



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**

**INTERCULTURALIDAD Y SALUD PÚBLICA EN MÉXICO:  
UNA CARACTERIZACIÓN CRÍTICA.**

**TESINA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN DESARROLLO Y GESTIÓN INTERCULTURALES**

**PRESENTA:  
ANA PAULA HUERTA CONTRERAS**



**DIRECTOR: CARLOS ANDRÉS AGUIRRE ÁLVAREZ**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 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.

*A mi madre, de quien heredé la pasión a la salud pública, el raciocinio crítico y el intelecto cultural.*

*A todos los que ejercen con amor el arte de la resistencia, la autodeterminación y la  
decolonialidad.*

*A la salud colectiva, la equidad epistémica, la autogestión y la interculturalidad en salud.*

*Gracias a Dios por guiarme con sabiduría en este espinoso andar.*

*Bienaventurada la mujer que halla la sabiduría, y que obtiene la inteligencia.  
Proverbios 3: 33.*

## ÍNDICE

Introducción.....	4
Capítulo 1. La política de salud pública en México durante el periodo neoliberal .....	7
1.1. Definición de política pública .....	7
1.1.1. Tipos de política pública y sus características principales .....	9
1.1.2. Cómo se diseñan las políticas públicas .....	11
1.1.3. Requerimientos básicos para la implementación exitosa de una política pública... ..	14
1.2. Definición salud pública.....	17
1.2.1. Tipos y características principales de los servicios de salud pública .....	19
1.2.2. Cómo funcionan los servicios de salud pública.....	20
1.3. Contexto histórico, político e institucional: las políticas públicas y de salud en el periodo neoliberal.....	29
1.3.1. Las políticas de salud pública en México .....	35
Capítulo 2. Pertinencia cultural en las políticas mexicanas de salud pública.....	47
2.1 La cuestión de la diversidad cultural en México y su construcción como un asunto público .....	47
2.2 ¿Qué es la pertinencia cultural en el ámbito de las políticas públicas?.....	54
2.3 Las adecuaciones en las políticas de salud pública frente a la diversidad cultural .....	55
Capítulo 3. Aspectos históricos, institucionales y jurídicos de la interculturalidad en las políticas mexicanas de salud pública .....	67
3.1 Marco histórico de la introducción de la interculturalidad en las políticas públicas.....	67
3.2 Marco histórico de la introducción de la interculturalidad en política de salud .....	68
3.3 Marco Legal Normativo de la Interculturalidad en México .....	72
3.4 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.....	75
3.5 Programa Sectorial de Salud 2013-2018 .....	78
3.6 Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes.....	81
3.7 Competencias interculturales para el personal de salud .....	85
3.8 Materiales y cursos impartidos por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).....	90
3.9 Guía de Implantación/Implementación: Lineamientos Interculturales para la operación de los Servicios de Salud .....	92
Conclusiones .....	106
Referencias bibliográficas.....	117
Bibliografía .....	123
Anexos .....	128

## **Introducción**

La salud es un factor indispensable para la sobrevivencia humana. Su puesta en práctica en los ámbitos físico, biológico y social ha reclamado la intervención del Estado desde los inicios de la civilización moderna (siglo XVII-XVIII). Hay que tener claro que el sustento de la salud también depende de los comportamientos y actitudes de los individuos, condicionados por la organización social, anclados en la cultura y modelados en mayor o menor medida por la acción estatal. La salud pública se puede entender como el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, promover la salud y prolongar la vida mediante los esfuerzos organizados de la sociedad (Great Britain, 1988).

En términos generales, se puede decir que el discurso y las prácticas de la salud pública se han construido a partir de diversas conceptualizaciones: el malestar y la enfermedad como elementos imprescindibles para definir la salud; la salud como valor social, y la salud como un acontecimiento que es susceptible de normatividad, es decir, la capacidad de sobrevivir y afrontar los riesgos para la continuidad de la vida desde el establecimiento de nuevas normas. Con base en estas regularidades, es posible hablar de un modelo de atención médica predominante que recurre a estrategias como la medicalización de la vida cotidiana y su tecnificación desde un modelo triádico de la salud (salud-enfermedad-atención), restándole importancia a la comprensión de su multicausalidad social y cultural.

Por otro lado, ante la diversidad social que caracteriza a nuestro país, es de suponerse que el Estado mexicano está obligado a aportar soluciones y abordajes para resolver las problemáticas y las necesidades que aparecen en el ámbito de la salud pública, derivadas de las diferencias culturales,<sup>1</sup> de género y de clase. En México la Secretaría de Salud ha incorporado, desde el 2008, criterios de interculturalidad en la atención sanitaria con la intención de potencializar los procesos participativos, generar una coherencia institucional, promover la inclusión como tema de las áreas normativas y modificar los componentes y requerimientos técnicos buscando la apertura hacia los distintos modelos médicos para el abordaje del proceso salud-enfermedad-atención. (Secretaría de Salud, s.f., p. 5-7).

---

<sup>1</sup> La interculturalidad, como tema académico y social, ha tenido gran desarrollo desde la primera década del siglo XXI, partiendo de la necesidad de garantizar relaciones simétricas y armónicas entre los miembros de las distintas culturas.

Dado que estas políticas son relativamente recientes en México, existen pocas investigaciones enfocadas en su descripción. Un abordaje de este tipo puede conducirnos a una mejor caracterización de la situación y las circunstancias en que dichas políticas acontecieron. Dicho de otro modo, ello implica producir información sobre la implementación de las políticas para la atención a la diversidad cultural en el ámbito de la salud pública en México y sobre el contexto institucional y normativo en que dichas políticas se produjeron, en el marco histórico del viraje en la lógica gubernamental que inició a partir de la década de los ochenta. Por tal motivo, la presente investigación describe y caracteriza críticamente las adecuaciones con pertinencia cultural que se han realizado en el marco de las políticas de salud pública en México durante el ciclo de gobiernos propiamente neoliberales que comenzó en 1982, con la presidencia de Miguel de la Madrid, y culminó en 2018, bajo la gestión de Enrique Peña Nieto; período durante el cual se registraron la mayor cantidad de acciones en dicho rubro de las tareas estatales. El objetivo central fue identificar los aspectos históricos, institucionales y jurídicos que caracterizan la respuesta de la política de salud pública, durante el periodo neoliberal, frente a las problemáticas y necesidades planteadas por la diversidad cultural de México.

Así, este trabajo final de titulación resume los resultados de la investigación descriptiva efectuada en torno a las adecuaciones en la salud pública en México para hacerse cargo de la diversidad cultural del país, estableciendo un corte temporal entre los años 1982 y 2018; que pueden ser definidos, en términos generales, como un periodo en que se aplicaron con un alto grado de sistematicidad los postulados y lineamientos del paradigma neoliberal de gobierno. Durante este periodo, y particularmente con mayor intensidad a partir de 1994, se buscó reformular la política estatal hacia la diversidad cultural, particularmente la derivada de la presencia de culturas indígenas en todo el territorio nacional. Por ser ésta una tesina, el diseño de investigación fue de carácter descriptivo, es decir, una aproximación cuyo objetivo central fue mostrar detalladamente las características del evento estudiado (las adecuaciones en la política de salud pública para hacerse cargo de la diversidad cultural) dentro de un contexto específico (el México de los años 1982 a 2018), sin dejar de lado la apreciación crítica de dichas características. Dicho de otra manera, el propósito central de esta investigación fue identificar las modalidades que asumió la política de salud pública para adecuarse a la realidad de la diversidad cultural en nuestro país durante el periodo que va de

1982 al 2018, buscando así, describir los ajustes y procesos de cambio en dicha política a lo largo del tiempo.

En ese mismo orden de ideas, el diseño de investigación puede caracterizarse como descriptivo, secuencial y cualitativo, pues se buscó describir el evento de estudio a lo largo del tiempo, en su propio proceso de cambio, a pesar de no tener acceso a informantes y testigos de dicho evento, más que de manera marginal. Para ello, se eligió una aproximación cualitativa, cuya principal técnica de investigación fue la documental, complementada por algunas entrevistas semiestructuradas. Para sistematizar la descripción se partió del evento de estudio (las adecuaciones en la política de salud pública para hacerse cargo de la diversidad cultural) y a partir de éste se definieron sus aspectos fundamentales y específicos: 1) su dimensión discursiva, que se manifiesta en la construcción de la diversidad cultural en cuanto asunto a considerar dentro de los servicios de salud pública; 2) su dimensión decisoria, que ocurre en el proceso de conocer aquello que se quiere modificar para definir las acciones concretas a tomar, y 3) su dimensión práctica, que se expresa a través de las formas de ejecución de las decisiones tomadas en el marco de la política de salud pública.

El primer capítulo está dedicado a establecer el marco conceptual de la investigación y a caracterizar y contextualizar, en términos generales, la política de salud pública en México durante el periodo neoliberal, que corre de 1982 a 2018. En el capítulo siguiente se encuadra el tema de la pertinencia cultural en las políticas de salud pública, mientras que en el tercer capítulo se establecen y revisan de forma específica los aspectos históricos, institucionales y jurídicos de las medidas que se han implementado en el marco de las políticas mexicanas de salud pública para encarar las problemáticas y las necesidades planteadas por la diversidad cultural del país.

## **Capítulo 1. La política de salud pública en México durante el periodo neoliberal**

### **1.1. Definición de política pública**

En la segunda mitad del siglo XX, en Estados Unidos de América, Harold Lasswell propuso el mejoramiento de la acción gubernamental del Estado y su desempeño administrativo a través de una nueva disciplina: la *policy sciences*. Ésta sería el resultado de un trabajo inter-multi-disciplinario en torno a la confección de las políticas públicas bajo una relación conocimiento-gobierno. En otras palabras, su objetivo fue conocer y explicar la construcción y ejecución de las políticas públicas, así como la mejora de su contenido a través de conocimiento utilizable, con el fin de racionalizar la toma de decisiones de interés público en un contexto sociopolítico determinado.

La propuesta de Lasswell fundamentó los estudios de las políticas públicas (*policy*) y su relación con la política (*polity*) afrontando de manera directa el análisis del poder de la acción a través del estudio de las acciones del Estado y su relación con la sociedad. (Valencia y Álvarez, 2008, p. 108).

El estudio de la *policy sciences* de Laswell en América Latina comenzó en la década de los años sesenta centrándose en el modelo de Bienestar; para la década de los setenta éste evolucionó hacia un análisis comparativo entre los modelos del Estado de Bienestar, lo cual propició el surgimiento de múltiples corrientes críticas de carácter estructuralista que cuestionaron la capacidad real de los estados para formular políticas públicas. Hacia la década de los años ochenta se reformó el estudio de las políticas públicas debido al inicio de debates sociales y políticos en torno al cambio de modelo de desarrollo y el papel del Estado dentro de él. Sin embargo, el cambio más importante tuvo lugar hasta la década de los años noventa con la transición del modelo de democracia representativa hacia el modelo de democracia participativa, la cual otorgó a los ciudadanos el derecho a intervenir en las decisiones públicas. (Valencia y Álvarez, 2008, p. 110).

A lo largo del desarrollo, evolución e implementación del estudio de las políticas públicas surgieron un sinnúmero de definiciones que respondieron a líneas de investigación, enfoques teóricos, unidades de análisis y modelos políticos diversos, consolidando así una serie de

trabajos distintos que permitieron el análisis y descubrimiento de elementos valiosos para el avance en el estudio de las políticas públicas. Sin embargo, ante esta pluralidad de definiciones existe un consenso para definir la particularidad de las políticas públicas a partir de sus elementos fundamentales:

1. El Estado: las políticas públicas son aquellas que ineludiblemente son competencia del Estado, puede variar el énfasis teórico donde se concentra el proceso de elaboración y decisión de las políticas públicas (Estado-céntrico, socio-céntrico, etc.) pero nunca se pone en duda la participación del Estado.
2. La acción: las políticas públicas se desarrollarán esencialmente en el contexto de la acción, o no acción, estatal o gubernamental.
3. La intervención: las políticas públicas son las acciones, o no acciones, llevadas a cabo por el Estado para intervenir en la sociedad y modificar o transformar su estado de demanda y de sus necesidades.

Respecto de este último punto, cabe señalar que dentro del proceso político (creación, diseño, implementación) se entrecruzan una multitud de intervenciones que dan como resultado una serie de decisiones. Aunque a veces no lo parezca, la intervención política pretende producir resoluciones que sean vinculantes para todos los miembros de la sociedad, y en algunos casos pretende paralizarlas. En otras palabras, persigue la adopción de no decisiones. Es esta combinación de decisiones y no decisiones la que constituye a las políticas públicas (Vallés, 2007, p. 395).

Para cubrir los intereses de la presente investigación se utilizarán las definiciones de política pública que González de la Madrid clasifica a través de cuatro enfoques distintos:

- Ecuación Problema + Política= Resultado + Impacto: las políticas públicas no se reducen a accidentes o causalidad, ni a necesidades que puedan escapar de las autoridades, sino que deben ser consideradas estrictamente como un sistema de acción pública que articula múltiples actores gubernamentales y sociales, acciones visibles y no visibles, decisiones y no decisiones, mediante un proceso que admite la posibilidad de continuación, interrupción, terminación y reclamación de tareas correspondientes a la ecuación.

- Sistema de acción política: en tanto que la política pública se entienda como un sistema de acción política, su orientación desborda los límites de lo gubernamental y lo no gubernamental, y resulta una combinación de procesos de ambos lados. Se constituye así en la forma concreta de los sentidos de lo público y opera como un proceso de actuación pública, el cual no tiene un comienzo ni un fin precisos, e involucra al ciudadano y a la autoridad.
- Unilateralidad: la política pública es un producto de las instituciones que fluye hacia la sociedad, es decir, un producto exclusivo de la interacción de grupos constituidos en una sociedad plural, incluso mediante la negociación. Es importante recalcar que en esta concepción se puede reconocer una falsa interacción pública dentro del proceso de formación de la política pública, al producirse una pseudo representación de necesidades por parte de la élite que detenta el poder político-económico.
- Acción pública: la política pública no es algo aislado es, en cambio, una concatenación de acciones y no acciones construida por la interacción de diversos actores e instituciones que quieren involucrarse en algún asunto específico, siempre teniendo presente que las políticas públicas no están destinadas a un grupo uniformemente constituido sino a una diversidad variable de públicos determinados mediante conexiones y desconexiones de sus intereses concretos.

### **1.1.1. Tipos de política pública y sus características principales**

Las políticas públicas contienen un elemento coactivo, es decir, “no son acuerdos o transacciones voluntarias adoptadas por actores que defienden determinadas posiciones: se trata de determinaciones que se imponen sobre la comunidad porque derivan de la autoridad y cuentan con alguna legitimidad política” (Vallés, 2007, p. 396). Este elemento se operacionaliza de modos distintos: por ejemplo, la coacción puede ser ejercida de manera directa, señalando obligatoriedad, o de manera indirecta señalando condicionalidad sobre elementos preestablecidos. La coacción dentro de este ejercicio puede tener impacto en toda una comunidad, en grupos amplios de ciudadanos o en supuestos individuales.

De acuerdo con la operacionalización y combinación de los distintos modos de ejercicio de la coacción, Theodore J. Lowi distinguió en 1964 cuatro tipos de políticas públicas:

- a) Regulatorias: aquí la coacción del Estado es máxima, pues se imponen condiciones obligatorias que afectan el comportamiento de los subordinados. Se desarrolla en una estructura política de conflicto y negociación de intereses entre grupos de poder, su eventual solución en forma de ley general regula un determinado campo de acción y consolida la dicotomía afectados y beneficiados, es decir, “se limitan las libertades individuales de los afectados, y [los intereses de los beneficiados] se transforman por decreto” (Aguilar Villanueva, 1992, p. 32). Su lugar de jurisdicción es el pleno del Congreso.
- b) Distributivas: dentro de esta política “el poder público concede una autorización a casos particulares especialmente designados” (Meny y Thoenig, 1992, p. 100). Su elemento esencial es la concesión de subsidios o subvenciones, la provisión de servicios públicos gratuitos o a precios subvencionados para que el afectado, o subordinado, obtenga una excepción a la ley por medio del cumplimiento de condiciones específicas o en su defecto por un favor unilateral por parte del Estado. Se desarrolla en una estructura política que “se caracteriza por cuestiones no rivales, susceptibles de ser tratadas con recursos públicos siempre divisibles; en ella tienen lugar acuerdos particulares de apoyo recíproco entre demandantes no antagónicos” (Aguilar Villanueva, 1992, p. 32). Su punto de jurisdicción son las Comisiones del Congreso y las oficinas administrativas del Ejecutivo.
- c) Redistributivas: aquí el poder público concede el acceso a ventajas a una serie de clases de casos o clases de sujetos, y no a individuos o casos específicamente seleccionados, mediante la consolidación de una lista de condiciones que deberán satisfacerse para que los ciudadanos puedan acceder a los beneficios “pero corresponde a quienes cumplen estas condiciones el derecho a utilizar o no esta posibilidad, si lo desean” (Meny y Thoenig, 1992, p. 100). Es el caso de grupos campesinos, madres solteras, personas con capacidades alternativas y cualquier otro grupo que pueda requerir de la distribución de recursos por parte del Estado para satisfacer sus demandas específicas. Se desarrolla en una estructura política donde las relaciones de propiedad, poder y prestigio son parte fundamental, además cuenta con asociaciones civiles y políticas que defienden sus intereses. Su punto de jurisdicción es el Poder Ejecutivo en negociación con organizaciones sociales.
- d) Constitutivas: en esta política la coacción del poder público es débil e indirecta, pues tienen que ver con las modificaciones al régimen político y administrativo, en ellas se señalan los

procedimientos y reglas generales a que deben someterse las actividades públicas, y afectan indistintamente a los actores que intervienen en el proceso.

### **1.1.2. Cómo se diseñan las políticas públicas**

El diseño de las políticas públicas es un elemento esencial dentro del proceso de su formulación. No existe un modelo único de diseño de políticas públicas, sino un requerimiento mínimo exigible para su correcta implementación y operacionalización.

El diseño de políticas públicas requiere de una planeación y una formulación que conllevan una multiplicidad de actividades individuales y colectivas. Pueden describirse de la siguiente manera:

1. **Iniciación o entrada en la agenda:** se reconoce el problema social o situación insatisfactoria que afecta negativamente a la sociedad en su conjunto, de manera directa o indirecta, dentro de ésta se encuentra un “desfase entre la situación percibida y la situación deseada” (Vallés, 2007, p.399). Para que un problema social forme parte de la agenda gubernamental debe considerar dos premisas fundamentales: a) no toda situación es un problema, y b) no todo problema es público.
2. **Elaboración:** los grupos de interés, tanto ciudadanos como políticos, canalizan las demandas sociales y las transforman en propuestas legislativas con base en un estudio previo del problema dentro del cual se reconocen sus probables causas, sus componentes y sus consecuencias, y se definen sus rumbos de acción o propuestas de reacción. Luego el parlamento examina, discute, retroalimenta y corrige esas propuestas para que sean aprobadas en forma de normas que permitan aplicarlas en las situaciones específicas de acuerdo a la demanda social.
3. **Implantación:** los administradores se encargan de organizar los recursos institucionales, humanos, materiales, incentivos positivos y negativos entre los afectados para la aplicación de las normas o leyes anteriormente aprobadas.

4. Evaluación: los grupos de interés (ciudadanos, políticos o institucionales) valoran y analizan las consecuencias de la aplicación de la política pública para posteriormente introducir los ajustes pertinentes para su correcta implementación.

El diseño de las políticas públicas es elemento esencial dentro del proceso de formulación de las mismas, puesto que es la construcción de la estrategia para dar solución al problema social. Las discusiones sobre los elementos que debe contener el diseño de una política pública son vastos y múltiples, y siempre dependerán de la relación entre los objetivos, los medios manipulables y las condiciones del entorno. Para fines ilustrativos se recopiló una serie de propuestas para el fortalecimiento del diseño de políticas públicas, éstas se resumen a continuación.

#### *Condiciones dentro del diseño y construcción de políticas públicas*

Ante el proceso de construcción y diseño de políticas públicas siempre debe tenerse en consideración las siguientes premisas: 1) “La política es el resultado del choque, interacción, confluencia y dinámica de demandantes de la política<sup>2</sup> y de oferentes de la política<sup>3</sup>” (Ortegón, 2008, p. 55)., 2) Las relaciones entre oferentes y demandantes de la política deben confluir, armonizarse, contrabalancearse y regularse mediante “el marco legal, el marco regulatorio, los acuerdos, los pactos o las reglas de la democracia” (Ortegón, 2008, p. 55)., y 3) Tanto las políticas públicas como los actores “interactúan en la sociedad dentro de un contexto macro, meso y micro<sup>4</sup>, definido por las restricciones institucionales, financieras, tecnológicas, legislativas, políticas, ideológicas, culturales y de información del respectivo momento histórico en que se construye la política pública” (Ortegón, 2008, p. 56).

---

<sup>2</sup> Los demandantes de las políticas públicas son los actores representativos de los ciudadanos que van desde grupos de presión hasta sindicatos de trabajadores y organizaciones no gubernamentales.

<sup>3</sup> El grupo de los oferentes de las políticas públicas son los políticos y grupos de especialistas, burócratas, los organismos internacionales y los centros de investigación.

<sup>4</sup> Niveles de cobertura analítica y su convergencia implementados por la UNESCO en 2012. 1) Macro-nivel analítico: análisis interinstitucional, 2) Meso-nivel analítico: análisis institucional, y 3) Micro-nivel analítico: análisis de las interacciones individuales.

### *Funciones básicas del diseño y la planificación*

Organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) han planteado institucionalizar tres funciones básicas de la planificación para garantizar la cohesión e impacto de políticas públicas, económicas y sociales.

1. **Prospectiva o visión a largo plazo:** la prospectiva se divide en dos polaridades distintas, la primera parte desde el presente y recorre un cierto espectro de futuros posibles, definiéndose, así como prospectiva exploratoria, la segunda articula una visión del futuro deseable para luego construir un itinerario de las acciones imprescindibles para lograr esa visión y se define como prospectiva normativa.
2. **Concertación y coordinación:** la coordinación, más allá de un término meramente técnico, es una función política que desde un sentido estratégico promueve determinados resultados de la acción pública, articulando los acuerdos de integración entre el Estado y la sociedad civil, la construcción de un espacio interinstitucional, organización gubernamental sectorial y el acoplamiento entre distintas jurisdicciones territoriales de gobierno.
3. **Seguimiento y evaluación:** cada organismo gubernamental deberá proponer una estructura metodológica general para la programación de resultados e instancias de evaluación. La base metodológica deberá considerar los siguientes elementos i) criterios organizadores en forma de “plan estratégico para cada organismo ejecutor que identifique con claridad su misión, sus objetivos y metas como base para identificar y jerarquizar procesos, productos y resultados en la provisión de bienes y servicios” (Martín, 2005, p.21)., ii) “indicadores de seguimiento que permita evaluar el grado de cumplimiento de cada una de esas metas” (Martín, 2005, p. 21)., y iii) “negociación de un convenio de desempeño con el núcleo central del gobierno, mediante el cual se establezcan consensos acerca de los compromisos que resultan de los pasos anteriores y de los recursos requeridos y se acuerden las modalidades para enfrentar contingencias y resolver disputas” (Martín, 2005, p. 21).

### **1.1.3. Requerimientos básicos para la implementación exitosa de una política pública**

La implementación “es el proceso de transformar en resultados los objetivos asociados con una política pública. Se trata de un proceso continuo y no lineal, el que debe ser administrado” (Lahera, 2006, p. 1).

A menudo, durante el proceso de construcción de políticas públicas se consolida el mito de que la implementación es la praxis automática del diseño de la política, sin embargo, la elaboración y diseño de una política no garantiza el éxito de su implementación.

La transición del qué hacer al cómo hacerlo se encuentra condicionada por múltiples elementos e instrumentos como el contexto y las características de las políticas, los actores, las instituciones y las estrategias que intervienen en el proceso de implementación. Estos elementos son siempre variables e interactúan de manera distinta ante los objetivos de cada política, es por ello que no existe una fórmula infalible para asegurar el éxito de la implementación. No obstante, existen premisas que debemos considerar para mejorar la capacidad de implementación de una política pública.

#### *Características centrales de las políticas y sus ámbitos*

Las políticas públicas tienen dos características centrales de las cuales se desprenden una serie de ámbitos necesarios para mejorar la capacidad de éxito del eje política-resultado: i) las políticas públicas contienen por lo menos tres aspectos principales, “uno interno al gobierno, uno comunicacional-participativo y otro político-legislativo” (Lahera, 2006, p. 3)., y ii) las políticas se encuentran siempre en una o más etapas, no necesariamente consecutivas, que corresponden a su origen, iniciación, elaboración, diseño, gestión y evaluación.

De las características anteriores se desprenden los siguientes ámbitos:

- Mejorar la comunicación y la participación: “resulta trascendente cumplir requisitos como congruencia, credibilidad, oportunidad, persistencia, cercanía, y capacidad de evaluar objetivamente la efectividad de la comunicación” (Lahera, 2006, p. 3). A través de la planificación de una agenda de comunicación pública en donde se defina qué, cómo, cuándo y a quiénes se quiere transmitir.

- Cambiar la interacción con el sistema político: sistematizar la relación entre los grupos objetivos (Parlamento, Congreso, partidos políticos, comisiones y grupos de la sociedad civil interesados) para determinar las estrategias pertinentes para el logro de objetivos.
- Aumentar la eficacia del núcleo estratégico del gobierno: “provocar cambios internos del gobierno en cada etapa analítica de las políticas públicas” (Lahera, 2006, p. 4).

### *Factores que intervienen en la práctica de las políticas públicas*

Para explicar el por qué políticas aparentemente bien diseñadas no obtienen los resultados previstos hay que realizar un análisis de la realidad y “atender a factores que pesan sobre la puesta en práctica de la política, a las modalidades que adopta y a los rendimientos que produce” (Vallés, 2007, p. 405). Los factores que se destacan en el análisis e intervienen en la práctica de las políticas públicas son:

1. Recursos: hay que tomar en consideración la provisión de recursos para implementarlas de manera exitosa.
2. Operadores y relaciones: los operadores que intervendrán en la implantación, sus respectivas relaciones y la coordinación entre ambos son fundamentales para que la política opere de manera fluida y no tienda a bloquearse o deformarse.
3. Variables del entorno: estas pueden reforzar o debilitar la realización de la política, entre las más importantes se encuentran el ciclo político, el ciclo económico, el clima de la opinión pública y las resistencias en torno a la temática de la política a implementar.
4. Implementación *bottom-up* (abajo arriba): la aplicación más afectiva de una política se consolida en la medida en que sus objetivos, medios y estrategias se adaptan a “las condiciones específicas de sus destinatarios: nivel cultural, situación social, ubicación territorial, etc.” (Vallés, 2007, p. 406).

### *La esfera pública en la implementación*

Las políticas no están exentas de contener un carácter público, porque son un constructo consensuado “públicamente, tiene pues un sustento de legitimidad; y su ejecución, en tanto es esfuerzo público (y no sólo gubernamental), está consustancialmente involucrando al [ámbito público donde accionan las instituciones públicas conformadas por la sociedad] en su ejecución y desempeño” (Cruz R., 1999, p. 118).

El análisis de la implementación como esfuerzo público, permite comprender el porqué del éxito o fracaso de la acción colectiva para la realización de la política en confrontación con la realidad e interacción social en la que desea intervenir.

Los procesos de decisión y ejecución de las políticas se dan en espacios públicos condicionados por las siguientes tres reglas:

- I) La publicitación de la política: la política debe difundirse y divulgarse por medios públicos de información, creando así espacios de deliberación y comunicación para el diseño y evaluación de las mismas.
- II) Diálogo público constituyente-público constituido<sup>5</sup>: los espacios de diálogo y deliberación institucionalizados son fundamentales para lograr consenso en torno a la hechura y adopción de políticas.
- III) Interacción público constituyente-público constituido: la consolidación de relaciones y vínculos de trabajo entre grupos objetivos es esencial para originar una correcta “coordinación de esfuerzos públicos y gubernamentales” (Cruz R., 1999, p. 131).

Además de las tres reglas anteriores, también se reconocen tres instrumentos públicos de la implementación, los cuales “son aquellos órganos (componentes) de la política que tienen como finalidad lograr la vinculación de la sociedad en su hechura e implementación”

---

<sup>5</sup> Aguilar Villanueva reconoce una ramificación dentro del concepto de lo público. La primera es el público constituyente, el cual se define como el espacio donde se desarrolla la vida político-social y se legitiman las instituciones públicas; el segundo es el público constituido y se refiere al ámbito público donde accionan esas instituciones públicas.

y se dividen de la siguiente manera: a) Consejos públicos de consulta, b) Contraloría pública o ciudadana de las políticas, y c) Comisiones públicas de seguimiento y evaluación.

## **1.2. Definición salud pública**

Aunque la práctica de sanar a los heridos o enfermos, en cuanto actividad social significativa, se remonta a las antiguas civilizaciones, la conceptualización de la salud pública como ciencia y profesión en el mundo occidental se gestó hacia mediados del siglo XVIII y se puso en práctica hasta mediados del siglo XIX con la consolidación de la medicina científica y el surgimiento del movimiento sanitarista europeo (Márquez, 2011). Pero más allá de su contexto histórico, es importante conocer algunas de las bases teóricas y prácticas de la salud pública para obtener una definición más inteligible y sólida del término, en el marco de los siguientes ejes: a) el estudio de los fenómenos colectivos de enfermedad con el objetivo de comprender la evolución general de la salud, b) la posibilidad de explicar con precisión el origen de los riesgos diferenciales de enfermar y morir dentro de la multiplicidad de grupos humanos, y c) “la capacidad y la responsabilidad [por parte de los gobiernos de los países] de garantizar la conservación de la salud de la población mediante intervenciones desarrolladas desde el Estado” (López, Puentes y López, 2011: 19).

Las primeras definiciones de la salud pública se centraban en las acciones para curar la enfermedad y reconocer el riesgo que ésta podría generar en los individuos; posteriormente, el interés de la salud pública giró en torno a los mecanismos de transmisión y a los ambientes insalubres, y finalmente, con el desarrollo científico y los descubrimientos en materia de bacteriología e inmunización hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX surgió otra conceptualización de la salud pública: como prevención de enfermedades. Uno de los máximos exponentes de esta última postura fue el bacteriólogo estadounidense Charles Edward E. Winslow, quien hacia 1920 escribió:

la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida

adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad (Observatorio de biopolítica, 2017)

La salud pública es, entonces, la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: a) el saneamiento del medio b) el control de las enfermedades transmisibles c) la educación sanitaria d) la organización de los servicios médicos y de enfermería, y e) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud (Piédrola 2008, p. 8).

Esta definición es extensa ya que resume y condensa acertadamente el quehacer de la salud pública y su administración, sin dejar de considerar su evolución. No obstante, es posible y necesario enriquecer dicha definición con la aportación de un abordaje multidisciplinario. La nueva salud pública contiene este nuevo abordaje para proteger y promover el estatus de salud de los individuos y de la sociedad mediante la provisión equilibrada a la población de servicios de control sanitario del medioambiente y de promoción de la salud de forma coordinada con servicios curativos de rehabilitación y de cuidados a largo término (Piédrola 2008, p. 8) (Tulchinsky y Varavikova, 2000).

Asimismo, López Arellano, Puentes Rosas y López Moreno definen a la salud pública como:

Un espacio de saberes —proveniente de múltiples disciplinas científico-técnicas— conformado por conceptos, métodos y técnicas cuya aplicación permite comprender las fuerzas que determinan la salud y la enfermedad cuando se estudian como procesos colectivos. La salud pública como ámbito para la acción opera en el espacio donde los actores sociales se organizan para combatir y controlar la enfermedad y sus consecuencias, a escala poblacional. Estas acciones, individuales y colectivas, constituyen la respuesta organizada de la sociedad a los problemas sanitarios (López, Puentes y López, 2011, p. 21).

### 1.2.1. Tipos y características principales de los servicios de salud pública

La salud pública, para lograr sus objetivos, hace uso de múltiples conocimientos que van “desde las características personales de orden biológico hasta las dimensiones sociales más generales, como la cultura, la organización política y la estructura económica en la que se encuentran inmersos los seres humanos” (López, Puentes y López, 2011, p. 19). Con ello la salud pública determina el origen y nivel de riesgo de las enfermedades para establecer las formas de intervención y las medidas de atención al contexto de salud.

Las acciones de salud pública para poder operar dependerán de a) la existencia de un sistema de salud b) la sinergia con otros sectores y c) un sustento jurídico.

Tipo de acción	Ejemplos
<p data-bbox="224 909 506 940"><b>Protección de la salud</b></p> <p data-bbox="224 995 786 1465">Son las acciones basadas en conocimientos de ciencias distintas a las médicas (biología, ingeniería sanitaria, farmacología, etc.) que tratan de “prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del medioambiente donde el hombre vive y trabaja, y de los alimentos que consume” (Piédrola 2008: 9).</p>	<ul data-bbox="857 915 1370 1801" style="list-style-type: none"><li>● Sistemas de obtención y conservación de agua limpia.</li><li>● Eliminación de desechos.</li><li>● Aislamiento de individuos infecciosos.</li><li>● Saneamiento de viviendas.</li><li>● Control de consumo de sustancias tóxicas.</li><li>● Medidas de protección durante el trabajo.</li><li>● Fomento de actividades deportivas y de recreación.</li><li>● Creación y aplicación de productos biológicos inmunizantes.</li><li>● Límites máximos permisibles de sustancias tóxicas en los alimentos.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Regulación del uso de medicamentos. (López, Puentes y López, 2011: 20)</li> </ul>
<p>Restauración de la salud</p> <p>Todas las acciones encaminadas a recuperar la salud son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria (Piédrola 2008: 10).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento de lesiones orgánicas o alteraciones psíquicas.</li> <li>● Rehabilitación.</li> <li>● Atención hospitalaria.</li> </ul>
<p>Información, diagnóstico y toma de decisiones.</p> <p>Acciones encaminadas al análisis de información que permita y sustente la toma de decisiones para el mantenimiento, sobre todo en el rubro legislativo, y recuperación de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estudios epidemiológicos.</li> <li>● Administración de los servicios médicos.</li> <li>● Políticas públicas de salud.</li> <li>● Análisis de las necesidades colectivas.</li> </ul>

*Tabla 1: Clasificación de las acciones de salud pública. Creación propia.*

### **1.2.2. Cómo funcionan los servicios de salud pública**

El objetivo de la salud pública es la conservación y mejoramiento de la salud individual y colectiva para el bienestar y la supervivencia, para lograrlo es necesario realizar múltiples acciones encaminadas a la protección de la salud, la restauración de la salud, y a la obtención de información para el análisis y diagnóstico que fundamenten la toma de decisiones; para la implementación de las acciones anteriores se necesita de a) la existencia de un sistema de salud b) la sinergia institucional y sectorial y c) un sustento jurídico. Por ello es que los servicios de salud pública funcionaran en coherencia con las acciones y supuestos ya mencionados.

Las actividades y servicios que brinda la salud pública para garantizar la salud son, en su mayoría, intervenciones del Estado<sup>6</sup> mediante distintas instituciones o sectores que operacionalizan de manera específica cada actividad o servicio, por ello la salud pública siempre será un sistema integral.

El debate sobre el funcionamiento de los servicios de salud pública es amplio, puesto que éste es dinámico y se adapta a las condiciones del ámbito donde va a operar, por ello, y con base en una caracterización funcional de la salud pública, en 2002 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró la iniciativa *Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas*, la cual consta de “un conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central” (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p. 60).

<i>Funciones Esenciales de la Salud Pública</i>	Definición
FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, con atención especial a la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.</li> <li>● La identificación de las necesidades de salud de la población, incluidas la evaluación de los riesgos de la salud y la demanda de servicios de salud.</li> <li>● El manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos de especial interés o de mayor riesgo.</li> <li>● La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.</li> </ul>

<sup>6</sup> Dentro de la salud pública el principal actor institucional es el Estado, puesto que “es una entidad individualizada desde el punto de vista operativo, con personalidad jurídica e instrumentos de actuación propios y poderosos” (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p. 59).

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La identificación de recursos externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.</li> <li>● El desarrollo de la tecnología, la experiencia y los métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública, incluidos los actores externos, los proveedores, y los ciudadanos.</li> <li>● La definición y el desarrollo de organismos de evaluación de la calidad de los datos reunidos y de su correcto análisis.</li> </ul>
<p>FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.</li> <li>● Infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de análisis de población, estudios de caso e investigación epidemiológica en general.</li> <li>● Laboratorios de salud pública capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas necesarias para la identificación y el control de nuevas amenazas para la salud.</li> <li>● El desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan afrontar mejor los problemas de salud de mayor interés.</li> <li>● La preparación de la Autoridad Sanitaria Nacional en Acción (ASN) y el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o de riesgos específicos.</li> </ul>
FESP 3: Promoción de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.</li> <li>● El fortalecimiento de las alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción.</li> <li>● La evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.</li> <li>● El desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.</li> <li>● La reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar unos modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.</li> </ul>
FESP 4: Participación de los ciudadanos en la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables, de</li> </ul>

	<p>manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a unos servicios adecuados de salud pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, con el fin de mejorar el estado de salud de la población y la promoción de entornos que favorezcan la vida saludable.</li> </ul>
<p>FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.</li> <li>● El desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones políticas en materia de salud pública, a través de un proceso participativo, que sea coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan esas decisiones.</li> <li>● La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluida la planificación estratégica, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.</li> <li>● El desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaces, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.</li> </ul>
<p>FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.</li> <li>● La capacidad de generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a mejorar la salud de la población, así como a fomentar el desarrollo de entornos saludables.</li> <li>● La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.</li> <li>● La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación de forma oportuna, correcta, congruente y completa.</li> </ul>
<p>FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.</li> <li>● El desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones en materia de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud, sin incluir la financiación de esta atención.</li> <li>● El seguimiento y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural, que permita trabajar con diversos organismos e instituciones con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La estrecha colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.</li> </ul>
<p>FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La identificación de un perfil para los recursos humanos en la salud pública que sea adecuado para la asignación de los servicios de salud pública. • La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública con el fin de identificar las necesidades de los servicios de salud pública y de la atención de salud, de enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y de evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.</li> <li>• La definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.</li> <li>• La formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en la salud pública significativas para todos los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo en el ámbito de la salud pública.</li> <li>• El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural en materia de salud pública.</li> <li>• La formación ética del personal de salud pública, con especial atención a principios y valores tales como la</li> </ul>

	<p>solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.</p>
<p>FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La promoción de la existencia de los sistemas de evaluación y el mejoramiento de su calidad.</li> <li>● El fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad y supervisión del cumplimiento de los proveedores de servicios que tengan esta obligación.</li> <li>● La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.</li> <li>● La existencia de un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de adopción de decisiones de todo el sistema de la salud y contribuya a mejorar su calidad.</li> <li>● La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad en materia de salud.</li> <li>● La existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de esta evaluación para mejorar la calidad de los servicios de salud.</li> </ul>
<p>FESP 10: Investigación en salud pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La investigación rigurosa dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La ejecución y el desarrollo de soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.</li> <li>● El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, de dentro y de fuera del sector de la salud, con el fin de realizar estudios oportunos que apoyen la adopción de decisiones de la ASN en todos sus niveles y en todo su campo de actuación.</li> </ul>
<p>FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.</li> <li>● Un enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.</li> <li>● La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.</li> <li>● La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.</li> </ul>

*Tabla 2: Funciones Esenciales de la Salud Pública. Creación propia.*

### **1.3. Contexto histórico, político e institucional: las políticas públicas y de salud en el periodo neoliberal**

El neoliberalismo es un modelo económico-político de desarrollo internacional fundamentado en el libre mercado y la disminución del poder del Estado en la toma de decisiones, apoyado por el Fondo Monetario Internacional y el Consenso de Washington en 1989 tras el periodo de endeudamiento en 1982.

En México, según Ornelas (2001) se desarrolla en dos etapas:

1. Etapa de transición/instauración “superar los desequilibrios macroeconómicos”: se lleva a cabo durante los últimos años de la década de los setenta hasta la década de los ochenta. Durante el mandato de Miguel de la Madrid y con la nacionalización de la banca, comenzó una política de cambio estructural para que el crecimiento económico no generara ni agudizara la crisis económica a través del Programa Inmediato de Reordenación Económica (PIRE) en 1983.

Posteriormente, con el mandato de Carlos Salinas de Gortari se llevó a cabo acciones para la contención de la inflación, la renegociación de la deuda del Estado, el saneamiento de las finanzas públicas y la más importante: la reforma del Estado con la venta de empresas paraestatales.

2. Etapa de aplicación “Las reformas estructurales”: se lleva a cabo durante la década de los noventa, se consolida bajo el mandato de Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo Ponce de León. Se caracteriza por la liberación comercial y financiera, la aceleración de venta de las empresas paraestatales y la eliminación de la regulación estatal.

Concluimos que el neoliberalismo mexicano contiene tres características principales (Cooney, 2008):

- a) Liberación del comercio: consolidado por acuerdos bilaterales con Estados Unidos en 1985, la entrada al Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio en 1986 y la firma de algunos tratados de libre comercio como el TLCAN en 1992.
- b) Desregulación financiera: restricciones para la repatriación de ganancias y regalías, y el auge de la Inversión Extranjera Directa durante 2000-2001.

- c) Privatización: privatización y venta de empresas paraestatales para mejorar el déficit fiscal, privatización del sistema de seguridad social en 1995 y del sistema de jubilaciones y pensiones en 1996.

Esta transición del Estado interventor al Estado mínimo ocasionó la creación de una nueva élite político-empresarial,<sup>7</sup> consecuencia de la adquisición de empresas paraestatales y la adhesión del grupo empresarial en la esfera gubernamental a manera de asesores, y con ello una concentración de riqueza en este sector; además de un desequilibrio fiscal y su consecuente reducción del gasto público (Ornelas, 2001). Lo anterior consolida la deuda insostenible de carácter social que dejó el neoliberalismo y se clasificó de la siguiente manera:

1. Distribución del ingreso: la concentración de las ganancias en un solo sector poblacional, el político-empresarial, ocasionó que los sectores pobres y medios de la sociedad fueran sistémicamente empobrecidos por la política neoliberal.
2. El empleo: los programas de emergencia económica y el recorte de plazas laborales en empresas paraestatales consolidaron un déficit de creación de empleos formales, y orillaron a la población a posicionar al sector informal como nueva fuente de empleos.
3. El salario: el salario mínimo se deterioró un 47.5 % durante el periodo 1983-2000, haciendo evidente la insuficiencia del salario frente a la devaluación.
4. La pobreza: se incrementó debido a la degradación de los niveles de ingreso.

#### *Políticas públicas de salud durante el periodo neoliberal*

Las políticas públicas de salud durante el periodo neoliberal se caracterizan por iniciar el proceso de descentralización de los servicios de salud, y al mismo tiempo generan las estrategias y modificaciones pertinentes a fin de consolidar un sistema nacional de salud universal. Éstas tienen sus antecedentes durante el periodo presidencial de José López Portillo, cuando en 1977 se coordinaron los servicios de salud del país y se descentralizó la implementación de los programas y políticas de salud, a través de la creación del Plan

---

<sup>7</sup> Se habla entonces de neoliberalismo sistémico, aquel cuya concentración económica y reparto de mercados se focalizó en pequeños grupos de poder (político-empresarial).

Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y posteriormente en 1979 la consolidación de IMSS-COPLAMAR como resultado de un convenio que pretendía establecer y operar un plan de solidaridad social por medio de la cooperación comunitaria.

Con base en estas acciones y algunas otras como la adopción de programas focalizados de mitigación de la pobreza, la desatención de principios de salud universales y el abandono de la noción de derechos sociales, es que se consolidó el nuevo estilo de gestión de la política social. (Martínez, 2020)

A continuación, se detalla por sexenios las intervenciones en materia de política social y de salud:

#### 1. Sexenio 1982-1988 Miguel de la Madrid

Este periodo se caracterizó por *la contradicción estatal del quehacer en el mundo globalizado*: procesos de expansión del capital, privatización de lo público rentable y regulación del conflicto social a través de las instituciones ejecutoras de las políticas sociales (López y Blanco, 2001).

Mientras tanto, la política social se redefinió detentando el desarrollo como superación de la pobreza a través de la implementación de la protección social, como responsabilidad del Estado y con atribuciones jurídicas, para garantizar el derecho a la sanidad, la vivienda, la educación, los servicios sociales, las pensiones y las jubilaciones.

La política social operó mediante una *propuesta efficientista*, es decir, la acción selectiva del Estado mediante la racionalización de los recursos, el intento de abaratamiento de costos, la simplificación máxima de la prestación de servicios y la redefinición de las poblaciones a las que se orienta. (López y Blanco, 2001)

En materia de políticas públicas de salud, en 1983 se modificó el artículo 4º constitucional en donde se estableció la protección a la salud como derecho individual y responsabilidad del Estado. Luego, en 1984, se reformó la Ley General de Salud donde se consolidó el Sistema Nacional de Salud (SNS) con la intención de integrar a los diversos servicios de salud ya existentes a través de estrategias de modernización administrativa,

sectorialización, coordinación intersectorial, descentralización y participación comunitaria. Además, los servicios de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) e IMSS-COPLAMAR pasaron a ser responsabilidad de los gobiernos estatales: Servicios Estatales de Salud (SESA).

En el mismo año se estableció el primer Programa Nacional de Salud 1984-1988, este dictaría los ejes de acción a realizar en materia de salud.

## 2. Sexenio 1988-1994 Carlos Salinas de Gortari

Periodo en el que se llevó a cabo la institucionalización, y centralización de los recursos, de la política social a través de la creación del Programa Nacional Solidaridad (PRONASOL) en 1991, éste “perfiló la futura política del cuidado de la salud dictada por el Banco de México en los albores del nuevo milenio: la protección social con su versión actualizada denominada manejo social del riesgo” (Valadez, 2019, p. 22).

Los ejes de acción de la protección social se centraron en el refuerzo de la atención masificada y barata dirigida a grupos marginados rurales y urbanos: aplicación selectiva del gasto social.

En materia de salud se fortaleció el primer nivel de atención: autocuidado y educación para la salud, el presupuesto se concentró en programas de salud verticales. Así mismo, se crearon estrategias de acceso universal a los servicios con equidad y calidad.

## 3. Sexenio 1994-2000 Ernesto Zedillo

La política social se definió por el inicio de los Programas de Transferencias Condicionadas:<sup>8</sup> el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).

En 1995 se implementó el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, con base en el primer análisis de los servicios de salud y el SNS<sup>9</sup>, donde se estableció un Paquete Básico de Servicios de Salud y se planteó una nueva organización del modelo de sistema de

---

<sup>8</sup> “Estos programas buscan transformar y detener la transmisión intergeneracional de la pobreza mediante el desarrollo de las capacidades humanas en las familias más vulnerables. Con este fin, estos entregan transferencias monetarias directas y establecen condicionalidades centradas en la asistencia a la escuela y a los controles de salud” (Cecchini y Madariaga, 2011, p. 5).

<sup>9</sup> “Economía y Salud” publicado en 1993-1994 por Julio Frenk y otros colaboradores.

salud: la integración y descentralización de los servicios de atención a la población abierta.<sup>10</sup> También estableció entre sus objetivos garantizar la calidad, eficiencia, coordinación y cobertura de los servicios de salud.

Como parte complementaria de este programa se emitió la reforma a la Ley del Seguro Social “a partir de la cual se crearon las cuentas individuales para el retiro de los trabajadores, cuyo manejo fue encomendado a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), sobre la base del Sistema de Ahorro para el Retiro.

#### 4. Sexenio 2000-2006 Vicente Fox

Durante este sexenio la política social se materializó con la implementación de más de 223 programas sociales, ante lo cual surgió la necesidad de ejecutar mecanismos de regulación, coordinación y evaluación de los programas de política social, consolidando así la Ley General de Desarrollo Social y con ella la creación del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) para la evaluación de programas sociales y la toma de decisiones en política social e índices de pobreza y desarrollo.

En materia de salud se generó el parte aguas de las reformas hacia la universalización de los servicios de salud. Es decir, la reforma a la Ley General de Salud de 2003 en la cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud con base en un diagnóstico sólido: hacer efectiva la protección social en salud y un gasto sanitario efectivo. Su mecanismo de ejecución fue el “Seguro Popular”, y su documento de referencia fue el “Catálogo Universal de Servicios de Salud” (CAUSES) que cubría 90 intervenciones médicas (Flamand y Moreno, 2015).

Dentro de esta misma reforma se creó el Consejo de Salubridad General cuyo objetivo fue la certificación de la calidad en los servicios de salud con base en algunos principios establecidos en el art. 77 BIS 1, en el que se señala que la condición social no es determinante

---

<sup>10</sup> En 1996 se firma el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud entre los 31 estados, el Distrito Federal y el Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA). A partir de entonces inicia la firma de acuerdos de Coordinación para la descentralización integral de los servicios integrales de salud en cada entidad federativa en estos se decretaba que los servicios de salud son responsabilidad de cada estado con base en la entrega de recursos financieros y la descentralización de la estructura organizacional y la infraestructura.

para incorporarse al sistema de protección social en salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad sin discriminación; y el artículo BIS 37, que normativiza el trato digno y respetuoso como derecho de los beneficiarios.

## 5. Sexenio 2006-2012 Felipe Calderón

Felipe Calderón Hinojosa continuó las modificaciones estructurales de corte neoliberal para la privatización de las empresas del Estado y la operación de sus instituciones. Un ejemplo de lo anterior fue la privatización de la energía eléctrica a través de la extinción de Luz y Fuerza del Centro.

En el rubro de la política social se implementó la multidimensionalidad de la pobreza,<sup>11</sup> reconocida por el CONEVAL, la cual estableció un nuevo marco conceptual y operativo en la política de desarrollo social integral que involucra el ámbito educativo, de salud, de alimentación, acceso a la vivienda y a la seguridad social.

La política pública de salud se caracterizó por el establecimiento de límites en los recursos destinados a los servicios de salud estatales, el intento de universalización por cobertura a través de la subrogación de servicios de salud a la iniciativa privada, estos financiados con recursos públicas bajo el eufemismo de diversificar los beneficios de los usuarios. (Valadez, 2019, p. 30)

Una de las estrategias en la mejora de los servicios de salud fue la centralización en el usuario: planeación, implantación y evaluación. Considerando en el ejercicio de estos los derechos de los pacientes: el trato digno y respetuoso.

Además, el Sistema Nacional de Salud 2007-2012 se rigió bajo el principio básico universal de los usuarios a: i) la protección financiera, a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, ii) la protección de daños y riesgos, bajo la supervisión de la

---

<sup>11</sup> “México fue el primer país del mundo en contar con una medición oficial multidimensional de la pobreza, es decir, que además de considerar la insuficiencia de los recursos económicos utiliza varias dimensiones adicionales sobre las cuales debe focalizarse la política social. [...] Esta reconoce que la población pobre padece insuficiencia de recursos económicos y, al mismo tiempo, se ve vulnerada en el ejercicio de sus derechos fundamentales debido a la falta de acceso a la alimentación, la salud, la educación, la seguridad social o a una vivienda digna.” (CONEVAL, s.f., p. 1).

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y iii) la protección del usuario bajo la vigilancia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Aunado a esto, el Consejo de Salubridad General fue el organismo encargado de la certificación de calidad en los servicios de salud bajo los estándares internacionales para hospitales dictados por la Joint Commission International.

#### 6. Sexenio 2012-2018 Enrique Peña Nieto

El plan de este sexenio se nombró “Pacto por México” y se consolidó con reformas estructurales que tuvieron como fin modernizar y darle la característica de explotable al país mediante la desregulación ambiental, la flexibilidad laboral (*outsourcing*), educativa, financiera, fiscal y energética. (Valadez, 2019).

En materia de salud, en 2014 se reforma la Ley General de Salud donde se recentralizan los recursos del Seguro Popular. También se normativiza la evaluación, supervisión y manejo de recursos del Régimen Estatal de Protección Social en Salud y se establecen convenios de intercambio de servicios interinstitucionales (IMSS, Seguro Popular y SSA).

La reforma de salud se basó en la idea de un Sistema Nacional de Salud Universal que tendría como origen un fondo financiado con recursos fiscales a través del incremento del impuesto indirecto y la eliminación de las contribuciones empresariales al seguro social, sin embargo, esta no pudo llevarse a cabo y las acciones se orientaron a realizar una Universalidad pragmática, es decir, a través de programas, proyectos y metas desde la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (Valadez, 2019, p. 33).

#### **1.3.1. Las políticas de salud pública en México**

Las políticas de salud pública son el conjunto de todas aquellas acciones públicas, ejecutadas por autoridades y entidades públicas, que garantizan la salud de toda la población. Este conjunto debe representar una sinergia entre diversas políticas “necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente [,] emprender acciones de salud pública [beneficiosas] para todos [y consolidar un entorno socio-jurídico benévolo para la obtención de resultados sanitarios]” (Organización Mundial de la Salud, 2008, p. 66).

La sinergia de políticas de salud está constituida de la siguiente manera:

- Políticas sistémicas: disposiciones necesarias para la adaptación de elementos constitutivos de los sistemas de salud que garanticen la prestación de servicios y la cobertura universal.
- Políticas de salud pública: “intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud” (Organización Mundial de la Salud, 2008, p. 66).
- Políticas en otros sectores: contribuciones a las políticas de salud que son resultado de colaboraciones intersectoriales intensivas.

Con base en la sinergia de políticas de salud y sus componentes podemos clasificar la composición de las políticas de salud pública en México de la siguiente manera:

## 1. Políticas sistémicas

### 1.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

1.1.2 Adición al artículo 4° constitucional en 1983 que concede el derecho a la salud.

1.1.3 Fracción XVI del artículo 73 constitucional que condiciona las bases de la Ley General de Salud.

### 1.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

1.2.1 Reglamento de Insumos para la Salud “tiene por objeto reglamentar el control sanitario de los Insumos y de los remedios herbolarios, así como el de los Establecimientos, actividades y servicios relacionados con los mismos” (Reglamento de Insumos para la Salud, 1998).

1.3 Ley General de Salud “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4.° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los

servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general” (Ley General de Salud, 2018, p. 1).

1.3.1 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional provee el cumplimiento de la Ley General de Salud en lo que se refiere a Sanidad Internacional.

1.3.2 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica provee el cumplimiento de la Ley General de Salud en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica.

1.3.3 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud determina “los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud” (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 2014).

1.3.4 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios consolida el control, fomento y regulación sanitarios sobre actividades, establecimientos, productos y servicios como una herramienta en la consecución de la salud de la población.

1.3.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos provee los instrumentos legales y reglamentarios suficientes para ejercer eficazmente el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos.

1.3.6 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud “tiene por objeto establecer las bases para la regulación del Sistema de Protección Social en Salud previsto en el Título Tercero Bis de

la Ley General de Salud” (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, 2014).

1.3.7 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad “tiene por objeto reglamentar el control sanitario de la publicidad de los productos, servicios y actividades a que se refiere la Ley General de Salud” (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, 2014).

1.3.8 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud provee las normas jurídicas para regular el funcionamiento de este órgano.

1.3.9 Manual de Organización de la Secretaría de Salud

1.4 Ley de los Institutos de Salud “tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de los Institutos Nacionales de Salud, así como fomentar la investigación, enseñanza y prestación de servicios que se realice en ellos.” (Ley de los Institutos de Salud, 2022)

1.4.1 Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Salud Pública provee las normas jurídicas para regular el funcionamiento del órgano de salud pública.

1.5 Ley Federal del Trabajo estipula como responsabilidad social del patrón la seguridad social.

1.5.1 Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado provee las normas jurídicas para la observancia de la seguridad social de los trabajadores.

1.5.2 Ley del Seguro Social provee las normas jurídicas para la observancia de la seguridad social de los trabajadores.

1.5.3 Ley de Petróleos Mexicanos provee las normas jurídicas para la observancia de la seguridad social de sus trabajadores.

- 1.5.4 Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas provee las normas jurídicas para la observancia de la seguridad social de sus trabajadores.
- 1.6 Plan Nacional de Desarrollo plantea los objetivos prioritarios durante el sexenio presidencial.
- 1.7 Plan Nacional de Salud / Programa Sectorial de Salud plantea los objetivos y estrategias prioritarias en materia de salud durante el sexenio presidencial.
2. Políticas de salud pública
- 2.1 Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son regulaciones de observancia técnica que tienen como objetivo establecer características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la salud y seguridad de las personas. Las NOM elaboradas por la Secretaría regulan temas de salud ambiental, vigilancia epidemiológica, servicios de salud, prevención y control de enfermedades y especificaciones sanitarias.<sup>12</sup>
- 2.2 Programas de Salud reúnen acciones de protección, promoción y prevención de ejes prioritarios para la conservación de la salud con el propósito de alcanzar los objetivos del Plan Nacional de Salud/Plan Sectorial de Salud. Éstos se encuentran en constante cambio de acuerdo al contexto social y los ejes de acción establecidos en cada mandato presidencial sexenal, para fines prácticos se realizó un análisis que permitió categorizar dichos programas de la siguiente manera:
- Programas en seguimiento: todos aquellos que continúan a lo largo de las diversas administraciones, como el Programa de Acceso Universal a los Fármacos Antirretrovirales en México, el cual inició en 2003 y se encarga de asegurar el abasto de medicamentos antirretrovirales y pruebas de monitoreo clínico para personas con VIH sin seguridad social.

---

<sup>12</sup> Véase Anexo 1

- Programas sin seguimiento: aquellos que dejaron de ejercerse o ser tomados en consideración para su operacionalización, como el Programa Comunidades Saludables, cuyas Reglas de Operación dejaron de considerarse en el ejercicio fiscal en 2015.
- Programas con modificaciones: son los que se ajustan y adecúan conforme el paso del tiempo como el Programa IMSS Bienestar el cual otorga servicios médicos a personas que viven en zonas rurales o urbanas marginadas, en 1984 comienza el programa con el nombre de IMSS COPLAMAR para en 1989 modificarse como IMSS Solidaridad, en 2002 pasa a consolidarse como IMSS Oportunidades, en 2014 se renombra como IMSS Prospera y finalmente en 2018 se transforma en IMSS Bienestar.

2.3 Acuerdos: son una resolución o disposición tomada en común por dos o más personas, por una junta, asamblea o tribunal. Esta convergencia de voluntades tiene la finalidad de producir efectos jurídicos, generalmente de obligatoriedad entre las partes que lo conforman. Por ejemplo, el

*"Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos para la transferencia de los recursos federales correspondientes al Sistema de Protección Social en Salud"*, en los que se determinó que los depósitos constituidos por los Regímenes Estatales de Protección en Salud en la Tesorería de la Federación no podrían ser inferiores al 50 % del total de los recursos del ejercicio fiscal correspondiente, y que acorde con la nueva política pública del Ejecutivo Federal, y a efecto de garantizar de manera efectiva el derecho a la protección de la salud, conforme a lo establecido en el párrafo cuarto del artículo 4.º Constitucional, resulta necesario incrementar el monto de los recursos en especie que se transfieren a las entidades federativas para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, lo que permitirá generar mejores condiciones de adquisición para el Estado, hemos tenido a bien expedir el siguiente ACUERDO POR EL QUE SE MODIFICA EL DIVERSO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS PARA LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS FEDERALES CORRESPONDIENTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (DOF 15/10/2019).

2.4 Convenios: son los acuerdos “de dos o más personas para crear, transferir, modificar o extinguir obligaciones” (Código Civil de la Ciudad de México, 2021, p. 173). Por ejemplo, el Convenio Específico de Colaboración para la transferencia de recursos presupuestarios federales con el carácter de subsidios, para la ejecución de proyectos y/o reconocimientos cuyo propósito es contribuir a desarrollar el Programa Calidad en la Atención Médica, que celebran la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene

por objeto la transferencia de recursos presupuestarios federales por parte de "LA SECRETARÍA" a "EL IMSS" con el carácter de subsidios en lo sucesivo "LOS SUBSIDIOS", para la ejecución de proyectos de mejora y/o el reconocimiento a la implementación de un modelo de gestión de la calidad, cuyo propósito es contribuir a desarrollar el "PROGRAMA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA", conforme a los términos de las convocatorias públicas, de "Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica", así como "Premio Nacional de Calidad en Salud", en los términos señalados en el Anexo Técnico de cada proyecto beneficiario, el cual una vez suscrito por "LAS PARTES", forma parte del presente Convenio. (DOF 03/09/2018)

2.5 Criterios: son reglas o normas conforme las cuales se toma una determinación.

Por ejemplo, los Criterios Técnicos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como las empresas productivas del Estado, para la emisión de documentos electrónicos que deriven de un trámite o servicio digital.

2.6 Lineamientos en salud: son los documentos emitidos por un órgano normativo, para dar a conocer a los niveles operativos las líneas rectoras para el desarrollo de los procesos en su ámbito de responsabilidad. Norman desde vigilancia epidemiológica, tratamiento de enfermedades, prestación de servicios administrativos, controles sanitarios, modelos y programas de salud. <sup>13</sup>

2.7 Manuales, Guías y Protocolos son documentos oficiales creados por las instituciones de salud que determinan una serie de pasos y acciones para realizar de manera

---

<sup>13</sup> Véase anexo 1

correcta y eficiente procedimientos clínicos, administrativos y organizacionales en materia de salud.

- Guías de Práctica Clínica

GPC-IMSS-635-19, Diagnóstico y Tratamiento del Cólico Renoureteral en el Servicio de Urgencias

GPC-IMSS-499-19, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor

GPC-IMSS-436-19, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas

IMSS-238-09, Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor

IMSS-375-17, Intervenciones de enfermería para la atención del adulto gran quemado en el tercer nivel de atención.

IMSS-112-08, Trasplante Renal

- Manuales

Manual para el envío y recepción de muestras para diagnóstico

Manuales de Organización Específicos (MOE) y Manuales de Procedimientos (MP) de la Secretaría de Salud

Manual General de Procedimientos de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Manual de Procedimientos de la Dirección General de Información en Salud

Manual de Procedimientos del Departamento de Enfermería

Manual de Procedimientos para el Manejo y Control de Residuos biológico-infecciosos-tóxico-peligrosos en Unidades de Atención Médica

- Protocolos

Protocolo para la Atención de las Personas Adultas Mayores por Enfermería

Protocolo de Intervención Comunitaria

Protocolo para la Estandarización del Cuidado al Paciente con Sonda Vesical, Enfocado a la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las personas LGBTI

Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes

Protocolo para la prevención, atención y sanción de hostigamiento sexual y acoso sexual

### 3. Políticas en otros sectores

La intersectorialidad en salud es la intervención coordinada, de diversas instituciones representativas de más de un sector social, dentro de las acciones destinadas, total o parcialmente, a resolver los problemas vinculados con la salud y mantener el bienestar y la calidad de vida. (PAHO, 2017, p. 1)

Desde el Programa Nacional de salud 1984-1988 se consolida la idea de una coordinación intersectorial para mejorar el bienestar de la población a través de la intervención paulatina de diversos actores en el proceso de la toma de decisiones en torno a los múltiples determinantes de la salud, sin embargo, es hasta el 2001 cuando se establece la inter y multisectorialidad como una línea de acción para fortalecer el papel rector de la SSA. (PAHO, 2017, p. 1)

En el Programa Sectorial de Salud se trazaron estrategias transversales, la cuales eran necesarias y urgentes para llevar a México a su máximo potencial: i) Perspectiva de Género, ii) Democratizar la Productividad, iii) Gobierno Cercano y Moderno. Éstas requerían que todos los sectores gubernamentales sumaran acciones para llevarlas a cabo, es por ello que

tienen un apartado específico en el programa de salud en donde se desarrollan estrategias operativas para dichas temáticas.

Resultado de estas experiencias tenemos políticas sectoriales que, aunque se hayan realizado en conjunto, es necesaria la participación del sector salud para llevarse a cabo, por ejemplo, la Ley General para el Control del Tabaco, cuya ejecución necesita de la coordinación de la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Economía y la Procuraduría General de la República.

Resumiendo: la diversidad cultural en México, se presenta antes que el establecimiento del Estado neoliberal y sus políticas públicas, incluso antes que el Estado posrevolucionario y sus respectivas políticas y mucho antes que el Estado nación mexicano. Lo anterior se afirma porque la diversidad es un hecho, una realidad ya presente en México y América Latina desde su origen histórico social, incluso antes de la aparición de los españoles dentro del territorio. Es entonces un hecho propio de la conformación histórica de las poblaciones indígenas originarias. Una vez entrada la fase colonial, este hecho, constituye un obstáculo o un problema a resolver dado que la administración colonial se debe de hacer cargo de no sólo un grupo étnico dominante si no de múltiples grupos étnicos esparcidos en todo el territorio, latinoamericano, mexicano.

Lo anterior obliga que las políticas estatales coloniales tengan que tomar en consideración esta diversidad, o este hecho sociocultural, y tome una postura con respecto a ella. Recordemos que ésta tiene sus características propias de origen histórico, cultural y social, e incluso económicas, sin embargo para fines de esta investigación no será necesario ahondar en ellas.

Es importante dejar en claro que con la llegada de la Independencia mexicana la situación no genera cambio alguno, es decir, la realidad social a la que se enfrenta el recién consolidado Estado nación mexicano sigue siendo un espacio social tremendamente diverso, y constituye un asunto del que habrá que hacerse cargo. ¿Y de qué manera lo harán, en general, los nuevos Estados nación del siglo XIX? Negando la diversidad y combatiéndola: buscando y persiguiendo una homogenización de la población a través de un blanqueamiento o modernización en un sentido europeo. Esto no resultó fácil, ya que en realidad los intentos

y los proyectos del Estado nación en México y América Latina fueron fallidos o parcialmente exitosos, pero nunca hubo un éxito absoluto tampoco se consolidó el logro del establecimiento de un Estado nación moderno “europeo”. Por ello esta diversidad *de facto* logró sobrevivir a las acciones del Estado, y se posiciona como una realidad heredada del México porfiriano al México revolucionario.

En el México posrevolucionario, cuyos principales actores sociales son los campesinos, la naciente clase obrera y un sector de la clase empresarial modernizada, el nuevo Estado de cierta manera se ve comprometido a asumir la responsabilidad de dar respuesta a las distintas exigencias revolucionarias de los distintos actores: los actores campesinos y de sectores rurales culturalmente diversos. ¿De qué manera se empieza a dar respuesta? Desde el reconocimiento del derecho a la tierra, a través de una serie de políticas públicas que tendían a reivindicar sus exigencias y a garantizarlas como derechos dado que es un Estado que se asume con un carácter nacionalista, popular, benefactor e intervencionista, en lo económico, y pretende y busca generar una nación donde todos los actores sociales que la compongan tengan algún beneficio, algunos derechos protegidos y ciertas demandas cubiertas; en el caso de los campesinos es el reconocimiento a la tierra y su restitución ante el robo y la pérdida de éstas durante periodos anteriores, y la promesa para la población de salud, salarios, educación, mejor situación económica y su desarrollo éstos son compromisos históricos y sociales que reconoce la diversidad entre los distintos sectores y dentro del mismo campesinado, donde además la estrategia ya no es negar esa diversidad cultural si no exaltarla a través del indigenismo posrevolucionario que tiende al reconocimiento, estudio y apropiación de ésta como símbolo nacional, como parte de la identidad de lo mexicano. Sin embargo, no se logra satisfacer del todo esas demandas y exigencias de los sectores, por ejemplo, la reforma agraria pensada para dotar de tierras a este sector no tuvo ese alcance, ninguna política consolidó el éxito, pues en temas de salud y educación los cambios fueron modestos y limitados.

Al darse el cambio en el modelo de Estado, es decir, al pasar al modelo neoliberal, sus políticas abandonan toda pretensión de nacionalismo pues vienen ligadas al proyecto de la globalización (de corte cosmopolita y multicultural), éste se concentra en lo económico y asume que estos actores que el Estado tenía que proteger ahora tienen que hacerse cargo de

sí mismos. Se reducen las garantías de salud pública y se da por concluida y anulada la reforma agraria, se viene una nueva época de transformaciones sociales y territoriales para el campesinado mexicano, y dentro de este sector para la población indígena. Este neoliberal proyecto fracasa para la década de los dos mil, pues los campesinos protestan, se sienten desprotegidos y vulnerables ante las nuevas realidades económicas que está promoviendo el Estado. Se genera una protesta de carácter político y cultural encabezado principalmente por el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) y otras organizaciones. También existen protestas de carácter económico consecuencia de las nuevas condiciones socioeconómicas de este modelo neoliberal que considera que el Estado debe de involucrarse mínimamente en el proceso del desarrollo social, lo anterior genera un aumento en la pobreza y desigualdad del país. Para principios del siglo XXI el modelo se vuelve insostenible debido a la crisis económica y el no crecimiento económico suficiente para dar cuenta de las necesidades de estas poblaciones. Esto obliga que el Estado tenga que asumir una nueva postura frente a esa diversidad cultural y esta nueva realidad económica.

A nivel internacional también se van sumando voces que lo que plantean e impulsan es el reconocimiento a la diversidad cultural, por medio de distintos Acuerdos, como el 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. De esta manera y bajo un contexto de protestas, movilizaciones y exigencias es que se consolidan los cambios, adecuaciones y compromisos a nivel internacional, y nacional, que obligan a México a modificar sus políticas y a asumir que éstas no pueden ser tan limitadas y sólo sesgadas a lo económico.

## Capítulo 2. Pertinencia cultural en las políticas mexicanas de salud pública

### 2.1 La cuestión de la diversidad cultural en México y su construcción como un asunto público

Incluso antes de la consolidación de la Nueva España se ha sabido la coexistencia de distintos asentamientos humanos cuyas características sociales, lingüísticas, culturales y geográficas son distintas. La conquista española homogeneizó esta pluralidad cultural al reconocer exclusivamente la coexistencia de dos civilizaciones: pueblos de indios<sup>14</sup> y la cultura occidental (Bonfil, 2014, p. 9).

La composición del pueblo de indios no es homogénea, es el producto del desarrollo acumulado de experiencias locales, el acervo incalculable de conocimientos sistematizados y aplicados que construyen distintas maneras de ver y entender el mundo para luego crear esquemas de valores y organización social acordes a su cotidianidad. (Bonfil, 2014, p. 30-36)

#### *La diversidad cultural subordinada ante el proyecto de “unidad”*

Durante el periodo institucionalista carrancista, posrevolucionario, y con las intenciones de reconstruir el país en un Estado-nación cohesionado y unificado, surgió la necesidad de atender el asunto de los distintos grupos étnicos que coexisten en el territorio mexicano.

En 1916, Manuel Gamio<sup>15</sup> presentó su obra *Forjando Patria*, cuyo propósito fue promover ideas nacionalistas y un proceso de unificación política, cultural, étnica, lingüística y de fenotipo en el país<sup>16</sup>. Todo ello, resultado de una integración de planteamientos teóricos, interpretaciones antropológicas, explicaciones históricas y la identificación e interpretaciones de los problemas de la realidad social mexicana. (Téllez; 1996, p. 146).

---

<sup>14</sup> Así se denominó a la organización sociopolítica y territorial en que se transformaron y congregaron los asentamientos indígenas durante el régimen novohispano.

<sup>15</sup> Antropólogo mexicano formado en la escuela boasiana, fue inspector general monumentos arqueológicos de la Secretaría de Instrucción Pública, director de la Escuela Internacional de Arqueología y Etnología Americanas, director de la Dirección de Antropología de la Secretaría de Agricultura y Fomento, y director del Instituto Indigenista Interamericano.

<sup>16</sup> La obra de Gamio sentó sus bases en la propuesta de nacionalismo de Gellner quien sostenía que el nacionalismo, como principio político, necesita de una congruencia entre unidad nacional y política (Castillo, 2015, p. 121).

Gamio planteó que la heterogeneidad étnica del país se dividía en a) los colectivos de ascendencia autóctona, b) los grupos de “sangre mezclada”, y c) aquellos actores de origen extranjero. De ello concluyó que la única forma de unificar esta heterogeneidad era la creación de una cultura intermedia-nacional, con base en el grupo de sangre mezclada, a través de la integración de los grupos étnicos al conjunto nacional y transformarlos en verdaderos ciudadanos. Este planteamiento de cultura media coincide parcialmente con las ideas de mestizaje que anteriormente habían propuesto Justo Sierra y Molina Enríquez, y que posteriormente retomaría José Vasconcelos en *La Raza Cósmica* (1948).

Con los planteamientos contenidos en su obra, Gamio consolidó una nueva propuesta disciplinaria: la antropología aplicada<sup>17</sup> (Téllez; 1996, p. 44) y puso en práctica la base esencial de toda política pública posterior: es indispensable que se conozcan las realidades indígenas para legislar así sobre su vida social. (Reynoso, 2013, p. 337).

A pesar de que la diversidad cultural se reconocía por primera vez dentro de un proyecto político y ya no únicamente como un objeto de estudio antropológico, ésta se consideró como un obstáculo para la formación de la nueva nación mexicana y se le denominó entonces como *el problema indígena*. Una vez reconocida esa diversidad cultural, a través de las obras e intervenciones de Gamio,<sup>18</sup> se llevaron a cabo ensayos de política pública para la atención de la población indígena, especialmente en el ámbito de la educación (Stavenhagen, 2013, p. 27).

Para que todo lo anterior fuese posible, fue necesario el quehacer fundamental del conocimiento antropológico general y los estudios integrales<sup>19</sup> de la Dirección de Antropología (1919-1924), a partir de su adquisición de conocimientos referentes a las características raciales y culturales actuales y pretéritas de las poblaciones indígenas para

---

<sup>17</sup>También conocida como la ciencia del gobierno y del poder, esta ciencia contenía una nueva propuesta teórica-metodológica que consistía en establecer un puente de comunicación entre el estudio teórico y la realización práctica dentro de la dimensión política. (Téllez, 1996, p. IX).

<sup>18</sup> Una de las más relevantes fue la creación de la Dirección de Antropología (1917-1924) a cargo de la Secretaría de Cultura y Fomento cuyo objetivo era investigar de forma integral y científica los problemas sociales y culturales de la población científica. Este conjunto de conocimientos coadyuvaría a fomentar el desarrollo intelectual, físico, moral y económico mediante acciones y dinámicas de corte lingüístico, cultural y demográficas (Castillo, 2015, p. 107).

<sup>19</sup> Por ejemplo, el estudio de la categoría de indio que se suscita en el periodo de 1918-1925, además consideraba las características de los grupos indígenas en particular.

fomentar su desarrollo económico, físico e intelectual. Estos conocimientos permitieron la consolidación de la ciencia del gobierno o ciencia del poder: el conocimiento básico de las poblaciones para el desempeño del buen gobierno. Además, las actividades de esta dirección fueron las que permitieron la redefinición de prácticas y formas sociales de relación, es decir, de la política y la redefinición de elementos de la vida social indígena (Tellez, 1996).

Luego, en 1940 se llevó a cabo el Primer Congreso Indigenista de Pátzcuaro donde se consensuó que era de interés público reconocer el problema de los pueblos indígenas americanos (Navarro, Peña y Maya, 2017, p. 445). Con él “se engarzó la generación de conocimientos dirigidos-antropología aplicada-y las políticas del Estado” (Castillo, 2015, p. 107) y se formuló el programa del indigenismo<sup>20</sup> que debía implementarse en todo el continente americano. Para dar cumplimiento a lo establecido dentro del territorio mexicano, en 1942 se fundó el Instituto Indigenista Interamericano y en 1947 el Instituto Nacional Indigenista. La diversidad cultural fue abordada desde una política indigenista<sup>21</sup> de asimilación, aculturación e integración que durante los primeros años del periodo posrevolucionario se operacionalizó a través de la alfabetización y la educación rural. (Korsbaek y Sámano-Rentería, 2007, p. 204).

Para comprender mejor los enfoques en que los que se desarrolló la política indigenista y para reconocer los cambios que existieron utilizaremos la clasificación de Valdivia (2013):

- a) Exclusión (1910-1934): durante la conformación del Estado mexicano se les excluyó, de la participación y cualquier tipo de presencia, de la política nacional. Además, la discriminación y el racismo formaban parte de la ideología de amplios sectores de la población mexicana, en consecuencia, las condiciones laborales, de acceso a servicios públicos y de bienestar social eran deplorables o inexistentes.

---

<sup>20</sup> El indigenismo según Díaz Polanco es “una teoría y una práctica del Estado, particularmente excluyente y opresiva, que se aplica en Latinoamérica casi sin excepción [, es decir, una corriente de posición favorable que tienen los no indígenas ante los indios]” (Korsbaek y Sámano-Rentería, 2007, p. 196)..

<sup>21</sup> Las políticas indigenistas son todas aquellas en que se reconocen y accionan los derechos indígenas como parte de una política del pluralismo cultural del Estado, casi siempre mediante estrategias conocidas como programas de desarrollo (Valdivia, 2013, p. 9-10).

- b) Paternalismo (1934-1940): se desarrolla bajo el contexto del reparto agrario y la institucionalización de la política indigenista del Estado, se reconoce como paternalista debido a que el Estado arroga el derecho de su tutela desconociendo su capacidad de autodeterminación para decidir sobre su propio desarrollo.
- c) Integración (1940-1970): se sustenta en las premisas de desarrollo, modernidad y ciudadanía, reconociendo la no funcionalidad de los idiomas “vernáculos” y las costumbres distintas. Como consecuencia se consolidan las políticas de asimilación e integración, las cuales llevan a cabo una separación de las diferencias culturales, lingüísticas y de formas de vida bajo la suposición de que era el mecanismo ideal para desaparecer la pobreza.<sup>22</sup> Durante este periodo se presenta la crisis del endeudamiento externo y agrícola (con la caída de los precios del maíz y la alta demanda de tierras), ante estos hechos la población indígena campesina comienza a organizarse en distintos movimientos que tenían por objetivos la recuperación de tierras, lucha por precios justos y abolición de cacicazgos regionales. Posteriormente surge el movimiento indígena internacional cuyo principal cuestionamiento la relación que tenían con el Estado y cómo deberían ser considerando sus demandas y planteamientos.
- d) Participación (1976-1988): las demandas originadas de los movimientos indígenas internacionales y materializadas a través de sus demandas en pro de la autonomía, la recuperación de territorios y recursos naturales y el respeto a la diferencia cultural permitieron que se reconociera la violación que el Estado estaba cometiendo en contra de los derechos indígenas.<sup>23</sup> En consecuencia, los estados nacionales aprobaron la participación de los indígenas en el diseño y ejecución de programas, considerando sólo su opinión y dejando la aprobación en manos de organismos como la COPLAMAR.

---

<sup>22</sup> Durante este periodo el Instituto Nacional Indigenista impuso programas de desarrollo, se logró consolidar el acceso a la educación y a la salud, además de garantizarse los precios del maíz y el café para mantener la comercialización de sus productos (Valdivia, 2013, p. 12).

<sup>23</sup> Éstas fueron presentadas en el Cuarto Tribunal Russell sobre los Derechos de los Indígenas de las Américas, celebrado en Rotterdam, Holanda, entre el 23 y el 30 de noviembre de 1980.

De 1920 a 1970 la política indigenista se desarrolló a través de diversos enfoques: i) el culturalista: los rasgos culturales de la población indígena son inherentes a su atraso económico, ii) el clasista/colonialista: la base fundamental de la pobreza indígena es la explotación económica, y iii) el de etnia y clase: existen elementos culturales que rebasan cualquier posición de clase. (Korsbaek y Sámano-Rentería, 2007, p. 208). Durante este periodo, según Castillo (2015, p. 104), los indígenas:

...eran concebidos como motivo y depositarios de [políticas indigenistas], más que como grupos con derechos sociales postergados y estructuralmente excluidos, eran vistos como sujetos atrasados y pasivos (cosificados) propensos a ser modernizados por parte de las instituciones del Estado mexicano.

Esta perspectiva cambió en 1992, año en el que se trazaron las nuevas bases de la política indigenista mexicana a través del PRONASOL, cuyo nuevo discurso era el asistencialismo<sup>24</sup> y la política indigenista al servicio de la administración pública. Sin embargo, en este mismo año, durante los preparativos de la conmemoración del Quinto Centenario del Descubrimiento de América y los cambios hechos por la Reforma Agraria, las organizaciones indígenas se pronunciaron a favor de su reconocimiento y externaron sus exigencias. Como consecuencia y a partir de la introducción de políticas indigenistas de reconocimiento, durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, se materializa la primera reforma constitucional en materia de reconocimiento de la diversidad cultural mexicana, que corresponde al artículo 4° constitucional del 22 de enero de 1992 (DOF 28-01-1992):

La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La Ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley.

---

<sup>24</sup> El asistencialismo se considera una actitud política frente a la resolución de problemas sociales a partir del otorgamiento de apoyos o ayudas por parte del Estado en lugar de otorgar soluciones a los problemas estructurales, y tiene como particularidad el establecimiento de una relación de dependencia ciudadana.

Aunque los movimientos y las organizaciones indígenas iniciaron en la década de los setenta,<sup>25</sup> bajo estándares de liderazgo religioso-gubernamental, fue hasta la década de los ochenta y noventa que comenzaron a surgir las organizaciones civiles de lucha indígena por el reconocimiento de sus derechos étnicos, culturales, territoriales y colectivos como lo fue el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en 1994. Este conjunto de movilizaciones indias organizadas se reconoce como movimientos etnopolíticos. (Barabas, 2014, p. 5).

Con el revuelto político causado por el levantamiento del EZLN, la vinculación de México al Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales de la Organización Internacional del Trabajo<sup>26</sup> y la aparición de otras organizaciones indígenas<sup>27</sup>, con exigencias muy claras como la lucha por la tierra, la cobertura de servicios de salud, educación, agua y electricidad, y apoyos para la producción agrícola y ganadera, el gobierno federal y el Congreso mexicano decidieron firmar los Acuerdos de San Andrés Larráinzar en 1996 los cuales contenían temas de derechos y cultura indígena. Sin embargo, no fue hasta 2001, durante el sexenio de Vicente Fox, que se hacen oficiales los contenidos de los Acuerdos mediante la aprobación de la Ley Cocopa.

Aunque la primera reforma constitucional pretendía ser resolutiva en materia de reconocimiento, desarrollo cultural y participación jurídica, se mantuvo silente, ignorada y sin seguimiento durante nueve años. En consecuencia y en correspondencia a la aprobación de la Ley Cocopa en 2001, se decide reformar institucionalmente por segunda ocasión el reconocimiento de la diversidad cultural en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de septiembre de 2001, donde se deroga el primer párrafo del artículo 4° (arriba citado) y se reforma el artículo 2°, dejándose el nombramiento de *nación con composición pluricultural* (DOF 14-08-2001):

---

<sup>25</sup> Por ejemplo, el Congreso Indígena de Chiapas en 1974 y el Congreso Nacional de Pueblos Indígenas formado en 1975 por la presidencia de Echeverría.

<sup>26</sup> El Convenio ratificado el 5 de septiembre de 1990 por México, tiene el objetivo de proteger los derechos de los pueblos indígenas y tribales, y garantizar el respeto de su integridad.

<sup>27</sup> La lucha indígena comenzó a diseminarse por todo el territorio mexicano y tomaron forma de organizaciones, asambleas, coaliciones y frentes. Algunos de los más destacados fueron la Asamblea Nacional Indígena Plural por la Autonomía, el Frente Independiente de los Pueblos Indígenas, el Congreso Nacional Indígena, la Central Independiente de Obreros Agrícolas y Campesinos, la Coalición de Campesinos y Estudiantes del Istmo, y los Servicios del Pueblo Mixe.

La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Esta reforma al artículo segundo constitucional, causó un total revuelo indígena y académico, pues se abrieron grandes debates sobre la determinación de tres principios fundamentales: el pluralismo cultural, el pluralismo político y el pluralismo jurídico; y, por otra parte, el cuestionamiento por los derechos territoriales en materia de autonomía y libre determinación.

Con la emergencia nacional e internacional, principalmente en América Latina, de los movimientos etnopolíticos surgieron múltiples discusiones, investigaciones y propuestas para el reconocimiento del pluralismo cultural o multiculturalismo.<sup>28</sup> A principios del siglo XXI se logró consolidar una ideología y política de respeto a la diversidad cultural a través del multiculturalismo (Maldonado, 2010, p. 299):

[A través del multiculturalismo] se inscribe la propuesta de constituir estados plurales donde se reconozca el derecho político a la autonomía de los pueblos indígenas, como un esquema que coadyuve a coexistir, en el mejor de los casos a convivir, a pueblos y culturas diversos en el seno de un mismo Estado.

La instauración del multiculturalismo se ha visto insuficiente, ya que se limita al reconocimiento y respeto hacia la diversidad cultural y no reconoce ni resuelve las problemáticas históricas<sup>29</sup> que envuelve la coexistencia de diversos grupos étnicos. Ante ello han surgido otras propuestas que pretenden dar resolución a estas problemáticas como la interculturalidad. La interculturalidad parte de la necesidad de redefinir política y culturalmente al Estado moderno, ésta deberá establecer las condiciones pertinentes para que

---

<sup>28</sup> Ambos términos “*sui generis* [...] son sólo una situación de hecho [en la que coexisten múltiples grupos culturalmente diversos” (Barabas, 2014, p. 6). Sin embargo, difieren, antropológicamente, en que la pluralidad de grupos culturales ha existido desde hace siglos y el multiculturalismo surge desde un contexto globalizado y de migración masificada, donde no sólo tienen cabida los grupos étnicos con historicidad y territorialidad, grupos indígenas, sino también las minorías étnicas.

<sup>29</sup> Se considera como problemáticas históricas de la diversidad cultural a las relaciones de dominación, la subordinación, el racismo, la discriminación y la intolerancia, instauradas a partir del colonialismo.

todos los grupos étnicos coexistan y convivan ejerciendo sus derechos sociales, culturales, económicos y territoriales en iguales condiciones:

Es necesario transformar las estructuras de dominación que subordinan a unos pueblos con respecto a otros en el seno de un mismo Estado, por medio de esquemas incluyentes de coexistencia intercultural y precisar la desatinada fórmula del Estado-nación y la plausibilidad de hablar hoy en día, de estados plurales, ya sean éstos estados plurinacionales o pluriétnicos (Maldonado, 2010, p. 295).

## **2.2 ¿Qué es la pertinencia cultural en el ámbito de las políticas públicas?**

En coherencia a la premisa institucional que refiere que la nación mexicana tiene una composición pluricultural, reconociendo a las comunidades y a los pueblos indígenas, así como sus derechos y particularidades culturales, la federación tiene como obligación garantizar el desarrollo y defensa de los derechos de estas comunidades a través de la determinación de las políticas públicas adecuadas, diseñadas y operadas en conjunto con las comunidades y pueblos indígenas.

La conceptualización y operacionalización de la pertinencia cultural se ha trabajado mayormente desde guías para su aplicación, estudios de caso, especialmente en el ámbito educativo y de salud, y propuestas para garantizar los derechos de todos los ciudadanos en contextos de diversidad cultural.

Aunque existen múltiples investigaciones y planteamientos acerca de la pertinencia cultural, raramente se identifica una significación científicamente estructurada, pues ésta se construye a partir de una verdad innegable: la diversidad cultural, y la necesidad de acción para garantizar la igualdad de derechos ante la coexistencia de grupos étnica, lingüística y culturalmente distintos a través de la adecuación de contenidos y herramientas que permitan la intervención satisfactoria de políticas públicas a partir de la valoración de las particularidades de cada grupo social.

Dentro de las políticas públicas, el ámbito de la pertinencia cultural se desarrolla en conjunto con el reconocimiento de la diversidad cultural, ambas bajo la premisa de que existen múltiples lógicas sociales que forman y constituyen un conjunto de prácticas y

discursos normativos e identitarios (Ivanovic y Ortega, 2016, p. 4). La pertinencia cultural en las políticas públicas surge desde la necesidad de revisar:

las realidades a intervenir con el fin de identificar las estructuras simbólicas y prácticas que las sostienen [...] como un material central para la construcción de las [políticas, programas y proyectos] cuya resonancia con las lógicas locales puede ser de gran ayuda, al trabajar con la cultura y no en su contra” (Ivanovic y Ortega, 2016, p. 19).

La pertinencia cultural como concepto se deriva desde el derecho a la alteridad<sup>30</sup> y la consideración de las particularidades socioculturales de cada grupo. De acuerdo con Ivanovic y Ortega (2016), ésta:

...alude a la afinidad y aceptabilidad con la que contarían aquellas propuestas de intervención, gestión y comunicación que consideran, valoran e incorporan las costumbres, herencia, visión de mundo y formas de vida propias de [una] comunidad u organización. Procurando facilitar el diálogo entre los objetivos de desarrollo y aquellos relacionados con el ámbito sociocultural, particularmente los referidos a los modos en que los sujetos y colectivos involucrados perciben el mundo y actúan en él. (Ivanovic y Ortega, 2016, p. 19).

En conclusión, la pertinencia cultural es la adecuación de las acciones de intervención de acuerdo al contexto cultural de las comunidades, es decir, sus lógicas sociales, sus prácticas, sus universos simbólicos y sus paradigmas.

### **2.3 Las adecuaciones en las políticas de salud pública frente a la diversidad cultural**

La salud es uno de los derechos fundamentales de todo ciudadano, por ello las acciones encaminadas a su cumplimiento deben ajustarse a necesidades individuales y colectivas.

---

<sup>30</sup> La UNESCO reconoce la dimensión ética de la pertinencia cultural: la inclusión del otro como legítimo e igual, respetando y valorando los distintos universos simbólicos y paradigmas que sostienen su particularidad.

La salud pública en México ha recorrido un largo camino.<sup>31</sup> Sin embargo, las diferencias culturales y sociales fueron consideradas como temas de interés para la atención y derecho a la salud hasta que los conocimientos antropológicos, en el periodo posrevolucionario, sirvieron de base para la creación de políticas pública de desarrollo social encaminadas, primero, a las zonas campesinas, y posteriormente, a las poblaciones indígenas y marginadas (Tellez, 1996).

Las instituciones creadas a partir de las políticas indigenistas como “la escuela rural mexicana, las misiones culturales y los centros coordinadores indigenistas, tienen paradigmas en el pasado que, de una u otra manera, se han tomado en cuenta para implementar el trabajo de salud en los pueblos étnicos.” (Aguirre, 1994, p. 11).

La evolución y desarrollo de las adecuaciones en las políticas públicas de salud sienta sus bases en el reconocimiento de la etnicidad y las diferencias culturales, y está sujeta a los cambios impuestos por el Estado neoliberal a partir de 1982 y a la adopción de la ideología política del multiculturalismo e interculturalidad. La institucionalización de la política sanitaria en México surge a partir de la ideología positivista moderna centrada en la atención médica hospitalaria y su separación de la atención sanitaria durante el periodo prerrevolucionario. La creación de infraestructura hospitalaria de beneficencia pública y privada inició durante la Reforma juarista en 1861, sin embargo, es hasta el periodo porfirista que se inauguran los grandes hospitales de México y las tareas sanitarias se descentralizan mediante Consejos y Juntas Sanitarias dependientes de los ayuntamientos, enfocándose de manera específica en el desarrollo de actividades sanitarias por regiones y acentuando la inequidad social.

Con la Constitución de 1917 y los nuevos derechos normados en ella, el derecho a la salud y la seguridad social, se transitó hacia una política sanitaria con evidente predominio de la atención médica. Con el nuevo régimen estatal e ideológico posrevolucionario, ambos comprometidos con los campesinos y obreros del país, se iniciaron las acciones políticas a

---

<sup>31</sup> Véase apartado 1.3 Las políticas públicas de salud en México.

favor del desarrollo social de éstos, tales como la reforma agraria, el desarrollo ejidal, el saneamiento y la atención médica (Eibenschutz y Raphael, 1992, p. 144).

El periodo cardenista se caracterizó por su política rural, y fue el primero en desarrollar acciones de salud pública dentro de este ámbito.<sup>32</sup> Las actividades más importantes en materia de salud rural fueron las siguientes:

- a) Creación de los Servicios Médicos Coordinados en 1934. Encargados de detectar los problemas de salud más importantes del medio rural y conjuntar esfuerzos federales, estatales y municipales para su resolución.
- b) Creación de los Servicios Médicos Ejidales en 1936, que más tarde se convertirían en los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, cuyo financiamiento era de carácter bipartito (gobierno federal y ejidatarios). Éstos permitieron la creación de numerosos centros de salud en zonas rurales.
- c) Creación de la Secretaría de Asistencia Pública en 1937. Con ella se instaura el asistencialismo y se responsabiliza directamente al Estado de la incorporación social, no sólo en materia de salud, de los campesinos y las fracciones del proletariado urbano sin inserción laboral (Eibenschutz y Raphael, 1992, p. 145).
- d) Inauguración de la Escuela de Medicina Rural en 1938, parte del Instituto Politécnico Nacional, cuyo objetivo era materializar los proyectos sociales y productivos de Cárdenas.
- e) Creación del servicio social en localidades rurales en 1940, éste tenía como prioridad garantizar la atención médica y la investigación de su estado de saneamiento y salud para implementar acciones sanitarias a partir de un diagnóstico médico-antropológico.

Con los avances del periodo cardenista, la instauración del nuevo Estado posrevolucionario constitucional y la creación de una multiplicidad de instituciones

---

<sup>32</sup> Aunque la política rural sanitaria no iba dirigida específicamente a los diferentes grupos indígenas, fue parteaguas para el estudio y creación de iniciativas para la atención médica de éstos.

encargadas del desarrollo del país es que se define una nueva política sanitaria sustentada en tres modelos básicos:

1. Asistencia social: en el marco de una nueva realidad mexicana industrial y obrera es que se acentúan las desigualdades sociales y la marginación de los sectores no favorecidos por el milagro mexicano,<sup>33</sup> para hacerle frente es que el estado mexicano institucionaliza las acciones de asistencia social y crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en 1943. En agosto de ese mismo año se celebra el primer Congreso Nacional de Asistencia en la Ciudad de México, donde se establece que la prioridad estatal es expandir los servicios de asistencia, dándole prioridad a los de atención médica y poniendo en marcha el Plan Nacional de Hospitales.
2. Seguridad social: los sistemas de seguridad social “están organizados en función de sus objetivos básicos a cubrir: la atención médica del trabajador y su familia, atención e indemnización en caso de accidente laboral o enfermedad profesional, seguros por cesantía, enfermedad, invalidez o maternidad y el otorgamiento de jubilaciones y pensiones” (Eibenschutz y Raphael, 1992, p. 150).

Éstas están divididas por instituciones: a) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): de carácter corporativo y creado en 1943. Es una de las instituciones de protección social más importantes en México, ya que en 1980 llegó a absorber el 73 % del gasto en salud para la atención del 45 % de la población mexicana, además desarrolló y adaptó su infraestructura a partir de su propio financiamiento. Durante el periodo de 1950-1960 concentró los mejores avances tecnológicos, hospitales y especialistas de la atención médica mexicana.

Con las modificaciones legales en torno a la redefinición de los trabajadores incorporables al sistema, principalmente de los trabajadores del campo, es que en las décadas de los setenta y ochenta se inicia la solidaridad social, cuyo objetivo es incorporar a los sectores del proletariado urbano y campesino, así como a los estudiantes, a la atención médica a través de IMSS-COPLAMAR, b) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los

---

<sup>33</sup> El milagro mexicano fue un periodo de implementación de un nuevo modelo económico que comenzó en 1940 y constó de tres etapas: el modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones, el modelo de desarrollo estabilizador y la crisis del modelo. Se le denominó así por el gran crecimiento social y económico que consolidó una economía libre de inflación y déficits.

Trabajadores del Estado (ISSSTE): su creación en 1960 fue resultado del crecimiento del aparato estatal y las exigencias de la burocracia. Cuenta con su propia red de programas y centros de atención médica a lo largo de todo el país, c) Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX): se instauran como servicios médicos en 1943 con sus propias instalaciones que otorgan atención médica en los tres niveles, y su propio sistema de seguridad social para sus trabajadores, y e) Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas: creado en 1976 para otorgar prestaciones sociales a los militares en activo o retiro, a cargo de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR).

3. Atención médica privada: los servicios médicos privados durante el periodo posrevolucionario y hasta la década de los ochenta se limitaban a pequeños consultorios y hospitales con atención de primer y segundo nivel a los cuales las personas sin seguridad social debían recurrir en busca de atención, la mayoría de las veces de manera urgente, generando así una mayor inequidad en el acceso y gastos en salud. Estos servicios se encontraban insuficientemente regulados por las autoridades sanitarias.

Con las intervenciones de salud rural, la nueva política sanitaria, los servicios de salud y la incorporación del enfoque antropológico en las políticas públicas de asimilación cultural surgió, en las décadas de los cincuenta, sesenta y setenta, el interés por establecer programas de desarrollo y asistencia social para el sector campesino y rural. Lo anterior como respuesta a la reforma agraria y la visible desigualdad del acceso a los servicios de salud.

Por un lado, la SSA llevó a cabo programas sanitarios asistenciales como el adiestramiento de promotores de salud locales y otros programas médicos. Y por el otro, la institucionalización del Instituto Nacional Indigenista (INI) permitió que éste interviniera en la ejecución de campañas de salud a través del Centro Coordinador Indigenista (CCI). Aunque ambos forjaron cimientos importantes para el desarrollo de programas de asistencia social y médica, otro cimiento importante de rescatar es la extensión de la seguridad social a los trabajadores agrícolas de todo el país en 1960 y en consecuencia la modificación en 1973

de la Ley de Seguros Sociales que incorpora el concepto de “solidaridad social”<sup>34</sup> para la atención médica de la población marginada rural, urbana y suburbana.

Los programas de desarrollo y asistencia social enfocados en otorgar asistencia médica más importantes a partir de la década de los sesenta son los siguientes:

1. Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural (PIDER): institucionalizado en 1973, se mantuvo a cargo de micro y macroproyectos comunitarios de desarrollo rural intersectoriales, es decir, que abarcaran varios sectores como la salud, construcción de vialidades, acceso a servicios de electricidad y agua, y producción agrícola. Crearon un modelo de desarrollo de comunidad que incluía integralidad sectorial, interinstitucionalidad y planeación participativa.
2. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR): la concepción de marginado surge a partir del debate campesinista mexicano y se utilizó para etiquetar a la gente excluida del desarrollo rural:

El término campesino es redimensionado por el de marginado, es por ello que a partir de la década de los setenta se inicia otro discurso menos populista que contempla el reconocimiento de ciertos grupos considerados como marginados; aquí encontramos los propios campesinos, pero también a trabajadores indígenas y personas en situación de indigencia que durante años fueron excluidos del Estado benefactor (Herrera, 2009, p. 18).

El programa tenía como objetivo el aprovechamiento de las potencialidades, agrícolas y laborales, de las zonas “marginadas” así como asegurar, a través de recursos públicos, la oferta de servicios de salud, alimentación, vivienda y educación para garantizar un desarrollo regional equilibrado con el nacional.

---

<sup>34</sup> Este concepto faculta al IMSS para otorgar atención médica a la población marginada, en el sentido de otorgar un mínimo de protección a aquellos grupos que hasta hoy han permanecido marginados del desarrollo nacional, y que debido a esta, y otras, condición no tienen capacidad para incorporarse a los sistemas de aseguramiento ya existentes.

3. Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR (1979): en coherencia con el programa COPLAMAR, con el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud y el compromiso de extender la cobertura de la seguridad social en 1979 se faculta al IMSS para hacerse cargo del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria con el objetivo de contribuir al desarrollo integral de los mexicanos y a la reducción de la pobreza en el país, al impulsar la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población que carece de seguridad social, especialmente en las zonas rurales y urbano-marginadas (DOF: 29/12/2011).

Este programa sentó las bases de las acciones e intervenciones en materia de la atención médica y acciones comunitarias en localidades rurales e indígenas a través del fomento de la participación comunitaria en el autocuidado, la disminución de riesgos y daños a la salud en su entorno. Su implementación permitió que varias localidades con alta marginación tuvieran acceso a la salud mediante las Unidades Médicas Rurales y las Brigadas de Salud.

Para 1983, desaparece COPLAMAR y es sustituido en su totalidad por IMSS-COPLAMAR. En marzo de 1984 se emite el Decreto por el que se descentralizan los servicios de salud a los Gobiernos de los Estados, incluyendo los de IMSS-COPLAMAR, ésta se llevó a cabo gradualmente entre 1985 y 1987. En consecuencia “se transfirieron 911 Unidades Médicas Rurales y 23 Hospitales Rurales a los gobiernos de 14 entidades de la República. De tal forma que la presencia del Programa IMSS-COPLAMAR, en ese entonces, se redujo a 17 estados.” (DOF: 29/12/2011).

A partir de 1989, la infraestructura del Programa IMSS-COPLAMAR se amplió hacia los estados donde permaneció vigente y su denominación cambió por la de IMSS-Solidaridad. (DOF: 29/12/2011).

Frente a la crisis económica del modelo económico en la década de los ochenta, el gobierno del presidente De la Madrid se vio en la necesidad de llevar a cabo un recorte presupuestal y adoptar medidas de optimización de recursos que privilegiaran “el manejo

macroeconómico en detrimento del presupuesto al desarrollo y combate a la pobreza” (Herrera, 2009, p. 23).

Bajo este contexto y con la entrada del periodo neoliberal durante el mandato de Salinas de Gortari, y hasta el de Vicente Fox, los programas de desarrollo social se operacionalizaron bajo el modelo económico neoliberal, es decir, bajo la idea de “replantearse la necesidad de su intervención, ahora limitada a la focalización (en el ámbito de los territorios, grupos e individuos) de quienes han quedado al margen del mercado (pobreza extrema) para ofrecerles “oportunidades” en materia de educación, salud, vivienda, etcétera (Cardozo, 2006).

En 1988 el PRONASOL, a cargo de Salinas de Gortari, estableció tres ejes puntuales de acción dentro de las comunidades para el desarrollo regional: i) solidaridad para el bienestar social: programas de apoyo alimentario, ii) solidaridad para la producción: préstamos para la producción de ingresos, y iii) solidaridad para el desarrollo regional: construcción de infraestructura básica. Sólo el 3.68 % del presupuesto del programa estuvo destinado al sector salud. Además, con ello se fortaleció la descentralización de los servicios de salud y la emancipación del municipio ante la definición de las obras y acciones sociales a realizar.

En 1997 el Programa de Educación, Salud, y Alimentación (PROGRESA), a cargo de Zedillo, se enfrentó a un problema de desintegración comunitaria y conflictos entre beneficiarios y no beneficiarios del programa. Sin embargo, se estableció una relación entre el gobierno local, o municipal, y la ciudadanía. De los lineamientos generales para la operación del programa fue el respeto e imparcialidad ante las costumbres y las características y particularidades culturales de las comunidades, además es necesaria la capacitación de los prestadores de servicios de educación y salud por parte del Instituto de Desarrollo Social (INSOL) y el Instituto Nacional Indigenista (INI); en cuanto a los lineamientos en materia de salud fue la exigencia de acudir a las pláticas y consultas de salud bajo la vigilancia y seguimiento de la promotora comunitaria, quien obligatoriamente debe compartir características culturales con su comunidad.

Consecuencia de las modificaciones normativas en torno a la pluriculturalidad y el nuevo compromiso adquirido con el EZLN y grupos indígenas, las políticas públicas y programas se vieron enormemente favorecidos. En 2002 se instaura el nuevo Programa Nacional de Desarrollo Humano Oportunidades, sustituyendo a PROGRESA, bajo el mandato de Fox. Este nuevo programa contiene la mayoría de los lineamientos, hasta hoy vigentes, del modelo de atención médica en zonas indígenas, rurales y marginadas.

Oportunidades se autodenomina como un programa que opera bajo el pleno respeto a las particularidades sociales, étnicas y culturales. En coherencia con lo anterior el componente de salud se desarrolla bajo los lineamientos del Programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: i) las modificaciones en el sistema de prestación de servicios de salud deberán basarse en el convencimiento y respeto, esto para lograr la modificación de la cultura como condición de cambio de actitud, ii) humanizar la atención médica a través de la definición y difusión de códigos y principios<sup>35</sup> éticos, iii) elaboración y difusión de Códigos de Ética y Carta de Derechos de los Pacientes como estrategia fundamental para sentar las directrices en el ejercicio directo de la prestación de los servicios de salud (Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: 31), iv) en el ámbito educativo incorporar asignaturas que aborden el tema de la calidad de la atención médica como un valor profesional, v) recuperar la credibilidad y confianza del Sistema Nacional de Salud a través del Sistema de Recepción y atención de Sugerencias, Felicitaciones y Quejas de la ciudadanía, vi) el Comité Nacional de Calidad recibirá propuestas de los comités estatales y sectoriales para establecer las políticas y ejes de acción para mejorar la calidad en la atención médica, vii) las instituciones del sector salud desarrollarán y difundirán Guías de Práctica Clínica y protocolos de atención para los padecimientos prioritarios, viii) se creará un Sistema Sectorial para el Monitoreo de la Calidad de los Servicios de Salud, ix) certificación de los profesionales de la salud y actualización periódica, x) propiciar la eficiencia de la atención médica privilegiando a las acciones preventivas, xi) crear un nuevo paradigma de calidad y eficiencia donde el Sistema

---

<sup>35</sup> Los principios éticos explícitos son aquellos que la sociedad exige a los profesionales de salud, y se enlistan a continuación: a) respeto a la vida y a la integridad corporal, b) información y educación para la salud, c) confidencialidad, d) sensibilidad a sus necesidades físicas y mentales, y e) trato digno.

de Salud desarrolle conjuntamente con la sociedad los valores y acciones la construcción de una cultura de la salud y calidad con sentido ético, democrático y humano.

Las estrategias que Oportunidades contempla en el tema de salud son: a) proporcionar de manera gratuita el Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud, b) entregar suplementos alimenticios para prevenir la desnutrición infantil, c) fomentar y mejorar el autocuidado mediante la comunicación, con pleno respeto a la pluralidad, en materia de salud, nutrición e higiene, y d) reforzar la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional.

Oportunidades sentó las bases de las adecuaciones de las intervenciones de salud en el ámbito de diversidad cultural, y logró incorporarlas al Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, que en conjunto con un análisis de la etnicidad concluyó la necesidad de incorporar los enfoques de multietnicidad, multiculturalidad e interculturalidad, en su estructura institucional y sus políticas públicas para respetar la composición pluricultural de la nación,<sup>36</sup> en el Programa Nacional de Salud. De esta manera se reestructuran los ejes estratégicos y de acción de las políticas de salud, ahora multiculturales e interculturales, que se pondrán en operación en los sexenios posteriores (2001-2006, 2007-2012 y 2013-2018).

Aunque se visibilizaron las necesidades y se materializaron conceptual y normativamente, es necesario cuestionarse si éstos fueron “adecuadamente” operacionalizados, ejecutados y evaluados, cuáles fueron los enfoques y características que distinguieron a la multi e interculturalidad en la normativa mexicana y si realmente estos se consideran como procesos para la gestión y construcción de ciudadanía.

El capítulo anterior nos describió la transición histórica de la pertinencia cultural en México, iniciando por el reconocimiento de la diversidad cultural a través del posicionamiento de ésta dentro de la agenda pública con la unificación política, cultural, étnica, lingüística y de fenotipo propuesta por Manuel Gamio, bajo la premisa de la

---

<sup>36</sup> En este plan se establece la inclusión como eje central para el desarrollo de la nación, garantizando el acceso a oportunidades a todos los mexicanos bajo una nueva política social de inclusión. Otro eje importante es la necesidad de establecer mecanismos que permitan el desarrollo regional para disminuir la brecha de ingresos y oportunidades entre las zonas pobres y poco desarrolladas y las modernas e industrializadas.

antropología aplicada y la ciencia del poder-gobierno: conocer las realidades indígenas para poder legislar sobre su vida social.

Posteriormente, en tanto se nutrían los conocimientos dirigidos y el reconocimiento de las poblaciones indígenas dentro del territorio mexicano es que la antropología aplicada y las políticas de Estado hacen sinergia dando como resultado la política indigenista. Esta inició con objetivos de asimilación, aculturación e integración, sin embargo, los movimientos indígenas han logrado transicionar de éstos hacia la participación.

Esto se logró entrando el año de 1992 y la reforma constitucional al artículo 4º, reconociendo a México como una nación con composición pluricultural cuya obligación será proteger y promover el desarrollo de sus componentes culturales. Pese a esta reforma, las acciones políticas en materia no estaban respondiendo a las demandas de las poblaciones indígenas, ante ello comenzaron a consolidarse movimientos indígenas internacionales y nacionales cuya lucha estaba sustentada en el reconocimiento de sus derechos étnicos, culturales, territoriales y colectivos.

Como respuesta a esta lucha, el Estado mexicano proclamó en 2001 la Ley Cocopa y la reforma al artículo constitucional 2º: que sostiene la composición pluricultural de la nación en sus pueblos indígenas y enlista sus derechos. Sin embargo, éstas no tenían un carácter resolutivo-coercitivo a las demandas históricas sino más bien la instauración del reconocimiento y el respeto.

Los debates en torno al pluralismo cultural, político y jurídico giraron alrededor de las acciones estatales, como resultado surgieron nuevas propuestas resolutivas como el multiculturalismo (derechos políticos a la autodeterminación y otros que ayuden a la coexistencia respetuosa) y la interculturalidad (redefinición cultural y políticamente el Estado moderno que permitan una coexistencia respetuosa en la cual se ejerzan los derechos sociales, culturales, económicos y territoriales de las diversas poblaciones). Es entonces que legal, normativa y conceptualmente es obligación del Estado mexicano garantizar los derechos de una nación con composición pluricultural, así como su desarrollo y defensa.

A partir de las líneas antecesoras, la pertinencia cultural surge como la necesidad de acción para garantizar la igualdad de derechos de la población pluricultural a través de la

adecuación de contenidos y herramientas que permitan intervenir en materia de políticas públicas a partir de las particularidades surgidas del derecho a la alteridad. En México y en materia de salud pública las adecuaciones se basaron en:

1. Reconocimiento de las diferencias culturales y la etnicidad, las cuales están sujetas a cambios por el Estado neoliberal a partir de 1982.
2. Política sanitaria de atención médica a campesinos y obreros, normativizada en la Constitución de 1917.
3. Política rural, durante el periodo cardenista, basada en la asistencia social, seguridad social (solidaridad rural) y atención médica privada. Sus objetivos fueron el promover el desarrollo y la asistencia social en el ámbito rural.
4. Periodo neoliberal: política de desarrollo social a través de la focalización de la población al margen del mercado, ofreciéndoles oportunidades en educación, salud y vivienda.
5. Lineamientos del modelo de atención médica en zonas indígenas, rurales y marginadas basados en programas sociales (PROGRESA y Oportunidades), considerando las particularidades sociales, étnicas y culturales.
6. Política de calidad de los servicios de salud: humanizar la atención médica, creación de códigos y principios éticos.

A partir de este proceso es conveniente estudiar de qué manera están siendo operacionalizadas las adecuaciones con pertinencia cultural en materia de salud pública, esto para conocer si son coherentes con las acciones políticas y médicas o si por el contrario siguen siendo de carácter respetuoso y de reconocimiento. Por ello en el siguiente capítulo estudiaremos a detalle las adecuaciones propuestas en la política pública mexicana y sus herramientas, como el Programa Sectorial de Salud, en materia de multietnicidad, multiculturalidad e interculturalidad.

## **Capítulo 3. Aspectos históricos, institucionales y jurídicos de la interculturalidad en las políticas mexicanas de salud pública**

### **3.1 Marco histórico de la introducción de la interculturalidad en las políticas públicas**

A partir de los compromisos internacionales adquiridos por México como su adhesión al Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo en 1989, a la Declaración Universal de los Derechos Lingüísticos en 1996, a la Declaración y Programa de Acción Durban en 2001, a la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural en 2001, entre otros, la normativa mexicana se vio modificada<sup>37</sup> en el periodo y contexto histórico de lo que se conoce como *Ley Indígena* a partir de 2001 con las reformas a los artículos 1° y 2° constitucionales, reconociendo a México como una nación con “composición pluricultural” y por ende apuntando a la no discriminación por cuestiones étnicas (Huerta, 2016, p. 119).

El enfoque intercultural surgió en el plano operacional de leyes secundarias, principalmente en educación y salud,<sup>38</sup> y fue resultado de un proceso racional resolutorio a las relaciones asimétricas<sup>39</sup> entre las diversas culturas mexicanas dentro de múltiples sectores sociales, y visibilizadas a través de movimientos sociales como el Ejército Zapatista de Liberación Nacional y los documentos internacionales acerca de la diversidad cultural, la no discriminación, los derechos humanos y lingüísticos, etc.

Fue hasta 2016 que se anexó una fracción reformada al artículo 2° constitucional en el que explícitamente se habla de interculturalidad, cabe resaltar que hasta la última reforma constitucional (DOF 27-08-2018) el siguiente párrafo es el único que contiene *per se* el concepto de interculturalidad (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2018, p. 4):

---

<sup>37</sup> La primera reforma en materia de reconocimiento a la diversidad cultural fue al artículo 4.° en 1992 pero no se le dio seguimiento hasta la reforma al artículo 2.° en 2001.

<sup>38</sup> Véase NOM-028-SSA2-2009, NOM-009-SSA2-2013, NOM-009-SSA3-2013, NOM-047-SSA2-2015, NOM-007-SSA2-2016.

<sup>39</sup> Las relaciones asimétricas en este caso se dan en un contexto de poder en donde la cultura hegemónica es la heredada por los europeos y por ello contiene privilegios, y por otro lado se encuentran las culturas subordinadas: aquellas que se consideran lejos de los estándares occidentales y que fueron sometidas durante la conquista, y siguen siendo dominadas mediante las ideologías europeas de superioridad racial, de género, etc.

Garantizar e incrementar los niveles de escolaridad, favoreciendo la educación bilingüe e intercultural, la alfabetización, la conclusión de la educación básica, la capacitación productiva y la educación media superior y superior. Establecer un sistema de becas para los estudiantes indígenas en todos los niveles. Definir y desarrollar programas educativos de contenido regional que reconozcan la herencia cultural de sus pueblos, de acuerdo con las leyes de la materia y en consulta con las comunidades indígenas. Impulsar el respeto y conocimiento de las diversas culturas existentes en la nación.

### **3.2 Marco histórico de la introducción de la interculturalidad en política de salud**

A partir de la introducción de políticas indigenistas durante la década de los noventa y con la primera reforma en materia del reconocimiento de la diversidad cultural mexicana, consecuencia de la ratificación del Convenio 169 de la OIT en 1990 por parte de México, que corresponde al art. 4.º constitucional el 22 de enero de 1992 (DOF 28-01-1992):

La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La Ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley.

Sin embargo, esta ley que pretendía ser resolutive en materia de desarrollo cultural y reconocimiento y participación jurídica: se mantuvo silente, ignorada y sin seguimiento durante nueve años hasta que en 2001, en la publicación del DOF 14-08-2001, se deroga el primer párrafo del artículo 4.º (arriba citado) y se reforma el artículo 2.º, dejándose el nombramiento de *nación con composición pluricultural* (DOF 14-08-2001):

La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Para la construcción de una política intercultural en salud se necesitó de varios procesos previos, que ya hemos resaltado en los capítulos anteriores:

- Reconocimiento de la diversidad cultural dentro del marco jurídico para distintos sectores: salud, educación, vivienda, laboral, etc.
- Implementación y evolución de políticas indigenistas que generen competencias y atribuciones en la sociedad rural, campesina, indígena, y también a las instituciones de salud.
- Experiencias de instituciones oficiales de salud en relación con la implementación de servicios de salud en zonas rurales e indígenas.
- “Las demandas de la sociedad multicultural ante el embate de la reconfiguración de las identidades nacionales; la integración y amalgamamiento de la sociedad urbana a la globalización comercial y el desplazamiento de las políticas sociales por las políticas del mercado.” (Almaguer J., Vargas V. y García H., 2014, p. 101).
- Modificación del contexto nacional durante las décadas de los noventa y hasta la primera década del año 2000 (jurídico, político, productivo y social) que modificó la transición epidemiológica.
- “Como marco de referencia, la propuesta intercultural en salud en México ha tenido como sustento central, las recomendaciones, resoluciones y experiencias interculturales difundidas por las políticas para pueblos indígenas que, en el marco latinoamericano, ha venido impulsando la Organización Panamericana de la Salud” (Almaguer J., Vargas V. y García H., 2014, p. 101), y en el marco internacional por distintas organizaciones como la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud, entre otras.

El tema intercultural como política pública en salud se introdujo a partir de la creación del Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas (PROSANI) como programa social resolutivo a la falta de acceso a servicios básicos de salud en poblaciones de alta marginación, tanto rural como urbana, y tiene como objetivo mejorar los niveles de salud y nutrición de estas poblaciones así como “abatir la brecha en salud existente en relación con

el resto de la población del país” (Secretaría de Gobernación, 2001, p. 91). Entre sus principales metas en relación con la interculturalidad se encuentran:

- Crear programas locales y regionales de comunicación educativa en salud y nutrición en por lo menos 30 % de los 531 municipios con más de 40 % de población hablante de lengua indígena.
- Capacitar al 80 % de los médicos, 70 % de las enfermeras y 80 % del personal comunitario que trabaja en los municipios indígenas en el manejo de un *enfoque transcultural* que permita conocer la cosmovisión y concepción del proceso salud-enfermedad de estas poblaciones, para así proporcionar una mejor atención.
- Crear programas locales y regionales de *comunicación educativa en salud y nutrición* en por lo menos 30 % de los 531 municipios con más de 40 % de población hablante de lengua indígena.

Es importante resaltar que el programa anterior está contenido dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006 que contiene apartados fundamentales en la evolución de las políticas interculturales en salud, por ejemplo:

- La creación de la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas en cuyas acciones principales se encuentran i) la capacitación de los prestadores de servicios de salud con una perspectiva intercultural, ii) la realización de campañas masivas de comunicación educativa en salud de acuerdo con las características socioculturales de cada grupo étnico.
- La intervención del Programa de Acción en Educación Saludable como herramienta de acción intersectorial coordinada para mejorar salud, incorporando libros de texto en educación primaria y secundaria con contenidos que intentarán promover la adopción de estilos de vida saludables y el autocuidado de la salud, siempre atendiendo a los diagnósticos epidemiológicos regionales y respetando la diversidad sociocultural del país (Secretaría de Gobernación, 2001, p. 84).
- Dentro de las actividades de planificación familiar se encuentra la promoción y “el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los mexicanos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de población y, a partir de ello, contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante la oferta

sistemática de métodos anticonceptivos modernos y la prestación de servicios de buena calidad” (Secretaría de Gobernación, 2001, p. 99).

Esta serie de postulados junto con la nueva estructura total de la Secretaría de Salud, resultado de la reforma estructural a la Ley General de Salud en 2003, la cual dio origen al Seguro Popular de Salud (SP),<sup>40</sup> y la creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, la cual incluyó en 2008 criterios de interculturalidad para la acreditación de las unidades de salud, crearon un marco referencial para la política intercultural en salud mexicana. (Almaguer J., Vargas V. y García H., 2014, p. 102)

Como resultado del nuevo marco referencial para la política intercultural en salud, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 incluyó en sus líneas de acción el enfoque intercultural en la capacitación del personal sanitario, la inclusión dentro de los servicios sanitarios, la creación de una política integral para la atención médica en los pueblos indígenas, así como el reconocimiento y validación científica de la medicina tradicional:

*Objetivo 3:*<sup>41</sup> Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.

Para poder mejorar las condiciones de salud de una población es indispensable contar con servicios personales y de salud pública de calidad, efectivos y seguros, que respondan a las expectativas de los usuarios y tomen en consideración su diversidad cultural (Programa Sectorial de Salud 2007-2012, p. 84).

*Estrategia 3:*<sup>42</sup> Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.

*Línea de acción 3.4:*<sup>43</sup> Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas.

---

<sup>40</sup> El propósito del Seguro Popular de Salud es brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud público y voluntario, se encuentra orientado en reducir los gastos médicos del bolsillo y fomentar la atención oportuna en salud. Se enmarca en la estrategia del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

<sup>41</sup> Se refiere a uno de los cinco objetivos que se planteó la administración de Felipe Calderón Hinojosa en la atención de los retos en salud que enfrentaba el país.

<sup>42</sup> Se refiere a una de las diez estrategias que se agrupan en las áreas que constituyen las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud para alcanzar las metas específicas de la administración para la resolución de los retos en salud del país.

<sup>43</sup> Cada una de las estrategias se compone de líneas de acción específicas para lograr satisfacer los resultados.

- Incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación, así como en la capacitación del personal administrativo, clínico y directivo de todas las unidades de atención.
- Promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios y en el diseño de los espacios para la atención de la salud para disminuir las barreras culturales al acceso a los servicios.

### *Foros de consulta ciudadana*

#### Promoción y Prevención para una Mejor Salud

- Atender con un enfoque intercultural la demanda de servicios de salud en poblaciones indígenas.

En resumen, el conjunto de todo este contexto normativo definió “las acciones de impulso a un proceso institucional que reconoció en la interculturalidad, una herramienta de articulación para lograr la promoción de los derechos de las mujeres, la población indígena y los derechos humanos en general en los servicios de salud” (Almaguer J., Vargas V. y García H., 2014, p. 103).

### **3.3 Marco Legal Normativo de la Interculturalidad en México**

Como contexto inicial de este apartado debemos conocer la jerarquía normativa de México:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Tratados Internacionales en materia de Derechos Humanos.<sup>44</sup>
3. Leyes Generales y Federales.
4. Reglamentos.
5. Normas Oficiales Mexicanas.

El Marco Legal Normativo de la Interculturalidad parte del contexto mexicano de diversidad cultural y busca que las relaciones dentro de éste se desarrollen bajo los términos de la Interculturalidad, es decir, bajo un “modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan

---

<sup>44</sup> Los Tratados Internacionales, de conformidad con los Artículos 1.º y 133 Constitucionales, ocupan de manera relevante un lugar dentro del marco jurídico mexicano.

de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido” (Almaguer *et al.*, s.f., p. 3).

Los principales documentos nacionales que refieren el Marco Legal Normativo en materia de Interculturalidad son los siguientes:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: artículos 1° y 4°.
- Ley General de Salud: creación del Sistema Nacional de Protección Social en Salud que incluye criterios de interculturalidad para la acreditación de unidades de salud (Ley General de Salud, p. 102).
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud: “impulsar y coordinar la política de interculturalidad en el Sistema Nacional de Salud” (Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, 20018, p. 44).
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018: “fomentar una perspectiva intercultural, intersectorialidad y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud” (Programa Sectorial de Salud 2013-2018, p. 52).
- Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal: “tiene por objeto regular la hospitalidad y propiciar la interculturalidad, así como salvaguardar los derechos derivados del proceso de movilidad humana” (Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal, p. 1).

A nivel internacional hay diversos documentos relacionados con la interculturalidad:

#### A) Tratados Internacionales

- a) Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas: i) Convención de Viena: Artículos 1, 2.1 incisos a y b, 26, 27 y 31, ii) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, iii) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, iv) Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, v) Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, vi) Convención sobre los Derechos del Niño, vii) Convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, viii)

Convención Internacional sobre la protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, y ix) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- b) Sistema Americano de la Organización de los Estados Americanos: i) Convención Americana sobre Derechos Humanos. “Pacto de San José Costa Rica”, ii) Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Para”, iii) Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, iv) Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, v) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador”, vi) Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la abolición de la pena de muerte, vii) Convención Interamericana sobre Obligaciones Alimentarias, y viii) Código Sanitario Panamericano.

B) Documentos Declarativos: parámetros que establecen los organismos de derechos humanos.

- a) Organización de las Naciones Unidas: i) Declaración Universal de los Derechos Humanos, ii) Declaración de los Derechos del Niño, iii) Declaración de Derechos de los Impedidos, iv) Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, v) Principios de Ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, vi) Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, y vii) Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos.
- b) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura: i) Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, ii) Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico, y iii) Declaración Internacional sobre los datos genéticos humanos.

- c) Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: i) N.º 5, Las personas con discapacidad (correlación con el artículo 1.º, 4.º Constitucional), y ii) n.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (correlación con el artículo 4.º Constitucional).

### **3.4 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018**

El Plan de Desarrollo Nacional (PND) es “un documento de trabajo que rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal; ha sido concebido como un canal de comunicación del Gobierno de la República, que transmite a toda la ciudadanía de una manera clara, concisa y medible la visión y estrategia de gobierno de la presente Administración.” (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018).

La Administración priista a cargo del Lic. Enrique Peña Nieto plasmó en el PND 2013-2018 sus ejes de acción a través de cinco metas nacionales:

1. México en Paz: “Que los derechos de los mexicanos pasen del papel a la práctica” (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, p. 28). Sólo el 36 % de los mexicanos cree que el Estado puede resolver las problemáticas que enfrenta el país, es decir, hay una fragmentación e incertidumbre dentro del *pacto social*, el cual emana de la Constitución Política y del otorgamiento del ejercicio de la autoridad por parte de los ciudadanos al gobierno. Se aspira a una sociedad en donde todas las personas puedan ejercer plenamente sus derechos, su participación activa y cumplan sus obligaciones en el marco de una democracia plena (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: 29). Para responder a la demanda social mexicana de un *pacto social* más fuerte y con plena vigencia, la Administración propone trabajar bajo los siguientes rubros: a) Gobernabilidad democrática, b) Federalismo articulado, c) Seguridad Nacional, d) Defensa exterior y seguridad interior, e) Seguridad pública, f) Sistema de Justicia Penal, g) Derechos Humanos, h) Protección civil y prevención de desastres, e i) Rendición de cuentas y combate a la corrupción.
2. México Incluyente: “Los avances que se traduzcan en mayor igualdad de oportunidades para todos serán los mismos que logren transformar a México.” (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, p. 42). Los niveles de exclusión social, pobreza y desigualdad no son coherentes con el concepto de justicia social mexicano, y mucho

menos por *el nivel de desarrollo alcanzado por nuestro país* (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, p. 43). La falta de acceso efectivo a los bienes públicos generan condiciones de vulnerabilidad que obstaculizan el crecimiento económico del país, por ello es necesario enfocar la acción del Estado en garantizar el ejercicio de los derechos sociales y cerrar las brechas sociales vigentes a través de los siguientes ejes: a) Un país fragmentado y desigual, b) Desigualdad y discriminación, c) Salud,<sup>45</sup> d) Sistema de Seguridad Social, y e) Acceso a vivienda digna, infraestructura social básica y desarrollo territorial.

3. México con Educación de Calidad: Se pretende desarrollar el potencial humano de los mexicanos a través de una educación de calidad que se alcanzará mediante un sistema de profesionalización docente, la modernización de la infraestructura y equipamiento de los centros educativos, planes y programas de estudio pertinentes, incorporación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, garantizar la inclusión y la equidad en el Sistema Educativo, ampliar el acceso a la cultura como un medio para la formación integral de los mexicanos, promover el deporte para fomentar una cultura de la salud y hacer del desarrollo científico, tecnológico y la innovación pilares para el progreso económico y social sostenible.
4. México Próspero: contiene los objetivos y las estrategias correspondientes para impulsar pequeñas y medianas empresas y promover el empleo en México. Involucra el crecimiento sostenido y sustentable y la igualdad de oportunidades.
5. México con Responsabilidad Global: se busca potencializar la presencia de la nación a nivel internacional y frente a las nuevas realidad globales a través de la adquisición de los siguientes compromisos: a) libre comercio, b) movilidad de capitales, c) integración productiva, d) la movilidad segura de las personas, y e) la atracción de talento e inversión al país.

En síntesis, el PND 2013-2018 busca hacer de México “una sociedad de derechos”, es decir, una sociedad en la cual todos tengan un acceso efectivo a los derechos constitucionales, impulsa un federalismo articulado (refiriéndose a una sinergia entre los gobiernos federal, estatal y municipal) y desea Democratizar la Productividad, consolidar un Gobierno Cercano

---

<sup>45</sup> Véase Objetivo 2.3 y 2.4 para asegurar el acceso a la salud y ampliar el acceso a la seguridad social.

y Moderno e incorporar la Perspectiva de Género en todas las políticas públicas; lo anterior con base en indicadores<sup>46</sup> de la realidad social mexicana para obtener un diagnóstico, avance y reajuste coherente de las resoluciones.

La interculturalidad dentro del PND 2013-2018 se operacionaliza a través de las siguientes temáticas:

i) Política indígena: se reconoce que la acción pública no ha sido culturalmente pertinente, es por ello que:

...una política adecuada para la acción indígena debe ser concebida desde la interculturalidad y el diálogo entre todos los pueblos originarios, donde la diversidad sea motivo de armonía, respeto, igualdad y justicia, y en la que se escuchen las necesidades de este sector de la población. De lo contrario, se corre el riesgo de implementar políticas de tutelaje y asistencialismo que poco ayuden al desarrollo integral de los pueblos indígenas. (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, p. 46).

ii) Acceso a la salud: en correspondencia al Objetivo 2.3 de asegurar el acceso a los servicios de salud y a la Estrategia 2.3.3 de mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad se considera fundamental impulsar el enfoque intercultural en salud dentro del diseño y operación de programas y acciones dirigidos a los mexicanos.

Parte fundamental de lo planteado en el PND es el reconocimiento de tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud, y necesitan atención urgente:

1. Modelo enfocado hacia lo curativo y no hacia la prevención.
2. No aplicación de políticas públicas con enfoque multidisciplinario e interinstitucional para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, este enfoque ayudaría a

---

<sup>46</sup> Indicadores de estrategias transversales: i) Productividad del Trabajo, ii) índice de Integridad Global, iii) Desarrollo de Gobierno Electrónico, y iv) índice de Desigualdad de Género. Indicadores de México en Paz: i) Estado de Derecho, y ii) Tasa de Victimización.

Indicadores de México Incluyente: i) Carencias de la población en pobreza extrema, y ii) Inseguridad Alimentaria.

Indicadores de México con Educación de Calidad: i) Prueba ENLACE, y ii) Eficiencia terminal.

Indicadores de México Próspero: i) Competitividad Global, y ii) Crédito Interno al Sector Privado.

Indicadores de México con Responsabilidad Global: i) Presencia Global, ii) índice de Globalización.

“enfrentar la diversidad de hábitos y costumbres de la población en materia de conocimiento y cuidado de la salud” (Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, p. 49).

3. El arreglo organizacional de las instituciones se encuentra verticalmente integrado y fragmentado, lo cual limita la capacidad operativa y eficiencia del gasto en el Sistema de Salud Pública.

### **3.5 Programa Sectorial de Salud 2013-2018**

A partir del diagnóstico del Programa Sectorial de Salud, en el que se trazan las estrategias para acercar los servicios de salud a las comunidades alejadas y dispersas, y la necesidad de mejorar los recursos humanos<sup>47</sup> es que se operacionaliza el concepto de interculturalidad.

Para que la plantilla de profesionales de las unidades médicas y su forma de organizarse estén alineados con las necesidades de salud de la población es relevante implementar un sistema centrado en la persona, es decir, que el personal médico reconozca la interculturalidad de cada individuo y se apegue al cumplimiento de los derechos humanos y los criterios éticos. Además, es fundamental que el personal médico cuente con habilidades interpersonales de comunicación para poder brindar un mejor servicio (Programa Sectorial de Salud 2013-2018, p. 35).

Las intervenciones a realizar para implementar los lineamientos anteriores deben incluir la planeación, la gestión, la capacitación y la evaluación dentro de la oferta de programas, incluyendo los de educación y formación, las estrategias de recursos humanos de los servicios de salud y las políticas que se establezcan desde la rectoría. Por ello es necesario de una coordinación intersectorial e interinstitucional que permitan hacer eficiente la rectoría de la autoridad sanitaria y el financiamiento público (Programa Sectorial de Salud 2013-2018, p. 36).

El abordaje de la interculturalidad para cada objetivo a cumplir es distinto, por ello y para fines prácticos se hará el análisis de cada uno:

---

<sup>47</sup> El reto es desarrollar una fuerza laboral para la salud que esté disponible, tenga arraigo en las comunidades, sea competente, productiva y responda a las necesidades de la población con prioridad hacia la prevención y promoción de la salud.

Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El PND 2013-2018 establece como ejes prioritarios para el mejoramiento, la promoción y la protección de la salud la perspectiva de género, el apego a los criterios éticos y el respeto al mosaico multicultural que caracteriza al país.

Las estrategias y líneas de acción reconocen la importancia de la participación social y la acción comunitaria para incidir en los determinantes sociales de la salud<sup>48</sup>, la creación de modelos y servicios de salud que respondan a las necesidades de la población (adolescentes, personas adultas mayores y mujeres) y reconocen la importancia del derecho al consentimiento previo e informado, haciendo énfasis en la población indígena, dentro de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

La prioridad para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud es el mejoramiento de la atención primaria, por esto la coordinación institucional centrará sus esfuerzos en la integración efectiva de un modelo de atención que responda a las necesidades y expectativas de la población.

Las estrategias y líneas de acción se centran en la adecuación de los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población, la consolidación del proceso de acreditación de establecimientos de salud y el uso de las Normas Oficiales Mexicanas, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutive.<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> Según Jaime Breilh, el paradigma de los determinantes sociales:

es la perspectiva del sujeto institucional, enrolado en el poder público o en las agencias internacionales y que tiene como meta el logro de realizaciones técnicas (tipo metas del milenio) y se propone mejorar una gobernanza, corrigiendo las distorsiones mayores, o estructurales, que amenazan la legitimidad del orden social. El paradigma etno-social corresponde a una identidad crítica académica, no se plantea el metabolismo sociedad - naturaleza como parte de la determinación. Enfatiza en el poder explicativo de los modos de vida y una etnografía conectada a la reproducción social (movimiento de la cultura del vivir socialmente determinado; destaca la noción probabilística de riesgo en el esquema explicativo; y asume de ese modo como criterio la transformación del patrón de inequidad y de los riesgos. (Breilh, 2013, p.21)

<sup>49</sup> Recordemos que parte fundamental de la calidad en los servicios de salud son los principios éticos, democráticos y humanos, y que su implementación dio paso al reconocimiento de la competencia cultural y la interculturalidad en los servicios de salud.

Se determina que para la creación de redes integradas de servicios de salud interinstitucionales es necesario fomentar la perspectiva intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones en salud.

Objetivo 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.

Ante la nueva realidad global sobre la generación excesiva de residuos sólidos, contaminantes en la atmósfera y aguas residuales, es obligatoria la regulación de los procesos de prevención, fomento, vigilancia y control de riesgos sanitarios. Para llevarse a cabo esta regulación es necesaria la participación comunitaria, educativa, municipal y multisectorial en materia de prevención de accidentes, el saneamiento del entorno, la farmacovigilancia y las emergencias sanitarias.

Objetivo 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

El diagnóstico de las brechas en las condiciones de salud identificó los sectores con mayor inequidad, discriminación y exclusión: i) población infantil, ii) personas adultas mayores, iii) mujeres, particularmente de zonas rurales, iv) personas de bajos ingresos, v) personas con discapacidad, vi) población indígena y vii) población migrante.

Para otorgar atención médica a estos sectores es necesario coordinar las acciones de salud y de asistencia social para que incidan en los determinantes sociales para reducir las inequidades en salud a través de políticas intersectoriales.<sup>50</sup>

Las estrategias y los ejes de acción operan bajo las siguientes premisas:

- a) Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente en materia de reducción de la mortalidad y morbilidad infantil y materna.
- b) Fortalecer la atención médica perinatal con enfoque intercultural.
- c) Incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud.

---

<sup>50</sup> Tal es el caso de la Cruzada Nacional Contra el Hambre y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

- d) Adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los sectores en situación de vulnerabilidad.

Objetivo 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.

El sector público de la salud se enfrenta al reto de lograr la eficiencia y calidad en el gasto en salud, enfocándose en sus recursos financieros, materiales y humanos. Para esto es necesario impulsar un sector salud eficiente a través del mejoramiento del desempeño y calidad de los servicios bajo un esquema sectorial de planeación y evaluación.

Las estrategias y ejes de acción para lograr este objetivo incluyen la formación de recursos humanos en salud alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales, impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales, contribuir a la integración de contenidos básicos de género, interculturalidad y derechos humanos en la formación de profesionales de la salud, mejorar la infraestructura física y equipamiento de salud alineada a las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales además de darle prioridad a su consolidación en zonas de población en condición de vulnerabilidad.

Objetivo 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Gobierno de la República reconoce el derecho a la salud como un derecho humano y no como derecho laboral, por ello se compromete a la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal que otorgue un esquema de aseguramiento público y se reciba una atención más homogénea e integrada.

Los ejes de acción y sus estrategias incluyen fomentar el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos humanos en la prestación de servicios de salud e incorporar el enfoque bioético en la investigación médica científica y el diseño, análisis y evaluación de políticas públicas.

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

En coherencia a la modificación de los ordenamientos legales en materia del reconocimiento pluriétnico y multicultural del país, es que se concreta la propuesta de la Secretaría de Salud,

difundida y apoyada por los Servicios Estatales de Salud, la cual plantea instaurar un modelo de atención a la salud en la diversidad que no sólo considere la diversidad étnica y lingüística, sino a una sociedad diversificada en género, edad, preferencias sexuales, religión, discapacidad, etc.; todo esto a través del cumplimiento de elementos específicos que acrediten a las unidades de salud como culturalmente competentes.

Para consolidar este modelo es necesario incorporar el enfoque de interculturalidad en salud, éste servirá como herramienta para comprender los distintos elementos asociados a la cultura y a la salud, estos definirán el diseño y estrategias de implementación culturalmente competentes que eliminarán las barreras culturales dentro de los servicios de salud.

#### *Definiciones de conceptos clave*

- A)** Interculturalidad: 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 (DGPLADES, 2009, p. 5).
- B)** Interculturalidad en Salud: se comprenden los procesos que, en los servicios de salud, consideran el entorno cultural, la diversidad y el respeto, respecto a diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y enfermedad (DGPLADES, 2009, p. 5).
- C)** Barreras culturales: aquellas barreras que están determinadas por las diferencias entre la cultura del proveedor de salud y la de los usuarios del servicio, éstas impactan y dificultan el acceso a los servicios. Se dividen en a) estructurales o sistemáticas, b) espacio físico, c) desempeño de los prestadores de servicios de salud, y d) usuarios.
- D)** Unidades de Salud y redes de servicios “Culturalmente competentes”: todas aquellas unidades que intencionadamente promueven ambientes positivos y de atención a los usuarios y pacientes, incorporando información acerca de los servicios que se otorgan, requisitos para obtener los servicios (DGPLADES, 2009, p. 12).
- E)** Competencia cultural: es el objetivo principal de este documento, y se logrará en la medida en que se eliminen las barreras culturales, se instaure una sensibilización intercultural y se establezca una relación de comunicación y respeto entre los prestadores y usuarios de los servicios de salud.

### *Estrategias fundamentales*

El documento traza cuatro estrategias fundamentales para lograr la competencia cultural:

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

La implementación de estas estrategias ha posicionado a la capacitación intercultural como componente sustantivo en la formación del personal de salud y del personal de programas de salud, además de incluirse como requisito para la acreditación de unidades del Sistema de Protección Social en Salud.

Para lograr acreditarse y ser una unidad de salud culturalmente competente es necesario cumplir con los siguientes componentes:

- Contar con personal técnicamente capacitado y que promuevan actitudes de servicio y de respeto hacia la dignidad de las pacientes.
- Exista la promoción de servicios preventivos de salud que garanticen el respeto de los derechos sexuales y reproductivos.
- Que sus diseños o espacios físicos-arquitectónicos contengan adecuaciones de acuerdo a las necesidades culturales de la población.
- Que ofrezca los diferentes servicios interculturales.

### *Servicios interculturales*

El documento enlista los servicios interculturales que las unidades de salud culturalmente competentes deben ofrecer para quedar como sigue:

- Promoción de acciones (ejercicios, grupos de pacientes externos) para preservar la salud de los usuarios, prestadores y población local, a través de orientación en hábitos de estilos de vida y alimentación sana, ejercicio saludable y actividades para el buen humor.

- Módulo de traducción si el porcentaje de población indígena es significativo.
- Atención intercultural del parto (espacios y servicio para la atención del parto vertical).
- Enriquecimiento intercultural a la dieta hospitalaria.
- Servicios de medicina tradicional y/o medicinas complementarias, con reconocimiento legal en México, como es el caso de la acupuntura, homeopatía, herbolaria y la medicina tradicional indígena.
- Además, definen una política de contratación de los recursos humanos capacitados para impulsar estas actividades, así como la apertura para el análisis y, en su caso, adecuación de los procedimientos y la normatividad.

#### *Capacidades necesarias en el personal de salud*

Las capacidades del personal de salud deben permitirles, además de las éticas, técnicas y profesionales:

- a) Conocer y reconocer las características demográficas, étnicas y culturales de la población en la que ofrecen sus servicios.
- b) Entablar una relación de respeto a la cultura y expectativas de la población que utiliza los servicios de acuerdo a la etnicidad, género, preferencias sexuales, religión, edad, discapacidad, enfermedades sujetas a prejuicios y discriminación de los usuarios.
- c) Lograr una comunicación asertiva que le permita reconocer la existencia de códigos de interpretación de la realidad diferentes en los distintos grupos culturales (visión intercultural) y facilitar y promover un entendimiento sobre las explicaciones del usuario, así como de las indicaciones y recomendaciones del personal (DGPLADES, 2009, p. 13).
- d) Respetar y reconocer las distintas perspectivas de riesgo y de causalidad derivadas de otros modelos médicos.
- e) Fomentar una participación social que promueva actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, entre la población usuaria y los prestadores de servicios y entre estos y los especialistas de otros modelos de atención a la salud. (DGPLADES, 2009, p. 13)

### *Proceso para lograr la asignación de unidad de salud culturalmente competente*

1. Identificar si las adecuaciones se pueden aplicar en el sitio, deben ser hospitales, unidades de salud fijas, unidades móviles de salud (caravanas, tipos 1 a 4), redes de servicios interculturales y espacios comunitarios de medicina tradicional.
2. Cumplir con la estrategia para lograr la definición de unidades de salud y servicios con competencia cultural. La estrategia contiene cuatro criterios: i) que la unidad de salud incluya los elementos interculturales de la cédula de acreditación del Sistema de Protección Social, ii) Que la Unidad de Salud oferte servicios específicos interculturales, iii) Que la Unidad de salud haya realizado modificaciones en los procesos de atención y que fomente la participación comunitaria, y iv) Que la Unidad de salud forme parte de una red de servicios interculturales.
3. Verificar las acciones, adecuaciones y servicios con las Guías de revisión 1 a la 4 contenidas en el mismo documento.

### **3.7 Competencias interculturales para el personal de salud**

La nación multicultural mexicana contiene diversas concepciones de la salud y la enfermedad, así como distintas formas de prevenir esta última, restituir la salud, aliviar el dolor y enfrentar la muerte. Este fenómeno incide directamente en los servicios de salud, ya que además de manifestar la enfermedad o el malestar, también se manifiestan las diversas concepciones, tratamientos y modelos explicativos ante estos, esta realidad condiciona el acceso a la atención médica y la relación que se establecerá entre usuarios y prestadores.

Ante esta realidad es fundamental que el personal (DGPLADES, 2009, p. 3):

...demuestre el dominio de competencias y habilidades relacionadas con las cualidades de la cultura regional, delineadas por la pertenencia étnica, la cultura alimentaría, el contexto ambiental y sus condicionantes sociales; es decir, “competencias culturales” que le permitan entender y atender a un usuario diferente en el contexto de la amplia diversidad de la sociedad mexicana.

El documento *Competencias interculturales para el personal de salud* concibe al enfoque intercultural como elemento imprescindible en la oferta de los servicios de atención en salud, sus definiciones interculturalidad y salud intercultural son las mismas que las

contenidas en el documento *Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes*. A diferencia del anterior este incorpora cinco pretensiones que se le adjudican a la interculturalidad:

1. Que exista un espacio y tiempo común cuando se comparte un objetivo, para los grupos humanos diferenciados por elementos culturales como la lengua, la identidad étnica o territorial; favorece no sólo el contacto, sino también el encuentro.
2. Abarca a las minorías, pero junto a la gran mayoría. Por tanto, incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social.
3. Promueve el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental.
4. Favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad económica y a la necesidad de paliar las desventajas.
5. Enseña a afrontar los conflictos de forma positiva, no negando, que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar.

#### *Competencias profesionales sobre salud intercultural*

*Competencias interculturales para el personal de salud* (DGPLADES, 2009, p. 8) utiliza como base la definición de competencia intercultural de Rodrigo Alsina<sup>51</sup> para construir una propia, la cual se resume de la siguiente manera:

Por Competencia Intercultural en Salud, entendemos la habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios, fomentando actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

---

<sup>51</sup> “habilidad para negociar los significados culturales y de actuar comunicativamente de una forma eficaz de acuerdo con las múltiples identidades de los participantes” (Chen y Starosta, 1996, p. 358-359).

Las competencias interculturales, según el contenido, no se limitan al respeto y reconocimiento del mosaico étnico-indígena mexicano, sino que abarcan las otras formas de diversidad como la sexual, de edad, religiosa, clase social, identidad gremial, etcétera. Éstas comprenden el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan otros modelos y prácticas terapéuticas que utilizan las poblaciones usuarias, la identificación de la singularidad de la población usuaria de los servicios de salud, el desarrollo de actitudes de respeto hacia el usuario en términos de sus expectativas, expresiones y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención, la capacidad de entablar una comunicación asertiva y eficiente y desarrollar la capacidad de comprender la percepción de causalidad y riesgo de las poblaciones usuarias.

#### *Profesional de salud interculturalmente competente*

Según el contenido de *Competencias interculturales para el personal de salud* un profesional de salud interculturalmente competente es aquel que tiene la capacidad para interactuar y negociar eficazmente con grupos culturalmente diversos. Los servicios que ofrecen es resultado de una relación sinérgica usuario-prestador y celebra las contribuciones de ambas partes.

Sus habilidades comprenden el fomento de actitudes de respeto, diálogo y enriquecimiento que impulsen la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales, incluyendo los otros modelos de atención, propios de las poblaciones usuarias.

Parte fundamental de sus destrezas, y como resultado de los conocimientos adquiridos, es el diseño de estrategias para eliminar o modificar las barreras culturales que a su vez permitan la construcción de nuevos modelos de participación social.

#### *Procesos para definir e implantar la competencia intercultural en la formación de recursos humanos*

##### *Proceso de definición*

Para la definición de un modelo de competencias específicas en el tema intercultural se propone, en el documento, un mapa funcional de Competencias Generales para el personal

que opera y dirige los programas de salud,<sup>52</sup> el cual se clasifica en competencias generales y escucha y validación para luego establecer las unidades de competencia quedando de la siguiente manera: 1. Visión Intercultural, 2. Relación Intercultural, 3. Escucha, y 4. Convalidación de modelos y programas.

#### *Proceso de implantación*

El proceso de implantación de las competencias interculturales toma como eje transversal la capacitación del personal en materia de antropología en salud, bioética, derechos humanos y de género, atención médica, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, propone la adecuación de los programas de capacitación dirigidos al personal del Sistema Nacional de Salud considerando el enfoque intercultural en salud como herramienta para la comprensión de escenarios reales en el ejercicio de la profesión. Además, propone una “metodología educativa basada” en Competencias, la cual aspira a ser un espacio de aprendizaje autónomo donde la interculturalidad en salud proponga “la participación activa de los actores sociales del proceso de atención, invitando a la adecuación del marco de comunicación partiendo de las experiencias en la relación médico-paciente o personal de salud-usuario” (DGPLADES, 2009, p. 9).

#### *Proceso de sensibilización*

Para concretar este proceso *Competencias interculturales para el personal de salud* propone la incorporación del estudio de los elementos que permitan la comprensión, el análisis y la confrontación con la realidad operativa del personal de salud a los planes de formación y capacitación.

Los contenidos específicos y los temas propuestos son esquematizados de la siguiente forma:

- Cultura, cosmovisión y modelos médicos.

---

<sup>52</sup> Véase el mapa funcional en el Anexo 1.

- El enfoque sistémico, instrumento para estudiar los modelos de atención a la salud.
- El sistema médico alopático y su cosmovisión.
- La cosmovisión en salud de los pueblos indígenas de México.
- Las medicinas tradicionales y las medicinas complementarias como sistemas de atención a la salud.
  - La medicina tradicional mexicana como sistema de salud.
  - Situación en México de otros modelos médicos.
  - Marco Legal de las medicinas complementarias.
  - El Sistema tradicional chino.
  - Elementos básicos de acupuntura.
  - El modelo homeopático.
  - El Sistema Ayurvédico de la India.
  - La fitoterapia occidental. Elementos básicos.
- Globalización y sociedades multiculturales: retos y oportunidades en la formación de los profesionales de la salud.
  - El sistema Nacional de Salud y sus elementos prospectivos.
  - Epidemiología de la salud y la enfermedad desde la perspectiva de las culturas locales.
  - La articulación de los sistemas de salud.
  - Ensayo: Como prestar servicios de salud en un contexto multiétnico y pluricultural. Ejercicio práctico “La prestación de los servicios de salud desde el Enfoque Intercultural en Salud: Organizaciones y Servicios de Salud “Culturalmente Competentes”.
- Relación del personal directivo-personal operativo-población de influencia (para los que dirigen los servicios).
  - Ejercicio de planeación con base a una metodología participativa.
  - Foros ciudadanos.
  - Foros de pacientes.
  - Herramientas para la prevención, identificación y solución de conflictos derivados de la diversidad cultural.

- Ensayo: Cómo hacer la planeación y la administración de los servicios en contextos multiétnicos y pluriculturales. Ejercicio práctico “La planeación y la prestación de los servicios de salud desde el Enfoque Intercultural en Salud”.

### **3.8 Materiales y cursos impartidos por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)**

Los materiales aquí expuestos fueron facilitados por el Dr. Cristhian Huato Andrade, médico itinerante para trabajo comunitario y encargado de desempeñar funciones como director de la Unidad Médica Móvil, y fue la conjunción de múltiples cursos que se le pedían cursar como requisito para el ejercicio pleno de su cargo laboral.

Para fines de esta investigación se plasmarán en primer lugar las teorías y conceptos de los que se apoyan los materiales, en segundo los temas abordados y en tercer lugar los lineamientos o documentos normativos en materia de interculturalidad que se utilizan y conocen dentro de los servicios de salud.

#### *Teorías y conceptos*

De Miquel Rodrigo Alsina los materiales recogen la clarificación terminológica entre multiculturalismo, como hecho y como proyecto político, así como sus peligrosas interpretaciones como principio de exclusión, e interculturalidad. También se posiciona como teoría central la comunicación intercultural y sus tres componentes: i) competencia intercultural, ii) competencia cognitiva, y iii) competencia emotiva.

De Alfredo López Austin se emplea la teoría de la creación de la cosmovisión y su investigación sobre la cosmovisión de los pueblos de Mesoamérica.

Las teorías que se usan sobre la cultura son las propuestas por Orlando Pulido Chaves, las tres dimensiones del concepto de cultura: i) dimensión antropológica, ii) dimensión lógico-histórica, y iii) dimensión real., y Angelo Altieri Megale: la construcción histórica y filosófica del concepto de cultura.

#### *Temas abordados*

Se ordenarán los tópicos por módulos, tal cual está organizado el curso “El Enfoque Intercultural en los Servicios de Salud” impartido por la Secretaría de Salud a través de la

DGPLADES y la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, los abordajes se realizan a partir de una comprensión y análisis de los conceptos de cultura, cosmovisión e interculturalidad:

#### Módulo 1 “Cultura, cosmovisión e interculturalidad en salud”

- Cultura, Cosmovisión y Sistemas Médicos.
- Interculturalidad en Salud.
- Proceso intercultural.

#### Módulo 2 “Los sistemas de atención a la salud: Diferentes modelos médico-clínico-terapéutico”

- Sistemas de Salud.
- Modelos médicos, clínicos y terapéuticos.
- Cosmovisión de la Medicina Alopática.
- Cosmovisión de la Medicina Tradicional China.
- Cosmovisión de la Medicina Tradicional Mesoamericana.
- Cosmovisión de la Medicina Ayurveda.
- Medicinas complementarias: acupuntura y homeopatía.

#### Módulo 3 “Género y derechos humanos con perspectiva Intercultural y bioética”

- Concepto de género y perspectiva de género.
- Perspectiva de género en salud.
- Género, Salud y Derechos Humanos.
- Perspectiva de género e interculturalidad.
- Derechos humanos (primera y segunda generación).
- La bioética y la interculturalidad en la definición de las Políticas Públicas.
- Modelo de bioética intercultural en salud.

#### Módulo 4 “Servicios de salud con sensibilidad intercultural: Competencias culturales e interculturales en los servicios de salud”

- Competencia cultural y competencia cultural en salud.

- Servicios de Salud Interculturalmente Competentes.
- Acreditación de Unidades con criterios de Interculturalidad.
- Características del Servidor de Salud Interculturalmente Competente.
- Competencias profesionales sobre Salud Intercultural.

#### *Lineamientos y documentos normativos*

Los documentos normativos que se reconocen en los materiales y dentro de las unidades de servicios de salud son:

- a) Guía de Implantación/Implementación: Lineamientos Interculturales para la operación de los Servicios de Salud.
- b) Lineamientos Interculturales para el Personal de los Servicios de Salud
- c) Cartel de Lineamientos Interculturales para el Personal de los Servicios de Salud.
- d) Relación Intercultural con la Medicina Tradicional: Manual para el personal de salud.
- e) El enfoque intercultural, herramienta para apoyar la calidad de los Servicios de Salud.
- f) Marco Legal para la Igualdad de Género en Salud.
- g) Recomendación General Número 4 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- h) 10 recomendaciones para el uso no sexista del lenguaje.

### **3.9 Guía de Implantación/Implementación: Lineamientos Interculturales para la operación de los Servicios de Salud**

Esta Guía condensa todos los conceptos, normativas y propuestas del modelo intercultural para la adecuada gestión e implementación en los Servicios de Salud. Sus postulados son fundamentales para los objetivos de esta investigación, pues es el único documento que describe la implantación de la interculturalidad como política.

Sus contenidos plantean que la interculturalidad no sólo se refiere al proceso de comunicación e interacción entre personas y grupos con identidades culturales específicas, sino que reconoce que ese proceso se presenta en situaciones y contextos, éstas condicionan las diferencias que tendrán. La interculturalidad no está exenta de conflictos y está sujeta a

variantes, condicionantes y determinantes como: i) la diversidad y hegemonía cultural, económica y política de los países y regiones, ii) obstáculos comunicativos, principalmente el idioma, iii) el nivel de alfabetización de la población, iv) el establecimiento de acuerdos a intereses específicos de políticas integradoras e integracionistas del Estado, v) las jerarquías sociales, vi) los modelos económicos excluyentes, vii) los privilegios, viii) la hegemonía material e ideológica, ix) la discriminación y la exclusión, y x) el desconocimiento entre grupos culturales de los mecanismos sociales y políticos para el ejercicio de sus derechos civiles, humanos y de género.

Para que la interculturalidad pueda implementarse como una política, es necesario que tengamos una comprensión correcta de las manifestaciones y criterios culturales, entendamos la complejidad simbólica de las prácticas culturales y apliquemos el principio ético de respeto, dignidad e igualdad entre todas las culturas. Para poder lograrlo se propone concebir a la intercultural como un proceso:

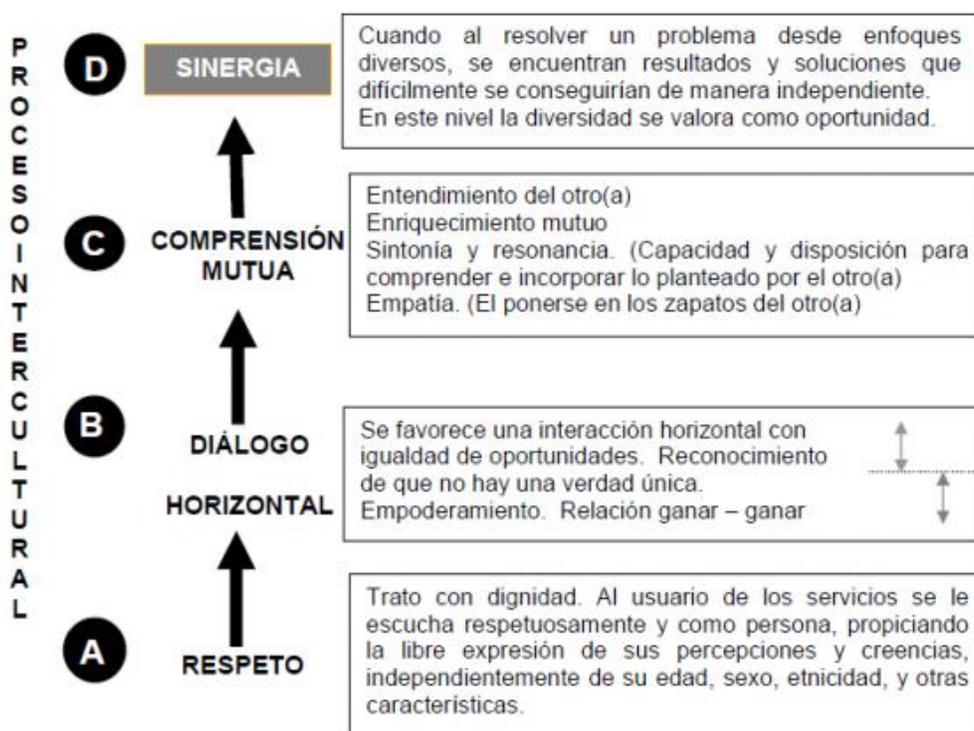


Ilustración 1 Proceso intercultural. Secretaría de Salud (s.f.) Guía de Implantación/Implementación: Lineamientos Interculturales para la operación de los Servicios de Salud.

### *Interculturalidad en Salud*

Ante el fenómeno de deshumanización y tecnificación dentro de la atención médica es que la Guía propone una visión integral del ser humano a través de un enfoque intercultural. El objetivo central es ir más allá de la dimensión científica del modelo de atención en salud, e incorporar la dimensión social y cultural del proceso salud-enfermedad-atención.

Los principios que recomienda el documento son el trato digno respecto a la calidad en la atención médica y el reconocimiento de la dimensión sociocultural del padecer y enfermar en la relación personal de salud-paciente. Para consolidar lo anterior será necesario desarrollar los siguientes ejes transversales, siempre en coherencia con lo estipulado en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y las reformas constitucionales:

- Los derechos humanos en la atención a la salud: considerar cada una de sus tres dimensiones, i) derechos civiles y políticos, ii) derechos económicos y culturales, y iii) los derechos colectivos.
- La perspectiva de género en la atención a la salud: con el objetivo de avanzar hacia el derecho a la protección de la salud y la igualdad de oportunidades considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres.

### *Acreditación de Unidades de Salud con los Criterios de Interculturalidad*

La Secretaría de Salud ha implementado desde el año 2005 recomendaciones denominadas *de interculturalidad* a través de su incorporación al Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud, en el cual se definen los criterios y requisitos para la operación de las unidades de salud inscritas al Sistema de Protección Social y de las Competencias Interculturales, éstas se componen de tres elementos: el saber actuar, el querer actuar y el poder actuar, en el personal de Salud.

A partir de 2008 se incorporaron los criterios de interculturalidad en las cédulas de autoevaluación para las unidades de salud a través de una tipología de unidades, quedando como sigue:<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> La descripción de los criterios interculturales de acuerdo con la tipología de unidades puede verse en el Anexo 2.

- Unidades de Salud de Primer Nivel y Unidades Móviles del Programa “Caravanas de la Salud”
- Unidades de Salud de Segundo Nivel, Hospitales Pediátricos y Comunitarios.
- Unidades del Programa IMSS Oportunidades.

### *Principios y lineamientos de la Interculturalidad*

Para la Guía los principios de la interculturalidad son los contenidos dentro del proceso intercultural: i) respeto, ii) diálogo horizontal, iii) comprensión mutua, y iv) sinergia.

Los lineamientos interculturales para el personal de salud se presentan en el siguiente cartel elaborado por la Secretaría de Salud:

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**LINEAMIENTOS INTERCULTURALES  
PARA EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

- 1.- **Misión de la unidad de salud:** Incluyan en el cartel de la Misión, la satisfacción de las y los usuarios, tomando en cuenta el respeto a los pacientes, como norma fundamental. (Director de la unidad y personal).
- 2.- **Reciba al paciente con un saludo respetuoso**, mirándolo a la cara, llamándole por su nombre, estableciendo procesos de empatía, intercambio y enriquecimiento mutuo.
- 3.- **Distinga las características e identidades culturales** de cada paciente, su lengua, sus costumbres relacionadas con la salud-enfermedad, para mejorar la calidad de la atención. Identifique el cómo quieren los usuarios ser recibidos y atendidos en los Servicios de Salud, respetando su cultura.
- 4.- **Establezca con él o la paciente, familiares y acompañantes**, actitudes respetuosas, de comprensión y amabilidad, independientemente del padecimiento que presente, origen étnico, el genero, edad, las discapacidades, la condición social, la religión, higiene, preferencia sexual, considerando el respeto y el trato digno como norma fundamental.
- 5.- **Evite la emisión de juicios**, prejuicios y culpas respecto a la causas de la enfermedad. (Preferencia sexual, religiosa, adicción, enfermedades sujetas a prejuicios). El personal de salud tiene la obligación de manejar con estricta confidencialidad la información que le confían sus pacientes y no divulgarla más que con la autorización expresa de éstos, la única excepción es cuando la autoridad solicite dicha información en los casos previstos por la ley.
- 6.- **Evite burlarse, regañar o prohibir** la utilización amuletos, el que “serenen” sus medicamentos, el utilizar imágenes religiosas o realizar actividades relacionadas con sus creencias, acerca del proceso salud-enfermedad-atención. En caso de contravenir una norma oficial, y que usted esté seguro de que se trata de una práctica nociva, explíquelo clara y respetuosamente orientando al paciente.
- 7.- **En la atención del trabajo de parto**, permita la deambulación alternada con reposo. Durante el parto, facilite la posición más cómoda que la embarazada desee utilizar, no solamente la posición de litotomía (puede ser en cuclillas, sentada, parada), respetando siempre la dignidad y los derechos como mujeres y pacientes. Si las usuarias lo demandan, promueva la participación y presencia de la partera y familiares.
- 8.- **Fomente la participación social y la comunicación asertiva** con las autoridades locales, practicantes de la medicina tradicional y otras medicinas complementarias reconocidas, independientemente de que haya comunión con sus creencias o no, coordinando acciones específicas, favoreciendo la referencia mutua en beneficio a la salud de la población.
- 9.- **Explique claramente la enfermedad, tratamiento y cuidados**, asegurándose de que los y las usuarias y sus familiares le entiendan, considerando su edad, sexo, grupo étnico, lengua, preferencia sexual, religiosa, discapacidad y enfermedad, (esto incluye a los niños, niñas, español, busque apoyo de intérpretes-traductores).
10. **Revise al paciente previo su consentimiento** debidamente Informado, si los fines son de diagnóstico o tratamiento y los procedimientos indicados implican un riesgo el personal de salud responsable tendrá que obtener su consentimiento por escrito. No realice actividades para lo que no está entrenado ni calificado, respete los reglamentos en materia de atención médica, cuidando de ofrecer la mejor calidad en el servicio.




\* Actualización enero 2013, acorde Art. 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Derechos de los Pacientes NOM-007-SSA2-1993

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud  
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud  
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

*Ilustración 2 Secretaría de Salud. Lineamientos Interculturales para el personal de los Servicios de Salud.*

*Incorporar el enfoque Intercultural en la operación de los Programas de Salud.*

La incorporación del enfoque intercultural jugaría un papel fundamental en la unión de los procesos participativos, puesto que mejoraría la comunicación con la población beneficiaria, establecería puentes entre la cultura de los servicios de salud y las distintas culturas que convergen en la población que se atiende en las unidades de salud.

La Guía estipula una serie de objetivos y premisas acerca de la incorporación y adecuación del enfoque intercultural en la operación de programas de salud que se presentan a continuación:

Objetivos de la incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud:

- Promover la satisfacción de las necesidades de la población usuaria. Evitar consecuencias producto de una mala comunicación.
- Facilitar que la población participe en la planeación y evaluación de los servicios y programas, así como en el control de los procesos relacionados con su salud, su ambiente y su contexto social.
- Potenciar los objetivos comunes y generar acciones conjuntas.
- Favorecer la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud.
- Fortalecer la oferta de los servicios.
- Mejorar el impacto clínico y educativo de las acciones.
- Aumentar la seguridad de las acciones terapéuticas.
- Transferir a la comunidad información, conocimientos, recursos, organización e iniciativas de manera que ésta las pueda aprovechar en beneficio propio, de acuerdo con su propia percepción de la problemática.

Las premisas que sugiere el documento para establecer el proceso de inclusión intercultural y adecuación de los programas de Salud en beneficio de los usuarios y de la institución son:

- a) Los Servicios Estatales de Salud, deberán designar a un Enlace Estatal de Interculturalidad, que tendrá como premisa central las acciones de difusión y gestión de procesos que incidan en el posicionamiento de los modelos interculturales.

- b) Los Enlaces Estatales con las atribuciones de su designación (preferentemente por los secretarios estatales de salud), deberán difundir entre las áreas directivas, operativas y de personal de salud en formación (con el apoyo de las Subdirecciones de Enseñanza e Investigación Estatal), los modelos de la interculturalidad en Salud, a través de las acciones de sensibilización/capacitación, en foros, cursos y actividades de planeación y gestión.
- c) Los Enlaces Estatales de Interculturalidad, con el apoyo de las áreas Federales (Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural), identificarán y promoverán la coordinación con los programas específicos que requieren la inclusión inmediata de intervenciones de carácter intercultural tales como:
- Programa de Acreditación de Unidades de Salud para el Sistema Nacional de Protección Social: Apoyo en las acciones de sensibilización/capacitación para acreditar unidades con los criterios de interculturalidad.
  - Capacitación del personal Estatal de Unidades Móviles (a fin de sustentar la competencia Intercultural del personal operativo y directivo).
  - Atención Médica y Salud Reproductiva: Proyectos para la inclusión del “Modelo de Atención a las Mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, Intercultural y Seguro”.
  - Promoción de la Salud: Desmedicalización del Adulto Mayor: promoción del ejercicio saludable con Qi Gong.
  - Consejos Estatales Contra las Adicciones: “Estrategias Interculturales para la prevención del Consumo del Alcohol y Alcoholismo en Comunidades Indígenas”.
  - Programas de Promoción de la Salud en regiones indígenas: “Modelos de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes”
  - Otros programas, áreas o instituciones, para la difusión de los modelos interculturales en Salud: Programa IMSS Prospera, Cruz Roja Mexicana, ISSSTE, CDI, Asociaciones Privadas, Universidades, entre otros.
- d) Las áreas de Planeación Federal y Estatales deberán apoyar las acciones a implementar por los Enlaces Estatales con la gestión para la asignación de recursos materiales y humanos necesarios.

- e) Los enlaces estatales deberán elaborar su Programa Anual de Actividades, con objetivos, metas, logros e indicadores.

Se sugiere realizar acciones de coordinación interinstitucional, convocando, con el apoyo de las áreas de Planeación, a las áreas siguientes:

Áreas Estatales de Calidad, Salud Reproductiva, Atención Médica, Promoción de la Salud, Áreas y Programas Estatales de Derechos Humanos, Salud de los Pueblos Indígenas, Género y del Instituto Nacional de la Mujer, así como de las áreas en contra de la Discriminación.

Para las acciones propuestas, se podrán establecer actividades de coordinación con la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural/DGPLADES a través de las Subdirecciones de:

- Subdirección de Interculturalidad en los Servicios de Salud
- Subdirección de Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención
- Subdirección de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas.

#### *Capacitación sensibilización Intercultural del personal de Salud*

Para que los modelos interculturales mantengan vigencia es necesaria su difusión, por ello es necesario que se lleven a cabo actividades de sensibilización a todo el personal de salud, lo que incluye al personal directivo, operativo y en formación de las escuelas y facultades de ciencias de la salud. Los criterios de interculturalidad cuentan con cartas descriptivas y guías temáticas que deben incluirse en la formación del personal de salud, además la Guía sugiere su difusión a través de los Enlaces Estatales<sup>54</sup> en forma de talleres, conferencias, seminarios y cursos presenciales, vía internet y en materiales impresos.

La temática sugerida por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural es la siguiente:

- El contexto para la Interculturalidad en Salud (la medicina mexicana en el contexto intercultural).
- Identidad cultural y diversidad cultural.

---

<sup>54</sup> Para ver ejemplos de cartas descriptivas elaboradas por los Enlaces Estatales ir al Anexo 3.

- Interculturalidad, género y derechos humanos.
- Cultura, cosmovisión y sistemas de atención a la salud.
- La teoría de sistemas y la antropología para la comprensión de otros sistemas de atención provenientes de diferentes culturas: la medicina indígena mexicana, la medicina tradicional china, la medicina ayurveda, orígenes de la medicina occidental.
- La atención intercultural del parto: parto humanizado y la atención del parto desde el modelo tradicional de las parteras indígenas.

Otros temas que aborda la interculturalidad:

- Discriminación (atención a la salud de los grupos vulnerables).
- Interculturalidad y bioética.
- Cultura y adicciones,
- La acreditación de unidades de salud con los criterios de interculturalidad.

*Procedimiento para la promoción de la política Intercultural en los Servicios y Programas Nacionales de Salud*

La Interculturalidad aplicada como política se implementó por primera vez dentro de los grupos indígenas, donde mostró ser eficaz a través de sus potencialidades. Luego se instauró dentro del área de Planeación Federal lo que permitió que se lograra difundir y posicionar en la oferta institucional de modelos de intervención y atención.

El Procedimiento para la promoción de la política Intercultural en los Servicios y Programas Nacionales de Salud contenido en el Manual de Procedimientos de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural describe su alcance, sus políticas de operación, normas y lineamientos, y la secuencia de sus etapas. Todo lo anterior se encuentra resumido en el siguiente diagrama de flujo contenido en la Guía:

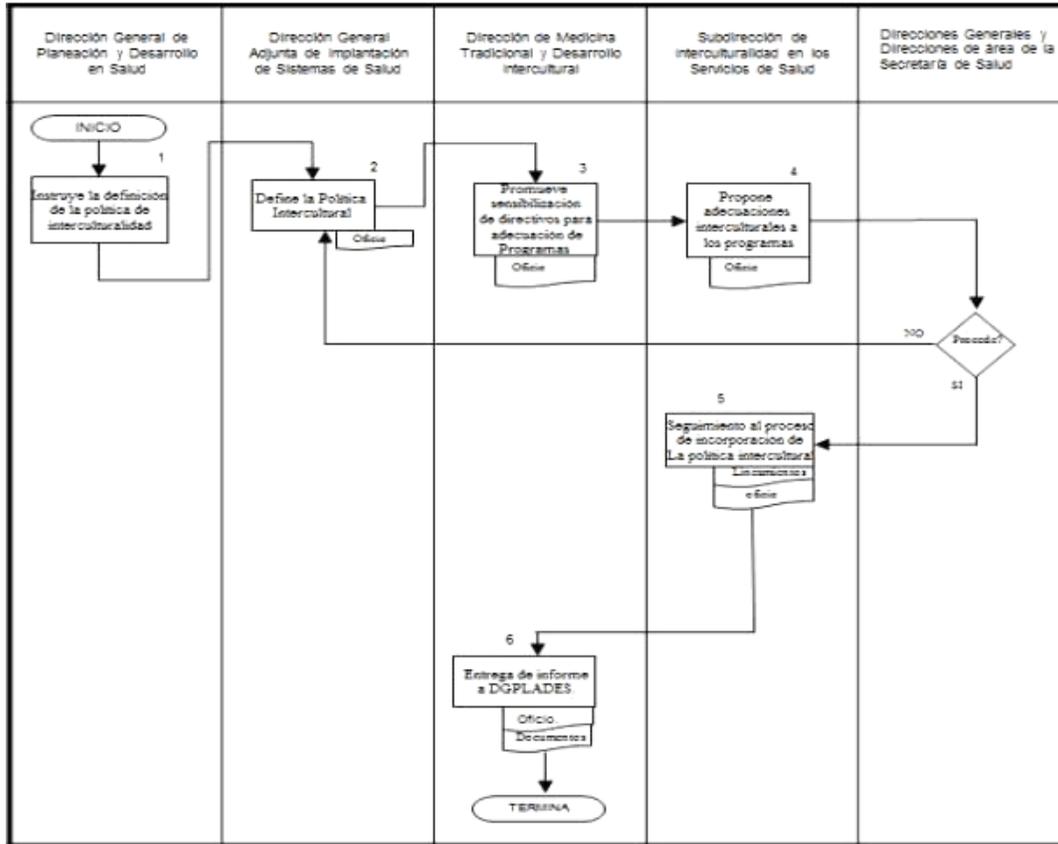


Ilustración 3 Proceso intercultural. Secretaría de Salud (s.f.) Guía de Implantación/Implementación: Lineamientos Interculturales para la operación de los Servicios de Salud.

### Modelos de Interrelación con los usuarios de los Servicios de Salud

Con base en los objetivos de la incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud,<sup>55</sup> los lineamientos para el fortalecimiento de los programas a través del enfoque intercultural<sup>56</sup> y bajo la premisa de que los beneficiarios de los programas tienen sus propias

<sup>55</sup> i) Transformación operativa de los Servicios de Salud, ii) Transferir a la comunidad información, conocimientos, recursos, organización e iniciativas de manera que ésta las pueda aprovechar en beneficio propio, de acuerdo con su propia percepción de la problemática, iii) Promover la satisfacción de las necesidades de la población usuaria. Evitar consecuencias producto de una mala comunicación, iv) Facilitar que la población participe en la planeación y evaluación de los servicios y programas, asumiendo el control de los procesos relacionados con su salud, su ambiente y su contexto social, v) Potenciar los objetivos comunes y generar acciones conjuntas, vi) Favorecer la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud, vii) Fortalecer la oferta de los servicios, viii) Mejorar el impacto clínico y educativo de las acciones, y ix) Aumentar la seguridad de las acciones terapéuticas.

<sup>56</sup> i) Conocer el contexto cultural de la región donde se aplicará el programa, ii) indagar los conocimientos y prácticas de prevención y atención de las comunidades, iii) escuchar y respetar las percepciones de la población usuaria, iv) promover el involucramiento de la familia en el fortalecimiento de la salud, v) eliminar actitudes de burla y regaños que generen sentimientos de culpa en los usuarios, vi) escuchar las expectativas de atención que tienen los beneficiarios, vii) informar a profundidad, y en la lengua y lenguaje de los usuarios, sobre los procedimientos, beneficios y consecuencias del programa ofrecido para generar consentimiento, viii) promover

percepciones de la realidad y quieren ser partícipes de las soluciones sobre sus problemas de salud es que el documento plantea los pasos metodológicos para la incorporación de los modelos de Interrelación con los usuarios de los Servicios de Salud:

1. Identificar y caracterizar en detalle al usuario o beneficiario de cada programa de salud, generando la capacidad para identificar su singularidad social (género, edad, clase social, etnicidad, preferencia sexual).
2. Agrupar a los tipos de beneficiarios identificados, en la forma como ellos lo asocian naturalmente de acuerdo con su identidad.
3. Trabajar el tema de manera horizontal con cada grupo identificado.
4. Escuchar en primer lugar la percepción y conocimientos que el usuario posee en torno a la temática base del programa, así como de la implementación del mismo.

Se han reconocido tres modelos fundamentales de interrelación, los cuales se han desarrollado bajo los lineamientos y la metodología anteriormente descritos, que han sido implementados con éxito y se han reconocido sus ventajas y desventajas. El primer modelo son los Encuentros Interculturales, el segundo es la metodología de asamblea comunitaria “indígena” para fortalecer los procesos de consulta informada, y el tercero es el Modelo de Atención Intercultural del Embarazo, parto y puerperio.

#### *Adecuación intercultural de los espacios e infraestructura física*

El Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud fue una modificación que se realizó a los Servicios de Salud con la intención de eliminar las barreras culturales y fortalecer el acceso y la cercanía de los servicios. Bajo los conceptos de calidad técnica y ambiental de los espacios de salud es que éste genera el diseño y adecuación de los espacios de las unidades de salud y la infraestructura básica, el cual debe considerar los siguientes criterios:

1. Identificación de la singularidad del destinatario.
2. Arquitectura en armonía cultural del entorno.
3. Participación.
4. Coherencia educativa.

---

y apoyar los grupos comunitarios de apoyo, ix) fomentar la participación de los grupos indígenas en los procesos del cuidado de la salud, y x) identificar y combatir los prejuicios hacia determinados grupos de la población.

5. Sustentabilidad.
6. Lengua.
7. Promoción de la salud.

*Lineamientos para la Interrelación de los Servicios de Salud con la población indígena*

Aunque la variable de etnicidad lleva muy poco tiempo siendo considerada en los sistemas de información estadísticos, la Guía afirma que la población indígena crece a tasas superiores y tienen una mortalidad superior en comparación al resto de la población. Por ello y con objetivo de dar visibilidad a los pueblos afromexicanos es que se propone la consolidación de un Modelo de Atención a la Población Indígena.

Este modelo se encuentra sustentado en las atribuciones específicas de la DGPLADES sobre el diseño, desarrollo e impulso de una política nacional de atención a la salud de los pueblos indígenas que promueva la equidad en el acceso a los servicios de salud con respeto a su cosmovisión, que otorgue visibilidad a la población indígena en los registros oficiales de salud y genere la articulación del Sistema Nacional de Salud con la medicina tradicional. La implementación del modelo deberá estar sujeta a los derechos culturales y humanos de los pueblos indígenas, por lo que obligatoriamente tendrá que seguir los siguientes lineamientos elaborados por la Dirección General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud en coordinación con la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.



**Secretaría de Salud**  
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo  
Intercultural/DGPLADES.

**Lineamientos para intervenciones de personas, organizaciones e instituciones en comunidades indígenas, relacionadas con acciones en salud.**

En el marco que rige la protección de los derechos de los Pueblos Indígenas con el respaldo de los artículos 1º y 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de los artículos relativos contenidos en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo referente a los Pueblos Indígenas y Tribales de los Países Independientes, se enuncian los siguientes lineamientos para orientar proyectos de intervención en comunidades indígenas, con énfasis en los programas de salud, los cuales deberán observar:

**Derechos humanos**

- a) El disfrute, por parte de los pueblos indígenas, de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte. En todo caso, deberá prevalecer la protección más favorable para dichos pueblos, el respeto a la dignidad de las personas, la protección de su bienestar así como los derechos de los Pueblos indígenas a participar en la utilización, administración y conservación de los recursos existentes en sus tierras.
- b) El reconocimiento y protección de los valores y prácticas sociales, culturales, religiosas y espirituales propios de dichos pueblos, a efecto de que los problemas que se le planteen tanto colectiva como individualmente contemplen dichos valores, como la observancia de la costumbre y el derecho consuetudinario de los pueblos indígenas que sea acorde a los derechos humanos.
- c) Todas las autoridades en materia de salud deberán promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos especialmente los de pueblos indígenas, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

**Programas de Salud**

- d) La comunidad donde se pretenda realizar una intervención, participará activamente en la definición, planeación y evaluación de las acciones o programas.
- e) Se podrá concertar la realización de acciones a través de convenios signados con las comunidades indígenas para la ejecución de los programas.
- f) Se aplicarán mecanismos eficientes para proporcionar el debido cuidado a las opiniones de la población para la elaboración, actualización de los programas y servicios.
- g) Las intervenciones de las personas, organizaciones o instituciones fortalecerán la identidad cultural de los habitantes de la región, además de respetar y promover sus derechos como comunidades indígenas.
- h) Las organizaciones representantes de los pueblos indígenas podrán participar como órganos de consulta permanente en los aspectos de la planeación de los foros que al efecto se convoquen.

**Investigación en salud**

- j) Se deberá contar con el consentimiento informado previo de las comunidades, por escrito, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos de la intervención, con la capacidad de libre elección y sin coacción, ante dos testigos y firmado por duplicado por parte de los sujetos de investigación. Se deberá buscar siempre la evaluación ética y bioética de los proyectos de investigación.
- k) Contar con la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar o intervenir, dándoles a conocer los procedimientos que vayan a utilizarse y su propósito, las molestias o los riesgos esperados, los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda, la libertad de retirar el consentimiento, la confidencialidad de los datos asociados al sujeto, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, la disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tengan derecho.
- l) Se establecerán convenios, acuerdos y/o los mecanismos legales que garanticen la no afectación de los derechos de las comunidades y su desarrollo e identidad, además del reparto justo y equitativo de beneficios, así como las indemnizaciones con garantía específica en caso de incumplimiento o daño.
- m) En todos los casos, se informará ampliamente a las comunidades y a sus representantes, en su lengua (en su caso), acerca de los beneficios que obtendrán las instituciones y la comunidad en la implementación de programas o proyectos de investigación, así como sus aportes y riesgos. Se establecerán en todo caso, los mecanismos para limitarlos, evitarlos y disminuirlos.

Documento elaborado con la asesoría de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud

*Ilustración 4 Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural/DGPLADES. Lineamientos para intervenciones de personas, organizaciones e instituciones en comunidades indígenas, relacionadas con acciones de salud.*

En este capítulo se desarrolla el contexto sociohistórico y normativo de la interculturalidad en la salud pública mexicana, utilizando como base los dos capítulos anteriores se resume que los compromisos internacionales dieron paso a la etapa conocida como Ley Indígena en 2001 dentro de la cual se llevaron a cabo acciones políticas estatales para resolver las relaciones sociales históricas asimétricas. La interculturalidad entonces aparece en el plano operacional dentro de las leyes secundarias y sectoriales, principalmente en educación y salud.

En 2016, con la reforma al artículo 2° constitucional es que se contextualiza el quehacer de la interculturalidad: ejercer acciones para el respeto y reconocimiento de las diversas culturas, así como proteger y promover sus lenguas, culturas, usos y costumbres, formas de organización social y acceso a la jurisdicción del Estado. Estos postulados apoyaron la reconfiguración de las distintas identidades nacionales y exigieron la atención de los programas sociales.

Para entonces la Organización Panamericana de la Salud realizó recomendaciones, principalmente en la atención a poblaciones de alta marginación rural y urbana, basadas en el contexto socio-cultural latinoamericano. Es entonces que México incorpora, a través del PROSANI, a) la capacitación del personal médico comunitario con enfoque transcultural y b) la cosmovisión como eje rector para visibilizar y respetar las distintas concepciones del proceso salud-enfermedad.

Durante este proceso de incorporación, la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas reconoció la importancia de las características socioculturales de cada grupo de la población en la atención en salud.

Posteriormente, el PND 2013-2018 busca garantizar la praxis de los derechos mexicanos y a la vez disminuir los niveles de exclusión, pobreza y desigualdad. Lo anterior basado en indicadores de la realidad social mexicana que provocó un reajuste de resoluciones: i) la política indigenista debe evitar el tutelaje y el asistencialismo, y debe posicionar al diálogo y a la interculturalidad como ejes rectores para su praxis, y ii) el acceso a la salud deberá basarse en las necesidades en salud de la población, las cuales son diferentes en cada individuo y se debe garantizar la adecuación de los servicios de salud.

Tenemos como resultado, aún vigente, la incorporación de la interculturalidad en el ámbito de la salud como una herramienta de articulación para lograr la garantía y promoción de los derechos humanos, así como la disminución de los niveles de exclusión, pobreza y desigualdad. Reconociendo ahora no sólo a la población indígena si no también a una sociedad diversificada, de acuerdo a las brechas de: género, edad, preferencias sexuales, religión discapacidad, entre otras.

Para la política mexicana de interculturalidad en salud, ésta debe de basarse en el respeto, la equidad de saberes, ser conscientes del uso del conocimiento científico para actuar ética y empáticamente, así como hacer sinergia con otras medicinas y establecer una comunicación asertiva. Todo lo anterior para saber, querer y poder actuar en la mejora de la atención en salud tomando en cuenta la sociedad diversificada y adecuándose a las cosmovisiones de salud-enfermedad existentes en México.

## **Conclusiones**

Las distintas definiciones de política pública y sus múltiples discusiones son testimonio de la evolución y desarrollo de su estudio, además éstas permiten identificar distintas líneas de investigación, enfoques teóricos, unidades de análisis y modelos políticos con los cuales podemos consolidar un marco teórico mayormente adecuado para los intereses de esta tesina, sin embargo, existen ejes operacionales imprescindibles para la definición de política pública: i) Estado, ii) acción, y iii) intervención. Es importante resaltar que es necesaria la profundización del estudio sobre la relación histórico-estructural del Estado y la generación de políticas públicas para reconocer los campos más viables de ejecución (Valadez, 2019).

La política pública es, desde una descripción muy general, el resultado de un proceso político dentro del cual se entrecruzan una multitud de intervenciones que culminan en una serie de decisiones o no-decisiones, en algunos casos se pretende paralizar la intervención política y en otras son acciones resolutorias vinculantes para todos los miembros de la sociedad. Ante esto, la historia de las políticas públicas en salud viene desde su construcción institucional, pasando por sus respectivos cambios estructurales, la propuesta neoliberal de la institucionalización de la política pública a través del PRONASOL, y finalizando en la transición democrática y la transformación del sistema público. (Valadez, 2019)

Las políticas públicas se clasifican, según la operacionalización de su elemento coactivo, en cuatro categorías distintas: a) políticas regulativas: se imponen condiciones obligatorias a los subordinados, b) políticas distributivas: otorgan a casos particulares una excepción a la ley por medio del cumplimiento de condiciones específicas o en su defecto por un favor unilateral por parte del Estado, c) políticas redistributivas: conceden el acceso a ventajas a una serie de clases de casos o clases de sujetos, y no a individuos o casos específicamente seleccionados, mediante la consolidación de una lista de condiciones que deberán satisfacerse, y d) políticas constitutivas: contienen las modificaciones del régimen político y administrativo, en ellas se señalan los procedimientos y reglas generales a que deben someterse las actividades públicas, y afectan indistintamente a los actores que intervienen en el proceso.

De este modo, podemos identificar que el tema que nos compete: pertinencia cultural, se encuentra dentro de las políticas redistributivas. Esto porque se reconoce la subordinación

histórica de lo culturalmente diverso y se hacen modificaciones de fomento a la inclusión, el aumento en la acción del Estado para la creación de mecanismos redistributivos vía políticas sociales, la redefinición de los compromisos y relaciones con la sociedad y la garantía de sus derechos, y el desarrollo de una estructura política caracterizada por cuestiones susceptibles a ser tratadas con recursos públicos, ejemplo de esto es el Seguro Popular. Lo anterior siempre bajo el término de protección social. El posicionarlas en una clasificación nos apoyará para consolidar y ejecutar las acciones necesarias para el objetivo: conceder el acceso a la salud de grupos vulnerables y no vulnerables, creando un ambiente de equidad.

Para México introducir la *policy sciences*, dando seguimiento a la antropología aplicada de Manuel Gamio, en la confección de las políticas públicas bajo la relación conocimiento-gobierno sería ejecutar la mejora de su contenido a través de conocimiento utilizable, racionalizando la toma de decisiones de interés público en un contexto sociopolítico determinado. Esto para lograr el análisis del poder de la acción a través del estudio de las acciones del Estado y su relación con la sociodiversidad. La *policy sciences* se debe de incorporar en el diseño de políticas públicas de salud mexicanas para lograr implementar la interculturalidad.

El diseño de las políticas públicas es un elemento esencial dentro del proceso de su formulación, puesto que es en esencia la formulación de la estrategia, o política pública, a seguir para intentar dar solución al problema público a través de distintos análisis, instrumentos y restricciones coherentemente organizados. Como bien se sabe no existe un modelo único del diseño de políticas públicas pero sí un requerimiento mínimo exigible para su correcta implementación y operacionalización, que deberían ser considerados por las políticas de salud pública con pertinencia cultural, por ello se seleccionaron cinco propuestas distintas que permiten el reconocimiento de elementos fundamentales para el diseño de una política pública que potencializarían las acciones de salud pública: i) condicionantes dentro del diseño y construcción de políticas públicas, ii) tipologías de escuelas de planificación, iii) funciones básicas del diseño y la planificación, iv) modelo de formulación de políticas de calidad, y v) modelos de decisión.

Dentro del marco del diseño de políticas públicas de salud con pertinencia cultural, según los resultados de esta investigación, se tomaron como condicionantes: a) la federalización de la

salud pública, b) descentralización de los servicios de salud (resolución de problemáticas sociales y de salud en los medios rurales), c) coordinación y cooperación de los servicios sanitarios federales y locales, d) medicina social, e) seguridad social, f) multidimensionalidad de la pobreza, g) brechas de desigualdad, h) políticas de desarrollo social, i) protección social, j) calidad y evaluación de los servicios.

La implementación es el proceso de transformar en resultados los objetivos asociados con una política pública, aunque equívocamente se piense que las administraciones y las instituciones automáticamente aplicarán las decisiones y se logrará una implementación exitosa: el análisis de la realidad nos mostrará que esta transición se encuentra condicionada por múltiples elementos, e instrumentos, como el contexto y las características de las políticas, los actores, las instituciones y las estrategias que intervienen en este proceso.

Podemos resumir que nuestra concepción de salud pública está en un espacio de saberes, proveniente de múltiples disciplinas científico-técnicas, para proteger y promover el estatus de salud y enfermedad, entendidos como procesos colectivos. La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: a) el saneamiento del medio; b) el control de las enfermedades transmisibles; c) la educación sanitaria; d) la organización de los servicios médicos y de enfermería, y e) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud. Estas acciones, individuales y colectivas, constituyen la respuesta organizada de la sociedad a los problemas sanitarios.

Las acciones de salud pública son todas aquellas actividades encaminadas a garantizar y conservar la salud de la población, para poder operar dependerán de a) la existencia de un sistema de salud, b) la sinergia con otros sectores, y c) un sustento jurídico.

Pese a que el campo de acción de la salud pública es bastante amplio, se pueden clasificar sus actividades en tres rubros distintos: i) Protección de la salud: son las acciones basadas en conocimientos de ciencias distintas a las médicas (biología, ingeniería sanitaria, farmacología, etc.) que tratan de “prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del medioambiente donde el hombre vive y trabaja,

y de los alimentos que consume”. (Piédrola 2008, p. 9), ii) Restauración de la salud: todas las acciones encaminadas a recuperar la salud, son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria (Piédrola 2008, p. 10), y iii) Información, diagnóstico y toma de decisiones: acciones encaminadas al análisis de información que permita y sustente la toma de decisiones, sobre todo en el rubro legislativo, para el mantenimiento y recuperación de la salud.

La historia de la reestructuración legislativa de la salud pública ha atravesado por diversas y numerosas modificaciones que en este tópico (pertinencia cultural) iniciaron con la adhesión de la antropología al aparato político como herramienta para la redefinición de elementos y medios de relación con y hacia los grupos indígenas.

A partir de este nuevo paradigma surgió la necesidad de visibilizar la realidad sociocultural de la población mexicana, la salud pública entonces se centró en a) el reconocimiento de la protección a la salud como un derecho constitucional, b) la creación de un órgano responsable de la organización y administración de los temas de salubridad, c) la introducción de la medicina social y rural para transformar la salud pública del país bajo el lema de justicia social, d) el aumento del presupuesto federal en salud, y e) la coordinación de los servicios sanitarios federales, estatales y municipales.

Para 1930, la medicina social se reconoció como necesidad nacional en materia de salubridad pues resaltaba la importancia de los factores sociales, políticos y culturales dentro de la proliferación de enfermedades (Gudiño, Magaña y Hernández, 2013) y se inició la descentralización de los servicios de salud con la intención de dotar de atención médica a las zonas alejadas del país (zonas agrarias e indígenas). En el transcurso de esta década se consolidaron los servicios médicos rurales cooperativos.

Para 1980, se consolida el Sistema Nacional de Salud y se posiciona la protección a la salud como derecho individual y responsabilidad del estado. El gasto público se concentró en la política social ante la pobreza, es decir, se focalizó en los grupos marginados rurales y urbanos a través de COPLAMAR.

Para la década de los noventa, y junto con el desarrollo de los derechos humanos de segunda<sup>57</sup> y tercera generación,<sup>58</sup> se cohesionan los postulados en torno a la protección social del usuario en los servicios médicos y se posiciona la cobertura de acceso a los servicios como indicador de la protección social en salud. Lo anterior permitió que, en la primera década del 2000, se consolidarán los ejes rectores del nuevo Sistema Nacional de Salud y para 2003 los del Seguro Popular: servicios de salud centrados en el usuario en su planeación, implantación y evaluación, sistema de gestión de calidad en salud, derechos de los pacientes como el trato digno y respetuoso reconociéndose las condiciones socioculturales dentro de éste. Para hacer realidad estos ejes se necesitó la coordinación de tres organismos: i) Comisión Nacional de Protección Social en Salud, ii) Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y iii) Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Hernández *et al.*, 2008).

La coexistencia de múltiples grupos étnicos nunca ha sido negada dentro del territorio mexicano, pero sí de su actuar político. Aunque varios de éstos fueron partícipes en las luchas de independencia y revolucionaria, no fue hasta que Manuel Gamio los reconoció como depositarios de interés para la formación del nuevo Estado mexicano.

Sin embargo, fueron reconocidos como un obstáculo para la cohesión de una nación culturalmente mestiza. Los quehaceres políticos en torno a los diversos grupos étnicos, o indígenas en este caso, fueron en aras de su integración mediante la educación y del asistencialismo para fomentar la pasividad ciudadana de los grupos indígenas.

En la década de los noventa, bajo un contexto de movilizaciones sociales indígenas y exigencias claramente establecidas y consensuadas, es que el reconocimiento de su existencia y participación dentro de la política nacional se lleva a cabo mediante la reforma constitucional al artículo 4.º.

Pese a que el reconocimiento del pluralismo cultural está legislado, son pocas las acciones y políticas que inciden en el respeto, desarrollo y fomento de la diversidad cultural como parte de la política nacional mexicana. Recordemos que la diversidad cultural recorrió un trayecto

---

<sup>57</sup> Derechos surgidos durante el siglo XIX y XX que incluyen los económicos, sociales, culturales y acceso a los bienes materiales.

<sup>58</sup> Derechos surgidos del siglo XX hasta la Segunda Guerra Mundial, incluyen los derechos colectivos de la humanidad entera: desarrollo, medio ambiente sano, la paz, convivencia, etc.

amplio como asunto público que fue desde la segregación, integración y asimilación hasta el reconocimiento constitucional.

La nación mexicana es pluricultural, y reconoce la coexistencia de múltiples grupos sociales con lógicas culturales distintas que forman y constituyen un conjunto de prácticas y discursos normativos e identitarios. Por ello, y para garantizar la igualdad de derechos, es necesario que las políticas públicas se adecúen a los distintos contextos socioculturales que conforman la nación mexicana.

La pertinencia cultural es un concepto que, dentro de las políticas públicas, parte del derecho a la alteridad y se refiere a “la afinidad y aceptabilidad con la que contarían aquellas propuestas de intervención, gestión y comunicación que consideran, valoran e incorporan las costumbres, herencia, visión de mundo y formas de vida propias de [una] comunidad u organización.” (Ivanovic y Ortega, 2016, p.19).

Las adecuaciones en las políticas de salud frente a la diversidad cultural se institucionalizaron en el periodo posrevolucionario y desde una concepción de atender y asistir a los campesinos y a los marginados. Fue hasta que los movimientos indígenas y sus exigencias se constitucionalizaron que la salud pública se vio obligada a modificar sus ejes de operación en torno al respeto a la pluralidad, la calidad en la atención médica y el acceso a los servicios de salud, además de apoyarse en la política de desarrollo social para lograr atender a los grupos y comunidades mayormente marginados, y construir infraestructura sanitaria en zonas de necesidad urgente de servicios de salud.

Estas adecuaciones dieron paso a la inclusión e implementación de los enfoques de multiculturalidad e interculturalidad no sólo en el ámbito de las políticas de salud, sino también como ejes estratégicos de las políticas nacionales.

La incorporación del enfoque intercultural a las políticas públicas surge en el contexto del reconocimiento de las diferencias y el respeto a la etnicidad, aunque éste inició implementándose en leyes secundarias, su utilidad y aportaciones en una nación históricamente pluricultural permitieron que otros sectores e instituciones la adoptaran en sus marcos legales y normativos.

Para la consolidación del enfoque intercultural dentro de las políticas públicas de salud fue necesario, en primer lugar, el reconocimiento de la diversidad cultural dentro del marco jurídico de diversos sectores, tales como la educación y el trabajo, y, en segundo lugar, el cumplimiento de las demandas étnicas y su papel en el proceso de salud-enfermedad-atención.

A partir de la incorporación del tema rural y comunitario en los programas de salud, fue que se logró identificar las aportaciones y la capacidad de agencia que tiene la población en el proceso salud-enfermedad-atención y consolidan gran parte de la solución al acceso y la atención en los servicios de salud. Además, tiene potencial para fungir como puente de comunicación entre el modelo explicativo del personal de salud y el del paciente, favoreciendo un ambiente de sensibilidad cultural y para consolidar un proceso de comunicación, reeducación y formación.

Con la instauración de los criterios de interculturalidad, en 2008, en los servicios de salud se dio cumplimiento no sólo a la premisa constitucional de respeto y reconocimiento a la pluriculturalidad del país, sino al cumplimiento y ejercicio del derecho a la salud, al acceso a los servicios de salud de calidad y al derecho humano a la dignidad. Se les dio atención a las consecuencias del neoliberalismo y las brechas de desigualdad, las actitudes de indiferencia, deshumanización y despersonalización que existe en el personal médico, la falta de respeto a la privacidad y el menosprecio de sus opiniones y con ello la repercusión en el desapego de indicaciones médicas, el abandono de tratamientos, la resistencia a los usos del servicio y la confrontación cultural.

Además, la praxis de los derechos de los pacientes tuvo mecanismos para su ejercicio: procesos participativos y la modificación de componentes y requerimientos técnicos para la apertura hacia la inclusión, no solo sociocultural, de otros modelos médicos (medicina tradicional, acupuntura y homeopatía).

El marco legal normativo de la interculturalidad se compone de leyes, reglamentos nacionales, convenios y tratados internacionales, y se encuentra sujeto a la jerarquía normativa mexicana.

Además, se compone de múltiples reglamentos secundarios como los emitidos para las personas con discapacidad, la infancia, las mujeres, y otros grupos que se consideran vulnerables.

El PND 2013-2018 plantea la necesidad de establecer políticas públicas basadas en indicadores de la realidad social mexicana, a partir de ello operacionaliza a la interculturalidad mediante la política indígena y el acceso a la salud como herramienta para eliminar las políticas de tutelaje y generar un ambiente de armonía, respeto, igualdad y justicia entre culturas, además de asegurar el acceso a la salud a través de la implementación de criterios interculturales en los programas y servicios de salud.

Parte fundamental del PND en el sector de la salud es la identificación de tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud: i) Modelo enfocado hacia lo curativo y no hacia la prevención, ii) la no aplicación de políticas públicas con enfoque multidisciplinario e interinstitucional para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, este enfoque ayudaría a “enfrentar la diversidad de hábitos y costumbres de la población en materia de conocimiento y cuidado de la salud” (Plan Nacional de Desarrollo: 49), y iii) el arreglo organizacional de las instituciones se encuentra verticalmente integrado y fragmentado, lo cual limita la capacidad operativa y eficiencia del gasto en el Sistema de Salud Pública. De ello partirá el diseño y estrategias de acción del Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

El Plan Sectorial de Salud 2013-2018 se desarrolla a partir del diagnóstico plasmado en el PND 2013-2018 sobre los tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la salud. Por ello, los objetivos, los ejes y las estrategias de acción se encuentran encaminados, en medida de lo posible, a la eliminación y transformación de éstos.

En cada uno de los seis objetivos contenidos en este programa de salud, la interculturalidad se desarrolla de distintas maneras que van desde su utilización como herramienta para incidir en los determinantes sociales de la salud a través del fortalecimiento de la participación social y la acción comunitaria hasta su función dentro de los esfuerzos institucionales para la integración efectiva de un modelo de atención que responda a las necesidades y expectativas de la población.

Como respuesta a las estrategias y objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, se vieron modificados e implementados diversos documentos que intervendrían en la calidad de los servicios de atención médica, desde su infraestructura hasta las competencias del personal de salud.

El documento *Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes*, plasma la necesidad de implementar competencias interculturales dentro de las unidades de salud que permitan atender la realidad mexicana de pluriculturalidad. Para ello reconocen la importancia de los factores culturales dentro del proceso salud-enfermedad-atención y la necesidad de implementar competencias interculturales que permitan la eliminación de las barreras culturales a través del ejercicio de estas competencias, la oferta de servicios interculturales, la potencialización de las capacidades del personal de salud y la consolidación de unidades de salud culturalmente competentes.

Para lograr una verdadera oferta de servicios de salud interculturales, se deberá contar con un personal de salud con las habilidades necesarias que logren consolidar una relación de respeto, una comunicación asertiva y un entendimiento de la cultura regional. Estas habilidades podrán conjugarse y construir el concepto de *competencias interculturales*, las cuales comprenden el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan otros modelos y prácticas terapéuticas que utilizan las poblaciones usuarias, la identificación de la singularidad de la población usuaria de los servicios de salud, el desarrollo de actitudes de respeto hacia el usuario en términos de sus expectativas, expresiones y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención, la capacidad de entablar una comunicación asertiva y eficiente y desarrollar la capacidad de comprender la percepción de causalidad y riesgo de las poblaciones usuarias.

Para conseguir la implementación de las competencias interculturales en la formación de recursos humanos es necesario llevar a cabo las siguientes fases: a) proceso de definición, b) proceso de implantación, y iii) proceso de sensibilización.

Los materiales utilizados por la DGPLADES en sus cursos, así como otros impartidos por los Enlaces Estatales o las mismas unidades de salud, se desarrollan a partir del entendimiento de los conceptos antropológicos de cosmovisión, cultura e interculturalidad. Para luego desarrollar los contenidos específicos de sensibilización intercultural, implementación de

lineamientos y competencias interculturales y la coordinación con derechos humanos, perspectiva de género y bioética. Valdría la pena cuestionarse si este marco teórico es suficiente y adecuado para desarrollar la teoría intercultural, bioética y antropológica de la nación mexicana.

La Guía de Implantación/Implementación: Lineamientos Interculturales para la operación de los Servicios de Salud condensa toda la información sobre interculturalidad en los servicios de salud y facilita el entendimiento de los procesos y de los textos normativos que conforman la operación de la interculturalidad en los servicios de salud: conceptos básicos como interculturalidad en salud y su coordinación con los derechos humanos y la perspectiva de género en la atención a la salud, los lineamientos para la acreditación de unidades de salud con los criterios de interculturalidad, los principios y lineamientos de la interculturalidad, la incorporación del enfoque intercultural en la operación de los programas de salud, los modelos de interrelación con los usuarios de los servicios de salud y sus lineamientos y la adecuación intercultural de los espacios y la infraestructura física.

Pese a las acciones y nuevos enfoques en la salud pública mexicana aún quedan actuaciones sin ejecutar, para ello valdría la pena preguntarse ¿hay un seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud? ¿la vigilancia de la salud pública se basa en el resultado de la investigación y control de riesgos y daños de la salud de la población? ¿mediante qué mecanismos se integra la participación de los ciudadanos en el ejercicio de la salud pública? ¿cómo se están desarrollando las políticas y la capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública? ¿se ha demostrado, durante las últimas décadas, el fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización o el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública y los servicios de salud? ¿cómo podemos medir el mejoramiento de la calidad y el acceso equitativo en los servicios de salud? ¿de qué manera se ha aplicado la investigación dirigida a aumentar el conocimiento para la toma de decisiones en salud pública y sus diferentes niveles?

Trabajos como el aquí presentado, permiten retratar la realidad histórica de la implementación de las políticas sociales y de salud, reconociendo que éstas tienen un marco de expresión y de finalidad de las demandas de la población. También rescata la pertinencia cultural y el modelo intercultural como la posibilidad de empoderar el ejercicio de la

ciudadanía en su problemática de salud, de establecer una sinergia y coordinación interinstitucional que permita la sensibilización multidisciplinaria para la construcción de una ciudadanía saludable reconociendo las perspectivas de dominación, discriminación y subordinación ocultas en su marco legislativo y sus modos de operar. Al final, la interculturalidad se nos presenta como una trinchera posible para que se establezca un proceso normativizado de comunicación e interacción entre personas, y grupos con distintas identidades culturales en el cual no se permite que las ideologías y estructuras axiológicas detenten el poder unas sobre las otras, sino que se dialogue, integre y resulte una gestión comunitaria.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar Villanueva, L. F. (Ed.). (1992). La hechura de las políticas. Miguel Ángel Porrúa.
- Aguirre, G. (1994). *Programas de Salud en la Situación Intercultural*, Gobierno del Estado, Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista.
- Almaguer et al. (s.f.) Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo). Modelo para su implantación en los Servicios de Salud. Campaña Nacional por la diversidad cultural de México.
- Almaguer J., Vargas V. y García H. (Coords). (2014). *Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Programa Editorial del Gobierno de la República.
- Barabas, A. (2014). “Multiculturalismo, pluralismo cultural e interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios”. *Configurações* [En línea]. 11-24. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.2219>
- Bonfil, G. (2014) México profundo. Una civilización negada. Litográfica Ingramex S.A. de C.V.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (Suplemento 1), 13-27. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es).
- Cardozo, M. (2006). *La evaluación de políticas y programas públicos. El caso de los programas de desarrollo social en México*, Cámara de Diputados-Porrúa.
- Castillo, G. (2014). Integración, mestizaje y nacionalismo en el México revolucionario: Forjando Patria de Manuel Gamio: la diversidad subordinada al afán de unidad. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 59 (221), 175-199.

Castillo, G. (2015). El programa integracionista durante el cardenismo. La diversidad cultural según Gamio. *Signos históricos*, 17 (34), 78-111.

Castillo, G. (2015). Política, cultura e indígenas en el México de inicios del siglo XX. El integracionismo de Gamio como proyecto de homogeneización nacional. *En-claves del pensamiento*, 9 (18), 103-130.

Cecchini, S., Madariaga, A. (2011) Programas de Transferencias Condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe. CEPAL-Naciones Unidas.

Chen G. M. y Starosta, W. (1996). Intercultural Communication Competence: A Synthesis. *Annals of the International Communication Association*, 19 (1), 353-383.

Código Civil para el Distrito Federal. 26 de mayo de 1928. G.O.C.D.M.X 02 de marzo de 2021.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.], DOF 27/08/2018.

Cooney, P. (2008). Dos décadas de Neoliberalismo en México: resultados y retos. *Novos Cadernos NAEA*, 11 (2), 15-42.

Cruz R., C. N. (1999). El reto público de la implementación. *Estudios Políticos*, (21), 113-135.

DGPLADES (2009). *Competencias interculturales para el personal de salud*. Coordinación Nacional de Protección Civil.

DOF 15/10/2019 [con fuerza de ley] Acuerdo por el que se modifica el diverso mediante el cual se establecen los lineamientos para la transferencia de los recursos federales correspondientes al Sistema de Protección Social en Salud.

DOF: 03/09/2018 [con fuerza de ley] Convenio Específico de Colaboración para la transferencia de recursos presupuestarios federales con el carácter de subsidios, para la ejecución de proyectos y/o reconocimientos cuyo propósito es contribuir a desarrollar el

Programa Calidad en la Atención Médica, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Yucatán.

DOF: 14/08/2001 [con fuerza de ley] DECRETO por el que se aprueba el diverso por el que se adicionan un segundo y tercer párrafos al artículo 1o., se reforma el artículo 2o., se deroga el párrafo primero del artículo 4o.; y se adicionan un sexto párrafo al artículo 18, y un último párrafo a la fracción tercera del artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

DOF: 28/01/1992 [con fuerza de ley] Decreto por el que se reforman los artículos 3o., 5o., 24, 27, 130 y se adiciona el Artículo Decimoséptimo Transitorio de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

DOF: 29/12/2011 [con fuerza de ley]. Acuerdo Mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-OPORTUNIDADES para el Ejercicio Fiscal 2012.

Eibenschutz, C. y Raphael, T. (1992). Historia de la política sanitaria en México. *Estudios Políticos* (10), 135-166.

Flamand, L. y Moreno-Jaimes, C. (2015) La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del Seguro Popular (2006-2012). *Foro Internacional* 219, LV (1), 217-261.

Great Britain (1988) *Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. H.M.S.O.

Gudiño, M., Magaña, L. y Hernández, M. (2013) La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945. *Salud Pública de México*, 55(1), 81-91.

Hernández, *et al.* (2008). La protección al usuario de servicios de salud en el marco de los derechos humanos de cuarta generación. *Revista CONAMED*, 13 (1), 35-46.

Herrera, F. (2009). Apuntes sobre las instituciones y los programas de desarrollo rural en México: del Estado benefactor al Estado neoliberal. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 17(33), 7-39.

Huerta, M. G. (2016). Procesos interculturales y construcciones sociales: apuntes para una antropología de las políticas públicas. *Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales*. VI, 118 – 134. <http://iberoamericasocial.com/procesos-interculturales-construcciones-sociales-apuntes-una-antropologia-las-politicas-publicas>

Ivanovic C. y Ortega A. (2016) Aportes del enfoque de pertinencia cultural al diseño y mejoramiento de políticas públicas: el conocimiento sociocultural como vía para la superación de los estereotipos. [https://www.sociedadpoliticaspublicas.cl/archivos/septimo/Politicas\\_Publicas\\_y\\_Developo\\_Regional/Aportes\\_del\\_enfoque\\_de\\_pertinencia\\_cultural\\_al\\_diseno\\_y\\_mejoramiento\\_de\\_politicas\\_pub.pdf](https://www.sociedadpoliticaspublicas.cl/archivos/septimo/Politicas_Publicas_y_Developo_Regional/Aportes_del_enfoque_de_pertinencia_cultural_al_diseno_y_mejoramiento_de_politicas_pub.pdf)

Korsbaek, L. y Sámano-Rentería M. (2007). El indigenismo en México: antecedentes y actualidad. *Ra Ximhai*, 3(1), 195-224.

Lahera P., E. (2006). Del dicho al hecho: ¿cómo implementar las políticas? *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (35), 1-10

Ley de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal. 07 de abril de 2011. G.O.C.D.M.X. 07 de abril de 2011.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud. 26 de mayo de 2000. DOF 11/05/2022.

Ley General de Salud de 2018. 07 de febrero de 1984. DOF 12/07/2018.

López O., Puentes E. y López S. (2011). Concepto de salud pública en Oropeza C. (Ed.) *Observatorio de la Salud Pública en México*, 2010 (pp. 19-27), Universidad Autónoma Metropolitana.

López-Arellano, O. y Blanco-Gil, J. (2001) La polarización de la política de salud en México. *Cad. Saúde Pública*. 17 (1). 43-54. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100004>

Maldonado, I. (2010). De la multiculturalidad a la interculturalidad: la reforma del Estado y los pueblos indígenas en México. *Andamios*. 7(14), 287-319.

Márquez, M. (2011). Formación del espíritu científico en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37 (Supl. 5), 585-601.

Martín, J. (2005). *Funciones básicas de la planificación económica y social*. United Nations Publications.

Martínez, M.I. (2020). Cinco sexenios de política social en México. *Revista de Estudios Políticos*. 188. 159-196

Meny, I., y Thoenig J.C. (1992). *Las políticas públicas*. Editorial Ariel, S.A.

Navarro, R., Peña, E. y Maya A. (2017) Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud colectiva*, 13 (3) 443-455.

Observatorio de biopolítica (2017) *La salud pública según Winslow (1920)*  
<https://biopolitica.net/2017/03/25/la-salud-publica-segun-winslow-1920/>

Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca*, OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2002). *La Salud Pública en las Américas - Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*, Organización Panamericana de la Salud.

Ornelas D., J. (2001). *El neoliberalismo realmente existente*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Ortegón, E. (2008). *Guía sobre diseño y gestión de la política pública*. Organización del Convenio Andrés Bello.

PAHO (2017). *Documento conceptual: intersectorialidad*,  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>

Piédrola, G. (2008). *Medicina preventiva y salud pública*. Elsevier Masson.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (2013) DOF 20/05/2013.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (2013) DOF 12/12/2013.

Reglamento de Insumos para la salud. 04 de febrero de 1998. DOF: 04/02/1998.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 6 de enero de 1987. DOF 02/04/2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. 5 de abril de 2004. DOF 17/12/2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad 2014. 04 de mayo de 2000. DOF 08/09/2022.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. 7 de febrero de 2018. DOF 07/02/2018.

Reynoso, I. (2013). Manuel Gamio y las bases de la política indigenista en México. *Andamios*, 10 (22), 333-355.

Secretaría de Gobernación (2001) Programa Nacional de Salud 2001-2006, DOF 21/09/2001

Secretaría de Salud (s.f.) *Guía de Implantación/Implementación: Lineamientos Interculturales para la operación de los Servicios de Salud*. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

Stavenhagen, R. (2013). La política indigenista del Estado mexicano y los pueblos indígenas en el siglo XX en Baronnet, B. y Tapia, M. (coords.). *Educación e interculturalidad: política y políticas*, (pp. 23-48). UNAM/CRIM.

Tellez, J. (1996). *Manuel Gamio y la formación de la nacionalidad: el problema de los indios y de los derechos de los pueblos* [Tesis de licenciatura en Historia] Universidad Nacional Autónoma de México.

Tulchinsky, T. H. y E. A. Varavikova (2000). *The new public health. An introduction for the 21st. Century*, Academic Press.

Valadez, T. (2019). *La política de salud en México: 2012-2016 un análisis crítico de los discursos oficiales* [Tesis de maestría en medicina social] Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Valdivia, T. (2013). Reconocimiento de derechos indígenas: ¿Fase superior de la política indigenista del siglo XX?- *Nueva antropología*. 26(78). 9-41.

Valencia Agudelo, G. D., Álvarez, Y. A. (2008). La ciencia política y las políticas públicas: notas para una reconstrucción histórica de su relación. *Estudios Políticos*, (33), 93-121.

Valles, J. (2007) *Ciencia Política. Una introducción*. (6ª edición) Editorial Ariel.

## **Bibliografía**

Agostoni, C. (2013). Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario, 1920-1940. *Historia Mexicana*, 63 (2),745-801.

Arellano, D. y Blanco, F. (2016). *Políticas Públicas y Democracia*, Instituto Nacional Electoral.

Arzate, J. (2011). El Estado mexicano y la reproducción social de la pobreza en A. B. Gutiérrez, J. Arzate Salgado y J. Huamán (Coords.) *Reproducción de la pobreza en América Latina. Relaciones sociales, poder y estructuras económicas*. (pp. 139-170). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Barba, C., y Valencia, E. (2013). La transición del régimen de bienestar mexicano: entre el dualismo y las reformas liberales. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 22 (2), 47-76.

Brand, U. (2012). El papel del Estado y de las políticas públicas en los procesos de transformación en M. Lang y D. Mokrani (Comps.) *Más allá del desarrollo*. (pp. 145- 157). Editorial El Conejo.

Cárdenas, E. (2017) *La reestructuración económica de 1982 a 1994*. <https://economichistory.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/69/2017/11/cardenas.pdf>

Comités Departamentales para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (*s.f.*) Guía de funcionamiento con enfoque de pertinencia cultural. <https://iniciativa2025alc.org/sites/default/files/guia-pertinencia-cultural-CODEPETI-GUATEMALA.pdf>

Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. (2013). *Marco Legal y Normativo Interculturalidad*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29308/MarcoLegalNormativo.pdf>

Dirección General de promoción de la Salud (*s.f.*). *Seguro Popular de Salud, Preguntas Frecuentes*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/faq.htm>

DOF: 14/08/2012 [con fuerza de ley]. DECRETO por el que se aprueba el diverso por el que se adicionan un segundo y tercer párrafos al artículo 1o., se reforma el artículo 2o., se deroga el párrafo primero del artículo 4o.; y se adicionan un sexto párrafo al artículo 18, y un último párrafo a la fracción tercera del artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

DOF: 15/03/2002 [con fuerza de ley] Acuerdo que establece las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades para el ejercicio fiscal 2002.

DOF: 15/12/1980 [con fuerza de ley] . Decreto por el que se declaran incorporadas al programa IMSS-COPLAMAR las 310 Unidades Médicas Rurales conocidas como IMSS-CONASUPO y por lo mismo, sujetos de los servicios de solidaridad social a los habitantes de las localidades que se detallan, así como los asentamientos menores que se encuentren dentro del área de influencia de las Unidades Médicas Rurales que se mencionan.

DOF: 24/06/1985 [con fuerza de ley]. Decreto por el que se crea el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta IMSS-COPLAMAR.

DOF: 27/11/2018 [con fuerza de ley] Criterios Técnicos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como las empresas

productivas del Estado, para la emisión de documentos electrónicos que deriven de un trámite o servicio digital.

Dror, Y. (1996). Fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos en materia de formulación de políticas. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, (7-8), pp. 189-202.

Gómez H., y López S. (2011). Desarrollo histórico de la salud pública en México en Oropeza C. (Ed.) *Observatorio de la Salud Pública en México, 2010* (pp. 19-27), Universidad Autónoma Metropolitana.

González Madrid, M. (2016). Las políticas públicas: carácter y condiciones vinculantes. *Revista Polis*. 1. 13-45.

Homedes, N. y Ugalde, A. (2008) 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 7 (15). 26-43.

La filosofía de la salud pública (2014) *Revista Cubana de Salud Pública*, 40 (1), 144-158.

Leal, G., et al (2016) Sobre la propuesta de “universalidad” en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto. *Estudios Políticos*. (38). 117-141.

Ley General para el Control del Tabaco. 30 de mayo de 2008. DOF 17-02-2022.

Loaeza, S. (1990) Derecha y democracia en el cambio político mexicano: 1982-1988. *Foro Internacional COLMEX*. XXX (4).631-658.

Lowi, T. J. (1964). American Business, Public Policy, Case Studies, and Political Theory. *World Politics*. 16 (4). 677-715.

Lowi, T.J. (1972). Four Systems of Policy, Politics, and Choice. *Public Administration Review*. 32 (4). 298-310.

Ministerio de Cultura Perú (2015). *Servicios públicos con pertinencia cultural. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos. Parte I: ¿qué son los servicios públicos con pertinencia cultural?* Ministerio de Cultura.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011) *Normas con pertinencia intercultural... hacia la interculturalidad*. [http://bvs.gt/ebblueinfo/GP/GP\\_001.pdf](http://bvs.gt/ebblueinfo/GP/GP_001.pdf)

Navarro, V. (2008). ¿Qué es una política nacional de salud? *Tareas*.(130). 39-58.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF 07/04/2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013. Promoción de la salud escolar. DOF 09/12/2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013.Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología. DOF 07/08/2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. DOF 21/08/2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. DOF 12/08/2015.

Ortiz, A. (2000) *Política económica de México 1982-2000. El Fracaso Neoliberal*. Editorial Nuestro Tiempo S.A.

Pineda, N. (2007). *El concepto de política pública: alcances y limitaciones*. [https://www2.fcm.org.co/fileadmin/Contenidos/pdf/el\\_concepto\\_de\\_politicas\\_publicas.pdf](https://www2.fcm.org.co/fileadmin/Contenidos/pdf/el_concepto_de_politicas_publicas.pdf)

Piña, M. (2012). La ética y la crisis de la salud en México. *Revista Cubana de Salud Pública*. 38 (3). 463-470.

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*.18 (52). 39-49.

Salazar N. *et al.* (2015). Pertinencia cultural y evaluación educativa en los Altos de Chiapas. Experiencias de estudiantes y profesores sobre la prueba ENLACE. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*. XLV( 3), 81 -117.

Secretaría de Gobernación (2014) *Manual y Protocolo para la Elaboración de Políticas Públicas de Derechos Humanos Conforme a los Nuevos Principios Constitucionales: Programando como Perspectiva de Derechos Humanos en México*. [https://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/141031\\_politicasPublicas.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/141031_politicasPublicas.pdf)

Secretaría de salud (2000) *Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>

Tetelboin, C., *et al* (2005). Alternancia y política de salud en México. *Estudios Sociológicos*, XXIII (67), 75-93.

Vega, G. (2001). La política comercial de México en el sexenio 1994-2000: crisis financiera y recuperación económica. *Foro Internacional COLMEX*. XLI (4), 694-730.

## Anexos

ANEXO 1. TABLA 3 CARACTERIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES

	1982-1988	1988-1994	1994-2000	2000-2006	2006-2012	2012-2018
Reducción y no intervención del Estado	<p>Reivindicación legítima de lo privado ante el Estado (Loeza, 1990).</p> <p>Pluripartidismo como necesidad política compartida (Loeza, 1990).</p> <p>Delimitación del papel del Estado en la economía con las modificaciones a los artículos constitucionales 25 y 28 (Cárdenas, 2017).</p>	<p>Reprivatización de la banca y paraestatales (Cárdenas, 2017).</p> <p>Desregulación de sectores: financiero, de transporte, minería, agricultura y petroquímica secundaria, y cambios en los derechos de propiedad que facilitaron la intervención del sector privado en las actividades económicas.</p>	<p>La crisis bancaria y financiera obligó al Estado a emitir acciones de créditos de riesgo y saneamiento de carteras de bancos: Programa de Capitalización Temporal (PROCAPTE) y Programa de Compra de Cartera (Cárdenas, 2017).</p> <p>La deuda del Instituto para la Protección al Ahorro Bancario provocó una Auditoría Superior de la Federación que frenó la confianza en las decisiones políticas y detuvo las</p>	<p>Apertura al capital extranjero sin limitantes de participación accionaria en los sectores energéticos y de telecomunicaciones.</p> <p>Paraíso fiscal de deducción de impuestos al sector privado (Cárdenas, 2017).</p>	<p>La Reforma Energética permitió los contratos de obras y servicios en áreas de exploración y producción de crudo.</p> <p>Privatización de la energía eléctrica a través de hacer pública la extinción de Luz y Fuerza del Centro (Ortiz, 2000).</p>	<p>Desmexicanización de la industria nacional, agricultura, comercio y servicios (Ortiz, 2000).</p>
		<p>Declaración de la autonomía del Banco de México en 1994 mediante la reforma al artículo constitucional 28 (Cárdenas, 2017).</p>	<p>reformas económicas sustantivas (Cárdenas, 2017).</p> <p>Privatización del sistema de pensiones a través de la reforma a la Ley del Seguro Social en 1995 que deriva sus responsabilidades a instituciones financieras denominadas Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES)</p>			
Libre mercado e integración a la globalización	<p>Eliminación de esquema proteccionista en 1985 a través de la supresión de permisos previos de importación y reducción de</p>	<p>Institucionalización del nuevo régimen de liberalización comercial a través de la firma de tratados internacionales</p>	<p>Recuperación económica a través del comercio exterior: exportaciones con Estados Unidos de América crecieron 30.8% y sus</p>	<p>Apertura al capital extranjero sin limitantes de participación accionaria en petróleo y energía eléctrica: Proyecto de Inversión de</p>	<p>Firma de tratados de comercio que favorecieron las importaciones y las inversiones de nacionales en el exterior: Tratado de Asociación</p>	<p>Firma de 14 tratados de libre comercio con 43 países (Ortiz, 2000).</p>

	aranceles (Cárdenas, 2017).	como el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) (Cárdenas, 2017).	exportaciones sobrepasaron los 130 mil millones de dólares para finales de 1999 (Vega, 2000).	Infraestructura Productiva con Registro Diferido en el Gasto Público (PIDIREGAS).  Apertura al capital extranjero en el sector energético y de telecomunicaciones a través de licitaciones (Ortiz, 2000).	Transpacífico (TPP), Tratado Único con Centro América.  Eliminación de aranceles a China (Ortiz, 2000).	
Reducción de programas sociales	Inicio de la redefinición de la política social pero con limitación de presupuesto en programas sociales, sólo se destinó el 11.6% del gasto público para el gasto social (Martínez,	La política social se consolida como eje de la acción pública.  Se consolidan los programas sociales compensatorios: Programa Nacional de Solidaridad	Existe una corresponsabilidad de las organizaciones sociales y los ciudadanos para el desarrollo social.  Inician los Programas de Transferencias Condicionadas: Programa de	Estrategia de Desarrollo Social CONTIGO contó con 223 programas sociales: OPORTUNIDADES, Seguro Popular, Apoyo a los Adultos Mayores.	Estrategia de Desarrollo Social Vivir Mejor dándole continuidad a programas sociales anteriores (Oportunidades, Seguro Popular y 70 y más) con modificaciones generadas por la multidimensionalidad	Estrategia de Desarrollo Social México Incluyente, contiene nuevas propuestas de gestión como el Sistema de Información Social Integral y la elaboración del presupuesto basado en resultados.
	2020).	(PRONASOL).  Se crea la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) para el desarrollo de programas sociales.  El porcentaje de gasto público destinado al desarrollo social es de 48,4 % (Martínez, 2020).	Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).  Gasto público destinado al gasto social: 57.3% (Martínez, 2020).	Se crea la Ley General de Desarrollo Social en 2004 y con ella el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL).  Porcentaje del gasto público destinado al gasto social: 59.5% (Martínez, 2020).	de la pobreza reconocida por el CONEVAL.  Porcentaje del gasto público destinado al gasto social: 56.3% (Martínez, 2020).	Establecimiento de programas sociales como la Cruzada Nacional contra el Hambre, Prospera y Seguro de Vida para Jefas de Familia.  Porcentaje del gasto público destinado al gasto social: 58.5% (Martínez, 2020).
Políticas de salud pública	1983  Reforma al art. 4º constitucional que reconoce el derecho a la protección en salud como individual y	Mayor presupuesto para programas verticales de salud, es decir, aquellos diseñados para atacar una afección	Periodo de mercantilización y beneficencia: reversión de cuotas en los servicios de atención a la salud (cotizantes de mayor ingresos se trasladan hacia servicios	Federalismo cooperativo: municipalización de los servicios.  (Homedes y Ugalde, 2008)  Interinstitucionalidad	2006  Firma de acuerdos de coordinación interestatal e interinstitucional para ejecutar acciones de salud pública (riesgos sanitarios, prevención,	Tres intentos de reformas por parte de Mercedes Juan para la universalización de los servicios de salud, sin embargo se lleva a cabo la universalidad programática, a

	<p>responsabilidad del Estado (López –Arellano y Blanco-Gil, 2001).</p> <p>Decreto de programa para la descentralización de la SSA (López –Arellano y Blanco-Gil, 2001).</p> <p>1984</p> <p>Decreto por el cual se unifica el primer y segundo nivel de atención entre la SSA e IMSS-CO-PLAMAR para apoyar la descentralización y con base en el Convenio Único</p>	<p>específica y acotados en temporalidad (Homedes y Ugalde, 2008).</p> <p>Se refuerza la atención masificada y barata dirigida a sectores marginados y en pobreza: aplicación selectiva del gasto social (López – Arellano y Blanco-Gil, 2001).</p> <p>El PRONASOL volvió a centralizar los servicios de salud bajo lineamientos</p>	<p>privados), implementación de seguros privados de gastos médicos mayores, paquete básico de atención en salud planteado por la OPS en su estrategia Atención Primaria en Salud (López –Arellano y Blanco-Gil, 2001)</p> <p>1996</p> <p>Acuerdo de Descentralización y Acuerdo de Coordinación para la Descentralización.</p> <p>Creación del Consejo Nacional de Arbitraje Médico</p>	<p>: SSA como reguladora, instituciones de seguridad social, IMSS e ISSSTE, como prestadoras de servicios a través del Convenio General de Colaboración Interinstitucional en materia de prestación de servicios(Tetelboin <i>et al</i>, 2005)</p> <p>Diseño de reformas sectoriales en salud basadas en el pluralismo estructurado y llevadas a cabo por Julio Frenk</p> <p>(Homedes y Ugalde, 2008).</p> <p>2003 Reforma a la Ley General de Salud donde surge el</p>	<p>prestación de servicios).</p> <p>2006</p> <p>Intervenciones cubiertas por el Catálogo Universal de Servicios de Salud: 249. (Flamand y Moreno, 2015)</p> <p>2008</p> <p>Establecimiento de límites máximos en los recursos para aplicación estatal: nómina insumos y precios de referencia en medicamentos (Flamand y Moreno, 2015).</p> <p>Lineamientos interculturales</p>	<p>través de programas y proyectos. (Leal, <i>et al</i>, 2016)</p> <p>2011</p> <p>Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios entre SSA, IMSS e ISSSTE que contiene un catálogo-tabulador de tarifas de servicios e intervenciones auxiliares en el diagnóstico y tratamiento.</p> <p>2012</p> <p>Intervenciones cubiertas por el Catálogo Universal de Servicios de Salud: 284</p> <p>(Flamand y Moreno,</p>
	<p>de Desarrollo (Homedes y Ugalde, 2008).</p>	<p>federales (Homedes y Ugalde, 2008).</p>	<p>para mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos.</p> <p>1997</p> <p>Ley de Coordinación Fiscal crea el Fondo de Ahorro para la Salud (FASSA) para consolidar el presupuesto interestatal. (Homedes y Ugalde, 2008)</p> <p>Coordinación interinstitucional IMSS, ISSSTE, SSA e IMSS-CO-PLAMAR para la no duplicidad de servicios (Homedes y Ugalde, 2008)</p>	<p>Sistema de Protección Social teniendo como mecanismo de ejecución al Seguro Popular.</p> <p>2004</p> <p>Intervenciones cubiertas por el Catálogo Universal de Servicios de Salud: 90 (Flamand y Moreno, 2015).</p>	<p>2010</p> <p>Reforma a la Ley de Salud: la afiliación al SP será por persona y ya no por familia.</p>	<p>2015).</p> <p>2014</p> <p>Reforma a la Ley General de Salud para recentralizar los recursos del SP.</p>

**ANEXO 2. MAPA FUNCIONAL DE LOS CONTENIDOS DE LA COMPETENCIA INTERCULTURAL PARA EL PERSONAL DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD.**

<b>UNIDAD DE COMPETENCIA: Escucha</b>		
<b>ELEMENTO DE COMPETENCIA:</b> Capacidad para indagar la pertinencia y el desarrollo de intervenciones institucionales ante un problema de salud.		
<b>DECLARATIVO – CONOCIMIENTOS.</b> El participante dominará:	<b>PROCEDIMENTAL – HABILIDADES</b> El participante será capaz de:	<b>ACTITUDINAL – ACTITUDES</b> El participante se comportará:
El participante dominará los conceptos de cultura, diversidad cultural, Interculturalidad, cosmovisión, sistemas y modelos médicos.	<p>-Capacidad para reconocer la diversidad cultural de la población y su cosmovisión en la región donde se apliquen los programas donde intervenga.</p> <p>-Capacidad de indagar e incorporar, las necesidades y propuestas de los involucrados (Beneficiarios-directivos y operadores) desde su marco cultural, para el diseño de modelos y programas.</p> <p>-Conocimiento y manejo de herramientas para la escucha de las expectativas de la población:                      "Encuentros de enriquecimiento mutuo"                      "Metodología para la realización de consultas informadas"</p> <p>Elaborar y redactar informes o minutas de acuerdos que recuperen las opiniones y necesidades de los involucrados a fin de ser incorporados en los programas.</p>	Actitud para iniciar la planeación y la implementación de programas a partir de preguntas y no con respuestas entre los involucrados en la implementación de un programa. (Beneficiarios-directivos y operadores)
<b>UNIDAD DE COMPETENCIA: Relación Intercultural</b>		
<b>ELEMENTO DE COMPETENCIA 1.-</b> Capacidad para establecer una escucha Intercultural en la interacción con las personas y los grupos humanos, permitiendo la expresión de sus ideas, sin distinción de edad, género, condición económica, religión, u otro tipo de identidades. (Comunicación asertiva, educación y negociación Intercultural)		
<b>DECLARATIVO – CONOCIMIENTOS.</b> El participante dominará:	<b>PROCEDIMENTAL – HABILIDADES</b> El participante será capaz de:	<b>ACTITUDINAL – ACTITUDES</b> El participante se comportará:
<p>Conceptos de:</p> <p>Trasculturación                      Multiculturalismo                      Interculturalidad                      Comunicación intercultural                      Educación Intercultural                      Capacidad de escucha                      Negociación Intercultural                      Asertividad</p>	<p>Identificar los elementos que definen una relación intercultural.</p> <p>Capacidad de establecer una comunicación respetuosa basada en la escucha y diálogo horizontal, tendiendo a una relación empática y sinérgica.</p> <p>Capacidad de identificar los elementos básicos de la negociación intercultural.</p> <p>Desactivar situaciones de conflicto durante procesos comunicativos.</p> <p>Identificar los elementos básicos para establecer la concertación asertiva.</p> <p>Defender su posición respetando los conceptos y prácticas culturales de su o sus interlocutores.</p>	<p>Con escucha respetuosa.</p> <p>Con una actitud asertiva.</p> <p>Con una actitud preactiva.</p>

<b>UNIDAD DE COMPETENCIA:</b> Relación Intercultural		
<b>ELEMENTO DE COMPETENCIA 2.-</b> Capacidad de aplicar explícitamente los elementos de la Competencia intercultural en la relación con los usuarios de los servicios de salud y los profesionales de otros modelos clínico terapéuticos de atención a la salud.		
<b>DECLARATIVO – CONOCIMIENTOS.</b> El participante dominará:	<b>PROCEDIMENTAL – HABILIDADES</b> El participante será capaz de:	<b>ACTITUDINAL – ACTITUDES</b> El participante se comportará:
<p>Los conceptos de:</p> <p>Sensibilidad cultural</p> <p>Amigabilidad cultural</p> <p>Competencia cultural</p> <p>Competencia cultural en salud</p> <p>Organizaciones y Servicios culturalmente competentes</p> <p>Convalidación Intercultural</p>	<p>Utilizar herramientas que eliminen barreras culturales y de género presentes en los servicios de salud y en la comunidad y con los prestadores de otros modelos y/o prácticas de atención a la salud.</p> <p>Proponer alternativas para disminuir o erradicar barreras culturales o de género presentes en los servicios de salud o en la comunidad o región y con los prestadores de otros modelos y/o prácticas de atención a la salud.</p> <p>Proponer estrategias para fomentar la "amigabilidad cultural" de los Servicios.</p> <p>Diseñar propuestas o proyectos escuchando y convalidando con los usuarios:</p> <p>La pertinencia de los proyectos</p> <p>Expectativas y conocimientos previos</p> <p>Contenidos y finalidades</p>	<p>Valorando la importancia de la Competencia Intercultural en la práctica de la salud.</p>

<b>ELEMENTO DE COMPETENCIA 2.-</b> Capacidad para comprender las identidades y diversidades culturales de los usuarios y los sistemas y modelos de atención a la salud.		
<b>DECLARATIVO – CONOCIMIENTOS.</b> El participante dominará:	<b>PROCEDIMENTAL – HABILIDADES</b> El participante será capaz de:	<b>ACTITUDINAL – ACTITUDES</b> El participante se comportará:
<p>Conceptos Generales de la teoría de Sistemas:</p> <p>Sistemas</p> <p>Sistemas simples</p> <p>Sistemas complejos</p> <p>Conceptos Generales de Antropología de la Salud:</p> <p>Cultura y cosmovisión en el ámbito de la salud.</p> <p>Concepto de Sistemas de Salud.</p> <p>Conceptos generales de la epistemología de la Salud</p> <p>Modelo Médico Hegemónico, alternativos y subordinados.</p> <p>Paradigmas en el campo de la salud.</p> <p>Paradigma</p> <p>Salud vs. enfermedad</p> <p>Salud intercultural</p> <p>Historia de los paradigmas en la salud</p> <p>Modelos de atención a la salud en México, fortalezas y debilidades:</p> <p>Medicina científica</p> <p>Medicina Tradicional Indígena</p> <p>Homeopatía</p> <p>Medicina tradicional China (acupuntura)</p> <p>Medicina ayurveda (naturismo).</p>	<p>Aplicar los elementos de teoría de sistemas y antropología de la salud para identificar en una visión de conjunto, el sistema de salud en el que desarrollará su práctica.</p> <p>Identificar los elementos que sustentan o cuestionan el paradigma de la medicina actual, fortaleciendo los aspectos positivos para sus intervenciones en el ámbito de la salud y la posibilidad de plantear innovaciones en los procesos de investigación en salud.</p> <p>Utilizar las herramientas y procedimientos de la metodologías de investigación cuantitativas, cualitativas y mixtas, para la investigación en fenómenos relacionados con la salud.</p>	<p>Con respeto y apertura respecto a los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional y medicinas alternativas y/o complementarias.</p> <p>Sin actitudes discriminatorias y soberbias respecto a terapeutas y usuarios de diferentes modelos médicos.</p> <p>Con una actitud proactiva en la aplicación de procedimientos resolutivos preferentemente no invasivos, en la atención de problemas y desequilibrios de la salud.</p> <p>Con la capacidad de establecer relaciones respetuosas y sinérgicas con profesionales, practicantes y usuarios de otros modelos de atención a la salud.</p>

<b>UNIDAD DE COMPETENCIA:</b> Visión Intercultural
--

<b>UNIDAD DE COMPETENCIA:</b> Convalidación de modelos y programas		
<b>ELEMENTO DE COMPETENCIA:</b> Capacidad para revisar, ajustar, validar y operar el programa con sus beneficiarios -personal directivo-operativo involucrado.		
<b>DECLARATIVO – CONOCIMIENTOS.</b> El participante dominará:	<b>PROCIDIMENTAL – HABILIDADES</b> El participante será capaz de:	<b>ACTITUDINAL – ACTITUDES</b> El participante se comportará:
El conocimiento de los componentes de una metodología de negociación intercultural.	Aplicación de mecanismos para poder presentar, analizar y validar con los usuarios-directivos y operativos involucrados, el programa en cuestión:  Registrar, documentar y sistematizar las opiniones de los usuarios-personal directivo-operativo, incorporándolo en la versión final de la propuesta o programa.  Aplicación de las metodologías de "Encuentros de Enriquecimiento Mutuo" y "Consultas Informadas" para la convalidación de programas y modelos.	Que comprenda y se comporte de acuerdo al espíritu de la siguiente máxima: Nada para la gente sin la gente" (David Werner)

<b>REQUERIMIENTOS DE ESTA UNIDAD DE COMPETENCIA</b>			
	<b>Declarativo (conocimientos)</b>	<b>Procedimental</b>	<b>Actitudinal</b>
<b>Bibliografía</b>	"Interculturalidad en Salud" Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los Servicios de Salud. México, Enero de 2008, Secretaría de Salud.	"Metodología para la realización de Encuentros de enriquecimiento mutuo" México, Enero de 2008, Secretaría de Salud. "Metodología para la realización de consultas informadas"	"Nada sobre nosotros sin nosotros" David Werner, Edit. Pax. México, 1999.  "La comunicación Intercultural" Miquel Rodrigo Alcina.
<b>Estrategia didáctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposiciones</li> <li>Lecturas comentadas</li> <li>Controles de lectura (Resúmenes escritos de las lecturas)</li> </ul>	Habilitar la capacidad de implementar la metodología de "Encuentros de Enriquecimiento Mutuo" Visitas de campo Proyección de videos: "Los Amchis: los curadores olvidados del Himalaya" "Medicina Tradicional" SSA Parto Vertical SSA "Campaña por la Diversidad cultural" Revisión de casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital en Turecuaro Michoacán</li> <li>Escuela de parteras (Oax.)</li> <li>Premio Nacional de Calidad, Hospital Cuetzalan.</li> <li>Proyectos Interculturales en San Luis Potosí.</li> </ul>	Dinámicas: "La escucha" "Unos arriba y otros abajo" "Los diminutivos" Presentaciones en PP: Tengo miedo Educación intercultural
<b>Actividades prioritarias</b>	Revisar y modificar la misión y visión de la institución académica, incorporando la pertinencia de la participación social	Lectura de bibliografía de metodologías de investigación acción participativa	
<b>Material y Equipo</b>	Cañón, computadora, bibliografía básica.		
<b>Escenario educativo</b>	Aula	Comunidades	Aula
<b>Duración</b>	2 horas durante 5 días= 10 Hrs.	2 horas durante 5 días=10 Hrs.	2 horas durante 5 días= 10 hrs.

<b>Perfil del Docente</b>	Personal con formación en Antropología, psicología, comunicación, pedagogía y ciencias de la salud con enfoque en la salud y la educación Intercultural.		
<b>Forma de evaluarla</b>	Conocimientos: Resumen escrito de las lecturas.	Procedimental: Ensayo: Incorporación del proceso de escucha e interacción intercultural en la operación de las actividades donde participe el interesado, derivadas de los objetivos definidos de una práctica.	Actitudinal: Indagación y presentación de un estudio de caso donde existen divergencias ocasionadas por problemas de comunicación y que se resolvieron mediante actitudes de escucha.
<b>Específico para convalidación</b>			
<b>Forma de evaluarla</b>	Conocimientos: Descripción de las metodologías oral y escrita.	Procedimental: Programa adecuado con la validación de los involucrados.	Actitudinal: Reporte de un observador de las acciones de convalidación. (Evaluación cruzada)

ANEXO 3. CRITERIOS DE INTERCULTURALIDAD Y TIPOLOGÍA DE UNIDADES DONDE APLICAN LOS CRITERIOS DE INTERCULTURALIDAD.

**Criterios de Interculturalidad y tipología de unidades donde aplican los criterios de interculturalidad:**

Contenidos interculturales en el formato de autoevaluación para la acreditación de establecimientos de 1er. nivel (Sistema de protección social en salud)		
Área de verificación	Concepto	Criterio
Interculturalidad	Recursos humano con competencia intercultural y de género.	Verificar en la localidad: 1. Existencia de al menos una persona por turno del equipo de salud con conocimiento bilingüe 2. Constancia de adscripción al establecimiento. 3. El 60% del personal debe contar con una constancia de capacitación en interculturalidad y/o género de mínimo 8 hrs. presencial y/o vía internet expedido por alguna dependencia competente.
	Lineamientos de trato intercultural.	Verificar: 1. Existencia documental de los lineamientos de interculturalidad. 2. Difusión y conocimiento al personal de salud de los lineamientos. Presencia de cartel con los lineamientos de interculturalidad.
	Comités de salud.	Verificar: 1. Existencia documental de los lineamientos de interculturalidad. 2. El comité difunde los programas prioritarios en la lengua predominante. 3. Documentación de estrategias para la difusión de programas prioritarios con los elementos culturales de la región.
Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Acreditación de establecimientos públicos para la prestación de seervicio de salud. Formato: Unidades de primer nivel, 1012.		

**Contenidos y criterios de las cédulas de autoevaluación de Unidades de 2° Nivel.**

Interculturalidad	Recursos humanos con competencia intercultural y de género.	Verificar en la Unidad de salud: 1. Existencia de al menos una persona por turno del equipo de salud con conocimiento bilingüe. 2. Constancia de adscripción al establecimiento. 3. El 60% del personal debe contar con una constancia de capacitación en interculturalidad y/o género de mínimo 8 hrs. presencial y/o vía internet expedido por alguna dependencia competente.
	Lineamientos de trato de intercultural.	Verificar: 1. Existencia documental de los lineamientos de interculturalidad. 2. Difusión y conocimiento al personal de salud de los lineamientos. 3. Presencia de cartel con los lineamientos de interculturalidad.

ANEXO 4. EJEMPLOS DE CARTAS DESCRIPTIVAS ELABORADAS POR LOS ENLACES ESTATALES.



SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD  
PROGRAMA DE SALUD Y NUTRICIÓN PARA PUEBLOS INDÍGENAS  
CURSO DE INTERCULTURALIDAD EN SALUD

NOMBRE DEL CURSO: INTERCULTURALIDAD EN SALUD

DIRIGIDO PERSONAL INSTITUCIONAL QUE ATIENDE LOCALIDADES INDÍGENAS  
DURACIÓN: 16 HORAS  
NOMBRE DE LA UNIDAD: JURISDICCIÓN Nº 5

TIPO DE EVENTO: CURSO-TALLER

RESPONSABLE: PROSANT

FECHA: 10 Y 11 DE OCTUBRE DE 2013.

OBJETIVO GENERAL: QUE EL PERSONAL OPERATIVO ADQUIERA LA NOCIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD PARA APLICARLA EN SU PRÁCTICA DIARIA.

SEDE: HOTEL PIE DE LA SIERRA, URUAPAN.

HORA	TEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	RESPONSABLE
09:00 A 09:30	REGISTRO			COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA
09:30 A 9:45	INAUGURACION			DR. JOSE ARTURO MENDEZ RUIZ
09:45 A 11:00	INTERCULTURALIDAD EN SALUD	QUE EL PERSONAL DE SALUD ENTienda LA IMPORTANCIA DE INTEGRAR EL CONCEPTO DE INTERCULTURALIDAD EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS CON POBLACION INDIGENA.	EXPOSITIVA	DR. MAXIMINO EFRAIN PINEDA CORTES
11:00 A 11:30	RECESO			
11:30 A 13:00	PLURICULTURALIDAD Y CONSIMOSION	QUE LOS ASISTENTES AL CURSO RECONOZCAN QUE EXISTAN DIFERENTES CONCEPCIONES DEL UNIVERSO	EXPOSITIVA	DRA. IRELI GARCIA ALBOR
13:00 A 14:30	MODELOS DE ATENCION MEDICA	QUE LOS ASISTENTES DEL CURSO CONOZCAN LA EXISTENCIA DE LOS DIVERSOS MODELOS DE ATENCION MEDICA QUE EXISTEN EN NUESTRA SOCIEDAD.	EXPOSITIVA	DRA. IRELI GARCIA ALBOR

14:30-16:00	COMIDA			
16:00-18:00	LOS TRATAMIENTOS POPULARES Y EL PERSONAL DE SALUD IMPORTANCIA DE LA HERBOLARIA	QUE RECONOZCA LA IMPORTANCIA DEL USO DE MEDICAMENTOS POPULARES EN EL MANEJO DE LAS ENFERMEDADES FRECUENTES.	EXPOSITIVA	L. P. S. P. S. BRUSEIDA TOLEDO MALDONADO

HORARIO	TEMA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICAS DIDÁCTICAS	RESPONSABLES
9:00 A 9:30	REGISTRO			
9:30 A 11:00	PROCESOS BIOCULTURALES EN MEXICO, EMBARAZO PARTO PUERPERIO, SEXUALIDAD Y MUERTE	QUE SE IDENTIFIQUEN LAS PARTICULARIDADES EN CONCEPTOS Y MANEJO DE CADA UNA DE LAS ENFERMEDADES EN CADA CONTEXTO CULTURAL.	EXPOSITIVA	DRA. IRELI GARCIA ALBOR
11:00 A 11:30	RECESO			
11:30 A 14:00	INTERCULTURALIDAD Y SALUD MENTAL	QUE LOS PARTICIPANTES RECONOZCAN QUE HAY ENFERMEDADES MENTALES QUE TIENEN SUS ORIGENES EN LAS CARACTERÍSTICAS CULTURALES.	EXPOSITIVA	L.P. LAURA AGUILAR MELCHOR
14:00 A 15:00	COMIDA			
15:00 A 17:45	INTERCULTURALIDAD EN LA RELACION PERSONAL MEDICO-PACIENTE Y BIOTICA	QUE RECONOZCA LA IMPORTANCIA DE UNA RELACION MEDICO-PACIENTE DONDE IMPERE EL RESPETO MUTUO.	EXPOSITIVA	DR. VICTOR HUGO CASTAÑEDA BARAJAS.
17:45 A 18:00	CLAUSURA			