

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Especialidad en Salud Pública y Medicina Preventiva

Generación 2013-2016

**LA EXPERIENCIA DE LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE
ATENCIÓN INTEGRAL PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES EN UN CONTEXTO DE INTERCULTURALIDAD EN
EL MUNICIPIO DE ACAMBAY, ESTADO DE MÉXICO**

**Tesis para obtener el grado de Especialista en Salud Pública y Medicina
Preventiva**

Sandrín Rivera Hernández

Comité de Tesis

Director: Dr. Leif Korsbaek

Asesora: Dra. Betania Allen Leigh

Tercer lector: Dr. Mariano Humberto Villalobos Villagra

México D. F. marzo 2016

DEDICATORIA

Para Teté, en su presencia, porque siempre ha sido quien me cobija con su cariño y apoyo para seguir adelante en cada proyecto, en cada acierto, en cada tropiezo.
¡Nunca te vayas!

Para mi hermana porque con su ejemplo me ha puesto metas cada vez más grandes y mejores, te admiro y te quiero un chorro.

Para Manolo, mi compañero de baile, de viajes y de vida, porque de la mano vamos construyendo el futuro.

Para Pafai, en su ausencia, porque con su tenacidad y ternura me enseñó a no rendirme ante lo adverso, y a ver lo hermoso.

Para Marce, por adoptarme y estar siempre.

Para Gabb, Gaviota y Ana por las complicidades de este trayecto compartido.

Para Malinowski y Cedric, mis gathijos, que llenan de amor cada regreso a casa.

AGRADECIMIENTOS

Toda la gratitud a los doctores Leif Kosbaek, Betania Allen y Humberto Villalobos, por su paciencia, apoyo, comentarios que hicieron posible el dar buen término a este ciclo, para dar paso a otros nuevos.

A Karlita, Viri, Tania, familia y amigos, por su apoyo en el tránsito de estos años, acompañarme en tanto, por siempre estar ahí.

Al Instituto Nacional de Salud Pública y la Coordinación de la Especialidad en Salud Pública y Medicina Preventiva, gracias por acogerme tres años de formación, que fueron arduos y muy valiosos.

A los compañeros de especialidad, con quienes compartí generación, con los que tuve la suerte de convivir y trabajar. Gracias por sus consejos y ejemplos que se quedan conmigo.

A todos los profesores, tutores e involucrados en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, el Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, la Dirección General de Promoción de la Salud, la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel del IMSS, y el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, gracias por las lecciones aprendidas, el tiempo y esfuerzo. Y las amistades que conservo con cariño.

Al equipo Cuba-Acambay: Manolo, Julio, Martín, Paty, Israel, etc., por compartir los días de frío y lluvia, las caminatas bajo el sol, las muchas tazas de café... ahora es su turno.

A la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco, la Coordinación Médica Acambay; a médicos y pacientes de los Centros de Salud “Pueblo Nuevo”, “Dongu” y “Acambay”, por todas las facilidades en la elaboración de esta tesis.

A la Maestra Margarita Torrijos, Iveth y Toño, por brindarme su casa, cuidados y amistad.

RESUMEN

Introducción: La salud es un derecho humano. Sin embargo, tanto la salud como la enfermedad son construcciones sociales. Cada sociedad define las nociones y prácticas sobre ellas, les dan sentido e inclusive determinan la experiencia corporal del padecer.

México es un país plural, que se sustenta en la diversidad de pueblos indígenas y originarios, quienes bajo cosmovisiones particulares distintivas conciben la enfermedad, y cuentan con sus propias prácticas curativas. Al mismo tiempo son receptores de servicios de salud estatales institucionalizados, que brindan atención a nivel nacional.

Los espacios donde confluyen la población indígena y los servicios de salud otorgados por el Estado, dan lugar a relaciones interculturales donde, si bien bajo circunstancias específicas pueden incorporar adecuaciones culturales, la práctica biomédica institucionalizada ha representado históricamente una barrera de comunicación entre pacientes provenientes de poblaciones indígenas, así como el personal de salud con formación biomédica occidental.

Estos encuentros o desencuentros interculturales tienen repercusiones en los pacientes, en la percepción de la enfermedad, su experiencia corporal, control de sus padecimientos. Abonan a las brechas en salud que sufre la población indígena en nuestro país, sobre todo cuando la necesidad de atención es continua y por tiempo prolongado, como lo es la atención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Las ECNT son un tema prioritario en nuestro país y de gran interés para la Salud Pública. Por lo que su atención en el contexto de interculturalidad del Municipio de Acambay, Estado de México, representa un área de oportunidad para conocer el ejercicio del derecho a la salud en la población indígena, a partir de un abordaje cualitativo.

Objetivos: analizar la experiencia de pacientes y personal médico en la implementación de programas de salud de Diabetes Mellitus en el contexto de

interculturalidad del Municipio de Acambay, Estado de México, a través de la descripción de éste contexto, las condiciones de la prestación de servicios y el análisis de la experiencia de la implementación de programas de salud de Diabetes Mellitus en pacientes y personal médico. A partir de ello generar propuestas encaminadas a mejorar las condiciones de salud de la población indígena otomí en el Municipio de Acambay.

Metodología: se trata de un estudio cualitativo que utiliza como herramientas la entrevista semiestructurada y la etnografía. Las entrevistas semiestructuradas se aplicaron a 5 pacientes y 5 médicos de 3 centros de salud distintos elegidos por conveniencia, en donde se atiende a población indígena en el Municipio de Acambay. Las entrevistas fueron transcritas y ordenadas en 5 categorías generales que dan respuesta a los objetivos de éste trabajo.

Resultados: se encontró que los pacientes originarios de localidades indígenas acuden a los servicios de salud convocados por los programas sociales operantes como Oportunidades, ahora Prospera. Sus diagnósticos no fueron tempranos, no pueden seguir las indicaciones médicas por falta de recursos y prácticas culturales. Atribuyen su enfermedad a situaciones emocionales críticas, en la actualidad refieren acudir poco a otro tipo de prácticas curativas. En contraste los médicos que atienden a ésta población no cuenta con capacitación que le permita adecuar la prestación de servicios al contexto cultural. Estos médicos identifican como barreras para el adecuado control metabólico el idioma, la pobreza, la falta de entendimiento y aspectos culturales de la población.

Conclusión: el ejercicio del derecho a la salud en le población indígena de Acambay es limitado. Esto debido a la falta de recursos económicos de la población, a que permanecen en condiciones de marginalidad social, al igual que por la falta de adecuación cultural en la prestación de servicios de salud. Las políticas públicas, en este caso la de salud, están planteadas desde una visión hegemónica sin incorporar la participación de la comunidad.

Palabras clave: *experiencia de la atención, experiencia de la enfermedad, diabetes mellitus, población indígena, Acambay*

ÍNDICE DE CONTENIDO

Página

I. Introducción _____	6
II. Interculturalidad y salud _____	9
III. Marco Jurídico: el derecho a la salud en la población indígena _____	11
IV. Situación de la población indígena en México _____	14
V. Salud y población indígena _____	19
VI. Planteamiento del problema, objetivos e hipótesis _____	25
VII. Materiales y métodos _____	28
VIII. Resultados _____	32
IX. Discusión _____	73
X. Conclusiones _____	77
XI. Recomendaciones _____	78
XII. Bibliografía _____	79
XIII. Anexos _____	83

I. Introducción

Una sociedad homogénea no existe. Cada sociedad está compuesta por grupos que conviven, que comparten el espacio, coexistiendo, pero con particularidades propias. Los grupos pueden delimitarse por condiciones económicas, culturales, creencias, espacios de convivencia, etc., cada uno con características que los sujetos identifican, y por alguna afinidad se adscriben. Cada grupo social genera sus propias necesidades, elabora las explicaciones que les dan sentido, actúa para satisfacerlas en cualquier ámbito, como es el caso de la salud y la enfermedad.

La salud es un “proceso dinámico construido en un contexto histórico y sociocultural que permite al individuo desarrollar sus capacidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales para realizarse placenteramente en armonía con el colectivo y su medio ambiente”¹. Por otro lado, la enfermedad también es un proceso construido de forma social, a partir del cual se han desarrollado creencias y prácticas que han perfilado el surgimiento de modelos explicativos diversos, formales e informales, destrezas profesionales o técnicas, instituciones, legitimados o no, como forma de respuesta para resolver la enfermedad cuando ésta se considera un problema.

De forma que cada sociedad, cada grupo, lo mismo urbano que rural, pueblos indígenas, grupos religiosos, comunidades aisladas, etc.; ha creado prácticas curativas, ya sea tradicionales, caseras, o institucionalizadas, que resuelven necesidades relacionadas con la salud y también con la enfermedad.

Desde 1948 la Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce a la Salud como un Derecho Humano, lo cual es ratificado en 1966; se le define como “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia”. Esta premisa se aplica en los estados miembros de las Naciones Unidas, a todos los individuos sin exclusión.

¹ Concepto elaborado por los Residentes de Salud Pública y Medicina Preventiva.

Sin embargo, el cuidado de la salud y atención a la enfermedad de los pueblos indígenas son áreas en constante rezago, en comparación con los entornos urbanos modernos. El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF, 2015). refiere que en América Latina existen actualmente 522 etnias indígenas, Brasil encabeza la lista con 241 etnias con 734 127 habitantes, le siguen Colombia con 83 etnias con 1 392 623 habitantes, México con 67 etnias con 9 504 184 habitantes y Perú con 43 etnias con 3 919 314 habitantes.

México cuenta con el mayor número de habitantes pertenecientes a pueblos indígenas, es decir, es un ejemplo de país multicultural y plural², en donde existen grandes brechas en el cuidado de su salud y la atención a la enfermedad. Existe un vacío de conocimiento sobre la noción y ejercicio del derecho a la salud en las comunidades indígenas, incluyendo la implementación de programas de salud y el uso de servicios de salud a los que tiene acceso esta población; tomando en consideración que en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, suscrito en 1989, ratificado en 1990, nuestro país se compromete a que:

“los pueblos indígenas y tribales gocen plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación [...], reconociendo y protegiendo los valores y prácticas sociales, culturales, religiosas y espirituales propios de dichos pueblos, [...] respetando la integridad de los valores, prácticas e instituciones de los pueblos [y] adoptando con la participación y cooperación de los pueblos interesados medidas encaminadas a allanar las dificultades que experimenten dichos pueblos al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo” (CDI, 1990: 6).

Es decir, en México existe el compromiso por tomar en cuenta los sistemas de derecho de los grupos étnicos en sus territorios, lo que contempla también el ámbito de la salud.

² El término “plural” se aborda bajo el concepto retomado por Leif Korsbaek en “La sociedad plural y el pluralismo jurídico” donde define a las sociedades plurales como “las que contienen múltiples poblaciones étnicas dentro de una economía compartida y un orden político centralizado dominado por uno de los grupos”

Por otro lado, en todo el mundo las enfermedades crónicas no transmisibles representan un grave problema de salud pública. La categoría está compuesta por sobrepeso, obesidad, factores de riesgo cardiovascular³ y diabetes. Este grupo de patologías genera grandes costos a los sistemas de salud, se encuentran dentro de las primeras causas de mortalidad e incapacidad, además de que generan una demanda de servicios continua, lo que significa un contacto repetido y por largo tiempo entre usuarios, prestadores de servicio y programas de salud enfocados a la atención de lo que se considera dentro del modelo médico hegemónico como enfermedades, representando un espacio, según Eduardo Menéndez a decir de Lerin “de relaciones contradictorias de complementación y de conflicto” (Lerin Piñón, 2004, pág. 113).

³ De acuerdo a la Guía d Referencia Rápida para la Detección y Estratificación de Factores de Riesgo Cardiovascular (Salud, 2010: 2), el término riesgo cardiovascular se refiere “a la probabilidad de un evento clínico (muerte cardiovascular) que le ocurre a una persona en un periodo de tiempo determinado (10 años)”, y los factores de riesgo son “las características que posee el individuo que se asocian de forma estadística con la prevalencia de la enfermedad coronaria, o con la tasa de acontecimientos de la misma”, y entre ellos se encuentran: hipercolesterolemia, hipertensión, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, además de la edad y el sexo.

II. Interculturalidad y salud

La cultura es “aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridas por el hombre en cuanto miembro de la sociedad” (Tylor, 1975, pág. 29).

Esta definición clásica de cultura permite visualizar que la cultura es un todo, sin embargo, dentro de las sociedades modernas no existe la uniformidad cultural. Distintas culturas determinadas por su devenir histórico comparten el espacio, conviven, intercambian saberes y nociones, en un proceso dinámico de comunicación y reelaboración constante. De ésta forma las sociedades modernas pueden considerarse pluriculturales, entendiendo a la pluriculturalidad (y multiculturalidad) como las situaciones en donde “actúan, entran en contacto, armonizan o divergen individuos o grupos sociales de culturas distintas” (Zolla & Zolla Marquez, Los pueblos indígenas de México. 100 preguntas., 2004).

La pluriculturalidad, da lugar a la interculturalidad, la cual es definida como la “interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades” y representa “la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad” (OPS, 2008, pág. 11).

Sin embargo, en la actualidad en muchos espacios el término cultura tiene connotaciones de identidad y territoriales que genera el distanciamiento entre grupos y actores sociales, un ejemplo de ello es el campo de la salud. El ámbito médico que nace dentro de la hegemonía de la medicina “oficial”, tradicionalmente se ha desarrollado como un campo de desigualdad debido a procesos históricos, políticos y económicos. El distanciamiento generado entre médicos (y personal de salud) y los receptores de los servicios de salud, han provocado, sumados con otros factores tales como los determinantes sociales, grandes brechas en la salud de forma diferenciada para distintos grupos y contextos.

Para explicar la “relación de dominación / subalternidad que genera la biomedicina con otros sistemas médicos” (Martínez Henández, 2011, pág. 167), Eduardo Menéndez⁴ ha planteado desde hace varias décadas la noción de Modelo Médico Hegemónico el cual define como el “conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha logrado establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez, 1988, pág. 452).

El mismo autor menciona que los rasgos de éste modelo son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación de la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico.

Bajo la complejidad que conlleva la prestación de servicios en el sistema de salud mexicano, se ha planteado la idea de medicina intercultural, que aunque parece contradictorio se refiere a las “prácticas y procesos racionales que se establecen entre el personal de salud y los pacientes, donde ambos pertenecen a culturas diferentes y donde se requiere de un entendimiento recíproco para que los resultados del contacto sean satisfactorios para las dos partes” (Duarte Gómez, Brachet Márquez, Campos Navarro, & Nigenda, 2004, pág. 389).

⁴ Antropólogo y salubrista argentino.

III. Marco Jurídico

La Salud es un Derecho Humano, lo que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud “significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible” (OMS, 2015).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (HCU, 2015, pág. 2) indica, en su artículo 2º que la Nación Mexicana “tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas”. En el artículo 4to, ésta misma legislación afirma que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, dentro de sus 5 metas nacionales contempla: “Fortaleza institucional para un México en Paz, Desarrollo social para un México incluyente, Capital humano para un México con Educación de Calidad, Igualdad de Oportunidades para un México próspero, y Proyección internacional para un México con responsabilidad global”. En donde en la primera meta, “Un México en Paz”, afirma que la actual administración “busca fortalecer las instituciones mediante el diálogo y la construcción de acuerdos con actores políticos y sociales, la formación de ciudadanía y corresponsabilidad social, el respeto y la protección de los derechos humanos, la erradicación de la violencia de género, el combate a la corrupción y el fomento de una mayor rendición de cuentas, todo ello orientado a la consolidación de una democracia plena”.

En la segunda meta, “Un México Incluyente” afirma que “pondrá especial énfasis en promover una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud de todos los mexicanos (...)” y reconoce que en México “hay 68 pueblos indígenas cuyas comunidades tienen rasgos culturales comunes como el uso de lenguas originarias y formas propias de organización” y que “los esfuerzos dirigidos a atender las carencias de dichas poblaciones en ocasiones han resultado ser poco efectivos debido a las barreras culturales y lingüísticas, además de una acción pública que no ha sido culturalmente pertinente”, por lo que se debe concebir una política adecuada “concebida desde la interculturalidad (...) en la que se escuchen las necesidades de la población” (SEGOB, 2013).

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en su meta 2: asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, en la estrategia 2.1: avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral, indica que entre sus acciones está el “adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población” (SSA, 2013: 17 p.).

La Ley General de Salud en su artículo 6º, indica que uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud es “proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos...” (HCU, 2010: 4 p.). En el Manual de Organización General de la Secretaría de Salud se establece que la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud debe: “proponer e instrumentar el diseño, desarrollo y validación de los modelos de atención a la salud en correspondencia con las necesidades y características culturales de la población, apoyando que su evaluación se realice a través de la visión de la cultura donde se practique; diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud; y determinar innovaciones para los servicios de salud con sensibilidad intercultural, así como las estrategias de sensibilización de los proveedores de servicios de salud con respecto a la interculturalidad⁵, en un marco de equidad” (DOF, 2012: 94 p.).

Sin embargo, la protección a la salud se realiza principalmente con un enfoque generalizador y hegemónico. Aunque se han implementado programas de integración de lo distinto, ya sea de indígenas, grupos urbanos o población vulnerable, la atención a la pluralidad no es una realidad, tampoco la atención para la salud a toda la población⁶.

⁵ Para incorporar un punto de reflexión sobre las consideraciones hacia los pueblos indígenas, el antropólogo Sergio Ricco Monge afirma que ha habido tres etapas en el tratamiento étnico: “la exclusión , la incorporación y la integración”, que han sido políticas inconclusas y abandonadas, y que la interculturalidad no es más que la “exclusión modernizante” (Ricco Monge, 2004: 11p).

⁶ Los programas de salud dirigidos a la población indígena forman parte del enfoque indigenista institucionalizado, de “etnia y clase” (Korsbaek y Sámano, 2007)

Carlos Zolla (2013) menciona que el Sistema Nacional de Salud en México es una respuesta organizada del Estado para atender la salud de los mexicanos. Este sistema de atención está basado en datos epidemiológicos que responden a clasificaciones internacionales de entidades nosológicas (CIE 10); se espera que cada sujeto atendido obtenga un diagnóstico que pertenezca a algún ítem de esa clasificación biomédica. También se espera que los tratamientos probados de forma rigurosa bajo el método científico, ya sean medidas generales como la alimentación, hábitos higiénicos, estilos de vida, etc., y/o medicamentos, cambien el curso de la patología. Se conceptualiza a todos sujetos bajo el término “paciente” o “usuario”, generalizando sus motivos de consulta, sin considerar diferencias personales y culturales. Zolla menciona que existe la inclusión en la estandarización y no en la diferencia. Estandarización en la derechohabencia, en el diagnóstico, en el tratamiento, en el pronóstico, en las concepciones de enfermedad y su atención.

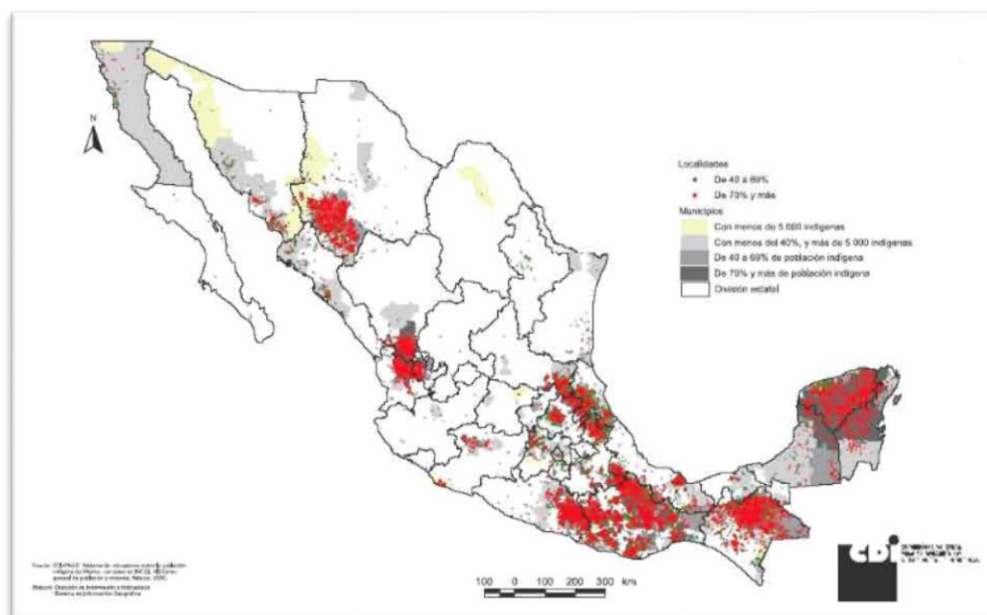
Esta inclusión en la estandarización, parte del escaso reconocimiento de lo distinto o diverso, lo que conlleva a la discriminación sistemática que ha derivado en grandes desventajas políticas y sociales, en este caso, de los pueblos indígenas. La desigualdad hacia esta población se expresa en la falta de reconocimiento de sus prácticas culturales. En términos económicos “tradicionalmente los pueblos indígenas han sido los grupos que han padecido las mayores disparidades sociales en México” (CONEVAL, 2010: 59 p.).

IV. Situación de la población indígena en México

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas en México (CDI) considera indígena “a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, es decir, aquel en el que el jefe o la jefa, su cónyuge o alguno de los ascendientes habla una lengua indígena, (...) incluye también a personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de éstos hogares” (CONEVAL, La Pobreza en la Población Indígena de México, 2012, pág. 8). El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, refiere que existen 662 municipios indígenas, de los cuales 589 se localizan en las áreas de atención prioritaria para el desarrollo social, representando el 47% del total de éstas zonas prioritarias (CONEVAL, La pobreza por ingresos en México, 2010).

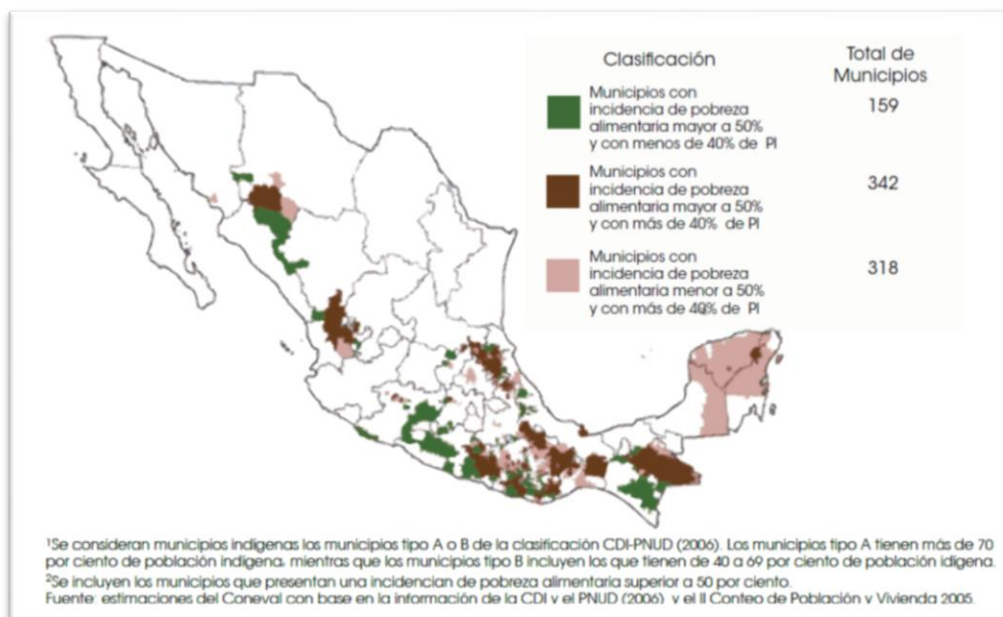
En los siguientes mapas se puede contrastar la ubicación de los municipios indígenas reportados por la CDI, con los municipios con población indígena y pobreza alimentaria considerados por CONEVAL:

Ilustración 1. Localidades con 40% y más de población indígena y tipo de municipios, México, 2000



Fuente: imagen tomada de (CDI C. N., 2000, pág. 11)

Ilustración 2. Municipios indígenas ⁽¹⁾ y pobreza alimentaria ⁽²⁾, México, 2005.

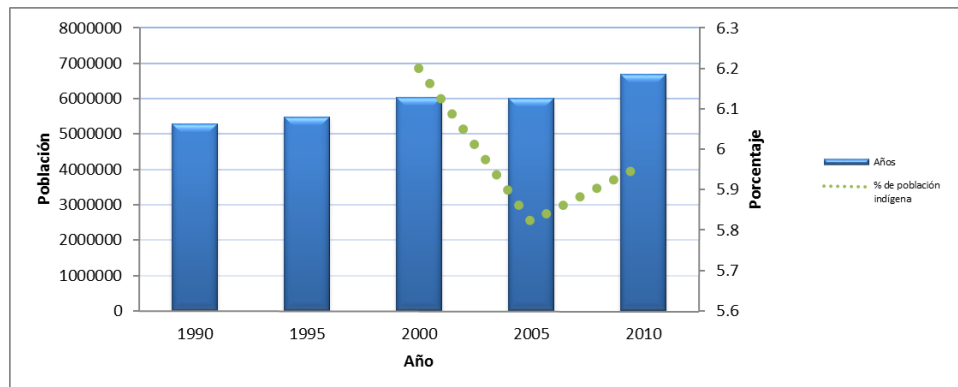


Fuente: imagen tomada de de (CONEVAL, La pobreza por ingresos en México, 2010, pág. 61)

De acuerdo al CONEVAL para el 2012 “el porcentaje de la población hablante de lengua indígena que se encontraba en pobreza casi duplicaba al de la población no hablante, y el de población en pobreza extrema fue casi cinco veces mayor” (CONEVAL, La Pobreza en la Población Indígena en México, 2012: 12 p.).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2011), afirma que para entonces el país tenía una población total de 101 808 216 habitantes mayores de 5 años (112 336 538 habitantes en total), de ella 6 695 228 habitantes mayores a 5 años hablantes de lengua indígena (11 132 562 habitantes en total), lo que representa en población mayor de 5 años el 6.6% y en población total el 9.9%. Ésta población ha tenido el siguiente comportamiento desde el 1995 al 2010:

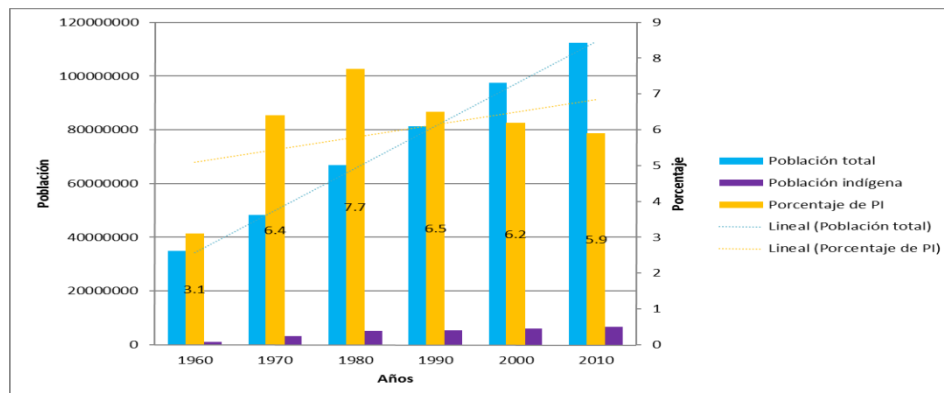
Gráfica 1. Población mayor de 5 años hablante de lengua indígena y porcentaje de población indígena total en México, 1990-2010



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (2014)

Haciendo un análisis más específico de la población hablante de lengua indígena en el país desde 1960, de acuerdo a los datos proporcionados por Molina Sánchez (2012), se puede elaborar la siguiente gráfica:

Gráfica 2. Comportamiento de la población mayor de 5 años hablante de lengua indígena, México 1960-2010

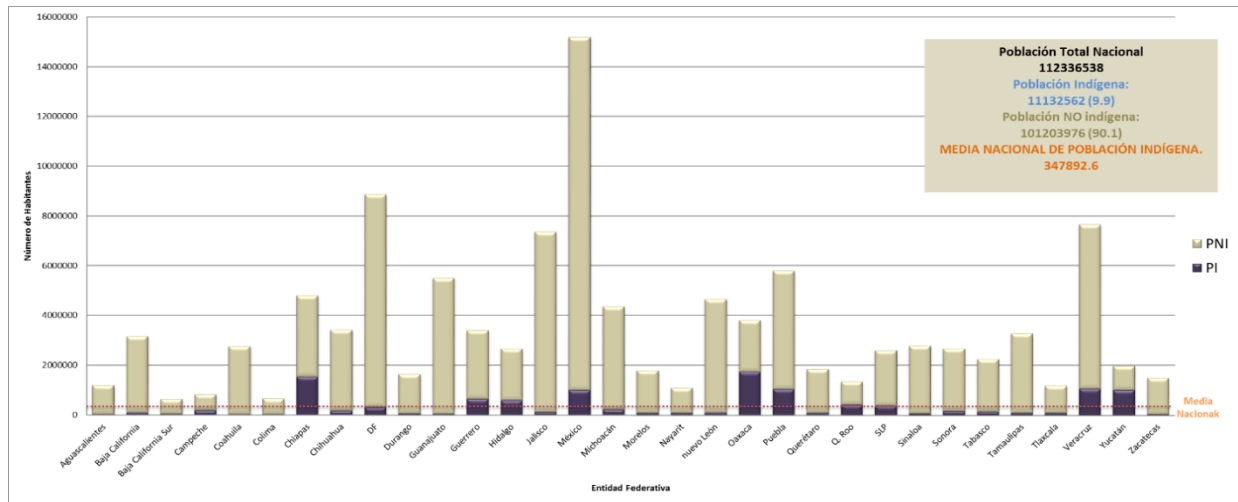


Fuente: elaboración propia con datos de (Molina Sánchez, 2012)

En esta gráfica se observa que la población general total ha tenido un crecimiento más acelerado que la población hablante de lengua indígena; lo que se hace más evidente con el porcentaje de población indígena, lo cual puede deberse a fenómenos de migración, aculturación, subregistro, etc. La variación entre las cifras presentadas hasta este momento por diversos autores tiene una gran diferencia debido a los criterios utilizados en la caracterización de la PI, y en la inclusión de población menor a 5 años hablante de lengua indígena.

De acuerdo a la CDI, la población indígena se distribuye por entidad federativa de la siguiente forma:

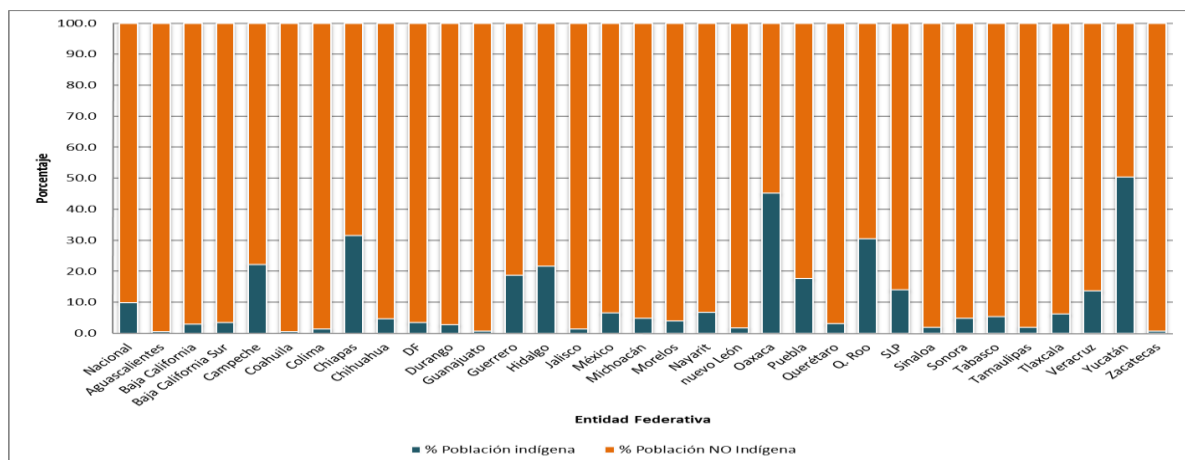
Gráfica 3. Población indígena y población no indígena por entidad federativa, México 2010.



Fuente: elaboración propia con datos de INEGI y CDI, 2010

Los estados con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena, por encima de la media nacional, son Campeche (22.1%), Chiapas (31.5%), Guerrero (18.8%), Hidalgo (21.6%) Oaxaca (45.2%), Puebla (17.6%), Quintana Roo (30.5), San Luis Potosí (14%), Veracruz (13.6%) y Yucatán (50.4%); el Estado de México, para 2010, tenía el 6.5%. Esto se puede observar en la siguiente gráfica:

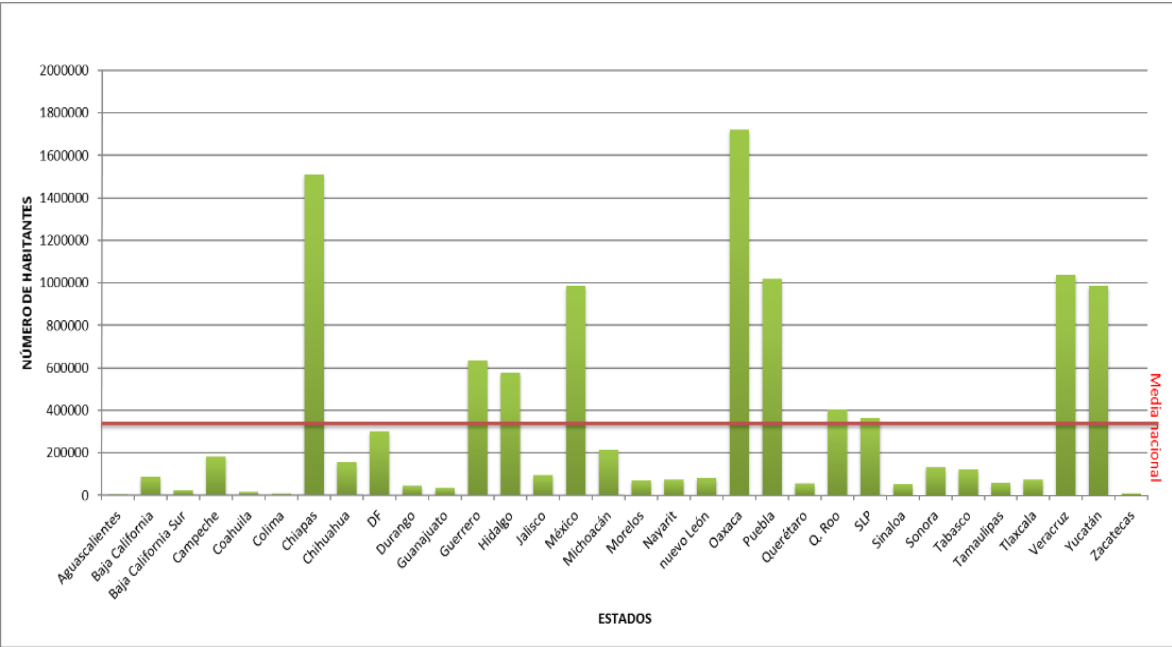
Gráfica 4. Proporción de PI y PNI por entidad federativa, México 2010.



Fuente: elaboración propia con datos de INEGI, 2010

Sin embargo, en números absolutos, los estados con mayor cantidad de población indígena son Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán

Gráfica 5. Distribución de la población indígena por entidad federativa, México 2010.



Fuente: elaboración propia con datos de INEGI, 2010

V. Salud y población indígena

En el ámbito de la salud el reconocimiento de lo diverso prácticamente se limita al acto médico, al momento en el que hay un encuentro entre el personal de salud y quien solicita la atención. Un espacio donde se lleva a cabo un claro ejemplo de relación intercultural, donde quienes prestan su servicio en el Sistema de Salud han sido formados dentro del contexto de hegemonía.

Roberto Campos, afirma que los médicos tanto de pregrado como especialistas, acuden a comunidades, principalmente indígenas, sin saber su historia, cosmovisión, hábitos, formas de solidaridad, etcétera., ni sus “derechos constitucionales como colectividad socioculturalmente diferenciada” (Campos Navarro, 2003), lo que habla de un adiestramiento insuficiente, una ética cuestionable y una formación de profesionales que no responde a las características de la nación.

Estos desencuentros tienen un impacto epidemiológico, pero también social, al encontrar diferencias en la percepción de riesgos, apego al tratamiento, cambios de estilos de vida, etc., derivados del desinterés hacia la diversidad cultural y la desigualdad socioeconómica. Así se crea el perfil sociodemográfico de las poblaciones indígenas en México, que se caracteriza por tres rasgos principales: pobreza extrema, bajo acceso a educación básica y analfabetismo a lo que se agrega un perfil de salud característico.

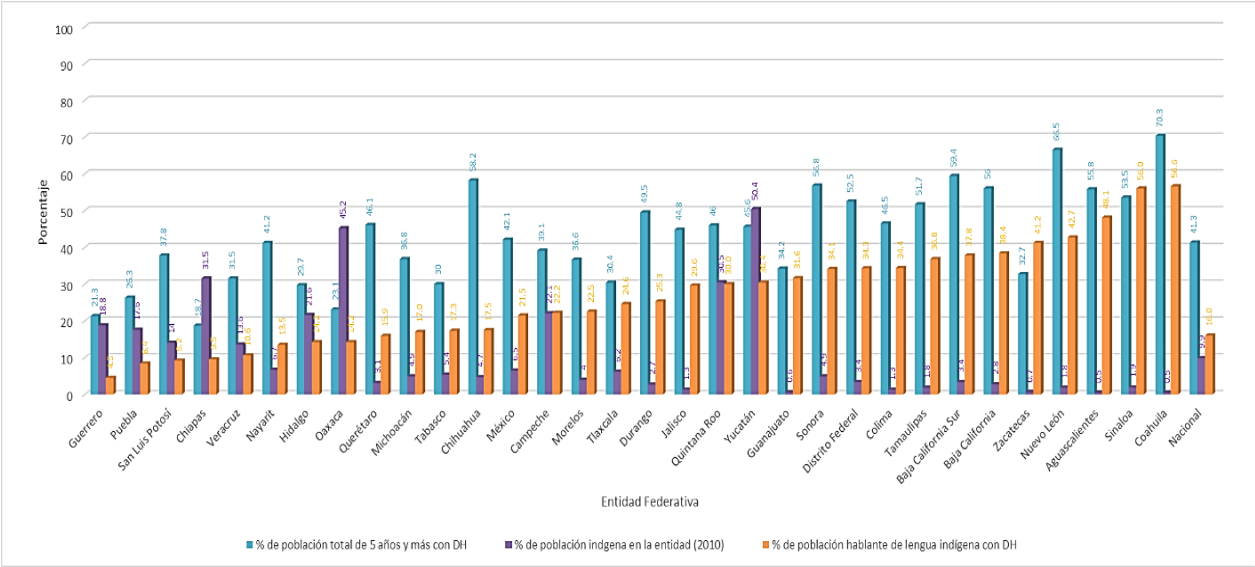
a. Panorama epidemiológico de la población indígena en México

El programa Sectorial de Salud 2013-2018 menciona que “La salud es una condición elemental para el bienestar de las personas; además forma parte del capital humano para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida” (SSA, 2013, pág. 4), y reconoce las desigualdades e inequidades hacia la población indígena.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en el documento *La Población Indígena en México* (INEGI, 2004) muestra la derechohabiencia a los servicios de salud de los pueblos indígenas, que es un indicador que señala la

vulnerabilidad de la población indígena y las condiciones en que vive. Esta gráfica expresa que la población general mayor de 5 años tiene un porcentaje de derechohabencia del 41.3, mientras que en la población indígena este porcentaje es de 16.1.

Gráfica 6. Porcentaje de población de 5 años y más, y población indígena con derechohabencia a servicios de salud por entidad federativa, México 2000.



Fuente: elaboración propia con datos de “La población indígena en México”, INEGI 2004; y México en Cifras, INEGI 2010

En esta gráfica se puede observar que la población hablante de lengua indígena tiene menor acceso a los servicios de salud que la población general mayor de 5 años, lo cual es más visible cuando se observa el porcentaje de población indígena en la entidad, principalmente en los estados de Guerrero, Chiapas y Oaxaca. La entidad federativa que tiene mayor porcentaje de población hablante de lengua indígena con derechohabencia a los servicios de salud es Coahuila con 56.6%, seguida por Sinaloa con 56%, entidades con 0.5 y 1.9% de población indígena, de acuerdo a datos de 2010. Mientras que la entidad federativa con menor derechohabencia de este sector de la población es Guerrero con 4.5%, seguida por Puebla con 8.4%, entidades que contrastantemente cuentan con importante presencia de población indígena, con 18.8 y 17.6% respectivamente. El porcentaje nacional de derechohabencia de población hablante de lengua

indígena es de 16% y para población general mayor de 5 años de 41.3%, siendo que el porcentaje de población indígena total oscila entre 9.9% a 14.9% de acuerdo a la fuente que se consulte.

Con este dato sobre desigualdad, es de esperarse que el perfil de salud de los pueblos indígenas sea distinto al perfil nacional de México. Un ejemplo es la tasa de mortalidad, que es uno de los indicadores sociodemográficos más sensibles que refleja la desigualdad social. En el mismo documento, el INEGI refiere que el porcentaje de hijos fallecidos de mujeres hablantes de lengua indígena mayores de 12 años es de 16.3 frente a 10.7 en mujeres no hablantes; es decir, es mayor este porcentaje en hijos de mujeres indígenas, en comparación con el porcentaje nacional.

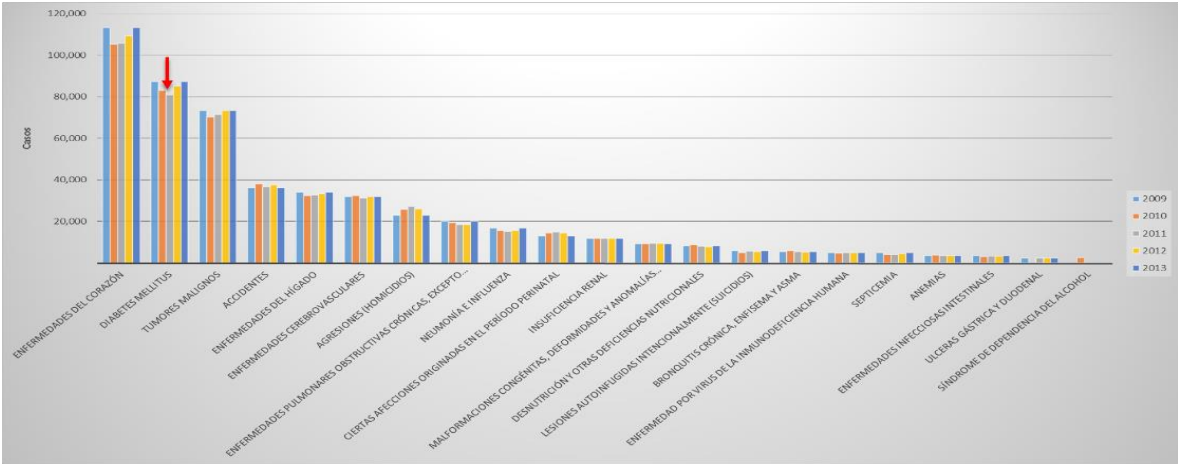
En la conferencia *Atención a la salud de los pueblos indígenas, un desafío para la política pública* (Pelcaastre, 2013), impartida por la doctora Blanca Estela Pelcaastre Villafuerte dentro del 12º ciclo de videoconferencias interactivas del Instituto Nacional de Salud Pública, se mencionó que el perfil de salud de la población indígena se caracteriza por la prevalencia de enfermedades propias de la pobreza.

En el Boletín Epidemiológico del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Epidemiológica, 2015; 22 (32) Semana 22) sobre la “Mortalidad Sujeta a Vigilancia Epidemiológica en Población Indígena y No Indígena, México 2013”, donde se consideran las variables “habla lengua indígena” y “pueblos indígenas” en el Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones, se encontró que la tasa de mortalidad sujeta a vigilancia epidemiológica fue de 4.37 x 100 000 habitantes indígenas, mientras que para población no indígena era de 6.17 x 100 000 habitantes no indígenas. También menciona que los estados con mayores defunciones sujetas a vigilancia epidemiológica en población indígena son Oaxaca, Veracruz, Chiapas, Yucatán y Guerrero.

En cuanto a las principales causas de muerte en México en población general se puede observar que las 10 primeras, de 2009 a 2013 han sido: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, accidentes, enfermedades del hígado, enfermedades cerebrovasculares, agresiones, enfermedades pulmonares

obstructivas, neumonía e influenza, y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, estando las primeras 2 relacionadas con enfermedades crónico degenerativas o crónicas no transmisibles.

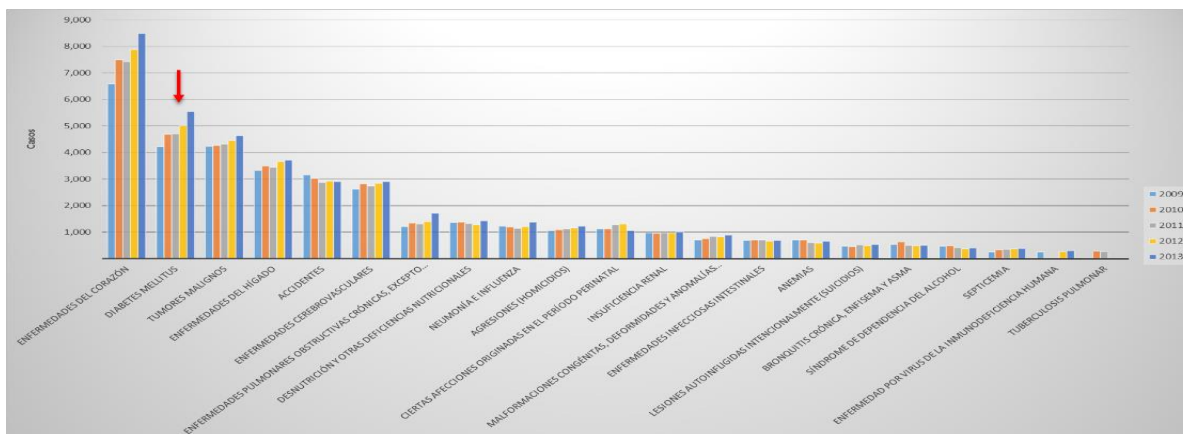
Gráfica 7. Principales causas de muerte en población general en México, 2009-2013



Fuente: elaboración propia con datos de Cubo 2003-actual, SUAVE (DGE, 2016)

Para la población indígena en México, 10 primeras causas de muerte de 2009 a 2013 han sido enfermedades del corazón, diabetes mellitus (la cual ha aumentado su frecuencia), tumores malignos, enfermedades del hígado, accidentes, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades pulmonares obstructivas, desnutrición y otras deficiencias nutricionales, neumonía e influenza, y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal. Es decir, tanto desnutrición como las deficiencias nutricionales se agregan a la lista, además de que las infecciones intestinales son una causa más frecuente, y la tuberculosis pulmonar se encuentra dentro de las primeras 20 causas de muerte.

Gráfica 8. Principales causas de muerte en población indígena en México, 2009-2013



Fuente: elaboración propia con datos de Cubo 2003-actual, SUAVE (DGE, 2016)

b. Enfermedades crónicas no transmisibles

El Programa Nacional de Salud 2013-2018 afirma que el envejecimiento poblacional por el cual transita México, así como el cambio en los estilos de vida, han ocasionado una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), lo cual tiene gran impacto en el Sistema Nacional de Salud al generar mayor demanda de servicios, aumento en los costos de atención y pérdida de años productivos. Lo cual representa un reto en salud.

Tabla 1. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en México, 2012

Prevalencia	2012		
	Total	Mujeres	Hombres
Diagnóstico previo de diabetes mellitus en adultos ^a	9.2	8.6	9.7
Hipertensión en adultos ^a	31.5	32.3	30.7
Sobrepeso y obesidad en adultos ^a	71.3	69.4	73.0
Sobrepeso y obesidad en adolescentes ^b	34.9	34.1	35.8
Sobrepeso y obesidad en niños ^c	34.4	36.9	29.2

Notas: a) Población de 20 años de edad y más; b) población de 12 a 19 años de edad; y c) población de 5 a 11 años de edad

Fuente: ENSANUT 2012.

Además, estas enfermedades se encuentran dentro de las principales causas de mortalidad en la población general, como se mencionó anteriormente, pero con mayor frecuencia en lugares con mayores grados de marginación.

Gráfica 9. Tasa de mortalidad para las principales causas de muerte en entidades federativas con muy alto grado de marginación y muy bajo grado de marginación, México 2011



Notas: /1 Incluye deformidades y anomalías cromosómicas; /2 Excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma. Según CONAPO las entidades federativas de muy alta marginación son Oaxaca, Chiapas y Guerrero. Y las entidades de muy baja marginación son el Distrito Federal, Nuevo León, Coahuila y Baja California.

Fuente: INEGI/SS (2012b), principales causas de muerte según Lista Mexicana y CONAPO (2013b)

VI. Planteamiento del problema, objetivos e hipótesis

Planteamiento del problema

En este trabajo la propuesta fue analizar la experiencia en la aplicación de programas de salud para enfermedades crónicas no transmisibles, a través de la exploración de la atención a la Diabetes Mellitus, en la población indígena del Municipio de Acambay, en el Estado de México. Se partió de los conceptos de pluralidad e interculturalidad, intentando conocer la forma en que a través de éstos programas se ejerce el derecho a la salud, aportando recomendaciones que puedan promover el mejoramiento en el cuidado a la salud en poblaciones en contexto indígena en México. Con lo que se pretende contribuir a la equidad en salud en el país.

Para ello se realizó un estudio cualitativo utilizando entrevistas semiestructuradas a usuarios con diagnóstico de Diabetes Mellitus, y a médicos que brindan atención a estos pacientes, así como etnografía. Se utilizaron como eje las nociones de salud, enfermedad en la población indígena, y la implementación de programas a través de la prestación de servicios dentro del sistema de salud perteneciente a la medicina hegemónica, ya que en los espacios donde estos temas se tocan se lleva a cabo un encuentro de conceptos, saberes y prácticas, que se ven reflejados en la experiencia de padecer.

La experiencia fue analizada a través de programas de enfermedades crónicas no transmisibles, dado que el manejo de éstos padecimientos requiere del contacto continuo entre actores sociales, y la relación médico paciente es de tiempo prolongado, además de que son un grupo de enfermedades de gran interés en salud pública tanto para población indígena como no indígena.

Si bien el proceso salud-enfermedad-atención ha sido largamente abordado por las ciencias sociales, principalmente la Antropología Médica, Física y Social; en el campo de la Salud Pública resulta novedoso el abordaje, y representa un área de oportunidad considerando el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud que

actualmente impera en las políticas públicas en materia de salud, así como en el concepto de salud que debe traspasar todas las políticas.

Objetivos

1. General

- a. Analizar la experiencia de pacientes y personal médico en la implementación de programas de salud de Diabetes Mellitus en el contexto de interculturalidad del Municipio de Acambay, Estado de México.

2. Específicos

- a. Describir el contexto de interculturalidad del Municipio de Acambay, Estado de México
- b. Describir las condiciones de organización, espacios, tipo y perfiles del personal de salud, así como tipo de pacientes en que se aplican los programas de salud de DM en el municipio de Acambay, Estado de México
- c. Analizar la experiencia de la implementación de programas de salud de DM en pacientes indígenas con dicha enfermedad
- d. Analizar la experiencia de la implementación de programas de salud de DM en personal médico que trabaje en establecimientos de salud públicos en contacto con población indígena
- e. De acuerdo a los resultados generar propuestas encaminadas a mejorar las condiciones de salud de la población indígena del Municipio de Acambay, Estado de México, que es un espacio de interculturalidad

Hipótesis

A través de la etnografía y entrevistas semiestructuradas se logrará un acercamiento a la comprensión de la experiencia en la aplicación de programas de

salud de ECNT, en especial de Diabetes Mellitus, en condiciones de interculturalidad, con lo que se podrán conocer aspectos que complementen el conocimiento sobre el ejercicio del derecho a la salud de la población indígena en el municipio de Acambay, Estado de México, lo que permitirá realizar observaciones que contribuyan a promover una mayor calidad en los servicios de salud en esta población.

VII. Material y Métodos

Se trató de un estudio cualitativo de metodología múltiple⁷, en el que se plantearon dos principales ejes: la entrevista a profundidad y la etnografía, para explorar la experiencia, así como condiciones en la aplicación de programas de salud para enfermedades crónicas no transmisibles en la población indígena, a través del análisis de la atención a pacientes con Diabetes Mellitus. Sin embargo, por limitaciones en el tiempo para elaborar el trabajo de campo se optó por realizar entrevistas semiestructuradas. Se continuó con el trabajo etnográfico.

Dado que el ISEM tiene en el Municipio de Acambay 25 unidades de salud: 20 centros de salud, entre ellos un Centro de Salud Urbano (CSU) con Centro de Atención al Diabético (CAD); 4 casas de salud y 1 unidad móvil; se eligieron para el estudio tres unidades médicas: el Centro de Salud Urbano Acambay, debido a la presencia del CAD que funge como punto de concentración para pacientes diabéticos de todo el municipio (y otros), incluidas sus localidades indígenas; y dos Centro de Salud (CS), elegidos por conveniencia dado que de los 9 centros de salud ubicados en localidades reconocidas como indígenas en el Municipio de Acambay¹² (Pueblo Nuevo, Dongu Centro San Francisco Shaxni, San Pedro de los Metates, La Soledad, Doxteje Centro, Tixmadeje Chiquito, y Los Pilares), únicamente 3 contaban con médico de contrato, es decir, permanente (Ganzda, Pueblo Nuevo y Dongu Centro), el resto con médicos pasantes en servicio social (MPSS). Por lo que se decidió trabajar, además por cercanía, en Pueblo Nuevo y Dongu Centro. La investigación de campo se llevó a cabo entre enero y febrero del 2016.

Inicialmente se planteó trabajar con dos médicos por centro de salud, sin embargo, por la distribución de las unidades, y cantidad de médicos en ellas, se decidió entrevistar a 3 médicos del CSU Acambay (el médico encargado del CAD

⁷ Éste trabajo abrevia de dos disciplinas, la Salud Pública y la Antropología Social, en especial en la Antropología Médica.

y dos de consulta externa)⁸, y dos médicos de los CS de Pueblo Nuevo y Dongu Centro. Los criterios de selección fueron:

- Médicos

- Inclusión:

- Que brinden atención a población indígena
- Que tengan 3 años o más de antigüedad brindando atención a población indígena
- Que accedan a participar en el estudio mediante un consentimiento informado y acuerdo de confidencialidad

* No son criterio edad ni sexo

- Exclusión:

- Que no deseen participar en el estudio
- No atiendan población indígena

- Eliminación:

- No concluya la entrevista
- Que concluya la entrevista y que en algún momento decida dejar de participar con la información brindada.

Se seleccionaron por conveniencia a 2 y 3 pacientes de los CS elegidos ubicados en localidades indígenas. Para su localización se les preguntó a los médicos tratantes que sugieran a personas que consideraran representativos dadas las tipologías buscadas.

- Pacientes

Los pacientes fueron elegidos y abordados de forma individual con los siguientes criterios de selección:

- Inclusión

⁸ En el Centro de Salud Urbano están planeados 6 núcleos básicos, sin embargo, en funcionamiento sólo se encuentran 3, por lo que se decidió entrevistar a todos los médicos.

- Hombres y mujeres (inicialmente se había planeado únicamente elegir mujeres dado su rol social de cuidadoras y disponibilidad de tiempo, sin embargo, durante el trabajo de campo se pudo entrevistar a un hombre, al ser su entrevista sumamente valiosa, este criterio tuvo que ser modificado).
- Mayores de edad
- Que se autoadscriban como pertenecientes a una localidad reconocida como indígena
- Que sean bilingües (otomí) y “lengua española”⁹
- Contar con el diagnóstico de Diabetes Mellitus
- Estar en manejo por el diagnóstico de Diabetes Mellitus por 3 o más años
- Acceder a participar en el estudio mediante un consentimiento informado y acuerdo de confidencialidad
- Exclusión
- Menores de 18 años
- Pacientes monolingües (otomí)
- Pacientes con menos de 5 años de manejo por Diabetes Mellitus
- Que no accedan a participar
- Eliminación
- Que no concluyan con la entrevista

Las entrevistas a pacientes se llevaron a cabo fuera de las unidades médicas, en su domicilio particular, de forma individual, en dos sesiones para lograr la saturación de información. Mientras que las entrevistas a personal de salud se llevaron a cabo dentro de cada unidad médica, dentro del consultorio, en el tiempo que cada médico dispuso para ello. Previamente se agendó la cita para no afectar sus actividades laborales. Se realizaron en una sola sesión en la que se buscó lograr la saturación de la información.

⁹ Término utilizado por la CDI

Las entrevistas tuvieron cinco categorías generales las cuales fueron modificadas y adecuadas en dos tipos de guías, una para médicos, otra para pacientes:

1. Datos sociodemográficos: con fines de caracterización de los entrevistados
2. Conceptos y nociones sobre la salud, la enfermedad, proceso salud-enfermedad-atención en la población indígena: para contextualizar la cosmovisión de la población indígena
3. Experiencia en la atención de la enfermedad en los Sistemas de Salud: para explorar tanto barreras como facilitadores a partir del inicio de la búsqueda de atención, la trayectoria del paciente y modificaciones en el entorno familiar
4. Otras formas de atención: medicina tradicional y autoatención. Para explorar otros recursos disponibles en la atención a la enfermedad en las localidades indígenas
5. Condiciones en la prestación de servicios y modelos de atención. Para explorar las características de los servicios en la actualidad, así como los recursos disponibles

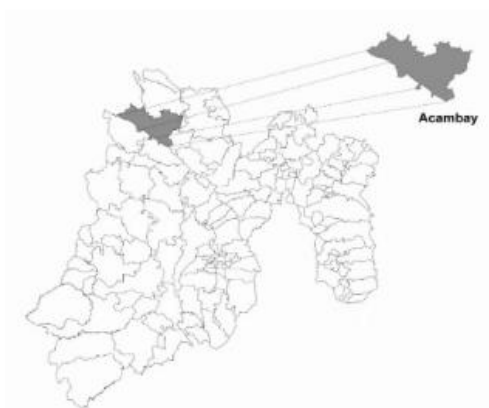
Previamente a cada entrevista se leyó la Carta Compromiso de Confidencialidad; se leyó y firmó la Carta de Consentimiento Informado. En todos los casos, los nombres de los informantes fueron recodificados en la transcripción de las entrevistas mediante claves específicas. El proyecto fue registrado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública y por el Comité de Enseñanza e Investigación de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

VIII. Resultados

Dado que el objetivo principal de éste estudio fue analizar la experiencia de pacientes y personal médico en la implementación de programas de salud de Diabetes Mellitus en el contexto de interculturalidad del municipio de Acambay, a través de 5 objetivos específicos, los resultados serán presentados para dar respuesta a éstos objetivos en el orden en el que fueron planteados.

1. Describir el contexto de interculturalidad en el Municipio de Acambay
- Municipio de Acambay

Ilustración 3. Ubicación del Municipio de Acambay. Estado de México

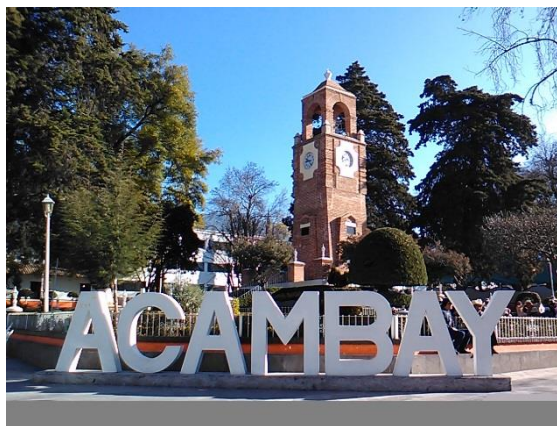


Fuente: imagen obtenida del Informe de Resultados de Cuenta Pública 2011, COSFEM.

El Municipio de Acambay se ubica en el extremo noreste del Estado de México, limitando al norte con el Municipio de Aculco y el Estado de Querétaro, al este con el Municipio de Temascalcingo, al oeste con el Municipio de Timilpan y Jilotepec, y al sur con el Municipio de Atlacomulco.

Está conformado por un terreno montañoso anteriormente cubierto por bosques (en la actualidad altamente deforestado)¹⁰, entre abundantes volcanes extintos que dan

cuenta de la localización del territorio sobre una zona sísmica; y una zona de valle que albergaba un lago, utilizada como zona agrícola que hoy presenta un alto grado de erosión. Su nombre puede obedecer a diversas raíces (Serrano Pérez, 1999): del otomí *okha-mbaye* o peñascos de Dios (raíz más difundida y



¹⁰ La Monografía Municipal de Acambay afirma que la zona montañoso forma parte del eje volcánico Colima-Orizaba.

aceptada); del tarasco *acamba-ay* o lugar de magueyes o aguamiel (al parecer éste origen es el más acertado); del náhuatl *acatl-ali* o casa junto a las cañas; y del otomí *okha-nabay* o planta de Dios.

Los pobladores del territorio que hoy ocupa el municipio, de acuerdo a Romero Quiroz, han sido los náhuatl (Nahuatlacah), olmecas, toltecas, aztecas, colúas y tarascos. Los pobladores más antiguos fueron los pertenecientes a la “familia Otomiana” conformada por matlatzincas, otomíes y mazahuas. Los primeros registros prehispánicos de éste lugar se han estudiado en el Códice Vaticano Ríos, el Códice Mendocino y el Códice Jilotepec.

El primer asentamiento de esta zona se encontraba en Huamango, hoy llamado La Mesa de San Miguel Huamango, Centro Ceremonial ubicado en una montaña, atribuido a los otomíes, construido como fortaleza, el cual fue trasladado a la planicie en donde se encuentra actualmente el Municipio de Acambay tras la conquista, sitio donde habitaron principalmente españoles y mestizos, permanece hasta hoy el centro administrativo y de gobierno. Sin embargo, la población otomí se trasladó a Dongu, para la población indígena, quizás relacionado con la persistencia de los linajes familiares prehispánicas.

Los registros del municipio bajo el nombre de Acambaye, se encuentran en textos del siglo XVII en la Crónica de la Provincia del Santo Evangelio. Anteriormente llevaba el nombre náhuatl de Tecuantepeque (monte del jaguar) (Romero Quiroz, 1992). Después es nombrado en documentos como San Miguel Acambay tras sucesiones territoriales de la Encomienda de Atlacomulco, Chiapa y Xilotepec. Para 1902 se erigió el “Distrito Político, Judicial y Rentístico” del El Oro de Hidalgo, integrado por El Oro, Temascalcingo, Atlacomulco y Acambay, primer documento donde es reconocido como Municipalidad.

No se conoce cuál es la orden religiosa que se encargó de la tarea evangelizadora de San Miguel Acambay, pero se sabe que el Convento se fundó entre 1691 y 1696, de acuerdo a la Nómina de los Santos Conventos Franciscanos, pero al parecer tanto la Iglesia como el Convento fueron construidos antes de 1550 (Op. Cit. Quiroz, 1992). El nombre de San Miguel Acambay se debe a que en la Nueva

España “pueblos importantes prehispánicos y otros de nueva creación... tienen como Patrono al Arcángel San Miguel”.

Sosa Vega afirma que la zona otomí durante el proceso de evangelización se quedó a cargo de las órdenes religiosas de Agustinos y Franciscanos, inicialmente por Fray Alonso Rangel, “primero y uno de los pocos misioneros en predicar el evangelio en otomí”. Posteriormente para 1542 “la acción evangelizadora se confundirá con la labor de estabilización de los otomíes en las estancias y barrios” (Sosa Vega & González Ortiz, 2005).

De acuerdo a este mismo autor, los franciscanos en su tarea evangelizadora se dedicaron a la construcción de capillas, sin embargo, por lo vasto del territorio y escaso número de misioneros, para el siglo XVI optaron por la conformación de cofradías bajo la tutela de un santo, que permitieron la celeridad en el proceso evangelizador al promover la participación comunitaria. Esta organización en cofradías asentadas en localidades de menor tamaño dio lugar al actual sistema de cargos que además de responder a requerimientos religiosos, soportan el ejercicio de roles sociales y políticos, que no solo impactan en la organización social, sino también se relaciona con el acceso a servicios públicos.

El Municipio tiene una larga historia de sismos documentada desde la época prehispánica, que también ha determinado su ubicación actual en la zona del valle. En 1912 se presentó un sismo de gran intensidad que destruyó la Iglesia y Convento de San Miguel Acambay, así como otras iglesias de localidades cercanas como la de Pueblo Nuevo.

La población prehispánica de inicio fue cazadora recolectora, posteriormente se dedicó al cultivo de maíz, al trabajo alfarero y al mercado de plumas de ave, arcos, flechas, pieles y obsidiana, al formar parte de la ruta comercial entre Tula y los estados vecinos de Michoacán y Querétaro. Posterior a la conquista, tras el despojo de tierras, la población fue relegada como fuerza de trabajo para emplearse como peones y en el cultivo de la tierra, o fabricación de artículos de uso doméstico de barro, madera o piedra. Actualmente, las principales actividades

económicas son la prestación de servicios y la agricultura de temporada, siendo el principal cultivo el maíz, y la avena forrajera (IGECEM, 2011).

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI, 2000) considera que el tipo de municipio se cataloga: con presencia indígena. Para el 2010, de acuerdo a datos del INEGI, tenía una extensión de 492.03 kilómetros cuadrados, contaba con 103 localidades¹¹, entre ellas 73 con presencia indígena, y 32 con 40% y más de población indígena mayor de 3 años (lo que representa el 15.4% del total de la población municipal):

Tabla 2. Lista de localidades reconocidas como indígenas por la Coordinación de Asuntos Indígenas del Municipio de Acambay, Estado de México

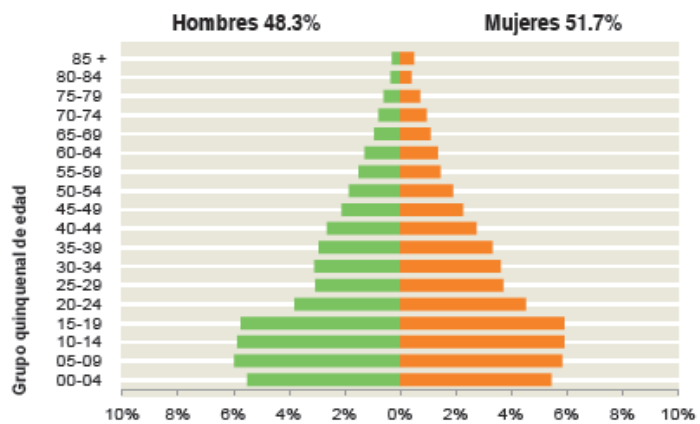
San Antonio Detiña	Buenavista
Dongu Centro	Cerrito de Tixmadeje
Ganzda	Doxteje Barrio Primero
Barrio de Guadalupe	La Cumbre
Pueblo Nuevo	Ejido de Tixmadeje
San Francisco Shaxni	El Pedregal de Tixmadeje
San José Bocto	Dongu Barrio Uno
San Pedro de los Metates	Tixmadeje Barrio Dos
La Soledad	Barrio Candeje
Santa María Tixmadeje	La Mesa de San Miguel Huamango
Dongu Puerto	Ejido de Santa Lucía
Loma de San Angel	Las Arenas (San Agustín)
Detiña Ejido	Boshindo
La florida	Pathe
Doxteje Centro	Tixmadeje Chiquito
San Francisco Shaxni Ejido	Los Pilares

Fuente: Localidades indígenas del Municipio de Acambay 2010, Coordinación de Asuntos Indígenas. Municipio de Acambay, Estado de México.

¹¹ Cabe mencionar que para el Bando de Gobierno Municipal 2013-2015 el Municipio se divide en 14 colonias en la cabecera municipal, 69 delegaciones, 19 subdelegaciones y 12 barrios, divididos en 8 zonas

Para el año 2000, de acuerdo a los indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena por municipio, de la CDI (Op. Cit. CDI 2000) había una población total de 58 389 habitantes, de los cuales 18 376 eran considerados indígenas, entre los cuales sólo 160 eran monolingües (otomí), y 204 personas no

Gráfica 10. Pirámide poblacional del Municipio de Acambay, Estado de México, 2010



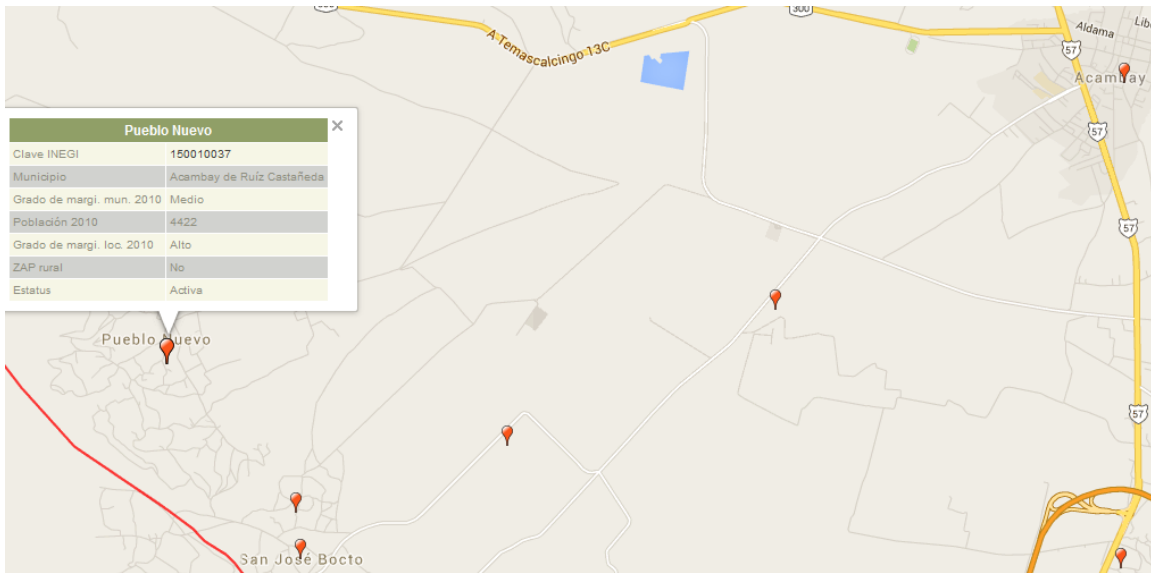
Fuente: imagen tomada de INEGI. Panorama sociodemográfico del Estado de México, 2011

especificaron su condición de habla española. De acuerdo al INEGI, para el año 2010 el municipio ya contaba con una población de 60 918 habitantes, de los que 8 563 pertenecían a localidades con alta presencia indígena. El índice de rezago social que caracteriza al municipio es medio, el de marginación, alto.

- Pueblo Nuevo

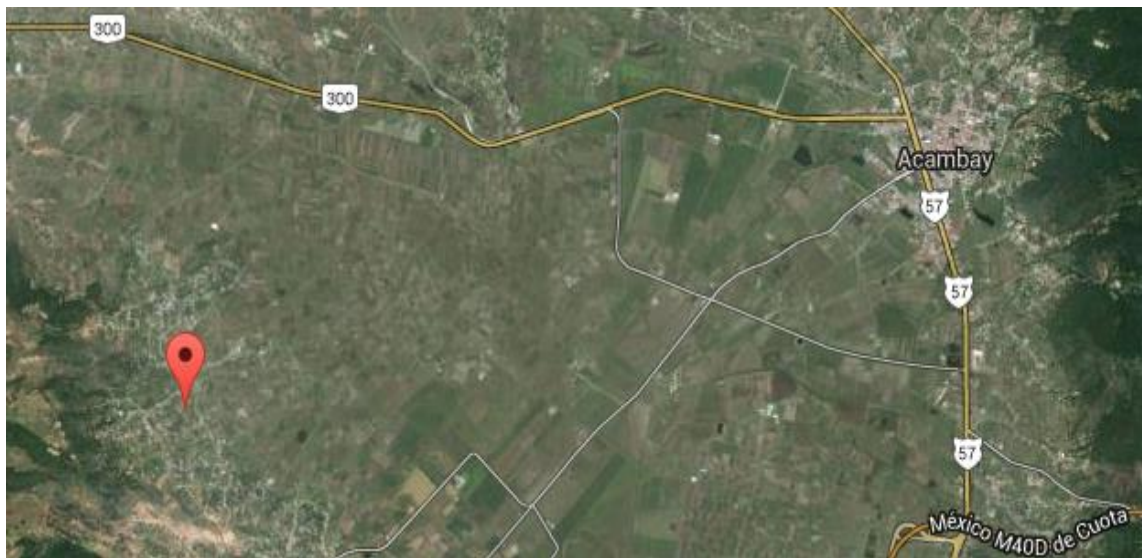
Ubicada al sureste del Municipio de Acambay a 2550 metros de altitud, está dividida en tres segmentos, Pueblo Nuevo Centro, Pueblo Nuevo Barrio Primero y Pueblo Nuevo Barrio Segundo. La parte central se encuentra dentro del Valle de Acambay, conocido como el Valle de los Espejos, estructura de aproximadamente 90 km² que antiguamente albergaba un lago. Los barrios Primero y Segundo se encuentran en la contigua área montañosa. Colinda al noreste con el Barrio de Guadalupe, al suroeste con La Soledad, al oeste con Rancho la Esperanza, al sur-sureste con el municipio de Temascalcingo.

Ilustración 4. Mapa de Pueblo Nuevo



Fuente: imagen tomada del Catálogo de Localidades, SEDESOL.

Ilustración 5. Vista satelital de Pueblo Nuevo



Fuente: imagen tomada de la página Pueblos América (América, 2005)

Para llegar a la localidad desde la cabecera municipal se debe tomar la carretera a Temascalcingo, mediante taxi comunitario por el precio de 12 pesos, o más si se quiere llegar a los barrios Primero y Segundo. En el camino se observan cultivos de maíz y casas antiguas de adobe mezcladas con construcciones nuevas como el Colegio de Bachilleres del Estado de México.



La carretera que lleva a Pueblo Nuevo se convierte en su calle principal, la cual está pavimentada, con una pendiente moderada va conduciendo al visitante por el Centro de Salud, casas dispersas, milpas, la Escuela Primaria, en la parte alta la encumbra la Iglesia en blanco con bordes azules, recientemente renovada, que la población construyó en el lugar de la antigua edificación de adobe y tejas que le resultaba obsoleta. Más allá de la iglesia el camino se convierte en terracería y empedrado de mayor

pendiente que toma forma de “Y” para conducir a ambos barrios, entre nopaleras, curvas acentuadas, misceláneas y más casas.

De acuerdo al Catálogo de Localidades de la Secretaría de Desarrollo Social, la localidad para 2010 contaba con 4422 habitantes, de los cuales 2151 eran hombres, 2271 eran mujeres, había 967 viviendas habitadas. Su grado de marginación era alto, el de rezago social medio (SEDESOL, Catálogo de Localidades, 2013).



Principalmente compuesta por mujeres, niños, y personas mayores, la población está dedicada al cultivar maíz y trigo, los viejos a tejer la espiga o popote del trigo, a la crianza de animales de granja como pollos y borregos; los más jóvenes como choferes de taxi o albañiles. Los hombres en edad productiva suelen migrar al Distrito Federal o a otros países como Estados Unidos y Canadá. En Pueblo Nuevo Centro las tierras son principalmente de régimen ejidal, y en los barrios Primero y Segundo de

régimen comunal.



Las viviendas en general son de uno y dos pisos, las de mayor tamaño se encuentran en las zonas más bajas, mientras que las más pequeñas se ubican en las partes altas del cerro, su construcción es una mezcla de adobe con tabicón gris, tejas y techos de lámina.

Las casas de mayor tamaño son el constante recuerdo de quienes han migrado a Estados Unidos, o van por grandes temporadas a Canadá como jornaleros agrícolas, migrantes que van enviando poco a poco el producto de su trabajo para procurar mejores condiciones de vida para la familia. Van construyendo de forma paulatina grandes casas, con acabados modernos, grandes ventanales, colores brillantes, en medio de las milpas y caminos de terracería, a un lado de las antiguas casas de adobe, detrás de misceláneas, o protegidas por rejas altas, que al igual que el resto de las viviendas de la localidad están ubicadas opuestas al trayecto del sol. Generalmente, estas casas no se encuentran habitadas.



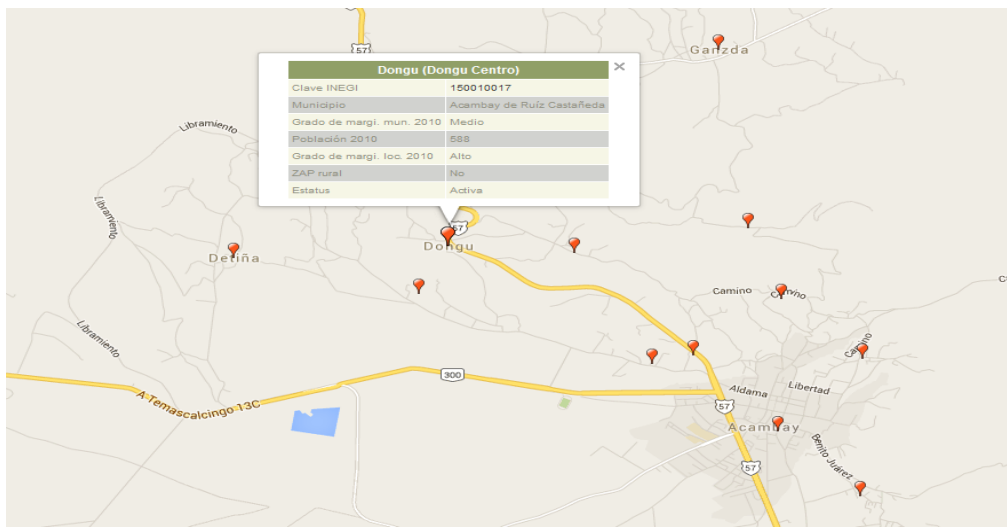
El centro de salud se localiza en la entrada de la localidad, entre rejas verdes distintivas del ISEM, con un jardín al frente que resguarda el auto personal de algún miembro del equipo de salud. Cuenta con una sala de espera con ocho asientos, un área de inmunizaciones, dos consultorios, y dos oficinas, proyectadas para albergar dos núcleos básicos de salud (un médico, una enfermera y un técnico en atención primaria a la salud).

- Dongú Centro

Ubicada en la región central del Municipio de Acambay, en una de las laderas de la zona montañosa a 2670 metros de altitud, se encuentra a un costado de la Carretera Panamericana, a mitad de camino entre la cabecera municipal y La

Mesa de San Miguel Huamango. Delimitada por la colindancia con Dongú Barrio Uno al sur, Dongú Barrio Dos al noroeste, y la Mesa de San Miguel Huamango al norte.

Ilustración 6. Mapa de Dongu Centro



Fuente: imagen tomada del Catálogo de Localidades, SEDESOL.

Ilustración 7. Vista satelital de Dongu Centro



Fuente: imagen tomada de la página Pueblos América (América, 2005)

El principal acceso de la localidad se encuentra en una curva pronunciada a la



altura del primer puente peatonal, quizás uno de los más viejos. A partir de ahí, al pie de la carretera se empiezan a abrir paso la barda blanca del panteón, el techo de tejas de la iglesia, también pintada de blanco, y la primer miscelánea.

La calle pavimentada en declive conduce a una explanada hacia la izquierda, en donde se ubica la escuela primaria, la entrada al atrio de la iglesia, una miscelánea, y el camino que lleva al Centro de Salud. Después de ese punto, la



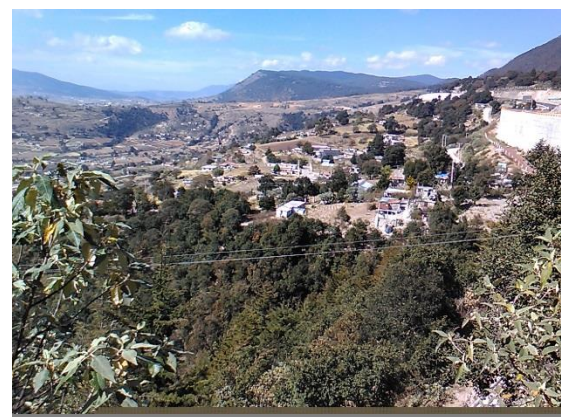
calle se convierte en empedrado y terracería, para continuar el descenso hacia casas dispersas y algunas milpas, hasta llegar a Dongu Barrio Primero.



Para llegara a la localidad se puede caminar por el costado de la Carretera Panamericana, ya sea desde la cabecera

municipal o el libramiento frente a Dongu Puerto y Huamango, o bien se debe tomar un taxi comunitario con una cuota de 7 pesos.

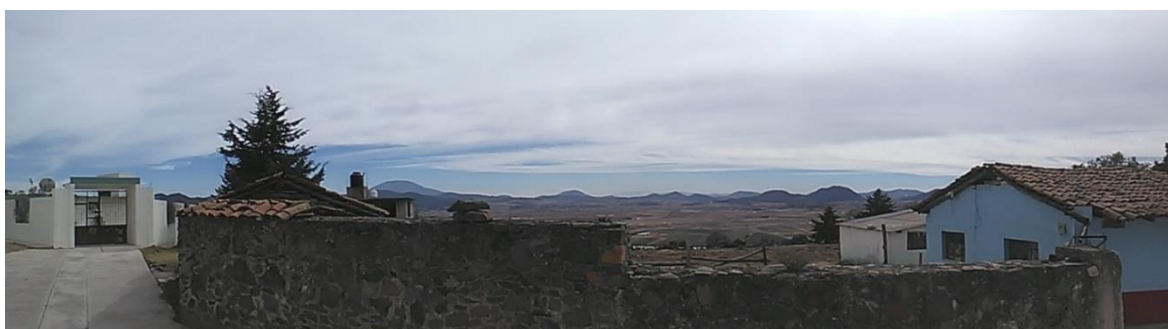
De acuerdo al Catálogo de Localidades de la Secretaría de Desarrollo Social, tenía para 2010 una población total de 588 habitantes, de los cuales 276 eran



hombres y 312 mujeres; contaba con 129 viviendas, tenía un grado de marginación alto, y grado de rezago social bajo (SEDESOL, Catálogo de Localidades, 2013).

Las viviendas generalmente de un solo nivel, construidas entre tabicón gris y restos de adobe, se encuentran dispersas ladera abajo por veredas de terracería y senderos que sólo permiten el tránsito a pie.

El Centro de Salud está ubicado al costado izquierdo de la iglesia. Se puede acceder a él atravesando la explanada frente a la iglesia, o bien por dos veredas de terracería junto a la carretera. Cuenta con dos edificaciones, una en donde están los consultorios, otra en donde se encuentra el área de inmunizaciones.



2. Describir las condiciones de organización, espacios, tipo y perfiles del personal de salud, así como de los pacientes en los que se aplican los programas de salud de Diabetes Mellitus en el Municipio de Acambay, Estado de México.

De acuerdo al INEGI la población sin derechohabencia a servicios de salud en el municipio para 2010 era de 17 771 habitantes; la población usuaria de instituciones públicas de seguridad social para 2011 era de 24 154.

El INEGI también reporta que el municipio contaba para 2011 con 25 unidades médicas, 67 médicos y 87 enfermeras, distribuidos en 21 unidades de la Secretaría de Salud del Estado (ISEM), 1 unidad del ISSSTE, 1 unidad de ISSEMYM¹², con 2 538 habitantes por unidad médica.

¹² No se cuenta con las especificaciones de la institución a la que pertenecen la última unidad médica para sumar 25.

El ISEM, a través de la Coordinación Municipal Acambay de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco, para 2016 refiere que cuenta con 25 unidades en total¹³, de las cuales 20 son centros de salud, 4 casas de salud y una unidad móvil distribuidas de la siguiente forma:

- Centro de Salud Urbano Acambay
- Centro de Salud Agostadero
- Centro de Salud Dateje
- Centro de Salud Estancia I
- Centro de Salud Juando
- Casa de Salud Puentecillas
- Centro de Salud La Loma
- Centro de Salud Muyteje
- Casa de Salud Conejeras
- Centro de Salud Pilares
- Centro de Salud Pueblo Nuevo
- Centro de Salud San Francisco Shaxni
- Centro de Salud San Juanico I
- Centro de Salud San Pedro de los Metates
- Centro de Salud La Soledad
- Centro de Salud Tixmadejé Chiquito
- Casa de Salud Santa María Tixmadeje
- Casa de Salud Cerrito de Tixmadeje
- Centro de Salud Doxteje

¹³ El Modelo Integrador de Atención a la Salud, MIDAS (Salud, 2006, pág. 51) respecto a la planeación de unidades médicas menciona que un centro de salud “debe ubicarse en localidades con mayor población y demanda”, su área de influencia “se encuentra en un radio de 15 kilómetros y tiempo recorrido de hasta 30 minutos del hogar del usuario o de la casa de salud” y su capacidad es de 1 a 12 núcleos básicos”. Por otro lado, una casa de salud es un “centro de atención más cercano a las comunidades rurales y zonas marginadas” con características variables que se encuentran en “lugares proporcionados por la comunidad para coadyuvar con los servicios básicos de salud”, con “usuarios ambulantes, en localidades de difícil acceso, con un radio de acción de 6 kilómetros o tiempo máximo de recorrido de 60 minutos” y su capacidad es de un consultorio. Una casa de salud debe atender a 2500 habitantes o 500 familias, mientras que un centro de salud por cada consultorio debe atender 3000 habitantes o 500 familias.

- Centro de Salud Estancia II
- Centro de Salud Mado Sector I
- Centro de Salud Las Mangas
- Centro de Salud Dongu
- Centro de Salud Ganzda
- Unidad Móvil

Dentro de estas unidades se encuentran planeados un total de 33 núcleos básicos¹⁴, sin embargo, actualmente operan 27. A continuación se detalla la organización de los núcleos básicos en el municipio:

Tabla 3. Núcleos básicos de salud de la Coordinación de Municipal Acambay, ISEM 2016

UNIDAD	NB totales	NB reales	Médicos	Enfermería	TAPS
Centro de Salud Urbano	6	3	3	6	6
Centro de Salud Agostadero	1	1	1	1	0
Centro de Salud Dateje	1	1	1	1	1
Centro de Salud Estancia I	1	1	1	1	1
Centro de Salud Juando (depende del CS Estancia I)	1	1	1	1	1
Casa de Salud Puenteceillas	1	1	1	0	1
Centro de Salud La Loma	1	1	1	1	1
Centro de Salud Muyteje	1	1	1	1	1
Casa de Salud Conejeras (depende del CS Muyteje)	1	1	1	0	1
Centro de Salud Pilares	1	1	1	1	1
Centro de Salud Pueblo Nuevo	2	1	1	1	2
Centro de Salud San Francisco Shaxni	1	1	1	1	1
Centro de Salud San Juanico I	1	1	1	1	1
Centro de Salud San Pedro de	1	1	1	1	1

¹⁴ El Manual de Organización Tipo de Jurisdicción Sanitaria, del Estado de México, menciona que un núcleo básico tiene como objetivo “impulsar y mantener la salud en cada uno de los sectores de la población de su área de aplicación, mediante la disponibilidad y acceso a los servicios básicos, a través de redes de servicios de calidad” (ISEM, Manual de Organización Tipo de Jurisdicción Sanitaria, 2006, pág. 66). Un núcleo básico de salud está compuesto por un médico, una enfermera y un técnico en atención primaria a la salud (TAPS) o cuidadora de salud.

los Metates					
Centro de Salud La Soledad	1	1	1	1	1
Centro de Salud Tixmadejé Chiquito	1	1	1	1	1
Casa de Salud Santa María Tixmadeje (depende del CS Tixmadeje Chiquito)	1	1	1	0	1
Casa de Salud Cerrito de Tixmadeje (depende del CS Tixmadeje Chiquito)	1	1	1	1	1
Centro de Salud Doxteje	1	1	1	1	1
Centro de Salud Estancia II	1	1	1	1	0
Centro de Salud Mado Sector I	1	1	1	1	1
Centro de Salud Las Mangas	1	1	1	0	1
Centro de Salud Dongu	2	1	1	1	2
Centro de Salud Ganzda	2	1	1	1	1
Unidad Móvil	1	1	1	1	1

Fuente: datos obtenidos de la Coordinación Médica Acambay

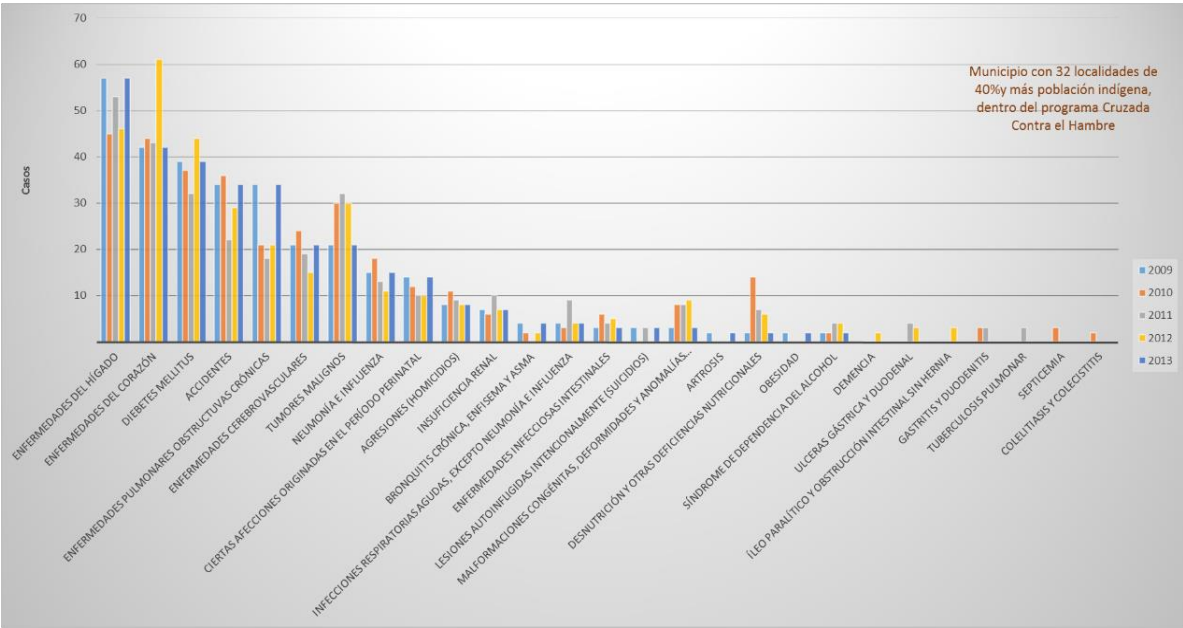
De los 27 núcleos básicos en operación en el municipio, 7 son atendidos por médicos de contrato, el resto por médicos pasantes en servicio social. Los 27 núcleos básicos operantes se encuentran distribuidos dentro de 25 centros de salud, de los cuales 9 se encuentran ubicados en localidades reconocidas como indígenas por el Municipio de acuerdo a datos de la CDI (Ganzda, Pueblo Nuevo, San Francisco Shaxni, San Pedro de los Metates, La Soledad, Doxteje Centro, Tixmadeje Chiquito, Dongu Centro y Los Pilares), dentro de estos centros de salud únicamente 4 son atendidos por médicos de contrato:

- Ganzdá
- Pueblo Nuevo
- San Francisco Shaxni
- Dongú Centro

Es importante añadir que en el Centro de Salud Urbano Acambay, ubicado en la Cabecera Municipal, se encuentra el Centro de Atención a Diabético (CAD), a él acuden pacientes no sólo del municipio de Acamabay, sino de municipios vecinos como Ixtlahuaca, Atlacomulco, Temascalcingo, etc.

En el Municipio de Acambay las 10 principales causas de muerte son: enfermedades del hígado, enfermedades del corazón, diabetes mellitus, accidentes, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, neumonía e influenza, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y agresiones, con la distribución siguiente:

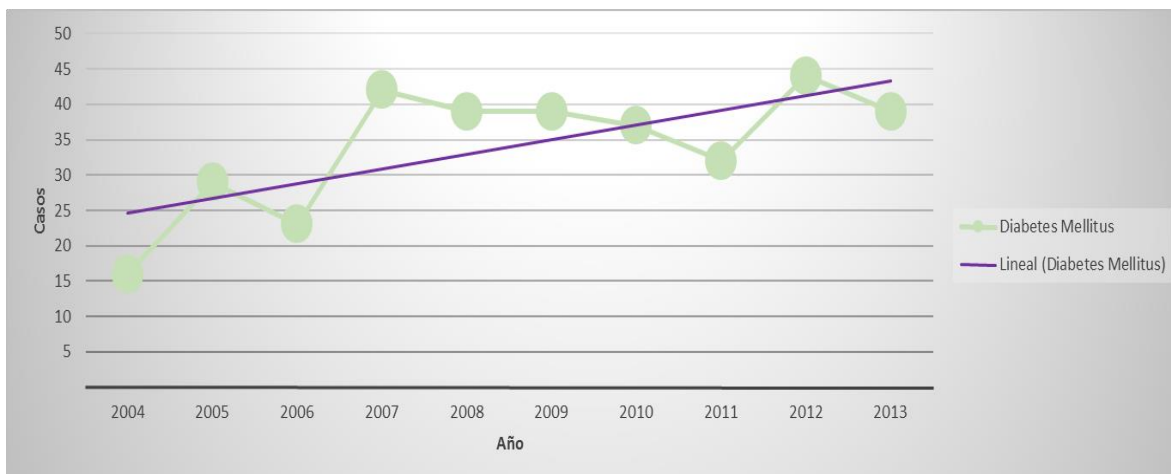
Gráfica 11. Principales causas de muerte en la población general del Municipio de Acambay, Estado de México, 2009-2013



Fuente: elaboración propia con datos de Cubo 2003-actual, SUAVE (DGE, 2016)

De las cuales las primeras 3 se relacionan con enfermedades crónicas no transmisibles. Específicamente la diabetes mellitus ha aumentado su frecuencia:

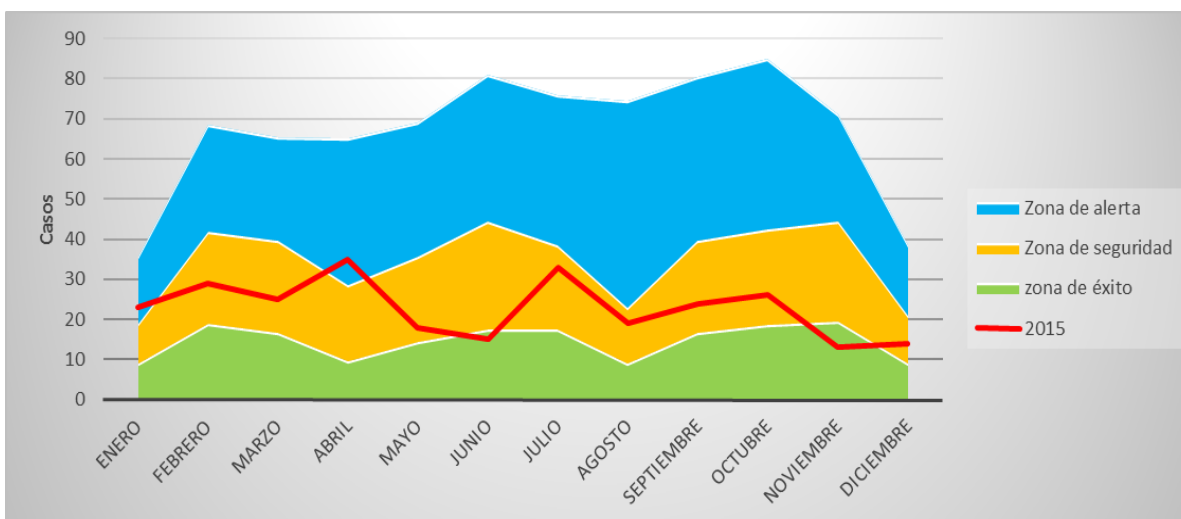
Gráfica 12. Comportamiento de la Diabetes Mellitus como causa de muerte en el Municipio de Acambay, Estado de México, 2004-2013



Fuente: elaboración propia con datos de Cubo 2003-actual, SUAVE (DGE, 2016)

Con mayor detalle se puede observar el comportamiento de la Diabetes Mellitus en el 2015 respecto a 5 años previos:

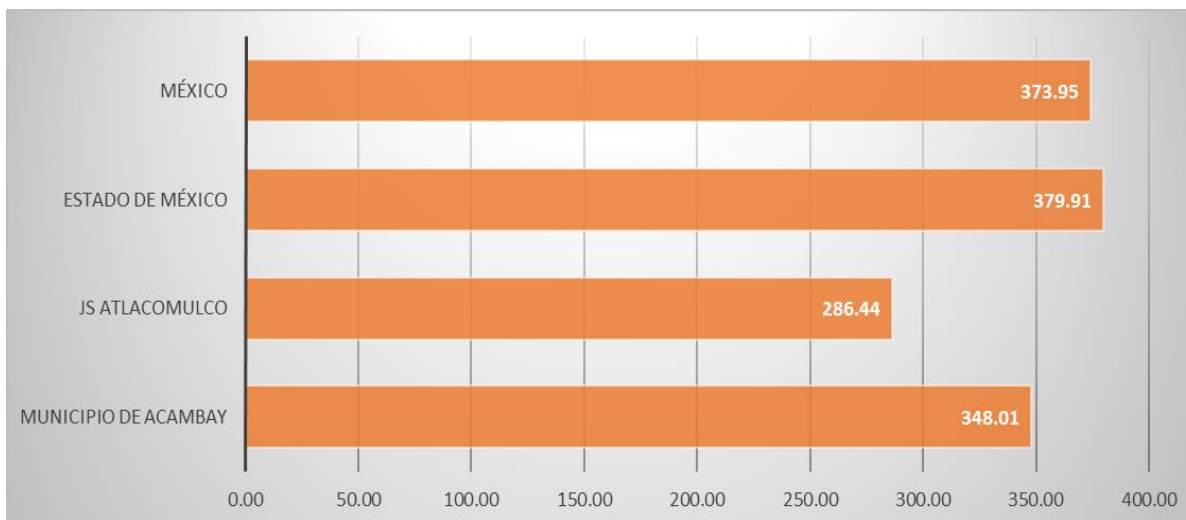
Gráfica 13. Canal endémico de la Diabetes Mellitus en el Municipio de Acambay, Estado de México, 2015



Fuente: elaboración propia con datos de Cubo 2003-actual, SUAVE (DGE, 2016)

Presentando las tasas de morbilidad de forma comparativa con la jurisdicción sanitaria a la que pertenece, la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco, el Estado de México y México:

Gráfica 14. Tasas de morbilidad por Diabetes Mellitus en 2010, por 100 000 habitantes



Fuente: elaboración propia con datos de Cubo 2003-actual, SUAVE (DGE, 2016)

Se puede observar que la Diabetes Mellitus tiene una tasa menor en la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco, en comparación con el Estado de México y la tasa nacional; sin embargo, en el Municipio de Acambay la tasa de morbilidad por Diabetes Mellitus, si bien es menor a la del Estado de México y a la nacional, es mayor a la reportada para la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco. Los motivos de esta divergencia de datos pueden ser diversos, entre ellos el subregistro.

3. Analizar la experiencia de la implementación de programas de salud de Diabetes Mellitus en pacientes indígenas con dicha enfermedad

Se presentan los resultados para este objetivo de acuerdo a las 5 categorías de análisis contenidas en las guías de entrevista, presentadas previamente. Se entrevistaron a 5 pacientes que asisten a centros de salud ubicados en localidades indígenas atendidos por médicos de contrato: Pueblo Nuevo y Dongu Centro, que contaban con 3 o más años de diagnóstico de Diabetes Mellitus. Tres de los pacientes acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, de ellos uno vive en Pueblo Nuevo Centro, uno en Pueblo Nuevo Barrio Primero, y el otro en Pueblo Nuevo Barrio Segundo. Los otros dos pacientes acuden al Centro de Salud de

Dongu Centro, uno vive en Dongu Barrio Segundo, otro en La Mesa de San Miguel Huamango.

- Datos sociodemográficos

Los pacientes tienen las siguientes características:

Tabla 4. Características sociodemográficas de paciente diabéticos entrevistados pertenecientes a las localidades indígenas de Pueblo Nuevo y Dongu, en el Municipio de Acambay, Estado de México, 2016

	N	%
Sexo		
Hombre	1	20
Mujer	4	80
Edad		
20-29	0	0
30-39	0	0
40-49	0	0
50-59	2	40
60-69	3	60
70-79		
Estado civil		
Casado	4	80
Viudo	1	20
Soltero	0	0
Divorciado	0	0
Religión		
Católico	5	100
Otra	0	0
Ocupación		
Campesino	5	100
Artesano	3	60
Ama de casa	4	80
Comerciante	3	60

Respecto al origen de los pacientes entrevistados, se identifican a sí mismos como indígenas

“SOY OTOMÍ 100%, NO TENGO NINGUNA PREPARACIÓN...” 1P

De los 5 pacientes entrevistados, todos son originarios de la misma localidad en donde son atendidos. De ascendencia otomí dedicada a la siembra de maíz, en 3

casos también dedicada al trabajo artesanal de trenzado de popotillo de trigo para la elaboración de sombreros y bolsas, al tejido de bejuco para la elaboración de sillas. Con historias familiares de precariedad, escasas de fuentes de trabajo y alimento, los padres y abuelos tuvieron que salir a vender productos en las localidades cercanas, o incluso en la Ciudad de México, o trabajaron en la pizca de trigo y cebada en otros estados cercanos como Michoacán.

Respecto a la lengua, refieren que:

“YO MANDÉ A MIS HIJOS A LA ESCUELA PRIMARIA CON TAL DE QUE NO APRENDIERAN EL OTOMÍ...” 1P

“CASI, CASI HABLO DE OTOMÍ, DE ESPAÑOL COMO SE... CASI NO ENTIENDO MUY BIEN” 3P

Los 5 pacientes son bilingües, inicialmente monolingües de otomí, que aprendieron español al enfrentar necesidades de trabajo o emigración entre los 12 y 17 años de edad. Al interior de la familia, principalmente entre esposos y con los mayores de 50 años, continúan hablando el otomí, sin embargo, los hijos ya no hablan la lengua, aunque la entienden; los miembros menores de la familia no la hablan ni la entienden, salvo escasas excepciones.

Sobre la escolaridad mencionan que:

“COMO A LOS 17 AÑOS EMPECÉ A LEER TANTITO, TANTITO APRENDÍ, Y ENTONCES PUS LLEGA EL TIEMPO DE BUSCAR UNA NOVIA, Y LAS MUCHACHAS QUE HABÍA CREEES QUE ME RESPONDÍAN, Y YO POR TEMOR DE NO AGREDIR, PUS ME CALLABA, ME RECHAZABAN, FUE EL MOTIVO DE QUE PUS COMO TONTO AGARRÉ UNA MUJER TONTITA, PERO CUANDO MI PAPÁ SE DIO CUENTA LA CORRÍA...” 1P

De los 5 pacientes entrevistados, 3 no fueron a la escuela y dos acudieron hasta el segundo año de primaria. Los cónyuges en los 5 casos tienen una escolaridad similar. En uno de los casos precisamente fue en la escuela en donde conoció a su actual esposo. En 4 casos los hijos de los entrevistados sí acudieron a la escuela hasta concluir la educación media superior o realizar una carrera técnica, principalmente enfermería o carrera magisterial. Los nietos han tenido acceso hasta la educación media superior y superior.

Al abordar su ocupación, refieren:

“MI VIDA HA SIDO COMO ARTESANO, DESDE LOS 14 AÑOS ME ENSEÑÉ A HACER BOLSAS DE MANO CON ESE POPOTE DE TRIGO TEJIDA EN MANOS, LO HAGO DE VARIOS TIPOS DE VARIEDADES” 1P

“ME DEDICO AL CAMPO, A SER PRODUCTOR, NADA MÁS QUE POS YO NO TENGO, NO TENGO GRANDES PARECELAS, PUES COMO DOS HECTÁREAS Y MEDIA, TAMBIÉN ATIENDO ESO PORQUE ESO ME ENSEÑÉ A...PUES A TRABAJAR, Y LO TOMO COMO PARTE, COMO ES PATRIMONIO DE, DE MI FAMILIA” 1P

Las 4 mujeres entrevistadas se dedican al hogar, dos de ellas y un hombre trenzan popotillo para la confección de sombreros y bolsas, con los cuales posteriormente comercian en ciudades vecinas u otros estados, principalmente en ferias artesanales y festividades de gran tamaño. Uno de los entrevistados incluso ha vendido sus productos en Estados Unidos. Los cinco entrevistados realizan labores en el campo como el cultivo de maíz, cosecha de quelite y nopal. Uno de ellos también ocupa cargos de representación popular tanto en el Comité de Fiesta de la Iglesia, como delegado municipal, en el comisariado ejidal, participa en toda decisión que se toma dentro de la comunidad, la mayor parte de las veces han sido cargos no remunerados.

Las familias de los entrevistados se caracterizan por contar con 6 a 12 hijos, como excepción una entrevistada no tuvo hijos. En 3 casos se presentaron entre 1 y 5 muertes infantiles atribuidas a infecciones respiratorias, malformaciones congénitas o explicaciones a través de mitos quizás de origen prehispánico: una bruja que toma forma en un animal negro que puede ser un burro, guajolote o perro. Los hijos permanecen en la casa familiar mientras son solteros, después de casarse tienden a migrar a otras ciudades o localidades, pocas veces permanecen en la misma comunidad.

Sobre antecedentes familiares de enfermedades crónicas no transmisibles, en un caso el padre fue hipertenso lo que se relacionó con su muerte, en otro caso primos y sobrinos son portadores de Diabetes Mellitus. Los tres pacientes

restantes no tienen antecedentes conocidos de enfermedades crónicas, los padres murieron después de los 80 años de causas no específicas o accidentes.

- Conceptos y nociones

En esta categoría se buscó conocer los conceptos de salud, enfermedad; en general, el momento a partir del cual el estado de salud deja de serlo para transformarse en enfermedad, y cuándo la enfermedad requiere de atención ya sea autoatención, o mediante prácticas tradicionales o biomédicos.

Sobre la salud uno de los entrevistados atribuye el estado de salud a la protección divina. Otros dos entrevistados definen la salud como no sentir nada, comer, dormir y trabajar sin sentir dolor. Dos entrevistados no mencionaron una noción de salud, sino que recurren a explicar qué no es, definiendo así la enfermedad.

Sobre la enfermedad mencionan que:

“A VECES DIGO, SI YO NO TUVE NINGUNA PREPARACIÓN, PERO QUE BONITO APRENDÍ LA MENTIRA, ES LO QUE ESTOY PAGANDO, SI ME HUBIERA YO PREPARADO A LO MEJOR HUBIERA SIDO DOBLE, YO PIENSO QUE PARA LA MENTIRA ESA NO SE NECESITA PREPARACIÓN, LA MENTIRA ES CANIJA Y QUE OBLIGA A APRENDER” 1P

La enfermedad se asocia con decir mentiras, como forma de escarnio divino. Tres entrevistados asocian la enfermedad con estilos de vida como comer mal o derivado de consumir ciertos alimentos como grasas y refrescos. Dos pacientes refieren la enfermedad como una expresión corporal, una la refiere como un cambio en el cuerpo, otra como la aparición de un síntoma que impide realizar las tareas cotidianas. Un paciente además habla de la herencia como motivo de diferentes enfermedades, este mismo paciente refiere que la enfermedad también se asocia con la pobreza, esta es una limitante que para él ha sido importante en la búsqueda de atención.

Sobre el proceso de salud-enfermedad-atención explican:

“YO MISMO, ESTE, LE CORTABA EL CABELLO A MIS HIJOS, LOS MAYORES, Y LA NIÑA ANDABA AHÍ, DICE DÉJELO PELÓN PAPA, QUÍTELE TODO, PERO SE SENTÍA MAL, ENTONCES POR AQUÍ

HABÍA DOS HERMANOS, O SEA DOS DOCTORES HERMANOS, Y LE DIGO A MI MUJER SABES QUÉ TRAIGO ALGO, VE Y DILE AL DOCTOR, ESTABA RECIENTE DE SER, DE SER...ESTE... ORDENADO COMO DOCTOR, TOTAL DABA SU CONSULTA, PERO ESA FAMILIA NO ME LLEVABA YO BIEN. ESTE, LE DIO NO SÉ, LE DIO PASTILLA Y TODO, Y SE LE DIO SEGÚN CADA CINCO HORAS, ALGO ASÍ, YA NOS DORMIMOS COMO CERCA DE LAS DOCE, COMO A LAS CINCO DE LA MAÑANA ME DESPIERTO Y VEO, Y LA NIÑA CÓMO SIGUE, NO PUES YA NO, YA NO HABLABA, Y YO SIN DINERO... Y RESPIRABA Y SE MURIÓ COMO A LAS NUEVE Y MEDIA DE LA MAÑANA, NO HABÍA CAMINOS, AQUÍ SE MURIÓ MI NIÑA QUE TANTO LE LLORÉ” 1P

Los cinco pacientes entrevistados mencionan que el acercamiento a los servicios de salud ha sido continuo a través de los programas sociales Progresá, Oportunidades y Prospera. Tras el acceso que estos programas promueven a través de incentivos económicos, se han establecido vínculos con el personal de salud que, al iniciar algún síntoma, les permite acudir en el momento que ellos consideran pertinente para solicitar la atención médica. En todos los casos esta atención ha sido pronta, aunque en ningún caso se dio de forma temprana para su padecimiento actual. Sin embargo, esta accesibilidad a los servicios de salud inició en la década del 90, anteriormente para acudir a los servicios de salud tenían que caminar hasta el centro de salud o clínica más cercana, los cuales se encontraban en la cabecera municipal, o tenían que viajar a Atlacomulco o Toluca. Al tratarse de familias con escasos recursos en múltiples ocasiones no era posible realizar ese traslado. Otra opción disponible era acudir a médicos privados cercanos, pero nuevamente el dinero era una limitante absoluta.

- Experiencia con la enfermedad

En esta categoría se buscó explorar la experiencia vivida durante el trayecto del enfermo, iniciando por las causas de la enfermedad crónica, el motivo por el que decidió solicitar atención, la evolución en el manejo, los sentimientos y emociones que el diagnóstico les ha generado, con qué tipo de personal de salud ha tenido contacto durante el proceso, y cómo ha sido éste al interior de la familia.

Sobre las causas de la enfermedad crónica, en este caso la Diabetes Mellitus, los pacientes expresan:

“LUEGO, CUANDO YO NO TENÍA NADA, PUES TENÍA QUE DESQUITARSE CON MI MUJER, REGAÑARLA, MENTARLE LA MADRE, BUENO PUES...ESO HACÍA YO CORAJE, LUEGO ENVEJECÍ MUY RÁPIDO PORQUE YO TUVE ESE GUSTO, YO HACÍA CORAJE, VAYA. Y LUEGO DESDE QUE FUI JOVEN ME GUSTÓ LA COCA, LA COCA COLA. NO TOMO PEPSI, NI TOMO DE SABORES HASTA HOY”. 1P

“YA TENGO COMO UNOS 5 AÑOS, DESDE QUE SE MURIÓ MI HIJO, A LO MEJOR FUE ESO QUE ME JUNTÉ TODO, ESTE... Y LUEGO MI MARIDO ME RAGAÑABA, TANTO QUE NO ME PEGABA, PERO ME REGAÑABA, ME REGAÑABA, HASTA QUE ME SENTÍ EN MI CORAZÓN EL CORAJE, A LO MEJOR TODA ESE ME AFECTÓ, NI SABÍA QUE TENÍA YO, FUI AL DOCTOR, NO ME DIJO NADA EL DOCTOR, YA DESPUÉS LE DIJE NO SE QUÉ TENGO...”. 3P

“PUES NO SUPE NI CÓMO SE ME VINO, ESTABA YO BIEN, ME FUI A MIS PLÁTICAS DE OPORTUNIDADES, EN ESOS DÍAS, ESOS TIEMPOS LE DECÍAN PROGRESA. ME FUI A MIS PLATICAS...MMM NO ME RECUERDO CUÁNTOS AÑOS YA, UN SEIS DE FEBRERO, Y HACÍA CALOR, LLEGUÉ Y ME SENTÉ AHÍ ADENTRO, Y, ESTE TENÍA YO SED, VENÍA YO CON SED, Y ME SENTÉ ALLÍ EN LA SOMBRA Y AGARRÉ UNA NARANJA Y LA PARTÍ A LA MITAD LA NARANJA, Y LE ECHÉ SAL, PUSE SAL Y ME LA COMÍ, Y VOLVÍ A COMER LA OTRA MITAD, Y ÉSTE YO SEGUÍA CON LA SED, TENÍA YO SED, Y NO TOMÉ AGUA, SINO QUE TOMÉ UN VASO DE REFRESCO DE JARRITO DE LIMÓN, PERO NO ME DOLÍA NADA, NI SENTÍA NADA”. 4D

“PUES HICE UN CORAJE MUY FUERTE, MUY FUERTE, MUY FUERTE, YO CREO QUE PUS NO SE LO PERDONO A LA PERSONA QUE ME LO HIZO, PERO HABRÁ QUE PERDONARLO PORQUE PUS, COMO ES... ES SU ESPOSO DE MI SOBRINA (...) HASTA ME QUERÍA PEGAR EL SEÑOR...” 5D

Los cinco pacientes entrevistados mencionan como motivo de la enfermedad una causa emocional, tres pacientes lo asocian a realizar un coraje muy fuerte, una paciente lo asocia a un susto, otra paciente a experimentar momentos de estrés. Una paciente además explica que su padecimiento se ha debido al consumo de refrescos y dulces. Los cinco pacientes refieren que previo a ese momento decisivo que desencadenó una emoción intensa no tenían ningún síntoma;

posterior a esa situación crítica iniciaron con sed, cansancio, dolor o pérdida de peso.

Al referirse al momento en el que decidieron solicitar atención mencionan:

“EN ESOS DÍAS NO MÁS HABÍA UN MÉDICO, Y EL QUE LLEGABA TEMPRANO LO ATENDÍAN, Y EL QUE NO PUES YA NO, Y YA LE DIJE ES QUE TRAIGO UN DOLOR DE DIENTE, Y ME DICE, ES QUE DEBES IR AL DENTISTA, Y YA ME TOMARON LOS SIGNOS Y ME FUERON ATENDIENDO Y LLEGUÉ ALLÁ A LAS SIETE Y MEDIA DE LA MAÑANA Y ME FUERON ATENDIENDO COMO A LAS 2 DE LA TARDE, Y ME DICE EL DOCTOR ESTE, NO DICE, ES QUE TU VIENES CON LA PRESIÓN MUY ALTA...” 4D

Dos pacientes, explícitamente, mencionan que el diagnóstico de diabetes lo realizaron en el centro de salud, a través de las citas mensuales del programa Oportunidades. Otra paciente explicó que a pesar de acudir a las pláticas de Progresía fue hasta que tuvo los primeros síntomas, que le imposibilitaban realizar sus tareas cotidianas, que acudió a solicitar consulta en el centro de salud; otro paciente fue diagnosticado de forma casual en la Ciudad de México cuando acompañaba a un familiar a consultas al Hospital General; una paciente más acudió a solicitar atención cuando se percató que había bajado mucho de peso y su familia le hizo ver su deterioro.

Sobre el tratamiento inicial el proceso ha sido diverso, una paciente tras su diagnóstico decidió no tomar el tratamiento indicado por el médico sino acudir con un médico tradicional en un barrio vecino. Tres pacientes refieren que les mandaron pastillas y recomendaciones para cambiar su dieta, a una de ellas también le indicaron vitaminas. Uno de estos pacientes menciona que además fue enviado al grupo de ayuda mutua, pero que al ser necio no siguió el tratamiento, cumplir con la dieta se encontraba fuera de sus costumbres que radican en comer tortilla, frijoles, quelites, salsa y ocasionalmente res o pollo. Para poder comprar la verdura que le recomendaron tenía que ir a la cabecera municipal, lo cual era muy costoso. Una paciente refiere haberse sentido mal con el cambio de dieta. Ninguno de los pacientes conoce el nombre de las pastillas en su manejo inicial.

Al referirse al manejo actual se observa cómo van incorporando algunos términos médicos, principalmente el nombre de los medicamentos. Dos pacientes refieren tomar Metformina y Glibenclamida, una paciente además refiere tomar Aspirina para el corazón e Isbesartán para la hipertensión. Tres pacientes únicamente refieren seguir tomando pastillas sin especificar el nombre o función. Los cinco pacientes entrevistados mencionan que les han disminuido la cantidad de pastillas al mejorar el control de su glucosa. Un paciente menciona que el medicamento no le quita todas las molestias; una paciente afirma que únicamente toma el medicamento cuando se siente mal. Los 5 mencionan que continúan haciéndoles recomendaciones dietéticas, las cuales no pueden seguir, una paciente refiere que también le han hecho recomendaciones de relajamiento y disminución de estrés.

Sobre los sentimientos y emociones, los pacientes refieren:

“YO SIEMPRE SIENTO QUE NO SOY EL MISMO, NO, YO QUIERO RECUPERAR MI SALUD, COMO CUANDO FUI. A VECES DIGO PUES SI YA ME HICE VIEJO POR QUISE, PERO YO NO SOY VIEJO, NI QUIERO NI ACEPTO LA VEJEZ. YO QUIERO SEGUIR TRABAJANDO, YO QUIERO SEGUIR VIVIENDO NORMALMENTE MI VIDA...” 1P

“CUANDO DESCUBRÍ, YO YA TENÍA LA ENFERMEDAD, DIABÉTICO, PERO NO QUISE ACEPTARLO PORQUE YO NO SENTÍA NADA” 1P

“SENTÍ QUE, YO SENTÍ QUE YA NO ME COMPONÍA, SENTÍ QUE... QUÉ VIDA MÁS ME ESPERABA POR DELANTE, QUÉ IBA A SER DE MÍ, DE QUE ME VAN A DAR, ME DIJO EL DOCTOR VAS A TOMAR ESTAS PASTILLAS PERO YA POR VIDA, Y DIJE BUENO VOY A TOMAR LAS PASTILLAS POR VIDA, SI VOY A DURAR OTROS VEINTE AÑOS, TREINTA AÑOS, PUES YO CREO QUE LA PRESIÓN SE ME SUBIÓ COMO A LOS... ANTES DE LOS CINCUENTA, COMO LOS CUARENTA Y... OCHO, CUARENTA Y NUEVE... Y DIJE DIARIO PASTILLAS, DE MAÑANA Y TARDE, MAÑANA Y DE TARDE, Y SI ME PREOCUPÉ, ME ADELGACÉ, ASÍ...” 4D

Una paciente refiere que el diagnóstico no le generó ningún sentimiento, otra refiere que lo que sintió fue resignación, dos pacientes refieren haber tenido un sentimiento de preocupación por tener que tomar medicamento de por vida, y por la asociación que tiene el diagnóstico con la muerte. Un paciente refiere que no

acepta la enfermedad debido a que se resiste a envejecer, a pensar en que sus fuerzas han disminuido, al igual que su capacidad para trabajar.

Sobre los cambios que le enfermedad ha generado al interior de la familia mencionan:

“MI MARIDO TOMA CASI MUCHO REFRESCO, YO LE DIJE UNA VEZ YA NO LE TOMES MUCHO, NO TOMA AGUA, HAY NO MÁS SE ENOJA, VA A COMPRAR Y NO ME COMPRO” 3P

Los cinco pacientes refieren que la familia no ha realizado cambios en su dinámica, ni en sus hábitos alimenticios. Un paciente afirma que todos han sido indiferentes hacia el manejo de su enfermedad y los requerimientos de cuidado que tiene. Una paciente refiere que cuenta con el apoyo familiar para el pago de servicios tales como la toma de laboratorios. Otra paciente refiere que el apoyo ha consistido en el compartir medicamento cuando a ella le hace falta, dado que otros familiares como primos o sobrinos tienen la misma enfermedad. cuando hay desabasto de medicamento en el centro de salud comparten el suyo.

Al referirse al personal de salud que los ha atendido durante el manejo de la Diabetes Mellitus mencionan que quien les brinda la consulta es una mujer médica. Dos pacientes refieren que la doctora que los atienden ha sido amable y les ha explicado en qué consiste la enfermedad. Dos pacientes refieren que, aunque la doctora les presta la atención, el trato no es amable, los regaña, no les explica, no los escucha. Cuentan que con otros pacientes ha sido ofensiva al punto de haber quejas por mal trato. Un paciente considera que su médico tratante no entiende sus hábitos de consumo de refresco sin los cuales no duerme y sigue alimentando la enfermedad.

- Prácticas de autoatención y medicina tradicional

En esta categoría se buscó conocer otros recursos disponibles en la comunidad, tanto para autoatención, como el acceso a otro tipo de prácticas curativas. Al respecto mencionan:

“TENÍA YO POR AHÍ UNA VELITA BENDECIDA, Y CUANDO LOS PADRES LE DIGO, OIGA PADRE, BENDICE MI VELITA, LO QUIERO PARA TIEMPOS DE LLUVIA, PARA UN DOLOR, PARA CUALQUIER GOLPE, USTED ME ENTIENDE.” 1P

“ME HAN DICHO QUE UN MÉDICO, UN MÉDICO... HAY COMO SE LLAMA... NATURISTA... QUE LUEGO HAY HIERBAS PARA CONTROLARSE UNO LOS NERVIOS, RELAJARSE UNO POQUITO, ESTAR MÁS TRANQUILA, QUE HERVIR UN TÉ, TÓMESE ÉSTE TÉ... EH... COMO AGUA DE TIEMPO Y ÉSTE TE VA A AYUDAR A TRANQUILIZARTE LOS NERVIOS” 4D

Un paciente considera que otro tipo de atención para la enfermedad es la brindada por sacerdotes o a través de la intervención divina. Dos pacientes refieren no acudir a remedios caseros, ni conocer médicos tradicionales en sus comunidades. Una paciente refiere que es común acudir con un médico naturista en la cabecera municipal. Una paciente refiere conocer a una persona que hace preparados con hierbas, ubicada en “el barrio chiquito”, las cuales ha probado para el control de la Diabetes Mellitus, considera que le han ayudado en el manejo de su enfermedad.

Dos pacientes mencionan que se conocen diversas plantas medicinales en la zona que identifican por su nombre en otomí, las cuales son escasas por lo que deben buscarse en el monte, por lo que el recurrir a ellas requiere de esfuerzo y tiempo, además de que cada vez es menos gente la que las conoce y sabe dónde encontrarlas. Dos pacientes refieren que han oído sobre algunas hierbas como el *coconashtle*, el tila o la hierba del sapo. Dos pacientes refieren que no hacen uso de hierbas medicinales o médicos tradicionales porque no funcionan.

Al respecto, durante el trabajo de campo se observó que, en las localidades visitadas, así como en la cabecera municipal, no existen tiendas naturistas o de medicina tradicional. Hay un mercado de gran tamaño que se coloca los domingos, al cual acuden tanto habitantes de la cabecera municipal como de las localidades cercanas, ya que resulta un lugar de abastecimiento importante de alimentos. En él hay



diversos puestos con yerbas medicinales, medicamentos naturistas así como remedios, y la venta de estos productos es constante.

- Condiciones de prestación de servicios

En esta categoría se buscó caracterizar las condiciones actuales de la prestación de servicios, privilegiando el relato sobre los recursos disponibles, y la comunicación entre personal de salud y los pacientes. Sobre la comunicación los pacientes refieren:

“YO SE QUE LOS MÉDICOS SON MUY BUENOS AL ORIENTAR, EL EXIGIR, AL RECETAR, A VECES NOS DAN RECETA PARA LA COMPRA DE UNA MEDICINA, Y LUEGO NO CONTAMOS CON LOS CENTAVOS, YA NO LO COMPRAMOS, A VECES DICEN ORA SU COMIDA VA A SER ESTO, POS COMO ESTAMOS ACOSTUMBRADO DE COMER COMO COMEMOS PUES AHÍ LE SIGO, Y A LO MEJOR NO ES TANTO QUE LOS MÉDICOS NO ACIERTAN, SÍ ACIERTAN NO MÁS QUE UNO MISMO CON SU NEGLIGENCIA NO CUMPLE, NO HACEMOS EL ESFUERZO DE DARLE SEGUIMIENTO A LAS INDICACIONES DEL MÉDICO” 1P

“PUES YO DE MI PARTE NO TENGO NINGUNA QUEJA, PORQUE YO SIEMPRE QUE ACUDO A MI CITA, A MI FECHA DE CITA... EH... ALLÍ LAS PERSONAS QUE LUEGO A VECES TIENEN PROBLEMA DICEN, LES DIGO, ALLÍ NOS DICEN EN LA HIGIENE DE LA CASA, PORQUE DEBES DE BAÑARTE, CAMBIARTE, PARA IRTE A UNA CONSULTA, PORQUE ¿CÓMO IRTE ASÍ?(...) PERO YÉNDOSE A LA CLÍNICA YO CREO SE BAÑA UNO Y SE VA, Y YA TE CHECA EL MÉDICO O LA DOCTORA, PUS UNO VA BIEN, NO LES DICE UNO NADA, PERO SI UNO VA... POR DECIR VA TODA MUGROSA, SUCIA, PUES CLARO QUE LO REGAÑAN, LE LLAMAN LA ATENCIÓN...” 4D

Una paciente refiere que considera que no le prestan atención, casi no le dicen nada, no le explican, y minimizan sus explicaciones sobre los síntomas que presenta. Una paciente menciona que si la escuchan y ella entiende. Dos pacientes mencionan que aunque la doctora que los atiende no les explica, las enfermeras son las que brindan información, las buscan en sus domicilios para dar seguimiento al tratamiento, son quienes revisan sus niveles de glucosa, y les preguntan cómo están. Un paciente refiere que quienes no entienden lo que dicen los médicos, por ignorancia, son los mismos pacientes.

También refieren que un día normal de consulta, en general se caracteriza por caminar entre 10 a 60 minutos, si cuentan con el recurso suficiente el trayecto puede ser en taxi; al llegar al centro de salud son atendidos por el personal de enfermería y TAPS, quienes les toman los signos vitales y realizan la medición de glucosa. Ocasionalmente hay también activadores físicos con quienes hacen rutinas de ejercicio en lo que llega su turno de consulta. Generalmente esperan entre 2 a 4 horas su turno para pasar a consulta, la cual tiene una duración entre 15 a 30 minutos, de los cuales la mayor parte el médico la emplea para escribir notas. Después de que le dan su receta y surten su medicamento, generalmente a medio día, vuelven a su casa.

En cuanto a los recursos con los que cuenta el centro de salud, una paciente considera que es suficiente, nunca le ha hecho falta medicamento, siempre le han brindado el servicio. Una paciente refiere que ocasionalmente no hay suficiente medicamento y le ha tocado que no le surtan la receta. Una paciente considera que hacen falta más médicos, al menos uno, para disminuir el tiempo de espera. Dos pacientes refieren que hace falta quién les explique sobre su enfermedad y les brinde información escrita que puedan entender porque no la hay.

Un paciente menciona que le gustaría que hubiera mejor organización en los horarios de consulta para esperar menos. Una paciente refiere que le gustaría que el centro de salud fuera más grande. Otra paciente refiere que le gustaría que hubiera mayor variedad de medicamentos para que le den otros. Una paciente refiere que lo que hace falta es un hospital cercano a dónde acudir y que le den buen servicio, porque en el existente la han tratado mal. Otra paciente refiere que le gustaría que hubiera un centro de salud más cercano, o un lugar dónde realizar sus estudios de laboratorio también más cercano, porque tiene que acudir a la cabecera municipal para ello; no siempre tiene el recurso económico suficiente.

4. Analizar la experiencia de la implementación de programas de salud de DM en personal médico que trabaje en establecimientos de salud públicos en contacto con población indígena

Se entrevistaron a 5 médicos, 3 en el CSU Acambay, uno en el CS Pueblo Nuevo, y uno en el CS Dongu Centro, con las características siguientes:

Tabla 5. Características sociodemográficas de los médicos que atienden a población indígena en el CSU Acambay, CS Pueblo Nuevo y CS Dongu Centro, Municipio de Acambay, Estado de México, 2016

	N	%
Sexo		
Hombre	0	0
Mujer	5	100
Edad		
20-29	0	0
30-39	4	80
40-49	0	0
50-59	1	20
Estado civil		
Casado	3	60
Viudo	0	0
Soltero	2	40
Divorciado	0	0
Religión		
Católico	5	100
Otra	0	0
Ocupación		
Licenciatura	3	60
Posgrado	0	0
Especialidad	1	20
Otros	1	20

En el CSU Acambay, los 3 núcleos básicos son atendidos por médicos mujeres, de las cuales 2 tienen menos de 40 años, una es mayor de 50. Los centros de salud de Pueblo Nuevo y Dongu Centro cuentan con 2 núcleos básicos, de los cuales sólo uno en cada centro de salud se encuentra operando, también son atendidos por médicos mujeres, entre 37 y 38 años de edad, ambas con una antigüedad en el centro de salud igual o mayor a 3 años.

De las cinco doctoras entrevistadas, una tiene una especialidad, Medicina Integrada, 4 son médicos generales. Tres están casadas, dos son solteras. Una tiene hijos, otra está embarazada. Las cinco son católicas. Dos doctoras son originarias del Distrito Federal, tres del Estado de México. Cuatro de ellas estudiaron la licenciatura en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la

UNAM, una estudió en Michoacán en la Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo.

Sobre sus expectativas para estudiar medicina o para su futuro cuando fueron estudiantes mencionan:

“ME VEÍA TRABAJANDO EN COMUNIDAD” 5A

Una doctora menciona que desde niña quería ser médico. Otra doctora quería estudiar medicina para ayudar a las personas. Las cinco doctoras tenían contemplado realizar alguna especialidad, ya fuera en Ginecología, Urgencias, Medicina Interna o Pediatría. Sólo una refiere haber estado interesada en la Medicina Preventiva. Una doctora se visualizaba trabajando en comunidad, dos doctoras querían permanecer en la Ciudad de México, cuatro doctoras no se imaginaban trabajando como médicos generales o familiares en un área rural.

Sobre el adiestramiento recibido en la licenciatura de médico cirujano para trabajar en un contexto rural o con población indígena, mencionan:

“ESO NO LO APRENDEMOS EN LA CARRERA, APRENDEMOS CON LA MARCHA EN EL TRABAJO, SI, ALLÁ JAMÁS NOS DIJERON VAN A IR A HABLAR OTOMÍ O MAZAHUA, NO, COMO YO VOY AL PUEBLO Y VEO GENTE QUE NO ME VOY A PODER COMUNICAR CON ELLAS, Y CUANDO ME DAN EL NOMBRAMIENTO A LA COMUNIDAD DE SAN ANTONI ENCHISI, PUES EN EL PAPEL DICE QUE EN LA COMUNIDAD HABLAN OTOMÍ Y AQUÍ HABLAN MAZAHUA, Y AHÍ IR APRENDIENDO, QUE... TRATANDO DE APRENDER PERO NUNCA APRENDÍ, PERO POR LO MENOS MIENTRAS, NO, PERO LA GENTE SI SE PRESTA...” 5A

“ALGO DE POR QUÉ A LA DOCTORA LA CORRIERON A BALAZOS, DESPUÉS NOS ENTERAMOS, EN PAZ DESCANSE LA COMPAÑERA QUE ESTUVO ALLÍ DE TAPS, EN LA SOLEDAD, ESTE... SE... NO SE REBAJABA CON LOS INDIOS, MUGROSOS, COCHINOS. Y UTILIZAR ESAS PALABRAS ES RECHAZAR, RECHAZO A ESA PERSONA, NO, LA, LA, LA GENTE TE VA A TRATAR COMO LA TRATES...” 5A

Una doctora menciona que durante la carrera no tuvo ninguna materia que la preparara para insertarse en una población rural o indígena, que eso lo tuvo que aprender una vez concluida la licenciatura. Dos doctoras mencionan que en el

programa académico de la FES Iztacala se contempla el trabajo en zonas rurales o semirurales; una doctora menciona que durante los cursos de Salud Pública en la licenciatura le enseñaron temas sobre el trabajo con la población. Cuatro doctoras mencionan que durante el internado y servicio social tuvieron que trabajar en zonas indígenas, tres de ellas dentro o cerca del Municipio de Acambay, una, en el Estado de Michoacán.

Actualmente 3 doctoras se dedican a dar consulta de medicina general a población derechohabiente al Seguro Popular, una doctora está encargada de la consulta externa para derechohabientes del programa Prospera, una, es la encargada de la atención médica del Centro de Atención al Diabético.

- Nociones y conceptos

En esta categoría se preguntó sobre las nociones que ellas consideran que la población indígena, a la que atienden, elabora sobre salud, enfermedad y el proceso salud-enfermedad-atención.

En cuanto al concepto de salud refieren:

“YO CREO QUE LAS PERSONAS VIVEN AL DÍA, Y PUES NO MÁS ASÍ VAN AL DÍA, HOY AMANECÍ Y HOY HAGO MIS ACTIVIDADES COTIDIANAS, ELLOS PIERDEN EL CONCEPTO DE LO QUE ES SALUD O DE LO QUE ESTÁ BIEN, DE LO QUE ES CALIDAD SALUD, Y HACEN LO... TRABAJAN CON LO QUE TIENEN, VIVEN O SOBREVIVEN CON LO QUE TIENEN Y HASTA AHÍ...” 3D

“PUES ES, HASTA AHORA QUE LA GENTE SIENDO MUY INDÍGENA NO ENTIENDE QUE... CAMBIAR MALOS HÁBITOS POR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE... NO NOS ESTÁN EN... NOS CUESTA MUCHO TRABAJO QUE SE CASEN CON ESOS TÉRMINOS, O CON ESA PARTE, QUE HAGAN CONCIENCIA, NOS CUESTA MUCHO TRABAJO, DE VERDAD, ES PARTE DE SU ABANDONO DE SU TRATAMIENTO, PARTE DE SU... DESCOMPENSACIÓN, DE DIABETES, PRESIÓN ALTA, GRASAS ALTAS U OBESIDAD, SEGUIR GANANDO PESO, PORQUE NO SE CASAN O NO QUIEREN RAZONAR, A PESAR DE QUE LES ESTAMOS EXPLICANDO CON PALITOS, CON SEMILLITAS. NOS CUESTA MUCHO TRABAJO, DE VERDAD. PORQUE PARA

ELLOS, LE VUELVO A REPETIR, RIQUEZA Y POBREZA SIGUEN MANEJANDO CON ESO DE QUE SE TOCAN LOS EXTREMOS” 5ª

Una doctora considera que la población no tiene un concepto de salud, otra doctora coincide en que la población indígena no tiene un concepto de salud debido a que no quieren razonar o les cuesta trabajo entender. Dos doctoras consideran que con los programas Prospera y Oportunidades han ido aprendiendo sobre el concepto de salud a través de pláticas y talleres comunitarios. Otra doctora considera que el concepto de salud está relacionado con la necesidad de acudir a los servicios, es decir, mientras no acudan se consideran sanos, cuando acuden es por una condición que afecta su vida cotidiana.

Sobre la enfermedad refieren que:

“SE ESPERAN A TENER LOS EXTREMOS DE ENFERMEDAD PARA TOCAR PUERTAS Y AHÍ SÍ SON UN TANTO DIFÍCILES DE TRATAR, DE COMUNICARNOS PORQUE AHORA SÍ ELLOS YA QUIEREN RECUPERAR ESA SALUD SEA COMO SEA, PERO NO SABEN QUE TIENEN QUE PONER EN PRÁCTICA CIERTAS...ESTE... INSTRUCCIONES... CIERTAS... ESTE... ACTIVIDADES, ENTONCES EL DE ENFERMEDAD SÍ, SÍ LO SABEN, ES EL SENTIRME A LO MEJOR... ES SENTIRSE MAL, PERO LO DEJAN QUE LLEGUE HASTA EL EXTREMO, Y BUSCAN LA ATENCIÓN CUANDO YA PRÁCTICAMENTE LLEGARON MUY TARDE” 4ª

“PARA ELLOS ESTAR ENFERMOS ES QUE LES DUELA ALGO, ES QUE LES DUELA, VAN A VENIR” 5A

Dos doctoras mencionan que la población indígena relaciona la enfermedad con un síntoma como dolor o algún otro que les limita la capacidad para seguir trabajando. Dos doctoras mencionan que la población atribuye la enfermedad a sustos, corajes o problemas familiares como desencadenantes. Dos doctoras consideran que la población indígena atribuye su enfermedad a los cambios en la actividad física que ha ido disminuyendo, a la poca variedad de alimentos, y a una alimentación inadecuada, esto después de haber estado en contacto con los servicios de salud y las pláticas de los programas Progresá, Oportunidades y Prospera.

En cuanto al proceso de salud-enfermedad-atención, las doctoras afirman:

“SI HAN TENIDO IMPACTO LOS PROGRAMAS (...) EL ALTO IMPACTO DE LOS PROGRAMAS ES PORQUE HAN VENIDO ESCUCHANDO TALLERES AHORA, ANTES ERAN PLÁTICAS, SOBRE EL CUIDADO O EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD (...) HA TENIDO IMPACTO PORQUE YA LOS NIÑOS NACEN CON MEJOR PESO, YA HAY... SÍ, SI HAY MUERTES MATERNAS O EN MENORES DE 5 AÑOS TAMBIÉN, PERO YA SE LES ESTÁ INCULCANDO BASTANTE LOS SIGNOS DE ALAMA DE LA DESNUTRICIÓN, DE LA DESHIDRATACIÓN...” 5ª

Una doctora menciona que, al no haber un concepto de salud, cuando hay una condición que afecta las tareas diarias se le considera enfermedad. Se inicia un proceso de autoatención, pero al aumentar las molestias, de forma tardía, es cuando buscan la atención en los servicios de salud. Otra doctora menciona que en el proceso influyen condiciones sociales, dado que las mujeres tienen que contar con la aprobación de los esposos y la familia para definir que su condición es una enfermedad, decidir cuándo es el momento de acudir a solicitar atención al centro de salud, el tiempo que esto debe demorar y el punto en el que ya no requieren del servicio. Una doctora considera que el proceso de salud-enfermedad-atención está influido por los programas sociales ya mencionados, que han ido educando a la población sobre el autocuidado y en reconocer los síntomas para realizar diagnósticos oportunos. Una doctora menciona que antes de ir a los servicios de salud, cuando empiezan los síntomas, los pacientes inicialmente toman té y remedios, después si no se resuelve su condición es cuando acuden a consulta en el centro de salud.

- Experiencia en la atención de la enfermedad en los Sistemas de Salud

En esta categoría se preguntó sobre el tiempo que le dedican las doctoras a brindar la consulta a cada paciente, las barreras y facilitadores que han encontrado en esas consultas para brindar la atención y lograr una adecuada comunicación, el perfil de los pacientes provenientes de localidades indígenas que acuden a su consulta, cómo es el control metabólico en estos pacientes; cuáles son tanto intereses como motivaciones de los médicos para brindar la atención a

este tipo de pacientes y continuar con su trabajo cotidiano, cuáles son sus condiciones laborales y si entre ellas existe algo con adecuación intercultural.

Sobre el tiempo que dedican a sus pacientes las doctoras afirman que:

“EN UN PRINCIPIO ERA MEDIA HORA, HUBO UN DETALLE POR AHÍ QUE DIJERON QUE MI PRODUCTIVIDAD ERA MUY BAJA, PERO HE LLEGADO AL GRADO DE DECIRLES, CON LA PENA PORQUE A MÍ ME GUSTA DAR CALIDAD, UNA HORA ME HAGO CON UN PACIENTE SIEMPRE ROBÁNDOLE TIEMPO A LA NUTRIÓLOGA, PORQUE EN UNA HORA TENGO QUE REVISARLO, ESCUCHARLO, SACAR DIAGNÓSTICOS, Y SI YO ME ENFOCO NADA MÁS A DIABETES SIN SABER OTRAS COMORBILIDADES QUE ME ESTÁN DESCONTROLANDO A MI PACIENTE, PUES NUNCA VOY A SACARLO...” 4ª

“EL TIEMPO, VEINTE MINUTOS QUE ME DAN PARA UN PACIENTE, SIÉNTESE DE ÉSTE LADO Y TODA LA PAPELERÍA QUE TIENE, RECETAS DE TODA LA FARMACIA QUE HAY QUE DAR POR ESO DE VER AL PACIENTE PORQUE ES OBESO, PORQUE ES DIABÉTICO, Y TIENE DISLIPIDEMIAS, O SEA, CUÁNTO MEDICAMENTO VA A LLEVAR” 5ª

Cuatro doctoras mencionan que el tiempo con que cuentan para brindar una consulta es de 15 minutos, y tienen que brindar atención a 16 a 40 pacientes, dependiendo del tipo de consulta programada, si se trata de control de pacientes crónicos, o asesorías de nutrición. Una doctora refiere tardar 20 minutos en la consulta, debido a requerimientos de productividad por parte de la Jurisdicción Sanitaria.

En cuanto a barreras y facilitadores en la atención a la población indígena, las doctoras mencionan:

“UNA BARRERA MUY IMPORTANTE ES QUE LOS MÉDICOS USAMOS MUCHO LENGUAJE TÉCNICO” 3 D

“YA NO VA A HABLAR UNO, COMO ANTES ERA LA PLÁTICA, SINO QUE AHORA ELLAS MISMAS VAN A DAR LOS TEMAS, Y NADA MÁS EL MODULADOR DEL TALLER ES EL TAPS O TÉCNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DE CAMPO, NADA MÁS MODERA, NO, AQUÍ ESTÁN MAL, PERO ES LA MISMA POBLACIÓN, Y CREO QUE LA GENTE YA NO ESTA TAN DISTRAÍDA” 5ª

*“ESTAMOS TRABAJANDO EN EQUIPO, CADA QUIEN LO QUE TIENE QUE HACER, SI, LA
COMUNIDAD” 5A*

Como barreras las doctoras entrevistadas identifican en los pacientes: el idioma, las limitaciones económicas de la población, el descuido de la salud, el desconocimiento de las enfermedades y sus causas, los rasgos machistas de la cultura indígena, los compromisos religiosos de la población tanto cargos como festividades, la baja escolaridad que caracteriza a la población indígena, la sustitución de costumbres antiguas por modernas en la alimentación y actividad física, el abandono a las personas de la tercera edad, la edad, la falta de compromiso, responsabilidad en el cuidado de la salud y atención a la enfermedad de pacientes y familiares, los mitos sobre algunas enfermedades como la Diabetes Mellitus, sus tratamientos, y la actitud excesivamente demandante de algunos pacientes.

En los servicios y personal de salud: la falta de personal suficiente para la atención tanto médicos como psicólogos, la desinformación que ocasionan algunos médicos para captar pacientes, el exceso de trabajo en el centro de salud, el uso de medicina tradicional como único tratamiento, una regionalización de servicios inadecuada, el uso de lenguaje técnico médico, el tiempo breve de la consulta y la excesiva papelería que deben llenar los médicos en cada consulta.

Como facilitadores identifican en la población: que los pacientes vayan acompañados a consulta, la educación que brindan los programas sociales Progresá, Oportunidades y Prospera. Como facilitadores dentro de los servicios y personal de salud: actitudes positivas de algunos médicos.

En cuanto al tipo de pacientes indígenas que acuden a consulta refieren:

“LA POBLACIÓN EN GÉNERO PREDOMINA EL FEMENINO, EN EDAD 50, 70 AÑOS EN PROMEDIO, SON LOS QUE MÁS VIENEN, Y AHORITA ESTAMOS VIENDO QUE ESTÁ INCREMENTANDO LA POBLACIÓN DE 40, 35 AÑOS QUE ESTÁ ACUDIENDO, LA MAYORÍA 50, 70 AÑOS” 4ª

“MÁS MUJERES, POR LO REGULAR LA MUJER... EL SEXO FEMENINO ES LA QUE MÁS SOLICITA LA CONSULTA PORQUE ES LA JEFA DE FAMILIA, EL HOMBRE COMO ES EL QUE... EL

PROVEEDOR DE LA ECONOMÍA, AUN TODAVÍA PREDOMINA ESTO, AUNQUE YA LA MAYORÍA DE LAS MUJERES SALEN A TRABAJAR, TRABAJOS ASÍ DE ENTRADA POR SALIDA, O DE RATOS, DICEN, LLÁMESE AVON, LLÁMESE TUPPERWARE, O QUE SE YO, ESTE... LAS MUJERES SON LAS QUE MÁS... EH... VIENEN A LA CONSULTA, QUIZÁ POR CUMPLIR CON EL PROGRAMA, QUIZÁ PORQUE YA LES ESTÁ ENTRANDO MÁS EL GUSANITO DE CUIDAR SU SALUD PORQUE ESTAMOS INSISTIENDO, UNA MUJER CUIDA MÁS A LA FAMILIA QUE EL HOMBRE. ÉSTE... LOS HOMBRES LOS ESTÁ DANDO DE BAJA EL PROGRAMA PORQUE SE MIGRAN, MUCHA MIGRACIÓN, MUCHAS MUJERES SOLTERAS, MADRES CASADAS PERO SOLTERAS, DEJADAS POR UN RATO Y AL FINAL SI DEFINITIVA, PORQUE ALLÁ SE ENCUENTRAN A OTRA PERSONA” 5A

Las doctoras, en general, refieren que dentro de la población indígena que atienden acuden más mujeres, pacientes entre 50 a 80 años (sólo una doctora afirmó que acuden a su consulta más niños y personas jóvenes). Las principales causas de atención son enfermedades respiratorias y crónicas, obesidad, sobrepeso, diabetes, presión alta e hipertrigliceridemia, seguidas por las enfermedades diarreicas, y embarazos adolescentes; el alcoholismo ha dejado de ser una causa frecuente de consulta. Los pacientes generalmente son campesinos, choferes y albañiles. Dependiendo de la comunidad de la que provengan, y su nivel social es distinta la actitud, pero suelen ser muy demandantes debido a la cultura machista por la que prefieren ser atendidos por médicos hombres que mujeres. Atienden, por consultorio, entre 4000 a 5000 habitantes.

Respecto al control metabólico en estos pacientes, mencionan:

“DEPENDE MUCHO DE LA EDAD Y LOS ACOMPAÑANTES, PORQUE TENEMOS PACIENTES DE 80 AÑOS, Y ASÍ LLEGAN A CONSULTA, SI ES UN TANTO ESTE... DIFÍCIL QUE NOS ENTIENDA COMO ADMINISTRAR SU MEDICAMENTO, QUE ES IMPORTANTE EL HORARIO ESPECÍFICO DE ALIMENTOS, ESPECÍFICO DE ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO, Y SI LE AGREGAMOS QUE YA NO VE, QUE NO ESCUCHA, ENTONCES A MAYOR EDAD, MAYOR CONFLICTO” 4A

“VIENEN Y YA TIENEN AÑOS CON EL PROBLEMA Y ME DICEN, CUÁL ES SU CONTROL, PUES DICEN QUE TENGO DIABETES. O SEA, CON AÑOS Y AUN NO ACEPTAN QUE ESTÁN CON ESA

ENFERMEDAD, ESE ES EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL CUAL NO SE COMPENSAN, VIENEN DESCOMPENSADOS PORQUE NO SE HAN CASADO CON LA ENFERMEDAD, EL PRIMER PASO PARA LLEVAR UN MEJOR CONTROL DE EQUIVALENTE ENFERMEDAD ES ACEPTAR QUE LA TIENEN, PORQUE DESDE EL MOMENTO QUE ME DICEN: DICEN, NO LO ESTÁN ACEPTANDO, MUCHO MENOS ESTAMOS LEJOS DE QUE HAGAN ALGO...” 5A

Las cinco doctoras entrevistadas coinciden en que el control metabólico en la población indígena les es difícil. Una doctora explica que es debido a que la Diabetes Mellitus no da síntomas, las personas no se sienten mal, se complican y mueren. Otra doctora menciona que es debido a que cuesta mucho trabajo enseñarles a tomar los medicamentos. Una doctora afirma que lo que impide el control en estos pacientes se relaciona con las fiestas religiosas, ya que son muy importantes para las comunidades; hay 1 o 2 por mes durante todo el año. Otra doctora menciona que depende de la edad, el interés de los pacientes y los acompañantes para entender los tratamientos y brindar apoyo. Una doctora explica que es debido a la falta de aceptación de la enfermedad.

En cuanto a los intereses y motivaciones que hacen que las doctoras continúen con su trabajo atendiendo a la población indígena, refieren:

“YO SIEMPRE HE DICHO QUE ME GUSTA MUCHO MI TRABAJO, ME MOTIVA LA PREVENCIÓN, TENGO UN PAPÁ QUE ES DIABÉTICO, Y PUES QUE QUIERAS O NO A FUTURO VAS PENSANDO LAS COMPLICACIONES, PERO EL VER... EL VER LOS CAMBIOS EN UN ESTILO DE VIDA MEJOR ANTE LA ADMINISTRACIÓN DE UN SIMPLE MEDICAMENTO, VER LOS CAMBIOS DEL CUERPO, VER QUE SI PREVIENES, Y QUE SI PUEDES DAR MEJOR CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE, ESO ES LO QUE ME MOTIVA, ME FASCINA TRABAJAR” 4A

Sobre las motivaciones una doctora cuenta que Acambay es un lugar tranquilo y sano para vivir porque no hay estrés; otra doctora menciona que el trabajar atendiendo a la comunidad es su causa para seguir trabajando; otra doctora menciona que la satisfacción de controlar a los pacientes diabéticos es lo que la motiva a continuar.

Los intereses personales para realizar su labor son, para una doctora, el que no le gusta el trabajo administrativo y le gusta apoyar a los pacientes, otra doctora

refiere que su principal interés es mejorar la salud de la población; otra doctora menciona que quiere seguir trabajando y hacer un posgrado en Cuba que le brinde una visión preventiva para mejorar la atención de sus pacientes, otra doctora quiere tomar cursos de actualización también para dar una mejor atención. Una doctora está interesada en conocer más su comunidad, conocer directamente sus condiciones y estilos de vida, también realizar un trabajo más participativo, además de realizar una maestría en el Instituto Nacional de Salud Pública.

- Otras formas de atención: medicina tradicional y autoatención

En esta categoría se preguntó sobre la existencia de otros curadores, médicos tradicionales o personas que brindan algún servicio de salud. También se preguntó sobre remedios, plantas o recursos de medicina tradicional que sepan que los pacientes de las comunidades indígenas utilizan.

En cuanto a otros recursos de salud, una doctora refiere que han acudido a su localidad médicos interculturales que sí ayudan a la población y forman un buen equipo con los servicios de salud, pero su estancia es temporal. Una doctora menciona que sabe que hay un huesero en la comunidad, que a veces si ayuda a los pacientes y en ocasiones empeora su condición. Otra doctora menciona que en Acambay hay muchos sobadores, médicos naturistas y vendedores de Herbalife. Dos doctoras refieren no conocer otros tipos de médicos ni prácticas curativas en sus localidades, pero una de ellas refiere saber que todas las personas conocen alguna práctica tradicional que llevan a cabo en sus casas.

Sobre algunos remedios que conozcan, una doctora refiere que el uso de hierbas medicinales ha disminuido en la zona debido a la deforestación, pero que hay remedios como té, que incluso ella ha utilizado. Una doctora dice que sabe que hay muchos remedios, no los conoce y no los recomienda. Otra doctora menciona que no los conoce. Dos doctoras cuentan que algunos remedios que utilizan sus pacientes son: té de alpiste para la presión, Güereque hervido para la Diabetes Mellitus, hormiga roja o naranja, berenjena, aguamiel, pulque, Xoconostle y el nopal.

- Condiciones de los servicios

Al abordar las condiciones laborales y recursos disponibles, las doctoras mencionan que no cuentan con suficientes insumos, las cinco doctoras entrevistadas afirman que hay desabasto de medicamentos y cada vez más restricciones en el cuadro básico. Una doctora explica que esto se debe al abastecimiento por licitaciones en donde cada cierto periodo se cambia de compañía, con ello cambian marcas, calidades y cantidades de productos. Dos doctoras mencionan que falta personal médico o adiestramiento al personal de enfermería. Tres doctoras refieren que han tendido que comprar su propio material de trabajo como material de curación, medicamentos o insumos como papel, impresoras y tintas.

Sobre recursos con adecuación cultural mencionan:

“NO, NO VIENEN EN DIALECTO, VIENEN EN ESPAÑOL, LA CUESTIÓN AQUÍ ES QUE SE ESTÁN ARMANDO GRUPOS DE TALLER DE ACUERDO AL GRUPO ETARIO, PORQUE QUÉ LE VOY A DECIR A UNA EMBARAZADA SOBRE ALGÚN USO DE BASTONES, SI YA NO VE, O YA NO PUEDE CAMINAR O CLAUDICA, ¡TODAVÍA NO! SI EL CUIDADO DE UN ANCIANO, O QUÉ LE VOY A DECIR A UN ANCIANO DEL EMBARAZO...” 5A

Una doctora explica que a través del programa Prospera se capacitan a titulares pertenecientes a la misma comunidad para que brinden talleres sobre enfermedades respiratorias, gastrointestinales, diabetes, embarazo de alto riesgo y enfermedades prioritarias, de forma fácil de entender. Otra doctora menciona que quienes se encargan de realizar el enlace con la comunidad son las TAPS o técnicos en atención primaria a la salud, quienes van de casa en casa conociendo y visitando a la población. En ocasiones cuando la lengua es una limitante, las TAPS fungen como traductoras, al igual que los familiares que acompañan a los pacientes. Tres doctoras no conocen que se haga algún tipo de adecuación cultural, pero una de ellas ha escuchado que en una comunidad indígena se hizo un programa especial de salud. Una doctora recuerda que hace algunos años le

fueron enviados trípticos por parte del Seguro Popular, escritos en lenguas indígenas.

Las cinco doctoras coinciden en que un área de oportunidad para la mejora en la prestación de servicios es el adecuado abastecimiento de medicamentos. Dos doctoras mencionaron que también se necesita contar con suficiente personal médico y no médico para que los programas de salud funcionen adecuadamente, para que haya una mejor actitud y compromiso por parte del personal del centro de salud. Otras áreas que pudieran mejorarse son enseñar a los médicos a enseñar, no trabajar por productividad, que los médicos recorran sus comunidades para conocer las condiciones de vida de sus pacientes, promover que los pacientes siempre acudan acompañados y evitar el abandono de adultos mayores. Una doctora sugirió reforzar la educación en alimentación.

IX. Discusión

Este trabajo tuvo como principal objetivo analizar la experiencia de pacientes y personal médico en la implementación de programas de salud de enfermedades crónicas no transmisibles, tomando como eje el caso de la Diabetes Mellitus, en el contexto de interculturalidad del Municipio de Acambay en el Estado de México. Se planteó que a través de la etnografía y entrevistas semiestructuradas se podría lograr un acercamiento para ayudar a la comprensión del ejercicio del derecho a la salud en la población indígena del Municipio de Acambay, mediante la visión de la Salud Pública; lo que permitiría realizar observaciones que contribuyesen a promover una mayor calidad en los servicios de salud en esta población y disminuir sus brechas en salud.

Para ello se crearon 5 objetivos específicos, cuatro de ellos darían respuesta al contextualizar y abordar la experiencia de la atención a la Diabetes Mellitus, tanto en pacientes como en personal médico. El objetivo final consistiría en realizar las observaciones y recomendaciones encontradas tras el análisis de los resultados.

Respecto al primer objetivo, que se refiere a describir el contexto de interculturalidad del Municipio de Acambay, se sabe que el origen de la población se remonta a la época prehispánica. Los primeros pobladores pertenecieron a la familia Otomiana, en específico el pueblo otomí. La población inicialmente se ubicó en la localidad de Huamango, localizada en la zona montañosa, donde se erigió un centro ceremonial que sirvió de fortaleza; esta población formó parte de una importante ruta de comercio. Posterior a la conquista la principal actividad de la población se desarrolló como fuerza de trabajo para la población española y mestiza, los campesinos se dedicaban a la siembra de maíz. Estas labores permanecen hasta la actualidad en donde las principales actividades productivas son el campo y la prestación de servicios.

En la población la evangelización realizada por misioneros franciscanos tuvo un papel determinante para la división territorial de las actuales localidades, sus barrios y ejidos; en donde ahora se localizan los centros de salud. Además de

incidir en los roles tanto sociales como políticos de los sujetos, así como en el acceso a los servicios públicos.

Si bien se reporta que únicamente el 15.4% de la población actual en el Municipio de Acambay es otomí, la lengua se ha ido perdiendo, prevalecen rasgos culturales que se expresan en usos y costumbres tales como el sistema de cargos y linajes familiares.

Hasta antes de la década de los noventa, a partir de la cual surgen los programas sociales Progresá, Oportunidades y Prospera, la precariedad económica, el poco acceso a la educación escolarizada y a los servicios de salud, conformaron estructuras familiares con historias de pobreza, muerte infantil, maltrato hacia la mujer y un largo proceso de aculturación, también influido por las tendencias migratorias. Bajo esta complejidad social es en la que se encuentra la prestación de servicios de salud.

En cuanto al segundo objetivo específico: las condiciones en que se aplican los servicios de salud a la población indígena, se encontró que únicamente en 9 de las 32 localidades indígenas del municipio hay centros de salud. De estos en 3 es donde hay médicos con contrato permanente, mientras que el resto son atendidos por médicos pasantes que permanecen por un año. La población se caracteriza por tener entre sus primeras causas de muerte 3 condiciones crónicas, las cuales han ido en aumento en los últimos años. Si bien en el país y en mundo se pueden observar fenómenos generales similares, en donde está aumentando la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas, en el contexto del Municipio de Acambay se debe a diversos fenómenos, como ya se dijo hay un claro proceso de aculturación, generado por la vida moderna y el constante movimiento migratorio.

Para responder al tercer objetivo, analizar la experiencia de la implementación de programas de salud de Diabetes Mellitus en pacientes indígenas, se encontró un dato que no es novedoso, el que se atribuya la enfermedad a una causa emocional de carácter familiar. También se encontró que a los pacientes les es difícil seguir las indicaciones que se les dan para el manejo de la enfermedad, principalmente las relacionadas a cambios en los estilos de vida como la

alimentación, lo cual se relaciona no sólo con una resistencia por motivos de tradiciones culturales en el consumo de alimentos, sino también por el acceso y costo que generan gastos de bolsillo que muchas veces no son posibles. Además de que al interior de las familias se cuenta con poco apoyo para realizar estos cambios.

Por otro lado, si bien continúa habiendo acceso a remedios caseros, uso de plantas medicinales y a algunos médicos tradicionales, estos conocimientos, al igual que la lengua, se han ido perdiendo.

En cuanto al uso de servicios de salud, las condiciones en que reciben éstos no son exclusivas de la población indígena, es decir, también en otros contextos de desigualdad social y marginalidad tanto en zonas rurales como urbanas, se observa regionalizaciones operativas poco prácticas, tiempos de traslado prolongados, tiempos de espera largos, y barreras de comunicación entre el personal de salud y la población usuaria de los servicios. En donde las necesidades son las mismas: ampliar espacios, crear nuevas unidades, aumentar el personal, y el abastecimiento suficiente de medicamento.

Para el cuarto objetivo que busca analizar la experiencia de la implementación de programas de salud de Diabetes Mellitus en personal médico se encontró que sigue sin haber una capacitación previa o preparación para insertarse en contextos de interculturalidad, lo cual resulta indispensable para comprender las cosmovisiones de las diferentes poblaciones, no sólo indígenas, y algunos rasgos culturales que pudieran ayudar a lograr una mejor comunicación entre actores.

El personal de salud percibe que la población indígena no comprende o no tiene entre su racionalidad la idea de salud, que la enfermedad se limita a la presencia de síntomas, y la atención se basa en el seguimiento de las indicaciones médicas. Cabe destacar que sólo en una entrevista se mencionó que hace falta enseñar a los médicos a enseñar, y crear el interés en éstos por conocer a su población, la comunidad y sus estilos de vida.

Otro resultado que no es privativo de este contexto de interculturalidad se refiere a las limitaciones en los recursos. Lo que sí resulta novedoso es que los prestadores

de servicios perciban como barrera la misma estructura de sistema de salud, en donde se han ido generando condiciones que no sólo generan desabasto de insumos, sino también restringen la calidad de la atención

Cabe destacar que en el personal médico prevalece la idea de que las principales barreras en el acceso a los servicios de salud en la población indígena, se encuentran principalmente en los sujetos, sus decisiones y estilos de vida individuales, no existe una visión colectiva, ni se analiza el papel del sistema estructurado por el Estado. En segundo lugar ubican como barrera a la escasez de recursos, y no se manifiesta alguna justificación autocrítica sobre su papel como facilitadores en este acceso a los servicios de salud.

En conclusión, al analizar en este trabajo la experiencia de la aplicación de programas de Diabetes Mellitus en el contexto de interculturalidad existente en el Municipio de Acambay, se demostró que el ejercicio del derecho a la salud en la población indígena está limitado por diversas causas, algunas derivadas de rasgos culturales de la población, otras atribuibles al personal de salud y la estructura de los servicios dentro del sistema de salud.

X. Conclusiones

Este trabajo demuestra que en la particularidad del Municipio de Acambay, el ejercicio del derecho a la salud en la población indígena, históricamente y hasta hoy, ha sido limitado por fenómenos de pobreza y marginación, en donde para los prestadores de servicios prevalece la idea de que la pobreza deviene de la ignorancia, y no del diseño del sistema de salud elaborado desde la hegemonía, en donde también se encuentran los programas académicos que guían la educación de los médicos en México.

Si bien se ha demostrado en estudios como el de Pottie (2013) y Patternote (2014) que las intervenciones con adecuación cultural son más efectivas, principalmente en la modificación de estilos de vida; no es una constante el adiestramiento de los médicos para el trabajo en contextos de interculturalidad, ni tampoco se ha considerado un dato importante para las instituciones encargadas de brindar los servicios, generar materiales o tomar decisiones, dentro del sistema de salud.

Al parecer las políticas públicas en salud únicamente están visualizando las necesidades desde el punto de vista de los evaluadores y de intereses económicos, y no de quienes viven esas necesidades, los pacientes, ni de quienes diariamente conviven con ellas, el personal de salud. A partir de un “modelo monológico” (Martínez Hernández, 2011) que permea a la Salud Pública se han invisibilizado las realidades locales. Lo que está generando la continuidad en la marginación y exclusión social a través de acciones asistencialistas que perpetúan la actitud pasiva de los beneficiarios.

Entonces, el reto para el trabajo intercultural en la Salud Pública, consiste en generar respuestas multidimensionales, transdisciplinarias y autocríticas, que contemplen la participación social y con ello generar respuestas a necesidades locales, evitando así trampas homogeneizadoras, que han demostrado ser ineficaces e injustas.

XI. Recomendaciones

Para dar respuesta al quinto objetivo de este trabajo, las recomendaciones que se pueden realizar después de analizar los resultados y continuando con los planteamientos de la discusión, son:

1. Que las instituciones educativas involucradas enseñen a los médicos en formación la relevancia de la adecuación cultural de su trabajo cotidiano, dentro de la perspectiva de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
2. Que las instituciones de salud adiestren al personal ya operante en comunidades indígenas sobre herramientas, tales como la etnografía, que pueden facilitar el acceso a los servicios de salud, el control metabólico, así como el involucramiento de pacientes y familiares en el manejo de la enfermedad.
3. En las políticas públicas se integren los programas de atención a enfermedades crónicas no transmisibles con otros provenientes de distintos sectores con el fin de generar una visión completa y compleja a partir de los determinantes sociales de la salud.
4. Que el Estado considere dentro de cada política pública la participación comunitaria, multidisciplinaria, bajo la noción de que cada cambio lleva un proceso que debe ser continuo y no obedecer a plazos políticos, ni aludir a la prontitud.

XII. Bibliografía

Albó Corrons, X. (2004). Interculturalidad y salud. En G. Fernández Juárez, Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas (págs. 65-74). Quito: Abya-Yala.

América, P. (2005). Localidades de México. Obtenido de Dongú Centro: <http://mexico.pueblosamerica.com/i/dongu-dongu-centro/>

Campos Navarro, R. (2003). Una visión general sobre la medicina intercultural. Yolpathli, Servicios de Salud con Calidad Intercultural en Pueblos Amerindios, 1-18.

CDI. (2000). Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena por municipio, 2000, México, Acambay. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

CDI, C. d. (1990). Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. México: CDI.

CDI, C. N. (2000). Regiones indígenas de México. México: CDI / PNUD.

CDI, C. N. (2010). Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena, 2010: México. México: CDI.

CONEVAL, C. N. (2010). La pobreza por ingresos en México. México: CONEVAL.

CONEVAL, C. N. (2012). La Pobreza en la Población Indígena de México. México, D. F.: CONEVAL.

DGE, D. G. (enero de 2016). SINAVE. Obtenido de SUAVE: <http://www.sinave.gob.mx/SUAVE/Principal/Principal.aspx>

DGPLADES, D. G. (2009). Competencias Interculturales para el Personal de Salud. México: DGPLADES.

DOF, D. O. (17 de Agosto de 2012). Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. Obtenido de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n236.pdf>

Duarte Gómez, M. B., Brachet Márquez, V., Campos Navarro, R., & Nigenda, G. (septiembre-octubre de 2004). Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Salud Pública de México, 46(5), 388-398.

Epidemiológica, S. N. (2015 22 (32) Semana 22). Boletín Epidemiológico. México: Secretaría de Salud.

HCU. (2015). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Diario Oficial de la Federación.

HCU, H. C. (2010). Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación.

IGCEM. (2011). Estadística Básica Municipal del Estado de Méxio 2011, Acambay. Gobierno del Estado de México.

- INEGI. (2004). La Población Indígena en México. México: INEGI.
- INEGI, I. N. (2010). Boletín de Estadísticas Vitales. México: INEGI.
- INEGI, I. N. (2011). México en Cifras.
- INEGI, I. N. (2011). Panorama Sociodemográfico del Estado de México. México: INEGI. Obtenido de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/pa_nora_socio/mex/Panorama_Mex.pdf
- INEGI, I. N. (Septiembre de 2015). Cuéntame, información por entidad. Obtenido de Estado de México: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/default.aspx?tema=me&e=15>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, I. (2011). Población. Obtenido de Hablantes de lengua indígena en México: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/lindigena.aspx?tema=P>
- ISEM. (Agosto de 2006). Obtenido de Manual de Organización Tipo de Jurisdicción Sanitaria: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/uma/manual/MOTIPOJURISDICCION.pdf>
- ISEM. (23 de Noviembre de 2015). Unidades de Atención a Diabéticos. Obtenido de <http://salud.edomex.gob.mx/html/uad.html>
- Korsbaek, L., Mercado Vivanco, F. La sociedad plural y el pluralismo jurídico, un acercamiento desde la Antropología del Derecho. 153-177. <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1670/10.pdf>
- Lerin Piñón, S. (2004). Antropología y Salud Intercultural: desafíos de una propuesta. Desacatos, 15-16(Otoño-invierno), 111-125.
- Martínez Henáez, Á. (2011). Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. España: Anthropos.
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud., (págs. 451-464). Buenos Aires.
- México, G. d. (2010). Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas del Estado de México. Obtenido de Datos Estadísticos: <http://qacontent.edomex.gob.mx/cedipiem/pueblosindigenas/estadisticas/index.htm>
- Nigenda, G., & Langer, A. (2002). Métodos cualitativos para la investigación en Salud Pública. México: INSP.
- OMS. (Diciembre de 2015). Salud y Derechos Humanos. Obtenido de Nota descriptiva 232: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OMS, O. M. (Noviembre de 2013). Derecho a la Salud. Obtenido de Nota descriptiva 323: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OPS. (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington: OPS.
- OPS, O. P. (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington: OPS.

Pelcaastre, B. (2013). Atención a la salud de los pueblos indígenas, un desafío para la política pública. 12° Ciclo de videoconferencias Interactivas. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Paternotte, E., Val Dulmen, S., Van Der Lee, N., Scherphier, A., Scheele, F. (2014). Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling*. 26.

Pottie, K., Hadi, A., Chen, J., Welch, V., & Hawthorne, K. (2013). Realist review to understand the efficacy of culturally appropriate diabetes education programs. *Diabetics Medicine*(30), 1017-1025.

Ricco Monge, S. (2004). La Antropología Jurídica. Una exigencia de Norma. VII Conferencia Internacional Antropología 2004 (pág. 11). La Habana, Cuba: Cuba Arqueológica.

Rodríguez Ruiz, P. (2011). Los marginales de las Alturas del Mirador. Un estudio de caso. Valencia. Fundación Fernando Ortíz.

Romero Quiroz, J. (1992). Acambay, fragmentos históricos. Toluca: Instituto Mexiquense de Cultura.

Salamanca, A. (2006 Septiembre-Octubre 24(1)). La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. *Nure Investigaciones*, 4.

Salud, S. d. (2006). Planeación de Unidades Médicas. Modelo Integrador de Atención a la Salud MIDAS. México: DGPLADES.

SEDESOL. (2013). Catálogo de Localidades. Obtenido de Pueblo Nuevo: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=150010037>

SEDESOL. (2013). Catálogo de Localidades. Obtenido de Dongú Centro: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=150010017>

SEGOB, S. d. (20 de 05 de 2013). DOF, Diario Oficial de la Federación. Obtenido de Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013

Serrano Pérez, E. (1999). Monografía Municipal Acambay. Toluca: Instituto Mexiquense de cultura.

Sosa Vega, I., & González Ortiz, M. A. (2005). Pathe: cambio socio-cultural de una comunidad otomí. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.

SSA. (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: Diario Oficial de la Federación.

SSA, S. (2010). Guía de Referencia Rápida para la Detección y Estratificación de Factores de Riesgo Cardiovascular. México: SESA.

Trujillo Sáez, F. (2005). En torno a la interculturalidad: reflexiones sobre la cultura y comunicación para la didáctica de la lengua. *Porta Linguarum*(4). Obtenido de <http://www.ugr.es/~ftsaez/aspectos/reflexiones.pdf>

Tylor, E. (1975). La ciencia de la cultura. En J. M. Hobera, A. Desmonts, & M. Uria, *El concepto de cultura: textos fundamentales* (págs. 29-46). Barcelona: Anagrama.

UNICEF. (2015). Los pueblos indígenas en América Latina. Recuperado el 7 de Diciembre de 2013, de América Latina y el Caribe: http://www.unicef.org/lac/pueblos_indigenas.pdf

Zolla, C. (02 de 10 de 2013). Ponencia sobre Salud y Autoatención en el VI Diplomado Justicia y Pluralismo. México, Distrito Federal, México.

Zolla, C., & Zolla Marquez, E. (2004). Los pueblos indígenas de México. 100 preguntas. México: UNAM. Obtenido de Los puelos indígenas de México. 100 preguntas.

XIII. Anexos

CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD COMO RESPONSABLE DEL PROYECTO DESEMPEÑANDO FUNCIONES COMO ENTREVISTADOR

Yo, Sandrín Rivera Hernández, en mi carácter de responsables del proyecto, entiendo y asumo que, de acuerdo al Art.16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, es mi obligación respetar la privacidad del individuo y mantener la confidencialidad de la información que se derive de mi participación en el estudio: La experiencia de la aplicación de programas de atención integral para enfermedades crónicas no transmisibles en un contexto de interculturalidad en el municipio de Acambay, Estado de México, y cuyo(a) director(a) es el Dr. Leif Korsbaek]. Asimismo, entiendo que este documento se deriva del cumplimiento del Art. 14* de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares a la que está obligado todo(a) investigador(a).

Por lo anterior, me comprometo a no comentar ni compartir información obtenida a través del estudio mencionado, con personas ajenas a la investigación, ya sea dentro o fuera del sitio de trabajo, con pleno conocimiento de que la violación a los artículos antes mencionados es una causal de despido de mis funciones.

Sandrín Rivera Hernández
(Nombre)



(Firma)

noviembre 2015
(Fecha)

***El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aún y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular, sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guardé alguna relación jurídica**.*

Elaborado por: Instituto Nacional de Salud Pública



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO ADULTOS

Consentimiento informado para pacientes

Título del proyecto: La experiencia de la aplicación de programas de atención integral para enfermedades crónicas no transmisibles en un contexto de interculturalidad en el municipio de Acambay, Estado de México

Estimado(a) Señor/Señora:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación en Colaboración con el Posgrado en Antropología Social de la Escuela Nacional de Antropología e Historia.

El objetivo del estudio es describir y analizar la experiencia de pacientes y personal médico en la aplicación de programas de salud de Diabetes Mellitus con adecuaciones interculturales en el municipio de Acambay, Estado de México.

Si usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente: le haremos una entrevista a profundidad con preguntas acerca de su experiencia sobre la enfermedad, para lo cual la entrevista cuenta con una guía con 3 temas principales: datos sociodemográficos, conceptos de salud-enfermedad-atención, experiencia de la enfermedad, condiciones de prestación de servicios y relación médico-paciente. La entrevista tendrá una duración variable de acuerdo a la disponibilidad de tiempo del entrevistado y se propondrán hacerlas en varias sesiones. Lo entrevistaremos en su hogar, centro de salud o algún lugar tranquilo en donde pueda realizarse la entrevista, en el horario que usted nos indique. La entrevista será grabada para fines de fidelidad al momento de analizar la información brindada. Las entrevistas serán realizadas por personal capacitado para ello.

Beneficios: usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional De Salud Pública para la generación de conocimiento sobre los programas de salud que se implementan en las poblaciones indígenas en México.

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) por un número o alias y no con su nombre real. Los resultados de este estudio serán usados con fines académicos y científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo (a), tiene toda la libertad de no responderla.

Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los Servicios de Salud (Centro de salud, Hospital o Caravanas de Salud).

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a responsable del proyecto: Dr. Leif Korsbaek , al siguiente número de teléfono 55287681; en un horario de 8:00 a 20:00 hrs. Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente Del Comité De Ética Del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329- 3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: etica@insp.mx.

Si Usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Noviembre, 2013

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante: _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año

Firma: _____

Nombre Completo del Testigo 1: _____ Fecha _____
Día / Mes / Año

Dirección _____

Firma: _____

Relación con el participante _____

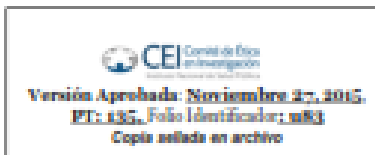
Nombre Completo del Testigo 2: _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año

Dirección _____

Firma: _____

Relación con el participante _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO ADULTOS

Consentimiento informado para personal de salud

Título del proyecto: La experiencia de la aplicación de programas de atención integral para enfermedades crónicas no transmisibles en un contexto de interculturalidad en el municipio de Acambay, Estado de México

Estimado(a) Doctor/Doctora:

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación en Colaboración con el Posgrado en Antropología Social de la Escuela Nacional de Antropología e Historia.

El objetivo del estudio es describir y analizar la experiencia de pacientes y personal médico en la aplicación de programas de salud de Diabetes Mellitus con adecuaciones interculturales en el municipio de Acambay, Estado de México.

Si usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente: le haremos una entrevista a profundidad con preguntas acerca de su experiencia sobre la atención a las enfermedades crónicas en población indígena, para lo que se seguirá una guía temática con las categorías: datos sociodemográficos, conceptos del proceso salud-enfermedad-atención, experiencia en la atención de enfermedades crónicas en población indígena, y relación médico-paciente. La entrevista tendrá una duración variable de acuerdo a la disponibilidad de tiempo del entrevistado y se propondrán hacerlas en varias sesiones. Lo entrevistaremos en su centro de salud o algún lugar tranquilo en donde pueda realizarse la entrevista, en el horario que usted nos indique. La entrevista será grabada para fines de fidelidad al momento de analizar la información brindada. Las entrevistas serán realizadas por personal capacitado para ello.

Beneficios: usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional De Salud Pública para la generación de conocimiento sobre los programas de salud que se implementan en las poblaciones indígenas en México.

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) por un número o alias y no con su nombre real. Los resultados de este

estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo (a), tiene el derecho de no responderla.

Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los Servicios de Salud (Centro de salud, Hospital o Caravanas de Salud).

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con los Investigadores responsables del proyecto: Dr. Leif Korsbaek , al siguiente número de teléfono 55287681; en un horario de 8:00 a 20:00 hrs. Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente Del Comité De Ética Del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329- 3000 ext. 7424 de 8:00 am a 18:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: etica@insp.mx.

Si Usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Noviembre, 2013

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante: _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año

Firma: _____

Nombre Completo del Testigo 1: _____ Fecha _____
Día / Mes / Año

Dirección _____

Firma: _____

Relación con el participante _____

Nombre Completo del Testigo 2: _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año

Dirección _____

Firma: _____

Relación con el participante _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año



GUÍA DE TEMAS PARA REALIZAR ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS A PACIENTES

Los siguientes son los temas divididos en apartados a entrevistarse durante la o las sesiones para ser exhaustivos en los apartados.

- Datos sociodemográficos
 - o Nombre
 - o Origen
 - o Edad
 - o Sexo
 - o Hablante de lengua indígena, perteneciente a comunidad indígena
 - o Escolaridad
 - o Ocupación
 - o Religión
 - o Estado civil
 - o Estructura familiar: hijos
 - o Domicilio
 - o Antecedentes familiares de ECNT
- Concepciones sobre:
 - o Salud
 - o Enfermedad
 - o Proceso salud – enfermedad – atención
- Experiencia del manejo de la enfermedad en los Sistemas de Salud
 - o Causas de la enfermedad
 - o Primer contacto con los servicios de salud
 - o Tratamiento inicial
 - o Tratamiento actual
 - o Emociones y sentimientos
 - o Contexto familiar: apoyo / rechazo / cambios en la dinámica familiar
 - o Trato del personal de salud
 - o Opinión
- Condición de prestación de servicios
 - o Existencia de otros prestadores de atención a la salud
 - Tipo
 - Medicamentos, remedios
 - o Opinión
- Relación médico – paciente
 - o Comunicación
 - Comprensión
 - Tiempo de consulta
 - Relato de una consulta cotidiana
 - Opinión
 - o Recursos
 - Materiales

GUÍA DE TEMAS PARA REALIZAR ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS A MEDICOS

Los siguientes son los temas divididos en apartados a entrevistarse durante la o las sesiones para ser exhaustivos en los apartados.

- Datos sociodemográficos
 - o Nombre
 - o Origen
 - o Edad
 - o Sexo
 - o Escolaridad
 - Lugar de formación
 - Expectativas en su formación
 - Adiestramientos
 - o Ocupación
 - o Religión
 - o Estado civil
- Concepciones sobre:
 - o Salud
 - o Enfermedad
 - o Proceso salud – enfermedad – atención
- Experiencia en la atención de la enfermedad
 - o Tiempo
 - o Opinión: barreras y facilitadores
 - o Intereses
 - o Tipo de pacientes
 - o Control de padecimientos en PI
 - o Motivaciones
 - o Anécdotas
 - o Condiciones laborales: materiales, horarios, productividad
- Condición de prestación de servicios
 - o Existencia de otros prestadores de atención a la salud
 - Tipos de curadores
 - Otros remedios utilizados
 - Opinión
- Relación médico – paciente
 - o Comunicación
 - Familia
 - o Recursos
 - Materiales
 - Traductores
 - o Otros: formas de adecuación cultural