

# MODELO DE SALUD INTERCULTURAL

**En el contexto de la Atención Primaria, la Salud Comunitaria y el fortalecimiento de las Redes y Servicios de Salud.**

**(Y modelos clínico terapéuticos de fortalecimiento de la salud ante la epidemia de COVID-19)**

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud  
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

## **INDICE**

PRESENTACIÓN	<b>4</b>
INTRODUCCIÓN	<b>5</b>
LA INTERCULTURALIDAD	<b>6</b>
FUNDAMENTOS PARA LA INTERCULTURALIDAD: MARCO INSTITUCIONAL	<b>9</b>
MARCO NORMATIVO	<b>11</b>
LA INTERCULTURALIDAD EN EL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2020-2024	<b>12</b>
PARTE I: EL MODELO DE SALUD INTERCULTURAL (EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA I)	<b>16</b>
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS I)	<b>19</b>
LA COMUNIDAD	<b>20</b>
LA PARTICIPACIÓN INTERCULTURAL COMUNITARIA	<b>21</b>
ATENCIÓN PRIMARIA CON ÉNFASIS EN EL PARADIGMA DE LA SALUD	<b>24</b>
ENTORNOS SALUDABLES	<b>26</b>
REDES DE SERVICIOS (RED FUNCIONAL DE FLUJO REAL DE PACIENTES)	<b>27</b>
PARTE II: FORTALECER LA OFERTA DE LOS SERVICIOS CON CRITERIOS Y MODELOS INTERCULTURALES	<b>30</b>
CERTIFICACION DE UNIDADES DE SALUD CON ELEMENTOS INTERCULTURALES	<b>30</b>
CAPACITACIÓN/SENSIBILIZACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD	<b>32</b>
ESPACIOS ARQUITECTÓNICOS	<b>34</b>
INTERRELACIÓN Y ENRIQUECIMIENTO INTERCULTURAL CON DIFERENTES MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD	<b>38</b>
INTERRELACIÓN CON LA MEDICINA Y PARTERÍA TRADICIONAL INDÍGENA	<b>38</b>
INTERRELACIÓN CON LAS MEDICINAS COMPLEMENTARIAS (MODELOS CLÍNICO TERAPÉUTICOS Y DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD)	<b>40</b>

MODELO DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD CON LA TRIADA: “COMIDA EJERCICIO Y BUEN HUMOR”	<b>42</b>
1.- LA COMIDA: “LA DIETA DE LA MILPA. MODELO DE ALIMENTACIÓN MESOAMERICANA SALUDABLE Y CULTURALMENTE PERTINENTE”	<b>43</b>
“LA DIETA DE LA MILPA. MODELO DE ALIMENTACIÓN MESOAMERICANA SALUDABLE Y CULTURALMENTE PERTINENTE”	<b>44</b>
2.- EJERCICIO SALUDABLE	<b>46</b>
3.- EL BUEN HUMOR	<b>49</b>
MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO CON ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO	<b>52</b>
SERVICIOS, UNIDADES DE SALUD Y HOSPITALES INTERCULTURALES	<b>55</b>
FORTALECIMIENTO DE LAS REDES Y SERVICIOS DE SALUD" CON ELEMENTOS CLÍNICO TERAPÉUTICOS Y DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD ANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19. (EN LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES).	<b>60</b>
LOS PUEBLOS INDÍGENAS FRENTE AL COVID. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO.	<b>61</b>
LA COMPRENSIÓN INDÍGENA RESPECTO DEL COVID-19	<b>62</b>
PROTECCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA SALUD	<b>67</b>
ATENCIÓN MÉDICA A LOS PUEBLOS INDÍGENAS	<b>67</b>
CUIDADO Y PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN ZONAS INDÍGENAS	<b>73</b>
LINEAMIENTOS INTERCULTURALES PARA EL DISEÑO Y OPERACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD	<b>76</b>
GLOSARIO	<b>82</b>
ABREVIATURAS	<b>84</b>
DIRECTORIO	<b>85</b>

## **PRESENTACIÓN**

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, es el sustento declarativo que define las acciones y las operaciones de transformación del Gobierno de la República. Tiene como objetivo establecer y orientar el trabajo que realizarán las instituciones y el personal del servicio público los próximos seis años, para lograr el desarrollo del país y el bienestar de la población.

Como ejes generales, define la Justicia y el Estado de Derecho, el Bienestar y el Desarrollo Económico, con el fin de promover la construcción de paz, el fortalecimiento de las instituciones del Estado garantizando el uso eficiente y responsable de recursos y la generación de los bienes y recursos humanos para crear una economía fuerte y próspera.

Uno de sus ejes transversales es “la Igualdad de género” y de sus estrategias, las políticas de interculturalidad y trato digno. Esta toma relevancia ante las transformaciones que requirieren los Servicios de Salud en la complejidad del abordaje en la atención a la salud respecto a la diversidad cultural, especialmente respecto a la atención de la población indígena.

Reorienta la visión, la distribución, el uso y el ejercicio de los recursos, ponderando hacia una medicina fortalecedora de la salud respecto a de una medicina basada en la atención de la enfermedad. Pretende orientar las acciones de los Servicios de Salud para responder a las necesidades de la población, Integrando los servicios y prestaciones en Redes de Servicios con personal y medicamentos suficientes y con ello, limitar las carencias ante las necesidades apremiantes de la población.

En el marco de la Atención Primaria en Salud (APS I) se impulsa con este documento, la inclusión de los modelos interculturales, pertinentes en nuestra sociedad Mexicana, ricamente diversificada y pluricultural y se articula el Modelo de Salud Intercultural que, al complementarse entre sus componentes, propone y potencia al Sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, considerando la diversidad de nuestras poblaciones y su entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención mediante la definición de redes funcionales de servicios de salud, las cuales se construyen desde y con la comunidad.

La interculturalidad en sus acciones y estrategias, fortalece la asistencia sanitaria esencial y accesible a todos los individuos y familias de la comunidad con su participación plena y a través de medios aceptables por ellos, a un costo beneficio asequible para la comunidad y el país.

Con una paulatina promoción e implementación de la perspectiva intercultural, se ha impulsado ya la capacitación/sensibilización Intercultural al personal de salud para fortalecer su desempeño con “Competencias Interculturales”, para avanzar hacia una atención a la salud segura, equitativa y eficiente, culturalmente pertinente, el trato a las personas con dignidad y sin discriminación fortalecida con la participación social y comunitaria.

De lo anterior, se propone para las comunidades rurales e indígenas y en los espacios urbanos con presencia significativa de estas poblaciones, promover y políticas interculturales para impulsar su atención y su participación plena, con respetando su cultura y de ello, la importancia y el valor de sus elementos de identidad, como su medicina tradicional, donde se incluye la partería tradicional indígena.

La interculturalidad en salud propone la revisión e inclusión en el Sistema Nacional de Salud de “otros modelos terapéuticos de eficacia comprobada” por lo que promueve la inclusión de las “medicinas complementarias” mediante un modelo de validación que considere criterios de costo efectividad, eficacia, su marco ético y profesional y su aceptabilidad social. En este sentido, son muy claros los aportes de la terapéutica acupuntural y de la medicina homeopática, las cuales cuentan ya con su desarrollo e implementación en la oferta institucional.

Este documento invita al acercamiento institucional para la implementación de las transformaciones posibles y necesarias de los Servicios de Salud, invita a la apertura de una nueva etapa en la visión transformadora de los servicios de salud, enmarcadas en la promoción y respeto a los derechos humanos, contribuyendo a generar una cultura contra la discriminación y de revaloración de la identidad cultural y para a hacer efectivo el derecho a la salud.

## **INTRODUCCIÓN**

### **Diversidad Cultural y Salud**

La composición multicultural y pluriétnica de nuestro país está expresada en la constitución mexicana. Esto significa que existen múltiples identidades construidas desde el ámbito y la influencia de la cultura, que generan diferentes miradas acerca de la realidad, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte. Estas expresiones culturales son producto de las transformaciones históricas y de las ideas dominantes de cada y de cada pueblo.

Nuestro país cuenta con una enorme diversidad cultural. Su esencia indígena, conformada por la población hablante de más de 68 grupos lingüísticos, es un baluarte de la identidad

cultural y que en la encuesta intercensal de 2015, proyectó, con la inclusión del criterio de auto adscripción, a un conglomerado de más de 25 millones de personas.

Así mismo, la diversidad cultural se nutre con la presencia de poblaciones de ascendencia española y europea, afrodescendientes, de migrantes sudamericanos, asiáticos y en menor medida, con poblaciones de otras nacionalidades.

Esta situación impacta en el trato y en la relación entre el personal de salud y los usuarios en los servicios de salud. Consideramos que el proceso de deshumanización por el que se cuestiona a la medicina actual, tiene relación directa con la visión de la salud y operación de los servicios donde no se permite (a propios y extraños) establecer una relación de escucha y apertura respecto a lo que piensan los pacientes y sus familiares de los servicios; como perciben sus problemas, la enfermedad y la posibilidad de la muerte, como enfrentan cotidianamente la resolución de sus enfermedades, incluyendo el uso y la atención por los practicantes y profesionales de la medicina tradicional y de las llamadas “complementarias” e “integrativas” y menos aún, si esos planteamientos son sustentados por grupos humanos tradicionalmente discriminados y desvalorizados como es la población indígena.

Esa actitud, también sobrevalora la dimensión biológica y técnica de la medicina institucional, resta importancia a los aspectos sociales, culturales, ambientales y psicológico/emocionales del proceso salud-enfermedad-atención, con lo cual se priva la posibilidad de lograr un impacto cuantitativo y cualitativamente mayor en las intervenciones del personal de salud.

El reconocimiento de la diversidad cultural no es una opción. Está ya en el marco legal y en las demandas de la población actualmente más informada y empoderada, por lo que el impulso de las políticas públicas en general y de las políticas de salud en lo particular, debe lograr el reconocimiento de necesidades específicas por atender y formas nuevas de resolver la relación con los servicios de las instituciones, que incluyen modelos y formas de atención diferentes y que requieren establecer para el Sistema Nacional de Salud, un modelo de atención complementario e Intercultural.

## **LA INTERCULTURALIDAD**

En diferentes espacios y con el apoyo del personal de los servicios estatales de salud que se han desempeñado en los programas rurales y en regiones multiculturales, la Secretaría de Salud ha establecido un concepto y un Modelo de Interculturalidad en los Servicios de Salud, definido como el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera

abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido<sup>1</sup>. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

En las relaciones interculturales existe “una situación de convivencia obligada en un entorno compartido; siempre hay que estar preparado para los cambios<sup>2</sup>, los cuales no siempre son armoniosos, de ellos puede haber conflictos. Por esto, la interculturalidad propone elementos que para muchas personas pueden ser o parecer innecesarios como el Respeto, Reconocimiento y Dialogo”.

En esta relación se reconoce al otro u otras, a la “otra u otros” como seres con dignidad de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

Se sustenta en cuatro principios básicos:

- Reconocimiento de la diversidad cultural
- Relaciones equitativas
- Respeto a las diferencias
- Enriquecimiento mutuo.

La interculturalidad implica, una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Sin embargo, a diferencia de la multiculturalidad, donde un grupo cultural mantiene una hegemonía e impone su visión, perspectiva e intereses sobre las demás poblaciones, en las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social.

Es decir, la interculturalidad es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o debajo de la otra u otras. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo, facilitando o promoviendo, la apertura para la escucha y el enriquecimiento hacia los mutuos espacios de la relación.

Por todo esto, la palabra interculturalidad da a entender horizontalidad, aceptación, respeto, inclusión, equidad, derechos, reciprocidad y solidaridad.

---

<sup>1</sup> Se comprende por sinergia la asociación de diferentes elementos que actuando conjuntamente generan un producto mayor del que se deriva de la suma del empleo individual de cada uno de ellos.

<sup>2</sup> Méndez, Manuel, Coordinador, “Orientaciones para la Interculturalidad, Valores culturales dominantes”. **Universidad Autónoma de Barcelona**, mayo 1997, adaptado por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

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 construir 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.

Los procesos, relaciones y visiones interculturales pretenden:

1. Que existan espacios y tiempos comunes para los grupos humanos diferenciados por la lengua, la identidad étnica o territorial; pretende favorecer no sólo el contacto, sino también el encuentro.
2. Abarca a las minorías visibilizándolas junto a la gran mayoría, y por tanto incide a fin de evitar las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social.
3. Promueve el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven obligadamente en un entorno compartido, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental.
4. Favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad y la inequidad económica y política y a la necesidad de paliar las desventajas.
5. Propone métodos y estrategias para enseñar a afrontar los conflictos de forma positiva, no negando, que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para una sociedad mejor.

La propuesta de relación intercultural en salud, se sustenta en el "interés" por una sociedad diversa, estableciendo el respeto por la diversidad cultural y con ello, el reconocimiento de otros sistemas de salud. Las acciones interculturales parten de una actitud propositiva ante la presencia de otros sistemas y/o prácticas terapéuticas, que pueden estar adscritos a un sistema cultural distinto, como las medicinas tradicionales indígenas, a fin de lograr su reconocimiento cultural, legal y su validación terapéutica.

En los diferentes espacios de la administración pública (cultura, justicia, educación y desarrollo social) y en las definiciones de los programas relacionados con la salud, los procesos y usos de la diversidad cultural y la interculturalidad, emergieron y se desarrollaron en los países latinoamericanos desde la década de 1970 y, especialmente, durante las décadas de los 1980 y 1990 con diferentes razones y objetivos, entre ellos legitimar, defender o empoderar a los grupos étnicos, así como cuestionar a los sectores dominantes que excluían, subordinaban o discriminaban a dichos actores sociales. Sin



embargo, la programación y organización de las actividades de interculturalidad en salud, estuvieron a cargo de las instituciones y no necesariamente de los movimientos étnicos<sup>3</sup>.

Como se mencionó, el concepto de Interculturalidad, se refiere a un proceso de interrelación y comunicación. Requiere la coordinación de esfuerzos para poder potenciar el impacto y la sinergia que se logra de los programas de gobierno, en base a una definición, diseño e implementación y por tanto, el cambio paradigmático de la relación usuario-proveedor, hacia una nueva relación y responsabilidad de los participantes en estos procesos; pretendemos sumar consideraciones a una propuesta general de la salud para fomentar una política Intercultural hacia esta área, que reconozca la diversidad como un elemento de enriquecimiento y potenciado las acciones ya realizadas, identificando también los objetivos comunes, con el centro hacia el respeto a los derechos humanos y la participación social.

#### **FUNDAMENTOS PARA LA INTERCULTURALIDAD: MARCO INSTITUCIONAL<sup>4</sup>**

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND) establece que el Estado debe responder al interés público y que el cumplimiento de la ley se debe complementar con una nueva ética social.

El Gobierno de México de esta manera, ubica al individuo como sujeto de derechos en el centro del quehacer gubernamental, en un compromiso para actuar en todo momento bajo los principios de honradez, honestidad y austeridad. En esta perspectiva, Gobierno y sociedad son corresponsables de la reconstrucción de este nuevo pacto social para que de esta forma, en los siguientes 20 años se habrá reestablecido la confianza de la ciudadanía en el gobierno, empoderando a las y los ciudadanos como sujetos de derechos, fortaleciendo la democracia y contribuyendo a un desarrollo armonioso en el país, el cual promoverá que sociedad y gobierno trabajen en conjunto con un mismo fin: el desarrollo sostenible y equitativo del país.

El objetivo del PND 2019-2024 será transformar la vida pública del país para lograr un mayor bienestar para todos y todas; esta transformación requiere la articulación de políticas públicas integrales que se complementen y fortalezcan y que, en su conjunto, construyan soluciones de fondo que atiendan la raíz de los problemas que enfrenta el país.

El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita,

---

<sup>3</sup> Eduardo Luis Menéndez, *Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos* [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000100109&script=sci\\_arttext](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000100109&script=sci_arttext)

<sup>4</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Gaceta parlamentaria. Cámara de diputados. Año XXII, Número 5266-XVIII. Martes 30 de abril de 2019. <https://lopezdoriga.com/wp-content/uploads/2019/05/plan-nacional-de-desarrollo-2019-2024-1.pdf>

incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos. Este objetivo se logrará mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar<sup>5</sup>, que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE.

La atención se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

- El combate a la corrupción será permanente en todo el sector salud.
- Se dignificarán los hospitales públicos de las diversas dependencias federales.
- Se priorizará la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva.
- Se emprenderá una campaña informativa nacional sobre las adicciones.
- Se impulsarán las prácticas deportivas en todas sus modalidades.

Este documento pretende manifestar y destacar que, en relación de una propuesta de política institucional, el tema de la interculturalidad propone y comparte objetivos comunes hacia un conglomerado de población de más de 120 millones de habitantes diversificados en un amplio sector de población joven, una gran cantidad de población infantil y una cada vez más amplia población madura cuyas expectativas de vida superan en el promedio nacional los 74 años.



<sup>5</sup> DOF - Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. MÉXICO.- Presidencia de la República. p.p. 19 [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019&print=true](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019&print=true)

En este conglomerado se manifiestan necesidades específicas de población diferenciada por elementos no solo de orden geográfico, sino desigualdades económicas, culturales y estructurales que influyen en las condiciones de vida y salud, además de una amplia y siempre presente población indígena y una casi invisible, por la negación de sus derechos, población afro mexicana, cuya influencia e importancia se manifiesta aún fuera de nuestras fronteras, hacia los Estados Unidos y Canadá.

En este contexto, se pretende para esta población garantizar empleo, educación, salud y bienestar mediante la creación de puestos de trabajo, el cumplimiento del derecho de todos los jóvenes del país a la educación superior, la inversión en infraestructura, servicios de salud y por medio de los programas regionales, sectoriales y coyunturales de desarrollo: Jóvenes Construyendo el Futuro, Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, Universidades para el Bienestar, Pensión Universal para Personas Adultas Mayores, Becas "Benito Juárez", Crédito Ganadero a la Palabra, Producción para el Bienestar, Precios de Garantía a Productos Alimentarios Básicos, programas de Comunidades Sustentables "Sembrando Vida", de Infraestructura Carretera, Zona Libre de la Frontera Norte, Tren Maya, Corredor Multimodal Interoceánico y el Aeropuerto "Felipe Ángeles" en Santa Lucía.

Se pretende el pleno respeto a los derechos humanos que incida en todas las acciones e instituciones de gobierno y se buscarán las reformas que permitan dotar de obligatoriedad legal; la observancia de estos derechos será asignatura regular en la formación de los servidores públicos. El gobierno federal no tolerará los atropellos impunes desde el poder en contra de la ciudadanía.

## **MARCO NORMATIVO**

Es importante destacar algunas acciones para el fortalecimiento de una propuesta de política pública hacia la diversidad. De ellas, respecto a la diversidad lingüística y los derechos sociales y culturales de los pueblos indígenas, destaca la modificación constitucional al artículo 2º, en el año 2001. También, la creación de la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas (marzo de 2003) en los que se reconoce el carácter de "lenguas nacionales" a los idiomas indígenas; dentro de este contexto, en la Secretaría de Salud, se crea la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, instancia vinculada directamente a la problemática de la cultura y su impacto en la salud. Cabe señalar en este proceso, la emisión de documentos normativos como la Ley de Interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal (2011).

Recientemente y en el contexto y las transformaciones institucionales, se dio el cambio de la denominación de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI)

por el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) a fin de definir en conjunto con la población indígena y mediante procesos de consulta, las políticas públicas que les atañen.

## **LA INTERCULTURALIDAD EN EL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2020-2024**

En el aspecto operativo de la Secretaría de Salud, está explícito la responsabilidad y obligación de las áreas institucionales de Contribuir al logro de los objetivos establecidos en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, y desde la interculturalidad se puede contribuir con la atención a las siguientes estrategias y acciones:

### **Estrategia prioritaria 1.3 Línea de acción:**

1.3.6 Definir los requerimientos para la implementación de los programas en materia de salud, considerando la diversidad cultural de cada grupo de la población, con especial atención en las áreas rurales, marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género.

### **Estrategia prioritaria 1.5 líneas de acción:**

1.5.3 Fomentar la organización comunitaria y la designación de representantes en la comunidad que faciliten acciones de promoción y prevención en salud, bajo un enfoque intercultural.

1.5.4 Fortalecer la coordinación interinstitucional para incorporar los enfoques transversales que favorezcan la perspectiva de género, la pertinencia cultural y la inclusión en la educación, promoción y prevención de salud.

1.5.6 Fortalecer los modelos de atención que coordinen la capacitación y el trabajo del personal médico y parteras para la atención de mujeres en comunidades rurales.

1.5.7 Incorporar elementos de la medicina tradicional en los servicios de salud brindados a población indígena y fortalecer el registro sanitario de medicamentos herbolarios.

### **Estrategia prioritaria 2.1 Líneas de acción:**

2.1.1 Homologar el modelo de atención en primer nivel conforme al modelo APS-I, para mejorar la atención y compartir las tareas de educación, promoción y prevención de la salud.

2.1.5 Promover enfoques transversales con otras instituciones para atender de manera integral la problemática de salud en el primer nivel de atención, considerando las determinantes sociales y culturales en cada comunidad.

### **Estrategia prioritaria 2.3 Líneas de acción:**

2.3.2 Proponer y actualizar la normatividad que rija la prestación de servicios en materia de asistencia social a partir de la incorporación de protocolos que propicien la humanización de los servicios de atención o que deriven de la investigación en el Sistema Nacional de Salud.

2.3.10 Impulsar políticas públicas, estrategias y programas dirigidos a la reducción de enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludable.

### **Estrategia prioritaria 2.4 Líneas de acción:**

2.4.1 Sistematizar la evaluación de las nuevas políticas del sector salud, en la que se considere aspectos bioéticos, de accesibilidad, calidad, oportunidad e integralidad de los servicios prestados, así como su impacto en la población, considerando sus características diferenciadas.

2.4.3 Definir nuevos indicadores para monitorear la atención de los pacientes, y el impacto de las acciones, acorde al nuevo modelo APS-I.

### **Estrategia prioritaria 2.5 Líneas de acción:**

2.5.1 Desarrollar e implementar documentos metodológicos, operativos y procedimentales para brindar servicios de salud y asistencia social, que procuren la atención prioritaria, permanente, accesible, de calidad y gratuita, a la población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación.

2.5.2 Capacitar y sensibilizar en materia de atención integral a víctimas, derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación a personal directivo y encargado de la atención directa de población en condición de vulnerabilidad para prevenir la revictimización.

2.5.3 Promover la atención integral de población indígena, considerando las contribuciones de la medicina tradicional, la participación de intérpretes y traductores de lenguas indígenas, la capacitación en materia de derechos indígenas y el enfoque de interculturalidad.

2.5.4 Elaborar y difundir lineamientos interculturales para la adecuación, diseño y operación de los programas de Salud en el marco de la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada.

2.5.5 Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial y la participación de la comunidad para procurar la inclusión de la Interculturalidad bajo un enfoque territorial.

### **Estrategia prioritaria 3.1 Líneas de acción:**

3.1.2 Establecer un plan maestro de acción que considere los nuevos modelos de atención y permitan corregir el rezago identificado en cada región.

3.1.3 Identificar los requerimientos de infraestructura, equipamiento, humanos y materiales de acuerdo con las necesidades específicas de la población en cada región.

3.1.5 Diseñar prototipos de centros de salud y hospitales que incluya infraestructura, equipamiento, recursos humanos y materiales para agilizar su instalación y habilitación, considerando posibles adecuaciones para corresponder a las condiciones locales en cada región.

**Estrategia prioritaria 3.2 Líneas de acción:**

3.2.7 Fortalecer el sistema educativo a partir del rediseño y actualización de perfiles profesionales e incidencia en la oferta educativa de carreras para la salud, priorizando medicina y enfermería en las universidades.

3.2.8 Fortalecer la capacitación y educación continua para la actualización de todo el personal en su ámbito de competencia, en el nuevo modelo de salud y para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno de las enfermedades crónico-degenerativas.

3.2.9 Reforzar la formación de especialistas del Sistema Público de Salud para que respondan a las necesidades de atención médica de la población.

**Estrategia prioritaria 4.1 Líneas de acción:**

4.1.9 Promover mecanismos de coordinación, articulación y vinculación entre instancias responsables de vigilancia sanitaria, como son SEMARNAT, SENASICA y COFEPRIS, a fin de aprovechar los recursos disponibles y evitar la duplicidad de funciones.

4.1.10 Implementar estrategias bajo un enfoque territorial que procuren la seguridad alimentaria, vigilancia sanitaria y prevención de epidemias para salvaguardar a la población, tomando en cuenta la diversidad cultural.

**Estrategia prioritaria 4.4 Líneas de acción:**

4.4.1 Promover planes y políticas públicas, bajo un enfoque multidimensional e interinstitucional, para incentivar conductas saludables y prevención de enfermedades, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva bioética y de género.

4.4.2 Fomentar la investigación sobre los factores determinantes de enfermedades para incidir en la promoción y prevención en salud, con pertinencia cultural, sensible al ciclo de vida y con perspectiva de género.

4.4.3 Implementar campañas de difusión y promoción de estilos de vida y hábitos alimenticios saludables, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la

población con énfasis en las áreas rurales, marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género.

4.4.10 Implementar estrategias y programas de asistencia social alimentaria para contribuir al ejercicio pleno del derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, particularmente, de los sujetos en condiciones de vulnerabilidad, marginación y discriminación.

### **Estrategia prioritaria 5.2 Líneas de acción:**

5.2.1 Implementar campañas educativas en salud sexual y reproductiva para reducir los riesgos y desarrollar habilidades y actitudes relacionadas con una vida saludable bajo un enfoque bioético, participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.

5.2.7 Otorgar atención integral a las mujeres, desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal que garantice la salud materna y perinatal con énfasis en adolescentes embarazadas, priorizando la erradicación de la discriminación, estigmatización y violencia obstétrica.

### **Estrategia prioritaria 5.5 Líneas de acción:**

5.5.5 Promover campañas que procuren, estilos de vida saludables y la prevención en padecimientos que predominan y afectan a las mujeres, través de la coordinación interinstitucional y un modelo integral, bajo un enfoque multicultural y territorial.

“Interculturalidad en Salud” tiene, además sustento en diferentes resoluciones y documentos internacionales relacionados con la atención primaria Integral e integrada, la atención a la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes, así como pronunciamientos y demandas de la propias de la sociedad mexicana relacionadas con su carácter multicultural:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica, 1969)
- Declaración de Alma Attá (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS 1978).
- Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes 1989.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas 2007.

- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem do Pará, 1994”.
- Artículos 1º, 2º, 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- “La 4ª. Transformación” enmarcado en el Proyecto de Nación 2018-2024.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024
- Programa Sectorial de Salud 2020-2024
- Ley General de Salud. Art. 6º, 10, 54, 67, 93 y 113.
- Ley del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas 2018.
- Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas 2003.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud- Artículo 25 fracciones XVII, XIX, XX.
- Constituciones Estatales y Programas Estatales de Salud.

El Propósito del Modelo de Salud Intercultural, es fortalecer el accionar integral de los actores del Sistema Nacional de Salud para garantizar el Derecho a la salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo a través de la implementación del Modelo de Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada y consolidar las bases para la implementación de un modelo Intercultural de atención a la salud.

“Coordinar las políticas de interculturalidad, atención a la salud a pueblos indígenas y afroamericanos, medicina tradicional y complementarias, en el marco de los derechos humanos, perspectiva de género y la diversidad cultural de la población en general y grupos vulnerables, así como el diseño de modelos de atención a la salud innovadores y culturalmente adecuados, estableciendo lineamientos normativos y operativos para su implantación en un Sistema Universal de Salud”<sup>6</sup>.

## **PARTE I: EL MODELO DE SALUD INTERCULTURAL (EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA I)**

### **Elementos presentes para la implementación de modelos y servicios desde una visión Intercultural.**

---

<sup>6</sup> Manual de Organización Específico, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Pp 71. <http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2017/MOE-DGPLADES-2017.pdf>



El modelo de salud Intercultural es un conjunto de condiciones, servicios, recursos, procesos e interrelaciones donde participan profesionales de la salud, unidades de salud y Hospitales que han realizado adecuaciones hacia una oferta de servicios de salud de respeto a la diversidad, la participación de profesionales de las medicinas complementarias y practicantes de la medicina tradicional indígena en interrelación con la población usuaria, así como servidores públicos y líderes comunitarios relacionados con la promoción del bienestar y la salud familiar, colectiva y comunitaria.

Para su implementación se requieren condiciones de política pública, por lo que enmarcado en los postulados de la 4ª transformación que se implementa ya en las instituciones de salud con una visión renovada hacia la atención primaria, se establecen éstas con elementos que permiten su potenciación y desarrollo, ya que implica la transformación de los procesos convencionales para los programas de salud.

Se requiere, además:

- Una propuesta con coherencia y aceptabilidad social
- Una propuesta con factibilidad técnica
- El soporte del marco legal
- Decisión política

Y principalmente, un grupo de profesionales de salud comprometidos con la transformación de los servicios de salud y con las habilidades para establecer una relación horizontal y respetuosa con la población. Se requiere, liderazgo, convicción, capacidad de negociación bajo principios de honestidad y ética, elementos presentes en la política y principios de la 4ª transformación del Gobierno Federal.

El Modelo Intercultural en el marco de la Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada<sup>7</sup>, basa en su implementación en las redes de servicios y en los espacios comunitarios, en las unidades de salud y hospitales generadores de procesos participativos donde se implementan acciones terapéuticas y de fortalecimiento de la salud pertenecientes no sólo a la oferta de la medicina científica alopática sino también, de las medicinas tradicionales y complementarias, que, por contener estos modelos terapéuticos, se denominan

---

<sup>7</sup> “La APS I Es una política de salud territorializada con una participación social y organizada fuerte; está centrada en la persona, la familia y la comunidad y parte de las necesidades de salud de la población; considera los determinantes sociales; enfatiza la educación, promoción y prevención; cuenta con una red de prestación de servicios con la coordinación asistencial entre el primer nivel de atención y los servicios especializados y complejos extra e intrahospitalarios”. En: “Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APIS-I: La propuesta Metodológica y Operativa”. DGPLADES, Secretaría de Salud. [http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos\\_de\\_Salud\\_VF.pdf](http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf)

“unidades interculturales”. Su articulación en redes involucra a diferentes actores comunitarios en beneficio de la salud colectiva.

La salud intercultural promueve la autonomía y la responsabilidad de las personas respecto al cuidado y fortalecimiento de su salud, desde su familia, barrio, comunidad y otros espacios de concentración como escuelas, centros de readaptación. En las Unidades y espacios interculturales, es común observar acciones de educación para la salud que se basan en procesos de educación alimentaria con sustento en alimentos regionales biológica y culturalmente pertinentes ya que se promueve el “Modelo de Alimentación culturalmente Pertinente” (la “dieta de la milpa”); el cambio del paradigma de la atención de las mujeres en el parto normal, para llevarlo preferentemente fuera de los hospitales con la participación de la familia en el proceso del nacimiento, con el “Modelo de Atención a las Mujeres con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro”, privilegiar el ejercicio saludable (Qi gong) que desmedicalice a los adultos mayores, la autonomía respecto a la ingesta de medicamentos con la alternativa de la herbolaría prescrita por terapeutas tradicionales indígenas o médicos capacitados en el tema o con la medicina homeopática, todo ello sustentado en los principios de: “eficacia comprobada, seguridad, costo-efectividad, adherencia a normas éticas y profesionales, y aceptabilidad social”.

### Fortalecer la Atención primaria Integral e integrada (APS I)



Para poder constituir e implementar en base a las redes de participación social y comunitaria y con ellas las redes funcionales de servicios de salud, se requiere que los profesionales y actores de los procesos interculturales cuenten con conocimientos, habilidades y actitudes que promuevan la comunicación asertiva en los procesos terapéuticos y la sensibilidad humanística para la relación con los usuarios de los servicios de salud; es decir, se requiere personal de salud “interculturalmente competente” a fin de promover relaciones colaborativas, efectivas y asertivas entre personas que colaboren en la

atención de la población para su bienestar. La Salud entonces, se convierte en un ejercicio de gozo en la vida y no solamente la ausencia de dolencias y lesiones.

El modelo Intercultural parte entonces, de la capacitación/sensibilización de los agentes de salud con habilidades para promover y vivir la interculturalidad. Se basa en la capacidad de reconocer, identificar e interactuar en contextos multiculturales, con la población con diferentes identidades y también, para reconocer otros modelos de atención a la salud presentes en las preferencias de la sociedad y eventualmente, en los servicios de salud.

### **ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS I)**

Desde una visión integral, la OMS define a la atención primaria en salud (APS) como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.<sup>8</sup>” Esta definición recupera y reconoce el peso que la comunidad debe de tener como sujeto social, frente y con los servicios de salud.

Bajo esta definición, la atención primaria integral e integrada (APS I), en su diseño e implementación debe considerar la perspectiva intercultural. Esta considera la existencia de los factores socioculturales que contribuyen a identificar los determinantes de la Salud, así como los que reconocen la necesaria interrelación con otros modelos de atención y visiones culturales de la salud y que propone establecer la necesaria inclusión e interrelación con las denominadas medicinas tradicionales indígenas y las medicinas complementarias, como modelos terapéuticos que pueden mejorar la atención de los usuarios.

La interculturalidad en la APS reconoce la sustantiva y necesaria vinculación de las redes comunitarias con las “redes de flujo real de pacientes” para atender con eficiencia a los usuarios que en su carrera por la búsqueda de la atención de los Servicios institucionales y mediante procesos de base participativos y generadores de acuerdos, requieren atención realmente resolutoria; propone la transformación de los procesos normativos y de atención para permitir el ejercicio y practica de terapéuticas como la herbolaría y la acupuntura, cambios normativos y reglamentarios que permitan la contratación de parteras tradicionales indígenas con reconocimiento comunitario y de intérpretes/traductores en

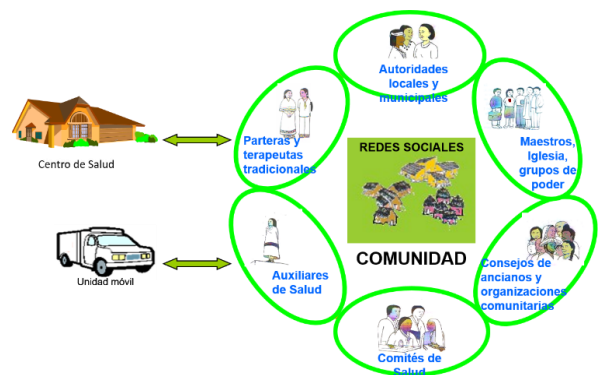
---

<sup>8 8</sup> [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

los servicios ubicados en regiones indígenas así como la apertura para la oferta de servicios interculturales y la implementación de un modelo innovador desde la atención primaria: unidades y servicios de salud y hospitales “interculturales”. Todos estos elementos sustentados desde la perspectiva de los derechos humanos<sup>9</sup> y culturales<sup>10</sup>.

## LA COMUNIDAD

La OMS, define a la comunidad, en su glosario de promoción de la Salud<sup>11</sup>, como un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, que comparten la misma cultura, identidad, valores y normas y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro.



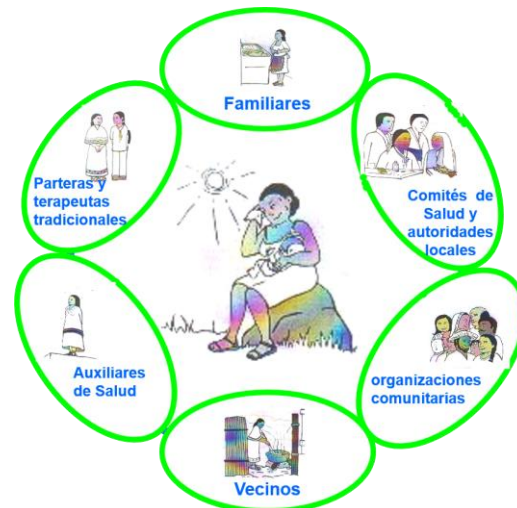
Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas. Es importante resaltar que la comunidad cuenta con una cultura determinada con una serie de redes sociales y grupos de liderazgo específicos, que muchas veces son desconocidos por los servicios de salud. La articulación con ellos puede ser crucial para un desempeño eficiente de los servicios de salud.

<sup>9</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 2º. “La Nación Mexicana es única e indivisible. IV. Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad.” <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>.

<sup>10</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 1º. “De los Derechos Humanos y sus garantías” <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>

<sup>11</sup>[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=44D26A7D4D366F2004F81741CF46C74C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=44D26A7D4D366F2004F81741CF46C74C?sequence=1). Pag 15

En la comunidad se dan una serie de redes sociales entendidas como el entramado de intercambios sociales no formales entre individuos o grupos que prestan ayuda, apoyo y soporte moral. Su existencia y buen funcionamiento facilita la ayuda en el momento requerido, ante una situación de salud o de desastre. Su ausencia o mal funcionamiento produce una falta de ayuda en situaciones de crisis, lo cual en el campo de las emergencias respecto a la salud materno infantil, impacta en la demora para salir de la comunidad y recibir una atención estabilizadora, lo cual aumenta el riesgo de muerte materno infantil.



Por ello es importante contar con una estrategia desde los servicios de salud, para identificar la cultura local, las redes sociales, los diferentes actores, sus expectativas y necesidades, así como una estrategia para para su vinculación con la red de servicios y fortalecer las redes sociales comunitarias.

## LA PARTICIPACIÓN INTERCULTURAL COMUNITARIA

La Carta de Ottawa<sup>12</sup> pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implantación con el fin de mejorar la salud. El concepto de empoderamiento para la salud de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de la Carta de Ottawa.

En este concepto, una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y

<sup>12</sup> La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, es un documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud, durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986

adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad<sup>13</sup>.

Para que la población pueda tomar en sus manos su salud, se requiere facilitar su empoderamiento, entendiéndolo como la capacidad de una persona o grupo para relacionarse en un marco de equidad, horizontalidad y respeto. No es un facultamiento, el empoderamiento es un proceso individual y colectivo de autoafirmación, en el que las personas desarrollan su capacidad para tomar decisiones sobre eventos importantes en sus vidas para controlar o cambiar en un momento dado su rumbo, usando los recursos de su entorno y a pesar de la oposición de otras personas o instituciones. Es la capacidad de decidir sobre su propia vida.

Una propuesta de relación intercultural equitativa, pretende empoderar a la población respecto a sus derechos humanos en Salud, al reconocer su cultura en este marco de igualdad y respeto, generando como consecuencia la elevación de su autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de su capacidad de interlocución y respetando el principio de horizontalidad del enfoque intercultural.

En este contexto, el modelo de participación comunitaria intercultural es un instrumento que favorece la toma de decisiones de la comunidad de acuerdo con las necesidades e intereses de los individuos que la conforman. No se trata de que la comunidad decida y ejecute lo que actores externos han planeado.

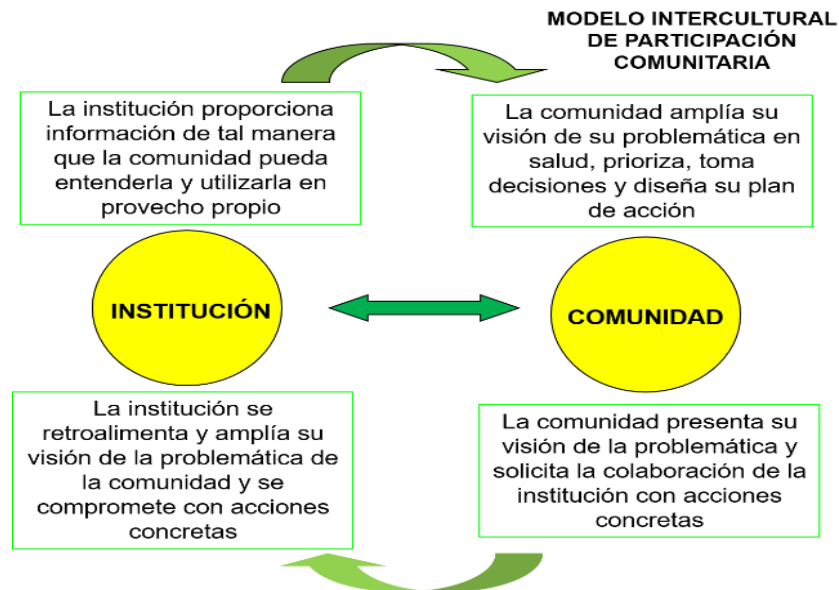
Es común que las instituciones de salud pretendan imponer a las comunidades, aun sin proponérselo, programas oficiales que se han diseñado con sólo la visión y opinión de los expertos institucionales, en cuya planeación las comunidades no han tenido ninguna participación.

Luego, se pretende que la comunidad participe desarrollando las actividades de dicho programa, argumentando que son para el beneficio de su salud. Los resultados frecuentes de esta imposición indirecta en estos programas son apatía, rechazo y, por lo tanto, un bajo impacto. El enfoque intercultural nuevamente presenta aportes a estos procesos participativos.

---

<sup>13</sup>[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=44D26A7D4D366F2004F81741CF46C74C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=44D26A7D4D366F2004F81741CF46C74C?sequence=1). Pag 16

### Modelo intercultural de participación comunitaria:



### Premisas para la participación intercultural comunitaria:

- La institución presenta a la comunidad sus programas de manera clara y comprensible para los diferentes grupos que conforman la comunidad.
- La comunidad selecciona por categorías los programas y les da prioridad en relación con el conjunto de problemas que le aquejan.
- Hay que aceptar y entender sus opiniones, posiciones y su lógica.
- De esa comprensión, se desprende la oportunidad de presentar los programas de acuerdo con las preocupaciones de la comunidad.

Es frecuente que la “semilla” de solución a los problemas de salud se encuentre en la propia localidad. Apropiación local.

Es importante tomar en cuenta que la comunidad no es homogénea. Es necesario conocer los distintos intereses de los diferentes grupos comunitarios, que pueden estar contrapuestos o no. Se debe promover el consenso entre ellos, buscando enfoques que incorporen a todos.

Hablando de la comunidad, es muy importante considerar la casa de salud, la cual es un espacio de la comunidad, construido con financiamiento de la SSA y del Municipio, con mano de obra comunitaria. Cuenta con un espacio interior para la atención de pacientes y

uno exterior para reuniones de salud. En caso de que se requiera por las distancias y para la atención de otras comunidades, puede tener un área para que el personal de salud pueda pernoctar.

### **Participan en la casa de salud:**

- Auxiliares de salud de la comunidad, formados para la atención de enfermedades frecuentes y accidentes que pueden ser atendidas con medicamentos básicos y remedios herbolarios, elaborados por ellos. Trabajan en coordinación con los terapeutas y parteras tradicionales, quienes pueden también utilizar la casa de salud; reciben remuneración digna de acuerdo a sus actividades. En los lugares donde existan las condiciones, se recomienda dotar de celulares a los y las auxiliares de salud, y contar con un sistema de comunicación para facilitar la articulación sistémica, así como una respuesta inmediata a situaciones graves de salud de la comunidad.
- Promotores de entorno saludable, para identificar y resolver problemas que afectan a la salud, relativos al agua, alimentación, basuras, vivienda y plaguicidas. (pueden ser los mismos auxiliares de salud o diferentes). El dotarlos de celulares también puede ayudar a reportar de manera inmediata situaciones graves que pueden afectar los entornos saludables comunitarios.
- Personal de salud, que visita cada semana o cada 15 días a la comunidad en Unidades Médicas Móviles. Atiende los casos y consultas que les deriva los auxiliares de salud y pacientes que esperan su consulta para enfermedades específicas.

Todos pueden derivar pacientes de manera directa al hospital. Su personal estará capacitado para atender inmediatamente las referencias enviadas por la comunidad y para que los auxiliares, parteras y terapeutas acompañantes, puedan ingresar al hospital y explicar el motivo de la referencia.

### **ATENCIÓN PRIMARIA CON ÉNFASIS EN EL PARADIGMA DE LA SALUD**

El actual modelo biomédico está enfocado a combatir las enfermedades con nuevos y viejos medicamentos, con una débil incidencia a los estilos de vida, patrones de consumo, sedentarización y fomento al bienestar emocional, elementos responsables de una gran cantidad de problemas de salud, especialmente las enfermedades crónicas. Esto ocasiona una sangría importante de recursos de los ciudadanos y los servicios de salud y presupuesto público del sector.

La propuesta incluye un enfoque en el paradigma de la salud con la formación de promotores en:

- Alimentación mexicana saludable y culturalmente pertinente (la dieta de la milpa).



- Actividad física saludable (Qi Gong).
- Estrategias lúdicas construidas con los pobladores en espacios comunales que se habiliten para tal fin.
- Actividades con embarazadas y sus familias para la preparación del parto.



La propuesta está sustentada en el modelo de Fortalecimiento de la Salud con la Triada: Comida, Ejercicio y Buen Humor, que forma parte de los modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud, y se detallará más adelante.

Incluye espacios comunales para realizar las diferentes actividades:

- En comida con preparación de alimentos de acuerdo al modelo.
- Actividad física saludable con Qi Gong, baile y otros definidos con los pobladores.
- Actividades lúdicas, que incidan en el bienestar emocional e favorezcan relaciones sociales sanas, definidas con los pobladores del lugar.
- Oportunidades para que las mujeres embarazadas puedan prepararse junto con su pareja, recibir información y realizar ejercicios específicos.

Con productores y propietarios de negocios de alimentos:

- La implementación de condiciones para favorecer una alimentación saludable y culturalmente pertinente, con información sobre ella, e incentivos y reconocimientos.

## ENTORNOS SALUDABLES

La promoción de servicios a la comunidad para incidir en entornos saludables a nivel urbano y rural son fundamentales y prioritarios para el fortalecimiento de la salud, coordinados por auxiliares, enfermeras, trabajadoras sociales, licenciados y técnicos en Promoción de la Salud. Para ello es estratégico:

- Impulsar programas de alimentación regional con pertinencia cultural (DGPLADES propone la dieta de la milpa), reforzando con ella los comedores comunitarios y albergues escolares indígenas existentes, que consideren también la producción de alimentos regionales saludables de acuerdo a la cultura. Se requiere la coordinación con instituciones directamente involucradas como la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural (SADER).
- Priorizar el abasto de agua limpia y segura para el consumo humano, así como su mantenimiento, especialmente en zonas indígenas, con impulso a tecnologías apropiadas básicas de tratamiento y destino final de aguas residuales.
- Es importante trabajar con los comités de salud y agua comunitarios, asegurar sistemas de filtrado y purificación manejo y cuidado de la cuenca, así como el mantenimiento de lagos, lagunas, ríos, pozos, tanques, cisternas y tinacos. Aprovechar otras fuentes de agua con la recuperación de agua de lluvia y el manejo integral de cuencas. Para todo ello será importante la coordinación con las instituciones competentes, como la Comisión Nacional del Agua (CNA), la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y los ayuntamientos.
- Fomentar el mejoramiento de la vivienda, enfatizando en condiciones saludables. Es importante partir de un diagnóstico que identifique fortalezas y debilidades de la vivienda local y que proponga elementos para su mejora, aprovechando conocimientos, tecnologías y materiales de la región.
- Definir estrategias para el manejo adecuado de la basura que se genera en las comunidades rurales, en especial las que les envían de las ciudades, denominados rellenos sanitarios, que en la realidad son “cerros de basura” sin control y en su mayoría sin la autorización legal necesaria, de manera que no se afecten a las comunidades rurales e indígenas.
- Prevenir e Identificar el uso indiscriminado de plaguicidas y fertilizantes industrializados, tomando en cuenta, respecto de los plaguicidas, la Recomendación No 82/2018<sup>14</sup> de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Poner especial énfasis

---

<sup>14</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación No 82/2018. SOBRE LA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS A LA ALIMENTACIÓN, AL AGUA SALUBRE, A UN MEDIO AMBIENTE SANO Y A LA SALUD, POR EL INCUMPLIMIENTO A LA OBLIGACIÓN GENERAL DE DEBIDA DILIGENCIA PARA RESTRINGIR EL USO DE PLAGUICIDAS DE ALTA PELIGROSIDAD,

en los campos jornaleros agrícolas ubicados en 67 municipios de 20 Estados de la República; promover la agricultura y ganadería orgánica y cuidados de los ecosistemas, en lo que México tiene un amplio conocimiento de relación con la naturaleza, emanada del conocimiento y cosmovisión de los pueblos indígenas originarios.

## Entornos saludables



### REDES DE SERVICIOS (RED FUNCIONAL DE FLUJO REAL DE PACIENTES)

La estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) fue propuesta como un planteamiento integral y progresista que incluye actividades básicas de educación para la salud, control de enfermedades endémicas locales, programa de inmunizaciones, atención materno infantil (que incluye servicios de planificación familiar), disponibilidad de medicamentos básico, promoción de la nutrición, tratamiento de enfermedades comunes y saneamiento ambiental básico. La APS, planteó la exigencia de autorresponsabilidad y participación del individuo-comunidad en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria, para poder obtener los mejores resultados de los recursos locales y nacionales, así como los sistemas integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.

Dada la complejidad de integrar a todos los actores y funciones, las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se posicionó como una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, para hacer realidad la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, el cuidado

apropiado, la organización y gestión óptimas, la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial<sup>15</sup>.

Sin embargo, las definiciones de redes funcionales en muchas ocasiones adolecen de la identificación de las redes comunitarias, elemento que compromete la vinculación de la necesidad de los y las usuarias de los servicios con la oferta institucional de su infraestructura, organización y equipamiento.

El objetivo de la estrategia de redes es que sea funcional respecto del flujo real de pacientes; articular los procesos, programas, acciones y niveles de atención en las regiones rurales e indígenas, que permitan el acceso efectivo hacia los servicios de salud de parte de la población, en especial de los casos que requieren de una atención inmediata y oportuna.

Acceso efectivo significa el consolidar las condiciones necesarias para 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, el abasto completo de equipo y medicamentos, la articulación y fluidez entre los diferentes niveles de atención, así como la existencia oportuna del personal de salud.

Acceso efectivo implica también favorecer todas las condiciones de “acercabilidad” y atención con dignidad de los servicios a la población indígena y rural, de acuerdo a su cultura y cosmovisión, modificando procedimientos, comportamientos y espacios físicos, para evitar que los servicios de salud sean rechazados por los usuarios y familiares.

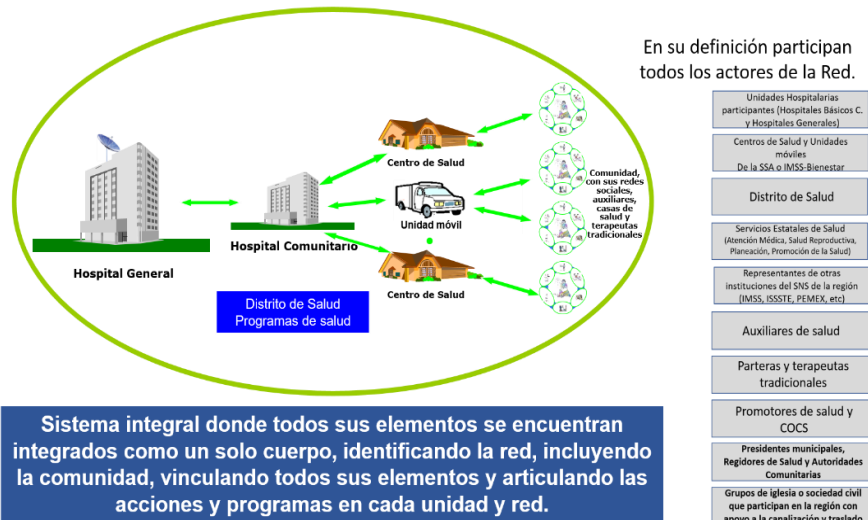
Un caso específico en el que se valorará el impacto de la estrategia de redes en regiones indígenas, es la mortalidad materna por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

La red debe tomar en cuenta la infraestructura de las diferentes unidades de salud que se encuentran articuladas funcionalmente de acuerdo a los flujos de referencias. En el caso de mortalidad materna resaltarán las unidades y localidades que canalizan pacientes con complicaciones y riesgos del embarazo, parto y puerperio.

---

<sup>15</sup> DGPLADES. Redes de Servicios de Salud. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/redes-de-servicios-de-salud?state=published>

## Redes Funcionales de Flujo Real – Enfoque sistémico



### Metodología para la identificación y caracterización de la red

Para la definición de la red funcional de flujo de pacientes, se inicia este proceso convocando a los actores de la red en los ámbitos de los Servicios Estatales de Salud. En dicha reunión participan los encargados de diferentes programas; Atención Médica, de Salud Reproductiva, de las Unidades Médicas Móviles y de las áreas e instituciones de Salud involucrados en la oferta y provisión de los Servicios.

A nivel regional se invita a los Directores de los Hospitales establecidos en la red (Hospitales Generales y Comunitarios) tanto de la Secretaría de Salud como de la Unidad IMSS Bienestar, a los directores de los centros de salud, a los equipos de unidades móviles que participan en la red, al jefe o jefes de jurisdicción o distritos involucrados, a los encargados jurisdiccionales que conozcan la relación y articulación entre las unidades (pueden ser de equipos de supervisión zonal).

De parte de la comunidad, es importante integrar también a auxiliares salud, parteras y terapeutas tradicionales, agentes municipales, así como a los presidentes municipales involucrados y los regidores de salud.

Con estas personas, se podrá identificar, diagramar y caracterizar las redes de los servicios de salud ubicados en la región. Es importante realizarlo en todas las zonas indígenas, iniciando por las que comprenden los 100 municipios de más alta marginación.

En dicha reunión se deberá:

- Revisar la caracterización de la red realizada a nivel estatal, haciendo los cambios necesarios de acuerdo a las condiciones reales.

- Identificar los “nudos”, fortalezas y debilidades señalando todas las condiciones y carencias que facilitan o dificultan la referencia, contra referencia y atención efectiva de pacientes, entendiendo que se pretende que la red funcione como un sistema.

La red debe tomar en cuenta la infraestructura de las unidades de salud existentes, las que ya se encuentran articuladas funcionalmente de acuerdo a los flujos de referencias. En el caso de mortalidad materna, se ubicarán con más importancia a las unidades y localidades que canalizan enfermos con complicaciones y riesgos del embarazo, parto y puerperio.

Esta red debe ser posible caracterizarla geográficamente, señalando los flujos de referencias y relaciones entre las diferentes unidades de salud, equipos de salud itinerante, hospitales de la comunidad y hospitales regionales.

La red debe visualizar/identificar a las comunidades que no poseen unidades de salud, pero que aportan pacientes a través de las auxiliares de salud y parteras.

La red debe también contemplar la relación con organizaciones civiles, iglesia, médicos particulares y terapeutas tradicionales (Medicina y partería Tradicional) que intervienen en la salud de la región identificando, refiriendo y colaborando en el traslado de pacientes.

Deberá identificar el hospital ancla de la red, los hospitales comunitarios que le refieren pacientes tanto de los servicios estatales de salud, como del IMSS Bienestar, las jurisdicciones o distritos de salud involucradas, las unidades de salud tanto de los servicios estatales de salud que refieren a dichos hospitales, las unidades móviles (ESIS y Caravanas), las casas de salud, las comunidades con auxiliares de salud, y las comunidades con parteras (Si es posible identificar sus nombres).

La red de «flujo real», es una estrategia que permite la participación de todos los actores que participan en una red, de manera que se identifican los problemas y se proponen soluciones para favorecer la articulación sistémica de los servicios de salud entre los usuarios con una necesidad específica y la oferta institucional de servicios de Salud, en donde se aprovecha toda la información previa.

## PARTE II: FORTALECER LA OFERTA DE LOS SERVICIOS CON CRITERIOS Y MODELOS INTERCULTURALES

### CERTIFICACION DE UNIDADES DE SALUD CON ELEMENTOS INTERCULTURALES

La denominación de unidades y servicios de salud “interculturales” ha logrado paulatinamente su difusión con un proceso institucionalizado que complementa la formación del personal de salud. Con la implementación de los criterios de “interculturalidad” para la acreditación de unidades de salud en un primer momento y después, con la “Certificación” de unidades de salud y hospitales en el “Modelo Único para la Evaluación de la Calidad” (MUEC), se mantiene el proceso para implementar la Interculturalidad en los Servicios, con el impulso a las acciones de capacitación/Sensibilización intercultural.

# MUEC

DOF: 29/06/2023

ACUERDO por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad.

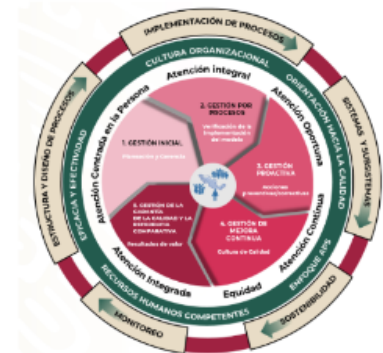
Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- GOBIERNO DE MÉXICO.- Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 4o., párrafo cuarto, 73, fracción XVI, Bases 1a. y 3a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4o. fracción II, 15 y 17, fracción VI de la Ley General de Salud; 1, 9, fracciones II y XII, 10, fracción VIII y 11, fracción XVIII del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

**El presente Acuerdo, tiene por objeto establecer la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, para obtener la Certificación del Consejo de Salubridad General, para las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local que presten servicios de salud.**



### MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD MUEC



"La evaluación es una ciencia de gran trascendencia social cuyo valor en el campo de la salud no se agota, pero continúa aún en permanente proceso de construcción".  
Carol Weiss

**Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC)**

Criterios y Estándares  
Anexo A CUNCEEC

**SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA**

**EDICIÓN 2023**  
Aprobado en la 2da Sesión Ordinaria de la CCEAM, 20 de julio 2023.

**Consejo de Salubridad General**

**Dirección General de Calidad y Educación en Salud**

Modelo Único de Evaluación de la Calidad

Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Aprobado en la 2da Sesión Ordinaria de la CCEAM, 20 de julio 2023.

RECURSOS HUMANOS (RRHH)							
A continuación, se enlistan los requerimientos de nivel académico y capacitación obligatoria para el diferente personal médico y paramédico que labora en el AEM.							
NIVEL ACADÉMICO Y CAPACITACIÓN OBLIGATORIA PARA TODO EL PERSONAL EN GENERAL							
Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	Personal de salud	Nivel académico	Todos	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Todas	Nivel académico para todo el personal médico y paramédico en general.	Título de licenciatura/ especialidad/ subespecialidad o Técnico profesional (lo que aplique).
Recursos Humanos	Personal de salud	Nivel académico	Todos	Atención ambulatoria	Todas	Nivel académico para todo el personal médico y paramédico en general.	En caso de pasante contar con carta de adscripción y/o carta de pasante emitida por institución académica.
Recursos Humanos	Personal de salud	Nivel académico	Todos	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Todas	Certificación del personal médico	Certificación vigente de la especialidad o subespecialidad para el personal que realiza procedimientos quirúrgicos. (Art. 272 Bis. LGS, Numeral 6.3.2.1.6 y 6.3.3.3 NOM-229-SSA1-2002, Numeral 8.3.1 NOM-002-SSA3-2017).
Recursos Humanos	Personal de salud	Capacitaciones	Todos	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Todas	Capacitaciones de personal en general	Constancia de capacitación en interculturalidad en salud.
Recursos Humanos	Personal de salud	Capacitaciones	Todos	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Todas	Capacitaciones para todo el personal en general	Capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias.
Recursos Humanos	Personal de salud	Capacitaciones	Todos	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Todas	Capacitaciones para todo el personal en general	Capacitación en Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
Recursos Humanos	Personal de salud	Capacitaciones	Todos	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Todas	Capacitaciones para todo el personal en general	Capacitación en programas establecidos y en programas emergentes de acuerdo a las funciones que desempeña.
Recursos Humanos	Personal de salud	Capacitaciones	Todas	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Todas	Capacitaciones para todo el personal en general	Capacitación en cuidados paliativos.

## CAPACITACIÓN/SENSIBILIZACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD

Como elemento que contribuye a su implementación, se difunde la propuesta de capacitación/sensibilización Intercultural. Estas acciones de sensibilización se realizan mediante cursos presenciales y en línea (a través de Internet), a funcionarios y personal de salud, en casi la totalidad de entidades en el país.

Los contenidos específicos de los cursos se diseñaron para lograr insertar cambios efectivos en la conducta del personal, aportando conceptos, reflexiones y dinámicas emocionales que desarrollan en el personal que asiste a ellos, la empatía como habilidad, con el objetivo de la modificación de actitudes a partir de la reconstrucción colectiva de las identidades.



Todas estas acciones, se enmarcan en la valoración de la diversidad cultural, la perspectiva de género y la promoción y respeto a los derechos humanos.

En los cursos y talleres, su diseño e implementación pretende un uso eficiente del tiempo y el esfuerzo de los asistentes, por lo que su duración es de sólo 8 horas. Los cursos semipresenciales y vía internet (a través de la Plataformas Virtuales), cuentan con reconocimiento institucional, lo que le otorga atractivo para ser solicitados por el personal de salud con lo que se contribuye para lograr impulsar acciones en favor de la interculturalidad y el enfoque de género.

En una modalidad de apoyo para su difusión y replicación amplia, se realizan también cursos de “formación de replicadores” (3 días), con personal de los Servicios estatales, haciendo entrega de guías, lineamientos, presentaciones, videos, marco normativo, para su implementación con las áreas de enseñanza y con asesoría específica y acompañamiento respecto a la implantación en las áreas de capacitación en salud.

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.

DOCUMENTO: Sensibilización Intercultural en Salud:

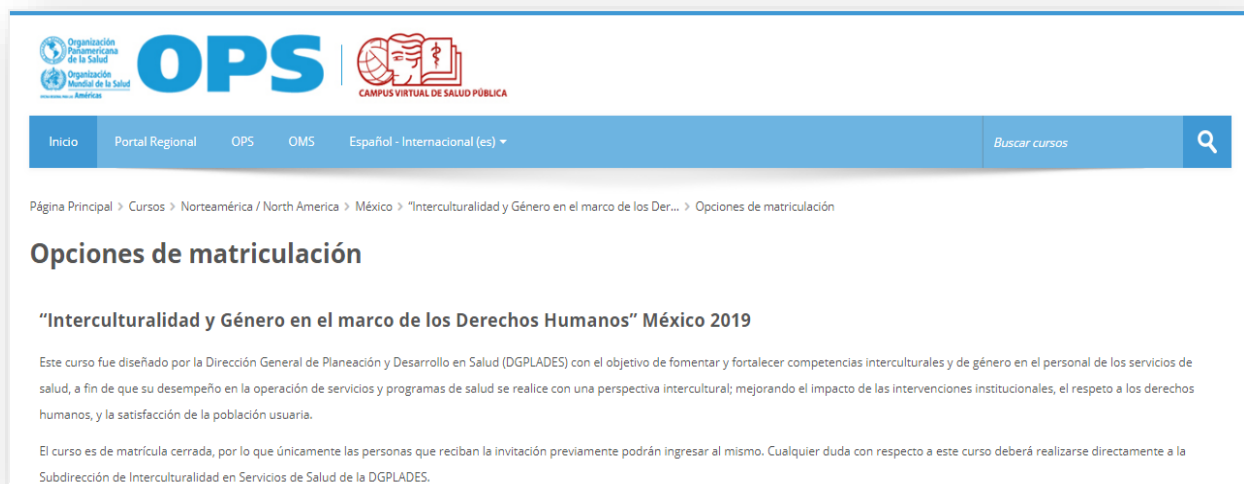
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29318/TallerInterculturalidad.pdf>

Curso en Línea (Portal de la Organización Panamericana de la Salud:

<https://cursospaises.campusvirtualesp.org/enrol/index.php?id=253>)

Servicios y unidades de salud culturalmente competentes:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>



The screenshot shows the OPS website interface. At the top, there are logos for the Organización Panamericana de la Salud and the Organización Mundial de la Salud. The main navigation bar includes links for Inicio, Portal Regional, OPS, OMS, and a language dropdown set to Español - Internacional (es). A search bar labeled 'Buscar cursos' is on the right. Below the navigation, a breadcrumb trail reads: 'Página Principal > Cursos > Norteamérica / North America > México > "Interculturalidad y Género en el marco de los Der..." > Opciones de matriculación'. The main heading is 'Opciones de matriculación'. The featured course is titled '"Interculturalidad y Género en el marco de los Derechos Humanos" México 2019'. The description states: 'Este curso fue diseñado por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) con el objetivo de fomentar y fortalecer competencias interculturales y de género en el personal de los servicios de salud, a fin de que su desempeño en la operación de servicios y programas de salud se realice con una perspectiva intercultural; mejorando el impacto de las intervenciones institucionales, el respeto a los derechos humanos, y la satisfacción de la población usuaria.' It also notes: 'El curso es de matrícula cerrada, por lo que únicamente las personas que reciban la invitación previamente podrán ingresar al mismo. Cualquier duda con respecto a este curso deberá realizarse directamente a la Subdirección de Interculturalidad en Servicios de Salud de la DGPLADES.'

## ESPACIOS ARQUITECTÓNICOS

Desde las propuestas para la planeación en salud, se elaboraron documentos con la inclusión de los espacios arquitectónicos para la inclusión de modelos de atención de las medicinas tradicional y complementaria, innovadoras respecto al modelo convencional de espacios de la salud.

Es común que el diseño de la infraestructura se realice sin considerar las expectativas u opinión de la población que hace uso de ellos, ni a los prestadores que laboran en los mismos. Para que el establecimiento se adecúe a las expectativas de ambos, es indispensable escuchar sus propuestas específicas para que el espacio sea más cómodo y funcional.

Para ellos es necesario en el diseño de las construcciones, conocer las características culturales de la población, los aspectos geográficos, sus ventajas objetivas y subjetivas respecto al clima y al confort. Asimismo, es oportuno investigar las características de los espacios, si existen, donde atienden los terapeutas tradicionales para la atención a la salud de la población de la región e identificar los elementos que conviene incorporar a los servicios para hacer más “amigable” y “familiar” la estancia del usuario y el prestador del servicio en las unidades de salud institucionales.

Es necesario escuchar la opinión y propuestas de los grupos de usuarios sobre el diseño del espacio, el aspecto, la funcionalidad, el mobiliario, la señalización, sala de espera, atención del parto, comedores, lugares para el hospedaje de familiares, el espacio ecuménico para la oración y la paz espiritual, la orientación y ubicación considerando los puntos cardinales y los sitios de significancia espiritual o simbólica importantes para la salud desde la cultura local (ejemplo, el uso de temascales, jardines de plantas medicinales).

**Saludable para la gente.** En el diseño de las unidades de Salud, hospitales, servicios, equipamiento e implementación de procedimientos, es necesario considerar elementos que disminuyan el riesgo y que aumenten las condiciones para fortalecer la salud, tanto de usuarios como de prestadores.

- a) **Seguridad y disminución del riesgo.** Es importante tomar en cuenta los últimos planteamientos y recomendaciones con respecto al manejo del riesgo y seguridad para hospitales que se manejan a nivel mundial, y además considerar las particularidades ergonómicas de la población local (ejemplo su estatura para la altura de cama y escalones), así como la percepción del riesgo que los usuarios y prestadores perciben.
- b) **Espacios seguros ante la posibilidad de desastres.** Muchas regiones del país se encuentran expuestas a la presentación de desastres ocasionados por la agudización de fenómenos naturales provocados por el cambio climático. Es necesario considerar la historia y proyecciones regionales y diseñar los espacios de manera que puedan enfrentar las situaciones que se puedan presentar en la región.

- c) **Espacios educativos para la promoción de la salud.** Es conveniente incorporar una o varias salas de usos múltiples para facilitar actividades educativas y de juegos, así como reuniones donde se facilite la participación comunitaria.
- d) **El Hospital o unidad de salud como un espacio para el fortalecimiento de la salud.** El hospital, además de ser convencionalmente un espacio para atender la enfermedad, debe ser un instrumento para favorecer la salud, tanto de los usuarios, prestadores y pacientes hospitalizados, como de la población que habita en los alrededores del mismo.

Para ello es necesario considerar espacios verdes, áreas donde se pueda enseñar a preparar comida saludable, realizar ejercicio físico saludable y manualidades. Así mismo, en regiones donde exista limitación de servicios públicos, se podría integrar servicios para beber agua potable y poder realizar la higiene personal.

Es importante incorporar espacios donde se puedan realizar actividades recreativas para toda la población.

Revisar los documentos: “Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud. Capítulo IV, Modelos de unidades para la atención de grupos vulnerables. 2. Módulo de atención con enfoque multicultural.

Visitar: Modelos de unidades médicas” pp. 191, 192 y 215:

chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dam.salud-oaxaca.gob.mx/normatividad/MODELO\_DE\_RECursos.pdf

**Planos arquitectónicos: Modelos de unidades con elementos Interculturales.**

[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/espacios\\_interculturales.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/espacios_interculturales.pdf)

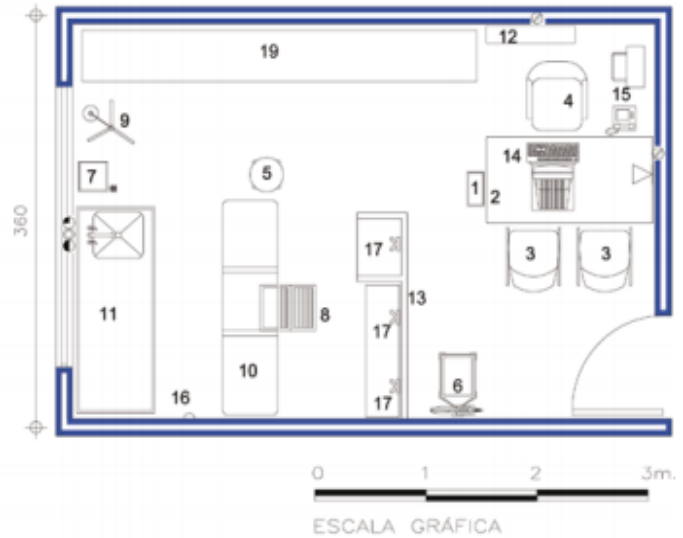
**Consultorio de Homeopatía.**

ESPACIOS BÁSICOS

**CONSULTORIO DE HOMEOPATÍA**

CRITERIO DE ACABADOS		Dimensionamiento
PISO:	Loseta vinílica y/o cerámica antiderrapante	Superficie construida: 19.44 m <sup>2</sup> (3.60 x 5.40) h plafón = 2.70 m / n. p. t.
MURO:	Pintura vinil – acrílica	
PLAFÓN:	Pintura vinil – acrílica	
ZOCLO:	De acuerdo a piso	

Clave	Descripción del mobiliario y/o equipo	Cant.
1	511.022.0232 Cesto para papeles	1
2	511.339.0347 Escritorio con pedestal derecho y lateral izquierdo	1
3	511.514.0101 Silla fija con asiento integral	2
4	511.836.0154 Silón giratorio oficina	1
5	513.108.0102 Banco giratorio	1
6	513.130.0054 Báscula con estadímetro	1
7	513.138.0056 Bote sanitario con pedal	1
8	513.352.0105 Escalerilla de 2 peldaños	1
9	513.567.0106 Lámpara de pie rodable	1
10	513.621.1306 Mesa para exploración universal	1
11	513.621.1975 Mesa de 180 cm con respaldo y fregadero derecho	1
12	513.634.0048 Negatoscopio doble de pared	1
13	s/c Módulo para vestidor	1
14	s/c Computadora	1
15	s/c Impresora	1
16	s/c Baumanómetro	1
17	s/c Gancho	3
18	Obra 025 Estuche de diagnósticos	1
19	Obra Anaqueil para duchos de 45 cm de ancho	1



INSTALACIONES			
	CONTACTO 127v. $t=40cm$		INTERCOMUNICACIÓN
	AGUA FRIA		
	DESAGUE		
	AGUA CALIENTE		
NOTA: TODOS LOS CONTACTOS SERÁN DUPLEX POLARIZADOS			



## Consultorio de Acupuntura

ESPACIOS BÁSICOS

CONSULTORIO DE ACUPUNTURA		
CRITERIO DE ACABADOS	Dimensionamiento	
PISO:	Loseta vinilica y/o cerámica antiderrapante	Superficie construida: 31.20 m <sup>2</sup> (4.875 x 6.40) h plafón = 2.70 m / n. p. t.
MURO:	Pintura vinil - acrílica	
PLAFÓN:	Pintura vinil - acrílica	
ZOCLO:	De acuerdo a piso	

Clave	Descripción del mobiliario y/o equipo	Cant.
1	511.022.0232 Cesto para papeles	1
2	511.339.0347 Escritorio con pedestal derecho y lateral izquierdo	1
3	511.514.0101 Silla fija con asiento integral	2
4	511.806.0154 Sillon giratorio oficinista	1
5	513.108.0102 Banco giratorio	1
6	513.130.0054 Báscula con estadímetro	1
7	513.138.0056 Bote sanitario con pedal	1
8	513.191.0159 Cama camilla	4
9	513.567.0106 Lámpara de pie rodable	1
10	513.621.1975 Mesa de 150 cm con respaldo y fregadero izquierdo	1
11	517.619.0058 Cortina antibacteriana	7
12	Obra 025 Gancho doble de pared	3
13	Obra 051 Vedidor con guarda integral	1

ESCALA GRÁFICA

INSTALACIONES	
AGUA FRÍA	INTERCOMUNICACIÓN
DESAGUE	
AGUA CALIENTE	

191

## Consultorio de Medicina Tradicional

ESPACIOS BÁSICOS

MEDICINA TRADICIONAL		
CRITERIO DE ACABADOS	Dimensionamiento	
PISO:	Loseta vinilica y/o cerámica antiderrapante	Superficie construida: 273.85 m <sup>2</sup>
MURO:	Pintura vinil - acrílica	<b>Observaciones</b>
PLAFÓN:	Losa aparente con pintura vinil - acrílica	El prototipo aplicará sistemas ecológicos como captación, transformación de energía solar y tratamiento de agua
ZOCLO:	De acuerdo a piso	

No.	Listado de componentes	Cantidad
1	Revisión y masajes	1
2	Tenazuel	1
3	Atención de embarazo y parto	1
4	Jardín botánico	1
5	Sala de espera	1
6	Biblioteca y coordinación	1
7	Sala de oración	1
8	Sanitario mujeres	1
9	Sanitario hombres	1
10	Farmacia	1
11	Almacén	1
12	Laboratorio para proceso de plantas medicinales	1

215

## **INTERRELACIÓN INTERCULTURAL CON DIFERENTES MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD**

### **INTERRELACIÓN CON LA MEDICINA Y PARTERÍA TRADICIONAL INDÍGENA:**

La medicina tradicional es la concreción de un cúmulo de saberes en torno a la salud y enfermedad que los pueblos indígenas de nuestro país han acopiando y organizando a lo largo de milenios. Esto es muy importante subrayarlo, porque algunas interpretaciones le restan su aporte respecto a la salud, dejando sólo su papel cultural.

Así se estructuró un sistema determinado y complejo de atención a la salud que configura un modelo causal propio muy elaborado; una nosología que pone el acento en el equilibrio corporal y en la fuerza vital de los individuos; procedimientos diagnósticos complejos que obedecen a la misma racionalidad; así como un conjunto amplio de procedimientos terapéuticos que pretenden la restauración del equilibrio perdido en la persona, así como con las fuerzas sociales, naturales y divinas en las que se mueve.

Como definición de la medicina tradicional, proponemos: un conjunto de sistemas de atención a la salud que tienen sus raíces en los conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia. Esto significa que cada pueblo indígena, cada etnia, tiene su propio sistema y que en Mesoamérica tiene muchas semejanzas con las demás, por lo que se puede hablar de un sistema médico tradicional mesoamericano.

Este sistema ha organizado propuestas coherentes para interpretar las relaciones de los grupos humanos en sus actividades cotidianas, en el ámbito del trabajo, la producción de sus satisfactores materiales, sus actividades sociales, religiosas y de salud.

Los puntos nodales que le dan racionalidad, sustento, cuerpo, relaciones e implicaciones son completamente diferentes a las del sistema médico occidental autodenominado "científico"; por ello, las intenciones de explicarlo o reducirlo, a través de este otro marco teórico-explicativo, producen deformaciones sustanciales que lo mutilan, lo muestran parcialmente volviéndolo incomprensible, restándole su coherencia propia, empañando sus aportes y riquezas como un sistema completo de salud.

La medicina tradicional junto con la lengua, la religiosidad y el territorio forman de una manera sincrética los componentes de la identidad cultural indígena.

La Medicina Tradicional Indígena tiene además los siguientes aportes terapéuticos:

- Aporte de la herbolaria tradicional con las propiedades medicinales de las plantas, adecuadas para el tipo de persona y de afección.
- Aporte fisiológico del masaje tradicional, a nivel musculoesquelético, circulatorio, sistémico y emocional.

- Aporte del temazcal para enfermedades de la piel, circulación, respiratorias y del sistema reproductivo.
- Aporte de estrategias tradicionales para problemas de la salud mental y emocional.
- Aportes técnicos y emocionales del modelo de partería tradicional.

A partir del reconocimiento e inclusión de la medicina tradicional en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Artículo 2º) como un derecho cultural de los pueblos indígenas y en la Ley General de Salud (artículos 6, 64 y 93) como uno de los Objetivos del Sistema Nacional de Salud, las acciones institucionales para la medicina tradicional indígena en el marco de la propuesta intercultural se han enfocado en dos estrategias generales: a) al fortalecimiento de los servicios de salud con la medicina tradicional y b) al fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional.

Para ello se cuenta con la *Guía de Implantación de Fortalecimiento de los Servicios de Salud con Medicina Tradicional*, donde se definen estrategias para la Interrelación de los Servicios de Salud con la Medicina Tradicional; la constitución de Redes Funcionales de Flujo Real de Servicios de Salud con Medicina Tradicional; los Hospitales y Unidades de Salud con Medicina Tradicional; los Módulos de Partería Tradicional y las Farmacias Verdes. El desarrollo de la medicina tradicional se realiza con la difusión del marco legal y normativo sobre la medicina tradicional y el reconocimiento a la medicina tradicional desde los servicios de salud. En este sentido es importante el impulso al modelo de sistematización que parte de los “Encuentros de enriquecimiento mutuo” denominado “modelo de auto-sistematización”. Se puede consultar en la página de la SSA:



<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional?state=published>.

Las acciones establecidas en favor de la medicina tradicional se han supeditado al apoyo institucional de los Secretarios Estatales de Salud y de las Políticas Federales. No se puede atender de la misma manera a la medicina tradicional Indígena, que a las otras medicinas complementarias. La cosmovisión del sistema médico tradicional indígena en México forma parte de la cultura y determina un sinnúmero de hábitos y prácticas. En este sentido,

la medicina tradicional no es sólo un conjunto de prácticas preventivas y terapéuticas, sino que forma parte de la identidad cultural, y se define desde el marco legal, como un derecho cultural.

### **INTERRELACIÓN CON LAS MEDICINAS COMPLEMENTARIAS (MODELOS CLÍNICO TERAPÉUTICOS Y DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD):**

Según la OMS, “los términos de medicina “alternativa”, “complementaria” (a veces también llamada “no convencional” o “paralela”) se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, y no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente<sup>16</sup>”. En México hemos acuñado el término de modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud, ya que no todos son clínicos y terapéuticos.

Por fortalecimiento de los servicios de salud con diferentes modelos clínico terapéuticos, nos referimos al tipo de relación que favorece la calidad de la atención para la población usuaria, en un contexto de seguridad y eficacia, a través del intercambio y enriquecimiento de manera respetuosa, horizontal y sinérgica, entre diferentes modelos de conocimiento, práctica médica y fortalecimiento de la salud.

Eso se encuentra desarrollado en la Guía de Implantación: Modelos Clínico Terapéuticos y de Fortalecimiento de la Salud. El objetivo es fortalecer los Servicios de todo el Sistema Nacional de Salud, con los aportes de diferentes modelos de atención a la salud.

Así mismo, coadyuvar, desde los recursos y potencialidades de los Servicios de Salud, al fortalecimiento, desarrollo y conocimiento de los modelos clínico terapéuticos que se encuentran reconocidos por el marco legal. Este documento pretende evidenciar los aportes que diferentes modelos clínico terapéuticos tienen en la salud y facilitar su incorporación por los servicios del Sistema Nacional de Salud. Todo con el fin de proporcionar la mejor atención para la población, reducir efectos indeseables de la atención médica, aumentar la eficacia terapéutica y disminuir costos.



<sup>16</sup> Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. EDM/TRM, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002



Presenta los fundamentos teórico conceptual del presente modelo, señalando el contexto actual nacional e internacional, el marco legal en México, los fundamentos científicos, los principios y el objetivo del presente modelo. También describe los procesos operativos que se requieren, para incorporar los servicios con los modelos clínico terapéuticos que se encuentran reconocidos en el marco legal, referentes a la institucionalización de los mismos, la difusión de los aportes y evidencias, la contratación del personal referente a estas terapéuticas, la adquisición de insumos, los espacios específicos, y el equipamiento.

Además, presenta la propuesta del modelo integrativo de atención a la salud, describiendo los aportes que diferentes modelos clínico terapéuticos pueden ofrecer trabajando de manera sinérgica; el papel de diferentes elementos para el fortalecimiento de la salud, con “comida, ejercicio y buen humor”; así como algunos aportes específicos para la atención a la salud a nivel general, en la consulta especializada y en algunos problemas importantes de salud pública en nuestro país.

Se puede consultar en la página de la SSA: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicinas-complementarias?state=published>. O en la página de la SSA: Medicina Tradicional DGPLADES.

En este momento los modelos clínico terapéuticos considerados en el marco legal son la homeopatía, la acupuntura, la herbolaria y recientemente se considera la quiropráctica. Los tres primeros son descritos con detalle en la Guía de Implantación referida, y los 4 tienen guías de enseñanza y evaluación en la página de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS).



Estos modelos clínico-terapéuticos son un aporte para la política de medicinas para todos, dado que se reduce el costo y se aumenta la oferta de servicios.

## MODELO DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD CON LA TRIADA: “COMIDA EJERCICIO Y BUEN HUMOR”

Esta propuesta se desprende de los modelos clínico terapéuticos y pretende posicionarse en el paradigma de la salud, desde su fortalecimiento, más que en el combate o en la prevención de la enfermedad. De esta manera estamos enfatizando la necesidad de hacer un cambio en los paradigmas:

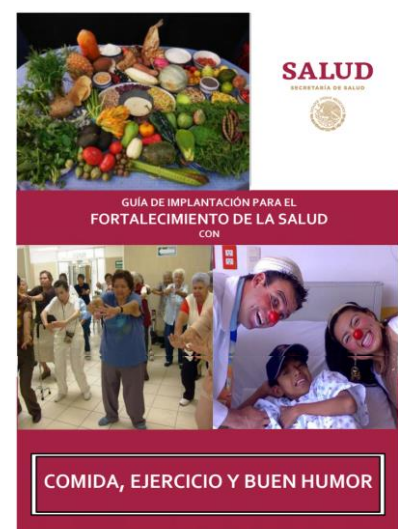
- De la atención del cuerpo, a la atención de la persona (cuerpo, mente, espíritu).
- Y de la atención de la enfermedad al fortalecimiento de la salud.

El origen de la dualidad entre la atención a la salud y a la enfermedad proviene desde la época clásica en Grecia.

- De *Higea*, hija de Apolo, proviene la palabra higiene. Sus seguidores consideraban a la salud “el atributo positivo al cual los seres humanos tienen derecho si gobiernan sus vidas sabiamente”. “La función más importante de la medicina era la de descubrir y enseñar las leyes naturales que asegurarán a hombres y mujeres la salud de la mente y el cuerpo”. De allí proviene el paradigma de la salud.
- El culto a *Panacea*, hermana de *Higea*, proclamaba que “el papel del médico es tratar enfermedades, restaurar la salud y corregir toda imperfección causada por los accidentes del nacimiento o la vida”.

La OMS señala que “*la gran mayoría de los casos de enfermedades crónicas se deben a un pequeño número de factores de riesgo conocidos y prevenibles. Tres de los más importantes son una dieta malsana, la inactividad física y el consumo de tabaco*”<sup>17</sup>.

La propuesta integrativa con acento en el fortalecimiento de la salud, pretende modificar los paradigmas de abordaje de esta enfermedad, por lo que consideramos incorporar herramientas de la salud pública, antropología, sociología, psicología, pedagogía, ciencias de la comunicación y diferentes modelos médicos, en una visión integral y multidisciplinaria. Le llamamos: fortalecimiento de la salud con la triada “Comida, ejercicio y Buen Humor”. El documento se puede encontrar en la página: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicinas-complementarias-313623>



<sup>17</sup> <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr47/es/>

## **1. La Comida**

Se propone combatir la desinformación que la población tiene con respecto a la alimentación, sus características ideales y el valor nutricional de los alimentos.

La situación es polémica, primero porque existe una enorme influencia publicitaria establecida por las compañías de alimentos y productos altamente procesados y, en segundo lugar, porque existen múltiples aproximaciones para analizar el tema.

El modelo de alimentación convencional que se promueve desde las instituciones basadas en la cultura occidental, define desde su paradigma de la salud, su sustento en un paradigma bioquímico respecto de los tipos de nutrientes que requiere nuestro organismo diariamente (proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas y minerales). Por su planteamiento general, este modelo permite el consumo de gran cantidad de carne, harinas refinadas, azúcares, huevos, lácteos, muchos alimentos cocidos, pocas frutas y hortalizas, pocas semillas oleaginosas y poco consumo de agua. Este modelo, para la prevención y atención de enfermedades como la obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares, se sustenta en la reducción de la ingesta calórica a base de carbohidratos en general y grasas.

Es necesario en primer lugar, considerar la vinculación entre alimentación y cultura, que tiene diversas expresiones a nivel regional, respecto a los significados de la alimentación y cómo se realiza, influyendo de manera importante en la aceptación o rechazo a los alimentos.

El segundo, el grado de desinformación que la población tiene con respecto a la alimentación, las características ideales de una dieta nutritiva y saludable, el valor nutricional de los alimentos y la consecuencia de una mala alimentación.

El tercero es el entorno o ambiente obesogénico a nivel social, conformado por los hábitos adquiridos en el ambiente familiar, la constante exposición a la publicidad comercial, con una presión muy fuerte en contra de los propósitos personales.

El cuarto es la adicción a los alimentos; fenómeno estudiado desde las reacciones corporales a sustancias químicas de ciertos alimentos, así como a algunos factores emocionales, como es la identificación de la comida con elementos afectivos. En el primer caso, es importante comprender que puede estar conformada por varias adicciones que se suman: adicción a alimentos con azúcar, a la carne, a las grasas y a alimentos industrializados específicos. Estas adicciones son deseadas y promovidas por la industria alimenticia, tanto por medio de la publicidad, como con la incorporación de azúcar y aditivos químicos a los alimentos.

El no tomar en cuenta estos elementos, e insistir en la voluntad individual, con alimentos con los que la gente no se identifica, genera culpas y frustraciones que afectan la

autoestima y que favorecen que se continúe igual, con una baja adherencia a las indicaciones médicas, nutriólogicas y de actividades y mensajes de promoción de la salud.

**“La Dieta de la Milpa. Modelo de alimentación mesoamericana saludable y culturalmente pertinente”**

En los últimos 35 años experimentamos cambios acelerados a nuestra cultura alimentaria con severas consecuencias. En el año 2016, la SSA emitió una declaratoria de emergencia epidemiológica, ante el crecimiento alarmante de los casos de diabetes. Recientemente la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 publicó datos que muestran que la obesidad creció de manera significativa de 2012 a 2018. Hoy 8 de cada 10 mexicanos adultos son obesos y 1 de cada 10, diabéticos. Esto evidencia que lo que estamos realizando para prevenir este problema, no ha dado el resultado esperado.

Por ello es necesario considerar la vinculación entre alimentación y cultura; el grado de desinformación que la población tiene con respecto a la alimentación; el entorno obesogénico, y la adicción a los alimentos.

Por esta razón, e inspirados en el impacto a la salud de la dieta mediterránea (que se desarrolló desde premisas regionales, históricas y culturales, y no biomédicas), se promueve un modelo de alimentación sustentado en los sabores y saberes de nuestra población mexicana, que prioriza los alimentos de origen mesoamericano (fruto de una enorme biodiversidad), la cultura gastronómica regional y la producción local; combinando los alimentos de manera nutritiva y saludable, de acuerdo a las evidencias científicas.

**Dieta de la Milpa**  
Saludable para la gente y amable con el ambiente



Modelo de alimentación regional saludable, culturalmente apropiada **nutritiva, suficiente y de calidad**

El nombre de “la Dieta de la Milpa”, se refiere al reconocimiento de la importancia que tienen alimentos que forman parte de nuestra identidad nacional como el maíz, el frijol, el chile y la calabaza (que forman el eje sustancial de la milpa), y de otros como el amaranto, los quelites regionales y demás alimentos de origen mesoamericano que se consumen en México, junto con aquellos de origen externo adoptados por la cocina mexicana.

Es nacional, pero tiene su especificidad y adaptación a cada región, reconociendo sus productos y saberes. Con ello pretendemos impactar en el estado de nutrición, tanto de personas sanas, como de personas con

enfermedades donde la alimentación tiene un papel trascendental.

El modelo de la dieta de la milpa, que reconoce la importancia de la leche materna, las proporciones planteadas por el informe EAT-Lancet, así como las recomendaciones del IMSS, en el que las verduras y frutas se colocan en la parte superior. Las imágenes de los alimentos y los términos para medir las cantidades pueden modificarse en cada región del país.

La Dieta de la Milpa se nutre de la tradición y de la ciencia, y tiene como beneficios, el balance de proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales, en las cantidades que requiere el cuerpo, privilegiando el consumo de verduras, cereales como el maíz y amaranto, leguminosas y frutas con alto contenido de antioxidantes y fibra, lo cual reduce el riesgo a enfermedades crónico degenerativas y cardiovasculares. Es saludable también para el “planeta”, al reducir de manera importante la proteína animal, sobre todo las “carnes rojas”<sup>18</sup>. Éstas se pueden consumir en poca cantidad y frecuencia acompañadas de muchas verduras. También se recomienda el consumo de huevo, requesón, pescado, aves e insectos, todo en cantidades específicas. Todo ello se explica en nuestra imagen gráfica, que reconoce también la importancia de la lactancia materna.

### **Metodología de implementación**

La metodología que construimos y promovemos, la basamos en herramientas interculturales. Tanto en actividades clínicas, como con grupos de personas (sanas, en riesgo o enfermas), se fomenta que expresen su problemática familiar-alimenticia y opinión respecto a los alimentos saludables y dañinos desde su experiencia y visión; con estas reflexiones, se construye una propuesta de alimentación y se comparten alimentos elaborados en el grupo, que parten de los principios definidos con base en los elementos de la dieta de la milpa.

Para contrarrestar el efecto de los ambientes obesogénicos (familiares y sociales) y las adicciones a ciertos alimentos, proponemos la conformación de grupos de apoyo, con reuniones frecuentes donde expresen los problemas prácticos para implementar el modelo, resolver dudas, resaltar los logros, construir soluciones de manera colectiva, brindar información, compartir recetas e involucrar a la familia.

---

<sup>18</sup> Informe de la Comisión EAT-Lancet, titulado: Willett W Rockström J Loken B et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. Lancet. 2019. Resumen: [https://eatforum.org/content/uploads/2019/01/Report\\_Summary\\_Spanish-1.pdf](https://eatforum.org/content/uploads/2019/01/Report_Summary_Spanish-1.pdf)

Como estrategias que fortalecen a estos grupos de la dieta de la milpa, están:

- Volcarse hacia afuera y organizar actividades para promover la dieta de la milpa, con la comunidad o grupos de familiares. Así adquieren razón de ser y sentido, se fortalecen como grupo, se visualizan en la comunidad y adquieren liderazgo.
- Promover un espacio de acción, con la organización de actividades de siembra de alimentos en las propias casas, en patios, azoteas y en espacios comunitarios, como el centro de salud si tiene espacio, allí se puede sembrar una milpa y hortalizas.
- Realización de actividad física saludable en común. Una de las que proponemos es el Qi Gong (práctica de ejercicios de movimiento basado en la cultura china) o el baile. Eso dinamiza al grupo y les da otra razón para reunirse y socializar. Es importante encontrar un lugar adecuado para ello.

En este momento de crisis alimentaria nacional, nos interesa aportar desde una mirada diferente, que retoma nuestra historia y la ciencia, considerando a la gente como sujetos, desde su propia diversidad y particularidad emotivo-cultural y no como objeto de nuestras estrategias clínicas y promocionales.

Se puede consultar en la página de la SSA, junto con otros materiales de la Dieta de la Milpa: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional-y-desarrollo-intercultural>. O en la página de la SSA: Medicina Tradicional DGPLADES.

## **2. Ejercicio Saludable**

El ejercicio siempre es positivo en personas adulto mayores, obesas, prediabéticas y con algunas enfermedades crónicas. Está comprobado que las personas sedentarias de más de 60 años, que participan en un programa regular de ejercicios físicos, tienen mejor rendimiento cardíaco y la sangre alcanza niveles de lípidos saludables.

El ejercicio mejora la circulación sanguínea y consume el exceso de calorías ingeridas en la dieta. Mejora el metabolismo de la glucosa, ayudando a controlar los niveles de azúcar en sangre. El ejercicio ayuda a producir las células del músculo para sustituir la grasa almacenada en el cuerpo: el músculo utiliza más azúcar, se queman calorías y se pierde peso. Si a esto se le suma una dieta saludable y específica, el efecto del ejercicio es más notable.

Pero no toda la actividad física es saludable:

- Ejercicios extenuantes enfocados en competir o exhibiciones, que pueden lastimar a infantes y excluir a otros. Se pierde el desarrollo y la diversión, y se vuelve en actividad muy estresante.

- Deportes competitivos de alto impacto y alto rendimiento que generan mucho estrés, excluyen a personas con menos actitudes y favorecen las lesiones físicas.
- Actividades físicas que pueden lastimar articulaciones, sobrecargar al corazón y afectar la funcionalidad del suelo pélvico.

La actividad física saludable:

- Es lúdica y no competitiva, por lo que no genera estrés.
- Toma en cuenta la situación particular de cada individuo (edad, peso, condición física), para no sobrecargar el sistema cardio-respiratorio, las articulaciones y el piso pélvico.
- Favorece la condición física, el desarrollo corporal y la coordinación psico-motriz.
- Es segura en general, sin riesgos innecesarios.
- Es inclusiva.

Ejemplos: ciclismo, biodanza, baile, yoga, Qi gong, natación, gimnasia, trote o caminata enérgica.

Para personas con edad avanzada, obesidad, diabetes y enfermedades cardíacas, el ejercicio que comúnmente se practica puede ser contraproducente al sobrecargar demasiado al corazón y a las articulaciones. Además, la mayoría de los deportes son de competencia generando estrés extra. Por esa razón se requiere para estas personas, de ejercicios especiales no estresantes y que no exijan demasiado al sistema cardiovascular y músculo esquelético. Es donde entran los ejercicios saludables como el *Qi Gong* y el Yoga. Estas disciplinas desarrolladas, en oriente desde hace miles de años, no son realmente una gimnasia, ni un deporte. No se pueden clasificar según las normas establecidas.



El *Qi Gong* (se pronuncia chi cum) está inscrito en la cosmovisión de la medicina tradicional china. Pretende cultivar la energía vital a través del movimiento, respiración y concentración. Se realiza en estado de serenidad y apertura. El movimiento, la relajación y la tensión muscular de manera continua y alterna, sin necesidad de esfuerzos musculares y cardíacos intensos, tienen como meta el estimular la producción de energía (*Qi*) y de hacerla circular dentro de los canales o meridianos.

La respiración se sincroniza con el movimiento, se profundiza y lentifica, con lo que se pretende regular el flujo de energía en todo el cuerpo, concentrar la energía en el interior, exteriorizar su flujo y favorecer el sosiego del espíritu. La concentración, intención, visualización y conciencia de movimiento, tienen por objetivo aumentar la circulación de energía y sangre, y dirigir su flujo mentalmente.

El *Qi Gong* cuenta con ejercicios dirigidos a producir efectos terapéuticos sobre órganos, funciones, emociones y canales específicos de acupuntura.

A nivel preventivo se refiere que el *Qi Gong* coadyuva a evitar el desarrollo de diversas enfermedades en sujetos susceptibles, brindando un ejercicio suave, que favorece la circulación sanguínea, desarrolla la concentración y combate la ansiedad y tensión nerviosa, ayudando además a la reducción de peso.

El ejercicio siempre es positivo en personas obesas y prediabéticas. Mejora la circulación sanguínea y consume el exceso de calorías ingeridas en la dieta. Mejora el metabolismo de la glucosa, ayudando a controlar los niveles de azúcar de sangre. El ejercicio ayuda a producir las células del músculo para sustituir la grasa almacenada en el cuerpo: el músculo utiliza más azúcar, se queman calorías y se pierde peso. Si a esto se le suma una dieta saludable y específica, el efecto del ejercicio es más notable.

Existen técnicas específicas de *Qi Gong* para fortalecer los diferentes órganos del cuerpo, así como los canales de energía que los alimentan. La Medicina Tradicional China señala que la situación emocional y la tensión nerviosa, son factores predisponentes en diversas enfermedades, lo cual debilita o estanca el flujo de energía, propiciándolas.

Se recomienda practicar el *Qi Gong* por lo menos 3 veces por semana, si es diario mucho mejor. Se puede combinar con acupuntura preventiva.



El Qi Gong cuenta con ejercicios específicos para regular la energía de diferentes órganos. Se puede combinar con acupuntura y homeopatía, y realizarse junto con la aplicación de los medicamentos indicados por el médico.

A nivel curativo se refiere, que el *Qi Gong* coadyuva a la regulación del metabolismo<sup>19, 20, 21, 22</sup>. Puede generar mejor respuesta a los medicamentos y la disminución de su dosis.<sup>23</sup>

Es reconocido que el ejercicio puede ser un método eficaz, autorregulador para manejar diversas enfermedades<sup>24</sup>. El ejercitar regularmente el *Qi Gong*, ayuda a quemar calorías y mantener el peso de manera suave. Además, la respiración, relajación<sup>25</sup> y concentración disminuyen la tensión nerviosa y reactivan el equilibrio metabólico, con lo cual se mejora la respuesta a los medicamentos. Si se añade un plan de alimentación específico, se puede aumentar el impacto de beneficio a la salud.

### 3. Buen Humor

En los últimos 30 años, el avance de la inmunología, dio pie para el desarrollo de una especialidad denominada psico-neuro-endocrino-inmunología<sup>26</sup>, que abrió las puertas a lo que se puede considerar el inicio de un nuevo paradigma integracionista o sistémico de las ciencias médicas y de la salud. Se consideraba por la medicina clásica en algunos acercamientos al estudio del tema, que los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino eran sistemas cerrados sin interacciones entre ellos. Bajo esta nueva perspectiva, se sabe ahora que estos sistemas se encuentran íntimamente ligados, formando en la realidad, subsistemas de un sistema general más amplio.

Lo anterior aportó nuevos argumentos para incluir, en la definición y estudio de la enfermedad, lo mental y las emociones. Se demostró que éstas pueden afectar positiva o negativamente el funcionamiento de los sistemas inmunológico y endocrino, influyendo,

---

<sup>19</sup> Liu X, Miller YD, Burton NW, Chang JH, Brown WJ. Qi-gong mind-body therapy and diabetes control a randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2011 Aug;41(2):152-8.

<sup>20</sup> Xin Liu, Yvette D Miller, Nicola W Burton, Wendy J Brown. A preliminary study of the effects of Tai Chi and Qigong medical exercise on indicators of metabolic syndrome, glycaemic control, health related quality of life, and psychological health in adults with elevated blood glucose. *Br J Sports Med.* 2008 Oct 16;: 18927159 Cit:2.

<sup>21</sup> Joel G Anderson, Ann Gill Taylor. The metabolic syndrome and mind-body therapies: a systematic review. Center for the Study of Complementary and Alternative Therapies, University of Virginia School of Nursing, P.O. Box 800782, Charlottesville, VA 22908-0782, USA. *J Nutr Metab.* 2011 ;2011 :276419 21773016.

<sup>22</sup> Guan-Cheng Sun, Jennifer C. Lovejoy, Sara Gillham, Amy Putiri, Masa Sasagawa, Ryan Bradley. Effects of Qigong on Glucose Control in Type 2 Diabetes. A randomized controlled pilot study. *Diabetes Care*, Volume 33, Number 1, January 2010.

<sup>23</sup> Experiencia de la Inst. Nora Nakamura Reyes. Instructora de Qi Gong en el IMSS de Morelia, Michoacán.

<sup>24</sup> University of Iowa Healthcare Hospitals & Clinics, "Diabetes and Exercise", <http://www.uihealthcare.com/topics/diabetes/diabetesandexercise.html>.

<sup>25</sup> American Diabetes Association, "The Effect of Qi-Gong Relaxation Exercise on the Control of Type 2 Diabetes Mellitus" (*Diabetes Care* 25:241-242, 2002 American Diabetes Association, Inc.)

<sup>26</sup> *Psychoneuro-immunology. An Interdisciplinary Introduction.* Edited by Manfred Schedlowsky and Uwe Tewes. Kluwer Academic / Plenum Publishers. USA. 1999.

entre otras, en la respuesta inmune ante enfermedades infecciosas y el cáncer<sup>27</sup>, y el funcionamiento endócrino frente a enfermedades crónicas.

Bajo esta perspectiva, los regañones y actitudes emocionales negativas del personal de salud, pueden contribuir a respuestas pobres de nuestro cuerpo a los medicamentos y a que la enfermedad, pueda tener un desenlace fatal. En cambio, el procurar y formar actitudes distintas en el personal de salud, que estimulen positivamente el estado emocional del paciente de manera intencionada y con ello, el fortalecimiento del sistema inmunológico, puede tener un impacto importante en el restablecimiento de su salud.

Se propone la constitución de Hospitales y Unidades de Salud Amigables, con Modificación de espacios, uniformes y procedimientos, en los que se pretenda incidir directamente en el estado emocional de manera positiva. Incluye la selección y la capacitación del personal en técnicas para incidir de manera directa en el estado emocional, para aumentar el impacto de las acciones preventivas y terapéuticas.



En la atención de los servicios de salud a grupos de usuarios específicos, debido al enorme papel que juegan el estado emocional de personas con enfermedades crónicas, adicciones y en el adulto mayor, se considera importante considerar actividades diagnósticas específicas de su situación emocional – mental, así como intervenciones que identifiquen sus gustos y preferencias, promoviendo la conformación de grupos y actividades en torno a esas preferencias vitalizadoras.

Es importante tratar al usuario y paciente como sujeto, otorgándole capacidad en toma de decisiones relativas al funcionamiento y caracterización de los grupos y actividades, donde es importante que se pueda volver promotor de salud de la problemática que vive. Es fundamental también, combatir el aislamiento social, procurando la realización de actividades que otorguen sentido.

---

<sup>27</sup> McDonald Green, Mary O'Connell M, Lutgendorf S. Psychoneuroimmunology and cáncer: A decade of discovery, paradigm shifts, and methodological innovations. *Brain Behav Immun.* 2013 Mar; 30(0): S1–S9. Published online 2013 Jan 16. doi: 10.1016/j.bbi.2013.01.003 National Library of Medicine. National Institutes of Health. PMID: PMC3907949. NIHMSID: NIHMS464464. En la pag: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3907949/>

Ahora se sabe también que el diseño y colores de los espacios y uniformes del personal de salud, también afecta las emociones de los pacientes, especialmente los niños, por lo que es importante considerar también esos elementos en los servicios de salud amigables.

El fortalecimiento de los Servicios de Salud con diferentes modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud en nuestro país, es una oportunidad única, para otorgar servicios con pertinencia y competencia cultural, en los cuales se reduzca el costo de atención de manera significativa, así como los efectos indeseables de algunas terapéuticas medicamentosas.



Es una oportunidad también para que nuestro personal de salud se enriquezca con nuevos conocimientos y prácticas, que pueda fortalecer su identidad nacional y que avance en elementos de trato digno y humanizado, y es un medio fundamental para el fortalecimiento y desarrollo de nuestra medicina nacional.

El modelo de fortalecimiento de la Salud basado en “comida, ejercicio y buen humor”, es una contribución importante al bienestar de la población desde el paradigma de la Salud. Los tres componentes juntos, tienen un impacto importante en el buen estado del sistema inmunológico, importante para la respuesta individual ante enfermedades como el “Coronavirus”.

## **MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO CON ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO.**

*Nos gusta el parto en el hospital, porque es limpio y si se atora el niño, pues ahí lo sacan. Pero también nos gusta el parto con la partera porque nos habla bonito, nos da nuestro masaje en la cintura para que se nos caliente la cadera y no nos duela, nos deja que tengamos el parto sentadas o en cuclillas y así podemos respirar mejor y el parto es más rápido, nos da nuestras "apretadas" después del parto para cerrar la cadera y que no se nos caiga la matriz y vejiga, y nuestros baños de vapor para limpiarnos y no quedar crudas. ¿Qué no podríamos tener las dos cosas juntas?*

Mujeres Indígenas de la Sierra de Zongolica, Ver. 2002

El modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro, se elaboró en conjunto con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en el año 2007.

Desde esa fecha se definieron y elaboraron sus componentes y equipamiento para facilitar su implementación, con el apoyo del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC), considerando que su ejercicio y practica institucional por las restricciones normativas, se realiza principalmente por médicos obstetras, aun cuando la esencia del modelo deviene de las prácticas de las parteras indígenas.

En el año 2009 inició su proceso de implementación, mediante talleres teórico prácticos y en 2012 tomó su nombre definitivo establecido entre la DGPLADES y el CNEGSR, habiendo escuchado la opinión de diferentes grupos de mujeres.

Se incorporaron 4 indicadores en el Sistema de Información en Salud, para facilitar su monitoreo a nivel institucional En 2017, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, emitió la Recomendación 31/2017 sobre violencia obstétrica.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: ENFOQUE HUMANIZADO INTERCULTURAL Y SEGURO**

- Respeto, empatía y competencias interculturales.**
- Evitar procedimientos rutinarios, de acuerdo a las evidencias científicas.**
- Atención con médicos/as, enfermeras obstetras, parteras profesionales y parteras tradicionales.**
- Respeto, empatía y competencias interculturales.**
- En su centro tiene a la Mujer como sujeto y protagonista de la atención**
- Acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto y apego piel a piel inmediato al nacimiento.**
- Comodidad y disminución del dolor con estrategias desmedicalizadas.**
- Condiciones para que la mujer pueda deambular, cambiar de posición, tomar líquidos, decidir el acompañamiento y atenderse en posiciones verticales.**

**Para mayor información consultar:**  
Guía de implantación: Modelo de Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. DGPLADES, Secretaría de Salud.  
Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo.

Sustentado en el marco normativo vigente, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las evidencias científicas, la perspectiva de género, el enfoque intercultural y los derechos humanos.

En la cual señala textualmente en su tercera recomendación específica: “Que se implemente el “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro” de la Secretaría de Salud, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la disminución de la morbilidad materno-infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género.”

Este modelo que ya se ha implantado en más de 70 Unidades de Salud de 19 estados del país; representa una aplicación de los enfoques de interculturalidad, género y derechos humanos, logrando establecer una sinergia profunda entre la medicina científica y la medicina tradicional. Responde a demandas de grupos de mujeres, a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a las recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017), a las evidencias científicas, a la perspectiva de género y la normatividad vigente.

Postula tres elementos esenciales para la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio:

**Enfoque humanizado.** Parte de comprender que las mujeres deben de ser la protagonista de su embarazo, parto y puerperio, tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quien parir, con el objetivo de vivir la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana.

**Enfoque intercultural.** Pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud, reconociendo las demandas y expectativas de las mujeres y los aportes en la atención del parto con los elementos de la partería tradicional indígena y otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud, en los aspectos técnicos y los procesos de comunicación e interacción con las mujeres en su atención promoviendo su humanización.

**Enfoque seguro.** Parte de reconocer a las mujeres como sujeto del derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, y porque además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, promueve también que estas se lleven a cabo en espacios confortables, con lo mejor de la atención desmedicalizada, pero en condiciones de seguridad en coordinación y contigüidad con espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora.



Con respecto al segundo nivel incluye todas las competencias, condiciones y acuerdos interinstitucionales, para poder identificar, atender y resolver de manera oportuna las complicaciones y emergencias obstétricas.

Como elementos esenciales de esta interacción intercultural, además de los elementos de la OMS, sobresalen:

- Acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto.
- Participación de un acompañante si la usuaria lo demanda.
- Posiciones verticales en el periodo expulsivo.
- Contacto piel a piel madre – hijo.

- Amamantamiento inmediato del recién nacido.
- Uso de masajes durante el trabajo de parto.
- Estrategias desmedicalizadas de manejo del dolor.
- Respeto a la cultura y decisiones de la mujer usuaria.
- Intercambio y enriquecimiento entre diversos modelos de atención.
- Atención por parteras tradicionales y personal no médico, si la usuaria lo solicita, en condiciones de seguridad y eficacia.
- Des medicalización en la medida de lo posible.
- Evitar el abuso en la utilización de la tecnología.

Y, sobre todo el respeto a las mujeres con respecto a la toma de decisiones.

Se cuenta con la Guía de Implantación en Salud y con un modelo de capacitación con una metodología pedagógica.

Se puede encontrar el modelo de implementación en la página: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/interculturalidad-en-salud-227162?state=published>.

## **SERVICIOS, UNIDADES DE SALUD Y HOSPITALES INTERCULTURALES**

Con el objetivo de Identificar y fortalecer con apoyo institucional las transformaciones necesarias en los servicios hacia un modelo de salud intercultural, a las unidades de salud y hospitales que han incorporado modelos de atención con pertinencia cultural y que, además, han logrado la sensibilización del personal de salud, se propone fortalecerlas y promover los apoyos necesarios para el desarrollo del modelo, bajo la denominación de unidades y hospitales “Interculturales”.

### **¿Qué es una unidad de Salud Intercultural?**

Son unidades de salud (centros de salud, Centros de Salud con Servicios Ampliados, unidades móviles, hospitales obstétricos, Generales o de especialidades), que ofertan servicios de salud relacionados con las medicinas tradicionales y complementarias y modelos de atención con pertinencia cultural. Las unidades interculturales operan generalmente en regiones Indígenas, aunque también, se pueden ser unidades y hospitales “interculturales” establecidos en regiones urbanas. Se vinculan en Redes de Servicios que integran de manera innovadora, acciones de coordinación con las redes comunitarias.

Su personal directivo y operativo está capacitado en interculturalidad, participa en la transformación de sus servicios, fortalecidos con la apertura hacia una visión amplia de la salud preventiva y curativa, con personal profesional con competencias que promueven el respeto a la diversidad cultural, los Derechos Humanos y de género y servicios inclusivos e incluyentes de otros modelos de atención.

Como resultado de la difusión de las acciones de capacitación/sensibilización intercultural y de la difusión de los modelos y lineamientos interculturales en diferentes entidades del país, se ha implantado en forma diferenciada en cada contexto regional, la “interculturalidad” incidiendo también con propuestas desde la valoración de la cultura en los procesos de prevención y promoción de la salud y de la alimentación y nutrición, como la promoción de “la dieta de la Milpa” o “modelo de alimentación saludable y culturalmente pertinente” además de las diferentes prácticas de las denominadas medicinas complementarias que amplían estas acciones sustentadas en el marco legal.

Han logrado el posicionamiento de estos modelos y servicios por las siguientes razones: Los servicios a) son resolutivos, b) tienen gran aceptabilidad social, c) son innovadores e) promueven la autonomía en la salud y el ejercicio de los derechos humanos.

A fines de 2019, DGPLADES solicitó a los Servicios Estatales de Salud informaran cuáles unidades de salud en su entidad podrían ser identificados como “interculturales”, considerando que han realizado ya la implementación de varios de los modelos propuestos en diferentes entidades del país. De su respuesta, se ubicaron a 35 Unidades de salud que consideran pueden ser denominados así, de los Estados de México, Chiapas, Oaxaca, Durango y Querétaro que cumplen con los criterios establecidos para ello<sup>28</sup>, por lo que se trabaja ya en su apuntalamiento y apoyo.

Esta propuesta, puede ser un indicador de la implementación concreta de la interculturalidad. Puede fortalecer la atención a la población con medicinas más amables, preventivas y resolutivas también, al vincularlas con las redes comunitarias, donde existe y se practica la medicina tradicional y donde existen mecanismos solidarios para la atención de las demandas de la población. Su implementación requiere, apertura, interés en atender las necesidades de salud establecidos acciones integrales a vinculación con la población, donde la salud se deberá entender no sólo con los servicios de carácter curativos, sino con la comprensión de que salud es un bien social, comunitario, patrimonial. La interculturalidad existe mediante el dialogo entre los sistemas de salud basados en las necesidades de la gente, donde la gente identifica desde su visión y con su participación, sus problemas de salud, pero así también, las propuestas y posibilidades de resolución.

---

<sup>28</sup> Personal sensibilizado en interculturalidad, oferta de servicios o interrelación con la medicina tradicional y complementarias, servicios de atención humanizada e intercultural del parto, vinculación en redes de servicios social y comunitaria.



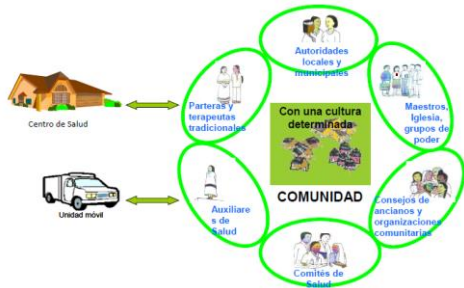
Las unidades interculturales se podrán implementar, para atender las demandas de atención de servicios de salud en los proyectos especiales (Corredor Transístmico, Aeropuerto de Santa Lucia p ej.). Donde habrá que construir, remodelar, ampliar los servicios, pero donde se podrán establecer los cambios de fondo en la infraestructura, equipamiento y la formación del personal de las unidades que se asumen como interculturales, como ejemplo de vocación de servicio y de una propuesta que parte de “abajo hacia arriba” en relación a las demandas de la población.

### **Componentes que definen a las Unidades, Hospitales y Servicios Interculturales:**

- Sensibilización/Capacitación Intercultural al 90% del personal (Directivo y operativo).
- La Unidad de Salud oferta de servicios de medicinas complementarias sustentadas en el marco legal (Medicina Tradicional Indígena, Terapéutica Homeopática, Acupuntura, Farmacia de Herbolaria Medicinal, entre otras)
- La Unidad de Salud establece un programa de vinculación social y comunitaria (Realización de Ferias de la Salud).
- La Unidad de Salud realiza adecuaciones en el marco operativo, como la contratación de terapeutas tradicionales y parteras, profesionales de medicinas complementarias, contratación de intérpretes traductores.
- Se ofertan servicios de Atención Humanizada e Intercultural del parto.
- Se promueven adecuaciones a los programas a fin de que cuenten con pertinencia cultural (Promoción de la Dieta de la Milpa, p. ejemplo).
- Adecuación de la infraestructura y de la señalética: Inclusión de temazcales, herbarios medicinales.



**Interrelación con la medicina Tradicional**



**Vinculación a Redes Comunitarias**



**Servicios con interpretes traductores en lenguas indígenas (Chihuahua)**

**Inclusión de la Atención Humanizada e Intercultural del parto.**



**Inclusión de terapéutica acupuntural (Hospital 20 de Noviembre del ISSSSTE).**



**Unidades Médicas Móviles con Personal "Interculturalmente Competente"**



**CESSA de Amealco, Querétaro con Medicina Tradicional**



**Hospital Mixto en Jesús María, Nayarit**



**Hospital General Dr. José María Rodríguez,  
Ecatepec, Estado de México.**



**Sala de Usos Múltiples de Salud Intercultural (H.G.  
J.M.R. en Ecatepec, Edo. Mex.).**

## **FORTALECIMIENTO DE LAS REDES Y SERVICIOS DE SALUD" CON ELEMENTOS CLÍNICO TERAPÉUTICOS Y DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD ANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19. (EN LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES).**

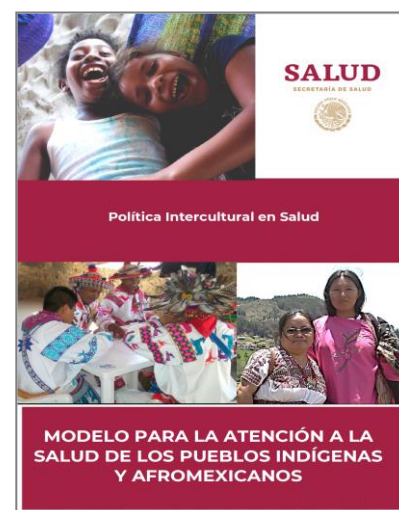
México es un país pluricultural y diverso lingüísticamente diferenciado, reconocido en el Artículo 2 constitucional. En esta realidad se identifican los pueblos indígenas y afro-mexicanos, quienes todavía sufren diferentes inequidades, pobreza y marginación, que los hacen vulnerables ante situaciones de catástrofes climáticas, sociales y sanitarias.

Es en esta situación en la que aparece de manera repentina la pandemia de COVID-19, que ha generado en el mundo, una serie de consecuencias graves en la salud humana, economía, relaciones sociales y culturales de la población.

A través de los registros epidemiológicos, se ha identificado los efectos de esta enfermedad en la salud de poblaciones indígenas, lo cual ha llevado a la necesidad de definir, para las instituciones de salud, una serie de estrategias interculturales para enfrentar y mitigar esta situación.

Los pueblos indígenas y afro-mexicanos de nuestro país comparten visiones del mundo, producto de sus condiciones culturales específicas, diferentes a la que se conoce en las sociedades industrializadas y globales, las cuales incluyen diversas miradas sobre la vida, la salud, la enfermedad, la muerte y las formas de abordarlas. Esto implica un reto para ofrecer los servicios de salud, explicaciones sobre el COVID-19 y medidas preventivas, que puedan ser comprendidas y apropiadas por estas poblaciones.

Los lineamientos<sup>29</sup> que se presentan líneas adelante, se enmarcan en el Modelo para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afro-mexicanos (actualizado a 2020), que define elementos que deben de tomarse en cuenta para una atención intercultural de estos pueblos, enmarcado en los derechos humanos reconocidos en el ámbito internacional y en la Constitución Política de nuestro país.



<sup>29</sup> Estos lineamientos se sustentan también en el documento "Lineamientos Interculturales para el diseño y operación de programas de salud", en proceso de actualización

## **LOS PUEBLOS INDIGENAS FRENTE AL COVID. Panorama Epidemiológico.**

La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, realiza de manera periódica, el análisis quincenal de la situación de salud de los pueblos indígenas, los cuales se pueden encontrar en la página de Análisis Epidemiológico de COVID-19 en la población que se reconoce como indígena<sup>30</sup>. El más reciente a la fecha es el 10º análisis epidemiológico de COVID-19 en la población que se reconoce como indígena, con fecha del 3 de diciembre de 2020<sup>31</sup>. Esta información es el punto de partida de una estrategia de respuesta ante esta situación.

Con corte a diciembre de 2020, se han notificado 1,144,643 casos confirmados (por laboratorio, asociación clínico epidemiológico y por dictaminación) además de 108,173 defunciones por COVID-19 en el país, de estos; 11,841 (1.03%) casos y 1,720 (1.59%) defunciones por COVID-19, corresponden a población que se reconoce como indígena.

En cuanto a la tasa de incidencia por entidad federativa en población que se reconoce como indígena podemos observar que los primeros estados con la mayor tasa son: Yucatán, San Luis Potosí, Oaxaca, Quintana Roo e Hidalgo, con 97.7, 32.1, 27.6, 27.2 y 24.1 por cada 100,000 habitantes, respectivamente. Mientras que los estados con mayor número de casos reportados son: Yucatán, Oaxaca, Ciudad de México, San Luis Potosí y Estado de México con; 2,207, 1,145, 956, 919 y 881, respectivamente.

Se registra una mediana de edad de 48 años, con un rango de 0 a 99 años, predominando el sexo masculino con 6,632 casos (56%), mientras tanto, 7,934 casos (67%) son pacientes ambulatorios, mientras que los grupos de 60 y más, son quienes requieren mayor hospitalización. El grupo etario mayormente afectado corresponde al de 45 a 49 años con 1,095 casos, seguido del de 35 a 39 años con 1,071 casos.

De las 1,720 defunciones reportadas, los primeros cinco estados con el mayor número de defunciones son: Yucatán, Oaxaca, Ciudad de México, Estado de México y Puebla con 265, 212, 128, 131 y 130 respectivamente, siendo la mediana de edad del total de las defunciones de 65 años, con un rango de 0 a 97 años, siendo el 64% de las defunciones registradas en hombres. Las comorbilidades presentadas de manera frecuente en las defunciones de la población que se reconoce como indígena fueron: hipertensión, diabetes y obesidad.

---

<sup>30</sup> <https://www.gob.mx/salud/documentos/analisis-epidemiologico-de-covid-19-en-la-poblacion-que-se-reconoce-como-indigena>. Nota: esta ruta general puede cambiar con cada publicación, por lo que se puede encontrar con el nombre de esta página, en caso de cambio.

<sup>31</sup> [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/599075/COVID-19\\_poblacion\\_indigena\\_2020.12.03.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/599075/COVID-19_poblacion_indigena_2020.12.03.pdf)

En el cuarto informe, se refiere que en la población hospitalizada considerada indígena, la razón de defunción fue de 2.3, lo cual significa que uno de cada dos pacientes hospitalizados falleció por complicaciones de la enfermedad<sup>32</sup>. Los posteriores informes ya no dan cuenta de ese indicador.

Toda la información referida es acompañada por gráficos explicativos en los informes referidos de la Dirección General de Epidemiología, por lo que se recomienda su revisión para una mayor comprensión.

### **La Comprensión Indígena respecto del COVID-19**

Es difícil para el personal de salud comprender que existe una barrera cultural, más fuerte que la del idioma, que dificulta la comprensión de los mensajes que las instituciones emiten a la población indígena. La todavía deficiente incorporación de elementos del análisis social y cultura en la formación del personal de ciencias de la salud y la ausencia de formación pedagógica para el trabajo comunitario (en la mayoría de las universidades), condicionan los mensajes que se difunden para las poblaciones indígenas de manera unidireccional, sin identificar cómo reciben los mensajes ni verificando su comprensión. En el mejor de los casos se traducen a idiomas indígenas, reduciendo las barreras culturales a un problema lingüístico, desestimando otras dimensiones de la cultura, sus realidades y necesidades materiales.

En los diferentes pueblos indígenas y rurales del país, pese a la muy reciente expansión tecnológica del internet y de las comunicaciones de redes, existen comprensiones de la realidad, diferentes a la definida por la cultura occidental global; su forma de entender el mundo, la salud y la enfermedad, cuya base cultural es una mezcla de elementos prehispánicos y coloniales, establece modelos explicativos que ponen acento en el equilibrio entre las cosas, el cosmos y las diferentes fuerzas vitales. En ese marco y herencia cultural, no existe la misma lógica para muchos procesos de comprensión de la realidad, como la abstracción de lo diminuto y la comprensión de los microbios, en el caso de los asuntos de salud. Generalmente el mecanismo de trasmisión de las enfermedades es el de “los vientos” o “mal viento”<sup>33</sup>, categoría conceptual muy diferente a la occidental, con significados muy profundos.

---

<sup>32</sup> Cuarto análisis epidemiológico de COVID-19 en la población que se reconoce como indígena. Dirección General de Epidemiología, 14 de septiembre de 2020, pag. 17. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/578362/COVID-19\\_poblacion\\_indigena\\_2020.09.14.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/578362/COVID-19_poblacion_indigena_2020.09.14.pdf)

<sup>33</sup> Categoría explicada en el capítulo de medicina tradicional del libro: Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud 2014. Biblioteca Mexicana del Conocimiento. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/380452/Libro\\_InterculturalidadSalud.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/380452/Libro_InterculturalidadSalud.pdf)

Por ello se propone para la interrelación de las instituciones con la población indígena, crear puentes interculturales entre esa forma de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte de los pueblos y la del personal de salud, pero requiere una decisión explícita, el conocimiento de dicha cosmovisión, que en cada grupo indígena del país muestra tener concreciones diferentes, por lo que es necesario la aplicación de metodologías pedagógicas interculturales, entendido esto como comunicación, diálogo, concertación y acciones sinérgicas.

En muchas zonas indígenas y rurales no se tiene claro lo que la población está entendiendo de lo que se ha transmitido. En experiencias recientes a partir de la pandemia por el COVID 19, los pobladores han manifestado mucho miedo, han identificado el contagio con la muerte, y se sucedieron casos donde amenazaron y/o agredieron a personal de unidades de salud, a personas enfermas y a personas que quieren acceder a la comunidad, a veces originarias de allí mismo, pero que trabajan fuera.

Esto se explica por los mensajes contradictorios y generadores de miedo que han propagado los medios de comunicación (incluido el internet y WhatsApp) y a la falta de acciones y mensajes con sensibilidad intercultural de escucha y construcción colectiva de propuestas, que partan de conocer como están comprendiendo los mensajes, cuáles son sus miedos y como entienden la trasmisión de este tipo de enfermedades.

#### Expresiones culturales identificadas:

**“Si me contagian me muero”**. Los mensajes que desde las instituciones se les envía, explicitan el confinamiento en casa y la sana distancia. El mensaje oculto es que, si faltan a estas reglas, serán castigados, especialmente con el riesgo de muerte. Esto genera una reacción exagerada ante cualquier posible fuente externa de contagio, lo cual explica en parte la agresión a personas enfermas que llegan a su casa, a personal de salud que atiende enfermos y a personas externas a la comunidad.

**“Si te sales (de tu casa o de tu comunidad) te mueres”**. Es un mensaje muy frecuente en los medios de comunicación y una concreción del anterior, que genera restricciones a salir a caminar al parque o al cerro, o a trabajar a la milpa y el campo. También refuerza el miedo a los que entran a la casa o a la comunidad. En varias localidades ya se han dado situaciones de agresión a personas que ingresan a la comunidad.

**“Esto va a terminar y todo va a regresar a la normalidad”**. No se ha explicado de manera clara que el virus llegó para quedarse en lo cotidiano, y que lo que se pretende con las medidas preventivas no es el evitar el contagio, sino retrasarlo para evitar la saturación de los servicios y dar tiempo para conocer mejor la enfermedad y desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas más eficaces.

Como la situación de la pandemia se ha prolongado más de lo esperado, sin que los servicios de salud hayan logrado brindar una adecuada explicación de la enfermedad en la

propia comunidad, la reacción generada es de cansancio, frustración y en muchos casos, rebeldía.

Además del miedo, también se ha identificado la “incredulidad como reacción contraria”. Existen muchas razones que pueden explicar este fenómeno. En comunidades lejanas y aisladas, la poca información institucional que les llega de manera directa (que generalmente no es adecuada culturalmente); la enorme cantidad de mensajes contradictorios que se emiten por los medios de comunicación y las redes sociales; la dificultad de comprensión de los mensajes institucionales por la diferencia conceptual y de cosmovisión, y, a que generalmente no se les escucha y explica desde sus inquietudes y comprensiones de la enfermedad.

### **Promoción Preventiva Intercultural**

Para lograr una acción eficaz en las poblaciones indígenas, se proponen tres pasos:

1. **Escucha activa** a la población para identificar temores y dudas relacionadas con la enfermedad de COVID-19, además de comprender, por parte del personal institucional, como están entendiendo los mensajes institucionales que les llegan, por los medios de comunicación y las redes sociales. Identificar los elementos claves desde su cultura desde los cuales están leyendo e interpretando la enfermedad. Importante en este punto es identificar lo que las personas mayores (“los abuelos”) están comprendiendo e interpretando de este acontecimiento.
2. **Aclarar las dudas de manera comprensiva para ellos.** Si es necesario, con apoyo de un intérprete en su propia lengua, ya que los pueblos indígenas tienen ese derecho establecido como derecho cultural, explicando las diferentes medidas preventivas y el porqué de cada una de ellas. Es fundamental siempre preguntar lo que están comprendiendo de las explicaciones (retroalimentación), para identificar puntos de comprensión desde su cosmovisión y cultura.
3. **Construir con ellos** una interpretación de la realidad, y las alternativas y estrategias para enfrentar el problema, involucrando a la comunidad y a sus autoridades, institucionales como tradicionales.

En esta acción es fundamental considerar la participación comunitaria de manera que ellos sean sujetos en la toma de decisiones y no objetos de los programas y estrategias institucionales<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Revisar el capítulo de participación comunitaria del *Modelo para la atención a la salud de los pueblos indígenas y afroamericanos*. Secretaría de Salud, 2020.



## Recomendaciones<sup>35</sup>

1. Establecer la capacitación y sensibilización del personal de la salud involucrado con las acciones de promoción de la salud, prevención y atención de los pueblos indígenas y afro-mexicanos (operativo y directivo, desde médicos hasta promotores comunitarios indígenas)<sup>36</sup> con:
  - Elementos pedagógicos interculturales que consideren principios de participación activa y dialogada, horizontalidad en la relación, escucha mutua, concertación y sinergia;
  - Elementos esenciales de la cosmovisión indígena, así como de sus los derechos humanos y culturales.
2. Llevar a cabo reuniones interculturales<sup>37</sup> con la metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo, para escuchar los temores, inquietudes y dudas que la población indígena tiene con respecto a la enfermedad de COVID-19, aclararlas con información y explicaciones que puedan comprender, preguntando siempre que entendieron de dichas explicaciones, finalizando con la construcción colectiva de mensajes y estrategias para prevenir y enfrentar esta enfermedad<sup>38</sup>.
  - Con las autoridades de la comunidad para que entiendan la situación y puedan definir acciones comunitarias.<sup>39</sup>
  - Con todos los pobladores a través de reuniones en cada barrio<sup>40</sup>.

---

<sup>35</sup> El documento del Instituto Nacional para los Pueblos indígenas, titulado: “ABC de la COVID 19. Prevención, vigilancia y atención de la salud de las comunidades indígenas y afro-mexicanas”, además de presentar de manera muy clara las medidas preventivas, de vigilancia y de atención a la salud, concluye con lecciones aprendidas, que es importante considerar en las estrategias interculturales.

<sup>36</sup> Se recomienda desarrollar un programa de formación de replicadores con la metodología pedagógica intercultural a nivel estatal y regional. Cuando sea posible la capacitación presencial, aprovechar la metodología de capacitación por demostración. Aplicar con ellos la metodología de como entienden la enfermedad del COVID-19, resolver las dudas que tienen y construir con ellos una propuesta de estrategias de acción intercultural.

<sup>37</sup> En este momento se recomienda que estas reuniones sean de manera virtual con líderes y promotores comunitarios indígenas (que tengan celular) en las diferentes regiones y promover la constitución de grupos de WhatsApp para facilitar la vinculación, la resolución de problemas y el apoyo mutuo.

<sup>38</sup> Video con el ejemplo de la participación de la promotora comunitaria maya Suemi Chan de Cantamayec, Yucatán, en una reunión intercultural de escucha y construcción colectiva de estrategias: [https://correouady-my.sharepoint.com/:v/g/personal/proyectos\\_sociales\\_correo\\_uady\\_mx/Eb0STQxkUyxDjUsSA3BQBY8BAJz5Xgt7pSVItJJ9XFGoTw?e=vRPYfs](https://correouady-my.sharepoint.com/:v/g/personal/proyectos_sociales_correo_uady_mx/Eb0STQxkUyxDjUsSA3BQBY8BAJz5Xgt7pSVItJJ9XFGoTw?e=vRPYfs)

<sup>39</sup> Con el apoyo de las personas promotoras comunitarias y líderes indígenas que participaron en las reuniones virtuales, llevar a cabo asambleas de información en espacios abiertos, con sana distancia (más de dos metros entre cada persona. Se pueden poner señales en el suelo, con piedras o cal).

<sup>40</sup> Es fundamental que la población conozca la importancia y el porqué de las medidas que las autoridades recomiendan ante esta enfermedad, como “la sana distancia” y el “quédate en tu casa”. Explicar que las medidas de confinamiento son para que no nos contagiemos todos al mismo tiempo, y dar tiempo para que mejoren los tratamientos médicos. Lo importante de estas medidas es que la población las entienda y se puedan realizar sin pánico de muerte y sin agresión a personas enfermas, a personas externas o a personal de los servicios de salud.

3. Actualizarse continuamente en los avances de la información que derivan en actividades preventivas específicas, para mejorar los protocolos preventivos<sup>41</sup>.
4. Explicar de manera que la población pueda entender, de preferencia en su propia lengua, las medidas preventivas que la Secretaría de Salud<sup>42</sup> y el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI)<sup>43</sup> han propuesto, en el entendido que el virus llegó para quedarse y que se van a tener que reactivar las actividades económicas, pero bajo protocolos preventivos y de seguridad<sup>44</sup>.
5. Garantizar el acceso y abasto de los bienes necesarios para favorecer las acciones preventivas, como lo son los cubrebocas y jabón, en las comunidades indígenas, explicando perfectamente las técnicas de su adecuada utilización.
6. Identificar las redes sociales comunitarias existentes en las localidades indígenas e identificar a los grupos y personas de influencia (autoridades formales y tradicionales, maestros, terapeutas tradicionales, personal de salud) y vincularse con ellos para escuchar sus opiniones y propuestas y favorecer una colaboración mutua en beneficio de la salud de la comunidad.
7. Identificar y capitalizar los esfuerzos que se están dando a nivel comunitario para brindar alternativas de producción de alimentos y para reducir el impacto económico en las comunidades indígenas (trueque, cooperativas, autoconsumo).
8. Fortalecer las medidas para identificar y prevenir el estigma en las comunidades, que repercute en discriminación a las familias que padecen COVID-19 y al ocultamiento de los casos que se dan en las familias, con consecuencias en el retraso para recibir atención médica oportuna. Esto es fundamental tratarlo en las asambleas comunitarias con enfoque y sensibilidad intercultural.
9. Vincularse con universidades, investigadores sociales y grupos de la sociedad civil de la región, para conocer sus análisis y propuestas, y enriquecerse con ellas, fomentando la vinculación y colaboración.<sup>45</sup>

---

<sup>41</sup> Un ejemplo son las nuevas medidas propuestas para los espacios cerrados y los nuevos elementos sugeridos para los espacios abiertos.

<sup>42</sup> <https://coronavirus.gob.mx/>

<sup>43</sup> Dimas Huacuz Huerta. ABC de la COVID 19. Prevención, vigilancia y atención de la salud de las comunidades indígenas y afro-mexicanas. INPI. Septiembre 2020. file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/ABC-de-la-COVID-19-ebook-Bertha-Dimas-Huacuz-INPI-2020%20(1).pdf

<sup>44</sup> Como ejemplo, la unión de sociedades cooperativas de turismo indígena *Co'ox Mayab*, ya se están preparando con protocolos muy estrictos de seguridad, para el desarrollo de sus actividades, para lo cual requieren elementos preventivos especializados y actualizados.

<sup>45</sup> Ejemplo: Informe de Population Council, Martínez, Isabel Vieitez, Silvana Larrea, Fabiola Romero, and Ludivine Ciolella. 2020. *Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la pandemia del COVID-19 en comunidades indígenas de Yucatán y Chiapas, México*. Population Council, del cual se tomaron en cuenta sugerencias para la elaboración de este documento. [https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2176&context=departments\\_sbsr-pgy](https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2176&context=departments_sbsr-pgy)

10. Conocer los reportes periódicos de la Dirección General de Epidemiología sobre el COVID-19 en la población indígena<sup>46</sup> para entender el contexto de las medidas preventivas que hay que enfatizar.
11. Favorecer la integración de personal competente en consejería y apoyo psicológico a los grupos de atención primaria en salud, para definir y aplicar estrategias interculturales frente a la problemática de la salud mental, que es una necesidad creciente en las comunidades indígenas.
12. Garantizar el acceso continuo a métodos anticonceptivos para la población adolescente, debido incremento del embarazo adolescente. Es importante realizar un análisis cuidadoso en cada región para identificar otras situaciones predisponentes, como pudieran ser las relaciones sexuales consentidas o no con familiares y vecinos, propiciadas por el confinamiento en casa.
13. Utilizar las fuentes y medios de comunicación que prefieren las personas que viven en la comunidad para difundir información a los distintos segmentos de la población. Las estrategias de comunicación deben modificarse de acuerdo al tipo de población. Es decir, los mecanismos y medios de comunicación utilizadas por mujeres y hombres y/o por personas adultas o adolescentes, no son las mismas.
14. Identificar en cada comunidad la población que está en condiciones de mayor vulnerabilidad y focalizar acciones y canalización de apoyos para dichas poblaciones.

## **PROTECCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA SALUD**

Si ya las epidemias de obesidad y diabetes habían generado una situación de alarma en los servicios de salud con la necesidad de definir estrategias interinstitucionales e interculturales específicas, ahora la epidemia de COVID puso de manifiesto que las personas con obesidad, diabetes e hipertensión pertenecen a grupos de mayor riesgo para padecer cuadros clínicos de mayor gravedad con altas tasas de fallecimientos. Grupos que presentan condiciones relacionadas directamente con una alimentación inadecuada, con pocos vegetales, y muchas grasas saturadas, harinas refinadas, azúcares, proteína animal y alimentos industrializados.

En la población indígena, ha cambiado el perfil epidemiológico y ahora también la obesidad y diabetes se han vuelto un problema importante de Salud pública. En

---

<sup>46</sup> <https://www.gob.mx/salud/documentos/analisis-epidemiologico-de-covid-19-en-la-poblacion-que-se-reconoce-como-indigena>

Información de 2018 de los Cubos Dinámicos del Sistema de Información en Salud, que incorpora las variables de etnicidad, sobresale como segunda causa de muerte la diabetes mellitus en pacientes indígenas, después de enfermedades isquémicas del corazón<sup>47</sup>.

Además, hay información que debido al confinamiento, en algunos lugares las personas están consumiendo más alimentos con mayor cantidad de azúcar e industrializados, y como el “virus llegó para quedarse”, cuando termine la cuarentena, las personas en riesgo, se expondrán a los contagios, con la posible gravedad de que le provoca la enfermedad acompañante, que el sistema de salud tendrá que atender, con personal cansado y desgastado; además que por el comportamiento de las pandemias, esta de COVID-19 se estará transmitiendo a comunidades indígenas y afro-mexicanas en un proceso de avance gradual, que nos alerta ahora para contener y atender la enfermedad en la misma eficacia que en las ciudades.

En este contexto resalta que la mayoría de los mensajes institucionales preventivos se concentran en las medidas de higiene, el confinamiento en casa, y la sana distancia, y se descuida difundir mensajes en torno a los elementos que fortalecen la salud y refuerzan al sistema inmunológico como la alimentación, el ejercicio y el manejo del miedo.

Es aquí donde entran las estrategias y mensajes para la protección a la salud, que son fundamentales durante la epidemia de COVID-19 que, por la experiencia adquirida, hoy tenemos mejores oportunidades ante la epidemia que hace 9 meses.

Está comprobado que el sistema inmunológico es de los pocos elementos que neutralizan el virus de COVID-19.

Ahora se sabe que los alimentos vegetales ricos en antioxidantes, fitoquímicos, vitaminas y minerales estimulan el sistema inmunológico<sup>48, 49</sup>, mientras que los alimentos con exceso de proteína animal, grasas saturadas, azúcares y aditivos químicos, favorece la liberación de radicales libres, con ellos el oxígeno reactivo y se favorece que las moléculas más grandes, proteínas, genes y ácidos nucleicos se oxiden, se alteren y anulen sus funciones. Entre ellas las del sistema Inmunológico.

Los alimentos vegetales ricos en antioxidantes que impactan positivamente en el sistema inmunológico son básicamente las verduras y las frutas. Destacan en ello todas las especias (ajo, jengibre, cebolla, cúrcuma, pimienta, clavo, canela, romero, tomillo, achiote, chile). Son elementos fundamentales para una alimentación nutritiva y saludable.

---

<sup>47</sup> Cubos Dinámicos. DGIS. [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD\\_Cubos\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html). Dicha información se especifica en el Modelo de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afromexicano. Secretaría de Salud 2020.

<sup>48</sup> Nova E. Montero A. Marcos A. La estrecha relación entre la nutrición y el sistema inmunitario. Capítulo I. Soporte nutricional en el paciente oncológico. Editorial You & Us S.A. Madrid, 2002. I.S.B.N. 84-96015-07-06 [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap\\_01.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_01.pdf)

<sup>49</sup> Calder PC. Nutrition, immunity and COVID-19. *BMJ Nutrition, Prevention & Health* 2020;0. doi:10.1136/bmjnph-2020-000085. <https://nutrition.bmj.com/content/early/2020/05/20/bmjnph-2020-000085>

Sr ´ propone por alimentación nutritiva, la que promueve el balance adecuado y correcto en nutrientes (proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales) que requiere el cuerpo humano para su desempeño óptimo.

Por alimentación saludable, la que, además, reduce el riesgo de algunas enfermedades, sobre todo por su contenido de fibra, antioxidantes y fitoquímicos bioactivos, entre otros elementos, y porque no aumenta el riesgo de enfermedades por no contener elementos que afectan al cuerpo de manera negativa<sup>50</sup>.

El ejercicio también estimula el sistema inmune<sup>51, 52</sup>, mientras que el miedo y el estrés lo debilitan<sup>53, 54</sup>.

La Secretaría de Salud difunde el modelo de alimentación regional saludable, culturalmente pertinente (dieta de la milpa)<sup>55</sup>, que incide en el contexto de la epidemia actual de COVID-19 de dos maneras:

- Al promover una alimentación nutritiva y saludable que previene y contrarresta la obesidad y enfermedades como la diabetes e hipertensión, que son riesgo frente al coronavirus.
- Al propiciar de manera preponderante el consumo de alimentos vegetales ricos en antioxidantes y otros elementos, que refuerzan el sistema inmune<sup>56</sup>.

## Recomendaciones

1. Reformular las estrategias de difusión, tanto de los elementos preventivos directos sobre el COVID-19, como de los elementos de fortalecimiento de la salud, para que se ajusten a la situación, cosmovisión y contexto actual de los pueblos indígenas. Para ello se cuenta con el modelo del fortalecimiento de la salud con la triada: “comida, ejercicio y buen

<sup>50</sup> La Dieta de la Milpa. Modelo de Alimentación Mesoamericana Saludable y Culturalmente Pertinente. Secretaría de Salud. 2020. [https://drive.google.com/file/d/1n05pSVGY09FlzW91Rt8IZk\\_6J-KIPRJT/view](https://drive.google.com/file/d/1n05pSVGY09FlzW91Rt8IZk_6J-KIPRJT/view).

<sup>51</sup> Aguilar L. Carolina; Zuluaga Z. Natalia; Patiño G. Pablo J.; Caraballo G. Domingo. Ejercicio y sistema inmune. *Iatreia* vol.19 no.2 Medellín Apr./June 2006. ISSN 0121-0793. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932006000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932006000200007)

<sup>52</sup> Simpson Richard J., Kunz Hawley, Agha Nadia, Graff Rachel. Exercise and the Regulation of Immune Functions. *Prog Mol Biol Transl Sci* . 2015;135:355-80. doi: 10.1016/bs.pmbts.2015.08.001. Epub 2015 Sep 5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26477922/>

<sup>53</sup> Stress Weakens the Immune System. American Psychological Association. <https://www.apa.org/research/action/immune>

<sup>54</sup> Segerstrom Suzanne C.; Miller Gregory E. Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychol Bull*. 2004 Jul; 130(4): 601–630. doi: 10.1037/0033-2909.130.4.601. PMID: PMC1361287 NIHMSID: NIHMS4008. PMID: 15250815. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361287/>

<sup>55</sup> La Dieta de la Milpa..., Op. Cit.

<sup>56</sup> Este aumento en las proporciones del consumo de los alimentos vegetales (principalmente verduras y frutas) se enfatiza en el informe de la Comisión EAT-Lancet titulado: “J Loken B et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*. 2019”, en el cual se describe el modelo de alimentación que favorece la salud humana y que puede contribuir de manera sustentable a evitar un desastre ambiental mayor. El resumen se titula en español: “Alimentos, Planeta, Salud. Dietas Saludables a partir de Sistemas Alimentarios Sostenibles. [https://eatforum.org/content/uploads/2019/01/Report\\_Summary\\_Spanish-1.pdf](https://eatforum.org/content/uploads/2019/01/Report_Summary_Spanish-1.pdf)

humor”<sup>57</sup>, y la estrategia de la dieta de la milpa (alimentación regional saludable culturalmente pertinente)<sup>58</sup>.

2. Difundir mensajes en los cuales se vea como oportunidad, el cambio en los patrones de alimentación y actividad física mientras dura el confinamiento (para disminuir el riesgo de agravamiento cuando termine). Para ello se propone desarrollar un programa inmediato de elaboración, comunicación y difusión con infografías y mensajes para pasar en las redes sociales, en las radiodifusoras y en la televisión.
3. Elaborar procesos de diálogo intercultural presenciales y a distancia con autoridades municipales y promotores comunitarios en zonas rurales, indígenas y afro-mexicanas, para que difundan mensajes para erradicar el miedo y fortalecer los elementos de una alimentación saludable (sustentada en el modelo de la dieta de la milpa), en conjunto con actividad física y un estado emocional positivo.
4. Promover la recuperación de la milpa, como un sistema tradicional de cultivo, que facilita una alimentación saludable en conjunto con la siembra de hortalizas y frutales de traspatio, y que en este momento favorece que las familias tengan menos presión por comprar alimentos de manera externa.
5. Promover la alineación con programas institucionales de apoyo a productores rurales para que produzcan milpa y para que puedan aprovecharla en torno a una alimentación saludable.
6. En cada región buscar la suma y sinergia con escuelas, organizaciones de la sociedad civil, universidades, Iglesias, entre otros.

### **Atención Médica a los Pueblos Indígenas**

El capítulo 4 de atención a las personas sanas y enfermas, del documento del INPI titulado “ABC de la COVID 19”<sup>59</sup>, describe los elementos fundamentales que se deben de considerar en la atención médica a las personas indígenas en los servicios de salud, por lo que recomendamos su aprovechamiento.

Un elemento importante a considerar, es la razón de defunción de 2.3, expresada en el cuarto análisis epidemiológico de COVID-19 en la población que se reconoce como

---

<sup>57</sup> <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/37988/FortEjercicioBuenHumor.pdf>

<sup>58</sup> <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/la-dieta-de-la-milpa-259188>

<sup>59</sup> Dimas Huacuz Huerta. ABC de la COVID 19. Prevención, vigilancia y atención de la salud de las comunidades indígenas y afro-mexicanas. INPI. Septiembre 2020. file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/ABC-de-la-COVID-19-ebook-Bertha-Dimas-Huacuz-INPI-2020%20(1).pdf

Indígena de la Dirección General de Epidemiología<sup>60</sup>. Esta razón significa que uno de cada dos pacientes hospitalizados falleció por complicaciones de la enfermedad.

Esto es muy grave y requiere de un análisis cuidadoso de las causas e identificar su permanencia. Con la información que disponemos a la fecha, se puede proponer como mecanismo inicial de explicación el “modelo de las tres demoras”, utilizado para explicar la muerte materna<sup>61</sup>.

Un elemento agregado es la situación de vulnerabilidad de muchos de los pueblos indígenas por las condiciones de desnutrición aguda y crónica que padecen por la situación de pobreza en la que viven, lo cual puede explicar algunos impactos en la población indígena<sup>62</sup>.

Para enfrentar algunos de estos problemas, el *modelo para la atención a la salud de los pueblos indígenas y afroamericano*, sustentado en el derecho a la protección a la salud y a los derechos constitucionales que tienen los pueblos indígenas y afro-mexicanos, define una serie de estrategias para facilitar el acceso eficiente y oportuno a servicios de calidad, así como el trato con dignidad, derivado de la competencia intercultural, basado en el respeto y equidad. Se definen en el mismo documento estrategias para facilitar la articulación entre los diversos niveles de atención, entre las que destaca la construcción colectiva de redes funcionales de flujo real<sup>63</sup>.

Derivado de la experiencia exitosa de los Servicios de Salud de Sonora en zona indígena Seri, presentada en el Anexo, presentamos una propuesta para fortalecer la atención médica para la atención de las comunidades indígenas, que podría también implementarse en barrios indígenas suburbanos. Dado que la mayoría de los casos de COVID-19 son leves y moderados y no se requiere su hospitalización, y dado que también hay pocas condiciones en las localidades indígenas para que la gente enferma de COVID-19 en estas condiciones se quede en su casa mientras padece el cuadro sintomático de la enfermedad (viviendas muy pequeñas, en condiciones de hacinamiento), se propone la adaptación de unidades de salud y casas municipales, en centros interculturales COVID. También es importante considerar a la población migrante, que no tienen casa y que puede ser fortalecida con este modelo.

---

<sup>60</sup> Cuarto análisis epidemiológico de COVID-19 en la población que se reconoce como indígena. Dirección General de Epidemiología, 14 de septiembre de 2020. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/578362/COVID-19\\_poblacion\\_indigena\\_2020.09.14.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/578362/COVID-19_poblacion_indigena_2020.09.14.pdf)

<sup>61</sup> Rodríguez-Angulo Elsa, Aguilar-Pech Pedro, Montero-Cervantes Landy, Hoil-Santos Jolly, Andueza-Pech Guadalupe. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. *Rev Biomed* 2012; 23: 23-32. Vol. 23, No. 1, enero-abril de 2012. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2012/bio121c.pdf>.

<sup>62</sup> Explicación del Dr. Hugo López-Gatell Ramírez sobre vinculación entre desnutrición y riesgo al COVID: <https://www.youtube.com/watch?v=Z3Fu3H1U8FI>

<sup>63</sup> Modelo para la atención a la salud de los pueblos indígenas y afroamericanos. Secretaría de Salud, 2020.

Estas unidades que pueden ser comunitarias, municipales o barriales, serían apoyadas por la organización comunitaria y se entrenaría a personal de salud o/y promotores comunitarios entrenados, para brindar atención conjunta a las personas enfermas bajo condiciones de seguridad e identificar las condiciones de riesgo. Para esto último es fundamental la medición de los niveles de saturación de oxígeno con oxímetros de pulso y la técnica de llenado capilar. Para la atención es fundamental la obtención de concentradores de oxígeno y la aplicación de técnicas respiratorias como la posición prona (boca abajo). La alimentación estaría proporcionada por la comunidad y los familiares.

Como medicamentos sintomáticos se podría recurrir a medicamentos convencionales, a las propuestas de la medicina tradicional local si las hubiera, las cuales siempre conviene revisar<sup>64</sup>, y a medicamentos homeopáticos que se pueden ofrecer para los síntomas, de acuerdo a los resultados presentados a la fecha<sup>65</sup>.

Esto tendría varias ventajas. Una atención vigilada y mejor que la que puede recibir en su vivienda, sin el riesgo de contagiar a miembros de su familia. La no saturación en los hospitales de casos que se pueden resolver en la casa y comunidad.

El aprovechamiento de los saberes de los terapeutas tradicionales eleva la autoestima de todo el grupo étnico y fortalece su identidad indígena. Como expresamos anteriormente, tiene siempre que darse un seguimiento cuidadoso a la evolución de los pacientes, tratando de identificar si las plantas utilizadas cuentan con información de sus efectos a la salud.

El uso de la homeopatía, reduce los costos de atención y favorece una atención médica sintomática, sin los riesgos de algunos medicamentos convencionales.

#### Recomendaciones

1. Todo el personal (directivo y operativo) de los hospitales y centros de salud que atiende población indígena, debe recibir capacitación intercultural para aumentar su competencia cultural, disminuir las barreras culturales y asegurar el trato con dignidad a la población indígena.

---

<sup>64</sup> Afortunadamente existe investigación en herbolaria, para poder identificar el valor de algunas plantas que utiliza la medicina tradicional. Existe una base de datos (Base Mosaico) en la Biblioteca Virtual en Salud de la Red de Medicina Tradicional y Medicinas Complementarias de las Américas, que se conformó con auspicio de la OPS-OMS. <http://red.bvsalud.org/es/red-mtci/> y <https://mtci.bvsalud.org/> En el mes de Julio se llevó a cabo un congreso internacional sobre las contribuciones de las MTCI en el contexto de la pandemia por Covid-19, donde se presentaron los aportes que se pueden ofrecer desde estos modelos frente al COVID. Las exposiciones de herbolaria son muy valiosas. Existe un link de los videos de las ponencias presentadas en este congreso: [https://www.youtube.com/watch?v=9azz6fBif4&list=PLIKM\\_oXzX2-vVGusxOWYwmb2uNMIqDlN](https://www.youtube.com/watch?v=9azz6fBif4&list=PLIKM_oXzX2-vVGusxOWYwmb2uNMIqDlN). Adicionalmente, se comparte el link de acceso al Mapa de evidencias realizado: <https://mtci.bvsalud.org/en/contributions-of-traditional-complementary-and-integrative-medicine-tcim-in-the-context-of-covid-19/>

<sup>65</sup> Presentadas el 11 de julio de 2020 en el "Congreso internacional sobre las contribuciones de la medicinas tradicionales, complementarias e integrativas (MTCI) en el contexto de la pandemia por COVID-19", organizado por la Red MTCI de las Américas, que tiene auspicio de la OPS/OMS. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/573918/Presentaci\\_n\\_M\\_xico\\_Simposio\\_OPb.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/573918/Presentaci_n_M_xico_Simposio_OPb.pdf)



2. Reforzar la capacitación sobre las medidas de atención y referencia de casos sospechosos, confirmados y graves de COVID-19, con dicho personal.
3. Identificar las barreras culturales y de acceso que existen en cada región, en especial durante la epidemia de COVID, para proponer estrategias y mecanismos específicos para resolverlas. Su continuación favorece la mortalidad en la población indígena.
4. Asegurar la permanencia del personal de salud en los hospitales y centros de salud que atienden población indígena, así como su capacitación técnica en el diagnóstico y tratamiento del COVID-19.
5. Garantizar la presencia de personal bilingüe y/o intérpretes traductores.
6. Asegurar condiciones para que las mujeres indígenas puedan acceder a sus derechos constitucionales señalados en el artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al aprovechar debidamente la medicina tradicional, lo cual aplica respecto a los servicios de las parteras tradicionales indígenas. Esto significa que se deben articular las parteras tradicionales indígenas en los servicios de salud y favorecer con ellas la atención del parto en condiciones de seguridad (y en especial frente al COVID).
7. Identificar y seguir las recomendaciones que hace Secretaría de Salud<sup>66</sup> y el Instituto Nacional para los Pueblos Indígenas (INPI) respecto a los protocolos de diagnóstico, atención primaria, atención a personas sospechosas y enfermas de COVID, así como las acciones propuestas para la seguridad y desinfección de la vivienda y las condiciones para el aislamiento y el abasto de alimentos <sup>67</sup>.
8. Promover la constitución de Unidades Interculturales COVID<sup>68</sup> a nivel municipal y local, con el apoyo y participación de la comunidad y terapeutas tradicionales, así como de los servicios estatales de salud.

## **CUIDADO Y PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN REGIONES INDÍGENAS**

El personal de salud, tanto médico, de enfermería y de promoción de la salud, está expuesto a una serie de riesgos frente al COVID-19, tanto durante la atención médica y los traslados a los servicios de salud y las comunidades, como con la realización de actividades colectivas y comunitarias. Por ello es fundamental identificar, proponer y asegurar las estrategias y condiciones que propicien su seguridad.

---

<sup>66</sup> <https://coronavirus.gob.mx/>

<sup>67</sup> Capítulo 4 del libro: Dimas Huacuz Huerta. ABC de la COVID 19. Prevención, vigilancia y atención de la salud de las comunidades indígenas y afro-mexicanas. INPI. Septiembre 2020. file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/ABC-de-la-COVID-19-ebook-Bertha-Dimas-Huacuz-INPI-2020%20(1).pdf

<sup>68</sup> Modelo Seri, explicado en el Anexo de este documento.

Afortunadamente ya existen propuestas en este sentido<sup>69</sup>, que en el caso del personal que acuden a las comunidades indígenas, considera el aseguramiento de su atención médica, la comunicación periódica sobre la situación de su estado de salud, facilitar condiciones para el seguimiento y reuniones a distancia, identificar la situación de riesgo de la región y localidad, las condiciones de seguridad del transporte requerido para el traslado a la comunidad, minimizar la exposición procurando realizar la mayor cantidad de actividades en la menor cantidad de tiempo (días).

Ahora se sabe que el riesgo de infección para el personal de salud que atiende personas enfermas de COVID es alta, debido a que dicho riesgo depende de la carga viral, por lo que es fundamental asegurar las condiciones para reducir su exposición, tanto con el equipo, como con sistemas que aseguren la circulación del aire en las habitaciones de atención.

Además del riesgo de infección, hay que considerar el riesgo de padecer un estado grave de la enfermedad. Se estima que en el personal de salud las condiciones de trabajo, una alimentación inadecuada, la falta de actividad física, y el miedo/estrés constante, favorecen el debilitamiento del sistema inmunológico.

Por ello es que desde la DGPLADES/DMTDI se establece la estrategia titulada “cuidando a los cuidadores”<sup>70</sup>, en la que se procura brindar condiciones al personal de salud para una mejor alimentación, actividad física, manejo del miedo y protección homeopática. Dicha estrategia ya se ofrece en una unidad monitora COVID en San Luís Potosí y en hospitales y centros de salud de los estados de Querétaro, Oaxaca y Ciudad de México, con resultados positivos<sup>71</sup>.

## **Recomendaciones**

1. Identificar la situación de riesgo específica de la región, localidad y unidad de salud, para definir estrategias concretas de seguridad.
2. Asegurar el abasto y la utilización correcta de los equipos y elementos de protección individual acordes al nivel de exposición.

---

<sup>69</sup> Protocolo de cuidado a la salud para personal técnico y pautas para su intervención territorial en contextos de COVID-19 en México. (documento para uso del personal y contrapartes locales del PNUD). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. 1a. Edición, 2020.

<sup>70</sup> [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/556474/Estrategia\\_Cuidando\\_a\\_los\\_Cuidadores.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/556474/Estrategia_Cuidando_a_los_Cuidadores.pdf)

<sup>71</sup> Resultados presentados el 11 de julio de 2020, en el “Congreso internacional sobre las contribuciones de la medicinas tradicionales, complementarias e integrativas (MTCI) en el contexto de la pandemia por COVID-19”, organizado por la Red MTCI de las Américas, que tiene auspicio de la OPS/OMS.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/573918/Presentaci\\_n\\_M\\_xico\\_Simposio\\_OPb.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/573918/Presentaci_n_M_xico_Simposio_OPb.pdf)

3. Identificar las condiciones de seguridad del transporte requerido para el traslado a la comunidad, minimizando la exposición procurando realizar la mayor cantidad de actividades en la menor cantidad de días.
4. Evitar el uso de joyería, accesorios, corbatas, uso de barba y bigote y cualquier superficie adicional que pueda contaminarse con el virus.
5. Mantener una sana distancia (2 metros) durante las interacciones y actividades laborales, procurando la ventilación continua de los espacios cerrados.
6. Controlar el número de personas presentes en los espacios, privilegiando lugares abiertos.
7. No compartir utensilios (vasos, botellas, ni herramientas (por ejemplo el celular).
8. Durante el consumo de alimentos, procurar la sana distancia y evitar conversar, dado que es un momento de riesgo en el que las personas se quitan el cubrebocas para comer.
9. No viajar más de 3 personas en un vehículo. Luego de cada misión, realizar la correspondiente y detallada higienización de los vehículos utilizados (limpie el volante, las manijas de las puertas, los puntos de contacto, etc.).
10. Evitar llevar a las residencias particulares, equipo, prendas, material, etc., que haya estado expuesto en los lugares de riesgo.
11. Promover la recuperación de prácticas y saberes locales para el cuidado de la salud, que incluyen desde el uso de medicina tradicional, alimentación de la milpa, atención de parteras tradicionales entre otros, que permitan el tratamiento local y disminuyan el riesgo de contagio.
12. Observar en las comunidades la llegada de población migrante, personas en condición de mayor riesgo de contagio (por comorbilidad, embarazo, edad u otros factores), necesidades de apoyo socioemocional, y factibilidad de mantener las medidas de higiene y somatización (acceso al agua potable).
13. Identificar el hospital para atención del COVID-19 cercano, en caso de requerir un traslado de emergencia. De ser posible ofrecer asesoría para el traslado seguro de personas enfermas.
14. En las unidades de salud adecuar y ofrecer al personal menús saludables (con la Dieta de la milpa de preferencia) de por lo menos un alimento al personal por turno.
15. En las unidades de salud también promover ejercicio saludable por lo menos de 20 minutos por turno de preferencia en espacios abiertos y con sana distancia (se propone el Qi Gong con énfasis en ejercicios de respiración o el baile colectivo en pequeños grupos bajo los principios de la sana distancia).

16. Brindar espacios grupales semanales (con sana distancia) para que el personal pueda expresar como se siente y puedan apoyarse emocionalmente para el manejo del miedo y estrés. Se recomienda contar con el apoyo de personal de psicología.

17. Ofrecer protección a la salud con los aportes de la medicina homeopática, a través de la distribución de medicamentos homeopáticos de acuerdo a los protocolos de prevención establecidos, contando siempre con el apoyo y asesoría de médicos homeópatas capacitados.

## **LINEAMIENTOS INTERCULTURALES PARA EL DISEÑO Y OPERACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD**

### **Consideraciones:**

Con el objetivo de que los programas de salud se diseñen y operen con criterios interculturales que aseguren el respeto a la diversidad y derechos humanos de las y los ciudadanos usuarios de los servicios, se emiten *Lineamientos Interculturales* que se sustentan en las atribuciones y funciones de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), establecidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de salud 2019-2024 y los Artículos 1º, 2º y 4º de la Constitución relacionados con los derechos humanos, de los pueblos indígenas y el derecho a la salud.

### **Lineamientos para las áreas institucionales:**

1. Queda prohibida cualquier tipo de discriminación en los Servicios de Salud. Deberán concertarse procesos de respeto y convivencia pacífica en relación a la diversidad cultural, religiosa, de género, sexual e identitaria, respetando siempre los derechos humanos. Cualquier acción de discriminación deber ser reportado a la instancia superior para su atención y resolución.
2. La actuación de los servidores públicos de todos los niveles e instituciones del sistema nacional de salud, deberá ser conforme a los que las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas le atribuyen a su empleo cargo o comisión, en conocimiento y cumplimiento de las normatividades que les regulan, con pleno respeto a los derechos humanos, como lo establece la Ley General de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
3. Respecto a los grupos en situación de vulnerabilidad, en especial los pueblos indígenas y afro mexicano, cuando se diseñen, establezcan y operen servicios de salud y acciones para lograr entornos saludables a los que tienen derecho, se deberá garantizar siempre, su participación y consulta más amplia y con metodologías interculturales.

4. Los servidores públicos directivos del Sistema Nacional de Salud, deberán promover y establecer la interculturalidad como principio y estrategia, considerando el reconocimiento constitucional de nuestro país como pluriétnico y multicultural; para ello se implementarán medidas administrativas y operativas, asignado o reorientando recursos financieros, humanos y materiales que permitan el ejercicio de los derechos de las y los ciudadanos usuarios de los servicios de salud.
5. Fortalecer y ampliar la oferta de los Servicios de Salud, con la inclusión de modelos y/o prácticas terapéuticas y de fortalecimiento a la salud la herbolaria, la medicina homeopática y la acupuntura, en base diversidad cultural, la interculturalidad y marco legal vigente, analizando para su implementación, las preferencias de los ciudadanos/usuarios, con base en los criterios de: eficacia comprobada, costo/efectividad, adherencia a normas éticas y profesionales y aceptabilidad social.
6. Con la medicina y la partería tradicional indígena, se deberá establecer procesos concertados de interrelación y colaboración en el marco de los derechos humanos, con sus detentadores y practicantes con reconocimiento comunitario. Los Servicios Estatales de Salud, deberán establecer con apoyo de las áreas federales, programas para su desarrollo y práctica, en condiciones adecuadas, en cumplimiento a su reconocimiento en la Ley General de Salud (Artículo 6, fracción VI bis).
7. La contratación de personal para servicios de salud en regiones indígenas y afro mexicanas, se hará preferentemente con especialistas emanados de estos pueblos y que vivan en las localidades y que demuestren competencias interculturales y lingüísticas. Las instituciones de salud, ofrecerán atención y servicio en la lengua de la población atendida. Los mecanismos para ello, serán 1) priorizar la contratación de personal bilingüe, o 2) la contratación de personal con la función específica de intérprete traductor.
8. Cualquier intervención o atención por parte de los trabajadores de salud, se deben realizar con el consentimiento informado previo y adecuado a las personas o comunidades. Pensando en las personas que hablen lengua indígena, que no sepan leer o escribir, y personas sordas que usen una lengua de señas, el proceso se realizará también en su lengua indígena oral o de lengua de señas.
9. Respecto a la investigación en salud, se deberá realizar con el fin de proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano, contar con el consentimiento informado, previo y por escrito de las personas o comunidades, otorgado sin coacción, con pleno conocimiento de los objetivos, riesgos, beneficios e implicaciones del proceso, con la evaluación ética y bioética de los proyectos, pudiendo las comunidades negar su autorización o retirar su consentimiento. Se podrán establecer convenios o acuerdos que garanticen la no afectación de los derechos de las comunidades indígenas, garantizando en su caso, el reparto justo de beneficios, así como el establecimiento de garantías en caso de incumplimiento o daño.

### **Lineamientos para el personal de Salud:**

1. Incluir en la misión de la unidad de salud: la satisfacción del usuario o de la usuaria como uno de los elementos centrales, tomando en cuenta el respeto a cada paciente como norma fundamental.
2. Fomentar la empatía. Averiguar y utilizar los códigos de respeto de la cultura local. Recibir a cada paciente con un saludo mirándole a la cara, llamándole por su nombre. Evitar tutearle, así como utilizar diminutivos que infantilizan y minimizan a la persona (pacientito, gordita, madrecita).
3. Identificar la singularidad cultural de cada usuario de los servicios y conocer su percepción y expectativas.
4. Establecer con la o él usuario y familiares actitudes de respeto, comprensión y amabilidad, independientemente de su origen étnico, nivel socioeconómico, higiene, preferencia sexual, religiosa, sexo y edad, considerando el respeto y el trato digno como norma fundamental.
5. Evite burlarse, regañar o prohibir la utilización de elementos de la cosmovisión y de la medicina tradicional indígena (utilizar amuletos, “serenar” medicamentos, colocar imágenes religiosas). Permitir la o el usuario o a sus familiares comentar o realizar diferentes actividades relacionadas con sus creencias en un marco de respeto y escucha. En caso de contravenir una norma oficial, y que usted esté seguro de que se trata de una práctica nociva, explíquelo clara y respetuosamente, orientando al usuario.
6. Permitir y promover condiciones para la atención vertical del parto (en cuclillas, sentada, parada) y la participación de parteras indígenas y familiares, si las usuarias lo demandan y no existe contraindicación médica.
7. Evitar la emisión de juicios, prejuicios y culpas respecto a las causas de la enfermedad. (preferencia sexual, religiosa, adicción, enfermedades sujetas a prejuicios).
8. Fomentar la participación social y la comunicación asertiva con las autoridades locales, terapeutas tradicionales, y otras terapias y modelos médicos reconocidos (acupuntura, homeopatía), independientemente de que haya comunión con sus creencias o no, coordinando acciones específicas, favoreciendo la referencia mutua en beneficio a la salud de la población.
9. Explicar claramente la enfermedad, el tratamiento y los cuidados, asegurándose de que el usuario y sus familiares le entiendan, hágalo de manera comprensible considerando su edad, sexo, etnia, lengua, preferencia sexual, religiosa, discapacidad y enfermedad, a satisfacción del usuario (esto incluye a los niños, niñas, personas ancianas o enfermas mentales). Si el usuario no habla español, busque apoyo de traducción.

10. Revisar a cada usuario previo consentimiento, de acuerdo con la enfermedad de que se trate, explicándole las maniobras que se le van a practicar. No realice actividades para lo que no está entrenado ni calificado, respete los reglamentos en materia de atención médica, cuidando de ofrecer la mejor calidad de servicio.

### **Lineamientos para la implementación a nivel comunitario:**

1. Conozca el contexto cultural de la región donde se va aplicar el programa.
2. Indague los conocimientos y prácticas de prevención y atención que tiene las familias y la comunidad sobre la temática a considerar.
3. Escuche y respete la percepción de las personas usuarios sobre la misma.
4. Promueva el involucramiento de las familias y las comunidades en el fortalecimiento de la salud.
5. Elimine actitudes de burlas, regaños y evite comentarios que generen o aumenten sentimientos de culpa respecto a las enfermedades de la persona usuaria.
6. Escuche las expectativas de las y los usuarios sobre cómo quieren ser atendidos y su opinión de la atención que se le ofrece.
7. Informe a profundidad y en su lengua si es el caso, (especialmente en poblaciones indígenas monolingües) de los procedimientos, beneficios y consecuencias del programa ofrecido, asegurando su consentimiento. Generar las condiciones para que las quejas sean atendidas.
8. Promueva y apoye la conformación de equipos comunitarios de apoyo.
9. Fomente la participación de Indígenas en los procesos encaminados al cuidado de su salud y favorecer un plan de trabajo creado con y por los mismos grupos étnicos que conlleve a tener un entorno saludable.
10. Identifique y combata los diferentes prejuicios que pueden existir hacia determinados grupos de la población (mujeres, adolescentes, ancianos, enfermos de VIH/SIDA, personas con adicciones, diabéticos, personas con preferencias sexuales diferentes).

### **Recomendaciones a todos los programas**

1. Incorporar el enfoque intercultural, de género y el respeto a los derechos humanos, adecuando sus procedimientos en razón de ello.

2. Reconocer y respetar el derecho a la diversidad e identidad cultural de los usuarios y usuarias de los programas de salud, manifestada en la pertenencia étnica, el género, edad, preferencias sexuales, religiosas y ubicación social.
3. Capacitar al personal que opera el programa, respecto a la cultura, género y derechos humanos, a fin de mejorar la calidad, el trato digno y la satisfacción del usuario. Capacitar a todo el personal operador de los programas de salud en el enfoque intercultural, de género y en derechos humanos.
4. Promover las competencias culturales necesarias para brindar un trato digno a la población usuaria potenciando en la formación y capacitación los elementos de la cultura, el género y los derechos humanos.
5. Desagregar la información del sistema nacional de información en salud tomando en cuenta las variables de sexo y de etnicidad.
6. Establecer las atribuciones pertinentes para fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud en estos temas.

### **Recomendaciones para la realización de consultas informadas a la población**

Tienen como propósito el escuchar y tomar en cuenta las observaciones, expectativas y propuestas que la población tiene sobre la temática o programa, volviendo a la población sujeto de la acción y no objeto de la misma, Se procura consensuar estas propuestas con los usuarios para proponerlas a las instancias responsables, de manera que se facilite su incorporación. De esta manera se enriquece la propuesta institucional y se vuelve realista y amable de acuerdo a los contextos culturales y las circunstancias sociales, tomando en cuenta las necesidades particulares.

Las consultas ayudan a establecer si las estrategias y propuestas establecidas por la institución o solicitada por la comunidad son en efecto necesarias o si hay otras alternativas. Además, recoge las preferencias culturales de la comunidad que responden a sus necesidades.

Se llama “informada” porque la Institución deberá informar a los convocados las razones de la acción de la acción o programa la reunión, las opciones y alternativas, así como los productos que se intenta obtener. Estas consultas no sustituyen la realización de las “Consultas Previas, Libres e Informadas a Comunidades y Pueblos Indígenas” deben realizarse con una metodología establecida ya en el ámbito internacional en el marco de los derechos de los pueblos indígenas.

Es obligatorio consultar siempre a la comunidad previo a la realización de cualquier acción o programa que les atañe, porque al consultar a la comunidad solicitante, la institución oficial puede responder mejor a las necesidades y expectativas diferenciadas de las



comunidades étnicas y la acción o programa tendrá mayor comprensión, impacto y aceptación.

### **Modelos Interculturales**

Impulsar la Implementación de modelos Interculturales, como el Modelo de Atención a las mujeres con enfoque Humanizado, Intercultural y seguro en la atención del parto, establecido como recomendación 31/2017 de la CNDH.

Promover la capacitación/sensibilización Intercultural al personal directivo, operativo y en formación de los servicios de salud, para atender la promoción en materia de derechos indígenas, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación, así como para la atención integral a víctimas.

Fomentar modelos de organización comunitaria y la designación de representantes en la comunidad que faciliten acciones de promoción y prevención en salud, bajo un enfoque intercultural.

Establecer la Interrelación de los Servicios de Salud con la Medicina y partería Tradicional Indígena.

Impulsar la inclusión de la herbolaria medicinal, los medicamentos homeopáticos y los insumos de la acupuntura humana en la atención de la salud de la población.

Impulsar la promoción de estrategias de nutrición culturalmente adecuada, como la “Dieta de la Milpa” para contribuir a erradicar la malnutrición.

Impulsar la definición de “Redes Integrales e Interculturales de Flujo Real de pacientes” con la inclusión de unidades interculturales de salud (incluyendo hospitales), la medicina tradicional y los actores de la salud comunitaria.

Impulsar la inclusión de “Infraestructura intercultural” en la planeación y diseño de unidades de salud.

Impulsar las Redes de Unidades y Hospitales Interculturales.

Promover el ejercicio saludable, como modelos alternativos como el Qi gong.

## GLOSARIO:

**Política Pública:** Conjunto de estrategias, programas y acciones o inacciones de gobierno que, con una visión común, articulan diferentes procesos que inciden o afectan el bienestar y calidad de vida para la sociedad. Son decisiones y objetivos que el Estado opera para resolver problemas públicos y demandas de la sociedad de forma racional, a través de un proceso de acciones gubernamentales. Al hablar de políticas públicas se hace referencia a la conformación de acciones estratégicas que tienen como fin responder a las demandas y necesidades de la ciudadanía, o bien solventar o mitigar los problemas públicos DGPLADES.

**Programas de salud:** Conjunto de acciones que implementan los gobiernos para el mejoramiento de sus condiciones de sanitarias y de vida de la población. Son un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados en relación con los problemas de salud precisos y para una población determinada. Es un instrumento generalmente desarrollado por entidades públicas, pero que igualmente puede surgir en el seno de empresas privadas u organizaciones no gubernamentales<sup>72</sup>.

**Derechos Humanos:** Conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en la Constitución Política, los tratados internacionales y las leyes. Son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles. CNDH.

**Interculturalidad:** Proceso de comunicación e interacción entre personas y grupos con identidades culturales específicas, donde no se permite que las ideas y acciones de una persona o grupo cultural tengan más valoración o estén por encima del otro, favoreciendo en todo momento el diálogo, la concertación y con ello, la integración y convivencia enriquecida entre culturas. DGPLADES.

**Discriminación:** Práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo, que a veces no percibimos, pero que en algún momento la hemos causado o recibido. Hay grupos humanos que son víctimas de la discriminación todos los días por alguna de sus características físicas o su

---

<sup>72</sup> Raynald Pineault La planificación sanitaria: Conceptos, métodos, estrategias (citado por Segura del Pozo, 2009)

forma de vida. El origen étnico o nacional, el sexo, la edad, la discapacidad, la condición social o económica, la condición de salud, el embarazo, la lengua, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil y otras diferencias pueden ser motivo de distinción, exclusión o restricción de derechos. CONAPRED.

**Grupos en Situación de Vulnerabilidad:** Son grupos de personas que se encuentran en una situación de desigualdad de oportunidades para el ejercicio pleno de sus derechos. Esta situación es generada por las relaciones sociales de riesgo y discriminación que les impide alcanzar mejores niveles de vida y, por tanto, requieren de atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar. CNDH.

**Población indígena o comunidad indígena:** Son un conglomerado de personas con derechos humanos, que forman parte de México, viven en el país o fuera de él, que se adscriben a un grupo cultural, diferente a la población hispano hablante, hablan una lengua indígena o tienen un vínculo filial con hablantes de esta lengua –como el caso de los niños menores a 5 años–, gozan de reconocimiento comunitario, están insertos, reproducen y conocen los sistemas culturales, sociales, epistemológicos o de conocimiento, religiosos y de salud de su comunidad.

**Indígena:** Es aquella persona pertenece a una población o comunidad indígena y que cumple con las características que lo vinculan a una población indígena.

**Lengua indígena:** es aquella lengua, diferente al español, que hablan las personas pertenecientes a poblaciones indígenas con estructura, con sistemas internos en su estructura y uso.

**Pueblos Afromexicanos:** Son aquellas personas y comunidades que descienden de la población africana asentada en territorio nacional desde la época colonial y forman una unidad social, económica y cultural; que ha desarrollado formas propias de organización social, económica, política y cultural y que poseen aspiraciones comunes y afirman libremente su existencia como pueblo culturalmente diferenciado. El origen de la población afrodescendiente en México y en otros países de América se remonta a la época virreinal, cuando, a partir del siglo XVI, millones de personas fueron trasladadas de manera forzada por los países europeos, del continente africano a América y obligadas a trabajar en haciendas, ingenios, gremios, minas o en labores domésticas. También son descendientes de africanos algunas personas que han llegado a vivir a México como parte de movimientos migratorios o como refugiados en épocas posteriores. A diferencia del término afrodescendiente, el término afromexicanos hace referencia al entorno cultural mexicano en el cual ha crecido o vive. INPI/PNUD.

**Entornos saludables:** Son aquellos ambientes y espacios donde nacen, viven y se desarrollan las personas a partir de las actividades que suceden en su alrededor propiciadoras de una adecuación para la vida plena. La relación entre la salud y

el entorno construido abarca elementos físicos como edificaciones, calles, espacios abiertos e infraestructura en general, y su condición para promover actividad física. Otros elementos son el uso y tipo de suelo, la calidad de agua, del aire y de sanidad en general, la morfología de las ciudades y su influencia en los estilos de vida de las personas y la influencia de las áreas de recreación, parques y jardines en la salud mental. DGPLADES

**Diversidad Cultural:** Se refiere a la multiplicidad de formas en que se expresan las culturas de los grupos y sociedades”, expresiones que son transmitidas “dentro y entre los grupos y las sociedades”. La diversidad es un valor. UNESCO

**Diversidad Sexual:** Hace referencia a todas las posibilidades de asumir, expresar y vivir la sexualidad, así como de asumir identidades y preferencias sexuales (distintas en cada cultura y persona). Es el reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas. CONAPRED.

**LGTTTBI:** Siglas para referirse a las poblaciones lésbicas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, travestis e intersexuales. CONAPRED.

## ABREVIATURAS

**CNDH** Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

**CONAPRED** Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

**DGPLADES** Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

**INPI** Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas.

**PNUD** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

**UNESCO** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

**CPEUM** Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

## **Directorio**

Dr. Jorge Alcocer Varela

**Secretario de Salud**

Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar

**Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud**

Dr. Luis Enrique Pérez Olguín

**Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud**

Dr. José Alejandro Almaguer González

**Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural**

**Revisión, octubre de 2023**