



**Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes**

# Indice

<b>Antecedentes</b>	<b>3</b>
<b>La Interculturalidad y las barreras culturales</b>	<b>5</b>
<b>En la estructura de los servicios</b>	
<b>En los establecimientos</b>	
<b>En los prestadores</b>	
<b>En los usuarios</b>	
<b>Las acciones realizadas para lograr la “competencia cultural”</b>	<b>10</b>
<b>Capacitación sensibilización intercultural</b>	
<b>Fortalecimiento de la medicina Tradicional</b>	<b>11</b>
<b>Impulso a las medicinas complementarias</b>	<b>12</b>
<b>Atención a la salud de los pueblos indígenas</b>	<b>13</b>
<b>Los componentes que definen a las Unidades de salud “Culturalmente competentes”</b>	<b>13</b>
<b>¿Cómo lograr ser considerada una unidad de salud como “Culturalmente competente?”</b>	<b>14</b>
<b>Guías de revisión</b>	<b>15</b>
<b>Consideraciones Finales</b>	<b>19</b>
<b>Anexos</b>	<b>20</b>

## 1.- Antecedentes

En los últimos 10 años en México, se ha experimentado un amplio movimiento social a favor del reconocimiento multiétnico y pluricultural de la sociedad; esto se ha concretado en la modificación de diferentes ordenamientos legales, a fin de fomentar una cultura de respeto a todos los grupos que conforman la sociedad.

Producto de la rica diversidad étnica y cultural de la población mexicana, los usuarios, al momento del contacto con los servicios de salud, manifiestan además de su enfermedad, las ideas que tienen sobre ésta, su origen y las formas de tratamiento que pretenden aplicarse o que le han aplicado, entendidas en lógicas y nombres diferentes a las formas de explicación y al modelo de educación en el que se formó el médico y/o la enfermera, lo que promueve en muchos casos, relaciones de conflicto, choque cultural, resistencia y temor al uso de los servicios; asimismo, se ocasiona a veces sin proponérselo, atropello a sus derechos y creencias, desapego a las medidas terapéuticas y preventivas, y finalmente, alejamiento al uso de los servicios de salud.

En este orden, consideramos que la calidad de los servicios de salud no depende exclusivamente de la suficiencia de recursos aplicados a la infraestructura física de las unidades, ni solamente de las capacidades técnicas del personal de salud; es necesario o deseable, que el personal demuestre el dominio de habilidades relacionadas con la capacidad para lograr una comunicación más que suficiente con los usuarios, donde se puedan compartir puntos de vista y objetivos en común y cuyo marco lo va delimitando muchas de las características la cultura regional, la identidad étnica, educativa, religiosa; la cultura alimentaria, el contexto ambiental y sus condicionantes sociales o económicas. A esta visión y conjunto de actitudes le llamamos competencia cultural.

La propuesta que la Secretaría de Salud ha venido difundiendo y adecuando con el apoyo de los Servicios Estatales de Salud de diferentes entidades en el país, es acogida como un modelo que fortalece la visión respecto a la atención a la salud en la diversidad, no sólo comprendida hacia la diversidad étnica y lingüística, sino en un concepto amplio dirigido hacia la sociedad diversificada por género, edad, preferencias sexuales, creencias religiosas y capacidades diferentes de las personas, todo ello en relación con su vinculación e impacto en la salud.

La misión de la intercultural en la salud, es servir como herramienta/llave para comprender diferentes elementos asociados a cultura y la salud, además de la actitud del personal respecto a la diversidad con los usuarios de los servicios, la otra vertiente es respecto a prácticas terapéuticas y sistemas de atención a la salud a los que acude la población y de las que los profesionales de la salud no tienen un marco de suficiencia para comprenderlos, como la acupuntura, la terapéutica homeopática o la medicina indígena.

Además de esto, la formación universitaria logra hacer un distanciamiento no sólo conceptual entre los profesionales de la salud y la población general, considerando que el 87% de la población en México no cuenta con educación universitaria, contra el 6% de los hombres y 3% de las mujeres, -donde se incluyen los profesionales de la salud- que logra estudios universitarios completos. El nivel educativo de los profesionales de la salud genera expectativas de vida diferenciadas al de la población que atienden, y a veces, una sobrevaloración de su papel en la relación entre el personal de salud/paciente, en detrimento de la valoración de la población usuaria de los servicios, más agudizada cuando son servicios públicos donde acude la población con menores ingresos y niveles educativos<sup>1</sup>.

Con el diseño de los componentes que define a una unidad de salud como “Culturalmente competentes” y sus estategias de implementación que describiremos en un capítulo adelante, la Secretaría de Salud se propone eliminar las “barreras culturales” en los servicios de salud, comenzando por un cambio en la actitud de los profesionales de la salud para que junto con la interculturalidad, se impulse la promoción de los derechos humanos y de género, mejorar y definir las acciones necesarias para erradicar la discriminación y el maltrato en los servicios y espacios institucionales.

---

<sup>1</sup> ROMO LÓPEZ ALEJANDRA, HERNÁNDEZ SANTIAGO PEDRO, “DESERCIÓN Y REPITENCIA EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN MÉXICO”. OBSERVATORIO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE UNESCO, MÉXICO, 2005

## 2.- La Interculturalidad y las “barreras culturales”

*“...La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar, concertar”.*

Organización Panamericana de la Salud

Se entiende como *interculturalidad* al proceso de comunicación en relaciones de convivencia que establecen dos o más individuos o grupos culturales que manifiestan características e intereses a veces diferentes, donde se promueven condiciones para el diálogo y la horizontalidad.

La actitud intercultural, no es pasiva, busca y promueve el respeto, la escucha y la comprensión mutua para lograr un nivel de comprensión mucho mayor de ambos lados de un conflicto. La interculturalidad reconoce al “otro” u “otros” como seres dignos de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

En términos concretos, la interculturalidad es una situación y un proceso *entre grupos culturales*, en la convivencia en un entorno *compartido*. No es un evento estático, es un proceso donde siempre hay que estar preparado para los cambios; no es armonioso y en él puede haber conflictos. Propone elementos que para muchas personas pueden ser o parecer innecesarios como el *Respeto, Reconocimiento y Diálogo*.

Por Interculturalidad en Salud, se comprenden los procesos que en los servicios de salud, consideran el entorno cultural, la diversidad y el respeto, respecto a diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y enfermedad: La interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección.

### Las barreras culturales

Las barreras que dificultan el otorgamiento y el acceso a la población a los servicios de salud se pueden clasificar en tres categorías: económicas, geográficas y culturales.

Con el propósito atenuar las 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 y la propuesta de redes de servicios y micro-redes.

Para el caso de las barreras económicas, se instituyó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud, 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.

Las barreras “culturales”, están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso de estos últimos a los servicios.

En términos generales, estas barreras han sido poco abordadas y atendidas y están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre otros factores.

Desde diferentes ámbitos se han expresado quejas y frustraciones por la manera en la que se imparte la atención médica, por el trato recibido de parte del personal de los servicios de salud, calificándolo muchas veces como falto de sensibilidad, de respeto y discriminatorio. Acudir a los servicios médicos aparece como fuente de tensiones y malestar por los usuarios, en especial con los indígenas y las mujeres.

Esto ha propiciado, la resistencia al uso de los servicios, que en casos extremos ha llegado a la confrontación y el choque cultural. En muchos casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de los pacientes.

Desde la perspectiva del prestador de servicios, los conceptos de los usuarios en torno a su salud, se perciben como elementos que entorpecen el servicio, toda vez que dificultan la comunicación, retrasan el tratamiento, confrontan al prestador y condicionan riesgos a la salud del usuario. Por ello la “cultura” se considera como negativa y causa de problemas que impiden:

Establecer un diagnóstico certero.

Explicar adecuadamente las indicaciones médicas.

Establecer la suficiente confianza en el seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas.

Entablar una empatía que posibilite una relación personal de salud paciente respetuosa y cercana.

Obtener un impacto eficaz de las acciones educativas.

Además, las “barreras culturales” pueden clasificarse desde cuatro ámbitos:

1. Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (En el sistema),
2. En el establecimiento o espacio Físico de la Unidad de salud,
3. En la forma de desempeñarse de los prestadores de salud y
4. En los usuarios.

### **En la estructura de los servicios (el sistema)**

Los factores que pueden jugar como barreras culturales tienen que ver con la forma en que están organizados los servicios, los cuales no consideran en la mayoría de los casos, la participación de los usuarios en la evaluación de los mismos; la dirección, los marcos éticos, el ejercicio del poder, la definición de programas, planes, normas y diversos prejuicios, valores, y las relaciones que establece la institución de salud con los usuarios, están determinados y distanciados “culturalmente” por el desbalance de poder y la minusvaloración tradicional sobre la importancia y nivel de competencia de la participación de los usuarios.

### **En el establecimiento o espacio de salud**

Tienen que ver principalmente con posibilidad de incluir la concepción del confort de parte del usuario con respecto a: El aspecto, diseño, clima, señalizaciones, mobiliario, dieta para enfermos, espacios para los niños, para el hospedaje de familiares, y para la “paz espiritual” (capillas, en su caso).

### **En los prestadores del servicio**

Las principales barreras que se presentan en este ámbito son: Ubicación social y la percepción de status que tiene el personal respecto a los usuarios, las formas de ejercicio del poder, la capacidad y las habilidades interpersonales o de comunicación, los códigos de valores, prejuicios, condiciones de trabajo; en algunos casos, las diferencias lingüísticas, la capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios. Las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional (o deformación) y género. En la relación ponen en juego sus habilidades y carencias.

### **En los usuarios**

Los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad que tienen los usuarios; la conciencia de sus derechos, sus conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua que habla, la capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana.

BARRERAS EN LAS QUE PUEDEN INCIDIR LAS ESTRATEGIAS INTERCULTURALES:

En los <i>usuarios</i>	Conciencia de derechos, relaciones de poder, prejuicios institucionales, participación.
En los <i>prestadores</i> de servicios	Capacidad de comunicación, prejuicios, lengua, (Traductor), capacidad de comprender y respetar códigos culturales de los usuarios.
En los <i>espacios</i> para la salud	Aspecto, diseño, señalización, mobiliario, dieta para enfermos, espacios para niños, para hospedaje de familiares.
En la <i>estructura</i> de los servicios (sistema).	En la gestión, dirección o gerencia, programas, horarios de servicios, participación de los usuarios, prejuicios institucionales. (Condiciones generales de trabajo a través de la invitación de representantes sindicales en los procesos de sensibilización)



### **3.- Las acciones realizadas para lograr la “competencia cultural”**

Lograr los cambios señalados para eliminar las “barreras culturales” ha sido la misión de la política intercultural. En los últimos tres años, se impulsó esta propuesta a través de cuatro estrategias:

- a) Capacitación/sensibilización del personal de salud en el tema de salud intercultural.
- b) Impulso y fortalecimiento de la medicina tradicional indígena (Inclusión en la Ley General de Salud).
- c) Impulso y desarrollo de las Medicinas Complementarias
- d) Atención a la salud de los Pueblos Indígenas.

Actualmente y desde la Subsecretaría de Innovación y Calidad, se consolida el modelo Intercultural definido en las líneas de acción señaladas. Las actividades específicas realizadas han logrado que la capacitación intercultural sea un componente sustantivo en la formación del personal de salud, así como del personal de diferentes programas sustantivos como Caravanas de la Salud, Género y Salud Reproductiva, Prevención de Adicciones y Prevención Promoción de la Salud, por citar unos ejemplos. Asimismo, el desarrollo de Competencias culturales se impulsa ya como elemento sustantivo en la formación de la investigación en salud y se impulsa en los programas académicos de las escuelas de enfermería, medicina y salud pública, existiendo la capacitación en el tema de interculturalidad, como un requisito para la acreditación de unidades del Sistema de Protección Social en Salud.

#### **Capacitación/Sensibilización Intercultural**

Desde el año 2004, se ha impartido cursos interculturales, presenciales y virtuales (a través de Internet) a funcionarios y personal de salud, en los Servicios de Salud de Querétaro, San Luis Potosí, Colima, Hidalgo, Morelos, Sonora, Oaxaca, Tabasco, Jalisco y de los Hospitales Integrales con medicina tradicional del estado de Puebla.

En una modalidad para apoyo para su replicación, se realizaron cursos de “formación de replicadores”, con personal de los Servicios estatales, haciendo entrega de manuales, lineamientos, marco normativo, así como el modelo de *Competencia Cultural* para su implementación en las áreas de enseñanza, así como asesoría específica y acompañamiento respecto a la implantación en las áreas de capacitación en salud.

Los contenidos específicos de los cursos se diseñaron para lograr insertar cambios efectivos con elementos conceptuales de secuencias lógicas a las actividades que desarrolla el personal que asiste a ellos y la modificación de actitudes a partir de la construcción colectiva de las identidades. En los talleres el diseño e implementación pretende un uso eficiente del tiempo y el esfuerzo de los asistentes, por lo que su duración es de sólo 2 días.

Los cursos semipresenciales y virtuales (a través de la Plataforma Virtual DGPLADES), cuentan con reconocimiento universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México, lo que le otorga atractibilidad para ser solicitados por el personal de salud y el reconocimiento de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con lo que se contribuye para lograr impulsar acciones en favor de la interculturalidad y el enfoque de género

El objetivo final del taller intercultural es lograr una visión asertiva respecto a la diversidad cultural, y las implicaciones de ello en los servicios de salud.

### **Fortalecimiento de la medicina tradicional**

A partir del reconocimiento de la medicina tradicional en la ley general de salud, las acciones en el marco de la propuesta intercultural se han enfocado a 2 estrategias:

- a) *La difusión del marco legal y normativo*, sobre la medicina tradicional hacia la población en general y hacia los terapeutas tradicionales y
- b) La definición de estrategias de vinculación con las parteras y terapeutas tradicionales, para definir acciones conjuntas
- c) *La concertación y el impulso al **modelo de sistematización*** que parte de los “Encuentros de enriquecimiento mutuo” denominado “modelo de autosistematización”.

Se apoya a los Servicios Estatales de Salud para la coordinación de acciones institucionales a favor de la medicina tradicional, manteniendo una sólida y respetuosa coordinación con los Servicios de Salud del Estado de Puebla, en su proyecto de “hospitales Integrales con medicina Tradicional” quienes han desarrollado su propio modelo de Interrelación y de atención a la población en seis hospitales. Además de una vinculación para las acciones respectivas con la Unidad de Medicina Tradicional del Estado de Oaxaca, con el área de Medicina Tradicional del estado de Veracruz y con los Servicios de Salud de Campeche, San Luis Potosí, Morelos, y Colima.

Se difunden para las acciones de apoyo hacia los estados del país:

- Lineamientos de interrelación con la Medicina Tradicional
- Manual para el personal de salud: fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional.
- Plan Maestro de infraestructura: Nuevos Modelos de Atención a la salud. Modelo arquitectónico Unidad de Medicina Tradicional.
- Asesoría específica respecto al marco legal y normativo, nacional e Internacional.

Fuera de los Estados de Puebla (hospitales Integrales con M.T.) Nayarit (Hospital Mixto de Jesús María), La unidad de Salud de Calpulalpan, en Oaxaca y una Unidad de Salud con Medicina Tradicional en el Estado de Chiapas, no existe una coordinación en redes de servicios de Medicina Tradicional y un directorio con las acciones que ya realizan los estados para el

fortalecimiento de esta medicina, por lo que el presente documento pretende ser un paso en apoyo a esta urgente necesidad.

Respecto a la vinculación con los terapeutas tradicionales y parteras indígenas, se promueve en el ámbito institucional los “Encuentros de enriquecimiento mutuo” como estrategia de concertación intercultural para definir acciones de trabajo conjunto tomando en cuenta las expectativas y los conocimientos previos de las parteras y terapeutas; esto ha demostrado un mayor grado de compromiso y eficacia de las actividades institucionales, y una aceptabilidad mayor y respeto a sus conocimientos y personas, por parte del personal institucional.

### **Impulso y desarrollo de las Medicinas Complementarias**

Como elemento central del modelo Intercultural, se desarrollaron acciones para incluir en la oferta de servicios de atención a la salud las denominadas medicinas complementarias. Las acciones realizadas por la Secretaría de Salud se describen en tres grupos: el desarrollo y diseño de modelos, las actividades de implantación, difusión y servicio y las actividades para la enseñanza e investigación.

Para la modulación de las medicinas complementarias, se consolidó la formación de un grupo de expertos conformado por científicos de sólida trayectoria en la investigación, de la Academia Nacional de Medicina, del Instituto Nacional de la Nutrición, del Instituto Nacional de Cancerología, de la facultad de Medicina de la UNAM y consultores independientes. Durante el año 2007 se realizaron 3 reuniones formales, con las cuales se sentaron las bases para la definición del modelo referido.

Con respecto a los servicios hospitalarios de acupuntura y homeopatía se difunden los avances en relación con su marco legal y aplicaciones concretas y la incorporación de dichos servicios así como las estrategias y trámites necesarios para facilitar su integración. Cabe señalar que ya existen hospitales de Alta Especialidad que ha incluido estas medicinas en su oferta de Servicios.

La propuesta de fisioterapia, del *Qi Gong*, *Taichi Chuan* y yoga en los hospitales se ha visualizado como una gran oportunidad de mejorar el estado físico y emocional de pacientes y prestadores, aunado al hecho de que la sociedad civil promotora de estas propuestas, las ofrece como servicio de voluntariado. Se ha sustentado de la importancia de los factores emocionales en el proceso curativo de los pacientes.

A través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de los Recursos Humanos en salud, (CIFRHUS), se consolida en los comités de Acupuntura, Herbolaria y Homeopatía, el modelo de “competencias para generar los marcos y criterios para la enseñanza de estas disciplinas en los niveles de técnico profesional, licenciatura y posgrado.

### **Atención a la salud de los Pueblos Indígenas**

La Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, sustentada como política pública en la reforma a la Ley General de Salud en el año 2006 y como una línea de Acción específica del PRONASA, tiene el enfoque intercultural un

elemento clave para mejorar la calidad y la equidad en la atención de este sector tan importante de la población nacional.

Representantes institucionales de las Direcciones Generales de Promoción de la Salud, Equidad de Género y Salud Reproductiva, Información en Salud, Evaluación del Desempeño, Calidad y Educación en Salud así como de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la DGPLADES, presentaron en el año 2007 las acciones a realizar en el contexto de una propuesta de coordinación a funcionarios invitados de los Estados de Guerrero, Veracruz, Puebla, Chiapas, Oaxaca, Durango y Nayarit. En el acuerdo de estimular la realización de eventos con población indígena partiendo de elementos claves de la interculturalidad como la promoción del uso de la lengua indígena.

Considerando lo anterior, se definió una propuesta ubicando las atribuciones de las diferentes áreas Administrativas de la Secretaría a impulsar bajo las siguientes consideraciones:

- Consenso y sinergia institucional
- Identificación de metas específicas
- Definición de líneas y acciones prioritarias
- Visibilidad explícita de la población indígena en las acciones
- Transversalidad
- Discusión e implantación.

Con un documento marco, convocados por la DGPLADES, se realizó una reunión de coordinación donde se involucró la participación de funcionarios Estatales vinculados a la operación y definición para las para la "Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas".

#### **4.- Los componentes que definen a las Unidades de salud "Culturalmente competentes"**

Definimos Unidades de Salud y redes de servicios "Culturalmente competentes" a aquellas en el 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 respetuosos 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.

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 ó 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.

Además, de lo anterior, la caracterización considera la oferta de diferentes servicios interculturales:

- Promoción de acciones (ejercicios, grupos de pacientes externos) para preservar la salud de los usuarios, prestadores y población local, a través de orientación en hábitos de estilos de vida y alimentación sana, ejercicio saludable y actividades para el buen humor.
- Módulo de traducción si el porcentaje de población indígena es significativo.
- Atención intercultural del parto (Espacios y servicio para la atención del parto vertical)
- Enriquecimiento intercultural a la dieta hospitalaria.
- Servicios de medicina tradicional y/o medicinas complementarias, con reconocimiento legal en México, como es el caso de la acupuntura, homeopatía, herbolaria y la medicina tradicional indígena.
- Además, definen una política de contratación de los recursos humanos capacitados para impulsar estas actividades, así como la apertura para el análisis y en su caso adecuación de los procedimientos y las normatividad.

Así pues, personal de salud debe mostrar capacidades que le permitan:

1. Conocer y reconocer la singularidad demográfica, étnica y cultural de la población en donde ofrece sus servicios.
2. Entablar una relación con absoluto respeto a la cultura y expectativas de la población que utiliza los servicios de acuerdo a:
  - a. La etnicidad del usuario,
  - b. Género, y usuario de sexo distinto al de la o el prestador del servicio,
  - c. Usuarios con distintas preferencias sexuales y religiosas,
  - d. Niños y ancianos,
  - e. Usuarios con capacidades diferentes,
  - f. Pacientes con enfermedades sujetas a discriminación
  - g. Otras minorías
3. Lograr una comunicación asertiva que le permita reconocer la existencia de códigos de interpretación de la realidad diferentes en los distintos grupos culturales (visión intercultural) y facilitar y promover un entendimiento sobre las explicaciones del usuario, así como de las indicaciones y recomendaciones del personal.
4. Reconocer y respetar las perspectivas de riesgo y de causalidad, existentes en la población, derivadas de otros modelos médicos.
5. Fomentar una participación social que promueva actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, entre la población usuaria y los prestadores de servicios y entre estos y los especialistas de otros modelos de atención a la salud.

## **5.- ¿Cómo lograr ser considerada una unidad de salud como “Culturalmente competente?”**

La asignación de esta definición de unidades de salud puede aplicarse a diferentes tipos de unidades de salud y espacios de atención que decide modificar sustantivamente sus formas de operación y de relación con los usuarios de los servicios.

¿En donde pueden aplicar las adecuaciones interculturales?

- Hospitales
- Unidades de salud fijas
- Unidades móviles de salud (Caravanas, tipos 1 a 4)
- Redes de servicios Interculturales
- Espacios comunitarios de la medicina tradicional (Fuera de la dependencia administrativa de las unidades institucionales).

Sin embargo, el proceso es un contínuum en crecimiento de habilidades, adecuaciones, servicios y actividades con los usuarios y en los servicios por lo que sugerimos fortalecer los procesos necesarios que puedan consilidar las acciones, actividades, adecuaciones y logros que tienen ya operando diferentes áreas de los servicios Estatales de Salud:

La estrategia para lograr la definición como unidades de salud y servicios con competencia cultural, se estructura en base a los cuatro siguientes criterios:

1.- Que la unidad de salud incluya los elementos interculturales de la cédula de acreditación del Sistema de Protección Social.

2.- Que la Unidad de Salud oferte servicios específicos interculturales

3.- Que la Unidad de salud haya realizado modificaciones en los procesos de atención y que fomente la participación comunitaria

4.- Que la Unidad de salud forme parte de una red de servicios interculturales

Para verificar las acciones implementadas, se elaboraron las siguientes guías de revisión, que describen las acciones o modificaciones implementadas y su ponderación para un criterio mínimo de cumplimiento.

## GUÍA DE REVISIÓN 1

**1.- Que la unidad de salud incluya los elementos interculturales de la cédula de acreditación del Sistema de Protección Social, específicamente:**

- Capacitación del personal
- Facilitar la atención del parto vertical
- Existencia de traductor en lengua local o promoción de programas en lengua.

El cuadro siguiente es una guía para valorar el cumplimiento de estos criterios:

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Valoración</b>
Personal de la unidad (Unidad fija 60%,) sensibilizado con perspectiva intercultural			30%
Existencia de personal que hable lengua local o mecanismos de traducción			10%
Promoción de programas de salud en lengua local (existencia de un promotor que hable la lengua)			10%
Se facilita y respeta la atención vertical del parto y el acompañamiento de la partera o familiar en la sala de expulsión si lo solicita la paciente. (Existencia de implementos y espacios adecuados)			20%
Personal de la unidad tiene Conocimiento de lineamientos de trato intercultural			10%
Personal de salud mantiene actitud respetuosa a la creencias en salud de los usuarios (No existencia de quejas de los usuarios respecto al trato por sus creencias por el personal)			20%

*La calificación con 60% es suficiente en este rubro, por lo que pueden acreditarse los elementos que la unidad elija.*

### **Documentación que soporta la calificación**

Descripción General de la Unidad incluyendo plantilla de personal.

Constancias de cursos realizados por el personal (copias)

Documentos probatorios del personal que realiza traducción (Nombramiento, Constancia)

Constancia de haber difundido los lineamientos con el personal (Firma de asistencia a reunión, de recepción de copia, de realización de un curso).

Documentar el mecanismo de recepción y atención de quejas con el que cuenta la unidad y la no existencia de quejas de maltrato.

## GUÍA DE REVISIÓN 2

### **2.- Que la Unidad de Salud oferte servicios específicos interculturales**

Que en la Unidad de Salud se institucionalice la oferta de servicios de medicinas complementarias y/o tradicional indígena, por profesionales calificados y en el caso de los terapeutas tradicionales y parteras indígenas, con reconocimiento comunitario.

Puede ser servicios de:

Medicina Tradicional Indígena

Servicios de acupuntura Humana

Servicios de Terapéutica Homeopática

Prescripción por los médicos de herbolaría.

Deberán existir en las unidades de salud señalización sobre la oferta de estos servicios, así como el mobiliario adecuado para la atención de los usuarios.

El personal responsable de estos servicios, deberá conocer el marco legal que sustenta la práctica específica.

*Documentar la oferta formal y amplia de por lo menos uno de estos servicios lo acredita en este rubro.*

La Dirección de espacios para la Salud, es la responsable de asesorar las solicitudes de financiamiento para adecuaciones en infraestructura, de acuerdo al Plan Maestro.

Para el equipamiento de estos espacios, se solicitará la colaboración del Centro Nacional de Excelencia Tecnología, quien difundirá las cartillas de equipamiento).



## GUÍA DE REVISIÓN 3

**3.- Que la Unidad de salud haya realizado modificaciones en la infraestructura de la unidad, en los procesos de atención y que fomente la participación comunitaria**

### Grupos de elementos

#### Grupo 1

- ¿Existe módulo o espacio con traductores en lengua indígena?
- ¿Existe módulo o espacio con atención para medicinas complementarias?
- ¿Cuenta con sala de parto vertical y se utiliza? (Incluido en el criterio de acreditación del SPSS)
- ¿Cuenta con Temazcal y se utiliza?

**Nota: Deberá haber incluido por lo menos 1 de las anteriores**

#### Grupo 2

- ¿Cuenta con espacio de descanso para familiares de pacientes Hospitalizados?
- ¿Cuenta con área de juegos para niños?
- ¿Cuenta con área libre para la movilidad y el ejercicio de los pacientes?

**Nota: Deberá haber incluido por lo menos 1 de las anteriores**

#### Grupo 3

- ¿Existe un letrero en la entrada de la unidad de salud donde mencione explícitamente que en la Misión la unidad se otorga atención intercultural y se busca como premisa básica la satisfacción del usuario?
- ¿Existen letreros culturalmente adecuados para señalar los servicios (en lengua indígena o símbolos)?
- ¿Cuenta con cambiadores de pañales en baños de hombres y mujeres?
- ¿Existen canales de comunicación de los usuarios con el personal directivo y operativo y no sólo de quejas para conocer y consultar?
- ¿Participa la comunidad en el desarrollo de los programas de salud?

**Nota: Deberá haber incluido por lo menos 3 de las anteriores**

*Documentar la oferta formal y amplia de por lo menos 1 elemento de cada grupo para acreditar en este rubro.*

## GUÍA DE REVISIÓN 4

### **4.- Que la Unidad de salud forme parte de una red de servicios interculturales:**

a) La unidad de salud cuenta con un directorio de profesionales de servicios de medicinas complementarias, quienes difunden con la población los servicios de la unidad "Culturalmente competente"

b) La unidad de salud mantiene interrelación con una red de parteras y terapéutas tradicionales, quienes difunden con la población los servicios de la unidad "Culturalmente competente"

C) La unidad de salud mantiene interrelación con una red de unidades "Culturalmente competentes" de otros estados o países, para intercambio de información y experiencias exitosas a implementar.

En este rubro, deberá documentar en un informe por lo menos 1 solo apartado.

## **Consideraciones finales**

La Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intecultural-DGPLADES, asesorará a las Unidades de Salud que deseen aplicar la calificación de “Unidades de Salud Culturalmente Competentes”

Apoyará la aplicación de las Guías de revisión, por vía internet, en relación a los criterios y su enunciación.

Apoyará las gestiones con las áreas competentes para la gestión de recursos de infraestructura.

Apoyará los procesos de capacitación/sensibilización del personal a fin de lograr la ponderación en este reubro.

Coadyuvará con instancias respectivas, para la formación de los recursos humanos específicos en los temas de traducción en lenguas, así como para la definición de los perfiles requeridos.

Las Unidades de salud definidas por este modelo como “Culturalmente competentes” recibirán un certificado expedido por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, y serán motivo de un reconocimiento Institucional.

**México, Febrero de 2008**

## Anexos

En el marco de las acciones para el Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud” (FOROS) se establecieron recomendaciones interculturales para la Acreditación de la calidad de los Servicios de Salud, en el **Manual para la acreditación de la capacidad, seguridad y calidad en establecimientos públicos para la prestación de servicios de salud**. En las cédulas de acreditación de unidades, se describen los criterios a evaluar. Los contenidos de las cédulas son las siguientes:

**SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD**  
DIRECCIÓN DE CALIDAD  
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA  
**ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**  
**UNIDADES DE PRIMER NIVEL. CENTROS DE SALUD EN ZONAS INDÍGENAS**  
Solo escriba "1" cuando se cumple el criterio al 100%, califique con "0" cuando se alcance el 99% ó menos o "NA" en caso de No Aplica.

ÁREA DE VERIFICACIÓN	CONCEPTO	CRITERIO
<i>CALIDAD DE LA ATENCIÓN: Prestadores de servicio.</i>	<i>Se cuenta con personal sensibilizado con perspectiva intercultural</i>	<i>Verificar en constancias documentales que el 60% del personal, haya recibido capacitación para sensibilización intercultural.</i>
<i>CALIDAD DE LA ATENCIÓN: Traducción.</i>	<i>La unidad de salud cuenta con personal o mecanismos para facilitar la traducción en los casos que se requiera.</i>	<i>Verificar existencia de personal o mecanismos para garantizar la traducción a los usuarios que lo requieran.</i>
<i>CALIDAD DE LA ATENCIÓN: Promotores de salud.</i>	<i>Los promotores de salud promueven los programas de salud en el idioma local o dialecto predominante.</i>	<i>Verificar la existencia de un promotor que hable lengua o dialecto predominante en la localidad.</i>
<i>Respeto a la decisión del parto vertical y acompañamiento de la partera y familiar.</i>	<i>Se facilita y respeta la atención vertical del parto y el acompañamiento de la partera y/o familiar en la sala de expulsión, de acuerdo a la solicitud de las usuarias.</i>	<i>La sala de parto cuenta con implementos y condiciones que facilitan la atención vertical del parto, se permite el acompañamiento en la sala de partos a la partera y/o al familiar y el personal de la unidad conoce las condiciones que requiere la paciente para su realización.</i>
<i>CALIDAD DE LA ATENCIÓN: Trato intercultural</i>	<i>El personal de salud cuenta con y conoce los lineamientos de trato intercultural para el personal de salud.</i>	<i>Verificar la existencia y conocimiento de los lineamientos de trato intercultural por el personal de salud.</i>
	<i>El personal de salud mantiene una actitud de respeto frente a la manifestación de conocimientos, conceptos y creencias sobre la salud, la enfermedad y las formas de curarlas, de la población indígena.</i>	<i>Verificar que no existan quejas de los usuarios respecto a sus creencias y formas de curarse por parte del personal de salud.</i>

## Cedula de Caravanas de las Salud: Unidades Tipo 1 a 4.

**SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD**  
 DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD  
 SUBDIRECCIÓN DE ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD  
**ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**  
**UNIDADES MÓVILES DEL PROGRAMA DE CARAVANAS DE LA SALUD.**

0

### FORMATO DE CAPTURA PARA LA ACREDITACION DE UNIDADES MOVILES POR TIPO

RECURSOS HUMANOS	CONCEPTO	CRITERIO
Interculturalidad. (Solo en localidades indígenas)	Personal de salud bilingüe.	1. Verificar que para las visitas a localidades indígenas cuando menos uno de los recursos de la unidad móvil o de la localidad sea bilingüe de la localidad a visitar.
	Personal profesional con competencia cultural.	1. Todo el personal de salud deberá acreditar documentalmente la competencia cultural mediante cursos presenciales o semipresenciales. 2. El personal de salud cuenta y conoce los lineamientos del trato intercultural para el personal de salud.
	Difusión de programas de salud en la lengua local.	El personal de salud o el personal bilingüe deberá promover los diferentes programas de salud en la lengua local y difundirse los derechos de los pacientes y señalización de las áreas a través de carteles comprensibles y con la simbología adecuada a su cultura.