



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ALCANCES E IMPLICACIONES DE LOS ENFOQUES
MULTICULTURAL, INTERCULTURAL Y TRANSCULTURAL
EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MARIA TERESA TORRES PEÑALOZA

NO. DE CUENTA: 315156782

ASESORAS ACADÉMICAS: DRA. ROSA MARÍA OSTIGUIN MELÉNDEZ

MTRA. JAZMÍN ALEJANDRA ORGAZ GONZALEZ

CDMX

AGOSTO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Si miras a través de mis ojos, entenderías que mi origen es de las tierras de en
medio,

Si miras a través de mis ojos, entenderías que estoy echa de caña, chipil y maíz,

Si miras a través de mis ojos, entenderías que mi fuerza viene de la tierra por que
he nacido con ella,

Si miras a través de mis ojos, entenderías que estoy cubierta de montañas,
llanuras y flores,

Si miras a través de mis ojos entenderías que mi lengua es vida y mi esencia es
pura,

Si miras a través de mis ojos, entenderías la emoción de mi alma al entonar con
flautas y tambores la Danza del Pan,

Si miras a través de mis ojos, entenderías que soy la luz que guía tu camino en
tiempos de siembra,

Si miras a través de mis ojos, entenderías que la mujer indígena es fuerte,

Si miras a través de mis ojos, entenderías que soy un símbolo de esperanza para
mi pueblo,

Si miras a través de mis ojos, entenderías que soy arte para tus ojos.

María Teresa Torres Peñaloza

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, quien ha sido mi alma mater durante ocho años, a la Facultad de Enfermería y Obstetricia por haber hecho de mi formación profesional una experiencia de excelencia y calidad. En especial, al Programa de Promoción y Cuidado a Personas en Condición de Cronicidad no Transmisible desde la Atención Primaria a la Salud, por haberme brindado las herramientas necesarias para el desarrollo de esta investigación.

A la Dra. Rosa María Ostiguín Meléndez, por ser la impulsora de este programa y permitirme formarme en él, por guiarme académicamente con su experiencia y profesionalismo y por impulsarme a vivir experiencias que me permitieron crecer profesional y personalmente.

A la Mtra. Jazmín Alejandra Orgaz González, por ser mi guía principal; al transmitirme su conocimiento, su experiencia, su orientación, su paciencia y su apoyo. Por esa rigurosidad que la caracteriza y ese saber estar en los momentos de tensión, usted fue una pieza clave en la culminación de esta investigación, con sus múltiples consejos y palabras de aliento cuando más lo necesite y por estar allí cuando mis ideas eran aún confusas. Gracias por el entusiasmo, y por contagiarme el amor por la investigación, la llevaré grabada por siempre en la memoria en mi futuro profesional.

A la Mtra. Dulce Elena Castillo Villegas, por inculcarme sus conocimientos y experiencias que sumaron en la realización de este trabajo. Del mismo modo, agradezco su apoyo y motivación para desarrollarme profesional y personalmente, su presencia fue reconfortante durante todo este proceso.

Dedicatoria

Papá, el pilar y guía de mi vida, gracias a usted soy una mujer fuerte e independiente, con vocación, convicción y determinación. Todos los sacrificios que ha hecho por mí comienzan a tomar sentido, siendo este el primero de muchos. Cada escalón de mi vida lo hemos logrado juntos, con su apoyo incondicional siendo el principal promotor de mis sueños.

Mamá, eres el centro de mi vida y mi motor, gracias por todos los consejos, las charlas, las risas y los abrazos. Gracias por ser mi luz, por enseñarme a superar todos los obstáculos y alcanzar mis sueños, por hacer de mí una mujer fuerte e independiente.

Esta tesis es un tributo a su amor y dedicación hacia mí. Espero se sientan orgullosos de lo que hemos logrado juntos y que esto sea el comienzo de un futuro brillante y prometedor. Nunca les podré agradecer lo suficiente por todo lo que hicieron y siguen haciendo por mí, los amo.

A mi hermano Eduardo Cuch, mi compañero de alegrías y tristezas, mi guardián y mi respaldo. Gracias a ti adquirí el don de la paciencia, basta una mirada para entenderlo todo, te amo.

A mis tías; Amparo Cariño, gracias por ser mi amiga antes que todo, por ser mi segunda madre, por valorar mis pequeños logros y esperar siempre lo mejor. Junto a usted aprendí que se puede querer como a una madre a quien te quiere como una hija. Agradezco su apoyo incondicional en mi vida académica y personal. La quiero mucho.

Marga Torres, gracias por haberme acogido incondicionalmente desde el primer día en que llegué, por brindarme un hogar cálido y amoroso en el transcurso de mi formación profesional y personal. Gracias por brindarme su confianza, sin su apoyo no hubiera podido lograr este primer peldaño. La quiero mucho.

A mis hermanas de vida, Kendy, Arely, Elizabeth, Ofelia, Dayra, Citlalli y Belén. Con ustedes he compartido las experiencias más grandes de mi vida, siendo las principales constantes en mi vida, con su apoyo, amor, acompañamiento, alegrías, tristezas, aventuras y todos los momentos compartidos. Son las personas en las que más puedo confiar y el hombro en el que puedo llorar. Los amo siempre.

A mis amigos chilangos, Alejandra, Daniel, Leticia, Dulce, Víctor y Fátima, gracias por ser mi familia y mi hogar durante estos años. Gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto, las historias vividas, los tropiezos y los aciertos. Con ustedes aprendí la unión y el trabajo en equipo. Los amo infinitamente.

En memoria de mis abuelitos Amparo Cariño y Eliseo Peñaloza, y de mi tío Eliseo Cariño. Por guiar mi camino con mucha luz y fuerza, los quiero siempre.

Índice

Introducción.....	7
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	12
Objetivos	14
Antecedentes	15
Atención Primaria de Salud en Latinoamérica	16
Atención Primaria de Salud en México	18
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	21
Concepto de salud.....	22
Diversidad cultural y salud	24
Enfermería como fenómeno cultural o cuidado cultural	25
El modelo transcultural de Madeleine Leininger	28
Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría.....	29
Aplicación de datos empíricos	29
Diversidad y universalidad de los cuidados culturales	30
Principales conceptos y definiciones	31
Conceptos del metaparadigma enfermero.....	32
Metodología.....	34
Resultados	37
Discusión.....	49
Conclusiones.....	51
Anexos	62
Referencias	71

Introducción

En un mundo cada vez más globalizado y diverso (halando culturalmente), la atención primaria de salud se enfrenta al desafío de proporcionar servicios de calidad, adecuados y culturalmente sensibles a las poblaciones diversas. El reconocimiento y la valoración de las diferencias culturales se han convertido en elementos clave para garantizar una atención de calidad y equitativa. En este contexto, los enfoques multicultural, intercultural y transcultural han surgido como perspectivas fundamentales en la atención primaria de salud, abordando las necesidades específicas de las comunidades diversas y promoviendo una atención centrada en el individuo.

El presente estudio tiene como objetivo evidenciar los alcances e implicaciones de los enfoques multicultural, intercultural y transcultural en la atención primaria de salud en México, a través de una revisión exhaustiva de la literatura y el análisis de casos de estudio, se busca comprender cómo estos enfoques han transformado la práctica de la atención primaria de salud, así como su impacto en la calidad de los servicios y los resultados de salud de las poblaciones atendidas.

En primer lugar, se examinará el enfoque multicultural, el cual reconoce la diversidad cultural y busca respetar y valorar las diferencias culturales en la atención de salud. Se explorarán las implicaciones de este enfoque en términos de sensibilización cultural, competencia cultural del personal de salud y adaptación de los servicios de salud a las necesidades de las diferentes culturas presentes en una comunidad.

A continuación, se analizará el enfoque intercultural, el cual promueve un diálogo activo y una colaboración entre los proveedores de salud y las comunidades. Se investigará cómo este enfoque ha facilitado la participación comunitaria, el intercambio de conocimientos y la integración de los sistemas de medicina tradicional y occidental.

Finalmente, se examinará el enfoque transcultural, que reconoce que las personas pueden pertenecer a múltiples culturas y que la cultura es dinámica y fluida. Se explorarán las implicaciones de este enfoque en términos de adaptación individualizada de los planes de cuidado y tratamiento, así como la importancia de considerar la identidad cultural única y el contexto socioeconómico de cada individuo.

A través de este estudio, se espera contribuir al conocimiento y la comprensión de los enfoques multicultural, intercultural y transcultural en la atención primaria de salud, identificando sus beneficios, desafíos y mejores prácticas. Los resultados de esta investigación podrían proporcionar recomendaciones y pautas para mejorar la atención de salud en contextos multiculturales, promoviendo la equidad, la accesibilidad y la calidad en los servicios de atención primaria.

Planteamiento del problema

Las condiciones sociales, psicológicas, biológicas, ambientales, económicas, laborales, conductuales, culturales, etc., van a influir o condicionar las posibilidades de una persona, grupo o comunidad de estar “saludable”. Ahora bien ¿a qué llamamos salud? O ¿qué es estar saludable?, el concepto de salud que nos establece la OMS nos dice que; “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Derivado de esto, podemos describir que no existe un estado completo de bienestar sino la existencia de un estado de “equilibrio” para mantener la propia integridad o la capacidad del autocuidado a través de la percepción individual. Los seres humanos somos seres cambiantes y en constante movimiento condicionados por el entorno en el que existimos, por ello, está en continua evolución, lo mismo sucede con la salud que depende de la capacidad de crear una relación de equilibrio o de armonía con el entorno, es decir, la capacidad que tenemos de coexistir.

México es el segundo país de mayor diversidad cultural en el mundo, después de India. Cuenta con 62 pueblos indígenas con sus lenguas, sin contar las variantes. Esto representa a más de 12 millones de personas que suponen alrededor de la quinta parte de la población de México¹.

Es importante mencionar que cuando hablamos de diversidad cultural, no sólo debemos referirnos a las comunidades o pueblos indígenas, que si bien, son una parte fundamental de nuestra riqueza cultural, también debemos saber que la diversidad cultural la podemos encontrar en todos los grupos y sociedades que existen, tal como la define la UNESCO en su Artículo 4.1 de la Convención sobre la Protección y la Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales: “Multiplicidad de formas en que se manifiestan las culturas de los grupos y sociedades. Estas manifestaciones se comparten dentro de los grupos y sociedades y también entre ellos. La diversidad cultural se manifiesta no sólo a través de las distintas formas en las que se manifiesta el patrimonio cultural de la humanidad, enriquecido y compartido gracias a una variedad de expresiones culturales, sino

también a través de los distintos modos de creación artística, producción, distribución, difusión y disfrute, cualquiera que sea el medio y la tecnología utilizados”

Todo esto parece confirmar que existen maneras distintas de ver el mundo (cosmovisión) y comprenderlo, de modo que al relacionarse con el entorno cada persona, grupo o comunidad, tendrá características específicas que los harán ser únicos o en su caso diversos a otros, pero constituyendo una fuente de riqueza para todos. Retomando la frase de la Campaña Nacional por la diversidad cultural de México, esta menciona que “Al relacionarnos con respeto con sus descendientes, se convierten en fuente de originalidad y pluralidad, materia de innovación, creatividad, intercambio y enriquecimiento para todos”.

En materia de salud cuando hablamos de diversidad cultural nos encontramos con grandes vacíos en cuanto a la atención y calidad de los servicios que se brindan. En materia de la salud como derecho “Todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud, sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a grupo étnico u otra condición. La no discriminación y la igualdad exigen que los Estados adopten medidas para reformular toda legislación, práctica o política discriminatoria.”² por lo que podemos concluir que no se está cumpliendo con uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, ya que existe evidencias a través de indicadores que evalúan la efectividad en el mejoramiento de la salud, que derivan desventajas y discriminación de estos grupos poblacionales.

En el contexto de la APS integral, o APS centrada en el desarrollo social y económico, la salud y las enfermedades de la población se entienden, a la vez, como un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país. En este sentido, se parte de reconocer la producción social y cultural de la salud, donde la cultura es un elemento central que permite afirmar que hay diversidad de sistemas de salud.³

En el actual programa nacional de salud, pese a que se reconoce la importancia de la APS para la mejora del sistema, no se establecen intervenciones con enfoque cultural, ni cómo será la participación del gremio en este; por lo que nos planteamos,

¿Qué estamos haciendo desde la enfermería?; si el cuidado de enfermería visto desde la multiculturalidad, interculturalidad o transculturalidad se convierte en un desafío constante, ya que debe considerar tener el conocimiento de creencias, valores, prácticas, usos y costumbres, etc., de la persona, grupo o comunidad con la cual se establece un sistema de cuidados que debe estar basado siempre en el respeto, para lograr cuidados de enfermería de calidad, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los alcances e implicaciones de los enfoques multicultural, intercultural y transcultural en la Atención Primaria de la Salud?

Justificación

Es necesario reconocer que vivimos en un país multicultural, en donde las y los profesionales de la salud de áreas como enfermería, medicina, química, biología, etc. Deben ser formados con competencias culturales y sociales más allá del conocimiento científico, clínico y tecnológico. Con la finalidad de crear vínculos es una atención de salud eficiente para los grupos poblacionales con características híbridas, es decir, comunidades indígenas, religiosas, inmigrantes, personas en situación de calle, etc., que se establecen en los espacios rurales y urbanos del país.

Frente a la realidad de una sociedad multicultural las enfermeras y demás profesionales sociosanitarios involucrados en la salud, se visualiza la necesidad de prepararse para ser competentes, no sólo desde el punto de vista científico, clínico o tecnológico, sino también de aunar esfuerzos para ser competentes culturalmente a la hora de atender poblaciones cada vez más heterogéneas, es decir, desde una procedencia rural o urbana, en diferentes niveles sociales o económicos, de diferentes grupos étnicos, religiosos o provenientes de otros países. Teniendo a su vez en cuenta el aumento de las migraciones y la necesidad de las enfermeras de adaptarse a esta realidad, se genera la necesidad de conocer cómo debe abordar la enfermera el cuidado transcultural. ⁴

Además de crear vínculos reales y potenciales con perspectivas culturales desde el cuidado de enfermería para poder incidir o tener participación al momento de crear políticas públicas de salud, modelos y programas de salud con operacionalizado en estos contextos, multiculturales, interculturales y transculturales, y dejar de lado las ideas utópicas de las necesidades que se tienen, es necesario, crear intervenciones que estén dirigidas considerando las características de la persona, grupo o población, analizando sus necesidades reales, a través de las competencias culturales que se adquieren al conocer las culturas, las creencias o percepciones que se tienen en torno al propio cuidado. Esto debe ser un enriquecimiento cultural o lo que bien denomino una horizontalidad del conocimiento.

Los motivos para realizar esta investigación surgen de una necesidad personal; nací y crecí en una comunidad indígena, viviendo las carencias, discriminación y barreras existentes en materia de salud. Estas circunstancias van a determinar el modo de vivir el proceso de salud-enfermedad de un individuo, grupo o comunidad; considerando que, para cubrir las necesidades existentes en salud en México, quien preside una diversidad cultural, es necesario adecuar intervenciones basadas en la atención o el cuidado cultural, así como, a través de la Atención Primaria de Salud (APS) que será una guía para garantizar atención centrada en las necesidades de la persona, grupo o comunidad.

La presente investigación está dirigida a describir los alcances e implicaciones de los enfoques multicultural, intercultural y transcultural en la Atención Primaria de la Salud, a través del estado del arte en los últimos diez años.

Objetivos

General

Identificar la mejor evidencia para describir los alcances e implicaciones de los enfoques multicultural, intercultural y transcultural en la Atención Primaria de la Salud, a través del estado del arte en los últimos diez años.

Específicos

- Recuperar la mejor evidencia para establecer un análisis de conceptos de autores sugeridos, de los enfoques multicultural, intercultural y transcultural en salud.
- Identificar los modelos de Atención Primaria de Salud (APS) implementados en México, tomando en cuenta los alcances e implicaciones o la operacionalización de estos.
- Clasificar los modelos de APS que implementan un enfoque multicultural, intercultural o transcultural operacionales en México.
- Proponer un modelo con enfoque multicultural, intercultural y transcultural de Atención Primaria de la Salud (APS) con aplicabilidad en México, gestionado por enfermería.

Antecedentes

La atención primaria de salud (APS) se define como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables”, ya que busca que tanto individuos como familia se integren y participen en todas y cada una de las etapas de su desarrollo mediante el fomento de autorresponsabilidad y autodeterminación; formando parte tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad, representando así el primer nivel de contacto de las personas, el núcleo familiar y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible al lugar donde residen y trabajan las personas.⁵

El concepto de APS ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones desde 1978, lo que ha generado confusión sobre su significado y en la práctica. Con el objetivo de organizar las labores futuras en materia de APS mundialmente, nacionalmente y local, y a modo de orientación en su puesta en práctica, se ha elaborado una definición clara y sencilla:

«La APS es un enfoque de la salud que engloba a la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible en el transcurso del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas». OMS y UNICEF. *A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs.*

La APS comprende tres componentes interrelacionados y sinérgicos: servicios de salud coordinados y completos, en los que se incluyen, como piezas centrales, la atención primaria y funciones y bienes de salud pública; acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud más extendidos y de carácter general, y el establecimiento de un diálogo con personas, familias y

comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación de la población y elevando la auto asistencia y la autosuficiencia en la salud.

La APS surge del compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación, además se basa en el reconocimiento del goce máximo de salud como derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. ⁶

Atención Primaria de Salud en Latinoamérica

Los sistemas de salud de los países latinoamericanos en su mayoría presentan los siguientes desafíos: dotar a los sistemas de salud con talento humano en número suficiente y capacitado, superar la fragmentación/segmentación de los sistemas de salud, garantizar la sostenibilidad financiera, mejorar la gobernanza, la calidad de la atención y los sistemas de información, reducir las inequidades en salud, ampliar coberturas, prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional y el cambio del perfil epidemiológico y aumentar la capacidad resolutive del sistema público de salud.

Diversos estudios reportan que, para alcanzar sistemas de salud basados en la APS, se deben superar barreras como la segmentación de los sectores público y privado, la falta de sostenibilidad financiera, la reducción de las desigualdades en salud, la visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo, las reformas de salud que han dividido a la población, la participación comunitaria limitada, la escasa continuidad de las políticas de salud, la rectoría y el liderazgo estatal débil, los recursos humanos insuficientes en número y capacitación, la falta de capacidad resolutive, de coparticipación y corresponsabilidad de los integrantes del equipo, la ausencia de evaluación de los resultados de la estrategia y la falta de flexibilización en la gestión que permitan la adaptación a cada realidad y contribuyan a la mejora de la coordinación entre los distintos recursos y niveles asistenciales. ⁷

A partir de la pandemia de COVID-19 la APS en Latinoamérica ha enfrentado diversos desafíos, y se espera que tenga necesidades particulares después de la crisis, como las siguientes: ⁸

- Fortalecimiento de la infraestructura: ya que países latinoamericanos ha enfrentado limitaciones en infraestructura y recursos durante la pandemia. Después de la crisis, será crucial fortalecer y expandir la infraestructura de salud para garantizar que las instalaciones de APS estén adecuadamente equipadas y sean accesibles para la población.
- Recursos humanos: debido a la escasez de personal de salud, especialmente médicos y enfermeras, ha sido un desafío persistente en la región. Después de la pandemia, será necesario invertir en la formación y contratación de profesionales de la salud para fortalecer los equipos de APS y asegurar una cobertura adecuada.
- Atención integral de salud mental: pues la pandemia ha tenido un impacto significativo en la salud mental de las personas, lo que genera la necesidad de fortalecer los servicios de salud mental en la APS. Será fundamental capacitar a los profesionales de la salud en la identificación y manejo de trastornos mentales, así como garantizar el acceso a servicios de apoyo psicológico y psiquiátrico.
- Prevención y control de enfermedades no transmisibles: debido a que las personas con mayores complicaciones por COVID 19 tenían de antecedente tener una o más enfermedades crónicas, destacado la importancia de abordar las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. Después de la crisis, la APS deberá enfocarse en la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y el manejo de condiciones crónicas.
- Tecnología e innovación: la incorporación de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la APS puede ser fundamental para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud. Después de la pandemia, será necesario invertir en la infraestructura tecnológica y capacitar al

personal de salud en el uso de herramientas digitales para facilitar la atención remota, el monitoreo de pacientes y la gestión de datos.

- Coordinación y colaboración: se necesita una mayor coordinación y colaboración entre los diferentes niveles de atención y los actores relevantes en el sistema de salud. Después de la pandemia, se requerirá un enfoque integrado y multidisciplinario para abordar las necesidades de salud de la población, así como fortalecer la cooperación entre los países latinoamericanos en materia de salud.

Atención Primaria de Salud en México

La concepción de la APS-I Mx tiene sus raíces en el modelo de atención adoptada en la Conferencia de la OMS en Alma Ata en 1978. Su innovación consistió en un nuevo acercamiento a la defensa y mejoramiento de la salud poblacional y de la comunidad, esto significó una concepción no medicalizada más allá de la atención médica a las personas.⁸

En México hay un sosiego de los conceptos de APS y el primer nivel de atención pues se establecen como equivalente. Por ello, una profesora investigadora de un Instituto, afirmó lo siguiente: “Si nos enfocamos al concepto moderno de atención primaria en la salud establecido por la OMS, tendríamos que considerar que tiene atributos muy específicos, por ejemplo, es una atención centrada en la persona, por supuesto de primer contacto, pero ahí la diferencia del primer nivel, porque el primer nivel de atención es solamente la puerta de entrada, pero no necesariamente reúne el resto de los atributos de atención primaria que tendría que ser la integralidad, otorgada por equipos multidisciplinarios que permitan responder a necesidades de salud de estas personas; que sea continua en términos de la atención a lo largo del curso de vida y no atención solamente de un momento; y coordinada al interior del sistema de salud entre los distintos niveles de atención.”⁹

La APS como concepto, libre del lugar en donde se aplique, la atención debe ser basado en un modelo centrado en la persona, y no centrado en una atención aislada. La atención primaria debe buscar ser centrada en la persona, después debe ser establecida integral por un equipo de salud multidisciplinario que puede ser,

desde algo tan básico: médicos y una enfermera así como con otros profesionales de la salud, como trabajadores sociales, nutriólogos, psicólogos, etc. Atención integral basado en las necesidades de las personas y de la población, no como una respuesta a una demanda aislada y debe tener una continuidad de atención a lo largo de la vida de otras personas.⁹

Si bien se han elaborado diversas políticas para impulsar modelos basados en APS en México, la historia muestra que han estado lejos de concretarse en el sistema nacional de salud. Esta cuestión fue formulada de la siguiente manera por dos informantes con perfiles diferentes; una directiva de un SESA y una consultora de la OPS.

“Lo que yo observo en nuestro país es que no ha sido uniforme en todos los estados la estrategia como una política de salud nacional, ha estado en documentos técnicos, pero no ha formado parte de una política en salud social como tal, sino que ha estado inmersa en el discurso, más sin embargo no bien definida como estrategia para poder aterrizar.” [SESA 5]

“El país no avanzó a dar los pasos concretos a fin de materializar la implementación del modelo de atención, por tanto, yo le diría que sí se registra en la historia del sistema de salud mexicano estos hitos, estos intentos por girar el sistema hacia la APS, sin embargo, son intentos que se quedaron en la formulación teórica y en el esfuerzo formal pero no lograron una concreción en la práctica.” [OPS 1]

Entre los desafíos encontrados para implementar la APS en México se relacionan con los recursos humanos en salud, en la formación y en la disposición en los servicios y la capacitación de la fuerza laboral. Otro desafío clave es pasar de un esquema conceptual sobre APS integral, a la realidad en la prestación de servicios de salud, en las diferentes instituciones y en los distintos niveles de atención. Por lo que es necesario buscar estrategias generales para la integración en el sistema nacional de salud y mejorar la implementación del Modelo de Salud para el Bienestar.⁹

- Afianzar programas sectoriales de salud, como el modelo de salud, independientemente de cada sexenio se debe dar continuidad en las políticas y prácticas exitosas.
- Emplear más recursos financieros para promover el primer nivel de atención, mejorar su infraestructura y para la conformación de equipos multidisciplinarios de salud.
- Adecuar, renovar y sensibilizar permanentemente sobre APS a trabajadores directivos y operativos de los servicios de salud.
- Se debe crear del modelo basado en APS, redes integrales de servicios de salud con la participación activa de las diversas instituciones del sector.
- La APS es un método indispensable para lograr la cobertura universal. El dilema aquí no debe ser si primero una y luego la otra, sino que deben ser objetivos paralelos.
- La participación comunitaria es un factor fundamental para el éxito de un modelo basado en APS. Debe ser consiente, organizada y sin propósitos clientelares ni paternalistas. Para potenciar esta participación sería útil recuperar experiencias de los antiguos comités de salud.
- Como parte de la APS es necesario fomentar un trabajo intersectorial donde las diversas instituciones asuman de manera coordinada sus responsabilidades y romper el paradigma de que los temas de salud pública y sus determinantes sociales solo competen al sector salud.
- Impulsar la formación de gestores de salud a nivel básico dirigido a personas originarias o habitantes de las propias comunidades.
- Reforzar la educación en salud de la población en general para revertir la idea de la medicina curativa. ⁹

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

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 es el sustento declarativo que define la operación de la 4ª 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. ³

Uno de sus ejes transversales es “la Igualdad de género y sus estrategias, las políticas de interculturalidad y trato digno”. Toma relevancia ante las transformaciones que requirieron 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. ³

En el marco de la Atención Primaria en Salud (APS I) se impulsa con este documento, la inclusión de los modelos interculturales, adecuados para nuestro país, que como bien sabemos contamos con una población diversa culturalmente y se plantea en el Modelo de Salud Intercultural que tiene como objetivo mejorar el Sistema Nacional de Salud, para dar respuesta a las necesidades de la población, tomando en cuenta los determinantes sociales de salud, permitiendo integrar en los niveles de atención a través de la definición de redes funcionales de servicios de salud, las cuales se construyen desde y con la comunidad. ³

El Modelo Intercultural en el marco de la Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada , 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 “unidades interculturales”. Su articulación en redes involucra a diferentes actores comunitarios en beneficio de la salud colectiva. ³

hasta un concepto en relación con la ideología actual, relacionado con la calidad de vida y el estado de bienestar del individuo. ¹⁰

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

El concepto de salud a través de la evolución de la humanidad puede llegar a limitarse a la frase “Todos hablan de salud, pero nadie sabe lo que es.” Quienes la definen como "un estado de bienestar físico, mental y social", rescatan el concepto del reduccionismo que lo enmarca en una relación causa-efecto respecto a los cuidados médicos. Como ya se mencionó, las variables involucradas son numerosas, heterogéneas y complejas. Escribir esto, hace pensar en un proceso evolutivo de la definición, producto del transcurso de milenios que dejan huellas en la consciencia y el pensamiento de los hombres, enmarcados dentro de diversas civilizaciones, hitos de la humanidad. En virtud de lo señalado es necesario recalcar, que históricamente el concepto salud va de la mano con la definición de enfermedad haciéndose en muchos casos, muy difícil establecer límites entre ambos, frontera con frecuencia ambigua y sutil, como pueden ser las percepciones y creencias de los seres humanos. ¹⁰

En cada momento histórico se han producido importantes variaciones en la concepción de la salud y la enfermedad, los cambios más relevantes han tenido lugar en la segunda mitad del siglo XX. Esta evolución ha significado, sin duda, un nuevo e importante paradigma ideológico en el campo de la salud.

El estilo de vida óptimo relacionado con la salud, se relaciona en la definición de la salud en conclusiones positivas, de bienestar y capacidad de funcionar, tomando

la ideología integral de la persona, e implica la consideración de las diferentes dimensiones que componen este concepto.

La definición de salud propuesta por la OMS supuso un importante avance: es un concepto positivo, no está centrado en la idea de enfermedad, sino en la salud del individuo; es un concepto integral pues se considera al individuo como ser biopsicosocial. No obstante, se pueden hacer algunas observaciones a esta definición.

Es subjetiva ya que relaciona los conceptos de bienestar a salud, como sinónimo y no siempre sentirse bien es equivalente a tener salud. También es utópica: el completo bienestar es un objetivo difícilmente alcanzable. Es estática, pues considera la salud como un estado, mientras que, en realidad, la salud es un proceso cambiante.¹⁰

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 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.⁹

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 de los pueblos indígenas de México, 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. ⁹

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. ⁹

Enfermería como fenómeno cultural o cuidado cultural

La enfermería puede ser vista como un fenómeno cultural, ya que está estrechamente relacionada con las prácticas y creencias de una determinada sociedad o comunidad, a su vez los cuidados de enfermería son influenciados por factores culturales, incluyendo las tradiciones, valores, normas y creencias de las personas a las que se brinda atención, por lo que podemos decir que los cuidados culturales son una parte integral de la enfermería transcultural, que se refiere al reconocimiento y respeto de las diferencias culturales en la atención de salud.

Los enfermeros y enfermeras deben ser conscientes de que las personas tienen diferentes perspectivas sobre la salud y el cuidado, y deben adaptar su práctica para satisfacer las necesidades culturales y espirituales de cada individuo. Esto implica tener una comprensión profunda de la cultura de los pacientes, incluyendo sus creencias sobre la enfermedad, las prácticas de salud tradicionales, los roles de género, las normas de comunicación y las actitudes hacia la atención médica. Los enfermeros pueden trabajar en colaboración con los pacientes y sus familias para desarrollar planes de cuidados que sean culturalmente sensibles y respetuosos.

Desde hace unos años la profesión enfermera ha comenzado a emplear una serie de subdisciplinas relacionadas con los cuidados culturales entre las que se encuentran: la Enfermería Transcultural, los Cuidados Globales de Enfermería y la Enfermería Antropológica o Antropología de los Cuidados:

- La Enfermería Transcultural es definida por Leininger como “el área formal de estudio y trabajo centrada en el cuidado establecido sobre la cultura, creencias, valores y prácticas sobre salud que tienen las personas durante el proceso de salud-enfermedad, y hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”.¹¹
- Los Cuidados Globales de Enfermería hacen referencia a la práctica de los cuidados desde una perspectiva global, internacional, comparativa y holística, valorando las diferencias culturales con la finalidad de generar una igualdad en salud universal y crear modelos culturalmente competentes y globales.¹¹
- La Enfermería Antropológica o Antropología de los Cuidados estudia los mecanismos de satisfacción de necesidades relativas a situaciones de salud-enfermedad de una determinada cultura y constituye el paso previo para el análisis comparativo intercultural que se establece en la Enfermería Transcultural.¹¹

La enfermería puede considerarse una disciplina social debido a que interactúa en el cuidado de la salud de la persona y del grupo en general, es decir, es una

profesión al servicio de la comunidad. Es la que posibilita la interacción de la persona con su propia enfermedad ya que esta debe colaborar en la prevención o luchar contra la enfermedad, y es aquí donde la relevancia del trato y comunicación con la paciente cobra sentido, esa interrelación que se establece entre las enfermeras y los enfermeros y el paciente es la clave para el éxito de los cuidados en salud. ¹¹

La diversidad cultural en el “cuidado” como determinante en el proceso salud de la valoración de Enfermería. El concepto de cuidados como base para la enfermería y el de cultura proveniente de la antropología, al entablar relación cobran gran importancia para el cuidado que es el objeto de estudio de la profesión de enfermería. Esta unión abarca un concepto más novedoso y amplio, introducido inicialmente por Madeleine Leininger en los años 50, conocido como Enfermería Transcultural, enunciado en su “Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados”. Leininger divisó desde la antropología, la universalidad y diversidad del cuidado al comprender que desde cada cultura ese cuidado presentará una cosmovisión y se le podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las varias formas terapéuticas de abordarla.

Otra definición de cultura en el ámbito de la enfermería española viene dada de la mano de J. Siles, que señala que además de basarse en conductas y pensamientos, incluye el sentir del profesional valorando el proceso de satisfacción de las necesidades de la comunidad. Cada individuo tiene sus propias formas de concebir la vida; prácticas, creencias, valores, tradiciones, etc. Por lo que no es correcto homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás y viceversa. Cada grupo cultural tiene una cosmovisión que está constituida por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje que comparten. Con ese enfoque, la realidad es subjetiva y múltiple y puede verse desde diferentes perspectivas; los significados también son múltiples y se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con los contextos sociales y culturales. ¹¹

El modelo transcultural de Madeleine Leininger

Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska. Inició su carrera como enfermera en 1948, tras recibir su diploma en enfermería en la St. Anthony's School of Nursing, en Denver. En 1965, obtuvo un doctorado en antropología por la Universidad de Washington, en Seattle.

Trabajó como instructora, enfermera de plantilla y enfermera jefe en la unidad médico-quirúrgica y abrió una nueva unidad de Psiquiatría, como directora de servicio de enfermería del St. Joseph Hospital, en Omaha. Durante este tiempo avanzó en el estudio, la administración, la enseñanza, el diseño de planes de estudio de enfermería, realizó las comprobaciones y medidas en la Universidad Creighton de Omaha.

En 1954 obtuvo un MSN en Enfermería Psiquiátrica por la Universidad Católica de América, en Washington DC. Inicia el primer programa de especialidad clínica en enfermería psiquiátrica infantil del mundo. Inició y dirigió el primer programa de enfermería especializada en psiquiatría en la Universidad de Cincinnati y en el Therapeutic Psychiatric Nursing Center, hospital universitario.

Durante esta época escribió uno de sus primeros textos básicos en enfermería psiquiátrica, junto a C. Hofling, titulado Basic Psychiatric Nursing Concepts, en 1960, que ha sido editado en once lenguas y se utiliza en todo el mundo. Entre 1950 y 1960, señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento e interés científico-teórico entre la antropología y la enfermería. Formuló diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la disciplina que fundó: la "Enfermería transcultural".¹²

Basándose en la teoría Antropológica y la Ciencia Enfermera, Leininger desarrolló su teoría desde la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a las enfermeras y enfermeros para brindar el tipo de cuidado que desean o necesitan los demás.¹²

Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría

La teoría de Leininger se deriva de la disciplina de la antropología, pero conceptualiza la teoría para aplicarla a la enfermería. Define a la enfermería transcultural como el área principal de la enfermería y se centra en un estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo en relación con sus conductas asistenciales, cuidados de enfermería, sus valores respecto a la salud y a la enfermedad sus creencias y en los patrones de conducta a seguir para el desarrollo de una base científica y humanística de conocimientos que permita practicar los cuidados de enfermería de una forma específica según la cultura y también universal para todas ellas.¹²

Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales basándose en la creencia de que las personas de diferentes culturas podían informar y determinar mejor el tipo de cuidados que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales. Debido a que la cultura es el patrón y el modo de vida de las personas que influye sobre sus decisiones y acciones, la teoría está dirigida hacia los enfermeros/as que acceden al mundo de su paciente y toman su punto de vista, conocimientos y prácticas como base para tomar decisiones y aplicar acciones profesionales culturalmente congruentes.¹²

Aplicación de datos empíricos

Leininger define los métodos etnológicos como el mejor enfoque para el estudio del cuidado ya que estos métodos se dirigen a describir las visiones de la "verdad", creencias y patrones de vida de las personas. En los años 60, Leininger desarrolló un método etnológico de enfermería para estudiar específica y sistemáticamente los fenómenos de enfermería. La etnología en la enfermería o etnoenfermería se centra en el estudio y clasificación sistemáticos de las creencias, valores y práctica de los cuidados de enfermería, tal y como estos son conocidos cognitiva o subjetivamente por una determinada cultura (o representantes de dicha cultura) a través de su lenguaje local, experiencias, creencias y sistemas de valores respecto a los fenómenos reales o potenciales de la enfermería como son los cuidados, la salud y los factores ambientales.¹²

Con la teoría de los cuidados transculturales y el método de etnoenfermería basado en creencias émic (visión interna), es posible acceder al descubrimiento de cuidados fundados y basados en el individuo, ya que se agregan principalmente datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas étic (visiones externas) del investigador.

Uno de los objetivos importante de esta teoría es ser capaz de atestiguar, comprender, predecir y exponer de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado sol naciente, su finalidad consiste en descubrir los puntos de vista émic, del individuo y la comunidad, con enfoque de los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales.

La meta de la teoría es generar unos cuidados responsables y congruentes culturalmente, que se acoplen de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de las personas.¹²

Diversidad y universalidad de los cuidados culturales

Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista émic (perspectiva del paciente), sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una visión étic apropiada (conocimiento profesional), como base para incluir acciones y decisiones que sean coherentes profesionalmente con las realidades culturales.¹²

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia, adaptando factores culturales sociales, la visión del mundo,

la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales. La teoría de los cuidados culturales puede ser inductiva y deductiva, al derivarse de conocimientos émic y étic. La teoría propuesta debe verse en términos holísticos o dentro de dominios específicos de interés.¹²

Principales conceptos y definiciones

Leininger desarrolló múltiples términos de los cuales destacan los siguientes conceptos principales.

- Cuidado: se refiere a los fenómenos relacionados con la asistencia y las conductas de apoyo y capacitación dirigidas hacia otros individuos (o grupo) con necesidades reales o potenciales para atenuar o mejorar su situación humana o modo de vida.
- Cuidar: actividades que sean la base para orientar, apoyar o capacitar a la persona, grupo o comunidad, tomando en cuenta las necesidades reales o potenciales para mejorar el modo de vida.
- Cultura: son el conjunto de creencias, valores, normas y formas de vida que son adquiridos a través de los años, de generación en generación por la comunidad y que guían sus pensamientos, decisiones, acciones o patrones de comunicación y relación con los demás.
- Cuidado cultural: valores, creencias y expresiones estructuradas que van a influir en el estado de salud- enfermedad de la persona, grupo o comunidad ya sea de manera positiva manteniendo su bienestar físico, emocional y social.
- Valor cultural: dar sentido al modo de vivir, sentir, actuar y demostrar que la persona, grupo o comunidad mantiene en su cultura durante un periodo de tiempo.
- Diversidad del cuidado cultural: cosmovisión que cada individuo de un grupo cultural establece para darle un significado a la salud y bienestar, o la forma de mejorar la situación humana, el modo de vida o la forma de enfrentarse a la muerte.

- Etnocentrismo: convicción de que las ideas, creencias y prácticas propias son superiores a las de las otras culturas.
- Imposición cultural: tendencia del personal sanitario a imponer sus “creencias, prácticas y valores a las demás culturas debido a su creencia de que sus propias ideas son superiores a las de los componentes del otro grupo.
- Preservación del cuidado cultural: preservación del cuidado cultural se refiere a aquellos fenómenos de asistencia, facilitación o capacitación que tienen una base cultural y que reflejan formas de adaptación, negociación o ajuste.
- Remodelación del cuidado cultural: remodelación del cuidado cultural se refiere a la reconstrucción o alteración de diseños para ayudar a los pacientes a modificar patrones de salud o de vida que son importantes para ellos.
- Enfermería: un arte humanístico aprendido y una ciencia que tiene como objetivo la asistencia personalizadas (individual y de grupo), sus funciones y los habilidades dirigidos a la promoción y mantenimiento de las conductas sanitarias o la recuperación de la enfermedad y que tiene un significado físico, psicocultural y social para los que son atendidos, generalmente por un enfermero/a profesional u otra persona con competencias similares. ¹²

Conceptos del metaparadigma enfermero

Persona: Leininger se refiere a ella como ser humano. Se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno: La teoría de Leininger no lo define explícitamente, pero sí se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura.

Salud: Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada, además de reflejar la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud y es universal a

través de todas las culturas, aunque es definido de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

Enfermería: Se define como una ciencia y arte humanístico aprendiendo que se basa en el comportamiento, las habilidades y los procesos personalizados que pretenden promocionar y establecer en el proceso de salud-enfermedad.

Para Leninger tiene un significado físico, psicocultural y social para aquellas personas que son asistidas, ella utiliza tres modos de acción (preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales) para proporcionar cuidados de la mejor manera de acuerdo con la cultura del cliente.

Además de un enfoque de resolución de problemas que se centra en el cliente, como se define en modelo sunrise el cual requiere la comprensión de los valores, las creencias y las prácticas específicas de la cultura del cliente. ¹²

Metodología

Se concretó una búsqueda bibliográfica implementando la metodología planteada por Goris¹³, determinada por la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los alcances e implicaciones de los enfoques multicultural, intercultural y transcultural, en la atención primaria de la salud a través del estado del arte los últimos diez años?

El planteamiento ayudó a identificar los descriptores primarios: “Alcances”, “Implicaciones”, “Multiculturalidad”, “Interculturalidad”, “Transculturalidad”, “Atención Primaria de Salud”; acreditados por el buscador DeCS y su análogo en inglés MeSH con los sinónimos correspondientes en los idiomas español e inglés (Tabla 1), que se muestran en el título del artículo correspondiendo exclusivamente a algún área del trabajo desempeñado en enfermería.

Concepto	Descripción	Inglés	Español
Alcances	Seguimiento Importancia	Inglés: Scope Of Practice	Español: Alcance de la Práctica
Implicaciones	Implicaciones de las Partes Interesadas Participación de las Partes Interesadas	Inglés: Stakeholder Participation	Español: Participación de los Interesados
Multiculturalidad	Diversidad cultural Multiculturalismo	Inglés: Cultural Diversity	Español: Diversidad Cultural
Interculturalidad	Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente Salud Intercultural	Inglés: Culturally Competent Care	Español: Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente
Transculturalidad	Enfermería Transcultural	Inglés: Transcultural Nursing	Español: Enfermería Transcultural
Atención Primaria En La Salud (Aps)	Asistencia Primaria de Salud	Inglés: Primary Health Care	Español: Atención Primaria de Salud

Fuente: Maria Teresa Torres Peñaloza

Con los descriptores identificados se realizó una combinación de estos, de forma sistemática usando las palabras claves y operadores booleanos: and / or/ not obteniendo 13 conjugaciones (Tabla 2).

Tabla2. Combinación de descriptores	
A	Scope Of Practice AND Stakeholder Participation AND Cultural Diversity AND Culturally Competent Care AND Transcultural Nursing AND Primary Health Care
B	Scope Of Practice AND Cultural Diversity AND Culturally Competent Care AND Transcultural Nursing AND Primary Health Care
C	Stakeholder Participation AND Cultural Diversity AND Culturally Competent Care AND Transcultural Nursing AND Primary Health Care
D	Scope Of Practice AND Cultural Diversity AND Primary Health Care
E	Scope Of Practice AND Transcultural Nursing AND Primary Health Care
F	Alcance de la práctica AND Participación de los Interesados AND Diversidad Cultural AND Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente AND Enfermería Transcultural AND Atención Primaria
G	Alcance de la práctica AND Diversidad Cultural AND Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente AND Enfermería Transcultural AND Atención Primaria
H	Participación de los Interesados AND Diversidad Cultural AND Atención Primaria
I	Alcance de la práctica AND Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente AND Atención Primaria
J	Alcance de la práctica AND Enfermería Transcultural AND Atención Primaria

Fuente: Maria Teresa Torres Peñaloza

La búsqueda se realizó en bases de datos informatizadas: Pubmed, Scielo, Redalyc y Cochrane. La revisión proporcionó 2802 artículos que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- a) investigaciones publicadas entre los años 2012 al 2022,
- b) realizados en Latinoamérica,
- c) escritos en español e inglés
- d) con enfoque en salud (enfermería y medicina)

Mediante la lectura crítica de los resúmenes se redujeron 39 artículos de los cuales se descartaron aquellos estudios que, a pesar de referirse al tema no se relacionaban con el trabajo en enfermería por lo que se consideraron y analizaron solo 9 (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados obtenidos en las diferentes bases

Estrategia de búsqueda	Pubmed	Scielo	Redalyc	Cochrane	TOTAL
A	0/0	0/0	1/0	0/0	0
B	0/0	0/0	17/5	0/0	5
C	0/0	0/0	12/2	0/0	2
D	2/1	0/0	296/ 15	18/0	16
E	1/0	0/0	111/2	0/0	2
F	0/0	0/0	23/2	0/0	2
G	0/0	0/0	29/1	0/0	1
H	0/0	0/0	1419/3	0/0	3
I	0/0	0/0	517/2	1/1	3
J	0/0	0/0	299/4	0/0	4
Total de artículos que se recuperaron	1	0	37	1	39
Total de artículos por resumen	1	0	8	0	9
Total artículos útiles	1	0	8	0	9

Fuente: María Teresa Torres Peñaloza

El análisis de los artículos contribuyó a detectar que no existían estudios donde se observara la nula o limitada aplicabilidad del término a intervenciones de salud por lo que se establecieron otras líneas de búsqueda con la asesoría de expertos en el área de medicina social e historia, por lo que se incluyó el análisis de conceptos de autores sugeridos, obteniendo los conceptos relevantes en una tabla con los siguientes aspectos: concepto, definición, características, país, similitud entre los autores y referencia. (Anexo A) Así como, se incluyó otro análisis mediante un cuadro comparativo de los tres conceptos: multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad. (Anexo B)

Resultados

A fin de poder tener un mejor panorama sobre el uso de los conceptos de multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad en México se realizó una búsqueda de literatura en 3 ámbitos: bibliografía con enfoque histórico y social (libros y tesis), artículos científicos de revistas indexadas y en documentos gubernamentales de la OPS y Mexico de los últimos 3 periodos presidenciales, a fin de encontrar similitudes de la atención primaria de salud, en las políticas de salud actuales.

A pesar de que en México se han hecho esfuerzos para integrar la salud “intercultural” en el sistema de salud, sin embargo, todavía existen desafíos para garantizar una atención de calidad, retomando e implementando las prácticas de salud cultural. Uno de los grandes retos que tiene nuestro país son las desigualdades en el acceso a la atención médica y los servicios de salud, por mencionar uno, y muestra de esto fue la escasa evidencia que se encontró durante la revisión, razón por la que presentamos los siguientes resultados, partiendo de establecer los lineamientos de lo que hace aun un modelo tener enfoque intercultural.

De acuerdo a Moura-Pontes y Garnelo¹⁴, en Brasil se estableció un modelo de atención diferenciada que engloba o establece un sistema de salud con enfoque intercultural el cual es adecuado a las condiciones de la población indígena del país, en donde la estructura de la organización de los servicios de salud en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI), que ofrece los servicios de atención primaria, involucra a los Agentes Indígenas de Salud (AIS), puestos de referencias (polos base), con equipos multidisciplinares (Emsi) conformado por médicos, enfermeros y técnicos de enfermería y la Casa de Salud del Indio (Casai).

De este modelo se destaca la autoatención como base de los otros modelos, ya que este engloba o recapitula las prácticas de salud que la comunidad lleva a cabo para el cuidado de su propia salud, es decir, “diagnostican, atienden, explican, atienden, controlan, alivian, aguantan, curan, solucionan y previenen”, todo aquello que afecta en su salud desde sus propias prácticas de autocuidado que han sido

heredadas a través de los años y que son funcionales en la comunidad, sin necesidad de un atención directa con un “profesional de la salud”. Es decir, no se puede hablar de salud multicultural, intercultural o transcultural, si no se cumple con el derecho a recibir una atención de salud acorde a los patrones culturales de la persona, grupo o comunidad.

A su vez Novo, citado por Moura-Pontes y Garnelo¹⁴, menciona que “los profesionales de la salud o indígenas no reconocen los diferentes modos de vida, las prácticas de autoatención, y la medicina tradicional de los pueblos indígenas lo que imposibilitará la complementariedad”. A lo que podemos concluir que no sólo es cuestión de reconocer la cultura del otro sino de tener una formación profesional con una visión cultural de la salud. Y sobre todo que los profesionales de la salud no desvaloricen los saberes del cuidado que la propia comunidad tiene, lo que a su vez hace que “El desconocimiento de los profesionales de la salud de la cultura y del contexto indígena conlleva la descalificación, prejuicio y estigmatización de los especialistas locales y de las estrategias de autoatención.”, lo que termina dificultando la ejecución de un modelo de Atención Primaria de la Salud”

Con respecto al reconocimiento de los problemas de comunicación intercultural durante la consulta médica Santos y Verdín¹⁵, observaron en una comunidad huichol en México, un sesgo en la prestación de servicios de salud. Lo que hace evidente uno de los tantos problemas existentes en salud cultural, que se deriva de la comunicación, es decir, vivimos en un país que contiene 68 agrupaciones lingüísticas (Lenguas indígenas nacionales) por lo que la comunicación entre los profesionales de la salud y la población se ve mermada o sesgada, ya que la traducción (si es que existe) o ya que al traducir se pierde la comunicación efectiva debido a la cosmovisión de la propia cultura, es decir, el modo de ver e interpretar la vida, incluso en el tema de salud. Todo lo mencionado tendrá consecuencias o repercusiones en la forma en la que las personas comunican la enfermedad; y en donde además los hospitales y centros de salud o casas de salud se ven limitados en cuanto a la prestación de los servicios debido al presupuesto designado o destinado que los “altos gobiernos” designan manera inequitativa, por lo que se ven

en la necesidad de priorizar la salud o economizar la salud las necesidades de la población, lo cual no debería ser así.

Pese a esto que el estado reconoce que vivimos en un país multicultural, y sin embargo los programas de salud con enfoque intercultural o cultural que han implementado tienen muchas limitaciones y poca operacionalidad en un contexto real, excluyendo el contexto cultural, social, histórico, religioso y la comunicación. En consecuencia, los profesionales de la salud no tienen una formación en competencias interculturales.

Sobre este punto Moss¹⁶, describe que la cultura será la pauta para determinar o establecer los comportamientos de salud tomando en cuenta las creencias y las prácticas ancestrales del cuidado sobre la salud, enfermedad, la muerte, la curación y la espiritualidad, que se van heredando de generación en generación, y que la atención de salud que se ofrece tiene muchas limitaciones a la hora de prestar el servicio de manera gratuita, siendo indigna para satisfacer una de las necesidades básicas y como derecho universal del ser humano.

Para enfermería esto no es nuevo, pues contamos con modelos que han abordado esto en los últimos 25 años, como lo es el modelo de Leininger, el cual define a la atención cultural como aquella que se adapta a las necesidades específicas de salud y a las formas de vivir de la comunidad. “El cuidado culturalmente congruente se refiere a los actos o decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o habilitación de base cognitiva que se encuentra en los valores, creencias y prácticas culturales de un individuo o grupo para que la enfermera brinde un cuidado significativo, beneficioso y satisfactorio que conduce a salud y bienestar.”¹⁷

Las dificultades en salud necesitan la cooperación multidisciplinaria de las distintas disciplinas, tomando en cuenta que el objeto de estudio de la enfermería es el cuidado, sin embargo, debemos retomar la gestión de esta en otros sectores del sistema de salud, desde incidir en el establecimiento de políticas de salud hasta llegar al cuidado humanizado. Entre más entendimiento de la profesión en todos los sectores mejores condiciones de cuidado se obtendrán., por lo que Andrade¹⁸, establece que la implementación de un equipo multidisciplinario para la asistencia

de salud en APS deberá ser para cubrir las necesidades complementarias de la población. La diversidad multidisciplinar logrará una amplia gama de conocimientos de salud, comprendiendo las habilidades, estrategias, técnicas de los profesionales de salud lo cual logrará la construcción de nuevos conocimientos, es decir, “la construcción de una interdisciplinariedad diseñada e implementada en la praxis de salud y cuidado del ser humano”. Esto contribuirá en la en la adquisición de conocimientos de la diversidad tan compleja del ser humano.

Recordemos que en la Declaración de Alma-Ata se pretende orientar los sistemas de salud hacia una APS que sea integral como coordinadora de los cuidados en una red integrada de servicios y articuladora de acciones comunitarias e intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales para promover la salud garantizar el derecho universal al acceso a los servicios de salud, por lo que también es necesario tener diagnóstico y mapeos que lo visualicen. Como lo realiza Giovanella, Fidelis de Almeida, Vega, et.al¹⁹. presentan los resultados de un mapeo realizado en 12 países de Suramérica, con un enfoque analítico que pretende explicar o exponer los principales desafíos de la implementación de la APS. Para la recolección de la información se estableció una matriz común estructurada por dimensiones y componentes (como se muestra en el cuadro 1.), algo que podría realizarse para nuestro País. (Cuadro 1 y 2)

Con este recurso de visualización se facilitarían la descripción de necesidades por territorios. Como lo es el estudio de López, Arias et al.²⁰ en donde describe que la competencia cultural es prioridad para los entornos que, hablando culturalmente, son diversos, sobre todo en la prestación de los servicios de salud. Por lo que se habla de capacitar a todos los profesionales de la salud para ser culturalmente competentes, con conciencia y conocimiento del modo de vivir de estos grupos poblacionales.

Un punto muy importante que retoma este artículo es el sentir del profesional de enfermería, es decir, cómo viven ellas y ellos el encuentro con el otro al establecer o prestar sus servicios de salud, evidenciando que las enfermeras y los enfermeros experimentan incertidumbre, ansiedad y falta de compromiso, debido al

desconocimiento cultural, limitando su interés y choques al momento de interactuar. Ya que, al momento de interactuar y responder a estas lagunas culturales, terminan creando una imposición del conocimiento científico ante el conocimiento empírico, ancestral, cultural, lo que merma la atención completa e integral.

Además, se encontró que las enfermeras y los enfermeros se ven limitados debido a las políticas de atención mal empleadas y a las inequidades de salud existentes, así como la sobrecarga laboral que disminuye el rendimiento en el quehacer profesional. Del mismo modo, las barreras en la comunicación cuando se encuentran frente a un lenguaje diferente. Por lo que proponen generar un plan que garantice a las y los profesionales de enfermería una capacitación en competencia cultural, identificando los enfoques pertinentes que ayuden a gestionar la incertidumbre y la ansiedad que les genera el desconocimiento cultural.

Por último, como ejercicios de reflexión sobre el tema, López D.²¹ presenta una perspectiva intercultural en el cuidado por parte de las y los profesionales de enfermería, resaltando que se debe buscar una construcción conocimiento mutuo, a lo que yo describo como “la horizontalidad del conocimiento” el cual debe basarse en la equidad, buscando un bienestar en común y motivar a las comunidades para ser partícipes en las prácticas de salud y enfermedad. Así como, integrar un enfoque intercultural en el proceso de formación, buscando cambios estructurales que generen que las políticas de salud tomen en cuenta la diversidad cultural y desarrolle programas y proyectos encaminados a un verdadero impacto en la sociedad.

Mientras que Escobar, Paravic-Klijn²², menciona que ante la diversidad cultural el sistema de salud no responde a las necesidades de estas poblaciones, generando barreras y un pésimo servicio de salud. Por lo que el conocimiento cultural permitirá conocer los modos de vida de las personas que de manera positiva o negativa que influyen en el proceso del cuidado.

Retomando los conceptos de cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad puede llegar a surgir una confusión de perspectivas, sin embargo, cada uno delimita ciertas características sobre el lenguaje, experiencias, sistemas

de valores, etc., que finalmente derivan de las normas culturales, es decir, de la propia cultura (tabla 4).

Tabla 4. Dimensiones de cultura en salud

Concepto	Características
Cultura	Delimita el "qué cosa hacer", "cómo hacerla" y "por qué hacerla", de forma consciente o inconsciente condicionada por las normas culturales que influirán en el proceso de aprendizaje de los grupos sociales. Tres niveles de cultura: cultura nacional, internacional y subcultura.
Multiculturalidad	Existencia de varias culturas diferentes en el mismo lugar, sin establecer relación entre ellas.
Interculturalidad	Involucra la relación, intercambio y comunicación comprensiva entre las diferentes culturas que conviven en un mismo espacio, originando el enriquecimiento mutuo, el reconocimiento y la valoración entre las distintas culturas en un marco de igualdad.
Transculturalidad	Fenómeno que afecta a varias culturas o a sus relaciones. Permite el acercamiento entre diferentes culturas buscando establecer vínculos más allá de la misma cultura, favoreciendo la convivencia basada en el respeto, acuerdos, y promoción de valores universales, generando una fraternidad universal. El grupo poblacional adopta las culturas que provienen de otros grupos poblacionales, sustituyendo de menor a mayor dimensión las prácticas culturales propias.

Fuente: elaboración propia

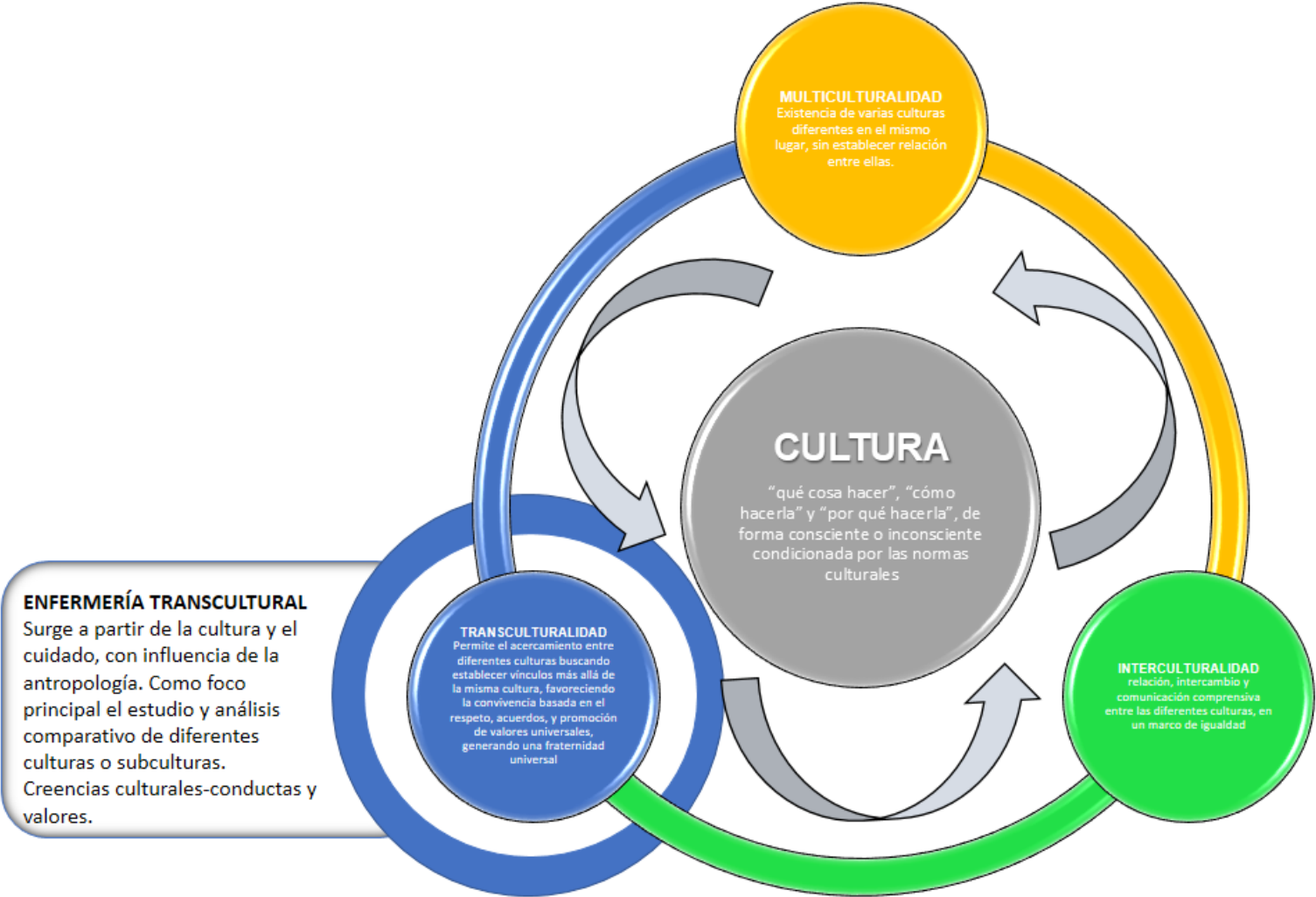
Es importante que se considere al personal de enfermería en una formación transcultural que retome las creencias culturales, conductas y valores de estos grupos poblacionales, con la finalidad de generar un conocimiento paralelo, entre lo humanístico y científico en la práctica de enfermería. Si bien, es cierto que el personal de enfermería no está instruido para brindar una atención basada en las necesidades culturales de la persona, familia o población, por lo que es necesario desarrollar competencias culturales, es decir, debe ser capaz de desarrollar habilidades de conciencia, conocimientos, encuentros y deseos culturales.

Por lo que para según Fuller, mencionado en Escobar, Paravic-Klijn. (23), las y los enfermeros deben ser capaces de integrar la cultura del paciente/persona, la propia cultura y la del sistema de salud. Con la finalidad de reconocer el cuidado que las personas desarrollan desde lo individual hasta lo general. Esto mediante Una relación entre la teoría de Madeleine Leininger y el proceso salud-enfermedad genera que las y los enfermeros busquen incorporar una formación en atención

intercultural, beneficiando el cuidado enfermero y las necesidades de la persona. Lograron identificar seis fenómenos culturales que son relevantes en todos los grupos poblacionales: comunicación, el espacio, organización, tiempo, control ambiental y valoraciones biológicas. Con la finalidad de entender las múltiples facetas del cuidado, es decir, la atención culturalmente diversa, como lo menciona Lima, Amaral.et.al.²³ (Figura 2)

El profesional de enfermería debe ser capacitado para ofrecer una asistencia facilitadora y habilitante, basada en el conocimiento científico a la par de los conocimientos ancestrales, o el conocimiento empírico, para obtener una atención de salud concreta en estos contextos culturales, ya que estos basan sus creencias en sus antecedentes culturales, los cuales les permiten crear una postura sobre el proceso de salud-enfermedad, es decir, la cultura va a influir en la manera en que una persona percibe la enfermedad, la salud, la vida o la muerte.

Figura 2. Dimensiones de la cultura: multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad.



Fuente: elaboración propia

Cuadro 1. Matriz para el análisis de la APS en los países: dimensiones y componentes

Dimensiones	Componentes
Conducción de la APS	<ul style="list-style-type: none">• Concepciones de Atención Primaria de Salud en políticas de salud• Facultades de los ámbitos gubernamentales y/o seguros sociales en la complementación de la política de APS
Financiamiento de la APSP	<ul style="list-style-type: none">• Participación de las esferas gubernamentales en el financiamiento de la APS• Existencia de copagos en la APS• instrumentos para transferencias financieras entre ámbitos gubernamentales para la APS
Prestación y organización de la APS	<ul style="list-style-type: none">• Tipos de unidades de salud que brindan APS• Principales acciones/servicios ofertados en APS• Composición y organización de los equipos de APS• Territorialización y adscripción poblacional para la APS• Número de personas por equipo• Garantías de acceso y definición de metas de tiempo máximo para consulta en atención primaria• Cobertura poblacional estimada por los servicios de APS en el nuevo modelo asistencial
Coordinación de los cuidados e integración de la APS en la red de servicios	<ul style="list-style-type: none">• Organización del sistema de salud en niveles de atención• Definición de puerta preferencial al sistema de salud• Función de filtro médico/equipo de APS (gatekeeper)• Definición de flujos para derivar desde la APS para la atención especializada (referencia y contrarreferencia)• Filas de espera para acceso a la atención especializada
Fuerza del trabajo en APS	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad para profesionales para la APSA (médicos/as y enfermeros/as)• Denominación de la especialidad médica para APS• Regulación de las relaciones laborales en APS (vínculos de trabajo, formas de remuneración, carrera funcionaria para APS)• Formación y atribuciones para de los promotores agentes de salud

	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de formación de la fuerza de trabajo para la APS (universidad, maestría, y desarrollo profesional continuo)
Actividades intersectoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción con otros sectores de políticas públicas en nivel nacional para hacer frente a los determinantes sociales • Atribuciones de las/los profesionales/trabajadores/as del equipo APS en el desarrollo de acciones intersectoriales/ comunitarias • Acción comunitaria de los equipos de APS (relaciones de los equipos APS con otros sectores de políticas públicas u organizaciones en el territorio, realización por los equipos de APS de diagnóstico de los problemas en su territorio y planificación de intervenciones locales)
Participación social en APS	<ul style="list-style-type: none"> • Formas de representación y participación de los/as usuarios/as e APS
Interculturalidad en APS	<ul style="list-style-type: none"> • Concepciones de interculturalidad • Articulación de los servicios de APS con agentes de medicina tradicional de los pueblos originarios y campesinos

Fuente: elaboración propia basándose de los datos que o resultados descritos por Fidelis de Almeida, Vega, et.al (20). 2015. ²⁰

Cuadro 2. Dimensiones y componentes de la APS

Dimensiones	Componentes
Conducción de la APS	<ul style="list-style-type: none"> • Concepciones de Atención Primaria de Salud en políticas de salud • Facultades del ámbito gubernamental y/o seguros sociales en la implementación de la política de APS
Financiamiento de la APSP	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de las esferas gubernamentales en el financiamiento de la APS • Existencia de copagos en la APS • Articulación para transferencias financieras en los ámbitos gubernamentales gubernamentales para la APS
Prestación y organización de la APS	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de unidades de salud que brindan APS • Principales acciones/servicios ofertados en APS • Composición y organización de los equipos de APS • Territorialización y adscripción poblacional para la APS • Número de personas por equipo • Garantías de acceso y definición de metas de tiempo máximo para consulta en atención primaria • Cobertura poblacional estimada por los servicios de APS en el nuevo modelo asistencial
Coordinación de los cuidados e integración de la APS en la red de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Organización del sistema de salud en niveles de atención • Definición de puerta preferencial al sistema de salud • Función de filtro médico/equipo de APS (gatekeeper) • Definición de flujos para derivar desde la APS para la atención especializada (referencia y contrarreferencia) • Filas de espera para acceso a la atención especializada
Fuerza del trabajo en APS	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad para profesionales para la APSA (médicos/as y enfermeros/as) • Denominación de la especialidad médica para APS • Regulación de las relaciones laborales en APS (vínculos de trabajo, formas de remuneración, carrera funcionaria para APS) • Formación y atribuciones para de los promotores agentes de salud • Estrategias de formación de la fuerza de trabajo para la APS (universidad, maestría, y desarrollo profesional continuo)

Actividades intersectoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción con otros sectores de políticas públicas en nivel nacional para hacer frente a los determinantes sociales • Atribuciones de las/los profesionales/trabajadores/as del equipo APS en el desarrollo de acciones intersectoriales/ comunitarias • Acción comunitaria de los equipos de APS (relaciones de los equipos APS con otros sectores de políticas públicas u organizaciones en el territorio, realización por los equipos de APS de diagnóstico de los problemas en su territorio y planificación de intervenciones locales)
Participación social en APS	<ul style="list-style-type: none"> • Formas de representación y participación de los/as usuarios/as e APS
Interculturalidad en APS	<ul style="list-style-type: none"> • Concepciones de interculturalidad • Articulación de los servicios de APS con agentes de medicina tradicional de los pueblos originarios y campesinos

Fuente: elaboración propia basándose de los datos que o resultados descritos por Fidelis de Almeida, Vega, et.al (20). 2015. ²⁰

Discusión

Como resultado del análisis de los alcances e implicaciones de los enfoques multicultural, intercultural y transcultural, en la atención primaria de la salud podemos determinar que el hecho de que se hable de una salud “cultural” no quiere decir que realmente está aterrizada a una realidad, es decir, se adapte a las necesidades reales de la población. Derivado del análisis, describiré los siguientes hallazgos:

Pese a que en México se vive una diversidad cultural, la implementación de los modelos de salud no progresan y mucho menos alcanzan los resultados esperados en las poblaciones diversas. Esto, debido a que no existe una articulación del interés, objetivos y la cooperación horizontal de los diversos sectores que conforman el sistema de salud, lo que genera una brecha o rezago del fin en común, que es la salud integral. Por lo que se debe buscar la creación de un sistema de salud horizontal, con una integración de la participación comunitaria paralela a los sectores que articulan el sistema de salud, en donde sea prioritario la promoción de la salud y la acción intersectorial de los determinantes sociales de la salud, con la finalidad de establecer la cobertura universal de salud.

Derivado de esto, no se reconocen y no se responde a los problemas y las necesidades reales de las personas, familias o comunidades, tomando en cuenta un diagnóstico de los determinantes sociales de la salud que de alguna manera son los que van a determinar el estado del proceso de salud-enfermedad de una persona, familia o comunidad. Por lo que dificulta la implementación de un modelo de Atención Primaria de la Salud con enfoque cultural, provocando que el cuidado enfermero se vea mermado y no tenga incidencia o participación en el diseño de estrategias para la atención en salud cultural de las comunidades; cuestionando si ¿se está tomando en cuenta la salud cultural en México o es un estandarte político que da un rostro populista tergiversado a sus propios intereses?

Del mismo modo, refleja las paradojas de la atención culturalmente competente, iniciando desde la confusión de los tres conceptos multicultural, intercultural y transcultural, es decir, los tres derivan de la cultura creando semejanzas y diferencias entre sí, ya que es muy complejo la comprensión del término de cultura. Sin embargo, considero que los términos han sido evolucionados o modificados en el paso de los años, por el simple hecho del contexto político en el que se encuentran, en donde sólo buscan cubrir arbitrariamente esta necesidad existente de la diversidad cultural, y en donde no hay un esfuerzo por entender y dar un sentido real a estos contextos culturales, más allá, de encasillar o delimitar si la salud debe ser explicada desde cualquiera de los tres conceptos, se deben tomar acciones que logren concretar e incidir en un sistema de salud cultural.

Otro aspecto muy importante para desarrollar es el papel del profesional de enfermería en la salud cultural, es necesario que reconozca su papel como facilitador del cuidado, integrando un enfoque cultural desde el proceso formativo, es decir, se requiere hacer modificaciones en los planes de estudio, en donde se debe cambiar el perfil de egreso, adaptado a las necesidades reales de la población, así como, en la práctica diaria de la profesión. Del mismo modo, es necesario generar investigaciones que puedan visibilizar estas lagunas en el sistema de salud en México, ya que en la revisión de los artículos se demostró o se visibilizó la escasa producción científica o de investigaciones en el tema de estudio.

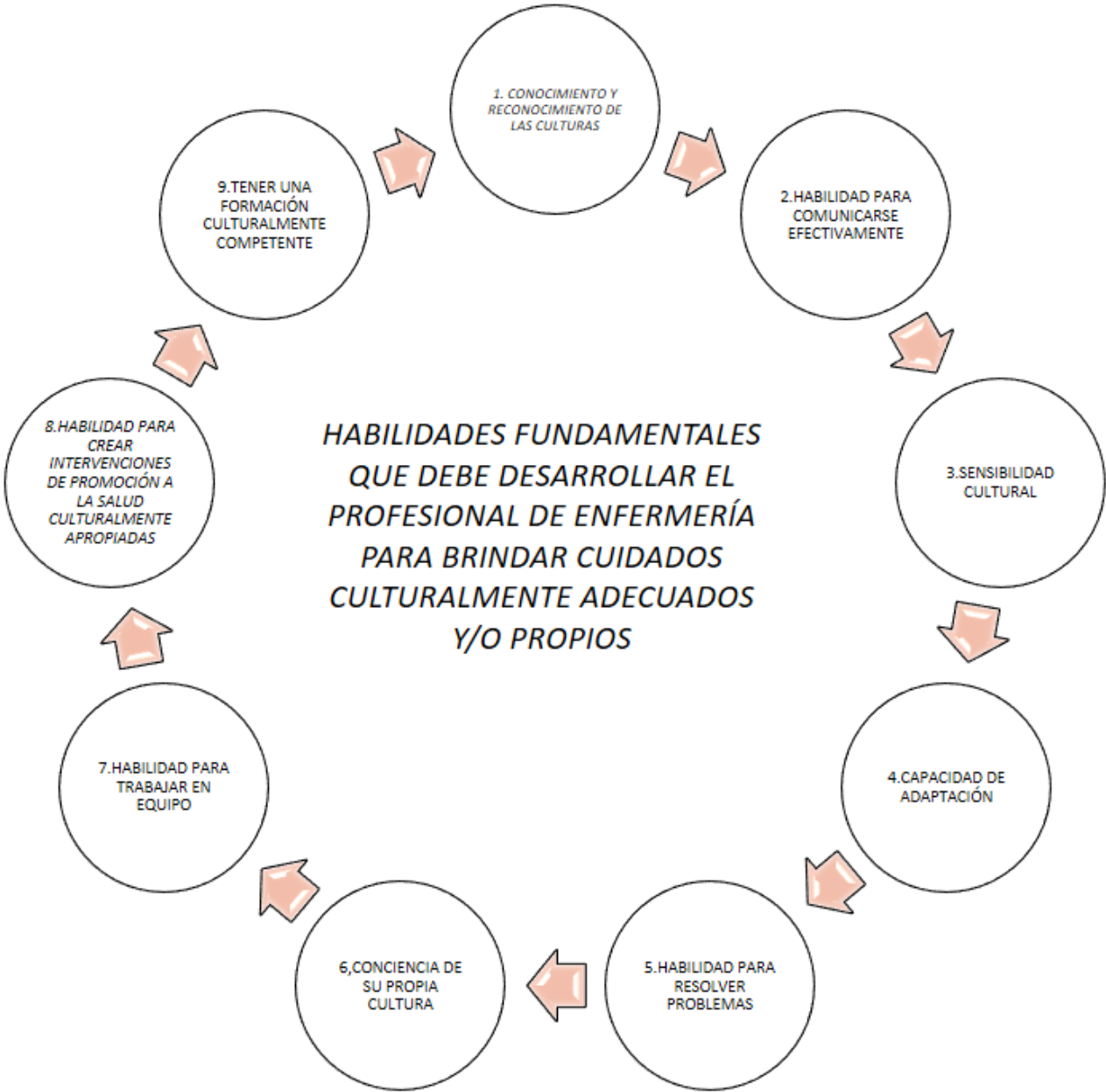
Finalmente, es importante señalar que, si se quiere un cambio verdadero o incidir en un mejor sistema de salud en México no solamente es trabajo de enfermería, sino, es un trabajo en equipo por parte de todos los profesionales de la salud, de cambios estructurales que generen que las políticas de salud tomen en cuenta la diversidad cultural y desarrolle programas y proyectos encaminados a un verdadero impacto en la sociedad.

Conclusiones

A partir de la evidencia revisada, llegamos a la conclusión de que hablar de salud cultural (en términos generales) no necesariamente significa que se esté aplicando en la práctica de manera efectiva y que se estén cumpliendo las necesidades reales de la población. En algunos casos, puede haber una brecha entre la teoría y la práctica, lo que puede afectar la calidad de la atención de enfermería que reciben los pacientes que habitan en estos contextos multiculturales, interculturales o transculturales.

La diversidad es una particularidad propia del ser humano, y muchas veces ignoramos que nos construimos a través del otro, del distinto y somos un reflejo de él. Con base al modelo transcultural de Madeleine Leininger, podemos establecer algunas habilidades fundamentales que debe adquirir el profesional de enfermería para brindar cuidados culturalmente adecuados/propios/, es importante empezar a focalizar los esfuerzos para el diseño de programas que, si integren el enfoque cultural, continuación se proponen os puntos establecidos en la figura 3.

Figura 3. Habilidades fundamentales que debe desarrollar el profesional de enfermería para brindar cuidados culturalmente adecuados y/o propios.



Fuente: elaboración propia

1. Conocimiento y reconocimiento de las culturas: debe tener un conocimiento profundo de las culturas con las que trabaja, incluyendo sus creencias, valores y prácticas. Aunado a ello, reconocer y no desmeritar el conocimiento y los saberes en la práctica del cuidado de su propia salud/ de salud de la comunidad. Esto le permitirá entender y establecer un vínculo estrecho con la persona y proporcionar una atención de salud/ cuidado culturalmente apropiada.

2. Habilidad para comunicarse efectivamente: es esencial que una enfermera o enfermero tenga habilidades de comunicación efectivas para poder establecer una relación de confianza con las personas. Además, debe ser instruida para comunicarse en diferentes idiomas y/o lenguas maternas (dependiendo de la región, comunidad, pueblo, etc. en el que se establezca) a través del conocimiento compartido o instruido por los habitantes de la comunidad y utilizar estrategias de comunicación que sean culturalmente apropiadas.

3. Sensibilidad cultural: una enfermera o enfermero debe ser sensible a las necesidades culturales de las personas, respetar sus creencias y valores, sin dejar de lado los conocimientos científicos del cuidado enfermero, si no, debe estar dispuesta a adaptarse a las necesidades culturales de cada persona, mediando el conocimiento científico y ancestral/tradicional/ conocimiento empírico o no científico.

4. Capacidad de adaptación: debe ser capaz de adaptarse a los diferentes entornos/escenarios culturales, optimizando e integrando todos los recursos disponibles en la comunidad para garantizar el bienestar de la población.

5. Habilidad para resolver problemas: una enfermera o enfermero debe tener habilidades para resolver problemas, identificar y abordar los determinantes sociales de la salud de los diferentes grupos poblacionales.

6. Conciencia de su propia cultura: debe ser consciente de su propia cultura y cómo puede afectar su relación con las personas de los diversos grupos poblacionales. También debe ser capaz de reconocer sus propios prejuicios y sesgos culturales para evitar que afecten la atención del cuidado que brinda.

7. Habilidad para trabajar en equipo: debe ser capaz de trabajar en equipo mediante la relación paralela con otros profesionales de la salud (incluyendo a parteras, médicos tradicionales, chamanes, curanderos, etc.) con los pacientes y sus familias para proporcionar una atención de salud de alta calidad y culturalmente apropiada.

8. Habilidad para crear intervenciones educativas y/o de promoción a la salud culturalmente apropiada: debe ser capaz de establecer un plan de actividades didáctico-pedagógicas derivadas del diagnóstico de una problemática, tomando en cuenta las aportaciones de la comunidad. La eficacia de estas estrategias educativas va a incidir positivamente en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y evaluación en el proceso de salud de la persona

9. Tener una formación culturalmente competente: se debe buscar capacitar en competencia cultural a las y los enfermeros para obtener los métodos que ayuden a tener conciencia, conocimiento para poder transmitir un cuidado integral. Así como, la aplicabilidad de los modelos teóricos de enfermería transcultural.

Por lo tanto, es importante asegurarse que los modelos de salud se adapten a las necesidades reales de la población, y que se promueva la educación y capacitación constante del personal de enfermería cultural, para garantizar que se esté brindando una atención médica efectiva e inclusiva para todas las personas, familias o comunidad.

Por último, con base en lo descrito anteriormente y con la evidencia recopilada para este trabajo es que me permito proponer el “Modelo multicultural, intercultural y transcultural Atención Primaria de la Salud (APS) en enfermería”, el cual se muestra en el siguiente diagrama.

Modelo multicultural, intercultural y transcultural de Atención Primaria de la Salud (APS) en Enfermería

Objetivos Prioritarios

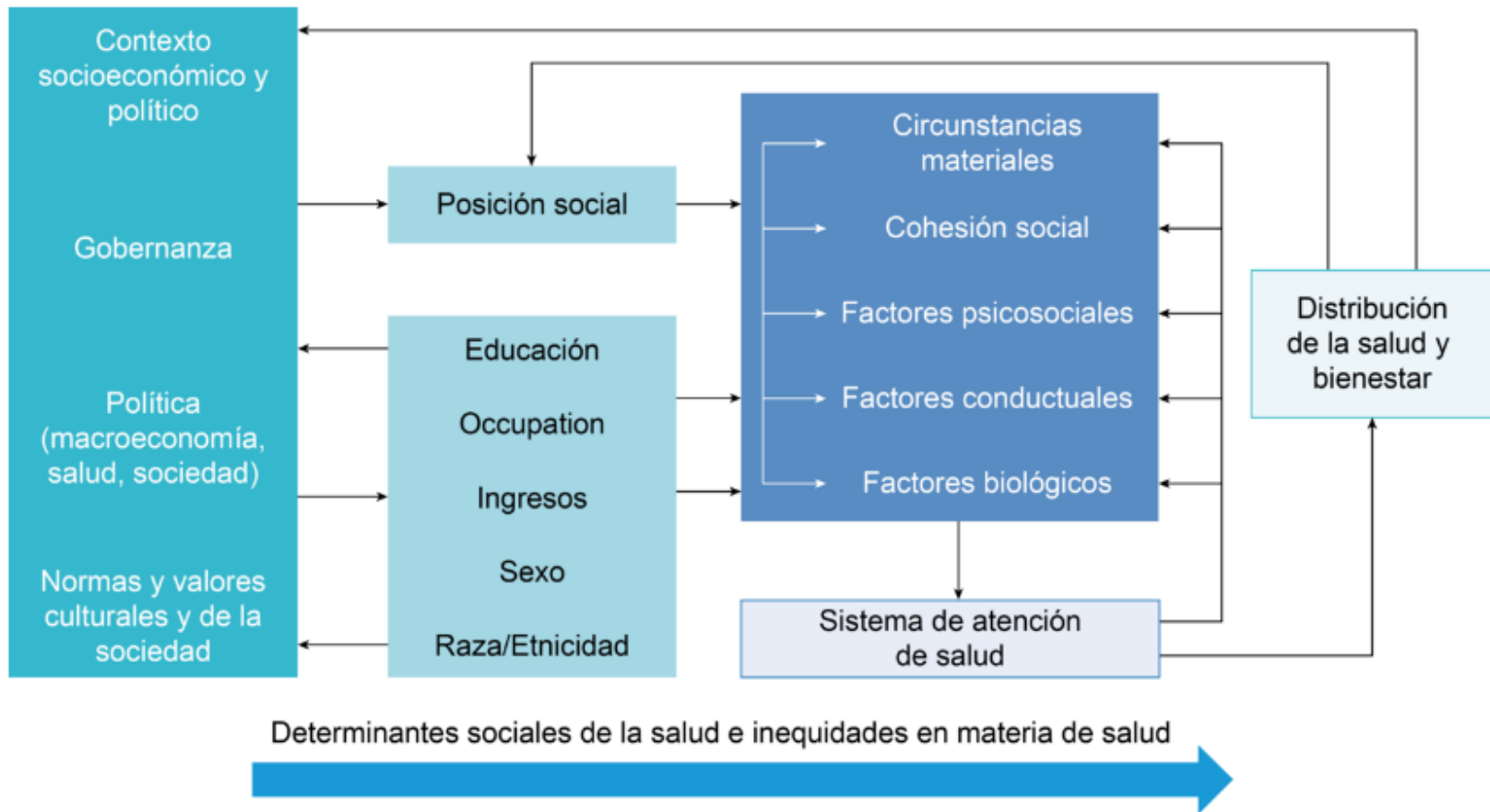


Fuente: elaboración propia

Mecanismos-procesos-recursos



Fuente: elaboración propia



Fuente: OPS, el Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud²⁴

El modelo propuesto consta de cinco objetivos prioritarios:

1. Horizontalidad del conocimiento
2. Proceso de culturización
3. Participación y organización de la comunidad
4. Atención primaria de salud
5. Fortalecimiento del sistema de salud

Estos surgen del análisis que se hizo para atender las necesidades, especificidades de las comunidades con una diversidad cultural, estableciendo sólo algunas estrategias que pretende articular el sistema de salud con el sistema de salud tradicional que la comunidad determine.

Seguido de las estrategias que se establecen para poder cubrir los objetivos:

1. Horizontalidad del conocimiento:
 - Comunidad: conocimiento empírico, no científico, conocimientos ancestrales.
 - Profesionales de la salud: conocimiento científico

Lo que se pretende es que exista el conocimiento compartido de los saberes culturales y el conocimiento científico, encontrar un punto de convergencia, sin desmeritar uno u otro, sino, llegar a un estado de igualdad y respeto, para poder generar un nuevo conocimiento que enriquecerá al cuidado de enfermería.
2. Proceso de culturización
 - Es imprescindible que se busque formar habilidades fundamentales que debe adquirir el profesional de enfermería para brindar cuidados culturalmente adecuados o propios, con base al modelo transcultural de Madeleine Leininger;
 - Conocimiento y reconocimiento de las culturas.
 - Habilidad para comunicarse efectivamente.
 - Sensibilidad cultural

- Capacidad de adaptación
- Habilidad para resolver problemas
- Conciencia de su propia cultura
- Habilidad para trabajar en equipo
- Habilidad para crear intervenciones educativas y/o de promoción a la salud culturalmente apropiada
- Tener una formación culturalmente competente

3. Participación y organización de la comunidad: se pretende que exista un paralelismo entre todas las organizaciones que conforman el sistema de salud y la participación activa de la comunidad:

- Participación individual: se pretende que el individuo sea capaz de ser participe sobre el cuidado de su propia salud, participando en la prevención, promoción, diagnóstico, evaluación del proceso de salud-enfermedad en el que se encuentre situado.
- Participación familiar: se pretende que el núcleo familiar se integre en el cuidado de la salud como una red de apoyo y facilitadora en la prevención, promoción o recuperación de la persona, de modo que sea una atención directa y precisa al contexto en el que se desarrolla la persona.
- Participación de la comunidad: las redes de apoyo siempre serán importantes para el proceso de salud-enfermedad de una persona, sobre todo en una comunidad culturalmente diversa, ya que el apoyo de esta generará una línea de confianza y seguridad lo cual permitirá ser un puente de comunicación con el profesional de salud.

4. Atención primaria de salud

Se busca crear un Programa Nacional de Enfermería Integral Comunitaria, el cual sea específicamente establecido para las comunidades diversas culturalmente, con la finalidad de formar

profesionales de enfermería que respondan ante la necesidad de una atención cultural integral.

5. Fortalecimiento del sistema de salud: se busca crear centros de atención primaria de la salud que estén al servicio exclusivo para las poblaciones de estos contextos culturales, tomando como eje fundamental, el diagnóstico de los determinantes sociales de salud de dicha población. Para generar mejores condiciones de salud y crear vínculos de confianza entre la comunidad y el sistema de salud.

Finalmente, se establecen los mecanismos, procesos y recursos que serán operacionales en cada objetivo establecido:

1. Horizontalidad del conocimiento

Creación de agentes comunitarios: se busca reconocer y apoyar a la población que cuenta con saberes tradicionales o ancestrales, que suman en el proceso de salud-enfermedad de la persona, de modo que se creen vínculos de confianza con la propia comunidad.

- Curanderos
- Chamanes
- Brujos
- Médicos herbolarios
- Parteras
- Comunidad en general

Promotores de salud: formar agentes de salud que busquen crear un cambio en la atención del cuidado de la persona, con experiencia y conocimientos culturales, que sean específicamente establecidos en los lugares claves para mejorar la calidad y el acceso de salud.

- Enfermeros técnicos
- Auxiliares
- Enfermeros generales y especialista
- Personal médico generales y especialistas

- Personal de salud, otros.
2. Proceso de culturización
Se describe en las páginas 34-35
 3. Participación y organización de la comunidad: Creación de un grupo de la comunidad denominados como “responsables populares de salud”: La creación de esta será asignada por la organización la población quienes se pretende sea el intermediario o el puente para la comunicación directa entre los promotores de salud -agentes comunitarios y la población en general.
 4. Atención primaria de salud: se pretende incorporar la APS, con la finalidad de dar respuesta a las necesidades de salud, retomando los siguientes puntos:
 - La promoción de la salud: como estrategia para mejorar el control de la salud de las personas y reducir las inequidades en salud.
 - Diagnostico comunitario participativo: se pretende obtener mejores resultados en pro de la atención de salud comunitaria, en donde la misma población puede planificar, organizar y llevar a cabo estrategias que van a mejorar la calidad de los servicios de salud.
 - Los determinantes sociales de la salud: es una de las maneras de evaluar las desigualdades en salud que requiere de la participación de todos los sectores gubernamentales y comunitarios.
 - Políticas con enfoque intersectorial: con la finalidad de que el profesional de enfermería logre tener incidencia en las ideas, propuestas, gestiones de salud integral.
 5. Fortalecimiento del sistema de salud: finalmente, con lo propuesto anteriormente se logrará fortalecer el sistema de salud desde un enfoque integral, comunitario, cultural. Por lo que se crearán centros de atención primarios de salud: dirigidos por los agentes comunitarios y los promotores de salud. Así como la creación de Consultorios populares o culturales, dirigidos únicamente por los agentes comunitarios elegidos en la comunidad.

Anexos

Cuadro 3. Cuadro de conceptos

CONCEPTO	DEFINICIÓN	CARÁCTERÍSTICAS	REFERENCIA	SIMILITUD
MULTICULTURALIDAD	<p>La multiculturalidad, concepto que si bien reconoce la diversidad, no propone elementos de interrelación; es decir, la multiculturalidad es simplemente la agrupación estática de culturas.</p> <p>Reconocimiento de la existencia a la diversidad de grupos culturales; sin embargo, la multiculturalidad no propone la interacciones equitativas, por lo que queda como parte una situación descriptiva de una realidad.</p>	<p>Un grupo cultural que mantiene una hegemonía sobre las demás poblaciones.</p>	<p>Gob.Mx. [Citado El 23 De Agosto De 2022]. Disponible En:Http://Www.Dged.Salud.Gob.Mx/Contenidos/Dged/Descargas/Docs/Interculturalidadsalud.Pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los autores convergen en tres puntos importantes al momento de definir el concepto de multiculturalidad, los cuales se describen a continuación: • Coexistencia de diversos grupos culturales en un mismo espacio. • No implica tener elementos de interrelación entre las distintas culturas. • Interacciones inequitativas o desiguales en donde el grupo dominante marca la interrelación.
	<p>De este modo, el término “multicultural” tal y como indica su prefijo “multi” hace referencia a la existencia de varias culturas diferentes, pero no ahonda más allá, con lo que nos da a entender que no existe relación entre las distintas culturas.</p>	<p>La sociedad y sus individuos serán multiculturales si mantienen un estado de indiferencia o de tolerancia por las diversas culturas.</p>	<p>Hidalgo Hernández V. Cultura, Multiculturalidad Y Interculturalidad: Evolución De Un Término. 2017 [Citado El 23 De Agosto De 2022]; Disponible En: Http://Biblioteca.Udgvirtual.Udg.Mx/Jspui/Handle/123456789/1151</p>	
	<p>“Única y exclusivamente la yuxtaposición de las distintas culturas existentes en un mismo espacio físico, pero sin que implique que haya un enriquecimiento, es decir, sin que haya intercambio entre ellas”</p>	<p>Se hace referencia a las prácticas multiculturales para preservar la identidad étnica de los pueblos, al considerar a los “otros” desde una posición de superioridad estructural, para marginarlos del grupo, se</p>	<p>Ciudadela R. Scielo.Sa.Cr. [Citado El 23 De Agosto De 2022]. Disponible En: Https://Www.Scielo.Sa.Cr/Pdf/Enfermeria/N33/1409-4568-Enfermeria-33-00073.Pdf</p>	

establece una diferencia de desigualdad.

Reconocimiento de la coexistencia de grupos culturales diferentes, dentro de un mismo estado nacional. Variadas ciudadanía segmentadas por cultura, lengua e historia que se hallan dentro de un estado democrático.

Se fundamenta en el reconocimiento público de derechos culturales dentro de un estado-nación.

Barabas AM. Multiculturalismo, Pluralismo Cultural Y Interculturalidad En El Contexto De América Latina: La Presencia De Los Pueblos Originarios. Configurações [Internet]. 2014 [Citado El 23 De Agosto De 2022];(14):11–24. Disponible En: <https://journals.openedition.org/configuracoes/219>

La multiculturalidad se define por hechos sociales y consiste en la presencia dentro de una sociedad de diversas culturas, pueblos indígenas y comunidades étnicas como grupos con diferentes códigos culturales, partiendo del punto que practican costumbres o hábitos diferentes (Cunningham, 1999).

(Cunningham, 1999).

Sociedad como la actual, en el que conviven en un mismo espacio geográfico grupos étnicos diferentes, con una lengua y una cultura distintas, pero como entidades desiguales y con cierta interacción, pero donde aquella que es la dominante marca la pauta de interacción.

Generalmente se hace referencia a la presencia en el mismo lugar de culturas diferentes que no tienen necesariamente relación entre ellas mismas.

Casasa García, P., Ramírez Morales, A., Sánchez Reyes, A., & Campos Y Covarrubias, G. (2010). Antropoenfermería, Salud, Migración Y Multiculturalidad En América Latina (1. Edición.). México: Universidad Nacional Autónoma De México.

INTERCULTURALIDAD

Interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes.

Proceso 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.

Se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo.

Es su intención directa de promover el diálogo y la relación entre culturas y no solamente su reconocimiento y visibilización social.

Se utiliza para la investigación en problemas comunicativos entre personas de diferentes culturas y en la discriminación de etnias principalmente.

Implica una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos.

Gob.Mx. [Citado El 23 De Agosto De 2022]. Disponible En: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/interculturalidadsalud.pdf>

- Cuando se habla del concepto de interculturalidad encontramos mayor relación o “popularidad” con el concepto de salud, dado que se reconoce la necesidad de crear políticas y programas de salud con un enfoque “intercultural” para combatir las inequidades existentes en esta metería. Sin embargo, yo considero, que han utilizado el concepto como un estandarte para decir, aquí estamos, estamos haciendo algo por ustedes, todos somos iguales, amor y paz, sin embargo, se queda en una utopía, en algo que no aterriza a la realidad, osea, es como decir vamos a darle lo que quieren ver o escuchar para mantener calmados a estos grupos culturales, sin embargo, no existe nada de eso.
- Los autores convergen en los siguientes puntos al definir el concepto:
- Intercambio o enriquecimiento mutuo.
- Relaciones horizontales, basadas en la igualdad y el respeto.
- Espacio de negociación donde lo propio y lo particular no pierden su diferencia sino que favorece la interrelación en un contexto compartido.

El prefijo “inter” va más allá, haciendo referencia a la relación e intercambio y, por tanto, al enriquecimiento mutuo entre las distintas culturas.

Interculturalidad se está considerando en una filosofía, un proceso y un programa, ya que: como filosofía, ofrece un marco teórico que permite ver e interpretar la realidad; como proceso, aporta un modelo racional para organizar ideas y esfuerzos; como programa plantea una forma sistemática para organizar actividades

Establecen relaciones interactivas entre las diferentes realidades presentes.

Comunicación comprensiva entre las distintas culturas que conviven en un mismo espacio, siendo a través de estas donde se produce el enriquecimiento mutuo y por consiguiente, el reconocimiento y la valoración (tanto intrínseca como extrínseca) de cada una

Hidalgo Hernández V. Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad Y Transculturalidad: Evolución De Un Término. 2017 [Citado El 23 De Agosto De 2022]; Disponible En: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/1151>

dirigidas a la creación de un medio intercultural.

de las culturas en un marco de igualdad.

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

Busca y promueve el respeto, la escucha y la comprensión mutua para lograr un nivel de comprensión mucho mayor de ambos lados de un conflicto.

Gob.Mx. [Citado El 23 De Agosto De 2022]. Disponible En: <https://www.gob.mx/uploads/attachment/file/29316/serviciosunidades.pdf>

Reconoce al “otro” u “otros” como seres dignos de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

No es un evento estático, es un proceso donde siempre hay que estar preparado para los cambios; no es armonioso y en él puede haber conflictos.

Propone elementos que para muchas personas pueden ser o parecer innecesarios como el Respeto, Reconocimiento y Dialogo.

Relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales.

Se consideran interculturales si se establecen relaciones interactivas entre las diferentes realidades presentes.

Hasen Narváez Felipe Nayip. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. Cienc. Enferm. [Internet]. 2012 [Citado 2022 Ago 23] ; 18(3): 17-24. Disponible En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

95532012000300003&Ln
g=Es. [http://Dx.Doi.Org/
10.4067/S0717-
95532012000300003](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003).

Ciudadela R. Scielo.Sa.Cr.
[Citado El 23 De Agosto De
2022]. Disponible En:
[https://www.scielo.sa.cr
/Pdf/Enfermeria/N33/140
9-4568-Enfermeria-33-
00073.Pdf](https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/N33/1409-4568-enfermeria-33-00073.pdf)

La interculturalidad desde los movimientos indígenas no implica reconocer, tolerar ni incorporar lo diferente, sino colapsar desde la diferencia las estructuras coloniales de poder a través de un proceso activo y permanente de negociación e interrelación donde lo propio y lo particular no pierdan su diferencia, sino que aporten a la creación de nuevas comprensiones, convivencias, colaboraciones y solidaridades.

Interculturalidad crítica, Walsh concibe “proyecto político, social, ético y epistémico -de saberes y conocimientos-, que afirma la necesidad de cambiar no sólo las relaciones, sino también las estructuras, condiciones y dispositivos de poder que mantienen la desigualdad, inferiorización, racialización y discriminación”.

Implicaría impulsar relaciones, negociaciones e intercambios culturales referidos a conocimientos, Prácticas, lógicas, racionalidades y principios de vida, tendientes al logro de mutua comprensión y convivencia armónica y equitativa.

Eroza Solana E, Carrasco Gómez M. La Interculturalidad Y La Salud: Reflexiones Desde La Experiencia. *Liminar Estud Soc Humaníst* [Internet]. 2019 [Citado El 23 De Agosto De 2022];18(1):112–28. Disponible En: [https://www.scielo.org.
Mx/Scielo.Php?Script=Sci
_Arttext&Pid=S1665-](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-)

La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas de una forma simétrica, favoreciendo en todo

Relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo, es su

Casasa García, P., Ramírez Morales, A., Sánchez Reyes, A., & Campos Y

<p>momento la integración y la convivencia de ambas partes.</p>	<p>intención directa promover el diálogo y la relación entre culturas y no solamente su reconocimiento y hacerse socialmente visibles.</p>	<p>Covarrubias, G. (2010). Antropoenfermería, Salud, Migración Y Multiculturalidad En América Latina (1. Edición.). México: Universidad Nacional Autónoma De México.</p>
<p>Capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y enfermedad o la vida y la muerte y otros aspectos relacionados, entendiendo que muchas de estas percepciones pueden ser contrapuestas para nosotros y complementarias para otras culturas.</p>		<p>Casasa García, P., Ramírez Morales, A., Sánchez Reyes, A. (2015). Cuidado Cultural De Enfermería: Necesidad Y Relevancia. México: Universidad Nacional Autónoma De México.</p>
<p>TRANSCULTURALIDAD</p> <p>Es la construcción de una nueva cultura a partir de esta multiculturalidad de facto, como ha sucedido en nuestros pueblos con el mestizaje.</p> <p>Aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos.</p>	<p>La transculturalidad incide más en los sistemas de creencias y valores.</p>	<p>Gob.Mx. [Citado El 23 De Agosto De 2022]. Disponible En: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/interculturalidadsalud.pdf</p> <p>Tarrés Chamorro, Sol. El Cuidado Del 'Otro'. Diversidad Cultural Y Enfermería Transcultural. En: Gazeta De Antropología, N° 17, 2001, Artículo 15. Disponible En: El Cuidado Del 'Otro'. Diversidad Cultural Y Enfermería Transcultural (Ugr.Es)</p> <p>Cuando se habla de transculturalidad el referente que tenemos en Enfermería es Madeleine Leininger, quien conceptualiza a la “Enfermería Transcultural” como “el área formal de estudio y trabajo centrada en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”. Los autores convergen en tres puntos importantes al momento de definir el concepto de transculturalidad, los cuales se describen a continuación: Resultado de la unión de diferentes grupos culturales que establecen una fusión armoniosa de pensamiento, ideas, tradiciones culturales, etc., para conformar una nueva.</p>

Proceso de acercamiento entre las culturas diferentes, que busca establecer vínculos más arriba y más allá de la cultura misma en cuestión, casi creando hechos culturales nuevos que nacen del sincretismo y no de la unión, ni de la integración cultural que interesa a una determinada transacción.

La convivencia de culturas facilitada a su vez, por los modernos medios de desplazamiento, comunicación e información, puede ser un elemento fundamental que contribuya a la maduración de la Humanidad, manifestada en el acuerdo, respeto y promoción de unos valores universales por encima de peculiaridades de raza, etnias y hasta religiosas, caminando decididamente hacia la fraternidad universal o, como decíamos al principio hacia una “transculturalidad”.

Hidalgo Hernández V. Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad Y Transculturalidad: Evolución De Un Término. 2017 [Citado El 23 De Agosto De 2022]; Disponible En: [Http://Biblioteca.Udgvirtual.Udg.Mx/Jspui/Handle/123456789/1151](http://Biblioteca.Udgvirtual.Udg.Mx/Jspui/Handle/123456789/1151)

Incide en los sistemas de valores y creencias de modo que se de la fraternidad universal.

“Aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos.”

Permite el acercamiento entre las diferentes culturas (incide en los sistemas de creencias y valores). Busca establecer vínculos más allá de la misma cultura en cuestión, casi creando hechos culturales nuevos que nacen del sincretismo (sistema que permite la conciliación de diferentes doctrinas). Puede favorecer que la sociedad manifieste respeto, acuerdos y promoción de valores universales por encima de las particularidades de raza, etnias y creencias religiosas, de modo que se dé la fraternidad universal o el principio hacia una “transculturalidad”

Ciudadela R. Scielo.Sa.Cr. [Citado El 23 De Agosto De 2022]. Disponible En: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/N33/1409-4568-enfermeria-33-00073.pdf>

Transcultural significa proceso de acercamiento entre culturas diferentes, busca establecer vínculos más arriba y más allá de la cultura misma, casi creando hechos culturales nuevos que nacen del sincretismo y no de la unión, ni de la integración de los tratos culturales que interesan a una determinada transacción.

Casasa García, P., Ramírez Morales, A., Sánchez Reyes, A., & Campos Y Covarrubias, G. (2010). Antropoenfermería, Salud, Migración Y Multiculturalidad En América Latina (1. Edición.). México: Universidad Nacional Autónoma De México.

Fuente: elaboración propia

Cuadro 4. Semejanzas y diferencias de los conceptos de: multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad.

CONCEPTOS	MULTICULTURALIDAD	INTERCULTURALIDAD	TRANSCULTURALIDAD
SEMEJANZAS	Diversidad cultural Derivan de la cultura (origen)	Diversidad cultural Derivan de la cultura	Diversidad cultural Derivan de la cultura
DIFERENCIAS	No implica tener elementos de interrelación entre las distintas culturas. Interacciones inequitativas o desiguales en donde el grupo dominante marca la interrelación	Intercambio o enriquecimiento mutuo. Relaciones horizontales, basadas en la igualdad y el respeto.	o Resultado de la unión de diferentes grupos culturales que establecen una fusión armoniosa de pensamiento, ideas, tradiciones culturales, etc., para conformar una nueva. Incide en los sistemas de valores y creencias de modo que se de la fraternidad universal.

Fuente: elaboración propia.

Referencias

- ¹ Zaragoza M. La Diversidad Cultural en México [Internet]. TI Cambia. 2022 [citado 27 octubre 2022]. Disponible en: <http://ticambia.org/itinerario/la-diversidad-cultural-en-mexico/>
- ² Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos. OMS; 2022. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
- ³ Gobierno de México. 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). México: Gobierno de México; 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715881/Modelo_de_Salud_Intercultural_2021_actualizado_cif_covid_.pdf
- ⁴ Rubio S, Rubio Martín S, Rubio Martín S, Rubio Martín S. Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural [Internet]. Enfermeriaencardiologia.com. [citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/Enferm-Cardiol.-2020-27-80-6-10_1.pdf
- ⁵ Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. Paho.org. [citado el 9 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- ⁶ Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gazeta de Antropología [Internet]. 2006 [citado el 9 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/7118>
- ⁷ Guerrero L, León A. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología [Internet]. 2008;18(53):610-633. [fecha de Consulta 13 de Noviembre de 2022]. ISSN: 0798-3069. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517572010>
- ⁸ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. Who.int. [citado el 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- ⁹ Gobierno de la Ciudad de México. Desafíos de la Atención Primaria de Salud en México. Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación. [Internet]. Gob.mx. 2021 [citado el 24 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651873/Informe_Desafios_APS_ENERO_2021_final.pdf

-
- ¹⁰ Guerrero L, , León A. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología [Internet]. 2008;18(53):610-633. [fecha de Consulta 13 de Noviembre de 2022]. ISSN: 0798-3069. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517572010>
- ¹¹ Rubio Martín S, Rubio Martín S. Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural. Enfermería 21 [Internet]. 2020 [citado 14 noviembre 2022];(Volumen 30 , No. 80). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/cardiologia/articulo/573/diversidad-cultural-en-salud-competencia-de-la-enfermeria-transcultural/>
- ¹² Aguilar Guzmán O, Carrasco González M. I, García Piña M. A, Saldivar Flores A, , Ostiguín Meléndez R. M. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. Enfermería Universitaria [Internet]. 2007;4(2):26-30. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741822005>
- ¹³ Guirao-Goris JA, Salas AO, Ferrer E, Resumen F. El artículo de revisión [Internet]. Www.uv.es. [citado el 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.uv.es/joguigo/valencia/Recerca_files/el_articulo_de_revision.pdf
- ¹⁴ De Moura-Pontes Ana Lucia, Garnelo Luiza. La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2023 Ago 03] ; 56(4): 386-392. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000400013&lng=es.
- ¹⁵ Santos S, , Verdín Amaro K. Intercultural communication issues during medical consultation: the case of Huichol people in Mexico. Cuadernos Interculturales [Internet]. 2011;9(17):257-271. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55222591016>
- ¹⁶ Moss JA. Creencias y prácticas del cuidado de salud de mestizos que habitan en zona rural de Ecuador: Un estudio de etnoenfermería. Invest Educ Enferm [Internet]. 2014 [citado el 3 de agosto de 2023];32(2):326–36. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000200015&script=sci_abstract&tlng=es
- ¹⁷ Castillo Mayedo Juan A.. EL CUIDADO CULTURAL DE ENFERMERIA: NECESIDAD Y RELEVANCIA. Rev haban cienc méd [Internet]. 2008 Sep [citado 2023 Ago 04] ; 7(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es
- ¹⁸ Andrade Marques da Conceição e Neves M. M, O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2012;III(8):125-134. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239967014>

¹⁹Giovanella L, Fidelis de Almeida P, Vega Romero R, Oliveira S, , Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde em Debate [Internet]. 2015;39(105):300-322. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341748002>

²⁰ López Díaz L, Arias Murcia SE, Rodríguez Gómez V, Reina Leal LM, Benavides Quiñones EC, Hernández Murillo DC, Olaya Campos EA. Competencia cultural de las enfermeras en el área de salud pública: una metasíntesis. Rev. Ger. Pol. Sal [Internet]. 15 de agosto de 2018;17(34). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23077>

²¹ López Borbón D, Relevancia de la incorporación de la perspectiva intercultural en el cuidado y la promoción de la Salud. Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2014; (26):1-8. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44831277012>

²² Escobar Castellanos B, Paravic-Klijn T. La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. Enferm. Actual Costa Rica (en línea) [Internet]. 1 de julio de 2017 [citado 3 de agosto de 2023];(33). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/29627>

²³ Lima Silva J. L, Amaral Machado E, dos Santos Costa F, de Lyra Sousa J, Pereira Taveira R, Carolindo F. M, , Gentil Diniz M. I. REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO TRANSCULTURAL E O PROCESSO SAÚDE DOENÇA: CONTRIBUIÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [Internet]. 2013;5(1):3185-3195. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750897040>

²⁴ Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Paho.org. [citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>