanto es otro padecimiento que es difícil de tratar con la medicina alópata, porque desde la mirada de los indígenas interfiere principalmente en la espiritualidad del individuo y se cree que, al momento de sufrir un susto, el espíritu se mantiene en un estado estático y, por tanto, necesita que otro espíritu le ayude a salir, mediante oraciones y el contacto con los agentes que intervinieron, o en su caso con aislamiento de ellos (Lucas Campo, 2019).

2.3 Conocimientos indígenas en el área de la salud

La OMS reconoce que la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social. Por tanto, todo ser humano tiene derecho a la salud, y tiene la libertad de optar por el modelo de atención que más se ajuste a sus necesidades, considerando la diversidad cultural del país y las múltiples formas de atención a la salud que estén insertas en su contexto (Organización Mundial de la Salud OMS, 2021). El concepto de medicina indígena se relaciona con los diversos tratamientos y prácticas autóctonas que realizan los pueblos originarios. Antes de la conquista española la salud estaba relacionada de acuerdo con un estilo de vida en donde la nutrición, la organización social y la religión eran reconocidos como la base principal

para el equilibrio e integración del individuo con el cosmos; mientras que por enfermedad se entendía el desequilibrio y desintegración (Torres et al., 2014).

Así, en la cultura totonaca, la salud y la enfermedad se relacionan con procesos integrales donde los padecimientos están relacionados con aspectos espirituales, morales y sociales, no solo son explicados desde la fisiología del cuerpo humano. Es decir, su lógica trasciende cualquier mirada occidental en donde no caben estas interpretaciones y sentires, y en donde por supuesto, los significados anclados a la cosmovisión vienen a ser irremplazables (Lucas Campo, 2019).

Desafortunadamente no existen evidencias históricas de la atención de salud indígena, pues las fuentes escritas proceden casi todas de los años subsecuentes a la conquista española. No cabe duda de que son los escritos testimoniales, algunos de ellos redactados por indígenas que practicaban la medicina desde antes de la llegada de los españoles, así como otros textos que fueron escritos por quienes lo hacían siguiendo la tradición de sus mayores, y, otros más que perduraron desde las confirmaciones de los españoles que eran testigos de cómo se practicaba la medicina, y que en oportunidades se beneficiaron de esta; los que de alguna manera permitieron que hasta el día de hoy se conozca con más certeza sobre este tipo de intervención médica. La medicina prehispánica entonces, es la suma de datos y conceptos procedentes del México central que responden a una tradición indígena anterior a la conquista y que era practicada al momento de la llegada de los españoles (Viesca, S. F.).

Desde la cosmovisión indígena totonaca, la salud y la enfermedad se relacionan directamente a los órganos del cuerpo, como también a la representación con los signos de los días del calendario de los soles. El hombre es considerado un microcosmos, donde se representan y actúan todos los sectores del universo; lo que permite establecer un orden y significado que permite comprender el funcionamiento del organismo. Se cree en la existencia de un ser espiritual energético que habita en el organismo, el cual está en tres órganos con mucha energía: el cerebro (*tonalli*), el corazón (*yolotl*) y el hígado (*ihiyotl*), que son capaces

de causar enfermedad en sí mismos o a otros seres que los rodeaban (Torres et al., 2014).

2.3.1 El buen vivir y la salud

El derecho a la salud es un derecho humano, que está relacionado con el buen vivir en plenitud, desde los conocimientos y formas de percibir la salud en la cosmovisión indígena, que tiene que ver con la salud de los ecosistemas, la salud en manos de la comunidad, la salud integral. El buen vivir se esfuerza por construir comunidades y sociedades, donde lo individual y lo colectivo vivan en plenitud y armonía con la naturaleza, y donde la razón económica sea compatible con la ética y el sentido común. Este es un paso cualitativo importante en la transición del desarrollo sostenible y sus múltiples sinónimos a otra visión más rica y compleja. No es una alternativa de desarrollo: es una alternativa al desarrollo (Bobatto et al., 2020).

Desde la cosmovisión indígena totonaca el buen vivir se entiende como las antiguas prácticas de vida (*xamakgan talataman*) engloba todos los aspectos relacionados en el proceso de vida del ser humano, y conciben al mundo al servicio del otro y al entorno como en permanente equilibrio y armonía, que el hombre no le pertenece a la naturaleza, sino que el hombre es parte de la naturaleza, y de manera conjunta forman un todo para sobrevivir (León Uscátegui, S. F.).

La forma de vida de los ancestros en su relación con cada uno de los elementos de la naturaleza como: aire, fuego, agua y tierra, elementos fundamentales para la vida, conforman un todo y no se separan, están tejidos por un fino hilo que no se ve ni se toca y el ser humano es la parte mínima de ese universo, pero encuentra su armonía gracias a la interacción con esos elementos. Esta ideología es precisamente por las formas de convivencia que realizan dentro de su cultura, la cual se enfoca en el equilibrio de la naturaleza y sus elementos que

permiten alcanzar una vida plena satisfaciendo las necesidades básicas en la alimentación, salud, educación y organización (Marín Ruiz, 2010).

La relación con la naturaleza y el trabajo con la tierra, específicamente en la invención de la milpa, permitió a los pueblos tener una alimentación de calidad. Asimismo, los conocimientos sobre el cuerpo humano, las plantas, animales y minerales fueron las bases para ofrecer una inigualable salud; la educación eficiente para formar y capacitar a sus hijos para el desarrollo civilizatorio y así mantener el propósito social. Esto permite desarrollar un sinfín de conocimientos que asegura alcanzar un desarrollo social; un lenguaje artístico que les faculta expresar y percibir la vida como algo inmenso y maravilloso, que está relacionado con la naturaleza y el cosmos. Un complejo y eficiente sistema de organización social que permitía desarrollar obras monumentales, aunque tardaron varias generaciones para concluirse mantuvieron su propósito original (Marín Ruiz, 2010).

El buen vivir se relaciona con la armonía con la madre tierra, con el cosmos, con la historia y con los ciclos de la vida; todo está interconectado, interrelacionado y es interdependiente, por lo que debemos vivir en equilibrio con todas las formas de existencia aprovechar de la naturaleza solo lo necesario para vivir, cazar solo lo permitido y sembrar respetando las costumbres o tradiciones, pedir permiso a las deidades para modificar, aprovechar la naturaleza y agradecer por lo que nos ofrece (Marín Ruiz, 2010).

Por tanto, desde la cosmovisión totonaca, el *xamkagan talatam* implica la adaptación del individuo en el entorno para mantener el equilibrio, aplicando y retomando las enseñanzas y conocimientos ancestrales a través de la revaloración, reapropiación de dichos saberes y conocimientos tradicionales en un ambiente de interculturalidad y respeto mutuo (Altmann, 2016). Pero con la invasión europea y, especialmente, con la expansión de la modernidad aumentaron las diversas transculturaciones con una concepción de la vida en un mundo material; la imposición de ideologías occidentales permitió el desplazamiento de los conocimientos ancestrales de nuestras culturas. Posteriormente, con la llegada de los españoles, las culturas originarias sufren diversas transformaciones en su

organización, reordenamiento territorial y social, los colonizadores imponen sus formas de gobierno, no sólo despojan de bienes materiales, sino también de sus prácticas culturales (Maj-Lis, 2002).

Desde este punto comienza un desequilibrio en el entorno del ser humano que limita su percepción de la vida y su proceso de vida social. En las culturas indígenas, las enfermedades de etiología sobrenatural siempre han predominado desde tiempos históricos; por lo que identificar que un padecimiento es causado por los espíritus es importante para un buen diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, el padecimiento debe ser atendido de forma integral en su contexto biológico, psicológico y de diversidad sociocultural (García de Alba, 2012).

2.4 Noción de salud indígena y occidental

La salud mantiene conceptos desde dos miradas distintas, en el sistema indígena, donde a la gente le interesa la eficacia de un remedio para un padecimiento; sin embargo, los tratamientos no tienen precio porque la ideología de pago está relacionada con el reconocimiento y agradecimiento. Esto implica el valor sentimental con el enfermo; el compartir con el médico tradicional los productos más valiosos de la familia, porque la prioridad es curar al enfermo para su integración en la sociedad. No obstante, en el sistema occidental estos conceptos no están relacionados sino todo lo contrario, el cuidado a la salud se convierte en una mercancía cuya categoría mediadora es el consumismo y por tanto solo las personas con capacidad de pago cuentan con garantía de acceso a la atención de salud (Gómez et al., 2011).

Es así que la situación es disimulada con habilidad en los nuevos sistemas de la salud que ofrece el gobierno, en los que el enfoque se dirige a desarrollar el consumo de asistencia y de tratamiento de la enfermedad, lo que sin duda está ligado desde el aspecto económico a la generación de ingresos económicos para las empresas e instituciones. Todo ello promueve la desigualdad estableciendo las

clases sociales; donde el más pobre tiene menos facilidad de acceso a la atención de la salud (García de Alba, 2012).

2.4.1 Proceso salud-enfermedad y buen vivir

El buen vivir está estrechamente relacionado con la salud, implica la cosmovisión y comprensión de salud para su atención, no solo desde la mirada científica, sino también contempla los saberes y todos los elementos que abarca el espacio social en donde se desarrollan las personas. Actualmente este espacio atraviesa una crisis por la manera de vivir de la sociedad, tratando de alcanzar la modernidad y globalización, donde los pueblos originarios han experimentado una transición alimentaria caracterizada por el reemplazo del consumo de alimentos tradicionales por el de alimentos industrializados de alta densidad energética y baja calidad nutricional (Islas et al., 2021).

En consecuencia, esto conlleva a una lucha diaria en la obtención de ingresos para adquirir cosas innecesarias y consumir alimentos procesados bajo la idea errónea de una mejor vida, influenciados por la publicidad y mercadotecnia. De esta manera, se van quedando atrás los productos del campo, por considerarlos de menor valor; la mayoría de las familias dejan el campo y migran a la ciudad para alcanzar una vida mejor. De este modo, un mal concepto de buen vivir impuesto desde el pensamiento occidental, sigue un camino de autodestrucción al preferir productos industrializados que afectan la salud, desarrollando diversas enfermedades crónicas. Por tanto, la mejora de salud no solo está relacionada con la atención por parte de los médicos sino más bien implica las acciones individuales y colectivas (León Uscátegui, S. F.).

En este sentido, el sistema de atención médica actual necesita desarrollar un enfoque integral que reconozca la diversidad epistemológica, para la recuperación de los conocimientos suprimidos o marginalizados, que son fundamentales en el proceso de vida de la población originaria; para ello es necesario tomar en cuenta la perspectiva de los usuarios y actores para realizar una práctica de salud

comprehensiva, de calidad y con pertinencia. Conocer los valores y tradiciones; así como el significado y el sentido que le dan las personas al proceso de salud-enfermedad-atención resulta muy importante para la aplicación exitosa de programas de salud. A partir de ello será posible construir nuevos conocimientos y producir alternativas mediante un diálogo y trabajo intercultural entre el sistema de salud occidental y la medicina tradicional sin destruir la identidad, manteniendo una relación horizontal y dejar a un lado la verticalidad autoritaria (García de Alba, 2012).

La práctica de esta concepción implica el desafío constante de llevar a cabo la descolonización y la despatriarcalización en la vida cotidiana de las personas, instituciones y organizaciones, para democratizar todos los espacios en los que se desarrolla la vida y liberar las diversas opresiones de forma que se realice la justicia para los pueblos, mujeres y la madre tierra (Bobatto et al., 2020).

2.5 Derecho a la salud en pueblos indígenas

En la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (Naciones Unidas, 2008), en el artículo 24 se establece que los pueblos indígenas tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud; a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, y el estado tomará las medidas necesarias para lograr que el derecho sea plenamente efectivo.

Así mismo, el convenio número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su artículo 25 establece que los gobiernos deberán velar por la disponibilidad de los servicios de salud adecuados para los pueblos interesados, proporcionando los medios necesarios para la implementación y prestación de tales servicios, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. Todo ello debiendo planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados; tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales; así

como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (OIT, Organización Internacional del Trabajo, 2014).

Por otro lado, en México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2021), en su artículo 2 apartado B, fracción III, obliga al Estado a asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud para las comunidades originarias. De la misma manera, la ley General de salud en su artículo 27, fracción X establece que se deberá prestar asistencia social a los grupos más vulnerables en especial a las personas pertenecientes a las comunidades originarias (Ley General de Salud, 2022). No obstante, la existencia de leyes que establecen el derecho de las comunidades originarias al acceso de salud, no garantiza la práctica de este derecho, pues existen diversas violaciones en materia de salud, como la negativa o inadecuada prestación del servicio, negativa de atención médica, negligencia médica, discriminación etc. Son diversas situaciones que sufren los usuarios en las instituciones de salud pública (Chávez y Carpio, 2018).

A pesar de las aspiraciones de igualdad y justicia establecidas en el marco constitucional, la sociedad mexicana se caracteriza por marcadas desigualdades socioeconómicas y expresiones de discriminación. Estas inequidades sociales afectan sistemáticamente a las poblaciones indígenas e influyen en sus condiciones de salud; así como en la respuesta del sistema para atenderlas. De este modo, a fin de promover la equidad en salud entendida como igualdad de oportunidades de los seres humanos, que permita desarrollar al máximo sus capacidades y con ello eliminar las desventajas en el estado de salud de las personas originarias, es necesario desarrollar estrategias para abordar y transformar los problemas que generan desigualdades en la estructura social (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020).

2.5.1 Estrategias generadas por el gobierno ante las limitaciones al acceso a servicios

Con el propósito de atenuar estas barreras geográficas, la Secretaría de Salud ha implementado la construcción de clínicas y casas de salud cada vez más

cercanas a la población, además de programas específicos con el propósito de llegar a las regiones más apartadas en una estrategia de ampliación de la cobertura, la extensión de los servicios con equipos itinerantes y auxiliares de salud (Secretaría de Innovación y calidad, 2008). En relación con las barreras económicas, se instituyó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud, conocido popularmente en México como el Seguro Popular a través del cual, se impulsa el aseguramiento universal y de los segmentos de población más vulnerables, como los niños, las mujeres y la población indígena (Secretaría de Salud, 2014).

En contraste, aunque las diferencias entre la medicina indígena y la biomédica han sido consideradas por algunos como irreconciliables, existen ejemplos de experiencias en materia de articulación entre ellas, que permiten vislumbrar la posibilidad de crear nuevos pactos que avancen en la creación de servicios de salud verdaderamente interculturales como el Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla que ofrecía las dos medicinas, la indígena y la alopática con proyección regional, aunque en diversos periodos ha sufrido varias transiciones por cuestiones administrativas y presupuestarias, gracias a la iniciativa de funcionarios estatales, el reposicionamiento político de los indígenas en el país y la disponibilidad de recursos internacionales del Plan Puebla Panamá han mantenido actualmente como Hospital Integral con Medicina Tradicional (Duarte-Gómez et al., 2004).

2.6 Atención primaria en comunidades indígenas

La atención primaria a la Salud en México, abarca el conjunto de las acciones de atención a la salud que incluyen todos los niveles de atención del sistema de salud, y contempla la promoción de la salud, la prevención, la curación, la rehabilitación y la atención paliativa. Esto es, no se restringe a la atención en el primer nivel sino incluye a las Redes Integradas de Servicios de Salud que permiten a las personas acceder al nivel de complejidad de servicios, ambulatorios u hospitalarios, que requieren para la atención de su padecimiento (Gobierno de Mexico y Secretaria de Salud, 2019).

En el proyecto denominado “La calidad de acceso a los servicios de salud desde la perspectiva cultural de las familias totonacas”; está enfocado en dar a conocer la prevalencia de las desigualdades sociales en el ámbito de salud en los grupos étnicos, específicamente a la población totonaca del municipio de Huehuetla, que a pesar del reconocimiento de la diversidad cultural en el país, es notoria la diferencia en la coexistencia de dos civilizaciones: la mesoamericana y la occidental, donde la cultura occidental se impone sobre la otra creando desigualdades en relación a la atención de salud de los usuarios indígenas (Bonfil Batalla, 1987).

La primera barrera que enfrentan los indígenas al tratar de acercarse a los servicios de salud es la del acceso a dichos centros, dado que la mayoría vive situaciones de rechazo al solicitar atención médica, en ocasiones ni siquiera tienen la oportunidad de ser escuchadas, debido a que son juzgadas por la vestimenta, incluso el personal del hospital cataloga a las personas indígenas como sucias y se resiste a atenderlas, los dejan esperando por varias horas, dicha situación no hace más que visibilizar el racismo que se ejerce contra el indígena (Hurtado-Saa et al., 2013). A diferencia de los usuarios del centro (no indígenas o caciques), los cuales son reconocidos por su apellido y tienen un trato preferencial en la atención, pasando a la consulta en el menor tiempo de espera, sin respeto del turno de otros usuarios; de esta manera se puede notar el predominio del estatus social que se impone sobre los usuarios indígenas (Hernández Loeza, 2012), dicha condición se vive en la mayoría de los pueblos originarios.

Por otro lado, el modelo occidental de atención a la salud ha desplazado las prácticas tradicionales, a excepción de algunas parteras, hueseros, curanderos; son pocos y muy limitados, pero de alguna manera también son controlados por el Sistema Nacional de Salud, porque para llevar a la práctica estos conocimientos deben de recibir una capacitación para alcanzar la certificación. En ese sentido, aun cuando se reconoce la autonomía de las prácticas medicinales, prevalece el dominio del sistema de salud occidental, por tanto, los médicos tradicionales dejan de lado la práctica propia por estar condicionados. De esta manera se afirma

ideológicamente la superioridad de los conocimientos occidentales en todos los órdenes de la vida y en consecuencia, niega y excluye a la cultura indígena (Bonfil Batalla, 1987).

Es por ello que resulta necesario reconocer la diversidad cultural de un país, para alcanzar una convivencia armónica, inclusiva y respetuosa, para que las políticas y programas atiendan la realidad, promoviendo la valoración de las diferentes identidades que conforman un país, para abordar las disparidades socio económicas muy marcadas que limitan el acceso a los servicios de salud en el ámbito clínico; perjudicando principalmente a los grupos indígenas y a la población rural ubicada en sitios apartados de las diferentes regiones del mundo (Flores-Hernandez et al., 2019).

2.7 Modelo de atención de salud intercultural: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla

El Hospital de Cuetzalan representa un intento de llevar la medicina a la población indígena y poner en práctica la teoría indigenista para la atención intercultural. Sin embargo, el proyecto original ha cambiado de dirección en varios momentos, según el contexto histórico, debido a influencias sociales, políticas nacionales e internacionales y personales. Los cambios ocurridos en el hospital de un período a otro reflejan la falta de continuidad y unidad de las políticas implementadas. Asimismo, existe un sector salud impulsado por un modelo biomédico excluyente que históricamente no ha sido permeable a la participación de otras culturas médicas; sin embargo, la política indígena, que en general favorece un enfoque holístico y multidisciplinario, y promueve la interculturalidad y el conocimiento de la medicina tradicional (Duarte-Gómez et al., 2004).

A pesar de los esfuerzos del sector gubernamental y el Instituto Nacional Indigenista, en implementar algunos aspectos de las políticas y acuerdos internacionales, como la intersectorialidad, el respeto y apoyo a la medicina tradicional y algunas adecuaciones interculturales en los servicios, no se logró dar voz y autonomía a las comunidades para decidir su relación con la biomedicina.

Esto se explica por el poder del campo médico, los servicios de salud siguen siendo, en términos generales, culturalmente homogéneos, impuestos desde arriba y excluyentes de otras alternativas diferentes, donde se mantiene la idea de que los indígenas carecen de conocimientos sanitarios, lo que representa un esfuerzo insuficiente en el logro de una verdadera medicina intercultural en el sistema de salud mexicano (Duarte-Gómez et al., 2004).

2.8 Cobertura y situación actual de la atención a la salud en México

La fundación del sistema nacional de salud se remonta a 1943, cuando se estableció la Secretaría de Salud (SS), la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores (ISSSTE) para cubrir a los empleados del sector público y sus familias. Durante este periodo y hasta el 2003, la población no cubierta por el seguro social, principalmente la más pobre, era considerada como un grupo residual atendido por la SS con una fuente de financiamiento incierta y programas de beneficios mal definidos. Esta población tenía acceso a unidades de servicios de salud operadas a nivel estatal y federal a cambio de un copago o cuota de recuperación al utilizar los servicios, y aunque ajustados por nivel de ingresos y con importantes subsidios, contribuía a la alta proporción de gasto de bolsillo como fuente de financiamiento de la atención médica (Frenk et al., 2007).

Debido a las restricciones presupuestarias, la escasez de medicamentos en estas unidades médicas es común y a menudo expone a estas poblaciones a costos de desembolso adicional (Frenk et al., 2007).

Al mismo tiempo, existe un grupo heterogéneo y mal regulado de proveedores de servicios privados, que atienden y continúan atendiendo, tanto a las familias no aseguradas, como a las aseguradas que cuentan con capacidad de pago de sus servicios. Así, desde sus orígenes, el sistema de salud de México se ha

organizado sobre la base de un modelo segmentado, caracterizado por la separación del derecho a la salud entre asegurados del sector asalariado, el formal y los no asegurados. Cada segmento de la población recibe servicios de salud a través de instituciones integradas verticalmente, cada una de las cuales es la única responsable de administrar, financiar y atender sólo a ese grupo de población (Frenk et al., 2007).

En México, el 50% de las poblaciones indígenas reside en localidades rurales, de los cuales, el 79% son pobres y 39% son extremadamente pobres. Algunos autores atribuyen estas diferencias a factores culturales; sin embargo, las cosmovisiones, idiomas o tradiciones indígenas no explican las desigualdades en salud. En este sentido, se sabe que las desigualdades son producto de formas de organización social donde las poblaciones indígenas dependen unas de otras, y han sido subordinadas por la estructura social estratificada, basadas en ideas y sistemas de creencias racistas y que se manifiestan en prácticas de discriminación que se reproducen en todos los ámbitos de la vida, incluyendo el sistema de salud (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020).

De este modo, el mayor desafío que enfrenta el actual sistema de salud mexicano, es encontrar alternativas para fortalecer la integración, de manera que se garantice un conjunto de intereses comunes para todos, y se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema de segmentación; logrando así la universalidad e igualdad en el ejercicio del derecho a la protección de la salud, especialmente de las comunidades menos favorecidas (Gómez, 2011).

Existen diversos estudios relacionados al acceso a los servicios de salud realizados en comunidades originarias, donde se ha evidenciado la discriminación a la cual son sometidos los indígenas, asociada con la exclusión en los procesos de estructuración de los programas, la cultura y la resistencia a dejar de ser nómada (Martínez y Torres, 2018). Asimismo, otra investigación relacionada a las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de *Rabinal* en Guatemala demostró que las barreras geográficas (distancia y con la escasez de transporte), económicas (altos precios de las consultas y de los medicamentos),

culturales (la lengua) y la concepción cultural de la medicina por parte de la población; así como las desigualdades en el trato recibido tienen gran influencia en la atención médica y el acceso a los servicios. Esto conlleva a que la esperanza de vida de los indígenas es diecisiete años menor que la de los ladinos, alcanzando a su vez el nivel más alto de mortalidad materna (Hautecoeur et al, 2007).

En este sentido, se realizó una búsqueda sistemática en el buscador *Google scholar* para ver en los últimos 5 años los estudios relacionados con las variables de estudio: acceso y calidad en los servicios de salud en comunidades indígenas donde se obtuvo un resultado de 4 estudios en diversas localidades originarias, que coincidieron en las limitaciones geográficas, mala atención médica y tratos por parte del personal de salud; así como falta de insumos médicos (Tabla 1).

Tabla 1. Revisión bibliográfica de estudios relacionados con el acceso y calidad de los servicios de salud en poblaciones originarias.

Autor	Año	Tipo de estudio	Objetivos	Resultados sobresalientes sobre calidad, acceso a servicios de salud	Enlace
(Juárez-Ramírez et al., 2020).	2020	Descriptivo, cuantitativo y cualitativo	Analizar las barreras que enfrentan las mujeres indígenas para acceder a la red de servicios obstétricos.	Falta de acceso oportuno a la atención por: horarios de apertura; No hay personal calificado; Falta de accesibilidad al servicio; falta de información sobre los procedimientos a seguir.	https://www.scielo.org/pdf/ga/2020.v34n6/546-552/es
(Perezzi et al., 2018).	2018	Estudio transversal	Analizar la percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud en un hospital asistencial.	Dimensión Seguridad	https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2018.v44n2/325-343/es
(Galicia y River, 2017).	2017	Cualitativa	Indagar las condiciones de acceso a los servicios de salud de comunidades indígenas Mazahuas, Otomíes y Purépechas	Accesibilidad geográfica, trato brindado, discriminación, servicio de mala calidad.	https://www.repositorioinstitucional.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/939/3/Joselin%20Galicia%20%20Evelyn%20Rivera_PS.pdf
(Arrivillaga et al., 2016).	2016	Estudio de validación	Diseñar y validar una encuesta de acceso a servicios de salud dirigida a hogares en Colombia	Acceso a servicios curativos, percepción de mala y muy mala calidad de la atención, acceso a medicamentos.	https://www.scielo.org/pdf/ga/2016.v30n6/415-420/es

2.9 Caso de Huehuetla, Puebla

Un factor importante de las condiciones de vida en el municipio de Huehuetla, es la cobertura de los servicios de salud ofrecidos por las instituciones públicas. En 2020 se reportó que más de la mitad de la población cuenta con un seguro social, resultando una cobertura del 79.9% en total, dentro de esta afiliación el 49.1% está afiliada al Instituto de Salud para el Bienestar, 9.3% al ISSTEP, 7.2% al ISSTE y el 3.0% al IMSS. Debido a que el hospital comunitario es la única institución pública de la secretaría de Salud que brinda atención médica a los habitantes de la localidad, la atención se concentró en un 10.3%, en consultorio privado el 2.48% y consultorio de farmacia el 2.12% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2020).

Por tal motivo, es necesario realizar una investigación profunda para conocer los distintos factores que limitan el acceso, la calidad y pertinencia de los servicios de salud que brinda el hospital comunitario de Huehuetla, mediante una investigación mixta y participativa con los agentes involucrados para propiciar la prestación de un servicio con enfoque intercultural y así coadyuvar a la mejora de la atención médica, de manera oportuna y pertinente a la población totonaca en el hospital comunitario de Huehuetla.

2.9.1 La investigación desde la visión émica

La investigación es un medio para conocer algunas prácticas y conocimientos de una comunidad que reúnen características específicas, dichas características determinan que sean únicos y que sus resultados sean variables a la realidad desde la mirada de su población, debido a la forma de producir estos conocimientos generalmente es controlada bajo instituciones académicas occidentales lo que implica que el investigador adapta los datos recopilados a un lenguaje y escritura universal y se convierte en un reto difícil la exposición directa de las voces de los participantes (Corona y Kaltmeier, 2012).

La comunicación se dificulta por el lenguaje de la población de estudio al momento de extraer, lo que implica la necesidad de buscar un traductor al momento

de recopilar la información, esto no garantiza que la información sea totalmente verídica porque al momento de traducir podría desviarse de la realidad por el traductor, porque cada sujeto construye un sentido de interpretación a partir de varias ideas para transmitir en palabras propias y hacerlo comprensible (Corona y Kaltmeier, 2012). En cambio, cuando el investigador pertenece a la comunidad existe facilidad de comunicación y comprensión por formar parte del contexto social en el que se desarrolla la investigación, la cual facilita la cooperación y trabajo en conjunto durante el proceso de investigación, porque pretende lograr una equidad entre investigadores e investigados para alcanzar un mutuo beneficio (Corona y Kaltmeier, 2012).

El proyecto de investigación parte de una problemática observada dentro de la institución de salud en el hospital de Huehuetla, durante mi servicio social de agosto 2019 a julio 2020, en la cual se identificó que no se brinda atención de calidad a la población, por lo que fue necesario realizar un diagnóstico comunitario para confirmar o negar la problemática, los resultados confirmaron la presencia de la problemática identificada lo que conlleva a seguir trabajando en el proyecto de investigación.

El interés por intervenir en dicha problemática es por pertenecer a la misma cultura, y por empatía con la situación de cada individuo, así mismo se generaliza con toda la población, por tanto, es necesario buscar una solución donde la población reciba atención de calidad al solicitar una atención de salud, aunque la situación se complica al formar parte del mismo sector que ejerce esta acción de desigualdad, a pesar de no formar parte del personal de salud del hospital. Sin embargo, surge otra identidad al pertenecer al mismo grupo social, en primera instancia genera conflicto al posicionarse en ambos grupos, pero después de analizar se encuentran ventajas, el formar parte de dos grupos sociales, implica pensar de dos formas desde el sujeto que brinda la atención y como sujeto susceptible a recibir atención, lo cual permite una mejor observación y análisis.

Los pueblos originarios se cansan de ser sujetos de investigación, consideran que se acercan a ellos para extraer información solo para beneficio del investigador y no para quienes proporcionan la información, en ningún momento se preocupan por devolver o compartir los resultados obtenidos, una forma de beneficiar a la

población sujeta de investigación es mediante la incorporación de la investigación-acción donde se desarrolle una propuesta de intervención dentro de la investigación (Aubry, 2011). Para no replicar la investigación extractivista el trabajo incluye la acción participativa con un proyecto social que busca mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, la calidad en la atención y la pertinencia de acuerdo con la cultura; el proyecto pretende que las estrategias de atención sean propuestas de manera interna por los usuarios y actores participantes, y que no sea impuesta por el investigador desde su educación o mirada occidental.

CAPÍTULO 3. ASPECTOS PROCESALES DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se describe la problemática de investigación, los objetivos, la metodología de estudio y de intervención, para proponer estrategias de solución a la problemática mediante la participación de los actores involucrados. Así también se elaboran instrumentos de evaluación de las propuestas establecidas.

3.1 Planteamiento del problema

Las implementaciones de sistemas de salud de calidad surgen como respuesta social para atender las necesidades de salud de la población que optimicen la atención médica en todos los contextos, y respondan a las cambiantes necesidades tanto demográficas, epidemiológicas políticas y sociales (Saturno-Hernandez et al., 2015). No obstante, a pesar de los esfuerzos que se han hecho, aún quedan varios pendientes en materia de atención médica en clínicas comunitarias, incluyendo recursos humanos e infraestructura. En estos rubros, las comunidades indígenas del país, tal y como sucede en otros aspectos del desarrollo social, son las más desprotegidas y a las que la atención les llega, no solo de manera tardía, sino incluso con limitaciones (CNDH, 2018).

Por otro lado, existen diferentes barreras sociodemográficas, étnicas y lingüísticas que limitan el acceso a los servicios de salud para la comunidad totonaca; las cuales condicionan al uso de los servicios públicos de salud, haciendo que la población muestre desinterés en la práctica de la promoción de salud y la atención médica, aún en la presencia de enfermedades. De esta manera, aumenta el número de pacientes con diferentes comorbilidades, que no son atendidas por desconocimiento de las complicaciones o por falta de atención adecuada por los prestadores de servicios de salud; lo cual refleja la baja capacidad de respuesta del primer nivel de atención y la ineficiencia de los sistemas (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2017).

Asimismo, es bien sabido que, un gran número de servicios públicos no toman en cuenta las diferencias de las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo; lo que genera barreras organizacionales al interior de los servicios de salud, limitando

significativamente el acceso efectivo a los servicios y la atención médica deficiente (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2007).

En este sentido, surgen las preguntas del problema con la finalidad de conocer:

¿Cuál es la situación que presenta la población sobre el acceso, la calidad y pertinencia a los servicios de salud recibidos en el Hospital comunitario de la localidad?, especialmente de la población totonaca perteneciente al municipio de Huehuetla, Puebla.

¿Cuál es la satisfacción del usuario con respecto a la calidad de atención que recibe del personal de salud en el hospital comunitario de Huehuetla?

¿Qué factores influyen en la calidad de la atención en salud a los pacientes en el hospital de Huehuetla?

¿Cómo se aborda la diversidad cultural en los servicios de salud del hospital comunitario de Huehuetla?

3.2 JUSTIFICACIÓN

La localidad de Huehuetla cuenta con un hospital comunitario de salud para la atención de primer nivel. Es la unidad de salud más cercana que tienen las familias totonacas para recibir atención; sin embargo, existen deficiencias en la atención de salud dentro de la comunidad. En este sentido, aunque la Secretaría de Salud ha implementado la construcción de clínicas y casas de salud cada vez más cercanas a la población con el propósito de disminuir las barreras geográficas; la escasez de personal, material y equipos de salud limita significativamente la atención oportuna y eficiente a las poblaciones vulnerables.

Aunado a lo anterior, las barreras lingüísticas limitan la relación paciente-personal de salud, que reduce de manera dramática el acceso a un servicio de salud digno. Estos aspectos conllevan a la insatisfacción por parte de los usuarios de la calidad que brindan los centros de salud, pues las poblaciones originarias reportan menor resolución a sus necesidades derivada de carencias en insumos e infraestructura, como se hace evidente cuando refieren un menor surtimiento de medicamentos o de realización de exámenes de laboratorio en la misma unidad (Flores-Hernandez et al., 2019). De este modo, observamos que la creación de unidades de salud en las comunidades no garantiza el acceso de salud con calidad.

Por otro lado, la satisfacción de los usuarios sirve como un indicador de resultados, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y las características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad); así como evaluar el resultado (cambios en el estado de salud) y la percepción general de la atención recibida (Ramírez-Sánchez et al., 1998).

Por tanto, la calidad de atención que se ofrece a los usuarios influye de forma directa en el ámbito económico de la población; puesto que, si se brinda un tratamiento adecuado y una atención justa en los servicios públicos disminuiría la recurrencia a las consultas particulares y en automático el ahorro de la economía familiar. De este modo, el acceso pertinente a los servicios de salud y la calidad de atención, son determinantes para que la población acepte el uso de estos servicios,

donde el personal comprenda las demandas de los usuarios y brinde una atención eficiente y eficaz de acuerdo con las necesidades de la población (Flores-Hernández et al., 2019).

Los pueblos indígenas de México enfrentan actualmente un patrón acelerado de transición epidemiológica, donde se combinan causas del rezago con males derivados de la modernidad, como la preferencia a los alimentos procesados. La condición desfavorable que tienen estos colectivos en materia de salud, se expresa en mayor mortalidad, morbilidad, desnutrición y falta de acceso a servicios básicos, incluyendo los de salud. Aunque se registran avances en algunos indicadores los pueblos indígenas mexicanos siguen presentando tasas mayores de mortalidad que la población no indígena, con una estimación de esperanza de vida que se calcula menor en tres a siete años que la no indígena (Gómez, et al., 2011). Por tal razón, nace la importancia de realizar este proyecto; ya que, aportará a mejorar la calidad de atención a los usuarios del Hospital Comunitario de Huehuetla.

Es necesario realizar la investigación desde el punto de vista de quien recibe la atención; debido a que la insatisfacción de los usuarios es un problema que se presenta a menudo dentro de las instituciones de salud. En espacios públicos de salud, se han expresado múltiples señalamientos sobre la manera de como las personas son tratadas cuando acuden a solicitar atención médica; la queja constante es la percepción de los usuarios respecto a las actitudes de indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación por parte del personal médico y de enfermería. Asimismo, indican que a los pacientes y sus familiares no se les escucha y no se les toma en cuenta sus opiniones respecto a lo que esperan de los servicios médicos; señalan también que es común el maltrato y regañones ante las creencias y prácticas que manifiestan sobre la salud y la enfermedad (Secretaría de Salud, 2014).

De igual manera, el estudio permitirá conocer cuáles son los factores que intervienen para que el usuario refleje insatisfacción con respecto al servicio de atención recibida; velar siempre para que no se produzcan actitudes de racismo, discriminación o simple desconsideración por parte de los sectores implicados en el acto asistencial, iniciando con acabar con las barreras internas, sobre lo que le corresponde recibir como atención médica, o la forma de entrar en el sistema

sanitario, aspectos que son susceptibles de mejora con labores de recepción y de información. Pero también hay que acabar con las barreras externas que sufren algunos ciudadanos cuando pretenden acceder al sistema sanitario, ya que por pertenecer a un grupo minoritario encuentran más dificultades que el resto debido al idioma e incluso por causas económicas (Boladeras, 2007).

Así también, permitirá obtener información relevante para mejorar y brindar un servicio de atención adecuado y pertinente para así lograr la satisfacción del usuario. Y, a partir de esta investigación podrá considerarse la atención desde una perspectiva de servicios "culturalmente competentes" donde se promueven ambientes positivos de atención a los usuarios, incorporando información acerca de los servicios que se otorgan, requisitos para obtener los servicios; con personal técnicamente capacitado y competente respetando la dignidad de los pacientes. Asimismo, promover en estas unidades el uso de adecuaciones al lenguaje que ayudan a promover una comunicación eficaz entre los usuarios y el personal (Secretaría de Innovación y calidad, 2008).

Por lo tanto, para favorecer la mejora de la atención y los servicios, es importante promocionar el desarrollo de competencias y habilidades interculturales y así fomentar respeto a los derechos de los usuarios a recibir un servicio por parte de personal competente y calificado.

3.3 HIPÓTESIS

La falta de insumos y la disponibilidad del personal para brindar un servicio de calidad tiene influencia negativa en la percepción que tiene la población sobre el acceso, la calidad y la pertinencia de los servicios de salud en el hospital comunitario de Huehuetla.

3.4 OBJETIVOS

3.4.1 Objetivo General

Conocer los distintos factores que limitan el acceso, la calidad y pertinencia de los servicios de salud que brinda el hospital comunitario de Huehuetla, mediante una investigación mixta y participativa con los agentes involucrados para propiciar la prestación de un servicio con enfoque intercultural y así coadyuvar a la mejora de la atención médica, de manera oportuna y pertinente a la población totonaca en el hospital comunitario de Huehuetla.

3.4.1.1 Objetivos específicos

1. Identificar desde la perspectiva de la población perteneciente al municipio de Huehuetla, Puebla, cuáles son los factores que influyen sobre el acceso, la calidad y la pertinencia cultural de los servicios de salud que reciben en el Hospital comunitario.
2. Evaluar la satisfacción que muestra la población sobre la atención médica que reciben los usuarios que acuden al Hospital Comunitario de Huehuetla, Puebla; así como recolectar experiencias sobre los servicios recibidos.
3. Detectar cuál es la situación actual que enfrenta el personal de salud en la prestación de los servicios, así como la relación usuario-personal de salud y cómo esta influye en la calidad de atención.
4. Diseñar un proyecto social participativo que incluya al personal de salud y a la población con el objetivo de mejorar la calidad de la atención en el Hospital Comunitario de Huehuetla como una institución culturalmente competente.

3.5 METODOLOGÍA

La presente investigación tuvo como objetivo principal conocer la situación de acceso, calidad y pertinencia cultural sobre los servicios de salud, que recibe la población totonaca en el hospital comunitario de Huehuetla. Se utilizó la metodología de investigación de carácter mixto para utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas para confirmar o corroborar resultados y efectuar una validación cruzada entre datos cuantitativos y cualitativos, aprovechando las ventajas de cada método (Hernández et al., 2014). Se utilizó este método por considerar que es el que más se adaptó a la complejidad del problema o fenómeno al estar constituido por dos realidades, una objetiva y la otra subjetiva.

La investigación tuvo como base epistemológica el paradigma socio-crítico y el método analítico como guía crítica para su investigación, además de incluir información bibliográfica que sustenta la importancia de la investigación. El paradigma socio-crítico “adopta la idea de que la teoría crítica es una ciencia social que no es puramente empírica ni sólo interpretativa; sus contribuciones se originan de los estudios comunitarios y de la investigación participante” (Alvarado y García, 2008).

3.5.1 Tipo de estudio

De acuerdo a los alcances de la investigación fue transeccional descriptivo porque se busca examinar la incidencia de una o más variables relacionados a los servicios de salud en una población, correlacional para conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más variables, exploratorio con alcance explicativo porque se enfoca en exponer por qué y en qué condiciones se manifiesta una situación, mediante este diseño se describió los servicios de salud a partir de las percepciones y experiencias de la población totonaca del municipio de Huehuetla, Puebla. Son, por tanto, estudios descriptivos y explicativos y debido a los alcances del estudio se formulan hipótesis que son proposiciones tentativas

acerca de las posibles relaciones entre dos o más variables, éstas son también descriptivas y explicativas (Hernández et al., 2014).

3.5.2 Área de estudio

El área de estudio fue el municipio de Huehuetla que se localiza en la sierra Norte de Puebla, longitud 97°39'40.32" W 97°34'43.32" W, latitud 20°01'24.60" N 20°10'19.56" N; donde el promedio de escolaridad es de 4.9 años, y el 84.52% de la población son hablantes de lengua indígena. En relación con la salud, se reportó que más de la mitad de la población cuenta con un seguro social, resultando una cobertura del 79.9% en total, dentro de esta afiliación el 49.1% pertenece al Instituto de Salud para el Bienestar, 9.3% al ISSTEP, 7.2% al ISSTE y el 3.0% al IMSS (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2020).

El nombre del municipio proviene de los vocablos náhuatl; "*huehue*", viejo y "*tla*" o "*tlan*", sinónimo de lugar lo que forma el significado de "lugar viejo". Es un asentamiento prehispánico fundado por grupos Nahuas y Totonacas. Se cree que éste es el pueblo más antiguo de los Totonacas, existen vestigios de que los españoles se establecieron en este lugar en el año de 1550 y tiene una superficie de 47.95 kilómetros cuadrados que lo ubica en el lugar 158 con respecto a los demás municipios del Estado (Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones México, 2018).

Esta investigación se dividió en 3 etapas: en la primera se contó con un universo de estudio constituido por 571 familias del municipio de Huehuetla. Se utilizó la fórmula de poblaciones finitas con un nivel de confiabilidad del 95%, con un margen de error del 5% donde se desconocen los parámetros de las poblaciones en la calculadora *Nest quest* (Aguilar-Barojas, 2005). Del universo de estudio se seleccionó de forma aleatoria una muestra representativa de 206 familias para hacer estudios descriptivos con base en el criterio de diferencia absoluta. También se contó con un total de 10 personas que laboran dentro de la unidad de salud, de los cuales 8 eran enfermeros, 1 médico, 1 administrativo y 8 usuarios del hospital los cuales hablaron de su experiencia en el hospital. Así mismo se entrevistó a usuarios que se encontraban dentro de la unidad de salud, para profundizar experiencias en relación con la atención de su salud.

En la segunda etapa, se contó con la participación de las autoridades locales en un diálogo participativo para la elaboración de una estrategia de intervención.

En la tercera etapa se contó con la participación de 2 hombres y 3 mujeres de la población, y autoridades del municipio, para elaborar una propuesta de atención intercultural. En la última etapa, se contó con la participación de 5 médicos tradicionales, 8 usuarios y 3 autoridades locales que se encargaron de evaluar mediante una escala de Likert, la pertinencia cultural y viabilidad de aplicación de la propuesta en alguna institución de salud; y también se evaluó el grado de participación del personal de salud en proyectos similares.

3.5.3 Etapa 1. Diagnóstico

La primera etapa cuantitativa, se identificaron los factores que influyen sobre el acceso, la calidad y la pertinencia cultural de los servicios desde la perspectiva de la población, mediante encuestas. Se realizó el diseño de un instrumento de recolección de datos semiestructurado, el cual se basó en una previa revisión bibliográfica sobre los instrumentos ya aplicados en investigaciones similares (Cabello y Chirinos, 2012), que permitió la generación de un instrumento previamente validado con una prueba piloto, el cual alcanzó una fiabilidad de 0.89 por alfa de Cronbach. Incluyó 40 preguntas que fueron clasificadas de acuerdo con las variables: acceso, calidad y pertinencia que ayudaron a conocer la situación de salud de la población totonaca (Anexo 1).

El cuestionario se aplicó a 206 familias de la localidad de Huehuetla, durante un periodo de 3 semanas (13 al 31 de diciembre del 2021). Los datos se recolectaron en un periodo de 10 días, donde las viviendas seleccionadas fueron visitadas por el encuestador de campo, pudiendo encuestar al jefe del hogar para obtener información sociodemográfica, y conocer la percepción que tienen acerca de los servicios de salud que brinda el hospital comunitario de Huehuetla. La encuesta permitió conocer la situación sobre el acceso a los servicios de salud, la calidad de atención que se brinda, la pertinencia cultural en relación con los servicios y las limitaciones existentes dentro del hospital comunitario, el cuestionario cumplió las normas éticas vigentes en el área de salud (Cabello y Chirinos, 2012).

La encuesta fue voluntaria y de carácter anónimo, previa lectura del consentimiento informado; y en caso de las personas que no sabían leer o solo dominaban la lengua materna, se les realizó la lectura en la lengua totonaca para su comprensión.

Para las técnicas de procesamiento y análisis de datos, se utilizó análisis de estadística descriptiva (frecuencia, proporciones), análisis bivariado para estudiar la relación entre la satisfacción y las barreras económicas, culturales y geográficas, en el Hospital Comunitario Huehuetla, y análisis multivariado para determinar las variables asociadas al nivel de satisfacción. Se complementó el diagnóstico con usuarios del hospital, para ello se seleccionó un número representativo de los usuarios que accedieron a algún tipo de servicio en el hospital en un día, para conocer sus opiniones sobre la calidad del servicio mediante un test de calidad validado (Ibarra Picón y Rúa Ramirez, 2018). Asimismo, se realizaron entrevistas sobre historias de vida en relación con la atención de salud para recopilar narraciones de experiencias, a fin de obtener datos cualitativos (Anexo 2). Por último, se realizaron entrevistas al personal de salud para conocer la condición de las instalaciones, así como los insumos con los que se cuentan para la atención de salud (Anexo 3).

En relación con el diagnóstico con el personal de salud del hospital se aplicó una entrevista abierta y solo se usaron preguntas guías, para dar mayor oportunidad de expresión previo a la lectura del consentimiento informado. Con el mismo procedimiento para los usuarios que compartieron de manera libre sus experiencias en relación con la atención de salud en el hospital comunitario de Huehuetla. Finalmente, con apoyo de un grupo focal, se generaron espacios de diálogo. Para las técnicas de procesamiento y análisis de datos, se realizó un análisis bajo las categorías de: atención, infraestructura e insumos, relación personal-comunidad, trabajo y reconocimiento para conocer la situación en el hospital comunitario. En relación con la atención de usuarios se usó un análisis de estadística descriptiva (frecuencia, proporciones) para identificar las condiciones del servicio de salud.

3.5.3.1 Variables

Variable independiente: el acceso, la calidad y pertinencia de los servicios de salud.

Variables dependientes: factores culturales limitantes, falta de estrategias de vinculación y falta de un modelo de intervención pertinente.

3.5.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

En la primera fase se incluyeron a todos los usuarios hombres y mujeres de 25 años en adelante, que hayan acudido al hospital comunitario de Huehuetla para su atención médica, que aceptaron participar. También se contempló al personal de salud que labora en el hospital y personas usuarias que se encontraban dentro del hospital por un servicio.

Exclusión: Usuarios que no pertenecen al municipio, usuarios menores de 25 años, y los que no aceptaron participar, alrededor de 10 usuarios que mencionaron no disponer de tiempo.

3.5.4 Etapa 2. Propuesta metodológica para la intervención comunitaria

En el marco de la investigación-acción participativa (IAP) se desarrolló la investigación de este trabajo (Martí, S.F.), por lo que, durante esta etapa de la investigación se diseñó una propuesta participativa, basado en los resultados obtenidos de la primera fase del trabajo, donde se identificaron las variables sobresalientes que presentó la población de estudio y la situación que enfrenta el personal de salud en la prestación de los servicios. Se contempló la participación de la población, personal de salud y autoridades de la localidad, a fin de generar un diálogo abierto sobre las oportunidades y acciones que pueden ser usadas para la mejora del servicio en relación con el acceso, calidad y pertinencia de los servicios de salud en el hospital comunitario de Huehuetla.

Para dar seguimiento al proyecto participativo, se realizaron invitaciones a diversas personalidades: director del hospital y módulo tradicional, médicos y enfermeras, regidora de salud, juez de paz; para acordar lugar, fecha y hora para la presentación de los resultados, sobre la percepción que tiene la comunidad en relación con la atención de salud que se brinda en el hospital comunitario de Huehuetla. Después de la presentación de resultados del diagnóstico comunitario se abrió un espacio de participación para escuchar la opinión de los participantes, a través de espacios de diálogo abierto para generar propuestas de intervención en el acceso, calidad y pertinencia de los servicios que brinda el hospital. En la tabla 2 se describen las metas, indicadores y estrategias propuestas para su desarrollo.

Tabla 2. *Metas, indicadores y estrategias para el desarrollo de la propuesta del proyecto de acción participativa en la comunidad.*

Objetivo específico 1. Plantear un diálogo entre el personal de salud y personal del módulo tradicional con la intervención del comité de comunidad del municipio de Huehuetla, a fin de conocer los conocimientos y saberes de ambos grupos para construir un modelo de atención intercultural para la prestación de servicios.		
Meta	Indicador	Estrategia
Construir estrategias alternativas de atención para mejorar la atención de salud	Percepción del personal de salud sobre conocimientos de atención por la medicina tradicional y alópata	Diálogo entre el personal de salud tradicional, alópata y comité de salud.
Objetivo específico 2. Diseñar una propuesta de atención de salud como resultado del diálogo inicial, a fin de generar la mejora de los servicios de salud y asistencia al hospital comunitario de Huehuetla.		
Meta	Indicador	Estrategia
Que el personal de salud y la población generen propuestas de atención intercultural	Generación de un comité multidisciplinario (personal de salud, población, autoridades del municipio) que permita el diálogo abierto	Análisis de la atención de salud desde la medicina tradicional y alópata con el personal de salud y comité de salud.

Objetivo específico 3. Desarrollar un taller de socialización con el personal de salud y personal del módulo tradicional con el fin de retomar y promover las prácticas del modelo de atención intercultural construido de manera colectiva.		
Meta	Indicador	Estrategia
Que el personal de salud reconozca y adopte prácticas interculturales en la atención de salud	Satisfacción del usuario Participación del personal tanto de médicos tradicionales y alópatas	Diálogo entre el personal de la medicina tradicional, alópata y comité de salud de la población.
Objetivo específico 4. Promover y dar seguimiento al uso del modelo de atención intercultural para la mejora de los servicios de salud al personal del hospital comunitario.		
Meta	Indicador	Estrategia
Que el personal de salud implemente las prácticas interculturales en la atención de salud	Satisfacción del usuario Estrategias que incluya la diversidad de atención	Taller participativo entre el personal de la medicina tradicional y alópata.

3.5.4.1 Plan de acción

1. Hacer la gestión de diálogo para la presentación de resultados. Invitar al director del hospital, regidora de salud, juez, médicos y enfermeras para que sean partícipes en el diseño de las estrategias de intervención con relación al acceso, calidad y pertinencia de los servicios de salud en el hospital comunitario de Huehuetla; posteriormente programar una reunión con estos actores principales y acordar fecha y hora para convocar a la población a una reunión donde se comisionará a un grupo de personas que representarán a la comunidad para el diseño de estrategias de intervención para abordar la problemática.
2. Diseñar una propuesta para abordar las necesidades identificadas en la población, relacionadas con el acceso y la calidad de los servicios; tomando en consideración al personal de salud y las autoridades pertinentes, a fin de ofrecer alternativas efectivas que mejoren el servicio manteniendo la pertinencia cultural. Todo ello realizado a través del diálogo cooperativo con

los autores, con la finalidad de proponer una estrategia de intervención basada en las propuestas participativas.

Para la formulación de este proyecto de acción participativa, previamente se realizó una búsqueda bibliográfica a fin de establecer herramientas eficientes que permitieran su aplicación en el grupo focal de estudio, lo que propició optar por el programa de enriquecimiento mutuo. Sin embargo, al no contar con participación adecuada ante la propuesta inicialmente diseñada, se observó la necesidad de reestructurar la propuesta, con la finalidad de buscar estrategias efectivas que ofrecieran alternativas de abordaje ante la problemática identificada. De este modo, se concreta la propuesta de atención desarrollada a través de la participación entre los distintos actores que identificaron los problemas relacionados a la atención de salud, esto permitió plantear alternativas de mejora mediante un procedimiento de atención a los usuarios del hospital comunitario de Huehuetla. Contiene las actividades que debe realizar el personal del hospital a partir del contacto inicial de un usuario, hasta que resuelve satisfactoriamente el motivo de su consulta, lo que permitirá ofrecer un excelente servicio.

La estrategia de intervención elaborada en un primer momento contemplaba la participación de todos los actores involucrados, sobre todo la participación del personal de la medicina tradicional y alópata para la toma de decisiones y acuerdos, sin embargo la falta de disposición de uno de los elementos contemplados conllevó a reestructurar la estrategia, se trabajó de manera conjunta con la población y autoridades, la participación y el aporte de estos grupos orilló a la elaboración de un modelo de atención de salud compartida entre la medicina tradicional y la alópata.

3.5.5 Etapa 3. Evaluación del proyecto social

Finalmente, en esta etapa se diseñó un instrumento de evaluación para conocer la pertinencia del proyecto de acción participativa diseñado; así como la pertinencia cultural y viabilidad de la propuesta a través de un diseño de evaluación con enfoque intercultural. Para ello se contó con la participación de diversos grupos de población, médicos tradicionales, población usuaria de los servicios del hospital

y autoridades locales, quienes a través de un instrumento de evaluación tuvieron la oportunidad de asignar una referencia calificativa acerca de la propuesta y la participación de actores involucrados. Dicha evaluación se realizó de manera individual y confidencial.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En este apartado se establecen los resultados obtenidos de acuerdo a las etapas de investigación, en relación al diagnóstico se describen las características de la población, los factores y la calidad de los servicios, así como la percepción de los usuarios y personal de salud. En la etapa de intervención se diseñaron modelos de atención que se fue reestructurando en colaboración con la población y autoridades, hasta alcanzar el modelo de atención compartida. Así también se establece los resultados de la evaluación intercultural de dicha propuesta.

4.1 ETAPA 1

4.1.1 Características sociodemográficas de la población totonaca del municipio de Huehuetla, Puebla.

La población de estudio estuvo conformada por un total de 206 participantes, de los cuales, el 80.6% correspondió a mujeres, el 59.3% indicó hablar *Tutunakú* o ser bilingüe. En cuanto al grado escolar, el 36% de la población participante no tenía estudios o contaba solo con la educación básica incompleta, y solo poco más del 25% contaba con bachillerato o formación técnica; donde el 70.4% de los participantes indicaron ser amas de casa. Asimismo, cuando se preguntó sobre la frecuencia de asistencia al hospital, el 60.7% de los participantes indicaron no asistir, y solo el 32.5% indicó que asistían regularmente (Tabla 3).

Tabla 3. Características sociodemográficas de la población perteneciente a Huehuetla.

Variables		(f)	%
Género	Femenino	166	80.6
	Masculino	40	19.4
Lengua	Totonaco	44	21.4
	Español	84	40.8
	Bilingüe	78	37.9
Dominio de Totonaco	Siempre	98	47.6
	Amigos/calle	37	18.0
	No lo uso	71	34.5
Grado Escolar	Ninguno	37	18.0
	Primaria Incompleta	37	18.0
	Primaria	43	20.9
	Secundaria	32	15.5
	Preparatoria	39	18.9
	Universidad	18	8.7
Ocupación	Desempleado	6	2.9
	Ama de casa	145	70.4
	Campesino/empleado	32	15.5
	Negocio propio	23	11.2
Acude al hospital	Si	67	32.5
	A veces	14	6.8
	No	125	60.7

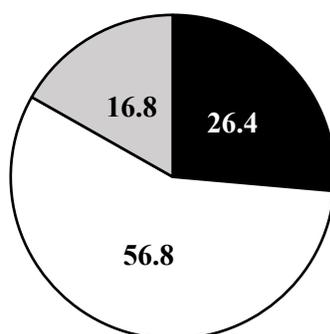
Posteriormente, se clasificó a los participantes de acuerdo con su frecuencia de asistencia al hospital y algunas variables sociodemográficas, donde los resultados mostraron que, de los participantes que más acudían al hospital, en su mayoría eran bilingües, contaban con un grado escolar menor al básico, usaban vestimenta “moderna” y usaban el español en todo momento. En contraste, la población que indicó no acudir al hospital, en su mayoría era hablante sólo de español (44%), contaba con un nivel superior al básico; sin embargo, en su mayoría también usaba el *Tutunakú* y/o español en la calle y en un 89% usaba vestimenta moderna (Tabla 4).

Tabla 4. Características sociodemográficas asociadas a la asistencia de los participantes al hospital de Huehuetla.

Variables	Acude al hospital						
	Si		A veces		No		
	(f)	%	(f)	%	(f)	%	
Lengua	Totonaco	19	28.4	2	14.3	23	18.4
	Español	23	34.3	6	42.9	55	44.0
	Bilingüe	25	37.3	6	42.9	47	37.6
Grado Escolar	Ninguno	16	23.9	2	14.3	19	15.2
	Básico	26	38.8	8	57.1	46	36.8
	Secundaria	8	11.9	2	14.3	22	17.6
	Técnico	17	25.4	2	14.2	38	30.4
Dominio de Totonaco	Siempre	35	52.2	6	42.9	57	45.6
	Amigos/calle	13	19.4	4	28.6	20	16.0
Dominio de Español	No lo uso	19	28.4	4	28.6	48	38.4
	Siempre	49	73.1	12	85.7	101	80.8
	Amigos/instituciones	9	13.4	0	0.0	10	8.0
Vestimenta	No lo uso	9	13.4	2	14.3	14	11.2
	Moderno	59	88.1	12	85.7	112	89.6
	Tradicional	8	11.9	2	14.3	13	10.4

Dentro de las razones principales por las que los participantes no acudían al hospital, se encontraron principalmente el tiempo de espera (56.8%) y la mala atención que recibían (26.4%) (Gráfica 1).

Razones para no asistir al hospital



■ Mala atención □ No atienden, horas esperando □ No hay medicamentos/otro

Gráfica 1. Razones para no asistir al hospital. Representación gráfica de las principales razones por las cuales los participantes no acuden al Hospital.

4.1.2 Factores que influyen en los servicios

Para conocer los factores principales que influyen en el acceso a los servicios de salud, se clasificó a los participantes en dos grupos de acuerdo con su frecuencia de asistencia, donde los resultados mostraron que tanto para la población que acude al hospital como el grupo que solo en ocasiones lo hace mencionaron que tuvieron problemas de acceso en el área de urgencias, con una espera mayor a dos horas para ser atendido, porque el médico se encontraba ocupado. Sin embargo, la mayoría dijo que le han negado el servicio; además, la población que asiste al hospital califica el acceso de regular, a bueno (Tabla 5).

Tabla 5. Factores que influyen en los servicios

Variable	Acude al hospital				
	Si		A veces		
	(f)	%	(f)	%	
Problemas de acceso	Consulta externa	7	10.4	-	-
	Urgencias	53	79.1	13	92.9
	Otros	7	10.4	1	7.1
Tiempo de espera	30 min	5	7.5	1	7.1
	< 1 hora	7	10.4	1	7.1
	>2 horas	55	82.1	12	85.7
Motivos para no ser atendido	No quieren atender	6	9.0	3	21.4
	Preferencial	15	22.4	5	35.7
	Médico ocupado	46	68.7	6	42.9
Servicio negado	Si	25	37.3	11	78.6
	No	42	62.7	3	21.4
Razones para negar servicio	No quieren atender	5	7.5	4	28.6
	Pertenecen a otro centro de salud	7	10.4	1	7.1
	Desconoce casos	55	82.1	9	64.3
Acceso a los servicios	Bueno	7	10.4	9	64.3
	Regular	49	73.1	5	35.7
	Malo	11	16.4	-	-

4.1.3 Calidad de atención en los servicios

Siguiendo con la clasificación de los participantes de acuerdo con la frecuencia de asistencia, para conocer la calidad de atención en los servicios se encontró, tanto para el grupo que asiste al hospital, como para el grupo que ocasionalmente lo hace, que la mayoría recibe atención en español y consideran que su forma de comunicarse es regular.

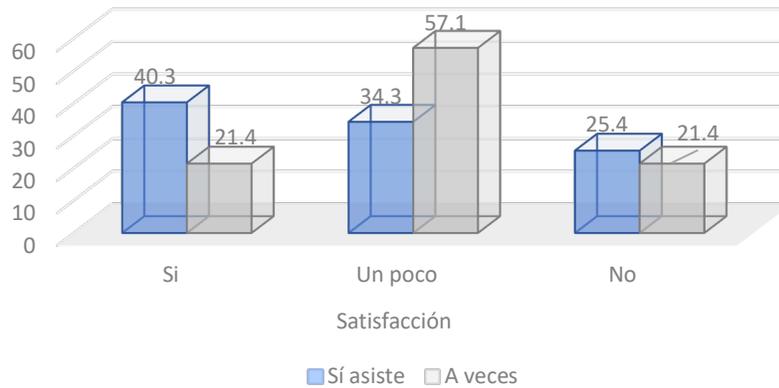
En relación con la atención médica la mayoría mencionó que no hay médicos suficientes y consideraban que la atención médica es entre regular y mala, sin revisión detallada al momento de la consulta en más del 50% de los casos. En cuanto a la atención por el personal de enfermería, el 50.7% del grupo que asiste al hospital indicó que es mala, mientras que el grupo que solo a veces asiste considera que la atención por enfermería es regular (71.4%). La atención en farmacia, para ambos grupos considera que el servicio es regular, y la mayoría dijo que solo en ocasiones le surten medicamentos (65.7% si asiste), (92,9% a veces) (Tabla 6).

Tabla 6. *Calidad de atención en los servicios*

Variables		Acude al hospital			
		Si		A veces	
		(f)	%	(f)	%
Lengua en que recibe atención	Español	58	86.6	11	78.6
	Totonaco	9	13.4	3	21.4
Facilidad de comunicación	Bueno	17	25.4	5	35.7
	Regular	41	61.2	8	57.1
	Malo	9	13.4	1	7.1
Médicos suficientes	Si	1	1.5	-	-
	No	63	94.0	13	92.9
	No lo sé	3	4.5	1	7.1
Atención enfermería	Buena	8	11.9	2	14.3
	Regular	25	37.3	10	71.4
	Mala	34	50.7	2	14.3
Atención médica	Bueno	8	11.9	2	14.3
	Regular	23	34.3	7	50.0
	Malo	36	53.7	5	35.7
Revisión detallada	Si	22	32.8	3	21.4
	A veces	9	13.4	3	21.4
	No	36	53.7	8	57.1
Atención en farmacia	Buena	7	10.4	3	21.4
	Regular	50	74.6	11	78.6
	Mala	10	14.9	-	-
Medicamentos	Si	9	13.4	-	-
	A veces	44	65.7	13	92.9
	No	14	20.9	1	7.1

Con respecto a la satisfacción que el usuario presentó, en cuanto a la asistencia al hospital, solo el 40.3% de la población participante indicó sentirse satisfecha con el servicio (Gráfica 2).

Satisfacción del usuario



Gráfica 2. Satisfacción del usuario. Representación gráfica del grado de satisfacción que muestra el usuario sobre el servicio que recibe en el hospital.

4.1.4 Grado de satisfacción en la atención

Para conocer la satisfacción de la atención de los servicios se continuó con la clasificación de acuerdo con la frecuencia de la asistencia, donde inicialmente se cuestionó sobre el acceso al servicio, indicando en un 64.3% que es bueno; mientras que para la satisfacción que muestra el personal, solo el 50% indicó ser buena, el 42.9% indicó que estaba satisfecho con los servicios y más del 60% indicó que la atención médica era mala (Tabla 7).

Tabla 7. Grado de satisfacción que muestra la población sobre la atención médica

Variables		A veces		Si	
		(f)	%	(f)	%
Acceso	Bueno	9	64.3	7	10.4
	Regular	5	35.7	49	73.1
	Malo	-	-	11	16.4
Satisfacción con el personal	Malo	7	50.0	33	49.3
	Regular	7	50.0	23	34.3
	Bueno	-	-	11	16.4
Satisfacción con los servicios	Malo	4	28.6	14	20.9
	Regular	6	42.9	22	32.8
	Bueno	4	28.6	31	46.3
Satisfacción con la atención	Malo	9	64.3	39	58.2
	Regular	5	35.7	15	22.4
	Bueno	-	-	13	19.4

4.1.5 Correlación de variables con la vestimenta

Finalmente, se realizó una correlación de las variables estudiadas con el tipo de vestimenta que usa de manera cotidiana la población, donde los resultados mostraron una correlación significativa con el ser hablante de lengua, la facilidad para comunicarse y comprender las instrucciones; así como con el grado de satisfacción que alcanzó la población (Tabla 8).

Tabla 8. *Correlación de variables*

Variables		Vestimenta				Chi	Sig.
		Moderno		Tradicional			
		Recuento	% de N columnas	Recuento	% de N columnas		
Lengua	Totonaco	12	16.9	9	90.0	24.533	0.001
	Español	29	40.8	-	-		
	Bilingüe	30	42.3	1	10.0		
Facilidad comunicación	Fácil	16	22.5	6	60.0	18.498	0.001
	Regular	49	69.0	-	-		
	Malo	6	8.5	4	40.0		
Comprensión lenguaje	Si	45	63.4	-	-	41.214	0.001
	A veces	25	35.2	4	40.0		
	No	1	1.4	6	60.0		
Satisfacción de Servicios	Malo	12	16.9	6	60.0	12.354	0.001
	Regular	24	33.8	4	40.0		
	Bueno	35	49.3	-	-		
Satisfacción total	Malo	38	53.5	10	100.0	7.843	0.02
	Regular	20	28.2	-	-		
	Bueno	13	18.3	-	-		

4.1.6 Percepción de usuarios y personal de salud

Para conocer el acceso a los servicios se realizaron entrevistas al personal y usuarios que se encontraban en el hospital. Para ello se contó con una participación de 10 personas que laboran dentro de la unidad de salud, de los cuales 8 eran

enfermeros, 1 médico, 1 administrativo y 8 usuarios del hospital los cuales hablaron de su experiencia en el hospital.

Basado en lo anterior, se realizó una entrevista abierta con la población participante con la finalidad de conocer la percepción en cuanto al acceso al hospital y tiempo de espera; si han presenciado o han negado en alguna ocasión el servicio; si el hospital cuenta con insumos suficientes; la actitud que muestra de manera cotidiana el personal de salud a la población; y si la lengua ha sido algún impedimento para el buen funcionamiento del servicio. Cada entrevista se realizó de manera personal, la población se eligió de manera aleatoria y se entrevistó al personal de cada área del hospital, en el caso de los usuarios se entrevistó a los que iban saliendo del hospital, las entrevistas se realizaron durante una semana para abarcar el rol del personal. La entrevista incluyó 21 preguntas abiertas para el personal de salud, 16 preguntas abiertas para los usuarios, ambas entrevistas fueron grabadas en audio para su posterior sistematización. Las respuestas obtenidas por la población participante se describen a continuación:

Personal de salud

Acceso. Al cuestionar a la población participante sobre el acceso a los servicios de salud, 3 personas, indicaron que la mayoría de la población que acude a los servicios de salud, pertenece a las comunidades aledañas, asumiendo que la mayoría lo hace aún sin requerir de servicios de emergencia, sin comprender que los insumos son limitados y deben priorizarse para la población que así lo requiera, algunos participantes indicaron:

“La población no comprende que el hospital tiene una función de unidad de salud debido a las deficiencias que presenta para la atención de salud” (Anónimo 2, comunicación personal, 31 de mayo, 2022).

“La mayoría que viene a solicitar servicio son personas de otras comunidades” (Anónimo 3, comunicación personal, 31 de mayo, 2022). “Por falta de insumos se complica la atención cuando los pacientes vienen en estado delicado” (Anónimo 5, comunicación personal, 01 de junio, 2022).

Asimismo, dentro de los principales servicios a los que acude la población de acuerdo con el personal de salud, incluía: revisión de embarazo y atención posparto, revisión por enfermedades crónicas hipertensión, síntomas de gripa y tos y al servicio de laboratorio. Dentro de las razones para no acudir a revisión los participantes indicaron:

“Porque no había médico a pesar de que la mayoría padecen enfermedades crónicas” (Anónimo 4, comunicación personal, 01 de junio, 2022).

“La mayoría de los que asisten son de otras localidades, a pesar de no ser urgencias se les brinda atención” (Anónimo 5, comunicación personal, 01 de junio, 2022).

Tiempo de espera. El personal de salud indicó que la falta de personal implica mucho tiempo de espera para los pacientes, porque son muchos que acuden al hospital, la falta de médicos y especialistas limita el servicio que requiere la población y así el traslado de pacientes a otros hospitales se convierte en otra problemática. Un participante indicó que *“La gente quiere una atención rápida en las consultas más no son urgencias, eso genera molestia para ellos y, por tanto, nos califican como malos”* (Anónimo 6, comunicación personal, 02 de junio, 2022). *“Los pacientes son desesperados quiere una atención rápida y de calidad”* (Anónimo 3, comunicación personal, 31 de mayo, 2022).

Negativa de atención. Se cuestionó al personal si conocían casos en que los compañeros habían negado el servicio a la población, donde 4 entrevistados mencionaron no haber visto casos de rechazo a pacientes, y dijeron que siempre tienen disponibilidad para atender; sin embargo, 5 personas mencionaron que sí han visto casos de rechazo:

“Recuerdo un paciente que asistió a solicitar atención por salpicadura de cal en los ojos se le negó la atención porque según la compañera no era grave” (Anónimo 2, comunicación personal, 31 de mayo, 2022); *“Con los compañeros de fin de semana principalmente, el personal no cambia su actitud de atención, no se ponen en el lugar del paciente”*, (Anónimo 8, comunicación personal, 02 de junio, 2022); *“En el área de laboratorio”*, (Anónimo 4, comunicación personal, 01 de junio, 2022); mientras que 3 entrevistados no quisieron especificar los casos.

Insumos y materiales. En relación con la calidad de los servicios se cuestionó sobre las dificultades que enfrentan al momento de prestar el servicio dentro del hospital, donde la mayoría mencionó que no cuenta con insumos y materiales completos para brindar un buen servicio, por tanto, la población no está conforme y es un problema principal que se enfrentan de manera diaria, *“hay escasez de material, medicamentos, faltan médicos”* (Anónimo 1, comunicación personal, 31 de mayo, 2022) *“por falta de insumos se complica la atención cuando los pacientes vienen en estado delicado”* (Anónimo 5, comunicación personal, 01 de junio, 2022).

Por otro lado, también indicaron que hay material que no se utiliza debido a la falta de personal especializado en el área, *“siempre falta algún tipo de material, solo se cuenta con los que casi no se utilizan”* (Anónimo 2, comunicación personal, 31 de mayo, 2022); *“carecemos desgraciadamente de los equipos necesarios”* (Anónimo 10, comunicación personal, 15 de junio, 2022).

En cuanto al trato que brindan para los pacientes, 4 personas mencionaron que tratan de brindar atención haciendo lo mejor que pueden, trabajando con lo que tienen para atender a sus pacientes, *“se intenta brindar una mejor atención a toda la población”* (Anónimo 1, comunicación personal, 31 de mayo, 2022); *“de manera personal puedo decir que trato de atender lo mejor posible a mis pacientes, pero por los demás me reservo a opinar”*, (Anónimo 6, comunicación personal, 02 de junio, 2022); sin embargo, 5 personas mencionaron que observan en sus compañeros y compañeras falta de interés en la atención de pacientes *“los compañeros por una mala acción le dicen al usuario que se retire, o cuando no encuentran alteración en los signos vitales los regresan con los compañeros de fin de semana principalmente”*, (Anónimo 8, comunicación personal, 02 de junio, 2022).

También se cuestionó sobre los equipos, en relación a su funcionalidad, donde la mayoría del personal mencionó que los equipos no se encuentran actualizados y aunque les dan mantenimiento solo funcionan por un tiempo y vuelven a necesitar compostura *“las que tenemos no funcionan, a pesar del mantenimiento solo funcionan por un tiempo y nuevamente necesita de reparación, así no se pueden completar el servicio”* (Anónimo 2, comunicación personal, 31 de mayo, 2022); *“nuestros equipos tienen mantenimiento de manera prolongada,*

cuando los revisan ya están muy deteriorados y se dan de baja” (Anónimo 8, comunicación personal, 02 de junio 2022); eso limita un servicio completo o para el diagnóstico oportuno en los pacientes; 3 persona mencionaron también que hace falta equipo para ultrasonido y rayos X, falta de monitores, bombas de infusión, mejoramiento en la sala y equipamiento en las diversas áreas.

Actitud del personal. Se cuestionó al persona de salud sobre la relación que tenían con los usuarios, donde la mayoría considera que la relación es mala debido a que los usuarios creen que el personal no realiza un buen trabajo, *“la relación no es tan buena, porque los pacientes son desesperados quiere una atención rápida y de calidad”* (Anónimo 3, comunicación personal, 31 de mayo, 2022); *“no hay buena comunicación con las personas porque no hablo el dialecto”*, (Anónimo 4, comunicación personal, 01 de junio, 2022); *“la relación es mala, los usuarios confunden la situación de amistad y en ocasiones quieren tomar atribuciones que no les corresponden”*, (anónimo 8, comunicación personal, 02 de junio, 2022).

También se indagó si existe comprensión del personal con respecto a los usuarios, la mayoría mencionó que si comprenden las necesidades de los usuarios, pero en ocasiones no se cuenta con herramientas para solucionar sus necesidades y por otro lado la población no cuenta con recursos para comprar todos los materiales necesarios para su atención, *“considero que porque tratan de abastecer con lo que tienen, y solo se le pide a los familiares material urgente o medicamentos para atender a su paciente”* (Anónimo 9, comunicación personal, 15 de junio, 2022). El personal de salud comprende que la población no cuenta con recurso para comprar materiales; sin embargo, la falta de insumos limita una atención de calidad; *“en ocasiones no contamos herramientas para solucionar sus necesidades”* (anónimo 6, comunicación personal, 02 de junio 2022). Además, reconocen que la prioridad es la atención, pero tienen otras actividades más administrativas donde se ven obligadas a suspender las consultas, *“solo cuando tenemos que realizar informes se suspende la atención”* (anónimo 4, comunicación personal, 01 de junio, 2022).

Dentro de esta variable se cuestionó si el personal es amable con los pacientes y la mayoría respondió que sí lo son, y que priorizan la atención, sin embargo, 3 personas mencionaron que no todos los compañeros y compañeras

tienen la habilidad para separar situaciones personales y eso implica una mala actitud en el momento de la atención a los pacientes. También reconocen que hace falta atención oportuna y de calidad, que en ocasiones se limita por la presión de trabajo y por cuestiones más administrativas *“no todos son amables, desafortunadamente el personal no sabemos manejar la situaciones personales que traemos y caemos en la mala actitud para atender a los usuarios”* (anónimo 8, comunicación personal, 02 de junio, 2022); *“se pierde la amabilidad por el ritmo de vida que tenemos, la presión en el trabajo, la burocracia del llenado de muchos papeles limita el tiempo oportuno de atención”* (anónimo 2, comunicación personal, 31 de mayo, 2022).

La mayoría del personal reconoce que ha recibido capacitación sobre calidad e importancia de atención al paciente dentro del trabajo, tomando cursos en línea, *“de hecho recibimos curso sobre atención”* (anónimo 1, comunicación personal, 31 de mayo, 2022), *“cursos de actualización pagado de manera personal”* (anónimo 4, comunicación personal, 01 de junio, 2022); sin embargo, 3 personas mencionaron que no han realizado cursos sobre calidad de atención al paciente, ni haber recibido este tipo de curso dentro de la formación profesional, donde algunos indicaron que en sus cursos solo se abordaban partes de alguna materia *“no exactamente, solo algunas materias que se relacionan”* (anónimo 2, comunicación personal, 31 de mayo, 2022), *“si y no específicamente pero con materias relacionadas”* (anónimo 6, comunicación personal, 02 de junio, 2022), *“hace falta capacitación sobre humanización, hacer entender al personal el papel que jugamos en el hospital.... necesitamos personal de fuera para capacitar para que el personal no se sienta agredido”*, (anónimo 8, comunicación personal, 02 de junio, 2022).

Así mismo para conocer factores que pudieran intervenir en el momento de la atención del paciente, se cuestionó si el personal ha tenido situaciones de frustración, la mayoría mencionó que se han sentido frustradas cuando no cuentan con suficiente material, ni personal capacitado para atender casos especiales y de urgencia, cuando no hay médicos suficientes, *“siento frustración cuando no hay material ni personal capacitado o especialista que pueda brindar atención inmediata en casos especiales y de urgencia”* (Anónimo 6, comunicación personal, 02 de junio, 2022); *“si hay frustración a veces cuando nos piden cosas en poco tiempo y no*

alcanza el tiempo para alcanzar metas que nos piden" (anónimo 10, comunicación personal, 15 de junio, 2022).

Por otro lado, las críticas negativas de los usuarios afectan al personal, *"en la temporada de pandemia fue muy estresante por las medidas de seguridad y el riesgo que se tenía que considerar al momento de atender a un paciente"* (Anónimo 3, comunicación personal, 31 de mayo, 2022).

Economía. También se indagó si de alguna manera pudiera tener relación el salario que percibe el personal con la forma de atender a los pacientes, y se encontró que la mayoría considera que el salario interfiere en la forma de atender a los pacientes, *"porque es difícil separar la remuneración con las actividades"* (Anónimo 2, comunicación personal, 31 de mayo, 2022); *"no mucho, pero todos esperamos un mejor salario y con ello nos lleva a responder con los compromisos"* (Anónimo 6, comunicación personal, 02 de junio, 2022) consideran que a través del salario se genera mayor responsabilidad en el servicio y se convierte en un estimulante que conlleva ser mejor cada vez más.

Aunque 3 mencionaron que les gusta lo que hacen por tanto el salario no interfiere en el momento de la atención; la mayoría mencionó que hace falta el reconocimiento por el trabajo que realizan, y es una forma de reconocer el esfuerzo, *"sin duda alguna en el sistema de salud, enfermería está muy poco valorada, a pesar de realizar las actividades por las 24 horas la remuneración es muy poco, a pesar de tener una especialidad el sueldo es precario, lo que conlleva que el personal no tenga la visión de hacer más o crecer de manera personal porque no se reconoce"*, (anónimo 8, comunicación personal, 02 de junio, 2022); *"yo siento que el médico lo han hecho a un lado, como que debería recibir un reconocimiento"* (anónimo 10, comunicación personal, 15 de junio, 2022); aunque en ocasiones algunos pacientes han llegado a presentar agradecimientos verbales; hace falta este reconocimiento por parte de la institución, pudiendo recibir este reconocimiento a través de una compensación económica, vales, un mejor salario, formalización en el servicio, una constancia etc.

Lengua. En relación con la lengua se encontró que el personal considera que la lengua es una limitante en la atención de calidad, así también genera dificultad en la comunicación entre personal y paciente, *"la comunicación es una dificultad, por*

el lenguaje de la población”, (anónimo 2, comunicación personal, 31 de mayo, 2022); “es importante aprender la lengua que utiliza la población para brindar una buena atención y directa con el paciente” (anónimo 4, comunicación personal, 01 de junio, 2022).

Usuarios

Acceso. La mayoría de los usuarios entrevistados indicaron haber acudido al hospital por revisión de embarazo y atención posparto; así como por revisión por enfermedades crónicas como hipertensión, síntomas de gripa y tos y, en algunos casos al servicio de laboratorio. No obstante, el 22% de los entrevistados mencionaron que la población de la cabecera no acude a solicitar servicio porque no hay médico suficiente, a pesar de que la población padece enfermedades crónicas.

Tiempo de espera. Las personas entrevistadas refirieron que el tiempo de espera se debe principalmente a que el médico está ocupado, o en otros casos, debido a que los síntomas referidos al momento de ingresar al hospital son casos leves y son los últimos en ser atendidos. La población indicó un lapso de espera que va desde 1 hasta 4 h. *“El médico tenía otras consultas” (Usuario 2, comunicación personal, 30 de mayo, 2022), “había otros pacientes adelante de mí” (Usuario 5, comunicación personal, 03 de junio, 2022), “la falta de personal, implica mucho tiempo de espera”, (Anónimo 1, comunicación personal, 31 de mayo, 2022).*

Negativa de atención. En la entrevista a usuarios una paciente mencionó que no recibió atención a pesar de que su médico de la comunidad lo mandó a valoración de su embarazo, *“Cuando llegué solo me dijeron que esperara unos minutos, después me checaron la presión y me dijeron que estaba bien y que la doctora no me podía atender porque estaba ocupada, que la doctora tenía muchas pacientes y que viniera la otra semana”, (Usuaría 8, comunicación personal, 09 de junio, 2022).*

Actitud del personal. Para conocer la calidad de atención se les preguntó a los pacientes cómo califican la calidad del servicio, 4 personas calificaron al servicio como simplemente bien, *“bien, al principio la doctora estaba algo enojada, pero después ya no” (usuario 5 comunicación personal, 03 de junio, 2022), “bien, porque*

me atendió un médico que habla totonaco” (usuario 7, comunicación personal, 09 de junio, 2022); 3 usuarios calificaron la atención como mala, porque tardó mucho tiempo esperando, porque fueron regañados, *“mal, porque me regañaron que por que faltó traer una muestra, pero el médico no me dijo que tenía que traer eso”,* (usuario 4, comunicación personal, 02 de junio, 2022); 1 persona de plano no recibió atención.

Se les preguntó a los usuarios cómo es la relación con el personal, la mayoría solo dijo que bien, no hubo más comentarios, solo 3 argumentaron *“la enfermera que me atendió se portó bien, he venido anteriormente y me ha tocado enfermeras muy enojonas que solamente te regañan”,* (usuario 3, comunicación personal, 01 de junio, 2022); *“también las enfermeras son muy enojonas y atienden de mala gana, aunque hay algunas que si se portan bien”* (usuaria 6, comunicación personal, 03 de junio, 2022).

Para conocer el trato que reciben en el hospital se cuestionó a los usuarios si conocían casos de mal trato, la mitad de los usuarios entrevistados dijeron que, si conocen casos de mal trato a los pacientes, *“si, a veces vienen pacientes que aunque están graves no los atienden luego”* (Usuario 2, comunicación personal, 30 de mayo, 2022); hay personal que no atiende a personas de las comunidades, *“estaba una doctora que no atendía a las personas de las comunidades, pero creo ya no está”* (usuario 5, comunicación personal, 03 de junio, 2022); *“hace tiempo mi hermano traía sus dos hijas enfermas no podían respirar y solo la recibieron a una, que porque no podían atender más de dos personas por familia y él tuvo que ir a un médico particular; vendió su metate para curar su hija”* (usuario 7, comunicación personal, 09 de junio, 2022).

Economía. Posteriormente, se cuestionó si los servicios tenían algún costo y la mayoría mencionó que no tuvo ningún costo la atención médica de salud recibida, pero sí en la compra de medicamentos porque algunos tuvieron que comprar sus medicamentos; *“de la consulta no, pero sí tengo que comprar medicina”,* (Usuario 1 comunicación personal, 30 de mayo, 2022); debido a que la farmacia del hospital no cuenta con todos los medicamentos que llegan a requerir los pacientes. En relación a eso, la mitad de los usuarios dijo que les habían recetado medicamentos y tenían que comprar en farmacia particular, *“me recetaron medicamentos, pero no*

hay en farmacia algunos tengo que comprar” (usuario 1, comunicación personal, 30 de mayo, 2022), *“algunos me dieron en la farmacia del hospital, pero tengo que comprar otros medicamentos*” (usuario 3, comunicación personal, 01 de junio, 2022).

Lengua. Al cuestionar a los usuarios si tenían confianza con el médico para explicar los síntomas de su enfermedad, se encontró que para ellos la confianza con el médico se relaciona con el lenguaje, debido a que 4 pacientes mencionaron tener confianza con el médico porque hablan español, *“no tuve problemas para platicar con el médico*”, (usuario 2, comunicación personal, 30 de mayo, 2022); o venían acompañados por un familiar para traducir, *“sentí confianza porque mi hija habla y entiende el español”*, (usuario 6, comunicación personal, 03 de junio, 2022).

Por otro lado, una persona calificó como mala la atención recibida en el servicio porque entiende muy poco el español y no lo habla, así también en ocasiones algunos no tienen que explicar su enfermedad porque ya los identifican y por tanto solo les cambian la receta *“pero también ya me conoce el médico que sufro de la presión alta y a veces solo me cambia la receta”* (usuario 7, comunicación personal, 09 de junio, 2022); no obstante, 3 personas mencionaron que no se sintieron en confianza en su consulta por esa razón se le pasó comentar otros síntomas, la actitud del encargado no dio confianza para hacer preguntas, y a una persona no le brindaron atención por tanto no tiene confianza en el servicio.

Pertinencia. Para conocer si los usuarios hacen uso de la medicina tradicional se cuestionó si se han acercado a solicitar servicio en el módulo de salud. La mayoría de los participantes indicaron acudir al módulo tradicional para tratar algunas enfermedades específicas, incluyendo sobadas en el embarazo, fractura, susto en niños, y mal de estómago. En muchos casos también han acompañado a sus familiares, *“si hace meses me caí y se me falseó el brazo, vine con un huesero aquí en el módulo”* (usuario 7, comunicación personal, 09 de junio, 2022); *“sí vengo con mis nietos más grandes, los traemos a sobar cuando están mal del estómago”* (usuario 6, comunicación personal, 03 de junio, 2022); solo una persona dijo que no acude al módulo.

De los usuarios entrevistados se indagó si notaban alguna diferencia entre el módulo y el hospital. La mayoría mencionó que en el módulo la atención es más

rápido y no regañan, *“en el módulo no es tardado y puedes conversar con el curandero mientras te soba, así se olvida el dolor”* (usuario 7, comunicación personal, 09 de junio, 2022); *“en el módulo no te regañan y te atienden bien sin tener que esperar muchas horas”*, (usuario 8, entrevista personal, 09 de junio, 2022). Tres personas coincidieron en que la lengua hace la diferencia porque eso permite una atención más profundizada *“es fácil platicar con las curanderas ahí”* (usuario 3, comunicación personal, 01 de junio, 2022); *“en el módulo hablan la misma lengua y es fácil platicar lo que tienen los niños”* (usuario 5, comunicación personal, 03 de junio, 2022). Así mismo, se encontró que la mayoría de los participantes mostraron mayor confianza en el módulo porque pueden platicar y preguntar, dos personas mencionaron que confían en cualquiera de los dos sistemas y solo una persona dijo confiar más en la atención en el hospital.

4.2 ETAPA 2

4.2.1 Diseño de la propuesta de intervención: Enriquecimiento mutuo

El enfoque intercultural reconoce que la sinergia entre dos modelos culturales diferentes es posible y necesaria, por tanto, este modelo no pretende sustituir los beneficios del modelo institucional de atención a la salud por la atención tradicional, sino enriquecer ambos modelos con lo mejor del otro. Lo importantes es que ambos modelos identifiquen sus fortalezas y debilidades; para ello es necesario reconocer en primer lugar que la medicina tradicional cuenta con elementos valiosos para atención de salud, posteriormente identificar los aportes que pueden fortalecer entre uno y otro (Secretaría de Salud (SA), 2013).

El diálogo de saberes es un espacio de construcción e intercambio de conocimientos entre los profesionales de salud y las comunidades para generar un intercambio cultural que permite fortalecer las prácticas de la medicina moderna y la tradicional (Jácome Romero & Bayona Rodríguez, 2020). Por lo tanto, el enriquecimiento mutuo es una actividad que se realiza entre el personal de salud del hospital, personal médico tradicional, población y autoridades locales. Todo ello con la finalidad de expresar e identificar prácticas de salud complementaria entre un

sistema y otro; a través de la escucha, tomando en cuenta las observaciones expectativas y propuestas entre ambos grupos. Es importante consensuar las propuestas para identificar los elementos que enriquecen las prácticas y cubren las necesidades de la población, para incorporar en el sistema y llevar a la práctica.

4.2.1.1 Objetivo

Promover un diálogo entre personal de salud y médicos tradicionales sobre las diferentes cosmovisiones del proceso-salud enfermedad para la construcción e implementación de una atención de salud intercultural a la población totonaca.

Grupo objetivo. Está dirigido a los profesionales de la salud (tradicionales y alópatas) que se encargan de brindar atención de salud, directores del hospital y módulo tradicional, personal de la secretaría de salud.

Población beneficiada. La población indígena totonaca del municipio de Huehuetla, serán los beneficiados con la atención de un modelo intercultural.

Operadores. Personas encargadas en la atención del paciente: personal médico alópata, médicos tradicionales, enfermería, promotora de salud.

Supervisión del programa: director del hospital, director del módulo tradicional, autoridades locales, comité de salud.

4.2.1.2 Metodología

Proceso para el desarrollo del enriquecimiento mutuo entre la medicina tradicional y alópata:

1. Reglas del juego
2. Primer momento: Identificación y presentación de cada modelo de atención

3. Segundo momento: Análisis grupal de las ventajas y desventajas de cada modelo y presentación ante el grupo.
4. Tercer momento: Peticiones y observaciones de los integrantes del otro modelo.
5. Respuesta a las peticiones.
6. Acuerdos y compromisos de ambas partes.

Reglas del juego

Antes de iniciar es importante dar a conocer a todos los participantes los resultados del diagnóstico sobre los servicios de salud que se brinda a la población y posteriormente el objetivo de la reunión: “Intercambiar conocimientos y prácticas de atención de salud, análisis de la deficiencias y construcción de una atención intercultural para mejorar la atención de salud a la población”.

Para alcanzar el objetivo es necesario establecer reglas:

1. El encuentro es un espacio integrado por participantes de los modelos de atención de salud, no es un curso.
2. Espacio libre para compartir conocimientos y prácticas.
3. No es un concurso por tanto no hay perdedores ni ganadores, y no se evaluará a ningún grupo.
4. No está permitido interrumpir, descalificar, corregir, ni discutir las opiniones y prácticas del otro grupo.
5. No es una enseñanza, sino un aprendizaje mutuo, por tanto, es importante escuchar y aprender.

4.2.1.3 Identificación, descripción y presentación de cada modelo de atención

Para iniciar es importante separar los participantes de acuerdo con el sistema que pertenecen y trabajar en equipo sobre los conocimientos y prácticas de su modelo de atención. Para preparar la presentación es necesario considerar los siguientes cuestionamientos:

- ¿Qué es la salud y la enfermedad?*
- ¿Cuáles son las formas de atender a los pacientes?*
- ¿Cuáles son los tipos de tratamientos que ofrecen?*
- ¿Cómo identifican y diagnostican un paciente enfermo?*
- ¿Cómo consigue los productos para curar?*
- ¿Qué hacen después de tratar al paciente?*
- ¿Cómo se forman para la práctica de atención?*

En este espacio y como segundo momento se da la oportunidad de representar sobre un tipo de tratamiento que ofrecen, tratando de adecuarse a la realidad. Cada modelo presenta primero su socio drama y luego exponer sus conocimiento y prácticas. Respetando los tiempos y espacios.

4.2.1.4 Análisis grupal de las ventajas y desventajas de cada modelo y presentación ante el grupo.

En este momento inicia la negociación intercultural. Primero cada grupo se reúne en forma separada para analizar las ventajas y desventajas de cada modelo de atención, tanto del propio sistema como del otro; anotando en un papelógrafo las ventajas y desventajas observadas. Posteriormente, en plenario, cada grupo expone al otro la percepción de sí mismo, así como del otro modelo. Es importante cuidar las condiciones para que cada grupo pueda presentar sus percepciones libremente, sin abrirlo a discusión.

Peticiones y observaciones de los integrantes del otro modelo. Cada grupo se reúne nuevamente para realizar una lista de peticiones para los integrantes del otro grupo, sobre acciones que faciliten el proceso de atención de salud. Sin discutir si están de acuerdo o no, solo escuchar.

Respuesta a las peticiones. Cada grupo se vuelve a reunir para analizar y responder qué elementos solicitados por el otro grupo se pueden atender y comprometer a realizarlo. Y nuevamente se presenta ante el grupo.

Acuerdos y compromisos de ambas partes. Es la etapa final del encuentro y más significativo, porque permite la formalización de los compromisos establecidos. Es

importante que cada grupo firme su compromiso a la vista de todos los participantes, y difunda los acuerdos con los demás profesionales de la salud y a la población. Se pretende que todos los participantes cumplan su compromiso para que la población tenga una atención intercultural, adecuada a sus expectativas al momento de llegar a solicitar atención médica. Se confiere a las autoridades locales del municipio de Huehuetla, el cumplimiento de los compromisos suscitados en el diálogo de enriquecimiento mutuo. Y el respeto de los resultados por ambos sistemas.

Requerimientos. Es necesario invitar a los actores identificados, personal médico tradicional y alópata, enfermeras, promotora de salud, directores del hospital y módulo tradicional que atienden la población; para explicar la finalidad del diálogo de enriquecimiento mutuo de conocimientos entre el sistema convencional y tradicional. Es importante considerar la asistencia del personal de la secretaría de salud y demás responsables relacionados, así como las autoridades locales para dar mayor formalidad y facilitar la toma de decisiones y apoyo a los procesos de réplica. Por último, invitar al comité de salud de la población para que sean partícipes y conocer sus percepciones ambos modelos. Es importante el equilibrio del número de participantes de cada modelo, más el comité de salud.

Para el cumplimiento del proyecto enriquecimiento mutuo, se requiere la participación, aceptación, pero sobre todo el interés de la población en realizar espacios de diálogo para mejorar la atención, la calidad y la pertinencia cultural de los servicios de salud.

Lugar: Solicitar el espacio del módulo tradicional para llevar a cabo el enriquecimiento mutuo. Revisar las fechas disponibles tratando de ajustar al calendario de personal del hospital.

Material

- Papelógrafos, plumones.
- Cinta adhesiva
- Cartel con las reglas de procedimientos.
- Preguntar con cada modelo de atención el material que ocupa.

Presupuesto. Las acciones planteadas se realizaron en el salón del módulo de Medicina tradicional; con recursos materiales (laptop, cañón, cámara, lapicero y hojas blancas, memoria USB, etc.); para esta actividad no tiene gastos económicos.

Sistema de evaluación. A través del test aplicado en el diagnóstico para evaluar la calidad de los servicios se aplicará nuevamente para poder observar los posibles cambios después de las actividades realizadas.

Una vez diseñada la propuesta se prosiguió a llevarla a cabo, iniciando por la presentación de resultados del diagnóstico a los participantes y se tomaron notas de las necesidades expresadas, así como de la percepción de la población de estudio hacia las variables de investigación.

4.2.2 Beneficios del modelo

El enfoque Intercultural promueve la igualdad entre los diferentes grupos culturales; considerando a la salud como un derecho fundamental e incluye la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar en el conocimiento, las creencias y las prácticas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad; la cual requiere la participación constante de los agentes participantes y de la población.

La implementación de un modelo intercultural en la atención de salud, es una oportunidad para otorgar servicios con pertinencia y competencia cultural a la población totonaca. Asimismo, es una oportunidad para que el personal de salud tradicional y alópata se enriquezca de nuevos conocimientos y prácticas que permita fortalecer los sistemas de atención para ofrecer un trato digno y humanizado (Secretaría de Salud, 2014).

4.2.3 Implementación del programa

4.2.3.1 Reunión con las autoridades locales

Se realizó una presentación de los resultados obtenidos en la primera fase de estudio a las autoridades locales, en la cual se contó con 11 participantes regidores, secretario y personal del Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Posteriormente, las autoridades locales aportaron sus experiencias de manera personal y con relación al cargo y finalmente de participaron en la elaboración de una propuesta de atención intercultural.

Acceso. En relación con el acceso a los servicios de atención médica mencionaron, que ya tienen identificada dicha problemática, *“no hay atención adecuada ni correcta, no hay un compromiso laboral por parte de las personas que trabajan ahí, de hecho, como autoridades tenemos el conocimiento y también hace falta una llamada de atención por los jefes o autoridades inmediatas del hospital”* (autoridad 4, reunión grupal, 2022).,

Así mismo, comentaron que la población no es atendida a pesar de que padecen algunas enfermedades crónicas, *“hay muchos padecimientos crónicos en todas las comunidades y es importante ver cómo atenderlos”* (autoridad 2, reunión grupal, 2022). Y a pesar de que existen centros de salud en las comunidades, la gente no es atendida y aunque acude al hospital a solicitar atención médica no reciben la atención buscada; *“debido a la falta de atención en la comunidad, nos acercamos al hospital, pero al momento te rechazan que, porque vienes de otra comunidad, ni modo de que me esté aguantando”*, (autoridad 4, reunión grupal, 2022).

Tiempo de espera. Las autoridades mencionaron que para pasar a consulta los hacen esperar mucho tiempo; *“muchas personas que acuden al hospital, la verdad, los dejan sin atención, hasta cuando quieren en urgencias tardan mucho tiempo para atender”* (autoridad 2, reunión grupal, 2022).

Negativa de atención. En relación con la negativa en la atención médica, las autoridades mencionaron que de haber realizado la encuestas en las comunidades las estadísticas negativas serían más elevadas; *“Si las entrevistas se realizaran a toda la población de las comunidades los datos serían más elevados”* (autoridad 1, reunión grupal, 2022). Mencionan que han visto casos de rechazo a la atención médica y lo califican de injusto; *“el día de antier una persona de mi comunidad le picó una víbora se empezó a sentir mal y vino al hospital, pidió la atención, pero no lo atendieron luego, se quedó esperando hasta que se dieron cuenta que comenzó a sangrar de la nariz y boca, y nos es justo que uno llega a buscar atención después de sentirse mal y que venga a morir más rápido dentro de un hospital”* (autoridad 2, reunión grupal, 2022).

Actitud del personal. Las autoridades mencionan que la actitud del personal de salud es una de las principales quejas, sin embargo, ellos se sienten limitados para solucionar, *“no hay amabilidad en el trato, es muy cotidiano el tema del hospital, hemos tenido muchas quejas, a pesar de conocer el tema, como autoridades tenemos limitantes, los contratos de personal no lo realizan la presidencia, depende la jurisdicción del sector salud”* (autoridad 1, reunión grupal, 2022). Además, consideran que habría mayor acercamiento con el personal originario del municipio a impulsar estrategias de mejora, *“con apoyo del cabildo es importante pedir sobre todo a los médicos de aquí de Huehuetla que sean más solidarios al momento de la atención”* (autoridad 2, reunión grupal, 2022).

Además mencionan como opción la renovación de personal, consideran que por antigüedad y la zona de confort están implicados en la actitud al momento de atender a los pacientes; *“también es importante hacer el cambio de personal, debido a que hay personas que trabajan ahí desde que el hospital se abrió, sería buena idea el cambio, porque probablemente ya no se sienten a gusto, mandarlos a otro lado y contar con personal nuevo, porque para muchas personas es como si ese hospital no existiera”* (autoridad 2, reunión grupal, 2022).

Mal trato. Las autoridades conocen casos de mal trato hacia la población y están dispuestos a buscar soluciones; *“tengo demasiadas quejas del personal que atiende, ojalá pudiéramos trabajar en equipo para aportar más al trabajo, que será de gran beneficio para la población; hay casos fuertes que reporta la población y*

que nosotros no hemos podido aterrizar con este tema, porque uno desconoce, cómo y qué hacer” (autoridad 3, reunión grupal, 2022).

Economía. La población ya no hace uso de los servicios y eso se convierte en un gasto para la economía familiar, *“muchas personas prefieren irse a médicos particulares a pesar de que les cobran caro, cuando teniendo un hospital deberían dar un buen servicio para toda la ciudadanía” (autoridad 2, reunión grupal, 2022).*

Acciones. Mencionaron que el ayuntamiento es muy colaborativo con el hospital apoya con el pago de especialistas para brindar servicios necesarios; pero a pesar de dichos servicios de especialistas la gente no aprovecha, desconfía de los servicios; *“a pesar de la cooperación por parte del presidente en la contratación de especialistas para mejorar la atención, sigue igual debido el mal prestigio que llevan, ya no creen en el trabajo que se hace” (autoridad 4, reunión grupal, 2022).*

Mencionan que buscan mejorar los servicios de salud en el hospital; *“como autoridades no nos hemos quedado con los brazos cruzados, hemos hablado con las autoridades de salud con el secretario de salud de temas de mejoramiento en el hospital, de tratar que pase de hospital comunitario a hospital integral cómo funcionaba anteriormente que suba de categoría, sabemos que no necesitamos un hospital grandísimo, el hospital cuenta con los espacio para poder brindar atención al a ciudadanía, únicamente falta mejorar las condiciones, los equipo y el personal”, (autoridad 6, reunión grupal, 2022).*

Por lo que consideran realizar peticiones y solicitudes al secretario de salud del estado para que apoye en la mejora del hospital; *“sería una importante realizar una solicitud o una petición con el secretario de salud del Estado de Puebla, bajo sustento de investigación que servirá como respaldo a dicha petición para la mejora del servicio del hospital” (autoridad 4, reunión grupal, 2022).*

Los resultados obtenidos permitieron la generación de un esquema que conjuntara la percepción de los grupos de estudio incluyendo población, autoridades y personal de salud, con la finalidad de diseñar una estrategia efectiva de abordaje.

En la figura 1, se esquematizan las principales limitantes para la calidad del servicio de salud reportados por la población participante, que además fueron corroborados por las autoridades entrevistadas y la respuesta ofrecida por el

personal de salud indicando las causas de esas fallas en el servicio. Todo ello desemboca en la capacidad de las autoridades para la mejora.

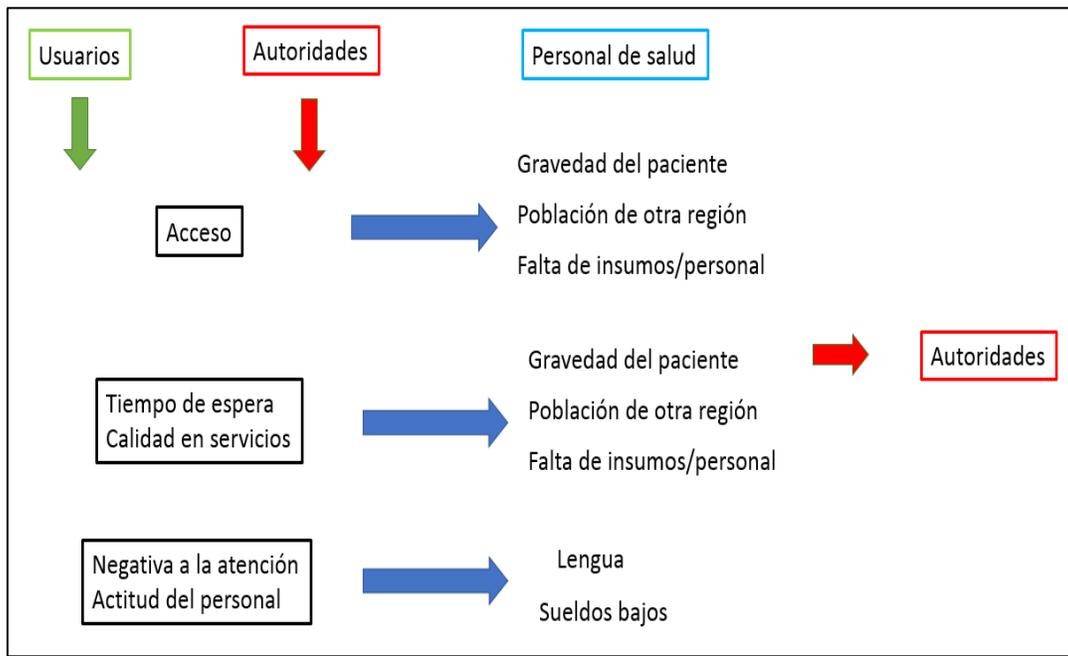


Figura 1. Esquema de las necesidades identificadas por la población sobre el acceso y la calidad en el servicio de salud. Muestra las necesidades identificadas por la población entrevistada relacionadas con el acceso y la calidad de los servicios, así como las razones expresadas por el personal de salud en relación con la calidad y acceso al servicio de salud.

4.2.4 DISCUSIÓN

El conocer la percepción de la población sobre los servicios de salud a los que acude son una herramienta importante para poder identificar oportunidades de crecimiento y mejora de los servicios. En este sentido, este es el primer trabajo enfocado en conocer no solo la percepción de la población y usuarios del hospital comunitario de Huehuetla, Puebla, sobre los servicios; sino también conjuntar la percepción del personal de salud y de las autoridades a fin de conjuntar las necesidades expresadas y proponer alternativas adecuadas que muestren una pertinencia cultural y ofrezcan la satisfacción de los protagonistas.

Basado en los resultados obtenidos por el diagnóstico presentado en la etapa uno de este proyecto, la mayor participación en el estudio fue de mujeres amas de casa, las cuales en su mayoría presentaban una educación básica o sin estudios; mientras que, para el caso de la lengua que indicaron hablar de manera cotidiana, solo el 40% indicó dominar el español y el 21% era monolingüe para *Tutunakú*. Al preguntar sobre la frecuencia de asistencia al hospital, solo el 32% de las participantes indicaron asistir de manera regular y más del 60% indicó no acudir, ello asociado principalmente al largo tiempo de espera (56.8%), la mala atención que recibían (26.4%); así como por la falta de medicamentos (18.8%) y en algunos casos, la negación del servicio sin explicación.

Estos resultados se asocian a diversos trabajos donde la calidad asistencial de salud es peor para los grupos vulnerables, siendo mayor en personas que viven en situación de pobreza y con rezago educativo (Kruk et al., 2018). Asimismo, reportes previos han indicado que en regiones de América Latina los indicadores de salud en las poblaciones indígenas muestran la persistencia de brechas y rezagos; asociado a factores culturales, incluyendo la cosmovisión y la barrera lingüística; así como la estructura social estratificada, la cual se sustenta en sistemas de creencias e ideas racistas, manifestándose en prácticas de discriminación que se reproducen en todos los ámbitos de la vida, incluyendo el sistema de salud (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020).

En este sentido, se cuestionó a la población sobre su asistencia a los servicios de salud y la percepción que tenían en cuanto a la calidad de los servicios

y la pertinencia cultural. Los resultados mostraron que el 60.6% de la población mencionó que no acude al hospital a pesar de padecer alguna enfermedad, debido a que en más del 70% de la población al acudir a los servicios de salud, se les ha negado el servicio sin razones, siendo urgencias el área de menos acceso. Todo ello asociado a la falta de personal, los tiempos de atención y a que no muestra una pertinencia cultural, por lo que, en más del 70% de los casos, la población participante indicó no estar satisfecha en los servicios de salud que ofrece el hospital.

Asimismo, indicaron que la atención médica en su mayoría es en español, que la atención por parte del personal de enfermería era mala y en más del 60% de los casos la farmacia no contó con los medicamentos necesarios, observando una correlación significativa entre el tipo de vestimenta usada por parte de la población y la mala atención recibida; lo cual puede tener repercusiones graves en el estado de salud de la población al no acudir oportunamente al servicio de salud (OPS, 2017). Dichos resultados se asocian con trabajos anteriores que ha indicado que, en los países de ingresos bajos y medios, ocurren el 99% de las muertes maternas; mientras que en las mujeres indígenas se concentra el mayor número de emergencias obstétricas debido a la vulnerabilidad económica y sociocultural en la que viven, alcanzando hasta 3 veces mayor riesgo de morir durante el parto. Todo ello asociado a la menor cobertura de seguridad social en salud, el utilizar menor cantidad de recursos de atención en ambulatorios y la atención hospitalaria para el parto (Juárez- Ramírez et al., 2020).

Posteriormente, con la idea de conjuntar la percepción de la población participante con el personal de salud, se les cuestionó sobre la calidad y el acceso a los servicios de salud, que se brindan en el hospital, así como el trato que le dan a los pacientes, donde la mayoría del personal de salud indicó brindar un trato digno a la población. No obstante, indicaron que la falta de insumos, personal de salud y la barrera lingüística limitaban significativamente el brindar un servicio de calidad. A pesar de ello, muchos de los participantes afirmaron, que parte del personal de salud si daba un mal trato a la población originaria, en especial si usaba traje típico o no hablaba español. Estos resultados se asocian con reportes previos que han indicado que la falta de comprensión de las necesidades del paciente es un obstáculo sustancial en la atención prestada, ya que la comprensión fidedigna de las quejas

relatadas por el paciente es esencial para que el profesional de enfermería pueda entender las necesidades reales de los pacientes, así como crear vínculos (Cavalcante Monteiro, 2023).

De este modo y dado que muchas veces el lenguaje técnico utilizado en el área de la salud, no tiene una traducción literal y completa; el entendimiento de la población hablante de lengua a las instrucciones, resulta complicado, lo que puede generar una mala percepción del personal de salud (Cavalcante Monteiro, 2023), puesto que estas barreras obligan al personal de salud a utilizar herramientas alternativas como la comunicación no verbal a través de recursos visuales como símbolos, imágenes y gestos; sin embargo, por la saturación de los servicios, la falta de tiempo y personal, o simplemente por apatía, no son usados.

Por otro lado, las creencias indígenas consideran la enfermedad como un evento estrechamente relacionado al cuerpo social, cuyas implicaciones son más colectivas que individuales, caracterizando el proceso salud-enfermedad como sociocultural, lo que se opone al modelo biomédico en varias perspectivas. De este modo, al insertarse en esta realidad, pueden originarse conflictos asociados a los valores éticos y morales de los profesionales de salud, pues muchas veces no concuerdan con las prácticas y concepciones de las comunidades, lo que genera una barrera cultural que limita la prestación de servicios de calidad y afecta la percepción de la población sobre los servicios (Cavalcante Monteiro et al., 2023). Basado en lo anterior, en 2010 la OPS propuso estrategias de redes integradas de servicios de salud, con la intención de disminuir los problemas que generan la fragmentación de los sistemas de salud como la falta de acceso de poblaciones sin seguridad social y la inequidad en salud que ello implica, implementándolo en México desde el 2012 (Juárez- Ramírez et al., 2020).

No obstante, la sobrecarga de trabajo, debido a la falta de profesionales médicos, especialmente en las regiones de más difícil acceso, aumenta el nivel de responsabilidad del personal de salud y a su vez puede generar un desgaste crónico, debido a que las enfermeras a menudo se ven obligadas a realizar actividades fuera de su competencia, para las que no estaban debidamente preparadas, como, por ejemplo, la prescripción de tratamientos farmacológicos y la

asistencia a partos, lo que tiene repercusiones en la calidad del servicio prestado (Cavalcante Monteiro, 2023).

En este contexto, es importante diseñar un modelo que permita el diálogo, y cuente con personal de salud con conocimiento basado en la interculturalidad en el proceso salud-enfermedad y el saber antropológico; con el objetivo de construir una relación integral y verdaderamente respetuosa entre los profesionales y los indígenas, con el fin de mejorar la prestación de los cuidados de salud. Asimismo, al observar la necesidad de personal de salud capacitado y hablante de lengua originaria, se sugiere la creación de un grupo multidisciplinario, donde un Agente Indígena de Salud sea el interlocutor del equipo con la comunidad, actuando como representante legítimo de su pueblo y - concomitantemente - como profesional en un proceso de apropiación del conocimiento de la medicina occidental; donde se consideren además los conocimientos aportados por los curanderos, chamanes, parteras y otros especialistas de las prácticas tradicionales indígenas, con la finalidad de generar un ambiente de diálogo y enriquecimiento mutuo (Juárez-Ramírez et al., 2008).

4.3 ETAPA 3

Como parte de la fase tres del proyecto presentado, se realizó una reestructuración del modelo de intervención para la mejora de la atención de salud a la población de Huehuetla con una pertinencia cultural, así como un instrumento para la evaluación de su pertinencia.

4.3.1 Propuesta para la atención intercultural de los servicios de salud en el hospital de Huehuetla

La medicina indígena representa "los conocimientos, habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias indígenas de diferentes culturas, explicables o no, utilizadas en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico, mejora o tratamiento de enfermedades físicas y mentales"

(Aguilar-Peña et al., 2020, p. 466). Mucha de la fuerza y capacidad de supervivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, claro está, para combatir enfermedades propias de sus comunidades y no para las traídas del occidente.

Un sistema médico tradicional indígena puede presentar actores que están organizados jerárquicamente, como se describe a continuación, empezando por el nivel inferior o primario:

Comuneros: es el nivel mínimo de conocimientos sobre la intervención de la enfermedad. Se basa en prácticas de autocuidado y autoatención de la salud, fundamentadas en el saber de las madres o abuelas. Se aplica para dolencias no graves y comunes. En este nivel, podemos encontrar incluso personas que no se reconocen como indígenas, pero viven en zonas rurales y han aprendido este tipo de prácticas por tradición oral, usos y costumbres (Aguilar-Peña et al., 2020).

Sobanderos: se encargan de atender aquellas personas afectadas por caídas, golpes y otros efectos en su corporalidad. Llegan a atender lesiones más graves, pueden llegar a hacer una atención inicial o de primera respuesta antes de la remisión al hospital.

Rezanderos y curanderos: intervienen en padecimientos psicológico-espirituales y algunos físicos. Los primeros tienen como principal recurso el rezo o la conexión con los espíritus, mientras que los segundos, la etnobotánica.

Parteras: se especializan en la atención del recién nacido y de las mujeres durante y después de la gestación.

Médicos tradicionales: poseen la sabiduría ancestral y de la madre tierra sobre etnobotánica y el dominio espiritual; como mensajeros de la deidad son los encargados de realizar armonizaciones, ceremonias y ritos, y poseen la sabiduría para reparar acciones negativas contra la naturaleza, el espíritu, el individuo y la familia.

Chamán (xamán o shamán): es la jerarquía máxima. Es intermediario entre los seres humanos y la esfera espiritual. Los espíritus pueden sanar o enfermar y el intermediario entre dichos espíritus es el chamán. Un chamán debe conocer muy bien todo su entorno. Por ello, es especialista de la realidad, la cual incluye historia,

mitos, cosmovisión, conocimiento profundo de la naturaleza, conocimiento de plantas medicinales y dominio del trance (Aguilar-Peña et al., 2020).

Asimismo, los sistemas terapéuticos de los grupos originarios y de las culturas tradicionales forman parte de otros elementos organizativos y equilibradores del individuo, el grupo, el medio y las creencias con el cosmos. De este modo, la cobertura de los servicios de salud no es suficiente para garantizar la salud de la población indígena. (Aguilar-Peña et al., 2020). El problema por el cual la población no recurre a los Centros de Salud es porque estos no solucionan sus problemas y no los solucionan porque no los entienden. Por ello es necesario buscar estrategias de atención de manera intercultural en donde la población tenga la oportunidad de seleccionar el modelo de atención que le genere mayor confianza en una unidad de salud interculturalmente competente.

En este sentido, surge la idea de generar una propuesta considerando algunos principios primordiales que garantiza la atención intercultural de salud para los pacientes.

1. Acceso eficaz. Lograr la identificación de los riesgos de enfermedad y complicaciones médicas de manera anticipada, el tránsito oportuno a los servicios de salud, la recepción eficiente de los mismos; así como el abasto completo de equipo y medicamentos, la articulación entre los diferentes niveles de atención, así como la existencia oportuna del personal de salud (Almaguer, 2007).

2. Interculturalidad. Fomentar que la relación entre personas de grupos culturales diferentes que comparten los mismos espacios territoriales, se realice con respeto y horizontalidad, favoreciendo que el personal de salud se apropie de elementos que le permitan comprender la forma de percibir la realidad y el mundo del otro, fomentando el diálogo, el reconocimiento y el respeto a sus particularidades e individualidades (Almaguer, 2007).

3. Reconocimiento de la diversidad cultural/respeto a las diferencias. El trato entre personas que conforman la sociedad mexicana ha de basarse en el respeto a las diferencias. Se deberá normar su acción en una orientación pluralista que combata activamente toda forma de discriminación en los servicios de salud, fomentando, difundiendo y fortaleciendo las modificaciones legales a favor del reconocimiento a esta diversidad en su cosmovisión, uso de la lengua, derechos a

la cultura indígena (incluyendo la medicina tradicional indígena como un derecho cultural) y otros elementos para su desarrollo como la preservación del hábitat y protección de los estilos de vida tradicionales para salud integral (Almaguer, 2007).

4. Participación social. Fomentar la participación ciudadana, en procesos interculturales con los pueblos, comunidades y organizaciones indígenas y grupos culturales diferenciados, respecto de las políticas, programas y acciones de la Secretaría de salud y del sector que les involucre, en los espacios regionales, municipales y locales donde inciden las instituciones sectoriales, así como desde sus propios mecanismos de articulación y representación, no limitando la participación social a una consulta permanente (Almaguer, 2007).

5. Información. Los procesos de información deberán fomentar el conocimiento y ejercicio de los usuarios respecto de sus derechos a la salud, permitiendo ejercer y demandar servicios de calidad y una relación horizontal con los prestadores de servicios (Almaguer, 2007).

6. Derechos humanos. Respeto de los pueblos y comunidades indígenas, se evitarán las prácticas parciales de atención, así se brinda una atención en salud de calidad que respeta las diferencias culturales de toda la población (Almaguer, 2007).

4.3.1.1 Modelo propuesto

La composición multicultural y pluriétnica de nuestro país está expresada en la Constitución Mexicana. Esto significa que existen múltiples identidades en su población construidas desde el espacio y la influencia de cada cultura que generan diferentes miradas acerca de la realidad, el mundo, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte. En estas manifestaciones de cultura se visualiza un proceso intercultural que se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde ningún grupo cultural está por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de las partes (Almaguer et al., 2023).

El concepto de interculturalidad significa también, una relación de intercambio, a partir de la cual cada una de las partes involucradas puede construir

algo nuevo que no habrían podido desarrollar de manera independiente. Esto se hace posible por la adquisición, en una negociación y comparación conceptual y sinérgica, de elementos que antes no tenían, y que muy probablemente no habrían tenido de haberse mantenido dentro de su cultura sin abrirse al otro (Almaguer et al., 2023). La interculturalidad como puente entre la cultura occidental y la cultura indígena. En este encuentro de saberes se identifica el modelo de salud indígena como respuesta cultural a la necesidad de mantener la salud y tratar la enfermedad, un modelo organizado jerárquicamente en el que la salud del individuo depende además de sus hábitos, de la armonía con la naturaleza, el espíritu, los dioses y su comunidad. En algunos países como Bolivia, sólo un tercio de la población recibe los servicios de salud moderna. A pesar de que existan centros de salud cercana, los indígenas hacen uso tanto de las plantas medicinales como la consulta del médico, por lo que constituyen una alternativa al uso de la medicina moderna (Hautecoeur et al., 2007).

Este modelo intercultural había sido menospreciado hasta hace poco tiempo por la comunidad científica; pero, gracias a los estudios en interculturalidad, se sabe que la salud también debe ser intercultural y que las políticas públicas deben incluirla para poder obtener los resultados esperados en la comunidad objetivo. Para hacer realidad estas políticas públicas debe haber voluntad y agenda política, una adecuada estructura en los servicios de salud y formación de los profesionales de la salud en interculturalidad desde sus estudios técnicos, tecnológicos, profesionales y de posgrado. Esas políticas públicas deben contener: capacitación, empleo de la lengua indígena local, alimentación y equipamiento con elementos tradicionales, diálogo respetuoso con los médicos tradicionales, atención humanizada, entre otros. Así se brinda una atención en salud de calidad que respeta las diferencias culturales de toda la población (Aguilar-Peña et al., 2020).

4.3.1.2 Modelo de atención de salud compartida: medicina tradicional y alópata en el hospital comunitario de Huehuetla.

Objetivo

El objetivo de la presente propuesta es dejar constancia de la necesidad de implementar una atención de salud intercultural en el Hospital comunitario de Huehuetla, a partir de la participación de la población y autoridades locales, en la propuesta “Modelo de atención de salud compartida: medicina tradicional y alópata en el hospital comunitario de Huehuetla” donde se reconoce la existencia de las prácticas tradicionales de salud y abre un camino para una atención colaborativa.

Antecedentes

En el municipio se encuentra ubicado el módulo de medicina tradicional donde se atienden diversos tipos de enfermedades por médicos tradicionales. Esta unidad es particularmente importante para la población totonaca que conserva y practica la medicina tradicional, lo que representa un servicio adecuado a su cosmovisión, sin embargo, el sistema de salud por su parte recomienda el seguimiento de enfermedades crónicas en una unidad de salud con médicos alópatas, lo que genera diversas complicaciones debido a las deficiencias que presentan los sistemas de salud.

La propuesta de un modelo intercultural es resultado de un proyecto de investigación en la Maestría de Ambientes Interculturales de Aprendizaje en la Universidad Intercultural del Estado de Puebla, realizado de manera conjunta con la población totonaca de Huehuetla, durante el periodo 2021-2023. Se inició con la aplicación de encuestas a la población, donde se reafirmó la problemática de salud que enfrenta la población. Así mismo, en este periodo se impulsaron acciones con diferentes grupos que involucraron: al personal de salud del hospital comunitario, módulo tradicional, autoridades locales y la población; donde se plantearon diversas estrategias de comunicación y colaboración para abordar la problemática identificada; sin embargo, no todos los grupos involucrados pudieron participar.

En este trabajo el enfoque intercultural en salud fue la base para promocionar y establecer relaciones equitativas entre personas y culturas, reconocidos con igual valor y derechos. Desde este enfoque se investigó el punto de vista de la población y con algunos elementos del personal de salud, buscando que en los sistemas de salud se incorporen prácticas de atención de salud de la cultura local y ofrezcan servicios de calidad para la población, además del respeto de las formas de pensar y costumbres sobre la cosmovisión de salud-enfermedad, para que estas sean incorporadas en la oferta de atención de los servicios de salud. Dichas acciones, además del reconocimiento permite la conservación de los conocimientos y prácticas de salud tradicional, en la población joven que desconoce o descalifica la efectividad de la medicina tradicional.

Los problemas más importantes que se observaron y requieren considerarse en el proyecto de mejora son:

- Deficiencia de personal médico, y desabasto de medicamentos en el hospital comunitario, lo que dificulta la prestación de un servicio de calidad. A pesar de que el hospital comunitario en algún momento fue reconocido como un hospital integral porque se contemplaba un servicio intercultural, actualmente mantiene la categoría de hospital comunitario y en términos administrativos se prioriza la atención biomédica, a pesar de las diversas deficiencias que presenta entre ellas en el número de personal disponible para atender en una jornada y deficiencias en insumos y medicamentos. Si bien también se cuenta con un módulo de medicina tradicional por médicos de las diferentes comunidades, su continuidad sigue siendo un esfuerzo que se sostiene gracias a algunas personas que aún confían en estas prácticas de salud. Actualmente se da la paradójica situación en la cual el módulo de medicina tradicional de Huehuetla supera el número de médicos tradicionales frente al personal médico del hospital comunitario, el módulo es una unidad reconocida y cuenta con personal capacitado para atender diversos tipos de enfermedades y padecimientos. Sin embargo, la población que asiste a solicitar atención es mínima comparada con la población que asiste al hospital. Ello nos indica que las prácticas de medicina tradicional han sido

desplazadas por los conocimientos científicos que ofrecen las instituciones públicas de salud, por lo que no se garantiza su conservación.

- La salud intercultural en la población de Huehuetla no ha trascendido del módulo de medicina tradicional, lo que debilita sus posibilidades de una atención intercultural para la población usuaria del hospital.
- Dentro de los resultados se encontró un abandono o leve presencia de usuarios que utilizan y confían en la medicina tradicional como primera alternativa de atención de salud, donde solo la población monolingüe de *Tutunakú* acude de manera frecuente a este módulo de atención de salud, debido a la facilidad de comunicación con los médicos tradicionales, por lo que consideran la necesidad de que sea ofertada como alternativa de atención en hospitales o centros de salud, para toda la población y cada usuario tenga la misma oportunidad de escoger el sistema de mayor confianza. Ello favorece una atención intercultural dentro de los servicios que ofrecen las instituciones públicas de salud, así como la oportunidad de una convivencia mutua entre los médicos tradicionales y médico alópatas. Todo ello con el fin principal de ofrecer a la población la posibilidad de una atención de salud con personal que comprenda su cosmovisión de salud y se preocupe por la adecuación a sus costumbres en el tratamiento de enfermedades, como derechos reconocidos por la ley. Y además ofrecer insumos y materiales curativos naturales, accesibles y económicos para el tratamiento de enfermedades frente a la deficiencia de insumos y medicamentos en el sistema de salud.
- Se encontró que existe poco involucramiento /coordinación entre médicos alópatas y tradicionales en la atención de salud, lo que dificulta la promoción de una atención interculturalidad, frente a las leyes que establecen el respeto y conservación de las formas de curar la enfermedad en los pueblos originarios.
- Se observó poca participación de actores involucrados en el sistema de salud que estén dispuestos a defender o mantener las prácticas originarias de atención de salud de la población totonaca.

Basado en lo anterior, se trabajó con un grupo de población para generar una propuesta que garantice la interculturalidad en la atención de salud que se ofrece a

la población con una propuesta denominada “Modelo de atención de salud compartida: medicina tradicional y alópata en el hospital comunitario de Huehuetla”, cuyo objetivo principal fue promover la salud intercultural como un derecho de la población totonaca, así como el fortalecimiento de relación y convivencia entre médicos alópatas y tradicionales para ofrecer una atención con pertinencia intercultural en el hospital comunitario de Huehuetla.

Después de analizar los resultados obtenidos en las diversas etapas de la investigación se concluyó que el sistema de salud presenta deficiencias en personal e insumos, para brindar una atención de manera oportuna y de calidad, debido al número de usuarios que asisten a solicitar atención. Sin embargo, también se cuenta con una unidad de medicina tradicional a la cual solo asiste un porcentaje mínimo de población, debido al rechazo de estas prácticas por el sistema médico. Sin embargo, es de reconocer que la medicina tradicional ha jugado un papel importante durante años, y ha sido la base de la medicina moderna, por tanto, es importante considerar que puede ser una alternativa de tratamiento para la atención de salud de la población totonaca de Huehuetla, que aun cuenta con médicos tradicionales afiliados al módulo de medicina tradicional y que puede suplir de manera coordinada, las deficiencias que presenta el sistema de salud, a través de una atención compartida entre médico tradicional y alópata.

En este sistema lo que se pretende es brindar una atención colaborativa, en la cual el usuario cuente con un médico tradicional y alópata al momento de la atención; para lo cual sería preferible contar con personal de salud intercultural para una mejor articulación de los sistemas, y de esta forma brindar atención de salud con los dos sistemas que se tienen en la población, porque ambos cuentan con elementos importantes para la atención de salud, esto permitirá alcanzar confianza y seguridad del paciente al momento de su tratamiento. Y finalmente generar confianza en la medicina tradicional para los usuarios y además identificar situaciones de salud en la población joven que desconoce de las prácticas de atención tradicional.

4.3.1.3 Procesos y actividades a desarrollar para la atención intercultural

1. Inicia con la recepción de usuario, desde el vigilante del hospital de manera inmediata preguntando por el área a la que se dirige (es importante que el vigilante sea bilingüe) (Fig. 2).
2. El sistema de atención de salud compartida comienza desde el *triage* que se realiza al momento de llegar a la unidad de salud. Enfermería se encargará de tomar signos vitales, para emitir un diagnóstico, clasificar la atención, indicando a los usuarios, esperar en la banca marcada del color correspondiente al *triage*, (es importante que la fila de bancas estén etiquetadas con un color del *triage*), lo cual permitirá al usuario conocer su estado de salud y de los demás que se encuentran en la sala, una de las quejas y razones por la cual no asisten a la unidad de salud, es por las horas largas de espera para recibir la atención.
3. La clasificación de bancas de espera por colores permitirá generar conciencia en la población sobre la importancia de esperar el turno de acuerdo con la gravedad de la enfermedad frente a los demás usuarios. En este proceso es importante la intervención de una enfermera intercultural, para garantizar la comunicación y promoción adecuada al usuario sobre la atención compartida, los beneficios que se obtienen a través de este sistema. En caso de ser monolingüe para alguna lengua, se deberá tener apoyo de un intérprete en todo momento. En el caso de bilingües, podrán elegir si requieren intérprete.
4. En relación con la atención, el personal de salud clasificará la gravedad de la enfermedad, asignando colores: rojo=alta, Naranja=Moderada y Amarillo=baja. Los pacientes clasificados en color rojo, serán atendidos de manera inmediata por un médico alópata, posterior a su estabilización, se ofrece la oportunidad de recibir una interconsulta por un médico tradicional y así brindar el servicio intercultural, pero sobre todo la posibilidad de un diagnóstico en relación a la cosmovisión cultural.
5. En la clasificación de pacientes asignados al color naranja y amarillo, se ofrece la atención compartida, donde el médico alópata y médico tradicional de manera colaborativa, realiza sus procedimientos de atención para emitir

un diagnóstico de acuerdo con cada conocimiento que tienen y ofrece las posibilidades de atención.

6. Posteriormente, le dan a conocer al usuario las vías de tratamiento (tradicional y/o convencional). No obstante, aunque el usuario es quien tienen la última palabra y es quién decidirá si prefiere un sistema alópata o compartido; el médico alópata deberá valorar el estado de salud a partir de un análisis individual antes de ser dado de alta, donde, en caso de ser necesario ambos médicos tendrán oportunidad de discutir puntos de vista y fortalecer los conocimientos de ambos sobre la enfermedad, esto permitirá brindar atención intercultural.
7. En cuanto al tratamiento de la enfermedad, se presta la oportunidad de combinar el uso de dos tipos de tratamiento tanto de medicina natural y la farmacológica, los médicos prescriben los tratamientos de acuerdo con sus conocimientos, o en su caso se brindará un solo tratamiento cuando ambos médicos consideren como el mejor. Cuando se trate de una enfermedad que pueda ser tratada por cualquiera de los dos sistemas, el usuario es quien decide el tipo de medicina a utilizar.
8. El paciente cubre sus necesidades de salud y regresa al hospital para dar seguimiento a su tratamiento con su médico y sistema de mayor confianza. El modelo de atención compartida de médicos puede subsanar las crisis estructurales del sistema de salud del Estado; al ofrecer como alternativa de atención y al mismo tiempo permite la conservación de las prácticas tradicionales de salud.

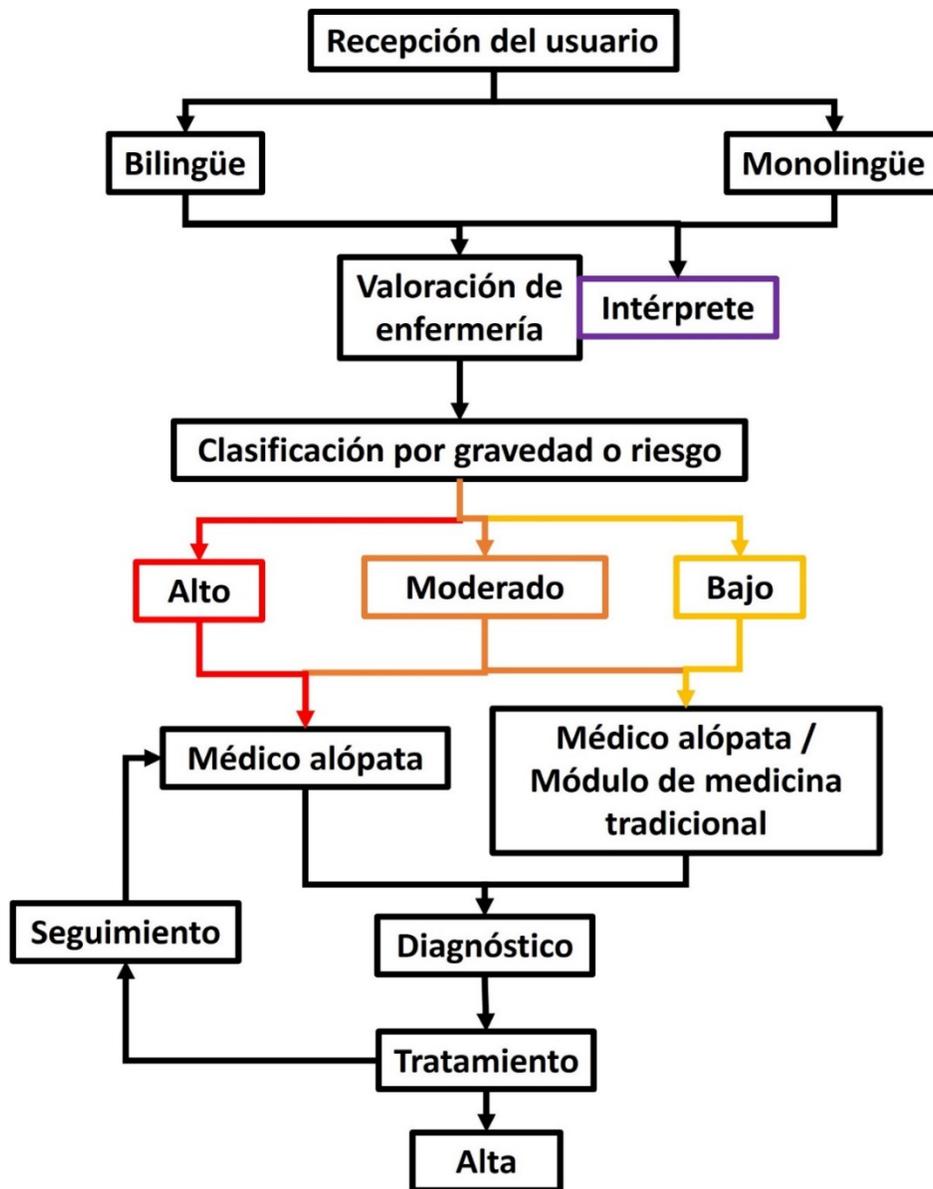


Figura 2. Diagrama de atención intercultural. Esquema representativo del procedimiento propuesto para la atención conjunta del usuario que acude al servicio de salud de Huehuetla.

La medicina tradicional representa una opción importante de respuesta ante las necesidades de atención a la salud en diferentes poblaciones. Esta participación ha sido aceptada por organizaciones internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas organizaciones han intentado apoyar y promocionar políticas dirigidas a ensayar formas de articulación de esta medicina con los sistemas oficiales de salud,

enfocados primordialmente en su atención primaria (Aguilar-Peña et al., 2020). El uso de esta propuesta de mejora en la atención de salud, garantiza el acceso, la calidad y el respeto de la cosmovisión de salud de la población totonaca de Huehuetla Puebla.

4.3.2 Diseño de evaluación intercultural del proyecto comunitario “Modelo de atención de salud compartida: medicina tradicional y alópata en el hospital comunitario de Huehuetla”

Problema

Existen diferentes barreras sociodemográficas y culturales como el nivel educativo, lengua, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo, que limitan el acceso a los servicios de salud; las cuales condicionan al uso de estos servicios públicos, haciendo que la población muestre desinterés en la práctica de la promoción de salud y la atención médica, el 60.7% de la población totonaca que reside en la cabecera municipal, no asista a revisión médica aún en la presencia de enfermedades.

Objetivo general del proyecto

Generar una propuesta de evaluación para el modelo de atención de salud intercultural para brindar una atención de salud culturalmente pertinente para la población totonaca de Huehuetla, a través del diálogo de saberes, con la población, personal médico tradicional y alópata, y autoridades locales.

Metodología de evaluación

La evaluación se realizará a partir de un cuestionario semiestructurado, que estará dirigido para personal de salud, la población y autoridades.

Objetivo general de la evaluación

Identificar la pertinencia de un modelo intercultural de atención de salud en el hospital comunitario de Huehuetla, así como el grado de participación del personal de salud en proyectos encaminados a la atención de salud.

Objetivos metas e indicadores

Tabla 9. Metas, indicadores y estrategias para la evaluación de la propuesta de atención intercultural.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores
Evaluar la pertinencia de la propuesta de atención intercultural	Incluir los conocimientos tradicionales en la atención de salud.	Prácticas tradicionales en la atención de salud.
Evaluar la viabilidad de la propuesta de atención de salud intercultural en el hospital comunitario	Implementar la propuesta en la atención medica	Atención compartida entre médicos tradicionales y alópatas
Evaluar el involucramiento de los diversos actores que intervienen en el sistema de salud, en la elaboración de una propuesta intercultural	Describir los retos en el proceso de elaboración de la propuesta de atención	Número de participantes Disposición Puntualidad Interés

Instrumento de evaluación

Maestría en ambientes interculturales de aprendizaje				
Evaluación del proyecto “Modelo de atención de salud compartida: medicina tradicional y alópata en el hospital comunitario de Huehuetla”.				
Este instrumento está dirigido para el personal de salud médicos tradicionales y alópatas para conocer si la propuesta de atención de salud elaborada cubre con los requisitos para brindar una atención correcta y adecuada. Por lo que se le agradece de su disponibilidad y sinceridad para responder a las preguntas.				
Nombre o Cargo :				
INSTRUCCIONES: marque con una “X” en el cuadro que considere correcto				
Escala de evaluación: 3= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 1= Indiferente 0= En desacuerdo				
	3	2	1	0
La propuesta de atención cubre las características de una atención intercultural				
La propuesta de atención contempla las prácticas de atención tradicional				
La propuesta es útil para aplicar en el sistema institucional				
La propuesta es clara y entendible				
La propuesta de atención es adecuado para la atención del paciente				
La propuesta de atención tiene elementos contradictorios al sistema institucional				
La propuesta de salud genera un riesgo para el paciente				
La propuesta de atención es interesante				

Comentarios o sugerencias

--

Instrumento de evaluación 2

Maestría en ambientes interculturales de aprendizaje				
Evaluación del proyecto “Modelo de atención de salud compartida: medicina tradicional y alópata en el hospital comunitario de Huehuetla”.				
Este instrumento está dirigido a la población totonaca, para conocer si la propuesta de atención de salud elaborada por el grupo participante, se adecua a las expectativas del resto de la población. Por lo que se le agradece de su disponibilidad y sinceridad para responder a las preguntas.				
Nombre o Cargo :				
INSTRUCCIONES: marque con una “X” en el cuadro que considere correcto				
Escala de evaluación: 3= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 1= Indiferente 0= En desacuerdo				
	3	2	1	0
Tlan makxtumun naskukgoy makuchinanin Es bueno el trabajo en conjunto de los médicos alópatas y tradicionales				
Takakni xtamakuchinkan kintachikikan Esta propuesta reconoce las prácticas tradicionales de atención de salud.				
Likgalhti mintapuwan uyma xatamalaktsukit takuchun La propuesta coincide con sus expectativas.				
Xlakaskinka uyma xatamalaktsukit takuchun Es necesario la aplicación de esta propuesta de atención.				
Tlaktlan pikgampatuy makuchinanin namakuchikgoyan Es bueno tener la oportunidad de recibir atención de salud por dos sistemas de salud en una consulta.				

Comentarios o sugerencias

--

Instrumento de evaluación 3

Maestría en ambientes interculturales de aprendizaje				
Evaluación del proyecto “Modelo de atención de salud compartida: medicina tradicional y alópata en el hospital comunitario de Huehuetla”.				
Este instrumento está dirigido para las autoridades para conocer el grado de participación y colaboración entre personal de salud y autoridades locales en diferentes actividades encaminadas a la mejora de atención de salud de la población totonaca de Huehuetla. Por lo que se le agradece de su disponibilidad y sinceridad para responder a las preguntas.				
Nombre o Cargo :				
INSTRUCCIONES: marque con una “X” en el cuadro que considere correcto				
Escala de evaluación: 3= Siempre 2= A menudo 1= Raramente 0= Nunca				
	3	2	1	0
El personal de salud del hospital comunitario de Huehuetla, asiste a los eventos o programas que realiza las autoridades en relación a la salud.				
El personal de salud del hospital comunitario de Huehuetla, participa en los proyectos de mejora de salud que propone el ayuntamiento.				
El personal de salud del hospital comunitario de Huehuetla, ha mostrado interés en mejorar la atención de salud.				
El personal de salud del hospital comunitario de Huehuetla, ha trabajado de manera conjunta con autoridades locales para proyectos de mejora en relación a la salud				
El personal de salud se ha acercado con las autoridades a solicitar un trabajo colaborativo				
Las autoridades correspondientes en el área de salud han llevado propuestas de trabajo colaborativo en la atención de salud.				

Comentarios o sugerencias

--

4.3.3 Resultados de evaluación

Para dar seguimiento a la investigación-acción, fue necesario evaluar la propuesta elaborada con algunas personas de la comunidad y así conocer la opinión acerca de ellos. Lo anterior debido a que, aunque las implementaciones de sistemas de salud de calidad surgen como respuesta social para atender las necesidades de salud de la población y responden a las cambiantes necesidades tanto demográficas, epidemiológicas, políticas, sociales y culturales (Saturno-Hernández et al., 2015); aún quedan varios pendientes en materia de atención médica en clínicas comunitarias, incluyendo recursos humanos e infraestructura. En estos rubros, las comunidades indígenas del país, tal y como sucede en otros aspectos del desarrollo social, son las más desprotegidas y a las que la atención les llega, no solo de manera tardía, sino incluso con limitaciones (CNDH, 2018).

Para conocer la pertinencia y la viabilidad de la propuesta se realizó una evaluación con cinco médicos tradicionales que estuvieron disponibles a participar, dos parteras, dos curanderos y un huesero. En primer lugar, se les explicó la propuesta de atención intercultural y al final se cuestionaron diversos aspectos para conocer su pertinencia y viabilidad. Todos mencionaron estar totalmente de acuerdo en que la propuesta contempla una atención intercultural, de la misma manera consideran todos que en esta propuesta se promueve las prácticas tradicionales de atención a la salud, y cuatro de ellos consideran que se pueden aplicar en cualquier hospital de gobierno. Solo una persona mencionó no estar seguro de que pueda implementarse por los trabajadores de la unidad de salud. En relación con la claridad de la propuesta, todos están de acuerdo en que la propuesta es entendible para ellos. Así mismo, todos están totalmente de acuerdo que la propuesta es adecuada para los pacientes; tres de ellos mencionaron desconocer en que pudiera haber elementos contradictorios al sistema de atención occidental y el resto dijo que no hay prácticas de atención contradictorio. Finalmente, todos mencionaron que la propuesta no genera ningún riesgo para el paciente y por lo tanto se les hace muy interesante su implementación.

Después de la evaluación se les comento si alguien quisiera agregar comentarios o sugerencias, tres de ellos participaron comentando, que es muy

importante el apoyo entre compañeros y sobre todo en la atención del parto, pero que es importante que los médicos estén de acuerdo y se vean como compañeros para no culpar a los médicos tradicionales en situaciones delicadas. Otro participante mencionó que *“a pesar de que ellos tienen experiencia en acomodar huesos, hay ocasiones en donde es necesario algún equipo para visualizar los huesos y para ello solo los médicos saben cómo se observa”* (Anónimo 3, comunicación personal, 07 de junio, 2023); una curandera menciona que, en el caso de los niños más pequeños, al no poder manifestar lo que sienten se llega a confundir el diagnóstico y es importante brindar ambos tratamientos.

En relación con la pertinencia cultural de la propuesta, se evaluó con usuarios que viven en la periferia de la comunidad, donde por un lado estuvieron cinco participantes, dos hombres y tres mujeres; y otro grupo estuvo conformado por mujeres únicamente. La mayoría de los participantes mencionaron estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que ambos grupos de médicos que se encuentran en la comunidad deban trabajar en equipo y apoyarse para atender pacientes.

De la misma manera consideran que la propuesta reconoce las prácticas tradicionales, lo que se convierte en la forma de fomentar y conservar conocimientos de atención tradicional. Así mismo, seis de ellos mencionaron estar de acuerdo y dos totalmente de acuerdo en que la propuesta cubre las expectativas de atención, y todos consideraron que es necesario su implementación en cualquier unidad de salud donde acuden pacientes que pertenecen a una cultura, por lo que la mayoría mencionó estar de acuerdo que se brinde la oportunidad de recibir una atención intercultural en cualquier consulta, solo una persona menciona no estar segura de que sea buena idea.

En relación con los comentarios o sugerencias participaron algunos diciendo que la propuesta es importante para ellos, pero que es difícil que los médicos acepten esta forma de trabajar. También mencionaron que no todos reconocen las prácticas tradicionales como adecuadas para tratar una enfermedad, sin embargo, esperan que se pueda llevar a cabo para beneficio de los usuarios. Para evaluar la participación de actores involucrados en la atención de salud, se incluyeron a tres autoridades locales, para conocer el involucramiento y participación del personal de salud en las actividades y programas implementado por las autoridades de salud;

en la cual se obtuvo que ambos participantes mencionaron que el personal de salud casi siempre asiste a los eventos o programas relacionados a la salud; dos de ellos comentaron que raramente participan de manera activa en proyectos de mejora a la salud, y solo una persona mencionó que si hay participación.

Así mismo, mencionan que raramente se ve el interés en mejorar la atención de salud que se le brinda a la población y poco acercamiento por parte del personal de salud; a pesar de que las autoridades intentan llevar propuesta de atención a los usuarios, no ha habido un trabajo en conjunto con autoridades y personal de salud para proyectos encaminados a la mejora de atención de salud. Dentro de los comentarios o sugerencias, mencionaron que a pesar de que se intenta trabajar de manera en conjunta los cambios administrativos y la disposición individual han limitado la posibilidad de un trabajo en conjunto.

4.3.4 Conclusión de la evaluación

De este modo, en cuanto a la pertinencia y viabilidad del proyecto se encontró que la propuesta contempla una atención intercultural, al considerar dos formas de atención alópata y tradicional, además se promueve las prácticas tradicionales de atención pudiendo aplicarse en cualquier hospital de gobierno. También se encontró que la propuesta es entendible y adecuado para el paciente; y no contiene prácticas contradictorias por lo que no genera ningún riesgo para el paciente, lo que lo convierte en una propuesta interesante.

En relación a la pertinencia cultural de la propuesta, se encontró que para los usuarios, la atención por ambos grupos de médicos es importante en equipo para apoyarse en la atención de pacientes lo que permite suplir la deficiencia de médicos, de la misma manera consideran que la propuesta reconoce las prácticas tradicionales lo que se convierte en la forma de fomentar y conservar conocimientos de atención tradicional y el respecto de la cosmovisión de salud de los pacientes que pertenecen a una cultura.

Sin embargo, debido a las dificultades de participación del personal de salud, fue necesario conocer el grado de interés y participación que ha tenido el personal

de salud en proyectos encaminados a la mejora de atención de salud que realizan las autoridades. La cual se obtuvo que el personal de salud casi siempre asiste a los eventos o programas relacionados a la salud; pero que raramente se ve el interés en mejorar la atención de salud y además existe poco acercamiento por parte del personal de salud con las autoridades, mencionan que no ha habido un trabajo en conjunto para la mejorar la atención de salud de la población totonaca.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación realizada, se puede observar que tanto para la población como para los médicos tradicionales, la propuesta de atención elaborada cuenta con pertinencia cultural y es viable su aplicación en unidades de salud, lo que permite la posibilidad de que sea aceptada en las diversas instituciones de salud del municipio de Huehuetla, también se logró identificar que el grado de participación del personal de salud es mínima en cualquier proyecto encaminado a mejorar la atención de la población.

En este sentido, es importante resaltar que la población totonaca de Huehuetla aún enfrenta diversos limitantes relacionadas al acceso a los servicios de salud, que en consecuencia origina el aumento de comorbilidades, disminuyendo la esperanza de vida contemplada en este grupo de población; sin embargo, por las diversas actividades que realiza cada participante involucrado como son el personal de salud, las autoridades y la población, no fue posible generar un diálogo en conjunto para diseñar un modelo enriquecedor. Es por ello que se decidió rediseñar la estrategia de intervención usando como base los resultados obtenidos de manera independiente, a fin de llegar a un acuerdo mutuo y ofrecer alternativas eficientes que permitan el trabajo en equipo del personal de salud, promoviendo una pertinencia cultural, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios y favoreciendo las alternativas de servicio a la población.

CONCLUSIONES

La implementación de instituciones de salud en las poblaciones originarias no es suficiente, debido a que los usuarios enfrentan diversas dificultades para la accesibilidad de estos servicios, en primer lugar, se enfrenta a las deficiencias de insumos y materiales, y de personal de salud además de poseer una cultura distinta a la comunidad, ya que los pueblos originarios presentan estilos de vida y cosmovisión de salud diferentes y al momento de la atención se chocan estos modelos médicos distintos.

Las dificultades que se observan en el sistema de salud se relacionan con la cultura en general, no solo con la lengua, también influye el modo de vida que a la vez interfiere en las prácticas de atención de salud, pero en algunas instituciones se descalifica las prácticas tradicionales de salud de los pueblos originarios, incluso los usuarios mencionan ser regañados por estas prácticas, un porcentaje del personal de salud del sistema alópata considera que estas prácticas indígenas son erróneas y equivocadas, porque estas creencias o prácticas de salud emanan de conocimientos internos de una cultura distinta a las establecidas por las instituciones de gobierno.

En este sentido, se observa en la población originaria, el rechazo de algunos procedimientos de salud por no formar parte de las prácticas tradicionales, de la misma manera se percibe el rechazo o desvalorización de las prácticas tradicionales en la población no indígena o de familias jóvenes que ya no tuvieron la oportunidad de conocer las prácticas tradicionales de atención de salud.

Esta situación no se presentaría si se pudiera implementar un modelo de salud que incluya los conocimientos de salud desde la cosmovisión de los pueblos originarios y los conocimientos occidentales en situación de equidad para la prestación de servicios de salud.

Los diversos factores que limitan el acceso a los servicios de salud, la calidad y pertinencia cultural, han generado que la población no asista al hospital a solicitar atención médica a pesar de padecer enfermedades. Por lo que en esta investigación- acción participativa, fue necesario realizar una propuesta de mejora, con la población comunitaria, tomado en cuenta que la población totonaca cuenta con una cosmovisión propia sobre salud-enfermedad, fue necesario contemplar la

inclusión de la atención de médicos tradicionales, sin dejar a un lado los conocimientos occidentales que poseen los médicos alópatas porque ambos brindan beneficios a la salud.

La presencia de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla y al ofertar la carrera de enfermería formando licenciados con enfoque intercultural, ha influido en que la población totonaca del municipio de Huehuetla tenga una esperanza en la igualdad y equidad de los servicios de salud, pero sobre todo en la inclusión de sus conocimientos ancestrales y su cosmovisión de salud al momento de la atención.

Por tanto, en la propuesta se elaboró una atención compartida, donde se brinde al usuario la opción de escoger el sistema de salud de confianza, además no representa gastos económicos en la implementación de esta propuesta en cualquier unidad de salud, solo se necesita de la aceptación, disponibilidad, cooperación y organización entre profesionales de la salud, para alcanzar los resultados esperados en cuanto a la atención de salud de la población totonaca. Además, en la evaluación de viabilidad y pertinencia de la propuesta se tuvo que tanto para la población y para médicos tradicionales, la propuesta de atención elaborada cuenta con pertinencia cultural y es viable su aplicación en unidades de salud, lo que permite la posibilidad de que sea aceptada en las diversas instituciones de salud del municipio de Huehuetla.

REFERENCIAS

- Achicanoy Estrada, A., Balaguera, O., y Restrepo, G. B. (2011). Barreras de acceso de la población rural del municipio de Concordia a los servicios de salud del hospital San Juan de Dios de Concordia, Antioquia. 2-82. Universidad CES. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10946/2406>
- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11, 333-338. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
- Aguilar-Peña, M., Tobar Blandón, M., y García-Perdomo, H. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 1-5. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.V22n4.87320>
- Alarcón Muñoz, A. M. (2001). Enfermería Intercultural: Un Desafío en la Sociedad Actual. *Horizonte de Enfermería*, 12(1), 39-45. Recuperado el 17 de 11 de 2022, de <http://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/11452/10478>
- Almaguer González, J. A., Vargas Vite, V., y García Ramírez, H. J. (S. F.). Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud. *Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo)*, 1-20. Recuperado el 11 de 06 de 2020, de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/modelo_intercultural_09.pdf
- Almaguer, J. A. (2007). Modelos interculturales de servicios de la salud. *Salud Pública de México*, 49, 84-93. Recuperado el 18 de 06 de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/106/10649040.pdf>
- Altmann, P. (2016). Buen Vivir como propuesta política integral: Dimensiones del Sumak Kawsay. *mundos populares. Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 3(1), 55-74. Obtenido de <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/mundosplurales/article/view/2318>
- Alvarado , L., y Garcia, M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(2), 187-202. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011837011>
- Alvarenga Benítez, M. M., Sánchez Villalba, R., Pallas Caudevilla, M., Aguaron Langarita, A., y Santander Jorge, S. (2022). Enfermería y la atención desde la interculturalidad. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(10). Recuperado el 12 de 11 de 2022, de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermeria-y-la-atencion-desde-la-interculturalidad/>
- Amoroz Solaegui, I. (2011). El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas. *Revista Pueblos y fronteras digital*, 6(11), 8-37. Obtenido

de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-41152011000100008

- Arrivillaga, M., Aristizabal, J. C., Pérez, M., y Estrada, V. E. (2016). Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gaceta sanitaria*, 30(6), 415-420. Recuperado el 01 de 01 de 2023, de <https://www.scielosp.org/pdf/ga/2016.v30n6/415-420/es>
- Aubry, A. (2011). Otro modo de hacer ciencia. En *Luchas muy otras* (págs. 13-580). Obtenido de https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/luchas_muy_otras.pdf
- Barragán, H. L., Moiso, A., Mestorino, M. d., & Ojea, O. A. (2007). *FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA*. La plata. Obtenido de <https://www.libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/download/246/222/732-1?inline=1#page=153>
- Belmartino, S. (S.F.). Modelo Médico Hegemónico. CONAMER. jornadas de APS. Obtenido de <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>
- Bobatto, M. B., Segovia, G., y Marín Rosas, S. (2020). El Buen Vivir, camino del Movimiento Mundial de Salud de los Pueblos Latinoamérica hacia otra alternativa al desarrollo. *Ministerio de Salud Pública*, 44(especial 1), 24-36. doi:DOI: 10.1590/0103-11042020S102
- Boladeras, M. (2007). Acceso justo e igualitario a la atención sanitaria. *Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud*, 1-47. : Prous Science, S.A. Obtenido de <https://www.ffomc.org/CursosCampus/Intercultural/Modulo3/curso/03/pdf/annexo4.pdf>
- Bonfil Batalla, G. (1987). *México profundo. Una civilización negada*. México. D.F.: Secretaria de Educación Pública. Obtenido de https://enriquedussel.com/txt/Textos_200_Obras/Filosofias_pueblos_originales/Mexico_profundo-Guillermo_Bonfil.pdf
- Breidlid, A. (2016). *Educación, conocimientos indígenas y desarrollo en el Sur global*. CLACSO. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/79474101.pdf>
- Cabello , E., y Chirinos, J. L. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Medica Herediana*, 23(2), 88-95. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000200003&lng=es&tlng=es.
- Cavalcante Monteiro, M., De Andrade Siqueira, L., Marques Frota, N., Moreira Barros, L., y De Siqueira Holanda, V. (2023). Asistencia de Enfermería para la Salud de las Poblaciones indígenas: Una revisión de alcance. *Cogitare Enfermagem*, 28, e91075. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91074>.

- Cevallos, R., y Amores, A. (2009). *Presentación de servicios de salud en zonas con Pueblos Indígenas*. Quito: Canadian International Development Agency (CIDA).
- Charvel, S. (2009). Derecho y salud en México: propuestas para una relación eficaz. *Gaceta Médica de México*, 145(5), 447-451. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2009/gm095p.pdf>
- Chávez Victorino, O., y Carpio Ramírez, C. A. (2018). El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(2), 195-209. doi:<https://doi.org/10.18359/rlbi.3422>
- Chertorivski Woldenberg, S., y Fajardo Dolci, G. (2012). El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación? *Gaceta Médica de México.*, 148, 502-508. Obtenido de https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_502-508.pdf
- CNDH, C. N. (2018). *El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicio y atención en las clínicas de las comunidades* (Segunda edición ed.). México: CNDH. Recuperado el 23 de Noviembre de 2021, de <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>
- COESPO. (2021). Evolución de los Indicadores Sociodemográficos de la Mortalidad en el Estado de Puebla. 2-36. Obtenido de file:///C:/Users/jose/Downloads/Evoluci%C3%B3n_de_los_Indicadores_Sociodemogr%C3%A1ficos_de_la_Mortalidad_en_el_Estado_de_Puebla_1.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.]. (2021). Artículo 2. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Constitucion Política de los Estados Unidos, [Const.]. (2014). Art. 4. Mexico. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf
- Corona Berkin , S., y Kaltmeier, O. (2012). *En diálogo. Metodologías horizontales en Ciencias Sociales y Culturales*. Gedisa. Obtenido de https://sarahcorona.net/lecturas/corona_y_kaltmeier_2012_En_dialogo_metodologias_horizontales_en_ciencias_sociales_y_culturales.pdf
- Coronado-Zarco, R., Cruz-Medina, E., Macías Hernández, S., Arellano Hernández, A., y Nava Bringa, T. I. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 25(1), 26-33. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>
- D' amore, E. P. (2012). Barreras en la accesibilidad al sistema público de salud en zonas rurales. El caso del Municipio de Dos Arroyos, provincia de Misiones.

- Universidad de la Cuenca del Plata. CONICET. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-072/282.pdf>
- Díaz, T. (2019). Epistemologías indígenas e integridad Sociedad-Naturaleza en educación intercultural., (págs. 1-10). Obtenido de <https://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v15/doc/1578.pdf>
- Duarte-Gómez, M. B., Brachet-Márquez, V., Campos-Navarro, R., y Nigenda, G. (2004). Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. *Revista Salud Pública de Mexico*, 46, 388-398. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n5/a04v46n5.pdf>
- Echagüe, G., Sosa, L., Díaz, V., Ruiz, I., Rivas, L., Granado, D., . . . Ramírez, M. (2015). Enteroparasitosis en niños bajo 5 años de edad, indígenas y no indígenas, de comunidades rurales del Paraguay. *Revista Chilena de Infectología*, 32(6), 649-657. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v32n6/art06.pdf>
- Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones México. (2018). *Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones México*. Obtenido de <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM21puebla/municipios/21072a.html>
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., y García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *salud pública de méxico*, 57(2), 180-186. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2015/sal152j.pdf>
- Flores-Hernández, S., Mendoza-Alvarado, L. R., Vieyra-Romero, W. I., Moreno-Zegbe, E., Bautista-Morales, A. C., y Reyes-Morales, H. (2019). La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud Pública Mexico*, 61(6), 716-725. Obtenido de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10562>
- Fornons Fontdevila, D. (2010). Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 172-176. Recuperado el 28 de 11 de 2022, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022#:~:text=La%20propuesta%20de%20Madeleine%20Leininger,a%20sus%20discapacidades%20o%20a%20su
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. Á., y Knaul, F. M. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Publica de México*, 49(1), S23-S36. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s1/06.pdf>
- Freyermut Enciso, G., y Meneses Navarro, S. (2017). Guía para médicos. *La atención del parto con pertinencia cultural*, 9-28. Cátedras Conacyt-CIESAS. Recuperado el 8 de 11 de 2022, de https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-36_Gu%C3%ADa-APPC.pdf

- Galicia Vargas, J. I., y River Gordillo, E. (2017). La accesibilidad a servicios de salud, en comunidades indígenas asentadas en la Ciudad de México. *Universidad Autónoma de la Ciudad de México*, 9-115. Recuperado el 01 de 01 de 2023, de https://www.repositorioinstitucionaluacm.mx/jspui/bitstream/123456789/939/3/Joselin%20Galicia%2C%20Evelyn%20Rivera_PS.pdf
- García de Alba, J. (2012). Saberes culturales y salud: una mirada de la realidad polifacética. *Desacatos*(39), 89-102. Recuperado el 14 de 05 de 2012, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n39/n39a7.pdf>
- Gobierno de México. (2021). *Anuario de Morbilidad*. Obtenido de https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_estatal.html
- Gobierno de México. (S. F.). *Modelo de Salud Intercultural en el Contexto de la Atención Primaria, la Salud Comunitaria y el Fortalecimiento de las Redes y Servicios de Salud*. Mexico. Recuperado el 10 de 11 de 2022, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715881/Modelo_de_Salud_Intercultural_2021____actualizado_cif_covid_.pdf
- Gobierno de Mexico y Secretaria de Salud. (2019). Atención Primaria de Salud Integral e. 3-141. Recuperado el 10 de Marzo de 2023, de http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf
- Gómez D, J. E., González A, M. T., y Ramírez M, R. F. (2019). Determinantes políticos de la salud: un concepto de importancia para el profesional en salud pública. *Revista Avances en Salud*, 3(1), 45-48. doi:DOI:10.21897/25394622.1751
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, j. (2011). Sistema de salud de México. *salud pública de méxico*, 53, s220-s232. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017
- Gómez, D. O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knau, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 52(2), 220-232. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v53s2/17.pdf
- Grimson, A. (2010). Cultura, identidad: dos nociones distintas. *Social Identities*, 16(1), 63-79. Obtenido de <http://www.ramwan.net/restrepo/identidad/Cultura%20e%20Identidad-grimson.pdf>
- Hasen Narváez, F. N. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería XVIII*, 3, 17-24. Obtenido de https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n3/art_03.pdf
- Hautecoeur, M., Zunzunegui, M. V., y Vissandjee, B. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala.

Salud Pública de México, 49(2), 86-93. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n2/a03v49n2.pdf>

Hernández Loeza, S. E. (2012). Memoria, relaciones interétnicas y grupos de poder en la Sierra Nororiental de Puebla. En *La memoria histórica de los pueblos subordinados* (págs. 86-90). Recuperado el 26 de 08 de 2022, de https://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1119/memoria_relaciones_interetnicas.html

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6 ed.). Mexico: Mc Graw-Hill/Interamericana Editores, S. A. DE C. V. Obtenido de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Hurtado-Saa, T., Rosas-Vargas, R., y Valdés-Cobos, A. (2013). SERVICIOS DE SALUD, DISCRIMINACIÓN Y CONDICIÓN. *Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*, 9(Especial 1), 135-151. Recuperado el 12 de 08 de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7867816>

Ibarra Picón, A., y Rúa Ramirez, E. (2018). Evaluación de la calidad en la atención al usuario del servicio de urgencias. *NOVA*, 16(29), 21-31. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v16n29/1794-2470-nova-16-29-00021.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2020). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/>

Islas Salinas, P., Zesati Pereyra, G. I., y Moye Elizalde, M. J. (2011). Una propuesta educativa en enfermería transcultural: el caso de la cultura menonita. *Enfermería universitaria*, 8(3), 43-49. Recuperado el 22 de 11 de 2022, de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000300007

Islas Vega, I., Reynoso Vazquez, J., Hernández Ceruelos, M. C., y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2021). La alimentación en México y la influencia de la publicidad ante la debilidad en el diseño de políticas públicas. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(8), 853-862. doi:10.19230/jonnpr.3259

Jácome Romero, M., y Bayona Rodríguez, E. (2020). Diálogo de saberes: medicina tradicional y medicina occidental moderna. *Suplemento memorias y encuentro*, 9(2), 125-132. doi: <https://doi.org/10.22490/25391887.676>

Juárez-Ramírez, C., Villalobos, A., Saucedo-Valenzuela, A. L., y Nigenda, G. (2020). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 34(6), 546-552. Recuperado el 01 de 01 de 2023, de <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2020.v34n6/546-552/es>

Kruk, M., Gage, A., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H., Roder-DeWan, S., . . . Pate, M. (2018). Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de. *The Lancet Global Health Commission*. Obtenido de

https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/commissions/health-quality-health-systems/TLGH_HealthSystem_ExecSum_Spanish.pdf

- León Uscátegui, J. (S. F.). Buen Vivir y Salud . *Reflexiones y Conceptualizaciones de Salud*, 1-9. Academia Accelerating the world's research. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/49820733/Buen_Vivir_y_Salud_libro-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1666034305&Signature=XM3ZSw5NMGcMDmYqzyotnRVh8MG7SVUyxJwzMwNJIIPnh8tevM~Ls4E3BQoXopb5sFtvOGirLiEH6R4akqF4le2qEeM6M4xVDDg-Fv~hqtHOnKObVhGex~En9URac43y2X8
- Lerín Piñón, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, 15(1), 111-125. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n15-16/n15-16a7.pdf>
- Ley General de Salud. (2022). Art. 27. Obtenido de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- Lucas Campo, L. (2019). Debates contemporáneos de sustentabilidad e interculturalidad. Fondo Editorial Universitario.
- Maj-Lis, F. (2002). "Del conocimiento local y científico al conocimiento situado e híbrido, Ejemplos de los shipibo–conibo del este peruano". (5), 61-84. Recuperado el 22 de 07 de 2022, de https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/3239/anales_5_foller.pdf;jsessionid=1A9ACCC7192924E242C559AD04AE575D?sequence=1
- Marín Ruiz, G. (2010). *Historia verdadera del México profundo*. México. Obtenido de <http://toltecatoytl.org/libros/Hist.%20verdadera%20del%20Mex.%20profun%20-%20Guillermo%20Marin.pdf>
- Martí, J. (S.F.). La investigación – acción participativa. Estructura y fases. 1-27. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Obtenido de https://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_JMarti_IAPFASES.pdf
- Martínez Escobar, C. A., y Torres Rojas, Y. C. (2018). Acceso a los servicios de salud de la población Nukak-Maku de San José del Guaviare. *Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en*, 3-48. Obtenido de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7886/5/2018_acceso_servicios_salud.pdf
- Mayer-Serra, E. (2007). El derecho a la protección de la salud. *salud pública de méxico*, 49(2), 144-155. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v49n2/a10v49n2.pdf

- Menéndez, E. L. (2016). Pluralismo médico. En R. Campos-Navarro, *Antropología Médica e Interculturalidad* (págs. 177-185). México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Montero Mendoza, E. (2011). Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México. *Salud Colectiva*, 7(1), 73-86.
- Montiel, L. (2004). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. *IIDH*, 40, 291-313. Obtenido de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r08064-9.pdf>
- Naciones Unidas. (2008). Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. Obtenido de https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
- Naciones Unidas. (2015). Declaración Universal de Derechos Humanos. Art. 25. Recuperado el 12 de 02 de 2023, de https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- OIT, O. I. (1991). *Convenio (N. 169) sobre los pueblos indígenas y tribales en países independientes*. México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 23 de Noviembre de 2021, de https://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Convencio_169_PI.pdf
- Olcese Zulueta, C. (2015). Modelo Transcultural de los Cuidados Enfermeros: hacia el cuidado integral, individualizado y universal. Recuperado el 28 de 11 de 2022, de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/11869/TFG-H248.pdf;jsessionid=630EE338A8F0A7972457D9DBBAD7046F?sequence=1>
- OPS/OMS. (2018). *OPS llama a superar las barreras que impiden a un tercio de la población de las Américas acceder a la salud*. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14229:ops-llama-a-superar-las-barreras-que-impiden-a-un-tercio-de-la-poblacion-de-las-americas-acceder-a-la-salud&Itemid=1926&lang=es
- Organización Internacional del Trabajo OIT. (2014). Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. 5-130. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Temas de salud: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2017). Resumen: panorama regional y perfiles de país. *Salud en las Américas*. Washington, D.C. Obtenido de

<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2007). Salud integral con énfasis en el control de la tuberculosis en pueblos indígenas. *Salud integral en el control de la tuberculosis en pueblos indígenas*. Bolivia. Obtenido de <https://paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-tb-indigenous-2007-Spa.pdf>
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D., y Freyermuth-Enciso, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública Mexico*, 62, 810-819. doi: <https://doi.org/10.21149/10992>
- Pérez Pulido, M. O., Orlandoni, M. G., Ramoni Perazzi, J., y Valbuena Vence, M. (2018). Percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud con un enfoque seis sigma. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(2), 325-343. Recuperado el 01 de 01 de 2023, de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n2/325-343/es>
- Pérez Quintero, C., y Carrasquilla Baza, D. (2020). Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas. *Index de Enfermería*, 27(4), 216-220. Recuperado el 17 de 11 de 2022, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300008
- Plazaola Osorio, E. K., y Rodríguez Acevedo, C. A. (2014). Factores asociados a la morbimortalidad por hemorragia post parto en mujeres atendidas en el hospital regional Asunción de Juigalpa. Universidad Autónoma de Nicaragua. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/5374/1/19642.pdf>
- Prosalus y Cruz Roja Española. (2014). "Comprendiendo el derecho humano a la salud: la importancia de los determinantes sociales de la salud. 6-85. Recuperado el 10 de 02 de 2023, de [https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20\(2\).pdf](https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf)
- Ramírez-Sánchez, T., Nájera-Aguilar, P., y Nigenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 40(1), 1-10. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n1/03-12/es>
- Revilla-Rodríguez, E., y Pimentel-Roque, C. (2012). Calidad de los Servicios de Salud. *Evidencia Médica e Investigaciones en Salud*, 5(3), 76-78. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2012/eo123a.pdf>
- Robledo-Galvan, H., Meljem-Moctezuma, J., Fajardo-Dolci, G., & Olvera-López, D. (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista CONAMED*, 17(4), 172-175. Recuperado el 08 de 06 de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2012/con124e.pdf>

- Rodríguez-Triana, D. R., y Benavides-Piracón, J. A. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 359-371. doi:10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10.
- Sánchez-Torres, D. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud, determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-9. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>
- Santos, P. H., y Limón, M. N. (2018). El derecho a la salud en el nuevo Modelo Integral de Atención de México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3), 1-16. Obtenido de <https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2018.v44n3/e930/es>
- Saturno-Hernández, P. J., Hernández-Ávila, M., Magaña-Valladares, L., García-Saisó, S., y Vértiz-Ramírez, J. d. (2015). Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. *Salud pública de México*, 57(3), 275-283. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n3/v57n3a17.pdf>
- Secretaría de Innovación y calidad SIC. (2008). *Servicios y unidades de Salud, culturalmente competente*, 3-20. México. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>
- Secretaría de Salud . (2014). Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. *Interculturalidad en salud*, 10-277. Biblioteca Mexican del Conocimiento. Obtenido de <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>
- Secretaria de Salud (SA). (2013). Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional. 4-62. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38485/ModeloFortalecimientoMedicinaTradicional.pdf>
- Secretaría de Salud. (2009). *Competencias Interculturales para el Personal de Salud*. DGPLADES. Recuperado el 27 de 10 de 2022, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29312/CompetenciasInterculturales.pdf>
- Secretaría de Salud. (2015). La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. 2, 9-325. Obtenido de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_02.pdf
- SINAVE, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiologica. (2012). Perfil Epidemiológico de los Municipios Indígenas en México. 13-211. Obtenido de https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/municipios_indigenas_mexico.pdf

- SINAVE/DGE/SALUD. (2012). Perfil Epidemiológico de los Municipios Indígenas en México. 3-231. Obtenido de https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/municipios_indigenas_mexico.pdf
- Torres Vaca, F. J., Torres Vaca, M., Ávila Arroyo, S., Pérez Romero, J., Pichardo León, C., Cuevas Rodríguez*, N., . . . Barrera Becerril, B. A. (2014). La salud pública en el México prehispánico. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 17(1), 48-60. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2014/vre141f.pdf>
- Valdez-Fernández, A. L. (2019). Interculturalidad una apuesta. *Cultura de los Cuidados*, 23(55), 209-219. doi:<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.18>
- Viesca Treviño, C. (S.F.). Medicina del México antiguo. 1-45. Recuperado el 22 de 02 de 11, de http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/09_sep_2k10.pdf
- Wagstaf, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista de Panama Salud Publica*, 5(6), 316-326. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v11n5-6/10717.pdf
- Yépez-Chamorro, M. C., Ricaurte-Cepeda, M., y Jurado-Fajardo, D. M. (2018). Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de. 97-110. doi: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.114>
- Zarrazaga Molina, M. (2009). Conjunto de Representaciones que los Médicos Indígenas tradicionalesorganizados tienen sobre el Hospital de Huehuetla, Puebla México. *Tesis* , 2-66. México: UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA DEL CARIBE NICARGÜENSE URACCAN . Obtenido de <http://repositorio.uraccan.edu.ni/667/1/TESIS%20%20Zarrazaga%20Molina%20TMSI.pdf>
-

Anexos

Anexo 1

Encuesta para la población del municipio de Huehuetla

Núm. De Encuesta: _____ Fecha: _____

Buenos días, mi nombre es Clara Sánchez Juárez, estudiante de primer semestre de la Maestría en Ambientes Interculturales de Aprendizaje en la Universidad Intercultural del Estado de Puebla; estoy realizando una investigación sobre la **“Accesibilidad, calidad y pertinencia cultural de los servicios de salud que reciben las familias totonacas en el hospital comunitario Huehuetla”**, con la finalidad de conocer la percepción de las personas acerca de la atención en los servicios de salud y con su apoyo se obtendrá datos valiosos que apoyarán en la fundamentación de esta investigación y diseñar una propuesta en relación a los resultados. Por lo que se le agradece de su disponibilidad y sinceridad para responder a las preguntas. Reiterando que toda información proporcionada será confidencial.

1. Edad: _____	2. Sexo: 1 F 2 M
3. Lengua: 1. Totonaco 2. Español 3. Náhuatl	4. Dominio de la lengua totonaca o nahua ¿En qué espacios lo habla? 1. Dentro del hogar 2. En la calle, familiares y amigos 3. Todo el tiempo 4. No lo hablo
5. Dominio de la lengua español ¿En qué espacios lo habla? 1. Dentro del hogar 2. En la calle, familiares y amigos 3. Escuela, Instituciones de salud y gobierno 4. Todo el tiempo 5. No lo hablo	6. Nivel educativo: 1. Primaria incompleta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Universidad 6. Ninguno
7. Ocupación 1. Ama de casa 2. En el campo 3. Empleada(o) 4. Profesionista 5. Negocio propio 6. Desempleada(o)	8. Vestimenta que utiliza (se recoge a partir de la observación) 1. Moderno 2. Ropa tradicional
9. ¿Usted o sus familiares acuden al hospital cuando se enferman? 1. Si 2. No 3. A veces	10. En caso de decir No especifique razones por las que no acude: 1. Mala atención 2. No atienden, largas horas de espera 3. No hay medicamentos 4. Tengo seguro 5. Otro
11. ¿A qué áreas ha solicitado servicio? 1 Consulta Externa 2 Urgencias 3 Vacunas 4 Laboratorio 5 Radiografía 6 Otro	12. ¿Cuál es el área de difícil acceso? 1 Consulta Externa 2 Urgencias _____ 3 Vacunas 4 Laboratorio 5 Radiografía 6 Otro
13. ¿Con que frecuencia acude usted al hospital? 1. Cada mes 2. Cada 2 meses 3. Cada 6 meses 4. 1 vez al año 5. Solo cuando me siento mal	14. ¿Por qué razones acude al hospital? 1. Control y revisión 2. Consultas de urgencia 3. Laboratorio y exámenes de gabinete 4. Vacunación 5. Otro
15. Qué requisitos o documentos le piden para ser atendido? 1. Póliza de seguro	16. ¿Cuánto tiempo tarda para llegar al Hospital? 1. Menos de 10 min.

<p>2. CURP</p> <p>3. INE</p> <p>4. Acta de Nacimiento</p> <p>5. Ninguno</p>	<p>2. 10 -30- min</p> <p>3. 30-60 Min.</p> <p>4. Más de una hora</p>
<p>17. ¿Cuál es el tiempo promedio de espera para ser atendidos?</p> <p>1. De 20 a 30min</p> <p>2. Más de 30 minutos</p> <p>3. Más de 1 hora</p> <p>4. Más de 2 horas</p> <p>5. Depende de mi estado de salud</p>	<p>18. ¿A qué se deberá las horas largas de espera?</p> <p>1. No quieren atender</p> <p>2. Preferencias a conocidos</p> <p>3. Medico ocupado</p> <p>4. No hay medico</p> <p>5. Otro _____</p>
<p>19. ¿Conoce algún caso o ha visto que el personal de salud niegue la atención medica?</p> <p>1 Si</p> <p>2 No</p> <p>3 A mí</p>	<p>20. ¿Cuáles serán los motivos por los que se les niega el servicio?</p> <p>1 Porque ya es tarde</p> <p>2 Pertenecen a otro centro de salud</p> <p>3 Porque son indígenas</p> <p>4 Otro</p>
<p>21. ¿Cómo califica el acceso a los servicios de salud en el Hospital?</p> <p>1 Buena atención</p> <p>2 Regular</p> <p>3 Mala</p> <p>4 Pésimo</p>	<p>22. El personal que labora en el hospital habla la lengua totonaca?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>3. No se</p> <p>4. Algunos</p>
<p>23. ¿Qué personal de salud habla la lengua totonaca?</p> <p>1. Médico</p> <p>2. Enfermera</p> <p>3. Pasantes</p>	<p>24. ¿Cuál es la lengua que utiliza usted en el momento de la consulta?</p> <p>1. Español</p> <p>2. Totonaco</p> <p>3. Náhuatl</p>
<p>25. ¿Con que grado de facilidad puede explicar los síntomas de su enfermedad al personal de salud?</p> <p>1. Mucha</p> <p>2. Regular</p> <p>3. Poca</p> <p>4. Nada</p>	<p>26. Considera que el número de médicos en servicio es suficiente?</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>3. No lo se</p>
<p>27. ¿Cómo califica la atención del personal de enfermería?</p> <p>1. Excelente</p> <p>2. Bueno</p> <p>3. Regular</p> <p>4. Malo, con algunas personas</p>	<p>28. En el momento de tomar signos vitales o administrar medicamentos la enfermera se identifica?</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>3. A veces</p>
<p>29. ¿Cómo califica la atención del personal médico?</p> <p>1. Excelente</p> <p>2. Bueno</p> <p>3. Regular</p> <p>4. Malo, con algunas personas</p>	<p>30. ¿El medico se presenta con usted al momento de ingresar al consultorio?</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>3. A veces</p>
<p>31. ¿Entiende el lenguaje que usa el personal médico al momento que le explican su enfermedad y tratamiento?</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>3. Algunas veces</p>	<p>32. Cuanto tiempo tarda en su consulta con el médico?</p> <p>1. 10-20 minutos</p> <p>2. 20- 30 minutos</p> <p>3. Más de 30 minutos</p> <p>4. Depende de mi estado de salud</p>
<p>33. ¿En cada consulta el medico revisa detalladamente?</p> <p>1 Siempre</p> <p>2 No</p> <p>3 A veces</p>	<p>34. ¿Qué le parece el tiempo que el medico dedico a la consulta?</p> <p>1. Excelente</p> <p>2. Bueno</p> <p>3. Regular</p> <p>4. Malo</p>
<p>35. ¿En caso de requerir otra consulta acudiera nuevamente a esta unidad?</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>3. Sí, no hay de otra</p>	<p>36. ¿Cuál es la calidad de atención por parte del personal de farmacia?</p> <p>1. Excelente</p> <p>2. Buena</p> <p>3. Regular</p>

<p>37. ¿Cuándo acude a consulta le surten los medicamentos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. No 3. Algunas veces cuando hay 	<p>38. ¿Está satisfecho con la atención recibida?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. Un poco
<p>39. ¿Recomendaría a otras personas a recibir atención médica en el hospital comunitario de Huehuetla?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. Sí, no hay otro lugar 	<p>40. ¿Qué sugiere usted para mejorar la atención?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que el personal aprenda la lengua totonaca 2. Menos tiempo de espera 3. Cambio de personal 4. Ninguna 5. Otro

Anexo 2

Guía de entrevista a usuarios del Hospital comunitario de Huehuetla

Núm. De Entrevista: _____ Fecha: _____

Buenos días, mi nombre es Clara Sánchez Juárez, estudiante de segundo semestre de la Maestría en Ambientes Interculturales de Aprendizaje en la Universidad Intercultural del Estado de Puebla; estoy realizando una investigación sobre la “**Accesibilidad, calidad y pertinencia cultural de los servicios de salud que reciben las familias totonacas en el hospital comunitario Huehuetla**”, con la finalidad de conocer la percepción de las personas acerca de la atención en los servicios de salud y con su apoyo se obtendrá datos valiosos que apoyarán en la fundamentación de esta investigación y diseñar una propuesta en relación a los resultados. Por lo que se le agradece de su disponibilidad y sinceridad para responder a las preguntas. Reiterando que toda información proporcionada será confidencial.

Comunidad:

sexo:

Edad:

Ocupación:

Grado escolar:

Lengua materna:

1. ¿Cuál fue el motivo por lo que acudió al hospital?
2. ¿A qué área solicitó el servicio?
3. ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido?
4. En caso de haber esperado mucho, ¿cuál considera que es el motivo?
5. ¿Fue fácil acceder a una consulta?
6. ¿Cómo califica el trato que le brindó el médico? (si fue amable o no)
 - a. Malo, regular, bueno, excelente
7. ¿Cuál lengua utilizó durante la consulta?
8. ¿Cuándo asiste a consulta hay traductor?
 - a. Nunca, algunas veces, siempre
9. ¿Cuándo asiste al médico usa ropa típica o moderna?
 - a. Típica, moderna, cualquiera de las dos
10. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por el personal de salud?
 - a. Nunca, algunas veces, siempre
11. ¿Cuáles han sido las razones para eso?
 - a. Mi ropa, mi lengua, todo, no sé, otro _____
12. Que es lo que cree que hace falta en el hospital (puede señalar más de uno)

Más médicos, más enfermeras, ambos, mejores instalaciones, más equipó, que haya medicamento, nada, que hablen lengua, que haya médicos tradicionales.

13. Cuando asiste a consulta el médico/ enfermeros le hablan en lengua

- a. Nunca, algunas veces, siempre
14. ¿Considera que hay alguna diferencia entre contar con el apoyo de un traductor y tener comunicación directa con el médico y el personal de enfermería?
15. ¿Se sintió en confianza para explicar su problema de salud? Si no, porque_____
16. Cómo califica el trato que le brindó el personal de enfermería. (Especificar)
17. ¿Conoce algún caso de mal trato hacia los pacientes?
18. ¿Le proporcionaron en la farmacia los medicamentos recetados?
- a. Nunca, algunas veces, siempre
19. ¿Le explicaron la importancia de tomar medicamento y la dosis para el tratamiento?
20. ¿Tuvo algún costo su atención de salud?
21. ¿Cómo califica la calidad del servicio? (considerando el tiempo, personal)
22. ¿Alguna vez ha acudido al módulo tradicional (si, No) en caso de si pasar a la siguiente
¿Porque?
23. ¿Cómo califica la atención del módulo?

Anexo 3

Guía de entrevistas para personal del Hospital comunitario de Huehuetla

Núm. De Entrevista: _____ Fecha: _____

Buenos días, mi nombre es Clara Sánchez Juárez, estudiante del segundo semestre de la Maestría en Ambientes Interculturales de Aprendizaje en la Universidad Intercultural del Estado de Puebla; estoy realizando una investigación sobre la “**Accesibilidad, calidad y pertinencia cultural de los servicios de salud que reciben las familias totonacas en el hospital comunitario Huehuetla**”, con la finalidad de conocer la situación del hospital y la percepción del personal acerca de los servicios que se brindan en esta unidad de salud, con su apoyo se obtendrá datos valiosos que apoyarán en la fundamentación de esta investigación y diseñar una propuesta en relación a los resultados. Por lo que se le agradece de su disponibilidad y sinceridad para responder a las preguntas. Reiterando que toda información proporcionada será confidencial.

Cargo:

Edad:

Tiempo laborando:

Tipo de contratación:

Área de servicio:

Lugar de origen:

1. ¿Cómo se ha sentido al prestar el servicio?
2. ¿Cuenta con todos los insumos y materiales para brindar una atención de calidad?
3. ¿Ha tenido dificultades para atender de forma correcta a los pacientes?
4. ¿La unidad de salud cuenta con equipos suficientes y actualizados para la atención adecuada?
5. ¿Cuál o cuáles son las principales dificultades que enfrenta en su trabajo?
6. ¿La población asiste al servicio?
7. ¿Cuál es su percepción en relación con la atención que se brinda a la población?
8. ¿Cómo califica la relación entre el personal de salud y la población?
9. ¿El personal comprende las necesidades de los usuarios?
10. ¿El personal es amable con los pacientes?
11. ¿Conoce algún caso donde algún miembro de salud brinda un mal trato a los usuarios? Mencionar la situación
12. ¿Ha visto la negativa de atención a usuarios por parte de los compañeros de salud?
13. ¿Ha recibido capacitación sobre calidad de atención a los pacientes? donde
14. ¿Dentro su formación profesional recibió un curso sobre la importancia de la atención al paciente?
15. ¿Considera que sus actividades van acorde al tipo de contrato que tiene?
16. ¿Algún momento se ha sentido frustrad@ o enojad@ en el trabajo? mencionar
17. ¿Usted cree que los ingresos económicos de una persona pudieran intervenir en el desempeño laboral?

18. ¿Tiene otro empleo?
19. ¿Usted considera que su trabajo es reconocido?
20. ¿Cómo le gustaría recibir el reconocimiento por brindar un servicio de calidad?