



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE LA UNIVERSIDAD

**SALUD INTERCULTURAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
PEDIÁTRICAS: UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS
SERVICIOS**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN GESTIÓN DE SISTEMAS DE SALUD

PRESENTA
IRAIS DEL SOLAR LOPEZ PS1895

DIRECTORA DE TESIS
DRA. HILDA MARÍA JIMENEZ ACEVEDO

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; JULIO DE 2023



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Julio 31 de 2023
Oficio No. CESU/CG/257/2023

C. Irais del Solar López
Candidata al Grado de Maestra en Gestión
de Sistemas de Salud.
Presente

Por medio del presente informo a Usted, que una vez recibidos los votos aprobatorios de los miembros del Comité Tutorial de la tesis intitulada:

SALUD INTERCULTURAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS: UNA PROPUESTA PARA
MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

Se le **AUTORIZA** que lleve a cabo la impresión definitiva de cinco ejemplares de la tesis y dos ejemplares en formato disco compacto, los cuales deberá entregar:

- Un ejemplar de la tesis en formato disco compacto: anexar oficio de autorización de impresión de tesis Dirección de Desarrollo Bibliotecario de la Universidad Autónoma de Chiapas
- Cinco tesis impresas y un ejemplar en formato de disco compacto Área de Titulación del CESU para ser entregadas a los Sinodales.

Asimismo, se le informa que podrá consultar los requisitos de entrega de tesis en la página web de la Dirección de Desarrollo Bibliotecario en www.biblioteca.unach.mx

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

"Por la Conciencia de la Necesidad de Servir"

Mtro. Jordán Corzo Mancilla
Coordinador General

C.c.p. Expediente/archivo:
MJC/eaaga.



Código: FO-113-05-05

Revisión: 0

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA TESIS DE TÍTULO Y/O GRADO.

El (la) suscrito (a) IRAIS DEL SOLAR LÓPEZ,
Autor (a) de la tesis bajo el título de "SALUD INTERCULTURAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS: UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS
presentada y aprobada en el año 20 23 como requisito para obtener el título o grado de MAESTRIA EN GESTION DE SISTEMA DE SALUD, autorizo licencia a la Dirección del Sistema de Bibliotecas Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH), para que realice la difusión de la creación intelectual mencionada, con fines académicos para su consulta, reproducción parcial y/o total, citando la fuente, que contribuya a la divulgación del conocimiento humanístico, científico, tecnológico y de innovación que se produce en la Universidad, mediante la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Consulta del trabajo de título o de grado a través de la Biblioteca Digital de Tesis (BIDITE) del Sistema de Bibliotecas de la Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH) que incluye tesis de pregrado de todos los programas educativos de la Universidad, así como de los posgrados no registrados ni reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT.
- En el caso de tratarse de tesis de maestría y/o doctorado de programas educativos que sí se encuentren registrados y reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), podrán consultarse en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Chiapas (RIUNACH).

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a los 31 días del mes de JULIO del año 20 23.


IRAÍS DEL SOLAR LÓPEZ

Nombre y firma del Tesista o Tesistas

AGRADECIMIENTOS

DESEO AGRADECER A DIOS, POR HABERME PERMITIDO ALCANZAR ESTE NUEVO OBJETIVO DE VIDA, HACIENDOME SENTIR ORGULLOSA CONMIGO MISMA.

A MIS PADRES, HERMANOS Y SOBRINOS, QUIENES SIEMPRE HAN CREIDO EN MI Y PORQUE CON SU APOYO TODO ES POSIBLE.

SOFIA Y RODOLFO (MIS AMORES) USTEDES SON FUENTE DE INSPIRACIÓN PARA MIS MAS GRANDES DESEOS. SON MIS PILARES. LOS AMO.

A MIS AMIGOS Y AMIGAS, POR SUS PALABRAS DE ALIENTO Y ALEGRARSE DE MI TRIUNFOS PERSONALES; GRACIAS POR SER POR MUCHO MIS MEJORES TERAPEUTAS.

Y A MIS MAESTROS, LES AGRADEZCO HABER COMPARTIDO SUS CONOCIMIENTOS Y SABIDURIA, SIN SU AYUDA ESTO NO SERIA POSIBLE; GRACIA POR SU TIEMPO Y DEDICACIÓN. Y POR ESTA OPORTUNIDAD.

Y FINALMENTE, DESEO EXPRESAR LO AGRADECIDA QUE ESTOY CON MIS PACIENTES. A QUIENES HAN PUESTO SU VIDA Y ESPERANZAS EN MI MANOS; ESTO TAMBIEN ES POR USTEDES, A QUIENES ESPERO SEGUIR SIRVIENDO.

RESUMEN

De acuerdo con la UNICEF México, las niñas, niños y adolescentes indígenas representan la población con mayores carencias y la más olvidada por la política social; destacándose problemas como la desnutrición, altas tasas de mortalidad infantil, analfabetismo, explotación infantil y laboral, entre otros (UNICEF México, 2018). Diversas fuentes señalan situaciones de inequidad en mortalidad infantil, de manera que, un niño indígena que habita en una comunidad rural posee más probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años, que la probabilidad que poseen otro niño de la misma edad no indígena (Naciones Unidas, 2010). Esta disparidad es una de las tantas expresiones de injusticia social. La solución se podría encontrar con mejoras en las condiciones de vida, y ajustes en los programas, a la realidad local. (OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud, 2008). La *estrategia de interculturalidad en salud*, forman parte del actual Plan Nacional de Desarrollo, con el que se pretende mejorar la cobertura y la calidad en salud en comunidades indígenas, a través de prácticas médicas más apegadas a la realidad. (Secretaría de Salud, 2020). La **finalidad** que este proyecto persigue es documentar la diversidad cultural presente en el ámbito de la atención de salud que se otorga en el HEP, y plantear el desarrollo de estrategias que garanticen el derecho a la salud de la población indígena; logrando la transformación de la Atención Médica de Tercer Nivel de Salud, haciéndola más accesible, equitativa e incluyente. El **Objetivo** principal implica sentar la bases para elaborar una propuesta de un programa intercultural para el HEP basada en el “Modelo intercultural de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas”, y elevar la calidad de los servicios que se otorgan en el hospital. También se pretende impactar positivamente la salud de los pacientes pediátricos, y a la larga abatir la tasa de morbi-mortalidad infantil intrahospitalaria registrada. La **Metodología** que se utilizó para la gestión del presente proyecto está enmarcada por la Metodología de Marco Lógico, una herramienta en el diseño de proyectos sociales, más completa y operativa (Ortegón & Prieto, 2005), la cual fue desarrollada durante la Maestría de Gestión de Sistemas de Salud.

Este proyecto encuentra cobijo en los trabajo realizado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y al finalizar, se espera pueda ser parte del programa de trabajo de la reciente Coordinación de Interculturalidad del Hospital de Especialidades Pediátricas, para la implementación de la Política de Interculturalidad en el Hospital.

Palabras Claves: Salud intercultural; Modelo intercultural; pueblos indígenas; Atención a la Salud; calidad de los servicios.

CONTENIDO

RESUMEN	5
SIGLAS Y ACRONIMOS	9
INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVOS	23
GENERAL.....	23
ESPECÍFICOS	23
CAPITULO I. MARCO DE REFERENCIA	24
1.1. MARCO CONCEPTUAL	24
1.1.1. <i>EL SISTEMA DE SALUD</i>	24
1.1.2. <i>LA GESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD</i>	26
1.1.3. <i>INTERCULTURALIDAD Y SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENA</i>	30
1.1.4. <i>SALUD DE LOS NIÑOS INDÍGENAS</i>	35
1.2. MARCO LEGAL/NORMATIVO	38
1.3. MARCO DE POLÍTICA PÚBLICA.....	42
1.3.1. <i>Internacional</i>	42
1.3.2. <i>Nacional</i>	43
1.3.3. <i>Estatal</i>	43
CAPITULO II. METODOLOGÍA	46
2.1 METODOLOGÍA PARA LA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	46
2.2 METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	48
2.2.1. <i>Análisis de involucrados</i>	49
2.2.2. <i>Análisis de Problemas</i>	50
2.2.3. <i>Análisis de Objetivos</i>	51
2.2.4. <i>Análisis de alternativas</i>	52
2.2.5. <i>Integración del presupuesto</i>	53
2.2.6. <i>Diseño de indicadores Objetivamente Verificables</i>	56
2.2.7. <i>Diseño de medios de verificación</i>	57
2.2.8. <i>Definición de los supuestos</i>	58
CAPÍTULO III. EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS	59
3.1. ANTECEDENTES	59

3.2. UBICACIÓN, ÁMBITO DE ACCIÓN, POBLACIÓN OBJETIVO	59
3.3 CARACTERÍSTICAS.....	62
3.4 INFRAESTRUCTURA GENERAL.....	62
3.5. INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	65
3.6. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	67
3.7. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO	68
3.8 COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO	69
CAPÍTULO IV. PROYECTO..... DE INTERCULTURALIDAD PARA EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS.....	72
4.1. DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA EN EL HEP	72
4.2. ANALISIS DE INVOLUCRADOS.....	75
4.3 FIN	77
4.4. PROPÓSITO.....	77
4.5 COMPONENTES	77
4.6. ACTIVIDADES	78
4.7. DIAGRAMA DE GANTT	79
4.8. RESUMEN DE PRESUPUESTO	80
4.10. MATRIZ DE MARCO LÓGICO	82
4.11. ANÁLISIS DE LA LÓGICA VERTICAL Y HORIZONTAL	84
CONCLUSIONES	85
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	93

SIGLAS Y ACRONIMOS

SS. Secretaría de Salud.

HEP. Hospital de Especialidades Pediátricas.

SCT. Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

CRAE. Centro Regional de Alta Especialidad.

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

BID. Banco Internacional de Desarrollo.

UE. Unión Europea.

CCINSHAE. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

OPS. Organización Panamericana de la Salud.

OIT. Organización Internacional de Trabajo.

LGS. Ley General de Salud.

PND. Plan Nacional de Salud.

PSS. Programa Sectorial de Salud.

PISPI. Programa Institucional de Salud de los Pueblos Indígenas.

DOF. Diario Oficial de la Federación.

DGCES. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

DGPLADES. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

UEI. Unidad de Enlace Intercultural.

SESTAD. Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno.

SNPSS. Sistema Nacional de Protección Social en Salud.

INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

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

OEA. Organización de los Estados Americanos.

INTRODUCCIÓN

El presente documento es el proyecto de tesis, que para obtener el grado de Maestra en Gestión de Sistemas de Salud, la sustentante elaboró tras años de ser testigo de las características de la Atención médica tan diferenciada a la que es sujeta la población indígena del Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP) de Chiapas, en comparación con los pacientes no indígenas de la misma institución. Infinidad de documentos han sido reproducidos señalando el nivel ideal de desempeño de la atención en salud para grupos especiales, y los indicadores que garantizarían su ejercicio; sin embargo, esto ha quedado como una simple pauta que ha sido ignorada, convirtiéndonos en partícipes o testigos silenciosos de múltiples violaciones a los derechos humanos que acontecen a esta población, más aún como pacientes.

Se aspira a establecer el arquetipo para el desarrollo de relaciones igualitarias multiculturales, y superar la desventaja que padecen la mayoría de los usuarios indígenas por su origen. Este pueblo que históricamente ha soportado actos discriminatorios por su lenguaje, su nivel educativo y por sus costumbres, se ha convirtiéndolo en presa fácil de violación a los derechos humanos.

Lo previamente expuesto, hace suponer que pequeños cambios de actitud, como el establecer un diálogo abierto, el escuchar sin juzgar la forma en que se perciben los procesos de salud-enfermedad, indagar las expectativas, reconocer los códigos culturales y valorar la diversidad cultural, podrían derrivar las llamadas *barreras culturales* (Almaguer, Vargas, & H.J., 2014). Se trata de conseguir la satisfacción y la aceptación de los usuarios desde su cultura. Al mismo tiempo, se espera despertar el interés y sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la capacitación intercultural que promueva el trato digno, la participación social, las competencias técnicas, la calidad médica y la pertenencia cultural.

Considerando la composición multicultural de la sociedad, edificada por la diversidad cultural y epidemiológica de los pueblos mexicanos, se idealiza el desarrollo de interacciones respetuosas y horizontales, las cuales se sinergizarán por las aportaciones culturales individuales y grupales, que favorezcan la

integración y la convivencia (interculturalidad). Esta es la razón por la que las “relaciones interculturales” continuarán cuestionando la existencia de Modelos de atención a la Salud dirigida a la diversidad cultural de México; dicho modelo deberá promover la coordinación sectorial, intersectorial y civil con organismos gubernamentales y no gubernamentales en acciones pro salud (Almaguer, Vargas, & García, 2008).

La planeación de los servicios de salud a través del “Modelo de atención Intercultural”, tiene el propósito de impulsar la transformación de las instituciones de salud al servicio de la población para mejorar el acceso efectivo de los más vulnerable; conseguir servicios y atención médica de calidad; satisfacer las necesidades y expectativas de todos, bajo el marco del respeto a la diversidad y a la identidad cultural (Almaguer, Vargas, & García, 2008).

La elaboración de este proyecto requirió la asesoría de los departamento de Calidad y Educación Médica Continua del hospital, y por Autoridades del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI), para juntos revelar las necesidades de dicha población y formular posibles estrategias que resuelvan sus demandas; y nos condujo a realizar una revisión del estado del arte sobre la atención de salud intercultural, decretos, pactos, normas y Modelos de Atención de la Salud para los Pueblos Indígenas , internacionales y nacionales de los últimos años.

Consideramos que el mayor reto del proyecto se centrará en la incorporación de la perspectiva intercultural a los Servicios de Salud de Tercer Nivel, lo que implica planear los procesos de atención desde la diversidad para la población indígena como no indígena (OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud, 2008); se recomienda empezar por reconocer la igualdad de las partes; desarrollar vínculos, y generar nuevos canales de comunicación que promuevan la confianza, la libertad y la seguridad; apuntando a disminuir la morbimortalidad de las población, y ajustar todos los procesos a la realidad del Hospital de Especialidades Pediátricas .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este proyecto surge de las insatisfacciones que nos dejó el haber participado consecutivamente en la capacitación anual titulada: “Interculturalidad en los Servicios de Salud”, un curso de gratuito, pero de carácter obligatorio que se imparte anualmente en el Hospital de Especialidades Pediátricas como parte del programa de Calidad y Educación Medica Continua del Hospital.

Sin duda, un tema interesante por su definición literaria y de relevancia para países multiculturales, pluriétnicos y plurilingües, como lo es México; y aún más, para el Estado de Chiapas, que según reportes del último Censo 2020, concentra un importante número de *pobladores indígenas*, donde al menos ocho de cada 100 habitantes se auto reconocen como indígenas o se identifican como tales; y donde cada 100 personas que hablan alguna lengua indígena, 12 no hablan español (INEGI, 2020).

Y es que, estadísticamente hablando, América Latina y el Caribe albergan una población indígena que supera los 50 millones de personas; es decir, el 10.18% de la población total. El grueso de la población indígena se concentra en México, América Central y los Andes con alrededor del 90% del total de la población del Continente Americano; sin tomar en cuenta el sub-registro en las estadísticas oficiales (CEPAL Comisión Económica para América Latina, 2014).

Según los resultados del último Censo del Población y Vivienda (INEGI, 2020) tan sólo México reunía un 6.1 por ciento de la población mayor de 3 años (7 millones 364 mil 645 personas) hablando una de las 68 lenguas indígenas; que en comparativa con el 2010, presentó un descenso del 0.5 por ciento con respecto al 2020; así lo declaró el director general del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI), Adelfo Regino Montes.

En México se habla un gran número de lenguas indígenas, es decir, de idiomas que se utilizan desde la época prehispánica; y los Estado de Chiapas, Oaxaca y Veracruz, son tres de las entidades federativas con la más alta concentración de

indígenas; sumando un total de 3,231,031(6.2%) habitantes mayores de 5 años y más que hablan lengua indígena (INEGI, 2020).

En particular, el Estado de Chiapas es de los 7 más grandes de la República Mexicana, y también ocupa el primer lugar en cuanto a proporción de población indígena; estadísticamente hablando, el porcentaje de población mayor de tres años que habla alguna lengua indígena alcanzó el 28.2% en el último Censo (INEGI, 2020). Chiapas se caracteriza por una exuberante riqueza medioambiental y cultural; sin embargo, se posiciona en el segundo puesto a nivel nacional con el índice más alto de marginación¹ (85.57%) y gran parte de su población se encuentra en situación de pobreza (75.5%) (CONAPO, 2021), (CONEVAL, 2018).

Al respecto, Chiapas posee 14 grupos étnicos (SIC MÉXICO, 2021), que hablan Tzeltal (562,120 habitantes), Tzotsil (531,662 habitantes), Ch'ol (210,771 habitantes), y Tojolabal (66,092 habitantes); en ese orden de importancia; pero también, se conocen lenguas como la Zoque, Mam, Lacandon, Jakalteco, chuj, Teko, Qato'k, y Q'anjob'al, que en total suman 12 lenguas reconocidas por el Catálogo de Lenguas indígenas (DIARIO OFICIAL, 2008). Este tipo de expresiones culturales se mantienen vivas a duras penas; sobrellevando una complicada interacción con la sociedad moderna, que en muchas ocasiones sólo victimiza y/o excluye a esta población, simplemente por hablar diferente.

Las implicaciones de los procesos de marginación y pobreza sobre la salud de la población indígena son enormes; históricamente estos procesos han limitado los recursos tangibles e intangibles para comprender y responder a enfermedades prevenibles, dejándolas fuera de posibilidades de atención e incluso tornarse mortales.

En este sentido, es posible reconocer la presencia de otro tipo de obstáculos, las

¹ El índice de marginación es una medida-resumen que permite diferenciar las distintas unidades geográficas del país según el impacto global de carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación, la salud, la residencia en viviendas adecuadas, a bienes o ingresos insuficientes.

llamadas “barreras”, dentro de las cuales se identifican de tipo socioeconómicas, geográficas y culturales; las cuales limitan el acceso a los servicios de salud, y los transforman en una fuente de malestar y riesgo para los pacientes culturalmente diferentes (Almaguer González, 2020).

Quizás sea imposible determinar la influencia de estas barreras sobre acceso a los servicios de salud de la población indígena; pero en esta ocasión interesa atenuar el peso de las “barreras culturales”, las cuales están determinadas por las características diferenciales entre la cultura de las instituciones de salud y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios. Esta situación impacta en el trato y en la relación entre el personal de salud y los usuarios de los servicios de salud. Porque conceptos como la discriminación, y la deshumanización, poseen una relación directa con la operación de servicios de salud cerrados a la cosmovisión de los pacientes y sus familias; irrespetuosos ante los problemas personales, enfermedades o la posibilidad de muerte. Estas mismas acciones dificultan y/o limitan el acceso a grupos humanos tradicionalmente desvalorizados, como lo son las poblaciones indígenas.

El establecimiento de relaciones médico-paciente efectivas en las instituciones que atienden a población indígena no dependen únicamente de las capacidades técnicas, y de la suficiencia de recursos, sino que exigen el dominio de competencias culturales y habilidades pero sobretodo de actitudes (Almaguer, Vargas, & García, 2008); porque sobrevaloran la dimensión biológica y técnica institucional; restan importancia a los aspectos sociales, culturales, ambientales y psicológicos/emocionales del proceso salud-enfermedad-atención, además dejan fuera la posibilidad de lograr impactar cuantitativa y cualitativamente en las intervenciones del personal de salud (Secretaría de Salud, 2023).

Esta es una lamentable realidad que pone de manifiesto la urgente necesidad de convertir la atención sanitaria en un proceso por demás accesible; y para hacer frente a estos retos, los sanitarios han empezado a incorporar parte de los programas de Atención Intercultural a la Salud; esto implica la conjunción de prácticas curativas tradicionales a las prácticas modernas, pero siempre respetando

las creencias culturales locales. Este enfoque ha mostrado resultados sobresalientes en la reducción de las disparidades en salud, a través de indicadores como la mortalidad infantil y la mortalidad materna de la población que se atiende. Las niñas y niños indígenas son considerados un grupo especialmente vulnerable al padecimiento de problemas de salud prevenibles, y de desenlaces fatales, como la desnutrición grave, las enfermedades infecto-contagiosas y las enfermedades crónicas; más que cualquier otro menor no indígena. Esto se debe en gran parte a factores externos como el acceso limitado a agua potable y saneamiento, mala alimentación y la falta de servicios sanitarios preventivos (OMS/OPS, 2008)

Está bien visto que, la pertenencia a un grupo étnico/racial, es un determinante social que produce estratificación. La identidad de los individuos tiene consecuencias concretas en la vida cotidiana, y sobre las condiciones sociales en que transcurren su vida. Las condiciones en general son diferentes, y pueden llegar a obstaculizar, para algunos o facilitar a otros, el acceso a bienes y servicios y el pleno gozo de sus derechos (Secretaría de Salud, 2014)

En el Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas se atienden diariamente a un importante número de niños de todas las edades, de origen indígenas, de predominio Tzotziles, Tzeltales y/o Zoques, etc., con pobre o nulo nivel de alfabetización²; los cuales tienen que recorrer un largo camino junto a sus familiares en la búsqueda de la atención médica; en muchas de las ocasiones por patologías de alta complejidad que implica largos periodos de hospitalización, y/o atenciones subsecuentes; como es el caso del cáncer infantil.

La comunicación y el intercambio de información con la población indígena, a través de una deficiente relación médico-paciente sobre los procesos de salud-enfermedad, suele resultar confusa, e incluso ser malinterpretada o poco comprendida; ocasionando en muchas de las ocasiones abandonos terapéuticos, y

² Así lo indican los Archivos del Departamento de Calidad y Educación en Salud del Hospital de Especialidades Pediátricas, que en el año 2014 presentó la iniciativa de elaborar un censo sobre la población indígena que visitó el HEP entre los meses de enero y septiembre.

rechazo al uso de los servicios médicos de alta especialidad (Secretaría de Salud, 2023). En este tipo de interacción, el paciente indígena sólo se limita a seguir indicaciones dentro de su entendimiento; fracturando aún más la relación; acarreando graves consecuencias en el apego terapéutico, y el restablecimiento de su salud (Secretaría de Salud, 2014).

Por lo anterior, nos aventuramos a afirmar que la identidad étnica (visibilidad) funciona como estratificador en el campo de la salud en tres dimensiones: las condiciones de salud, la calidad de la atención y el acceso a los servicios; pudiendo tener un impacto positivo o negativo sobre la salud. (Santos Padrón, 2011)

La mejor respuesta a esta problemática radica en la incorporación del *enfoque intercultural* en la atención de salud de las poblaciones indígenas; como una *estrategia* para mejorar las condiciones de salud general de la población; favorecer el acceso equitativo para todos los sectores de la población, y al mismo tiempo, elevar los estándares de Calidad institucional en la evaluación de los servicios de salud (Secretaría de Salud , 2003)

Porque efectivamente, las diferencias culturales han sido ignoradas en los procesos de atención a la salud que se brindan en el Hospital de Especialidades Pediátricas; durante años se han arrastrado problemas asociados al desempeño del personal de salud, disposiciones físicas, y procedimientos técnicos utilizados por este servicio público de salud, obstaculizando el acceso efectivo de la población indígena de la región (OPS/OMS , 2009).

El *enfoque intercultural* promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la salud como un derecho fundamental, y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y las prácticas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad. Esta política posee como referente la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2017) y sirve como marco de referencia a

los compromisos de desarrollo sostenible asumidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas³ (Naciones Unidas, 2018).

En este mismo contexto, sobresale el carácter jurídico de esta política cuyos principios están descritos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, específicamente en los Artículos 1º y 4º Constitucional (Camara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2021) . El Marco Normativo de esta estrategia está basado en la Ley General de Salud (Diario Oficial de la Federación, 2018), y en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; y en algunos Tratados Nacionales e Internacionales de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS); la Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁴ ; la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la Cultura (UNESCO), y la Organización de Los Estados Americanos (OEA).

Por su parte, el Programa de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas coordinado por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, cita que, considerando la diversidad cultural y epidemiológica de la población indígena de México, se debe impulsar un *Modelo Intercultural* basado en 4 estrategias: mejorar el acceso efectivo, oferta de trato digno, el reconocimiento étnico (visibilidad), y el empoderamiento de los vulnerables (Secretaría de Salud, 2014).

La población indígena enfrenta serios obstáculos para acceder a servicios de atención médica especializada de segundo o tercer nivel, derivados de los altos niveles de pobreza que presentan, y los altos costos que implica acceder a estos servicios; mientras que el aislamiento geográfico y la escasa cobertura de la infraestructura hospitalaria en las regiones indígenas del país, obliga a los pacientes a recorrer grandes distancia hasta los centros urbanos donde se encuentran los grandes hospitales; generando gasto de pasaje, alimentación y hospedaje, que no pueden cubrir por falta de recursos. (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [CDI], 2016,).

³ Estrategia 10.2 de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible.

⁴ ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de diciembre de 1966.

Además de enfrentar problemas derivados de trámites y gestiones complejos en los distintos puntos de atención de la institución de salud; esta población suele enfrentar gastos de bolsillo en medicamentos, estudios, atención médica, cirugías y hospitalización, que no pueden solventar tan fácilmente, cuando ni el nivel socioeconómico-cultural ni el lenguaje pueden contribuir con la solución (CDI, 2016).

Las situaciones previamente comentadas, señalan sólo una parte de los problemas que se viven a diario en el Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas, donde la ausencia de un Modelo de atención intercultural para la atención de salud de las poblaciones indígenas, violenta las libertades y el derecho a la Salud de esta población. Mientras alguien ofrece alguna solución a esta problemática, el HEP continuará funcionando como centro de referencia pública de tercer nivel; atendiendo a un importante número de niños indígenas, identificados por su ascendencia, y lengua materna.

Mientras que los prestadores de atención en los servicios hospitalarios, continuarán delegando la responsabilidad completa de salud de los menores a sus familias y tutores; sin comprender que la salud requiere de la participación colectiva e intersectorial de la sociedad en la búsqueda de soluciones sostenibles y reproducibles; dentro del marco de desarrollo social y económico de la comunidad; como lo afirmo, la Declaración de Alma Ata⁵: “La enfermedad se supera cuando el individuo y la comunidad conocen sus derechos y toman en sus manos el control de su propio bienestar” (OPS Organización Panamericana de Salud, 1978).

A través de este documento, se denunciemos la ausencia de un programa para la atención de salud de niños y niñas indígenas de Chiapas desde la perspectiva intercultural; el cual debe ser diseñado tomando en cuenta cuatro componentes involucrados en el proceso de atención, tal como lo mencionan Almaguer y colabores: a) la población objetivo, con su diversidad cultural y cosmovisión; b) el

⁵ La conferencia de Alma Ata (1978) sobre Atención Primaria de la Salud, revela la importancia de la participación comunitaria y contempla los principios de equidad, inclusión, prevención y promoción de la salud.

Personal de Salud, en su singularidad cultural, c) la Política intercultural en Salud vigente, un componente esencial en la oferta de servicios y d) las Estrategias de Comunicación con Enfoque Intercultural (Almaguer, Vargas, & H.J., 2014).

La incorporación sistemática de un enfoque intercultural en cualquier plan y programa de atención de salud deber considerado para todas las dependencias vecinas a las zonas habitadas por población indígena; facilitando los mecanismos para conseguir el rediseño de Programas, Planes y Políticas de salud, y para modificar la injusta realidad en que se atiende a esta población, y al mismo tiempo fortalecer la calidad de los servicios de salud dentro de un marco de trabajo que promueve la Equidad, Participación Social y el respeto de los Derechos Humanos.

De lo anteriormente expresado, nos surgen la duda de ¿Por qué el Modelo de Atención a la Salud para la población indígena no se ha puesto en marcha en un tercer nivel de Atención a la Salud como es el HEP, y ¿Cómo se puede realizar la propuesta de Programa Intercultural para el HEP?

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto fue realizado con la finalidad de impulsar el cambio de proceder de los servicios de salud frente a poblaciones vulnerables, más específicamente de las poblaciones indígenas; mediante el reconocimiento de la diversidad cultural de los pacientes que se atienden en las instituciones de salud de todos los niveles; documentado las diferencias culturales y utilizándolas como el origen de las Fortalezas y Oportunidades para el desarrollo de un planes estratégicos que atiendan la disparidad en materia de salud que vive esta población.

Se trata de transformar al Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP) de Chiapas en una institución más accesible, equitativa e incluyente; establecer espacios y procedimientos de atención a la salud diferenciados por variables culturales (identidad étnica y de lenguaje). Y se espera que a consecuencia de este anhelado cambio se observe una reducción de las tasas de morbi-mortalidad de los pacientes pediátricos del HEP en Chiapas.

Al mismo tiempo, la presente propuesta de intervención busca hacer justicia a los derechos humanos, culturales y lingüísticos de la población indígena que acude al HEP; y formular una política de interculturalidad para la construcción de nuevos programas de salud.

Una de las estrategias principales que sugiere este trabajo es creación de la Unidad de Enlace Intercultural del HEP, cuya principal misión consistirá en acortar la brecha de desigualdad social existente, a través de acciones intersectoriales, de la coordinación y del diálogo entre los distintos actores de la sociedad al servicio de la salud con los pacientes. Se aspira mejorar la Calidad de los servicios de salud, comenzando con una atención respetuosa, digna, con perspectiva de género, cultura, y demás elementos de la identidad indígena.

A través de esta propuesta se planea fortalecer la atención médica y hospitalaria brindada a los pacientes del Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP),

basándola en los principios de Equidad y humanismo; al mismo tiempo se prevé sensibilizar e incrementar la participación de todo el personal de salud, logrando una comunicación más fluida y asertiva con los familiares que acuden junto al paciente al hospital; como una oportunidad para alcanzar un tercer nivel de atención en salud que sea más *accesible*, pero que brinde igualdad de oportunidades a todos sus beneficiarios, impulsando el ejercicio efectivo de los derechos de sus pacientes sin distinción.

A través del análisis de la realidad de nuestros pacientes indígenas, los distintos puntos de vista de sus familias, y cada uno de los actores sociales involucrados, se espera mejorar sustancialmente la relación entre los prestadores de servicios de salud y los usuarios de los servicios de salud culturalmente diferentes; por lo cual también será necesario fomentar la participación, sensibilizar y capacitar a todo el personal que trabaja en el HEP.

Es necesario adecuar la oferta de los servicios de salud en zonas multiculturales a las demandas de la población; por lo que el punto de partida de la presente intervención tiene prevista la conformación de la llamada Unidad de Enlace Intercultural para la Salud para un hospital de tercer nivel como es el HEP; además de gestionar modificaciones a la infraestructura, y a la producción del soporte técnico; porque será necesaria una verdadera adecuación cultural, la cual no se visualizará sin estos elementos.

Los cálculos de la inversión para el desarrollo del proyecto, a simple vista resultarán elevados, en cuanto a que se requerirá de la contratación de personal especializado en ciencias de la salud de todas las áreas; personal que domine la interpretación de las principales lenguas indígenas, especialmente de las más sobresalientes; además, de encabezar las capacitaciones del personal de médico y paramédico que brinda atención directa a los pacientes y sus familias; supervisar la producción de medios de comunicación y difundir información sobre los servicios de salud que se ofrecen en el HEP.

Para la Unidad de Enlace Intercultural en el HEP, se espera contar con la participación de becarios en servicio social, con la intención de abatir costos derivados de su funcionamiento.

Otra de las estrategias previstas, conducirá la fusión del Modelo Intercultural para la Salud actual con el programa de trabajo del HEP, y más adelante se realizará la presentación del proyecto a las organizaciones en Pro de la cultura indígena; como lo es la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos indígenas, quien dentro de su programa de Derecho de los pueblos indígenas ofrece un apoyo de 120,000 pesos para producción y realización de proyectos de comunicación intercultural, y otras asociaciones partidistas.

La unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente del HEP, a través del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud continuará publicando cuatrimestralmente los resultados del monitoreo de los Indicadores de Calidad en Salud en el Tercer Nivel de Atención y en un futuro se visualiza incluir el rubro de Elementos interculturales, Calidad de la atención, traducción y trato intercultural; además, a mediano plazo se espera observar cambios importantes en el comportamiento de la tasa de morbi-mortalidad hospitalaria, dependiente del comportamiento epidemiológico de enfermedades prevenibles de atención especializada.

El proyecto, presenta grandes retos que pueden comprometer su éxito; uno de los más importantes es el del tipo económico y/o técnico; como la falta de recursos humanos con la capacitación necesaria para brindar la atención esperada con perspectiva intercultural; o la existencia del presupuesto insuficiente; la falta de participación o apatía de los involucrados; para lo cual se ha concretado el análisis de alternativas durante su fase de planeación que nos permita continuar avantes.

OBJETIVOS

General

Establecer las bases para la elaboración de la propuesta: “Salud Intercultural para el Hospital de Especialidades Pediátrico” (HEP), basada en el “Modelo para la Atención intercultural a la Salud de los Pueblos Indígenas” para el desarrollo de competencias interculturales institucionales.

Específicos

1. Identificar y analizar las necesidades hospitalarias en materia de Atención Intercultural que repercuten en la salud de los pacientes del HEP, emitiendo un informe diagnóstico.
2. Crear la Unidad de Enlace Intercultural para HEP y elaborar su programa de trabajo basada en los resultados del diagnóstico.
3. Evaluar mediante indicadores de Calidad, el resultado de implementar el Programa Intercultural para el HEP, realizando su retroalimentación y mejoría.

CAPITULO I. MARCO DE REFERENCIA

1.1. MARCO CONCEPTUAL

1.1.1. EL SISTEMA DE SALUD

Los antecedentes más relevantes del Sistema de Salud en México remontan a la década de 1940 en que se desarrollaron las principales instituciones de salud, bajo un sistema de seguridad social basado en la alianza de trabajadores, patrones y gobierno (Murayama R.C., 2016).

Así, surgió el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y con la reforma constitucional de 1959, se establecieron las bases para la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que inicio operaciones hasta 1960.

Otro hecho destacado de la década de los cuarenta fue, la fundación de la Secretaría de Salud y Asistencia (1943), la cual adquirió cuerpo constitucional hasta 1983, bajo el decreto que adiciona al Párrafo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) el Derecho a la Protección de la Salud.

El Sistema Nacional de Salud se encuentra reglamentado por Leyes que responden al ordenamiento federal, y por los reglamentos propios de cada uno de los 32 estados del país. Estas leyes, definen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud a todas las personas, y establecen la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (Camara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2021)

Por otra parte, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en su artículo 39º, confiere a la Secretaría de Salud la competencia de “Elaborar y conducir la política nacional en los rublos de asistencia social, servicios médicos y salubridad general; y la coordinación de los programas de servicios de salud de la administración pública federal (DOF, 1985)

Esta misma disposición establece que la Secretaría de Salud es la responsable de impulsar y coordinar la participación de los sectores social y privado en el Sistema Nacional de Salud; prestar los servicios de su competencia directamente o en coordinación con los gobiernos de las entidades federativas; y actuar como autoridad sanitaria, ejerciendo las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Poder Ejecutivo federal y vigilar el cumplimiento de la LGS y demás disposiciones en materia sanitaria (DOF, 1985)

En 1982 la Coordinación de los Servicios de Salud, desarrollo cinco estrategias para la SSA: la sectorización, la descentralización, la coordinación intersectorial de los servicios, la participación comunitaria; así como, la modernización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para cumplir la función rectora del Sistema de Salud Mexicano (Guillermo Soberón-Acevedo, 1996).

En 1984, nace la Ley General de Salud (LGS), la cual desde la fecha en que entró en vigor ha sufrido diversas reformas, adiciones y derogaciones que han modificado el Derecho a la Protección de la Salud sumando un total de 118 modificaciones.

Las legislaciones estatales se consolidaron a mediados de los años ochenta, con los procesos de descentralización de los servicios de salud; iniciando el proceso para delegar responsabilidades a las entidades federativas sobre la prestación de servicios de salud, y el establecimiento de las competencias y responsabilidades a la federación y a las entidades federativas (Diario Oficial de la Federación, 2018)

1.1.2. LA GESTIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

La población mexicana se distribuye en 32 estados y en 2,469 municipios. Según el informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el índice de desarrollo humano (IDH) en México tiene una calificación de 0.779 de la escala de 0 a 1, ocupando el lugar 71 con un nivel alto de desarrollo (PNUD, 22020).

Analizado por componente, el Índice de Salud ha mostrado un incremento de 0.11% anual, pasando de 0.872 a 0.877, en esta categoría se mide el gozo de una vida larga y saludable, por medio de la esperanza de vida al nacer.

Existen tres grandes segmentos en materia de salud: las instituciones de seguridad social, compuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que ofrece seguridad social al grueso de la población mexicana; el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); los servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR), que juntos cubren al 61% de la población. Los servicios de salud para la población no asegurada, proporcionados básicamente por la Secretaría de Salud (SSA) y el Programa IMSS-Bienestar (36.5%) son el segundo segmento. Y el tercer segmento que integran los servicios privados y el resto de las instituciones afiliadas poco menos del 4% de la población (Gómez-Dantés, Sesma, & Knaul, 2011)

Según el informe semanal “El Pulso de la Salud” presentado el 28 de enero de 2020, comentó que el avance de los servicios públicos de salud en México ha sido lento, pero actualmente México cuenta con 8 camas hospitalarias por cada 10,000 habitantes, de las 18 camas establecidas por la OMS. Actualmente hay 277 mil 287 médicos ejerciendo su profesión; esto significa que hay 2.1 doctores por cada mil habitantes en México (INSABI, 2020). A pesar de eso, México tiene relativamente pocos trabajadores en el área de la salud, en particular de enfermería; donde hay 2.9 enfermeras por cada mil habitantes, en comparación con el promedio de la OCDE se ubica en la 9ª posición.

El presupuesto público aprobado para la función de salud en México fue de \$ 653,443,150 M.N. (SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL Y CIENTO CINCUENTA PESOS) para 2020, lo que representó un incremento de 4.35% respecto del 2019. El gasto fue equivalente al 2.49% del PIB (Hacienda, 2019).

La Ley General de Salud (LGDS) precisa que, la Secretaría de Salud es la institución rectora del sistema, responsable de elaborar las normas oficiales mexicanas, convocar a los grupos interinstitucionales y de concentrar las estadísticas sanitarias. Entre sus funciones básicas destacan: actualizar la normatividad de regulación sanitaria; evaluar la prestación de los servicios, y operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica (Diario Oficial de la Federación, 2018)

Cada institución de salud pública conforma su propia red de servicios y el IMSS es la institución con el mayor número de prestaciones otorgadas, seguida por la SSA y el ISSSTE. Sin embargo, la afiliación al IMSS es altamente inestable, ocasionando que una proporción importante de derechohabientes intercalen su atención entre los Servicios Estatales de Salud y el IMSS.

El papel de la Secretaría de Salud es básicamente ejercer la rectoría de todo el sector, lo que implica la evaluación y corrección de acciones realizadas por los Servicios Estatales de Salud (SES). Dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) se reconocen tres niveles de atención; el Primer Nivel de Atención, lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSA) y las Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos; son consideradas el primer escenario de la salud preventiva y se considera que resuelven alrededor del 80% de los padecimientos. Estos establecimientos son considerados la puerta de entrada del SNS, y es de donde se proceden la mayoría de las referencias a los siguientes niveles de atención (Gómez-Dantés, Sesma, & Knaul, 2011), (Murayama R.C., 2016).

El Segundo Nivel, corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, comunitarios, también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como Hospitales Federales de Referencia, que atienden a

los pacientes referidos del primer nivel de atención para procedimientos diagnósticos, terapéuticos, y de rehabilitación (Murayama R.C., 2016)

Y el Tercer Nivel de Atención, incluye a la red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las más complejas. La red está constituida por los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), los Institutos Nacionales de Salud, y los Hospitales de Alta Especialidad. En el país hay seis unidades de este tipo: HRAE de la Península de Yucatán, el HRAE Oaxaca; el H.R.A.E. del Bajío, el HRAE Cd. Victoria “Bicentenario 2011”, el HRAE. Ixtapaluca, y el HRAE de Chiapas con sus dos hospitales Cd. Salud en Tapachula y el Pediátrico en Tuxtla Gutiérrez (CCINSHAE, 2019).

El Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas/HEP se encuentra alineado al Eje Sectorial: Política y Gobierno, en cuyo apartado 2, garantiza el empleo, educación y bienestar, además de estar alineado al Eje 2 de la Política Social, en su apartado Salud, garantizándola para toda la población a través del INSABI para la atención de pacientes que no se encuentran afiliados al IMSS o ISSSTE, con los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertenencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano (Secretaria de Salud, 2020).

El programa Nacional de Salud 2019-2024 precisa 5 grandes retos para el sistema de salud: servicios y medicamentos gratuitos; la Federalizar los SES; Implementar el modelo Atención Primaria de Salud Integral; Regulación Sanitaria; fortalecimiento de la industria farmacéutica e investigación; esto con el objetivo superior de hacer efectivo el artículo 4º Constitucional que proclama lo siguiente: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.

El Programa Sectorial de Salud (PSS) vigente, parte de la necesidad de solucionar la falta de atención a la población sin seguridad social que supera los 20´000,000 de mexicanos, cifra que en 15 años de funcionamiento el Seguro Popular no pudo cubrir; por esto fue necesaria la reforma integral de la Ley General de Salud sobre la distribución de responsabilidades entre la federación y los estados en materia de

salud. así, el 01 de enero de 2020 de acuerdo con el Diario Oficial de la Federación, se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y desaparece la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, encargada de operar el Seguro Popular, aprobado por el congreso de Unión (Secretaría de Gobernación, 2019). El nuevo Programa Sectorial de Salud enunció 26 estrategias prioritarias y 204 acciones puntuales, contempladas en 5 objetivos prioritarios: el objetivo prioritario 2, sobre la Mejora continua del Sistema Nacional de Salud, enuncia la estrategia 2.5. Políticas de interculturalidad y trato digno, busca consolidar los mecanismos y procedimientos, orientados a la atención bajo un enfoque intercultural y sin discriminación para una atención adecuada y digna a grupos vulnerables, incluyendo las comunidades indígenas. (Secretaría de Salud, 2020)

El Sistema de Salud el Estado de Chiapas no difiere del nacional, se encuentra segmentado horizontal y verticalmente integrado.

La estructura vertical se encuentra formada por los tres niveles de atención:

1. El primer nivel opera en comunidades con un médico general, enfermería y técnicos en salud.
2. El segundo nivel opera en comunidades de mayor complejidad; incluye uno o más hospitales con al menos cuatro especialidades básicas.
3. El tercer nivel se conforma por el Centro Regional de Alta Especialidad que incluye al Hospital de Especialidades Pediátricas en Tuxtla y el Hospital “Ciudad Salud” en la ciudad de Tapachula.

La segmentación horizontal del sistema de salud chiapaneco se compone por las instituciones que ofertan servicios de salud diferenciados, que varían entre municipios y localidades (Jimenez & Nuñez Medina, 2016)

Las instituciones del sector privado están constituidas por compañías aseguradoras y prestadoras de servicios de salud que operan a través de consultorios, clínica y hospitales privados; también se encuentran los servicios de medicina alternativa, que operan de forma independiente de los servicios prestados por el Estado.

1.1.3. INTERCULTURALIDAD Y SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENA

Tal como lo hemos estado mencionando, la sociedad mexicana se caracteriza por ser una de las más heterogéneas, multiétnica y pluricultural del mundo; esta biodiversidad cultural se concentra en los territorios indígenas. Estas poblaciones representan nuestras raíces, y son la cuna de las primeras civilizaciones y el inicio de la historia de nuestro país.

Lo característico de los pueblos indígenas es esa relación especial que poseen con su tierra, territorio y recursos naturales; a través de estas relaciones han desarrollado su cultura, lenguas, artes, conocimientos medicinales, cosmogonías, y formas de organización políticas, económicas, y sociales muy particulares (INPI, 2019).

Acciones como la negación, la exclusión, el abandono y el racismo explican la relación tan conflictiva que se posee con estos pueblos a lo largo de la historia. Se afirma, que México está experimentando un fuerte proceso de transformación y renovación de su vida pública, favoreciendo la diversidad, la tolerancia y el respeto de los derechos humanos, de todos los mexicanos y ahora de los inmigrantes (INPI, 2019).

Las poblaciones indígenas de México y de todo el mundo, poseen concepciones de salud y enfermedad diferentes, y también distintas formas de abordar estos estados biológicos. Y cada uno de los paradigmas sobre la salud y la enfermedad, se traducirán en distintas formas de prevenir la enfermedad, restituir la salud, aliviar el dolor y enfrentar la muerte, así lo expresó la Mtra. Marcia Molina Huerta en su tesis “Significado de la enfermedad para los padres Tseltales de niños con cáncer” (Molina, 2017).

La interacción entre las diferentes culturas (interculturalidad), permitirá una mejor integración de la diversidad cultural en la organización y provisión de cualquier servicio. La riqueza cultural es parte esencial de su identidad y debe ser respetada y valorada en cualquier contexto, incluyendo el de la salud.

En el caso de los servicios de salud, se prevé que este tipo de servicio satisfaga siempre las necesidades de las personas a través de la complementariedad del sistema de salud biomédico con el sistema de salud tradicional; es decir, que logre

prestar una atención mas adecuada a las particularidades y expectativas de cada uno de los usuarios. Porque las abismales desigualdades e inequidades políticas y económicas, siempre se manifiestarán con fuerza en aspectos como la situación de salud, y las demás condiciones de vida y bienestar (Aguilar-Peña & Tobar-Blandón, 2020).

El Objetivo Nacional del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) que trata sobre Políticas de interculturalidad y trato digno, intenta promover la práctica de la identidad, la cultura y la cosmovisión de los pueblos indígenas y pueblos históricamente discriminados; en el diseño y operación de los programas de salud (SEGOB, 2020).

Para ser más específicos, la política de interculturalidad en el ámbito de la salud es una cuestión crucial para garantizar el bienestar y la equidad en el acceso a la atención médica de todos los ciudadanos, especialmente de pueblos indígenas. La diversidad cultural presente en nuestras sociedades representa una riqueza invaluable, pero también plantea desafíos en la implementación de los sistemas de salud adecuados y culturalmente sensible (Secretaría de Salud, 2020).

Históricamente, los sistemas de salud occidentales han marginado y minimizado las expresiones culturales, generando desconfianza y una brecha cada vez más amplia en la atención médica de las comunidades indígenas.

El impacto que provoca un programa o política dirigida a los pueblos indígenas carente del paradigma intercultural; muestra una relación directa sobre el bienestar de la comunidad. Las barreras lingüísticas y culturales dificultan la comunicación efectiva entre los pacientes indígenas y los profesionales de salud, lo que conlleva a diagnósticos erróneos, tratamientos inapropiados y una menor adherencia al cuidado médico.

Además, la imposición de modelos de atención ajenos a la cosmovisión indígena, puede llevar a un subregistro de enfermedades y a la postergación de la búsqueda de atención médica. Esto se agudiza en enfermedades prevenibles o fácilmente tratables, y en casos extremos, resultar en muertes evitables. Para ello, es fundamental involucrar a las comunidades indígenas en la planificación y diseño de políticas de

salud, garantizando su participación activa, y tomando en cuenta sus necesidades y saberes específicos (Secretaría de Salud, 2020).

La interculturalidad en salud promueve los procesos en los servicios de salud que consideran el entorno cultural, la diversidad y el respeto a la cosmovisión sobre la salud y la enfermedad; propone la participación de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo las relaciones sociales, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección (Secretaría de Salud, 2009).

La OPS/OMS, y otras organizaciones no gubernamentales, han manifestado su preocupación por diversos y complejos factores (barreras culturales, barreras sociales, económicas, barreras geográficas), que condicionan bajas en el acceso y la poca utilización de la población rural marginada, especialmente de los indígenas, por los servicios públicos de salud (OPS/OMS , 2009) .

La gran mayoría de los servicios públicos ignoran las diferencias culturales en cuanto a la lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización, que se convierten en barreras, y finalmente son percibidas como fuentes de malestar y riesgos que afectan el grado de aceptación de la población.

Las barreras culturales están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura de las instituciones de salud, y la cultura de los usuarios de los servicios. La falta de comprensión de estos contextos culturales que otorga prestigio a una cultura y genera detrimento de otra, determinan finalmente el lugar en la sociedad de cada una (Almaguer, Vargas, & H.J., 2014).

Las barreras sociales, se encuentran determinadas por el nivel educativo de los pacientes; mientras que, las barreras económicas constituyen el costo real de la atención, y también son llamado *gastos de bolsillo* (transporte, alimentación, hospedaje, medicamentos, días laborales perdidos). Y finalmente las barreras geográficas, hacen referencia a la dificultad de acceso a la atención de la salud, debido a la distancia, los medios de transporte, y el aislamiento geográfico (Almaguer, Vargas, & H.J., 2014).

Con el propósito de atenuar las barreras geográficas, la SSA ha implementado la construcción de establecimientos de salud cada vez más cercanos a la población, en una estrategia de ampliar la cobertura, como una propuesta de redes de servicios.

Para el caso de las barreras económicas, desde el 2003 se instituyó el Sistema Protección Social en Salud (SPSS) mejor conocido como seguro popular, que priorizaba a la franja de población indígena y rural en áreas de mayor marginación, instituyendo la Universalidad y Acceso Efectivo de toda la población; y en el 2019, en contrasentido del Seguro Popular, se creó el INSABI para una prestación gratuita de los servicios públicos de salud, medicamentos y otros insumos (Hernández, 2022).

Otra de las propuestas en favor de elevar la calidad de la atención y promoción de la salud dirigida a estos grupos, es la generación de procesos de comunicación y concertaciones interculturales, como las diferencias educativas, las creencias religiosas o las diferencias lingüísticas (Secretaría de Salud, 2009).

La competencia intercultural es el elemento central para mejorar la calidad de la atención a la población indígena, para ello la Secretaría de Salud ha impulsado desde el año 2005 en todos el país; el desarrollo de la propuesta expresada en el “Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud”, define los criterios y requisitos para la operación de las unidades de salud inscritas el Sistema de Protección Social, incorporando criterios y requisitos de “Competencia cultural” del personal de salud a ser asignado a los establecimientos ubicados en regiones indígenas (Secretaría de Salud, 2011).

La competencia cultural, representa la visión y el conjunto de actitudes deseables por parte de los servicios de salud que tienen por objetivo mejorar la calidad de los servicios al interactuar con los usuarios en un marco de acción delimitado por las características culturales regionales, la identidad étnica, educativa, religiosa; la cultura alimentaria, el contexto ambiental y sus condicionantes sociales o económicas (Secretaría de Salud, 2009).

Se trata de adoptar un modelo que fortalezca la visión respecto a la atención de la salud en la diversidad; no sólo comprendida hacia la diversidad étnica y lingüística, sino en un concepto amplio, dirigido hacia la sociedad diversificada por género, edad,

preferencias sexuales, creencias religiosas y capacidades diferentes de las personas; todo vinculado con su salud. Porque a través de los criterios interculturales, aunados a los criterios generales de mejora de la calidad, se pretende alcanzar la Competencia Cultural Ideal por parte de los profesionales de salud.

Falta mucho que hacer por atenuar el impacto de estas barreras, y ante su presencia, los servicios de salud continúan siendo una fuente de preocupación y malestar para los usuarios culturalmente diferentes; dificultando la misma comunicación, provocando retrasos en los tratamientos, confrontaciones con prestadores de servicios de salud, y condicionando incremento de riesgo a la sobrevivencia de los usuarios.

Mientras tanto, OPS hace un llamado a concientizar sobre la necesidad de modificar las prácticas, el optimizar uso de los recursos, y la aplicación terapéutica a poblaciones indígenas en la atención de su salud; se sugiere adecuar las estrategias y los espacios para fortalecer y generar una interrelación respetuosa y sensible en el sistema de salud oficial (OPS/OMS, 2009).

En conclusión, el papel de la interculturalidad en el ámbito de la salud busca abordar estas desigualdades y barreras culturales, promoviendo el respeto y la valoración de las prácticas y conocimientos tradicionales indígenas. Por otra parte, la formación de profesionales de la salud en enfoques interculturales es esencial para establecer una atención médica más efectiva y sensible. Esto implica aprender sobre las creencias y valores de las comunidades indígenas, así como desarrollar habilidades de comunicación intercultural prácticas para establecer un diálogo respetuoso y efectivo con los pacientes.

1.1.4. SALUD DE LOS NIÑOS INDÍGENAS

Poseer una información con detalle sobre indicadores de salud y de desarrollo de los pueblos indígenas, es una tarea casi imposible; estos indicadores poseen la característica de responder a problemas estructurales que se vienen arrastrando históricamente. Hace una década, la OPS advertía de la muerte de 400.000 niños menores de cinco años por causa de enfermedades prevenibles, en la Región de las Américas como resultado de las deficiencias en materia de salud dirigidas a grupos étnicos (BVS MCTCI, s.f.).

Hoy en día, la situación de desventaja no ha cambiando para las poblaciones indígenas; la mortalidad materna e infantil continua a la alta, convirtiendose en un compromiso para la Agenda de Desarrollo 2030 (Naciones Unidas, 2018) . La situación se agudiza aun más, porque lo datos regionales y nacionales ocultan la realidad de las diferencias exitentes entre los sectores poblacionales entre y dentro de los países, haciendo imposible evaluar adecuadamente la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los pueblos indígenas (OMS/OPS, 2008) .

Sólo algunos países se han encargado de censar y analizar las estadísticas vitales por etnia, y son menos, los países que han logrado separar dicha infomación por etnia y género; haciendo más difícil obtener datos que permitan evaluar el panorama de salud en las regiones indígenas, las condiciones de vida; pero sobretodo, la cobertura de los servicios.

De acuerdo al INPI, la pertenencia étnica es otro factor que se relaciona con la pobreza que enfrentan las niñas, niños y adolescentes indígenas. Este dato se confirma con los resultados de las mediciones de pobreza realizadas desde el 2008 por el CONEVAL; demostrando que un hogar indígena enfrenta condiciones más difíciles en cuanto a ingresos y carencias sociales, en comparación con un hogar no indígena. Y a través del mismo Consejo se afirma que la pobreza entre niños y adolescentes indígenas ha aumentado, en tanto que en los no indígenas ha disminuido (CONEVAL , 2019).

Mientras que los indicadores de salud – como la mortalidad materna hasta los partos hospitalarios y cobertura de vacunación – son sistemáticamente peores entre los pueblos indígenas; la *atención básica de salud* continuará siendo un problema que arrastra esta población, por que las tasas son muchas veces inferiores al promedio nacional.

El objetivo de priorizar la atención a grupos vulnerables e indígenas, debe acompañarse de un presupuesto suficiente para atender la totalidad de sus necesidades. Además, se debe comenzar por mejorar la atención de los niños y adolescentes según el ciclo de vida; y no conformes con la expansión de la cobertura de los principales programas y servicios de protección social, salud y educación, se debe comenzar por elevar la calidad de dichos servicios (Naciones Unidas, 2018).

Las poblaciones indígenas se caracterizan por ser predominantemente jóvenes. Esta población con una pirámide poblacional de base amplia por la alta tasa de natalidad, presento un comportamiento epidemiológico interesante durante el 2021; Chiapas consiguió posicionándose como la octava entidad con una de las tasas más altas de mortalidad general; que disgregada por sexo, predominaron las muertes de hombres en comparación con las mujeres; por grupos etarios, despuntaron las muertes en adolescentes y adultos entre los 15 y 24 años edad por homicidios; le sigue las malformaciones congénitas y cromosómicas de menores de 1 año, y los accidentes en el mismo grupo etario. Los Tumores Malignos, son la segunda y tercera causa de muerte para los niños de entre 5-9 y 10-14 años respectivamente, seguidos por enfermedades respiratorias e infecciosas gastrointestinales (INEGI, 2022).

Muchas comunidades indígenas han confiado durante generaciones en práctica de medicina tradicional para tratar enfermedades, pero el conocimiento de estas prácticas a menudo se ha perdido o no se transmitido adecuadamente a las nuevas generaciones. Como resultado, los niños no pueden recibir el cuidado médico necesario o pueden recibir tratamientos inapropiados, retrasando su atención con resultados a veces devastadores.

La propuesta para mejorar la salud de los niños indígenas, es el trabajo en conjunto de los gobiernos y organizaciones internacionales para abordar todos estos problemas (Secretaría de Salud, 2008). Algunas posibles soluciones incluyen:

1. Mejorar el acceso a servicios de atención médica. Esta acción debe incluir la capacitación de profesionales de la salud que comprendan y respeten la cultura indígena.
2. Fortalecer la educación en salud. En este sentido, será importante proporcionar educación en salud a las comunidades indígenas, enfatizando prácticas de prevención y cuidado adecuado para los niños.
3. Respetar y promover la cultura indígena. Es esencial valorar y respetar las tradiciones y prácticas culturales de las comunidades indígenas, incluyendo sus prácticas de medicina tradicional. Fomentar el orgullo cultural puede tener un impacto positivo en la salud y bienestar de los niños indígenas.

Hay muchas más acciones que pudieran formularse, como el combate de la pobreza y el acceso a una nutrición adecuada; sin embargo, la salud de los niños indígenas es una cuestión urgente que requiere atención y acciones por parte de los gobiernos, las organizaciones y la sociedad en general.

1.2. MARCO LEGAL/NORMATIVO

El derecho a la salud es universal, y el resguardo de este derecho para los pueblos indígenas en particular se encuentra en diferentes ordenamientos internacionales, nacionales y estatales.

1.2.1. Internacional

La Organización Mundial de Salud (OMS) establece que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en el artículo 25, estableció que... “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” (ONU, 1948).

El 16 de diciembre de 1966, la ONU adopta el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su Artículo 12, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas adoptadas por los Estados en el Pacto figuran, reducir las muertes neonatales y la mortalidad infantil, y asegurar el sano desarrollo de los niños (ONU , 1966).

Pero el derecho a la salud para los pueblos indígenas se establece en instrumentos internacionales como el Convenio Número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que en su Artículo 7, fracción 2, menciona el deber de los gobiernos en relación con el “mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo, y del nivel de salud y educación de los pueblo interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritarios en los planes de desarrollo económico-global de las regiones donde habitan” (OIT , 2014).

Los artículos 24 y 25 establecen las obligaciones de los gobiernos en relación con la seguridad social y la salud, que incluye disponibilidad de los servicios de salud para los pueblos indígenas e implementación de servicios en la comunidad (OIT , 2014).

Es importante resaltar la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) que se posiciona como el instrumento más reciente en lo que a intereses y valores de los pueblo indígenas se refiere; el cual establece a través de su Artículo 1º que ... “los pueblos indígenas tienen derecho al goce pleno, de forma colectiva o individual, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”...entre los más destacados a ser consultados sobre los programas de salud, a la preservación y uso de la medicina tradicional, a mantener sus prácticas sanitarias y gozar del más alto nivel posible de salud y su corresponsabilidad en su ejercicio” (ONU, 2007)

Finalmente, la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (DADIN) en su Artículo XIV fracción 4, declara que “los Estados, en conjunto con los pueblos indígenas, realizarán esfuerzos para que dichos pueblos puedan comprender y hacerse comprender en su propia lengua en procesos administrativos, políticos y judiciales, facilitándoles, si fuere necesario, intérpretes u otros medios eficaces” (OEA, 2016).

El Artículo XVIII sobre la Salud, fracciones 1 y 4 declara que, los pueblos indígenas tienen derecho en forma colectiva e individual al disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual; que en consulta y coordinación con los Estados promoverán sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos y sanitarios que se provean..., incluyendo la formación de técnicos y profesionales indígenas de salud (OEA, 2016).

1.2.2. Nacional

En México en diciembre de 1982, el Ejecutivo federal presentó la iniciativa con proyecto de decreto de adición al artículo 4º constitucional, decreto de donde parte toda iniciativa en materia de salud para todas y todos los mexicanos.

a) Constitución de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4º Constitucional. Establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades en materia de salubridad general. El decreto que adiciona a este mismo artículo el reconocimiento de los derechos culturales de los pueblos indígenas se publicó en el DOF el 28 de enero de 1992, y reconoce que “La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas” (Camara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2021).

b) Ley General de Salud

De la misma manera, la Ley General de Salud (LGS) en su Artículo 1º reglamenta el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud, establecido en el Artículo 4º Constitucional; y define entre sus finalidades propiciar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan de manera eficaz y oportuna las necesidades de la población (Secretaria de Gobernación, 2019).

El Artículo 3º, fracción II y IV Bis, que organizan, controlan y vigilan la atención médica, en beneficio de grupos vulnerables; y el programa de nutrición materno infantil en los pueblos y comunidades indígenas (Secretaria de Gobernación, 2019)

c) Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

Artículo 25.

Fracción VII. Propone el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención en

correspondencia con las necesidades y características culturales de población. Fracción XVII. Dirigir las acciones para la capacitación y sensibilización intercultural del personal del sistema nacional de salud (Secretaría de Salud, 2004).

1.2.3. Estatal

a) Ley de Salud del Estado de Chiapas

El Capítulo II. Sobre la Educación para la Salud, Artículo 87, señala que la Secretaría de Salud en coordinación con autoridades educativas estatales, propondrán y desarrollarán programas de educación para la salud para comunidades indígenas en español, y la lengua o lenguas indígenas que correspondan, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total (Gobierno de Chiapas, 2021).

El Capítulo IV Sobre los usuarios de los Servicios de Salud y participación de la Comunidad; Artículo 51 BIS 1, señala que los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se indiquen o aplique...; cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua (Gobierno de Chiapas, 2021).

b) Reglamento del Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas

Hace un llamado de atención a los usuarios sobre mantener una actitud de respeto hacia los demás familiares, pacientes y personal que labora dentro del hospital; y deja en claro que es una obligación de los usuarios proporcionar información completa y veraz al personal autorizado dentro del Hospital; esto permitirá cumplir con las indicaciones del médico y otras especialidades (Archivo HEP).

1.3. MARCO DE POLÍTICA PÚBLICA

1.3.1. Internacional

a) Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derecho de los Pueblos indígenas

La ONU está preocupada por la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de todo el mundo.

En el Artículo 3 de dicha declaración se señala que los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación. En virtud de ese derecho determinar libremente su condición política y perseguir libremente su desarrollo económico, social y cultural (ONU, 2007)

b) Objetivos de Desarrollo Sostenible

El Objetivo 3 de la Agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre Salud y Bienestar propone garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades. La Meta 3.8, expone el logro de una cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra riesgos financieros; el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos. El Objetivo 10 sobre la Reducción de las Desigualdades, tratado en el punto 10.2, propone potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen o situación económica u otra condición (Naciones Unidas, 2018)

1.3.2. Nacional

a) Programa de Salud para los Pueblos Indígenas

El Programa de Salud para los Pueblos Indígenas, es un eje transversal de la política intercultural. Su objetivo es contribuir al bienestar de los pueblos indígenas mediante la investigación de sus necesidades de salud, la formación de personal para su atención y la innovación para el desarrollo de políticas. El INPI desarrollo el Programa Institucional de Salud de los Pueblos Indígenas (PISPI), con el objetivo de contribuir a la salud y el bienestar de los pueblos indígenas del país mediante la investigación de sus propias necesidades de salud y la formación de personal de salud con pertenencia cultural. (Pelcastre-Villafuerete B.E, 2020)

1.3.3. Estatal

a) Plan Estatal de Desarrollo 2019-2024

El Plan Estatal de Desarrollo Chiapas 2019-2024, cita textualmente, que la evolución de la sociedad chiapaneca, y la necesidad de preservar los valores y la cultura de los pueblos que la conforman, son reflejo de los ejes de este Plan Estatal.

La planeación para el desarrollo debe ser incluyente, libre de prejuicios y etiquetas, en observancia al principio de no discriminación; porque Chiapas es, una entidad multiétnica con pueblos indígenas diversos, como: Los Tseltales, Tsotsiles, Choles, Tojolabales, Mames, Kakchiqueles, Lacandones, Mochos, Jacaltecos, Chujs, Tekos y Kanjobales, que distribuidos en 45 municipios representan la enorme riqueza cultural que distingue al estado del resto del país (Secretaria de Hacienda del Estado de Chiapas, 2019)

El PED está alineado con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y con los objetivos contenidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (UNO). Busca dar atención al problema de la interculturalidad, incorporando un enfoque transversal en esta política pública, definida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) como la presencia de una interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo.

La política transversal de la interculturalidad propuesta por el PED reconoce el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer su identidad; la cual se manifiesta en el patrimonio tangible e intangible de sus comunidades; la libre determinación para decidir sus formas internas de convivencia y organización social, económica, política y cultural, con un enfoque incluyente, para hacerlos partícipes del bienestar común (Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas, 2019).

La Política Pública 2.1.3, que trata sobre el “Bienestar de los pueblos indígenas”, señala que esta población representa el 36% del total del Estado; donde al menos 50% hablan alguna lengua indígena (además, cerca de 400,000 indígenas no hablan español). Este grupo también se caracteriza por una considerable cifra de analfabetismo que asciende a un 22% (Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas, 2019).

Las Estrategias propuestas para esta política son las siguientes:

1. Fortalecer la coordinación interinstitucional de los tres niveles de gobierno en el desarrollo social de las comunidades indígenas.
2. Impulsar el desarrollo económico de las comunidades indígenas sobre la base de su identidad cultural.
3. Fortalecer el aprovechamiento sustentable de los recursos naturales en las comunidades indígenas.

b) Programa Sectorial de Salud 2019-2024

Alineado al PED bajo el Eje 2. Capacidad Operativa del Sistema Nacional de Salud. Objetivo Prioritario 2. Mejora Continua. Estrategia 2.5. Política de interculturalidad y trato digno. Atención prioritaria, permanente, accesible, de calidad y gratuita a poblaciones en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación; Capacitar y sensibilizar en materia de atención integral a directivos, encargados de atención directa en condición de vulnerabilidad; atención a indígenas, considerar la participación de intérpretes y traductores de lengua indígena y capacitación en materia de derecho indígena y enfoque intercultural (Secretaría de Salud, 2020).

c) Programa Nacional de Pueblos Indígenas 2018-2024

Del Objetivo prioritario 1 del PISPI, se destaca la Estrategia 4.1, implementar acciones en las regiones indígenas para proteger la cultura y sus manifestaciones, así como su patrimonio biocultural, las tecnologías, la propiedad intelectual y saberes tradicionales, como es la medicina tradicional y las lenguas indígenas (Pelcastre-Villafuerte B.E, 2020)

d) Programa Institucional CRAE 2020-2024

Fundamentado en los principios y ejes rectores del PND establece 5 objetivos prioritarios, que le permiten el logro de la misión institucional, enfocada al otorgamiento de servicios de alta especialidad a la población más vulnerable del estado de Chiapas, sin distinción social, religión, cultural, lugar de origen, preferencia política e ideológica, identidad de género, orientación y preferencia sexual. El Objetivo 1 vinculado con el Objetivo 1 de PSS, garantiza el servicio público de salud a toda la población, permitiendo la confluencia de los principios rectores: No al gobierno rico con pueblo pobre; Bienestar de todos, primero los pobres, por considerar prioritaria la población socialmente desprotegida; y el principio No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera, reconociendo el respeto de los pueblos originarios, sus usos y costumbres.

CAPITULO II. METODOLOGÍA

2.1 Metodología para la definición del problema

Haciendo frente a la atención de patología complejas como son los trastornos congénitos u oncológicos en diferentes edades pediátricas, el HEP cuenta con una plantilla de 447 enfermero(a)s, 157 médicos especialistas, 214 paramédicos y 155 administrativos entre personal directivo y de confianza para otorgar servicios con responsabilidad, calidad, calidez y eficacia; el HEP posee un diseño organizacional que no corresponde con la necesidades de operación actuales que desarrolla; no posee el capital humano suficiente para estructurar el funcionamiento de la Unidad de Calidad; aunado al bajo interés de su personal sobre aspectos de calidad, y la falta de recursos económicos para la realización de proyectos para mejorar la calidad de los servicios; como es el caso del problema ahora abordado, la conformación de la Unidad de Enlace Intercultural para HEP.

A lo largo de 15 años de servicio, el hospital ha sido testigos del arribo de todo tipo pacientes pediátricos y sus familiares, en busca de atención médica especializada; entre los que destacan personas originarias de pueblos y comunidades indígenas con situaciones de salud deplorables, que además, enfrentan rezagos nutricionales, educativos y sociales.

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas estima que la población indígena supera los 12 millones de personas, cifra que representa aproximadamente 10% del país; de los cuales, 6 millones declararon hablar alguna lengua indígenas y un 16.6% son monolingües (CNDPI, 2015) .

La situación de los 13 pueblos indígenas de Chiapas, en cuanto al ejercicio de sus derechos, es grave, sobretodo en términos de sus condiciones de salud; así lo confirma, la Gestora de calidad del Hospital de Especialidades de Chiapas, la

Maestra Leticia Ramirez Contreras, quien inicio un programa piloto sobre interculturalidad para el HEP en 2017.

Este programa planeaba poner a disposición de las autoridades hospitalarias, información precisa y desagregada por grupo étnico-racial de los usuarios del HEP; para ello se elaboró el Censo de pacientes indígenas hospitalizados entre el 1ro de enero de 2017 al 13 de enero de 2018, con ayuda de 3 compañeros trabajadores del hospital con dominio de Tsotsil y tseltal (2 enfermeros y 1 trabajador social).

Al revisar la información, y a pesar de los vacíos informativos encontrados (hubo días sin personal auxiliar para el registro), se pudo constatar los siguientes datos: la ocupación promedio del HEP se mantuvo por arriba del 90% de las camas censales; el 18.8 % eran pacientes de origen indígena con dominio del Tseltal, Tsotsil, Mame, Tojolabal y Zoque, en ese orden de importancia. El promedio de edad de los pacientes se situó entre los 5 años, con los diagnósticos más repetitivos de Leucemia Linfoblástica Aguda, y malformaciones congénitas en diferentes localizaciones.

Se discutió la necesidad de implementar un programa intercultural alineado al programa operativo del hospital, continuar brindando atención de alta especialidad con pertenencia cultural que caracteriza a los diferentes grupos etnolingüísticos que acuden al hospital, partiendo de la base de datos proporcionado por el Censo intercultural elaborado por iniciativa del Departamento de Calidad, y bajo su cobijo, nos dimos a la tarea de elaborar el diseño metodológico para El Proyecto de Interculturalidad para el Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas, sede de trabajo de su principal autor.

2.2 Metodología para el diseño del proyecto de intervención

Para el diseño del proyecto de intervención que se presenta en esta tesis, se utilizó la Metodología de Marco Lógico (MML), que es una herramienta de gestión de proyectos, utilizada en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de estos. Esta metodología es empleada sobre todo en proyectos de desarrollo social a nivel Estatal o Gubernamental; sin embargo, algunas organizaciones privadas e instituciones educativas han comenzado a adoptar esta metodología con éxito.

La MML permite conceptualizar, planificar, ejecutar y controlar un proyecto con el enfoque basado en objetivos; mejorando la comunicación entre involucrados, y la orientación hacia beneficiarios. Consiste en tres momentos: el análisis de problema, la estructura analítica y el resumen narrativo; que permiten integrar como resultado la Matriz de Marco Lógico o resumen del proyecto.

La Metodología de Marco Lógico, posee implicaciones gerenciales orientadas a resultados; se trata de una metodología usada y promovida por la Federación Internacional De la Cruz Roja y la Medialuna Roja, el Banco Internacional de Desarrollo (BID) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Unión Europea (UE) para el diseño de proyecto sociales, que contempla el seguimiento de 10 pasos (Ortegón et al, 2005).

A continuación, se presentan los instrumentos utilizados en el proceso de diseño del proyecto de intervención:

2.2.1. Análisis de involucrados

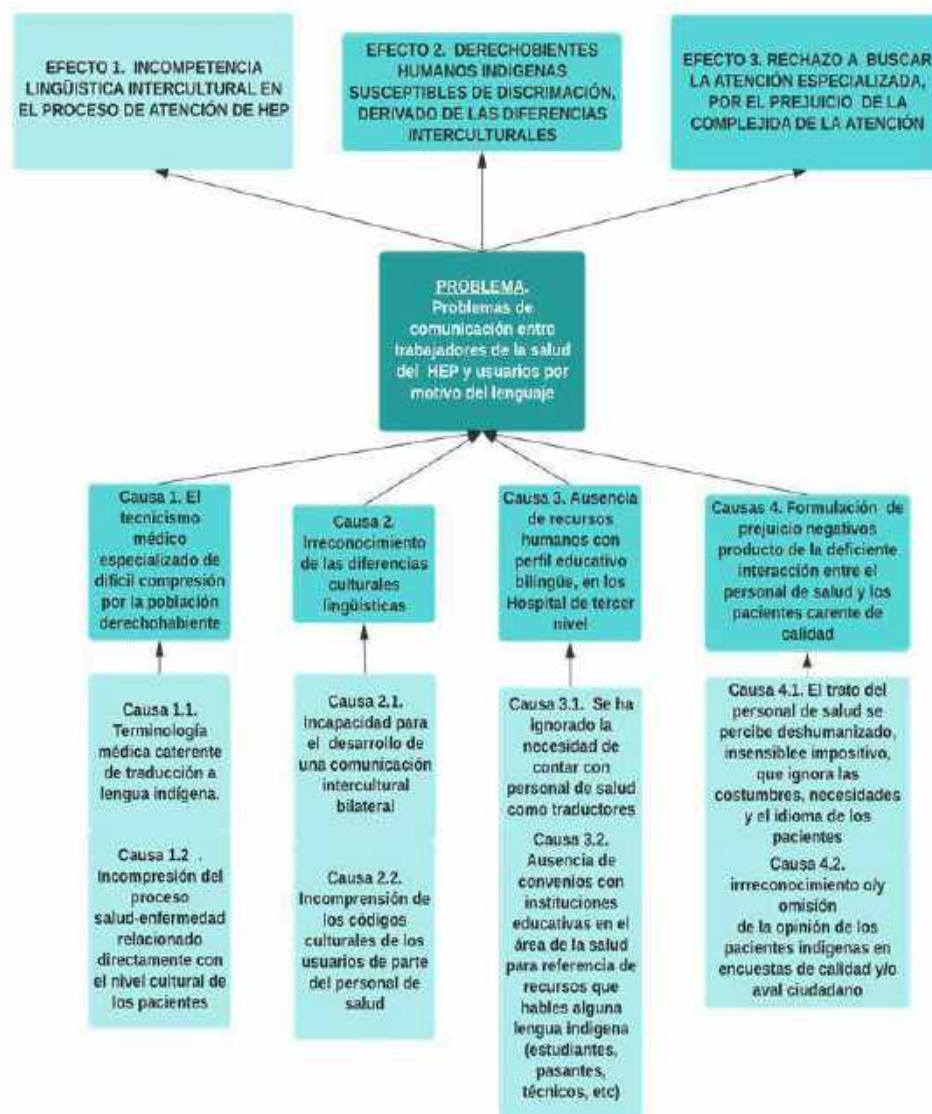
Para el análisis de involucrados se realizó una evaluación a la importancia que el problema causa en los involucrados asignándole un valor; esta representación no es más que una confluencia de voluntades derivadas de sus necesidades e interés; para ello se elaboró una matriz con los elementos señalados, como se esquematiza a continuación:

ACTORES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	INTERESES Y MANDATOS	PODER	INTERES	VALOR
A. PACIENTES MENORES DE EDAD	A. SE ENCUENTRAN COMPLETAMENTE DEPENDIENTES DE UN ADULTO PARA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD.	A. LA SALUD DE TODOSLOS NIÑOS DEBE SER GARANTIZADA; DEBE GOZAR DE CIERTA AUTONOMIA, REPRESENTACIÓN A LA VEZ	5	3	15
B. TUTORES O FAMILIARES	B. BAJO NIVEL EDUCATIVO; ALGUNOS NO HABLAN ESPAÑOL O NO SE PUEDEN EXPRESAR; NO POSEEN UNA RED DE APOYO FUERA DE SU LUGAR DE ORIGEN.	B. OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR EL BIENESTAR DE LOS MIEMBROS FAMILIARES	5	3	15
C. TRABAJADORES DE LA SALUD; ADMINISTRATIVOS; Y PERSONAL DE LOS DEPARTAMENTOS DE CALIDAD Y EDUCACIÓN DEL HEP	C. LAS DIFERENCIAS CULTURALES NO LES PERMITEN PRESTAR SERVICIOS DE SALUD CALIDAD	C. GARANTIZAR LAS MEJORES CONDICIONES DE SALUD PARA POBLACIÓN EN GENERAL	5	3	15
D. PERSONAL AUXILIAR PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES HOSPITALARIA	D. PUEDEN LLEGAR A EJERCER ACCIONES DE DISCRIMINACION, MALTRATO E INTRANSIGENCIA HACIA ALGUNOS PACIENTES	D. APOYO AL DESORROLLO ARMONICODE LAS ACTIVIDADES DE SALUD HOSPITALARIAS, ACCIONES COMPLEMENTARIA.	3	-1	-3

REFERENCIAS. PODER. (1) BAJO, (2) MEDIO BAJO; (3) MEDIO; (4) MEDIO ALTO; (5) ALTO; INTERES. EFECTO POSITIVO (1) BAJO; (2) MEDIO; (3) ALTO; EFECTO NEGATIVO. (-1) BAJO; (-2) MEDIO; (-3) ALTO. Citado por Blaistein, (2019).

2.2.2. Análisis de Problemas

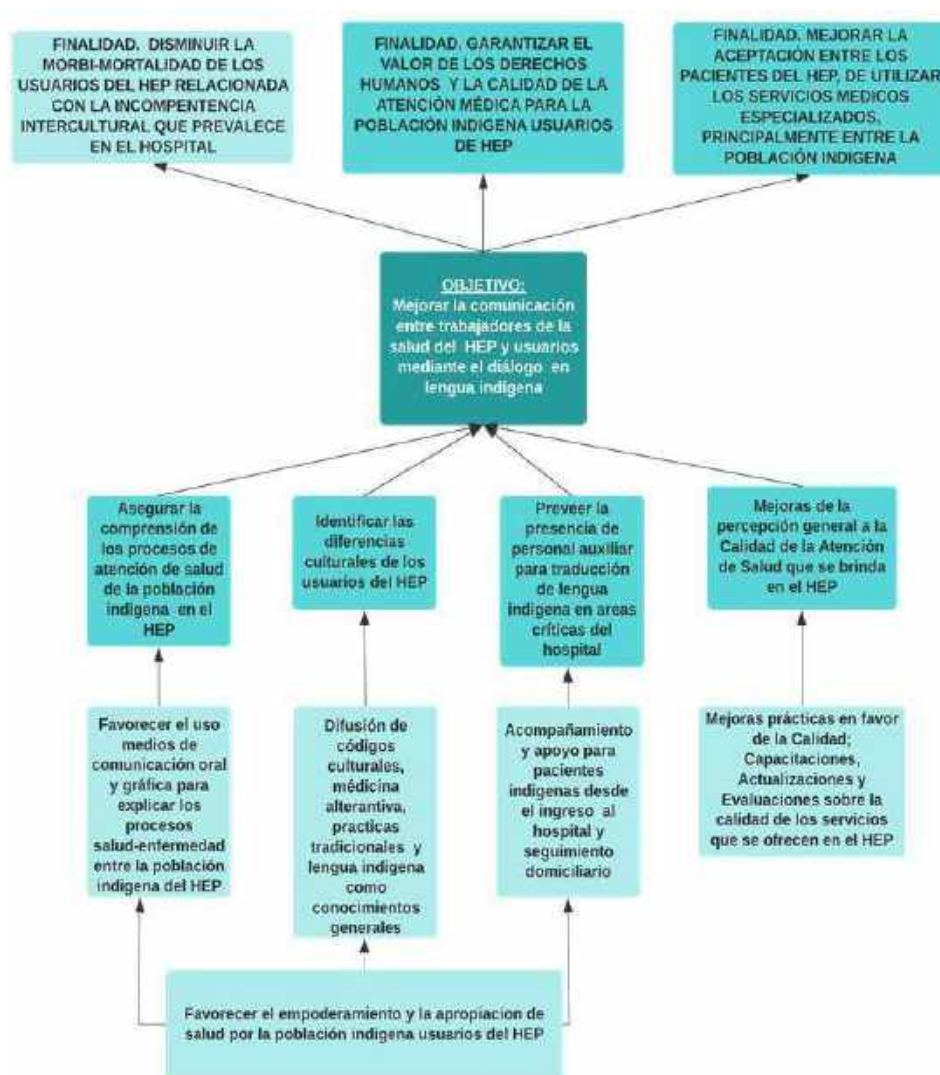
Una vez que se identificó el problema central, y realizado el análisis de involucrado, nos dimos a la tarea de buscar las relaciones del problema central con otros factores íntimamente relacionados, por lo que hicimos uso de la herramienta del Árbol de Problemas que mostramos a continuación.



Fuente. Elaborado por Iraís Del Solar López; Esquema gratuito tomado de la plataforma Lucid chart.

2.2.3. Análisis de Objetivos

Una vez elaborado el árbol de problemas, se procede a convertirlo en árbol de objetivos, el cual responde a la solución al problema central identificado. En el centro se enuncia el propósito u objetivo general, debajo de este se citan los componentes u objetivos específicos y debajo de cada uno, las actividades correspondientes. En la parte superior se observa el fin que es un objetivo superior al que se le aportará con el proyecto y que es un problema de largo plazo para la institución, en este caso el HEP.



Fuente. Elaborado por Iraís Del Solar López; Esquema gratuito tomado de la plataforma Lucid chart

2.2.4. Análisis de alternativas

Una vez identificado el problema central y realizado el análisis de involucrados y de objetivos, junto con los responsables de los Departamentos de Educación y de Calidad del HEP, se evaluaron las diversas alternativas para ver la mejor manera de lograr los objetivos planteados en el proyecto. A continuación, se presenta la tabla realizada con el análisis de alternativas:

Alternativa	Costo de implementación	Factibilidad (tiempo-esfuerzo)	Dominio de la estrategia	Valor de la estrategia
Uso de medios de comunicación oral, visual, auditivos y gráficos para la población indígena	1	3	2	6
Difusión de códigos culturales, tradiciones y lengua indígena	1	2	1	4
Programa de acompañamiento con traductores indígenas	3	3	3	9
Ofertar las instalaciones hospitalarias a recursos humanos bilingües para prácticas en áreas de salud	2	3	3	8
Capacitación, actualización, y evaluación sobre la calidad de los servicios de salud del HEP para la población culturalmente diferente (indígenas)	3	3	2	8

2.2.5. Integración del presupuesto

El siguiente paso fue la elaboración del presupuesto, para ello se integró una memoria de cálculo, elaborada con base en la información disponible al mes julio del 2024. Las cifras deberán revisarse y modificarse cuando se vaya a implementar el proyecto y conforme su avance el cumplimiento de actividades. La memoria de cálculo presenta a continuación:

TAREA	RECURSO NECESARIO	PRESUPUESTO
T.1.1. Realizar la invitación mediante oficio a la Dirección General del HEP, Dirección de Planeación, Dirección Administrativa, Dirección Médica y Dirección de Operaciones para la presentación del proyecto.	1 Equipo de cómputo 1 Impresora 1 Paquete de hojas carta, Bond 1 Caja de lapiceros Subtotal	\$ 0.00 M.N. \$ 0.00 M.N. \$ 260.00 M.N. \$ 60.00 M.N. \$ 320.00 M.N.
T.1.1.1. Preparación de la presentación sobre los objetivos del programa y sus principales estrategias.	1 Equipo de cómputo 1 Proyector (cañón) Sala de juntas del HEP 24 botellas de agua purificada Cafetera para 50 tasas (propiedad del HEP) 1 kilo de café molido 1 caja de sustitutos de azúcar 2 paquetes de vasos desechables 2 cajas de galletas surtidas Sub-total	\$ 0.00 M. N \$ 0.00 M. N \$ 0.00 M. N \$ 0.00 M. N \$ 250.00 M. N \$105.00 M.N \$40.00 M.N. \$100.00 M. N \$ 495.00 M. N
T.1.2.1. Conformación de la Unidad de Enlace Intercultural y presentación de programa de trabajo.	1 equipo de cómputo, 1 proyector (cañón), Disposición del Auditorio de HEP 20 hojas de papel para impresión 1 impresora tinta, propiedad del HEP 10 impresión de los programas de trabajo y engargolado Sub-total	\$ 0.00 M. N \$ 0.00 M. N \$ 0.00 M. N \$ 100.00 M. N \$ 0.00 M. N \$200.00 M. N \$300.00 M. N
T.1.2.2. Gestionar plazas de servicio social de pasantes bilingüe para la unidad de enlace intercultural en el HEP	6 becarios de Servicio Social Sub-total	Beca Mensual x 6 Sin información al respecto; responsable directo, SSA Estatal.
T.1.3.1. Evaluación del espacio físico, de los recursos humanos y materiales de los que dispone el HEP para integrar la Unidad de Enlace Intercultural.	1 equipo de Computo 1 impresora Sub-total	\$0.00 M.N \$0.00 M.N. \$0.00 M.N.
T.1.4.1. Evaluación interna de forma aleatoria del personal de salud que labora en el HEP, para identificar las necesidades y competencia sobre el tema Salud Intercultural	1 equipo de computo Suscripción anual a la plataforma digital para la creación de cuestionarios o encuestas institucionales	\$0.00 M.N \$1200.00 M.N \$1200.00 M. N

TAREA	RECURSO NECESARIO	PRESUPUESTO
T.2.1. Definir los objetivos del proyecto y el plan de trabajo	1 Equipo de cómputo 1 Proyector 1 impresora 1 Paquete de hojas carta, Bond 1 Caja de lapiceros Subtotal	\$0.00 M.N. \$0.00 M.N. \$0.00 M.N. \$ 260.00 M.N. \$ 60.00 M.N. \$ 320.00 M.N.
T.2.2. Definir la Misión, Visión, Metas, Métodos de evaluación, y Análisis de resultados.	1 Equipo de cómputo 1 Proyector 1 Impresora Sala de juntas del HEP Sub-total	\$ 0.00 M.N. \$ 0.00 M.N. \$ 0.00 M.N. \$ 0.00 M.N.
T.2.3. Definición de Actividades y responsables	1 Equipo de cómputo 1 Proyector 1 Impresora Sala de reuniones del HEP Sub-total	\$ 0.00 M.N. \$ 0.00 M.N. \$ 0.00 M.N. \$ 0.00 M.N.
T.2.4. Evaluación del espacio físico, de los recursos humanos y materiales de los que dispone el HEP para integrar la Unidad de Enlace Intercultural.	1 equipo de Computo 1 impresora Sub-total	\$0.00 M.N. \$0.00 M.N. \$0.00 M.N.
T.2.5. Realizar las evaluaciones psicométricas y las entrevistas necesarias para reclutar estudiantes indígenas en las áreas de la salud para ocupar las plazas de servicio social que cubran el perfil bilingüe y posean conocimiento sobre códigos culturales de la región.	Sala de reuniones del HEP 1 Auditorio del HEP 1 Equipo de computo 1 impresora Copias de las evaluaciones Sub-total	\$0.00 M.N. \$0.00 M.N. \$0.00 M.N. \$ 0.00 M.N. \$200.00 M.N. \$200.00 M.N.
TAREA	RECURSO NECESARIO	PRESUPUESTO
T.2.6. Integración de los pasantes seleccionados a la U.E.I.; inicio de actividades: Redefinir el programa de trabajo; programar capacitaciones, y Actividades Hospitalarias.	Sala de reuniones del HEP 1 Auditorio del HEP 1 Equipo de computo 1 proyector 1 impresora	\$0.00 M.N. \$0.00 M.N. \$0.00 M.N. \$0.00 M.N. \$0.00 M.N.
T.3.1 Difusión de los lineamientos institucionales promoviendo mejorar la atención a la salud y el trato digno de los usuarios desde el enfoque intercultural	A través de la plataforma http://infohep.gob.mx , ubicado en todos los Equipos de cómputo del HEP en red Sub-total	 \$0.00 M.N.
T.3.2. Programar la capacitación sobre el Modelo de atención Intercultural para la salud del HEP: se efectuar 2 talleres al día durante una semana con el objetivo de sensibilizar al personal sobre las diferencias y las competencias culturales del nuevo programa de trabajo.	1 Equipo de cómputo, 1 Proyector (cañón), Disposición del Auditorio de HEP Costo por persona Capacitada (capacitadores externos y material para el curso) Para 20 personas. 10 de talleres x 20 asistentes cada uno = 200 personas capacitadas 200 x \$100.00 M.N = \$ 20,000.00 Sub-total	\$ 0.00 M.N. \$ 0.00 M.N. \$ 0.00 M.N. \$ 100.00 M.N. \$20,000.00 M.N.

T.3.3. Realizar grabaciones y reproducción de videos en las principales lenguas indígenas sobre el cuidado de salud, procedimientos y trámites hospitalarios atendidos en el HEP	1 Equipo de Audio-Videocontratado 10 unidades de almacenamiento de datos, grabaciones y reproductores automáticos	\$35,000.00 M.N \$50,000.00 M.N
	Sub-total	\$85,000.00 M.N
T.3.4. Realizar encuestas cuatrimestrales a los usuarios de origen indígenas en igual proporción que el resto de los usuarios sobre Satisfacción y Trato Digno (SESTAD) por el departamento de Calidad y Aval ciudadano	1 Equipo de cómputo 1 Proyector 1 Impresora 1 Paquete de Hojas 1 caja de Lapiceros 5 Grapadoras 1 Caja de Grapas	\$ 0.00 M.N \$ 0.00 M.N \$ 0.00 M.N \$ 0.00 M.N \$ 0.00 M.N \$ 0.00 M.N \$ 0.00 M.N
	Sub-total	\$ 0.00 M.N
T.3.5. Realizar el análisis y el reporte de los resultados del SESTAD reportados a la plataforma nacional; posteriormente, informar y planear estrategias de mejora en la U.E.I.	1 Equipo de computo	Sin Costo
T.3.6. Programar el inicio de la consulta informada por especialidad, y creación de la Base de datos de los usuarios indígenas	Programa de cita hospitalarias existente. Personal de trabajo social o enfermería asignado a los módulos de informes o citas del hospital. Hoja de consulta diarias. Expediente Clínico Hospitalario personalizado. Equipos de cómputo y software para agenda de citas hospitalarias.	\$0.00 M.N \$0.00 M.N \$0.00 M.N \$0.00 M.N

2.2.6. Diseño de indicadores Objetivamente Verificables

El siguiente paso para el diseño del proyecto, fue la identificación de los indicadores objetivamente verificables, mismos que sirven para el seguimiento, control y evaluación del proyecto. Para ello se realizó la tabla siguiente:

	NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR DEFINIDO	QUIEN	DONDE	CUANTO	COMO	CUANDO
FIN	Reducción de la tasa de mortalidad pediátrica	En un año, lograr la reducción de la mortalidad del 50% en el HEP con respecto al año previo de iniciado el proyecto	Pacientes pediátricos del HEP	Hospital de Especialidades pediátricas de Chiapas	Reducción del 50% de la tasa de mortalidad del HEP	Reducción de tasa la mortalidad en comparación con el año previo	En un año
PROPOSITO	Mejorar la calidad y satisfacción por los servicios de salud para la población derechohabiente del HEP, prioritariamente de la población indígena	Aumento del resultado de satisfacción sobre la calidad de los servicios brindados a pacientes pediátricos HEP superior al 85.7%	Monitoreo institucional y Aval Ciudadano	En las áreas de Consulta externa, Admisión continua y Hospitalización	Satisfacción promedio superior a 85.7%	Promoviendo el trato digno y brindando servicios de salud mas efectivos	Cuatrimestral
COMPONENTES	Capación con enfoque intercultural del personal de salud HEP	Capacitación y sensibilización al 96% del personal de salud sobre los principios de interculturalidad	Personal Directivo, operativo y personal de salud del HEP	Instalaciones del HEP	Capacitación del 96% de servidores públicos del HEP capacitados	Capacitación sobre interculturalidad, trato digno y calidad de los servicios	Semestral
	Modificación a procedimientos y espacios para enlace intercultural	Creación de 3 unidades de enlace intercultural y formalizar y realizar el plan de trabajo	Personal de Salud del HEP	Instalaciones del HEP	3 unidades de Enlace Intercultural	Reclutando al personal de salud para traducción, capacitación, y pasantes del área de salud indígena	Al tener el proyecto terminado
	Detección y eliminación de las barreras culturales	Disminución del 15% las quejas y acusaciones sobre trato digno y calidad de los servicios de salud del HEP	Pacientes del HEP	Instalaciones del HEP	Disminución igual o mayor al 15%	Disminución de las quejas y reclamos con respecto al año previo	Cuatrimestral
	Obtención de Plazas de servicio social de indígenas en formación en áreas de salud para del HEP	50% de las plazas de servicio social disponibles en el HEP	Departamento enseñanza del HEP	Hospital	Igual o mayor al 50% de las plazas disponibles de S.S.	Promoción de las plazas de S.S. a las instituciones formadoras de recursos para la salud indígena	Semestral
	Contratación de personal para traducción y atención de la población indígena	Contratar 6 traductores para los diferentes turnos del hospital	Recursos Humanos del HEP	Hospital	6 personas con habilidad de traducción indígena	Reclutamiento de personal con dicha competencia	Al tener el proyecto terminado
	Realizar la base de datos sobre la población indígena del HEP	Establecer el censo de la población indígena del HEP	Trabajo Social del HEP	Hospital	No hay registros sobre la población de pacientes indígenas que acuden al hospital	Agregar a la ficha de identificación del paciente reconocimiento del origen indígena y la lengua materna dominante	Al inicio del proyecto
	Desarrollo de la consulta informada en el idioma de preferencia del paciente	Presencia de traductor en la consulta cuando así lo solicite el paciente, y su registro	Traductores contratados por el hospital	Hospital	Iniciar con la prestación del servicio al que el paciente tiene derecho y registrar frecuencia	Se pondrá a disposición del paciente indígena la presencia de traductor en la consulta para asegurar su total entendimiento	Al inicio del proyecto

2.2.7. Diseño de medios de verificación

Siguiendo con la metodología del ML, el siguiente paso para el diseño del proyecto, fue la identificación de los medios de verificación, mismos que sirven para definir en donde se obtendrá la información y datos para el seguimiento y evaluación. Para ello se realizó la tabla siguiente:

Nombre del indicador	Fuente de información	Método de verificación	Responsable	Método de análisis	Frecuencia
Reducción de la mortalidad pediátrica	Departamento de Estadística del HEP	Reportes de Estadísticas vitales del HEP	Departamento de Estadística del HEP	Tasa de Mortalidad	Anual
Satisfacción con la calidad de los servicios	Encuesta SICALIDAD y Aval Ciudadano	Reporte del Sistema de Encuesta de Satisfacción y Trato Adecuado y Digno (SESTAD)	Gestoría de Calidad del HEP (Monitoreo Institucional)	Cálculo de la muestra; aplicación de encuestas; análisis de resultados; Confrontación con resultados del Aval Ciudadano	Cuatrimestral
Capacitaciones impartidas	Departamento de Recursos Humanos y Educación Continua y Capacitación del Hospital	Sistema de Control de Recursos Humanos y Educación Continua del HEP	Unidad de Enlace Intercultural y Departamento de Enseñanza	Porcentaje de Capacitaciones impartidas de acuerdo con la programación	Semestral
Relación de usuarios indígenas y no indígenas	Departamento de Estadística y trabajo social del Hospital	Reportes de Estadísticas Vitales del HEP	Trabajo Social, y Departamento de Enlace Intercultural	Registro de todos los usuarios indígenas que visiten el hospital a partir de inicio del proyecto	Diario

2.2.8. Definición de los supuestos

Finalmente, el último paso de la Matriz de Marco Lógico es la identificación de los supuestos que deben ocurrir para lograr el éxito del proyecto. Su importancia radica en que permitirá identificar situaciones que puedan poner en riesgo los resultados, y atenderlos previamente, si es posible o si no; y ajustar el proyecto para evitar su fracaso. Para ello se integró la siguiente tabla:

OBJETIVOS	RESUMEN NARRATIVO	RIESGO	SUPUESTO
FIN.	Reducción de la mortalidad pediátrica del Hospital	Aumento de la mortalidad pediátrica hospitalaria a causa de enfermedades prevenibles	Reducción constante de la mortalidad pediátrica hospitalaria por diagnósticos e intervenciones oportunas ante enfermedades prevenibles.
PROPOSITO.	Mejorar los resultados de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno incluyendo a la población indígena derechohabiente del hospital con encuestas en su idioma	Ausencia de empatía, intolerancia e inequidad en el acceso a servicios de salud para los derechohabientes indígenas	Sensibilizar a los trabajadores del hospital sobre la atención a la salud con enfoque intercultural.
1. COMPONENTE	Fortalecer el programa operativo incorporando el enfoque intercultural como eje transversal de operaciones	NA	La incorporación del enfoque intercultural al programa operativo de salud del hospital representa la estrategia más adecuada para modificar la percepción, los valores, las competencias y el trabajo en equipo.
1.1. ACTIVIDAD	Gestionar ante la SSA Estatal y otras instituciones educativas de pasantes indígenas en servicio social para realizarse en el hospital (p.ej. trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras, médicos, administradores, comunicólogos, etc.).	Reducción al presupuesto para la enseñanza y capacitación intercultural hospitalarias	Gestión del apoyo económico para la enseñanza y capacitación intercultural hospitalaria de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, y/o autónomas.
1.2. ACTIVIDAD	Integrar del equipo de trabajo interno para formación de las unidades de enlace intercultural	Apatía y pobre interacción entre los miembros del equipo de trabajo interno	Señalar el rol de cada uno de los miembros del equipo de trabajo interno para la formación de la UEI con una dirección de tipo liderazgo estratégico.
1.3. ACTIVIDAD	Identificar las necesidades físicas y materiales para crear la Unidad de Enlace Intercultural	NA	Deben de exteriorizarse las necesidades y competencias humanas y materiales para alcanzar la interculturalidad en el hospital.
1.4. ACTIVIDAD	Identificar las necesidades y competencias del personal auxiliar hospitalario para incorporar la interculturalidad en las prácticas cotidianas	NA	
2. COMPONENTE	Diseñar e implementar el programa permanente de capacitación y educación intercultural	El personal capacitado no aplica o se rehúsa/encuentra dificultad en aplicar lo aprendido	Ensayo sobre la aplicación práctica de lo aprendido y evaluación correspondiente de las capacitaciones interculturales.
2.1. ACTIVIDAD	Difusión de material sobre política de educación intercultural en los diferentes medios de comunicación	NA	Directivos, médicos y personal auxiliar del hospital reconocen y promueven la propuesta educativa con enfoque intercultural en la salud.
2.2. ACTIVIDAD	Oferta educativa a Profesionales de la Salud con el enfoque intercultural	NA	
2.3. ACTIVIDAD	Obtener el reconocimiento por parte de la DGPLADES como hospital formador de profesionales de la salud competentes interculturalmente	NA	
3. COMPONENTE	Evaluar la satisfacción de los servicios de salud con todos los derechohabientes del hospital con la nueva perspectiva intercultural	Apatía de parte de la población indígena a participar en las encuestas de satisfacción de los servicios hospitalarios	Informar a la población sobre los beneficios de su participación en las encuestas de Satisfacción de los servicios hospitalarios.
3.1. ACTIVIDAD	Diseñar el material y señaléticas para el inicio de la sensibilización intercultural y promoción al trato digno a usuarios culturalmente diferentes	Falta de presupuesto para el desarrollo de las herramientas audio/visuales de apoyo para la comunicación con la población indígena	Gestión y logro de presupuesto para el desarrollo de las herramientas audio/visuales para el logro de la comunicación efectiva con los indígenas.
3.2. ACTIVIDAD	Iniciar el Servicio de Consulta Informada en el idioma del paciente o con apoyo de un traductor	Desapego a las indicaciones médicas brindadas durante las consultas en el idioma del paciente	Retroalimentar la consulta informada con preguntas y respuestas sobre el proceso salud-enfermedad; y opciones terapéuticas.
3.3. ACTIVIDAD	Generar la base de datos e informes estadísticos sobre los pacientes indígenas atendidos para su seguimiento y evaluación	Los pacientes omiten información para integrarla base de datos	Sistematizar la herramienta (cuestionario) para obtener la información más completa y veraz de la población indígena.

CAPÍTULO III. EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

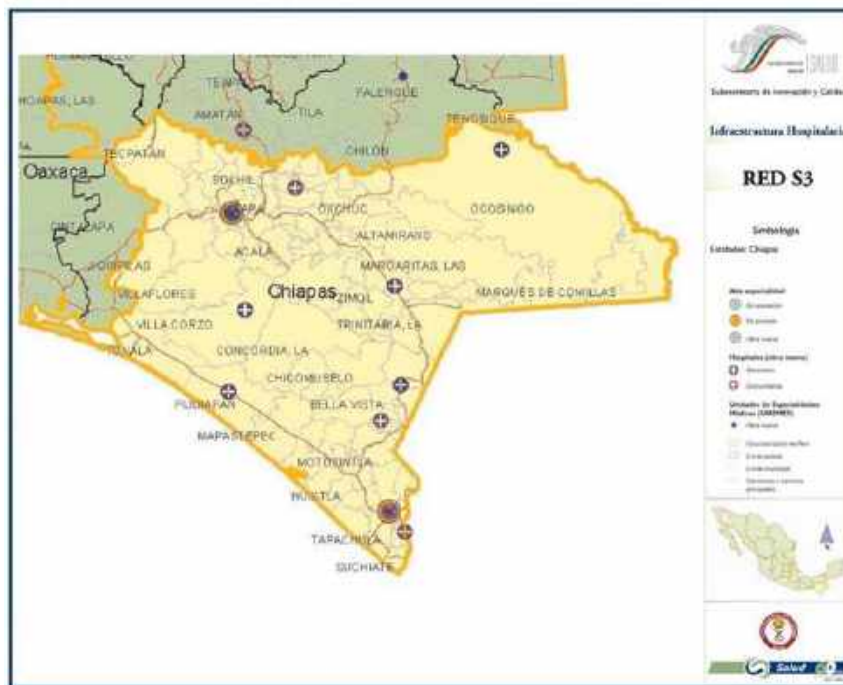
3.1. Antecedentes

El Hospital Regional de Alta Especialidad de Chiapas (H.R.A.E, en unión a los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Federales de Referencia (H.F.R) y otros hospitales vinculados con las universidades del país, conforman la Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad (REDSAES), han logrado ampliar a nivel nacional, la oferta de servicios especializados que contribuyen a la equidad en el acceso a los servicios, mediante el proceso de descentralización¹ iniciado en 1983 (Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad [CCINSHAE], 2019).

El 29 de noviembre de 2006 se publica en el Diario Oficial de la Federación el decreto de creación del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, como un Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud. Con la creación de este centro pediátrico se planeó atender la creciente demanda de atención a la salud de los niños chiapanecos, para atender la elevada mortalidad y morbilidad, que era superior a la media nacional y en especial a padecimientos considerados de alta complejidad, que requieren de una infraestructura con procedimientos de alta especialidad. (Secretaría de Salud, Centro Regional de Alta Especialidad [CRAE], 2008).

3.2. Ubicación, ámbito de acción, población objetivo

El Hospital de Especialidades Pediátricas [HEP] fue creado para satisfacer la demanda de atención médica de alta especialidad en pediatría para la población del Estado de Chiapas y para los niños de municipios vecinos, de los Estados de Oaxaca, Veracruz y Tabasco. El área de influencia fue determinada en la Red S3 descrita en el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud 2003.



Fuente. Secretaría de Salud (SS, 2003). Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud.

En cumplimiento del Decreto por el que fue creado el CRAE Chiapas/HEP, el hospital cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propios, pertenece al Tercer Nivel de atención; está ubicado sobre el Blvs. S.S. Juan Pablo II s/n, Col. José Catillo Tielemans, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; capital del Estado de Chiapas.

Tuxtla Gutiérrez, esta comunicada con el resto del país por medio de una red de carreteras libres federales y también por la red de autopistas que acortan el recorrido a distintas ciudades, como la Ciudad de México. Otras dos carreteras comunican a la Capital con el municipio de Suchiapa y la región de la Fraylesca; y con los municipios de Chiapa de Corzo, San Cristóbal de las Casas, Comitán y Tapachula (Secretaría de Comunicaciones y Transportes [SCT], 2000).

Con el nuevo proyecto del nuevo libramiento sur, y la autopista al Aeropuerto Internacional “Ángel Albino Corzo” ubicado a 34 km, entre los municipios de Chiapa de Corzo y Suchiapa; con lo cual, la capital recibe cada día más vuelos nacionales. Los nuevos corredores del

Estado van desde el Parral hasta Villaflores, y de ahí parte la autopista Las Limas-El Parral-La Concordia-rizo de Oro-Frontera Comalapa, la de Villaflores hasta Jaltenango, Montecristo de Guerrero, Siltepec y Motózintla, así como la de Acalá-Venustiano Carranza-Pujilic-Socoltenango- Tzimol-La Trinitaria, conformando el Circuito Chiapas (SCT, 2000).

El HEP desde su apertura al público en general, en marzo de 2006 atiende sin discriminación, a toda la población pediátrica del Estado de Chiapas que requiere de su referencia a tercer nivel de atención y que además no posee ningún tipo de seguridad social. (CRAE, 2008).

El objetivo del HEP es proveer servicios médicos de alta especialidad con enfoque regional, de conformidad a lo establecido en el Artículo 2 del Decreto de creación, y le corresponde llevar a cabo las siguientes funciones:

1. Proporcionar los servicios médico-quirúrgicos, ambulatorios y hospitalarios de alta especialidad que determine su Estatuto Orgánico, así como aquellos que autorice la Junta de Gobierno, relacionados con la salud, regidos por criterios de universalidad y gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.
2. Fungir como Hospital Federal de Referencia para efectos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, dentro del Sistema de Protección Social en Salud;
3. Formar recursos humanos altamente capacitados en el campo de las especialidades médicas con que cuenta el CRAE Chiapas/HEP;
4. Diseñar y ejecutar programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización del personal profesional, técnico y auxiliar en el ámbito de responsabilidad;
5. Implantar esquemas de contratación de servicios profesionales y técnicos que requieran para su funcionamiento;
6. Prestar servicios de alta especialidad a otro organismos, entidades o instituciones públicas y privadas que lo requieran, de acuerdo con los convenios que para el efecto celebre, etc.

Convencido de su posición en el Sistema de Salud Estatal, reconoce su responsabilidad hacia la población Chiapaneca. Esta responsabilidad se fusiona con los valores de la misma institución: Responsabilidad, Equidad, Compromiso, Lealtad, Integridad, Honradez, Amabilidad. (CCINSHAE, 2020).

3.3 Características

Entidad: Chiapas. Municipio: Tuxtla Gutiérrez.

Licencia Sanitaria No. 011010156 No. CLUES. CSSSA008894

Nombre del establecimiento. Hospital de Especialidades Pediátricas. Horarios de Atención: Días Laborales: lunes a domingo, 24 horas.

Fecha de Inicio de Operaciones: 2006-03-28.

3.4 Infraestructura General

Entre la infraestructura física con que cuenta el hospital sobresalen las áreas de: Urgencias, Consulta externa; Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrica; Quirófanos; Áreas de hospitalización; Laboratorio, Imagen; Banco de Sangre; farmacia, Sistema de Telemedicina; Archivo Clínico; Áreas de gobierno; Estadística; Auditorio; Aulas; y Biblioteca.

El hospital cuenta con una capacidad de 24 Consultorios Médicos de Especialidades para la atención ambulatoria, con una capacidad de respuesta de 71 médicos subespecialistas distribuidos en diferentes turnos y horarios; también fue asignado un consultorio para el Servicio de Triage, con la finalidad de priorizar la atención de pacientes de acuerdo con la urgencia; y un segundo consultorio fue asignado como área de Preconsulta de pacientes referidos por otras instituciones de salud pública. Para otorgar sus servicios atención a la salud de los pacientes, el hospital cuenta con una plantilla de 447 enfermeras (os), 157 médicos (as) especialistas, 214 paramédicos y 155 administrativos entre directivos y personal de confianza.

El Hospital de Especialidades Pediátricas cuenta con 38 Especialidades Médico-Quirúrgicas:

Especialidades Médicas

Alergología e inmunología	Estomatología	Nefrología, hemodiálisis y diálisis peritoneal
Algología y cuidados paliativos	Gastroenterología	Neumología
Anatomía patológica	Genética	Neurología
Audiología	Hematología	Oncología
Cardiología y Hemodinamia	Imagenología	Paidopsiquiatría
Dermatología	Infectología	Patología clínica
Endocrinología	Medicina Física y rehabilitación	Pediatría y Medicina Crítica
Epidemiología	Medicina Nuclear	Reumatología

Especialidades Quirúrgicas

Anestesiología	Cirugía cardiotorácica	Oftalmología
Anestesiología pediátrica	Cirugía pediátrica	Oncología
Anestesiología cardiovascular	Cirugía maxilofacial	Otorrinolaringología
Cirugía De trasplante renal	Neurocirugía	Ortopedia y traumatología
Urología pediátrica	Neuroanestesiología	Cirugía Plástica reconstructiva
Gastro-endoscopia		

Áreas Paramédicas

Admisión, control e informes, Atención al usuario	Nutrición parenteral	Estadística y Archivo
Choque-Trauma	Hemodiálisis y diálisis peritoneal	Clínica De enfermedades lisosomales
Nutrición y Dietética	Unidad de neuropsiquiatría	Quimioterapia ambulatoria
Inhaloterapia	Clínica de catéteres	Medicina nuclear
Terapia de Fluidos	Clínica de estomas	Clínica de cuidados paliativos

3.5. Infraestructura Hospitalaria

El Hospital de Especialidades pediátricas inicio oficialmente labores hace 15 años (marzo de 2006) con 30 camas; actualmente cuenta con una capacidad resolutive para la atención de 170 camas, de las cuales 90 son camas censables y 80 no son censables; aunque, sólo 69 de ellas permanecen disponibles y han sido asignadas y organizadas de la siguiente forma: 15 camas para servicios clínicos, 15 camas para servicios quirúrgicos, 29 para Hemato-oncología, 2 camas para trasplante renal y 4 camas para UTIN y 4 para la Unidad de Crecimiento y Desarrollo; las otras 22 camas inhabilitadas responden a la falta de recursos humanos, adecuación y/o falta de equipo especializado.

De las 80 camas no censables, únicamente 74 se encuentran habilitadas para la atención de paciente en las distintas áreas de hospitalización y admisión hospitalaria.

CAMAS CENSABLES				
Indicador camas censales	Número total de camas	Ubicación	Habilitadas	No habilitadas
	21	Lactantes	21	0
	29	Preescolares	29	0
	2	Unidad de trasplante renal	2	0
	30	Escolares	8	22
	8	UTIN	8	0
TOTAL	90		68	22

Fuente: Estadística (información de la totalidad de las camas del Hospital de Especialidades Pediátricas)

CAMAS NO CENSABLES				
Camas no censables	Total, Número de camas	Ubicación	Habilitadas	No habilitadas
	18	Admisión	18	0
	2	SHOCK TRAUMA	2	0
	8	UCIN	8	0
	3	Diálisis	3	0
	14	Quimioterapias	14	0
	1	Clínica de catéteres	1	0
	11	UTIP	5	6
	4	Hemodiálisis	4	0
	6	Enfermedades Lisosomales	6	0
	6	Recuperación quirúrgica	6	0
	1	Clínica de estomas	1	0
	1	Inhaloterapia	1	0
	5	Preanestesia	5	0
Total	80		74	6

Fuente: Estadística (información de la totalidad de las camas del Hospital de Especialidades Pediátricas)

INFRAESTRUCTURA DE CAMAS DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y QUIRÓFANOS

Cama	Área	Habilitadas	No habilitadas
6	Preanestesia	6	0
6	Recuperación	6	0
4	Recuperación Ambulatorios	4	0
16	TOTAL	16	0

Fuente: Estadística (información de la totalidad de camas del Hospital de Especialidades Pediátricas)

3.6. Situación epidemiológica

El HEP fue creado a efecto de cubrir las demandas de la población, en especial de las enfermedades de alta complejidad diagnóstica-terapéutica; así fue como se promovió la gestión del Hospital de Especialidades Pediátricas, para la población infantil chiapaneca, que incluye niños recién nacidos hasta los 17 años 11 meses de edad; quienes en su mayoría son referidos de los diferentes Centros Hospitalarios de 2º Nivel de Atención.

Este hospital brinda atención a enfermedades complejas como: malformaciones congénitas, enfermedades cardiovasculares, trastornos ortopédicos, leucemias y otros tipos de cáncer, trasplantes, entre otros padecimientos que requieren servicios médicos especializados.

Cabe señalar que cuando los pacientes referidos, no cumplen con las características previamente señaladas para recibir atención de tercer nivel, estos deben ser contra-referidos por el mismo especialista a quien se turnó su atención; mediante el servicio de referencias y contra-referencias a las instituciones de segundo nivel correspondientes.

Ahora bien, cuando una referencia es aceptada en el hospital, a través del servicio de referencias y contrarreferencias; es llevada ante la Dirección de Servicio quirúrgicos, quienes decidirán la aceptación y asignación con el especialista correspondiente; sin embargo, al momento de programarse su cita de atención mediante la consulta externa, esta referencia se enfrenta con una larga lista de espera, por lo que el paciente tiene que esperar días o hasta meses para recibir la atención requerida, si está no es urgente.

En cuanto a la infraestructura, el hospital cuenta con tecnología de punta y médicos especialistas en pediatría, anestesiología y médicos cirujanos subespecialistas, a la altura de los grandes hospitales de alta especialidad del país para responder a las necesidades de atención de la población infantil tanto estatal como regional.

3.7. Diagnóstico Epidemiológico

Durante el 2020, el hospital presento al igual que la mayoría de las instituciones públicas un decremento de sus operaciones debido a la Pandemia por COVID-19; sin embargo, se continuó brindando atención principalmente a pacientes oncológicos sumando un total de 12,372 atenciones, que comparativamente con el periodo anterior presento un decremento de 38.1% del total de consultas, que alcanzaron un total de 19,989 consultas de especialidad.

Respecto al género de pacientes mayormente atendidos, se distribuyó de la siguiente forma: sexo femenino 4,495 niñas atendidas, lo que represento el 45% del total de servicios de consulta externa y 5,428 del género masculino, lo que representa el 55% restante, sumando un total de 9,923 atenciones.

En este periodo de reporte, el rango de edad de mayor número de pacientes atendidos únicamente en el servicio de consulta externa continúa siendo los de 5 a 9 años, que en conjunto representa el 32% del total de atenciones.

El servicio de consulta en el área de Admisión Continua brindo un total de 1,671 consultas, entre las cuales 410 fueron urgencias calificadas como reales en relación con 1,261 atenciones valoradas como sentidas.

Durante el 2020, el HEP reportó un total de 858 referencias; cabe resaltar la estrecha coordinación entre el equipo médico para priorizar la aceptación de pacientes, lo que ha permitido tener mayor comunicación con las unidades que refieren pacientes, evitando gastos innecesarios a los usuarios.

Los principales Centros de Referencia durante el 2020 fueron el Hospital Gómez Maza; el Hospital de las Culturas de San Cristóbal de las Casas; el Hospital de la Mujer de Comitán de Domínguez; EL Hospital Rural de Bochil; Hospital General de Tapachula; el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas; Hospital General de Palenque; Centro de Salud de Tuxtla Gutiérrez; Hospital General Bicentenario de Villaflores; y finalmente, el Hospital Rural de Ocosingo, en ese orden.

3.8 Comportamiento Epidemiológico

Las diez principales causas de consulta externa de primera vez, están agrupadas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), y muchas de las patologías ahí descritas, se encuentran relacionadas con otras patologías de fondo de mayor complejidad; tal es el caso de las Enfermedades Congénitas, Malformaciones y Alteraciones Cromosómicas con un total de 227 atenciones de pacientes, lo que representa el 14.2%; el segundo grupo lo ocupan las Enfermedades del Sistema Respiratorio con 161 casos y en tercer lugar 161 casos y en tercer lugar lo conforman las Enfermedades del Sistema Genitourinario con 168 casos (Diagnóstico Situacional HEP, 2020).

Debido a las modificaciones hospitalarias por motivo de seguridad de los pacientes durante la pandemia, sólo permanecieron habilitadas 60 camas del total de 69 camas censables, con lo cual se alcanzó un promedio de ocupación Hospitalaria del 64.9% que, en comparación con el año previo, presentó un decremento del 18.4% para el mismo periodo y con las 69 camas habilitadas (HEP, 2020).

El promedio de días estancia hospitalaria, correspondiente a camas censables presenta un promedio de 10.9 días durante el periodo enero-junio 2020, presentando un incremento del 26.7% con respecto al mismo periodo del año anterior que se encontraba en 8.6 días en promedio (HEP, 2020).

Los Egresos hospitalarios por Mejoría alcanzaron un total de 88.3%, que en comparación con el año pasado decreció un 3.3% del año 2019, en que los Egresos registrados fueron del 91.2%; mientras que los Egresos por defunción sumaron un total de 3.3%.

El HEP ocupa un lugar privilegiado como centro de referencia por neoplasias (C00-d48), representando la primera causa de atención hospitalaria, registrando un total de 275 egresos de este tipo de enfermedades.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DURANTE EL AÑO 2020

N.	10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO (CIE)	NO. DE DIAGNÓSTICOS	TASA
1	ENFERMEDADES CONGÉNITAS, MALFORMACIONES Y ALTERACIONES CROMOSÓMICAS	(Q00 - Q99)	86	14.7
2	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	(F00 - F99)	544	7.3
3	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	(J00 - J99)	24	4.1
4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	(K00 - K99)	32	5.5
5	SÍNTOMAS Y OBSERVACIONES CLÍNICAS O DE LABORATORIO ANORMALES NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	(R00 - R99)	15	2.6
6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	(N00 - N98)	43	7.4
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	(G00-G99)	15	2.6
8	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y OTROS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	(D50-D89)	21	3.6
9	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	(P00-P89)	13	2.2
10	NEOPLASIAS	(C00-D44)	275	47.5
		OTROS	44	7.6
		TOTAL	579	100

Fuente: Estadística (información de la totalidad del Hospital de Especialidades Pediátricas)

Durante este periodo del 2020 se registró una tasa de mortalidad bruta de 88.1 fallecimientos por cada mil pacientes atendidos, lo que representa un incremento de 53.8% con respecto del año previo con 57.3 fallecimientos; mientras que la tasa de mortalidad ajustada fue de 50.1 (Diagnóstico Situacional HEP, 2020).

Las principales causas de defunción en el periodo 2020, que acumulo 51 defunciones, fueron las siguientes: primero causas fueron las Neoplasias con 15 defunciones; segundo lugar las malformaciones congénitas con 14 defunciones y Enfermedades de la sangre con 8 defunciones.

La tasa de infecciones nosocomiales por mil días de estancia hospitalaria en camas censables, para este período del año fue de 8.54, mientras que el año previo sólo alcanzo el 6.77, es decir, incremento 1.77 puntos.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL HEP DURANTE EL AÑO 2020

No.	Principales Causas de Defunción	Código (CIE)	No. de Casos	Tasa %
1	NEOPLASIAS	C00-D48	15	25.9
2	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	Q00-Q99	14	24.2
3	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y DE OTROS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	D50-D89	4	6.9
4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	100-199	2	3.5
5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	J00-J99	3	5.2
6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	G00-G99	1	1.7
7	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	K00-K93	3	5.2
8	ENFERMEDADES ENDCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	E00-E90	1	1.7
9	OTROS		8	13.8
10	TOTAL		51	88.1

Fuente: Hojas de Productividad de información Estadística Médica de la DPEI. NUMERALIA DEL HEP
2020

CAPÍTULO IV. PROYECTO DE INTERCULTURALIDAD PARA EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

La ***interculturalidad*** como ya se mencionó, es una de las innovaciones más trascendentales en el área de la salud en poblaciones plurales; toda vez que incorpora en la planeación y en la oferta de los servicios, el concepto y las implicaciones de la diversidad cultural. En el caso de los pueblos indígenas, el reconocimiento de elementos sustantivos de su identidad, tales como el idioma, y sus prácticas de salud deben ser incorporadas en la medida de lo posible y del conocimiento de ambas partes, para hacer más integral y accesibles los servicios de salud.

Este proyecto para su implementación requiere de un importante nivel de organización y de gestión, para que pueda verse reflejado en los resultados sobresalientes de los procesos de atención médica, y en el nivel de cumplimiento de las expectativas y la satisfacción de los pacientes y sus familias por la atención recibida. Así como por la cooperación y el grado de motivación del personal de salud por el mejor cumplimiento de sus tareas y responsabilidades en los servicios de salud.

4.1. DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA EN EL HEP

El Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas cumplió en el año 2021, 15 años de funcionamiento como un organismo público descentralizado de la Administración Federal de la Secretaría de Salud, al servicio de la población pediátrica del Estado. Su función es brindar cobertura a la creciente demanda de atención de salud de los niños, quienes presentan elevadas tasas de morbilidad y mortalidad debidas a padecimientos considerados prevenibles, superando por lo regular la media nacional.

Las respuestas a las necesidades de atención de la salud infantil por servicios especializados en el Estado han sido parcialmente resueltas. El grueso de la población

derechohabiente atendida en el HEP, proveniente de la Región Altos Tzotsil-Tzeltal, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria II, con Sede en San Cristóbal de las Casas, Chiapas; sobresaliente por su alto grado de marginación y pobreza; y cuyas expectativas siempre son no han sido cumplidas del todo.

Particularmente la población de origen indígena, cuando buscan atención médica fuera de sus lugares de origen, busca la cura de padecimientos graves que requieren atención incluso de tercer nivel, por lo que, al ser referidos por el segundo nivel de atención en la cercanía de sus lugares de origen al tercer nivel, les representa todo un reto, que enfrentan con miedo e inseguridad, pero lo hacen para evitar repercusiones graves en la salud de sus familias en este caso de sus niños. (Datos obtenidos del departamento de Referencias y Contrarreferencias del HEP)

El principal problema del HEP, es que no posee el enfoque intercultural necesario para la prestación de los servicios de salud en una región rodeada de población indígena, lo cual impide una apropiada interacción y comunicación entre los derechohabientes indígenas y el personal de salud, que impacta en la calidad de la atención a la salud que ahí se ofrece. Se ha observado diariamente que, las diferencias culturales sobrepasan los intereses personales, se generan relaciones conflictivas, existe temor, y el trato es injusto, lo que se manifiesta una cierta resistencia al uso de los servicios de salud o malentendidos.

Otra arista del problema se observa en la comunicación e interacción entre el personal de salud y los pacientes y sus familiares indígenas, que en la gran mayoría no hablan ni entienden el español; por lo que les resulta imposible expresarse o entender el contexto y la situación de las enfermedades por las cual están siendo atendidos; consecuentemente, ni las indicaciones para proporcionar los cuidados y el seguimiento de los tratamientos.

Otro factor que se suma a esta problemática, es el lenguaje médico-científico que se utiliza en el hospital, ligado al bajo nivel educativo de la familia o tutores de los pacientes; la existencia de prejuicios con respecto del uso de servicios de salud; la falta de participación y exclusión que siempre padecen; la percepción de que la atención en el sistema de salud oficial es deshumanizada y la incomprensión a los códigos culturales y la cosmovisión sobre la salud/enfermedad de la población indígenas.

El factor humano para la salud en general es sin duda el más importante. La comunicación que se entabla entre el personal de salud y los pacientes debe reforzar las relaciones sociales; ser enriquecedora y *per se*, un agente principal para el desarrollo cultural de ambos. El instrumento fundamental de la comunicación es el lenguaje verbal a través de un idioma común, pero también se puede establecer mediante gestos, movimientos, miradas etc.

Frente a los problemas de comunicación que persisten en el HEP, se suman una lista de factores determinantes del acceso a los servicios de salud; las llamadas las “barreras” se pueden agrupar en económicas, geográficas y culturales. Para las dos primeras, el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) ideó su solución a través de la construcción de espacios para su atención cada vez más cercanos a la población, y absorbiendo los costos por causa de gastos catastróficos; pero las barreras culturales continúan al ser determinadas por las características (diferencias) entre la cultura de las instituciones de salud y la cultura de los servicios que no sólo se limita al lenguaje, sino a la organización de los servicios, los programas, normas, y valores institucionales (Almaguer, Vargas, & H.J., 2014)

Las barreras culturales derivadas del aspecto, diseño y de los elementos de señalización, el mobiliario, la dieta y el hospedaje están relacionadas con el confort y la seguridad que la institución brinda a los pacientes. El personal prestador de servicios de salud también puede imponer barreras relacionadas con su estatus social, su forma de ejercer el poder, sus prejuicios, valores y carencias. Finalmente, los usuarios pueden empeorar su situación ante la institución al ignorar sus derechos, su ubicación social, sus capacidades y/o normas sociales.

En un esfuerzo por explicar este fenómeno hace seis años, el departamento de Calidad del HEP, inició la base de datos de pacientes de origen indígena, documentando la etnia y las habilidades bilingües de los pacientes; se identificó un predominio de pacientes Tzotziles con padecimientos como la Leucemia Aguda Linfoblástica (LAL) y/o otras neoplasias; sin embargo, este registro fue imposible de continuar por la falta del recurso humano para continuar su seguimiento.

Derivado de lo anterior, lo primero que se desarrollara será el censo de población indígena derechohabiente del HEP, con los elementos culturales señalados; realizaremos también, el diagnóstico sobre competencias interculturales en el HEP, identificando las necesidades, cualidades y recursos hospitalarios existentes; posteriormente, se desarrollara el nuevo programa de trabajo del HEP bajo el eje transversal de operaciones con enfoque intercultural; y finalmente se realizarán las evaluaciones y el monitoreo correspondiente de las acciones implementadas.

4.2. ANALISIS DE INVOLUCRADOS

Los actores involucrados que deben ser considerados para el éxito de este proyecto son:

4.2.1 Beneficiarios Directos

a) Pacientes Pediátricos

Los niños de 0 meses hasta los 18 años de origen primordialmente indígenas, referidos por al HEP para la atención de una patología de alta complejidad.

b) Familiares y/o tutores de los pacientes

Ellos son responsables directos del menor, imposibilitado para hacer valer sólo su derecho a la salud, sin la decisión de un adulto. Este grupo experimenta con relativa frecuencia, dificultades para acceder a servicios de salud en establecimientos de segundo y tercer nivel de atención que les brinde la satisfacción de ser atendido con Calidad desde la perspectiva con enfoque intercultural.

4.2.2. Beneficiarios indirectos

a) El personal de salud

Los trabajadores del Hospital de Especialidades Pediátricas, directivos, administrativos, médicos, personal de enfermería, camilleros, técnicos laboratoristas, radiólogos, trabajadores sociales, estudiantes; etc., quienes establecen una relación directa con los pacientes. Este grupo se enfrenta dificultades en la comunicación debido a barreras

principalmente del lenguaje y por los hábitos y costumbres sociales, entre los que destaca ignorar la existencia de códigos y significados corporales, emocionales y espirituales, que se agudizan por la apatía para aprenderlos y entenderlos.

b) Funcionarios públicos o directivos

En muchas ocasiones existe un mal desempeño o mala praxis durante su gestión, y al gozar de cierto estatus dentro de la institución, sus equivocaciones pueden ser la causa de errores inexcusables; pueden ser poco empáticos; irrespetuosos; minimizar a las condiciones de los pacientes; actuar con deshonestidad, sin ética; deshumanizados, e ignoran los derechos y posibilidades de cada paciente.

4.2.3. Personas Neutrales

Deben ser tomadas en cuenta para el desarrollo exitoso del proyecto; no incluirlas podrían entorpecer los resultados esperados o limitarlos a estos actores; a estos personajes les interesa gozar de buenas condiciones laborales y evitar los conflictos. En este grupo se incluye, todo el personal cuyas acciones no repercute directamente en la salud de los pacientes; pero que por diversas circunstancias se encuentran dentro de las instalaciones del hospital; como lo son, los guardias de la seguridad personal de mantenimiento y limpieza hospitalaria; invitados; etc.

Durante la realización del análisis de involucrados, jamás se advirtió la existencia de posibles intereses opositores o adversarios, ya que en general se distinguen para todos al mejorar la Calidad de los Servicios de Salud que el Hospital.

4.3 FIN

Al ser implementado con éxito el presente proyecto, se contribuirá a largo plazo en la reducción de la tasa de mortalidad pediátrica en el estado de Chiapas, particularmente en niños indígenas.

4.4. PROPÓSITO

Mejorar la calidad de la atención para los derechohabientes indígenas del Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP) de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a través de la incorporación del enfoque intercultural en los servicios.

4.5 COMPONENTES

1. Elaborar un Programa Operativo enriquecido con los elementos multiculturales, sustentados en el Modelo actual Intercultural para la Salud, que incorpore el enfoque intercultural como eje transversal de trabajo.
2. Diseñar e implementar un programa permanente de capacitación y educación intercultural, con los elementos multiculturales más adecuados para desarrollar las competencias y habilidades de los recursos humanos para la salud.
3. Evaluar la satisfacción de los usuarios (pacientes y sus familiares) con servicios de salud recibidos como derechohabientes del hospital una vez que se implemente el programa de interculturalidad.

4.6. ACTIVIDADES

- a. Gestionar ante la Secretaría de Salud Estatal y otras instituciones educativas el permiso para que pasantes indígenas en servicio social presten sus servicios en el HEP (p.ej. trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras, médicos, administradores, comunicólogos, etc.).
- b. Integrar el equipo de trabajo interno para la formación de la Unidad de Enlace Intercultural.
- c. Identificar las necesidades físicas y materiales necesarias para la creación de la Unidad de Enlace Intercultural.
- d. Identificar las necesidades y competencias del personal auxiliar hospitalario para incorporar la interculturalidad en las prácticas hospitalarias cotidianas.
- e. Dar inicio al programa de Capacitación Intercultural Hospitalaria.
- f. Iniciar la oferta educativa intercultural al público en general, y difusión de la información sobre la nueva política de educación intercultural en los diferentes medios de comunicación.
- g. Obtener el reconocimiento por parte de la DGPLADES como hospital formador de profesionales de salud interculturalmente competentes
- h. Diseñar el material y señalética para el inicio de la capacitación y sensibilización intercultural; así como, la promoción al trato digno al usuario culturalmente diferente (indígenas).
- i. Dar inicio al servicio de consulta informada en el idioma del paciente o con apoyo de un traductor.

A continuación, se presenta una Grafica de Gantt, que muestra las actividades, sus responsables de ejecución y las fechas estimadas para su realización:

4.8. RESUMEN DE PRESUPUESTO

A continuación, se presenta el costo semestral, y la inversión involucrada en el desarrollo del proyecto, desagregada por categorías.

Monto presupuestado para el desarrollo del proyecto	Costo mensual	Monto total
Recursos Materiales (papelería; copias, bolígrafos, servicios especiales de papelería, etc.)	\$1,000.00 MN	\$6,000.00 M.N. (semestral)
Recursos Humanos (capacitaciones y/o impartición de talleres)	\$ 20,000.00 MN x taller para 20 personas	\$200,000.00 M.N. (semestral)
Viáticos para transporte en transporte privado (combustible, casetas, etc.).	\$ 1,000.00 MN	\$1,000.00 M.M (semestral)
Viáticos para alimentos (Café, galletas, agua embotellada, ambigús, desechables)	\$1000.00 M.N x reunión	\$6,000.00 M.N. (semestral)
Infraestructura hospitalaria	No corresponde \$85,000.00 M.N.	\$85,000.00 M.N. (inversión única)
Comunicaciones (renta de equipo audiovisual por evento; unidades de almacenamiento y reproducción)		\$10,000.00 M.N.
Otros (pictografías, infogramas, Carteles, etc.)	\$10, 000.00 M.N.	
Costo total		\$308,000 M.N.

4.9. INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

OBJETIVO	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
	Reducción del 50% la tasa de mortalidad pediátrica hospitalaria anual, con respecto al año previo.	Estadísticas del Hospital de Especialidades de reporte anual.
PROPOSITO	Aumento del resultado de satisfacción con los servicios de salud hospitalarios, superiores al 86%.	Cuestionario de satisfacción elaboradora especialmente para detectar barreras culturales en la atención de la población indígena.
COMPONENTE	Atención a usuarios indígenas por servicios hospitalarios interculturalmente competentes	Programa operativo con adaptaciones de Modelo intercultural vigente para las instituciones de salud
ACTIVIDAD 1.1	Plazas de servicio social a indígenas en formación en áreas de salud autorizadas para el HEP	# Plazas de servicio social ocupadas mediante la oferta educativa del departamento de educación del hospital
ACTIVIDAD 1.2	Unidad de Enlace Intercultural (UEI)	Gestión completa del recurso humano, material y espacio para iniciar el trabajo de la UEI
ACTIVIDAD 1.3	Diagnostico situacional sobre salud intercultural del HEP	Elaboración por única ocasión del diagnóstico sobre competencias interculturales del hospital por los responsables del proyecto en coordinación por un grupo especializado en temas interculturales
ACTIVIDAD 1.4	Competencias interculturales entre el personal de salud del HEP	
COMPONENTE	Programa educativo intercultural	Elaboración del programa educativo intercultural con los temas más adecuados para el tercer nivel de atención a la salud.
ACTIVIDAD 2.1	Oferta y Demanda educativa intercultural para tercer nivel de atención a la salud	Numero de capacitaciones realizadas sobre el número de capacitaciones planeadas
ACTIVIDAD 2.2, 2.3, 2.	Elementos para la acreditación hospitalaria como Institución de Salud interculturalmente competente	Reporte de un observador de las acciones de convalidación (evaluación cruzada)
COMPONENTE	Nivel de satisfacción con los elementos de salud interculturales de los usuarios	Resultados de la evaluación del SESTAD a usuarios indígenas evaluados por un traductor de su lengua materna
ACTIVIDAD 3.1	Instrumentos de apoyo para comunicación intercultural	Presupuesto necesario para el desarrollo de los instrumentos audio/visuales en el tiempo requerido.
ACTIVIDAD 3.2	Relación de consulta población informada para la indígena	# Atenciones en consulta externa, admisión y hospitalización atendidas por especialistas y traductor (UEI)
ACTIVIDAD 3.3	Base de datos de la población indígena del HEP	Censo de la población de origen indígena atendidas en el hospital, iniciado a partir de la puesta en marcha del programa

4.10. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

A continuación, se presenta la Matriz de Marco Lógico que de manera resumida y concentrada nos permite ver la propuesta del proyecto de intervención para el HEP:

RESUMEN NARRATIVO DE LOS OBJETIVOS	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTO
FIN. Reducción de la mortalidad pediátrica del Hospital	Reducción del 50% la tasa de mortalidad pediátrica hospitalaria anual, con respecto al año previo.	Estadísticas del Hospital de Especialidades de reporte anual.	Reducción constante de la mortalidad pediátrica hospitalaria por diagnósticos e intervenciones oportunas ante enfermedades prevenibles
PROPOSITO. Mejorar los resultados de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno incluyendo a la población indígena derechohabiente del hospital con encuestas en su idioma	Aumento del resultado de satisfacción con los servicios de salud hospitalarios, superiores al 86%.	Cuestionario de satisfacción elaboradora especialmente para detectar barreras culturales en la atención de la población indígena.	Sensibilizar a los trabajadores del hospital sobre los beneficios de la atención de salud desde el enfoque intercultural
COMPONENTE 1. Fortalecer el programa operativo incorporando el enfoque intercultural como eje transversal de operaciones	Elaboración del Programa Operativo con elementos multiculturales, sustentados en el modelo intercultural actual para los servicios de salud	Programa operativo con adaptaciones del Modelo intercultural vigente para las instituciones de salud	La incorporación del enfoque intercultural al programa operativo de salud del hospital representa la estrategia más adecuada para modificar la percepción, los valores las competencias y el trabajo en equipo.
ACTIVIDAD 1.1. Gestionar ante la SSA Estatal y otras instituciones educativas de pasantes indígenas en servicio social para realizarse en el hospital (p.ej. trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras, médicos, administradores, comunicólogos, etc.).	Plazas de servicio Social a indígenas en formación en áreas de salud para el HEP	# Plazas de servicio social ocupadas mediante la oferta educativa del departamento de educación del hospital	Gestión del apoyo económico para la enseñanza y capacitación intercultural hospitalaria de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, y/o autónomas
ACTIVIDAD 1.2. Integrar del equipo de trabajo interno para formación de las unidades de enlace intercultural	Formación de la Unidad de Enlace Intercultural	Gestión completa del recurso humano, material y espacios para iniciar el trabajo de la UEI	Señalar el rol de cada uno de los miembros del equipo de trabajo interno para la formación de la UEI con una dirección de tipo liderazgo estratégico
ACTIVIDAD 1.3. Identificar las necesidades físicas y materiales para crear la Unidad de Enlace Intercultural	Elaboración del Diagnostico Situacional sobre interculturalidad en el Hospital de Especialidades Pediátricas	Elaboración por única ocasión del diagnóstico sobre competencias interculturales del hospital por los responsables del proyecto en coordinación por un grupo especializado en temas interculturales	Se exteriorizan las necesidades y competencias humanas y materiales para alcanzar la interculturalidad
ACTIVIDAD 1.4. Identificar las 7	Evaluación de las necesidades y competencias interculturales en el personal de salud del hospital		
COMPONENTE 2. Diseñar e implementar el programa permanente de capacitación y educación intercultural	Programa educativo con elementos multiculturales, diseñado especialmente para tercer nivel, generador de recursos humanos para la salud interculturalmente competentes	Elaboración del programa educativo intercultural con los temas más adecuados para el tercer nivel de atención a la salud.	Unidad de Enlace Intercultural supervisa en todo momento la implementación del Modelo Intercultural hospitalario
ACTIVIDAD 2.1. Inicio al programa de Capacitación Intercultural hospitalaria	Capacitaciones al personal de salud presenciales y/o virtuales	# capacitaciones realizadas sobre el número de capacitaciones planeadas	Capacitadores interculturales de salud comprometidos con el desarrollo del programa
ACTIVIDAD 2.2. Oferta educativa al público en general y Difusión del material sobre nueva política de educación intercultural en los diferentes medios de comunicación	Agregar a la página del INFOHEP, información sobre la oferta educativa, capacitaciones y talleres interculturales	Reporte de un observador de las acciones de convalidación (evaluación cruzada)	Directivos, Médicos y personal auxiliar del Hospital reconocen y promueven la propuesta educativa del enfoque intercultural para la salud
ACTIVIDAD 2.3. Obtener el reconocimiento por parte de la DGPLADES como hospital formador de profesionales de la salud competentes Interculturalmente	Obtener por parte de la DGPLADES como hospital formador de profesionales de la salud interculturalmente competentes		

COMPONENTE 3. Evaluar la satisfacción de los servicios de salud con todos los derechohabientes del hospital con la nueva perspectiva intercultural	Satisfacción de los derechohabientes con los servicios de salud del hospital con los elementos interculturales	Resultados de la evaluación del SESTAD a usuarios indígenas evaluados por un traductor de su lengua materna	Informar a la población sobre los beneficios de su participación en las encuestas de Satisfacción de los servicios hospitalarios
ACTIVIDAD 3.1. Diseñar el material y señaléticas para el inicio de la sensibilización intercultural y promoción al trato digno a usuarios culturalmente diferentes	Producción de información audiovisual promocionando los derechos de los pacientes y de los médicos; los valores institucionales; y los servicios que presta la institución para pacientes culturalmente diferentes	Presupuesto necesario para el desarrollo de los instrumentos audio/visuales en el tiempo requerido.	El personal de salud y los traductores trabajan a la par para lograr una comunicación efectiva con el paciente
ACTIVIDAD 3.2. Iniciar el Servicio de Consulta Informada en el idioma del paciente o con apoyo de un traductor	Atenciones a usuarios indígenas de primera vez por los servicios hospitalarios interculturalmente competentes	# Atenciones en consulta externa, admisión y hospitalización atendidas por especialistas y traductor (UEI)	Retroalimentar la consulta informada con preguntas y respuestas sobre el proceso salud-enfermedad; y opciones terapéuticas
ACTIVIDAD 3.3. Generar la base de datos e informes estadísticos sobre los pacientes indígenas atendidos para su seguimiento y evaluación	Censo institucional sobre la población indígena derechohabiente	Censo de la población de origen indígena atendidas en el hospital, iniciado a partir de la puesta en marcha del programa	Sistematizar la herramienta (cuestionario) para obtener la información más completa y veraz de la población indígena. La identificación de los usuarios indígenas y el reconocimiento de sus diferencias culturales será el principio de la política intercultural.

4.11. ANÁLISIS DE LA LÓGICA VERTICAL Y HORIZONTAL

En la metodología de Marco Lógico, los cuatro niveles de jerarquía de objetivos tienen una relación causa/efecto que se puede expresar en forma ascendente; si se logran las actividades, entonces se podrán alcanzar los resultados; si se logran los resultados, entonces se podrá lograr el propósito; y se logra el propósito, entonces se avanza hacia el fin.

OBJETIVO	INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
FIN ←	Reducción del 50% la tasa de mortalidad pediátrica hospitalaria anual, con respecto al año previo.	Estadísticas del Hospital de Especialidades de reporte anual.
PROPOSITO ←	Aumento del resultado de satisfacción con los servicios de salud hospitalarios, superiores al 86%.	Cuestionario de satisfacción elaboradora especialmente para detectar barreras culturales en la atención de la población indígena.
COMPONENTE ←	Atención a usuarios indígenas por servicios hospitalarios interculturalmente competentes	Programa operativo con adaptaciones del Modelo intercultural vigente para las instituciones de salud
ACTIVIDAD 1.1 ←	Plazas de servicio social a indígenas en formación en áreas de salud autorizadas para el HEP	# Plazas de servicio social ocupadas mediante la oferta educativa del departamento de educación del hospital
ACTIVIDAD 1.2 ←	Unidad de Enlace Intercultural (UEI)	Gestión completa del recurso humano, material y espacio para iniciar el trabajo de la UEI
ACTIVIDAD 1.3 ←	Diagnóstico situacional sobre salud intercultural del HEP	Elaboración por única ocasión del diagnóstico sobre competencias interculturales del hospital por los responsables del proyecto en coordinación por un grupo especializado en temas interculturales
ACTIVIDAD 1.4 ←	Competencias interculturales entre el personal de salud del HEP	
COMPONENTE ←	Programa educativo intercultural	Elaboración del programa educativo intercultural con los temas más adecuados para el tercer nivel de atención a la salud.
ACTIVIDAD 2.1 ←	Oferta y Demanda educativa intercultural para tercer nivel de atención a la salud	Numero de capacitaciones realizadas sobre el número de capacitaciones planeadas
ACTIVIDAD 2.2, 2.3, 2.4 ←	Elementos para la acreditación hospitalaria como Institución de Salud interculturalmente competente	Reporte de un observador de las acciones de convalidación (evaluación cruzada)
COMPONENTE ←	Nivel de satisfacción con los elementos de salud interculturales de los usuarios	Resultados de la evaluación del SESTAD a usuarios indígenas evaluados por un traductor de su lengua materna
ACTIVIDAD 3.1 ←	Instrumentos de apoyo para comunicación intercultural	Presupuesto necesario para el desarrollo de los instrumentos audio/visuales en el tiempo requerido.
ACTIVIDAD 3.2 ←	Relación de consulta informada para la población indígena	# Atenciones en consulta externa, admisión y hospitalización atendidas por especialistas y traductor (UEI)
ACTIVIDAD 3.3 ←	Base de datos de la población indígena del HEP	Censo de la población de origen indígena atendidas en el hospital, iniciado a partir de la puesta en marcha del programa

*Formato guía de ASEG.

CONCLUSIONES

La experiencia de haber desarrollado el diseño de Programa Intercultural para el HEP a través de la Metodología de Marco Lógico ha resultado bastante positiva y factible; debido al nivel de organización, y la necesidad de priorizar los objetivos que proyecto requiere; esto permitirá realizar tantas mediciones y evaluaciones de los resultados requeridas, para exponer la mejor solución a los problemas que generaron la presente intervención.

A lo largo de esta tesis expresamos la prevalencia de resultados positivos que Ofrece la realización de un Programa de Atención Intercultural para cualquier institución de salud, desde un primer o segundo nivel; y también hemos documentado la experiencia de aplicación de dichos programas en otros países.

Además, hemos señalado como se alinearía esta propuesta de programa de Atención Intercultural con los intereses de organizaciones como la OPS/OMS, CEPAL, UNICEF, ONU, OEA y OTI. como una apuesta de igualdad para uno de los grupos más vulnerable, la población de niños indígenas del Estado de Chiapas.

En este sentido, este proyecto de intervención sobre salud comunitaria e interculturalidad intenta fortalecer las capacidades y sensibilidades del personal de salud respecto a la diversidad cultural, buscando respuestas desde el sector de la sociedad para mejorar la calidad y calidez en la atención.

Porque el propósito de incorporar la perspectiva intercultural en los servicios de salud debe contribuir a forjar una sociedad más democrática y equitativa, debido a que representa la respuesta para superar la situación de exclusión en la que se encuentran las poblaciones indígenas por la desconfianza y cargada de prejuicios negativos frente a los servicios de salud.

Trabajar en salud desde la perspectiva intercultural, implica mucho más que establecer relaciones de igualdad, entre pares, y el reconocimiento personal; implica el desarrollo de interacciones basadas en el afecto; la generación de nuevos canales de comunicación, para gozar de la confianza, libertad y seguridad de sus pacientes.

Los programas de atención intercultural en Salud alrededor del mundo están inspirados en la composición multicultural de las sociedades; la propuesta sobre la que se apuesta en esta ocasión para el Hospital de Especialidades Pediátricas está pensada en la presencia de los 14 grupos indígenas y sus diferentes lenguas indígenas, que se expresan con la cosmovisión e identidad propias al momento de interactuar con un Hospital de Tercer Nivel de atención, por sus problemas de salud han ganado la batalla ante sus prácticas de medicina tradicional.

Con la capacitación y la sensibilización del personal de salud, se aspira conseguir una mayor escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud; incrementar la empatía ante creencias personales y grupales; fomentar la tolerancia y el respeto cultural, sin menosprecio de las opiniones y a la deformación, de la que son objeto; contribuyendo a la mejorar la comunicación asertiva en los ámbitos clínicos y educativo en salud; para mejorar la adherencia terapéutica y abatir las tasas de morbi-mortalidad de los niños indígenas de Chiapas ante enfermedades prevenibles; además, de mejorar imagen y la rectoría de los servicios de salud.

Bibliografía

CCINSHAE. (2019). *CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CHIAPAS*.

Obtenido de

http://www.crae.gob.mx/archivos/conocenos/Informe%20de%20Autoevaluaci%C3%B3n%20Dir_Gral%20CRAE%202019.pdf

Camara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (28 de Mayo de 2021). *Diputados*.

Obtenido de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, Título Primero, Artículo 2º, Apéndice A; 2021):

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

CEPAL Comisión Económica para América Latina. (Noviembre de 2014). *Los Pueblos*

indígenas en América Latina. Avance en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Recuperado el 2020, de

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/S1420783_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

CONAPO. (04 de Octubre de 2021). *Índice de marginación 2020*. Obtenido de Gobierno de

México: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/indices-de-marginacion-2020-284372>

CONEVAL . (2019). *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*.

Obtenido de Pobreza infantil y adolescente en México 2008-2016:

https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/UNICEF_CONEVAL_POBREZA_INFANTIL.pdf#search=salud%20de%20los%20niños%20indigenas

CONEVAL. (30 de octubre de 2018). *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de*

Desarrollo Social. Obtenido de Medición de la pobreza:

https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Resultados_Pobreza_Interactivo.aspx

Almaguer González, J. (2020). *Política Intercultural en Salud; Elementos Esenciales*.

Obtenido de

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/601461/Modelo_de_Atenci_n_a_la_Salud_de_los_Pueblos_Indigenas_R.pdf

Almaguer, G., Vargas, V., & H.J., G. (2014). *Interculturalidad en Salud*. México, México:

Biblioteca Mexicana del Conocimiento. Obtenido de Interculturalidad en Salud.

Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/380452/Libro_InterculturalidadSalud.p

df

- Almaguer, Vargas, & García. (s.f.). *Modelo Intercultural para la implantación en los Servicios de Salud*. México, México.
- Aguilar-Peña, M., & Tobar-Blandón, M. F.-P. (2020). Salud Intercultural y el modelo de Salud propio indígena. *Rev. Salud Pública*, 1-5.
- BVS MCTCI. (s.f.). *Biblioteca Virtual en Salud. Medicinas Tradicionales, complementarias e Integrativas*. Obtenido de Salud en la Población Indígena, Afrodescendiente, y otras Diversidades Étnicas de las Américas: <https://mtci.bvsalud.org/salud-en-la-poblacion-indigena-afrodescendiente-y-otras-diversidades-etnicas-de-las-americas/>
- DIARIO OFICIAL. (Lunes 14 de enero de 2008). *Instituto Nacional de Lenguas Indígenas*. Obtenido de Catalogo de Lenguas indígenas Nacionales: https://www.inali.gob.mx/pdf/CLIN_completo.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (2018). *Ley General de Salud*. Recuperado el 2019, de <https://www.fge.chiapas.gob.mx/Informacion/MarcoJurifico/PDFDocumento/47B3W0CA-FEDF-401A-BF83-E784F02EE0F7>
- DOF. (enero de 1985). *Cama de Diputados del H. Congreso de la Unión*. Obtenido de Ley Organica de la Administración Pública Federal: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LOAPF.pdf>
- DOF. (17 de 08 de 2020). *Secretaría de Gobernación*. Obtenido de Diario Oficial de la Federación: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0
- Gobierno de Chiapas. (07 de enero de 2021). *Poder Judicial del Estado de Chiapas*. Obtenido de Ley General del Salud del Estado de Chiapas: <https://www.poderjudicialchiapas.gob.mx/archivos/manager/4968DCE0-A953-409D-89E8-94132C4342C0.pdf>
- Guillermo Soberón-Acevedo, G. M.-N. (1996). *Salud Pública de México*. Obtenido de La descentralización de los servicios de Salud en México en la década de los ochenta: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5947/6754>
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S. B., & Knaul, A. F. (2011). *Salud Pública de México*. Obtenido de Sistema de Salud de México: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- Hacienda, S. d. (2019). *Gobierno de México*. Obtenido de CUENTA PÚBLICA 2019: <https://www.cuentapublica.hacienda.gob.mx/work/models/CP/2019/tomo/II/150.06.GPF>

pdf

- Hernández, S. E. (2022). *La interculturalidad en las políticas públicas en México*. México: CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- INEGI. (2020). *INEGI. Comunicado de Prensa Núm. 392/2020*. Recuperado el agosto de 2021, de Estadística a propósito del día internacional de los Pueblos Indígenas (9 de agosto):
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Indigenas2020.pdf>
- INEGI. (2022). *COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 600/22. ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES REGISTRADAS, INEGI, MEXICO*.
- INPI. (ENERO de 2019). *INSTITUTO NACIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS*. Obtenido de Programa Nacional de los Pueblos Indígenas, 2019-2024.
- INSABI. (28 de enero de 2020). *Instituto de Salud para el Bienestar*. Obtenido de El Pulso de la Salud: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/el-pulso-de-la-salud-28-de-enero-de-2020>
- Jimenez, A. H., & Nuñez Medina, G. (mayo de 2016). *El Sistema de Salud en Chiapas ante la transición demográfica y epidemiológica*. Recuperado el agosto de 2021, de ScieELO: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082016000200005
- Molina, H. M. (agosto de 2017). *UNAM MX*. Obtenido de Repositorio Institucional de la UNAM: <http://132.248.9.195/ptd2017/septiembre/0765422/0765422.pdf>
- Murayama R.C., R. B. (2016). *Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Naciones Unidas. (2010). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*. Recuperado el Diciembre de 2021, de Repositorio Digital. Documentos de Proyecto No. 348. Mortalidad Infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: <http://hdl.handle.net/11362/3798>
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. (CEPAL, Ed.) Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- OEA. (2016). *Organización De Los Estados Americanos*. Obtenido de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas:
<https://www.oas.org/es/sadye/documentos/DADPI.pdf>
- OIT . (2014). *International Labour Organization*. Obtenido de Convenio Núm. 196 de OIT

- sobre Pueblos indígenas y Tribales: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf
- OMS. (22 de July de 1946). *World Health Organization*. Obtenido de Constitution of the World Health Organization: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- OMS/OPS. (2008). *Una Visión de Salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- ONU . (16 de diciembre de 1966). *Instrumentos de derechos humanos* . Obtenido de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales : <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- ONU. (10 de diciembre de 1948). *Naciones Unidas* . Obtenido de La Declaración Universal de los Derechos Humanos : <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- ONU. (13 de septiembre de 2007). *Naciones Unidas*. Obtenido de Declaración de las Naciones unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
- OPS Organización Panamerica de Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata; Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS: OMS.
- OPS/OMS . (Julio de 2009). *Prestación de servicios de salud en zonas con Pueblos Indígenas. Recomendaciones para el desarrollo de un Sistema de licenciaminto y acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renoación de la Atención Primaria de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>
- OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS. Catalogación en la fuente.
- OPS/OMS. (julio de 2009). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Prestación de servicios de salud en zonas con Pueblos Indígenas.: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>
- OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

- (2017). *Política sobre etnicidad y salud. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana*.
Obtenido de
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mandatos-estrategias-ops-oms-6634&alias=47097-politica-sobre-etnicidad-y-salud&Itemid=270&lang=es
- Ortegon, E. P., & Prieto, A. (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Chile.
- Pelcastre-Villafuerete B.E, M.-N. S.-D. (2020). *Programa Institucional Salud de los Pueblos Indígenas: agenda para la investigación, la docencia y la vinculación*. Obtenido de a.mx/index.php/spm/article/view/10992
- PNUD. (mayo de 2020). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Obtenido de Informe Anual del PNUD 2019: <https://www.undp.org/es/publications/informe-anual-del-pnud-2019>
- Santos Padrón, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades de salud y las políticas, como tema de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2).
- Secretaria de Gobernación. (29 de noviembre de 2019). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0
- Secretaria de Hacienda del Estado de Chiapas. (mayo de 2019). *Hacienda Chiapas*. Obtenido de Plan Estatal de Desarrollo Chiapas 2019-2024: <http://www.haciendachiapas.gob.mx/planeacion/Informacion/PED/PED-2019.pdf>
- Secretaría de Salud . (2003). *Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud*. Obtenido de El enfoque intercultural: Herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29330/EnfoqueIntercultural.pdf>
- Secretaría de Salud. (19 de enero de 2004). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de Reglamento Interior de la Secretaría de Salud: https://dgti.salud.gob.mx/doctos/dgti/REGLAMENTO_INTERIOR_SSA_2018.pdf
- Secretaría de Salud. (Febrero de 2008). *Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural-DGPLADES*. Obtenido de Servicios y Unidades de Salud, culturalmente competentes:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29316/ServiciosUnidades.pdf>
Secretaría de Salud. (Noviembre de 2009). *DGPLADES*. Obtenido de *COMPETENCIAS INTERCULTURALES PARA EL PERSONAL DE SALUD*:
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29312/CompetenciasInterculturales.pdf>

Secretaría de Salud. (8 de junio de 2011). *Dirección General de Calidad y Educación en Salud*. Obtenido de Manual del Acreditación:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/17327/dec-acr_00A_1_.pdf

Secretaría de Salud. (junio de 2014). *Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud*. Obtenido de Modelo Intercultural de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes:
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29579/ModeloASPIA.pdf>

Secretaria de Salud. (2020). Recuperado el agosto de 2020, de Programa Sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024:
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020

Secretaría de Salud. (2020). *Modelo de Salud Intercultural. En el contexto de la Atención Primaria, la Salud comunitaria y el Fortalecimiento de la Redes y Servicios de Salud*. Obtenido de DGPLADES:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715881/Modelo_de_Salud_Intercultural_2021___actualizado_cif_covid_.pdf

Secretaría de Salud. (Noviembre de 2020). Política Intercultural en Salud. Elementos esenciales. *Modelo para la atención intercultural a la salud de los pueblos indígenas y afroamericanos*. Ciudad de México, México: Gobierno de México.

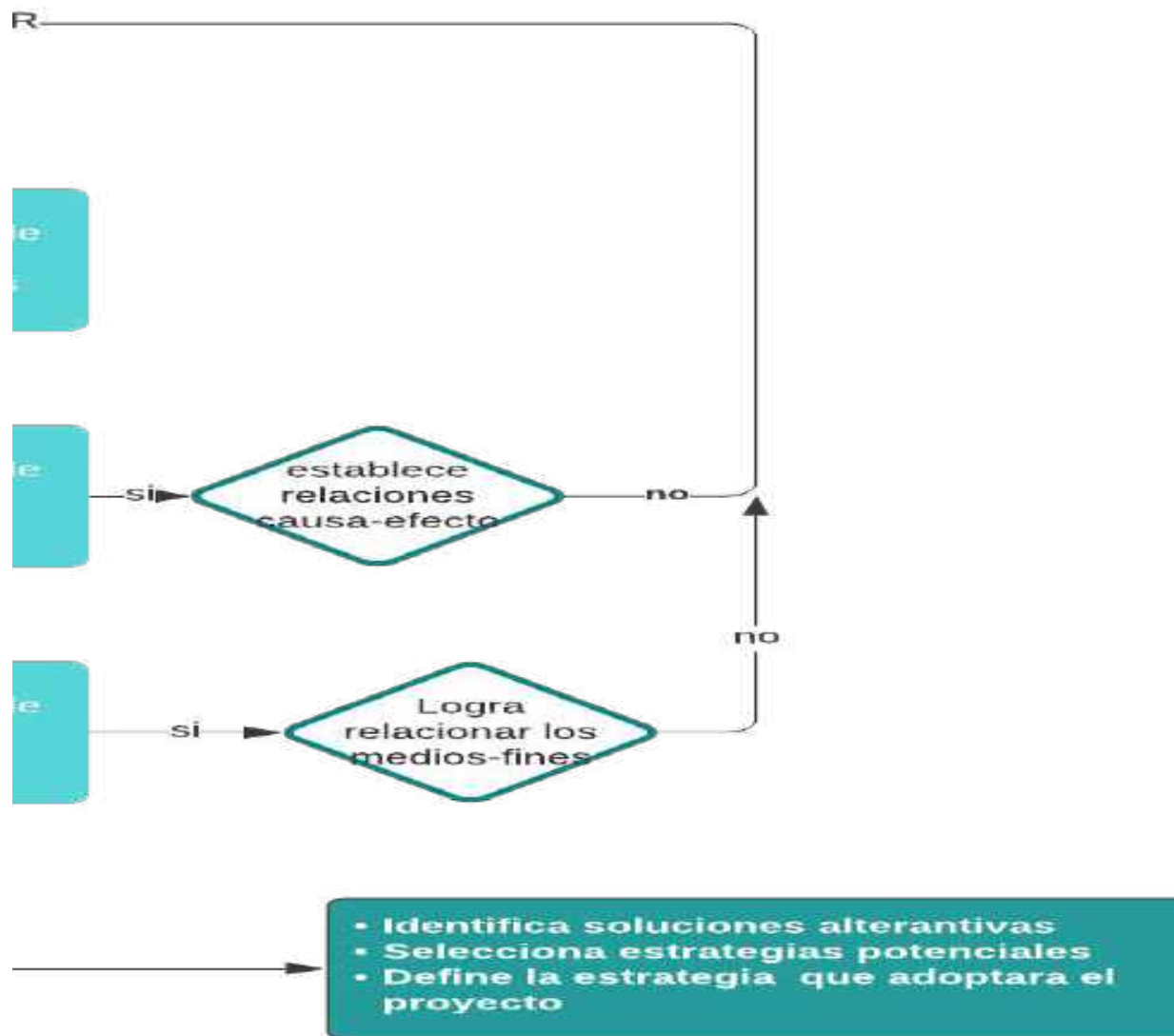
Secretaria de Salud. (24 de mayo de 2023). *Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud* . Obtenido de Modelo de Salud Intercultural 2021:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715881/Modelo_de_Salud_Intercultural_2021___actualizado_cif_covid_.pdf

SEGOB. (17 de AGOSTO de 2020). *SECRETARIA DE GOBERNACION* . Obtenido de DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION :
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0

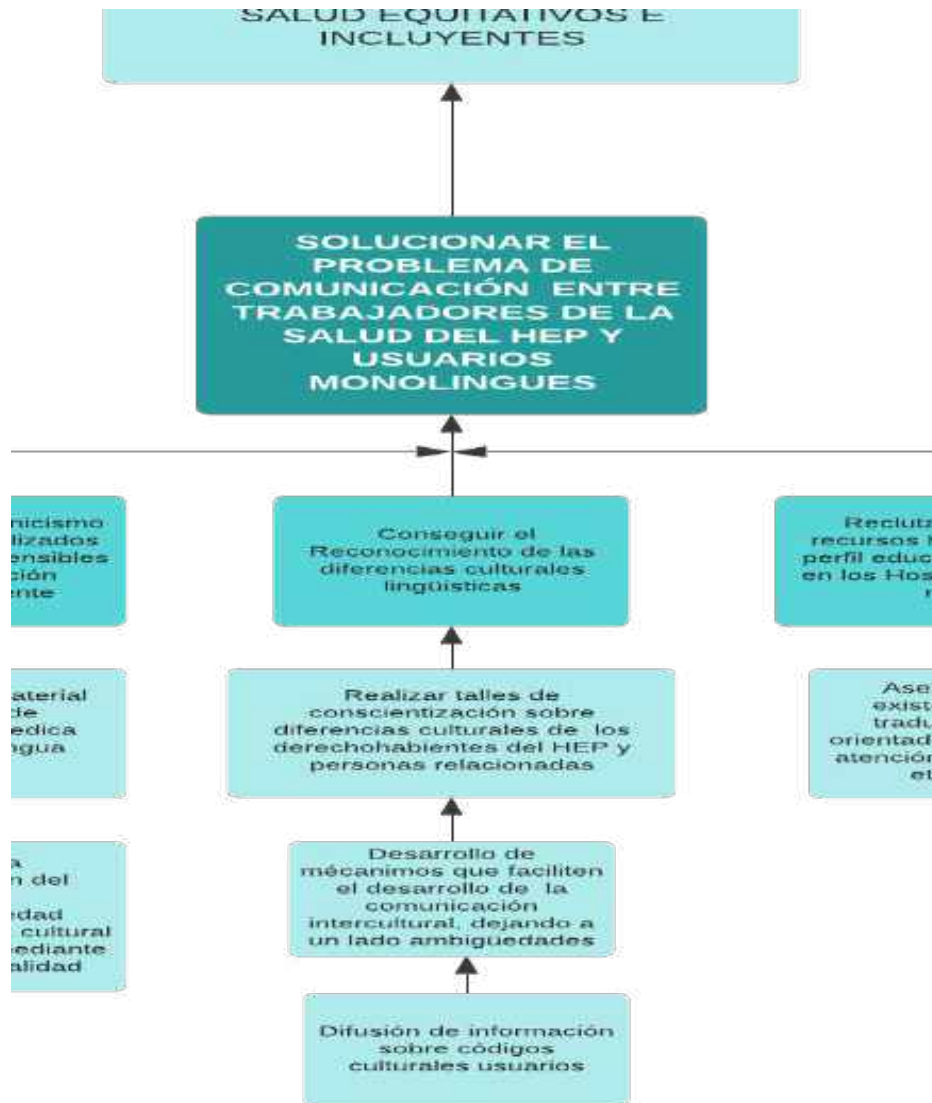
UNICEF México. (2018). En F. d. Infancia, *Los derechos de la infancia y la adolescencia en México* (pág. 64). Ciudad de México.

ANEXOS

MODELO DEL MARCO LOGICO



ESTRUCTURA ANÁLITICA



SELECCIÓN DE INDICADORES

Nombre del indicador	Realizable	Medible	Relevante	Independiente	TOTAL
Reducción de la tasa de mortalidad	1	1	1	1	4
Mejorar la calidad y la satisfacción de los servicios de salud	1	1	1	1	4
Capacitación y sensibilización intercultural	1	1	1	1	4
Modificación a procedimientos y espacios para enlace intercultural	1	0	1	0	2
Eliminación de las barreras culturales	1	0	1	1	3
Obtención plazas de S.S. de salud para indígenas	1	1	1	0	3
Contratación de traductores indígenas	0	1	1	0	2
Realizar el Censo de derechohabientes indígenas	1	1	1	1	4
Inicio de la consulta informada en lengua indígena	1	1	1	0	3

FILTROS PARA LA SELECCIÓN DE INDICADORES

Elemento o Nivel	Resumen Narrativo	Indicadores	Clasificación indicadores*					Puntaje	Selección
			A	B	C	D	E		
FIN	Reducción de la mortalidad pediátrica de Chiapas	Tasa de mortalidad pediátrica en comparación con el año previo. Meta. 50 fallecimientos/1000 atenciones	1	1	0	1	1	4	Si
PROPÓSITO	Servicios de salud de Calidad y Cumpliendo las expectativas de la toda la población derechohabiente	Aumento de porcentaje de satisfacción de derechohabientes. Meta. Superior al año previo: > 85.7%	1	1	0	1	1	4	si
COMPONENTES	Capacitación con el nuevo programa operativo con enfoque intercultural	Capacitación del 100% del personal directivo, operativo y auxiliar del hospital sobre el programa de trabajo con interculturalidad	1	1	1	1	1	5	si
ACTIVIDADES	Elaborar el censo sobre la población indígena derechohabiente del HEP	Inclusión en el censo del 100% de la población indígena derechohabiente del HEP	1	1	1	1	1	5	si

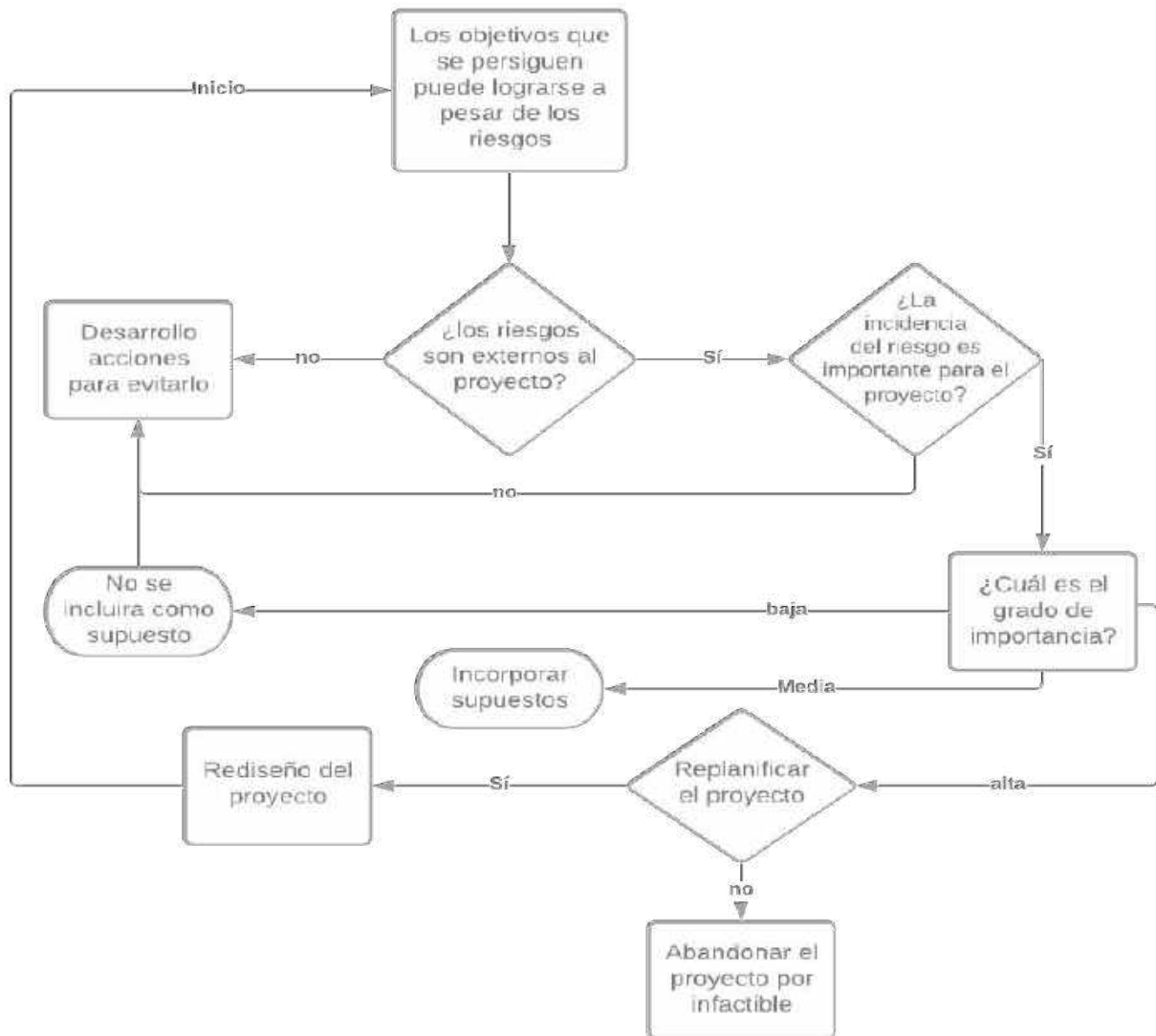
*A) Asequible; B) Medible; C) Oportuno; D) Relevante; E) Especifico

Fuente: Elaboración propia con información del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2002) y Saravia (2007).

INDENTIFICACION DE INDICADORES

	NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR DEFINIDO	QUIEN	DONDE	CUANTO	COMO	CUANDO
FIN	Reducción de la tasa de mortalidad pediátrica	En un año, lograr la reducción de la mortalidad del 50% en el HEP con respecto al año previo de iniciado el proyecto	Pacientes pediátricos del HEP	Hospital de Especialidades pediátricas de Chiapas	Reducción del 50% de la tasa de mortalidad del HEP	Reducción de tasa la mortalidad en comparación con el año previo	En un año
PROPOSITO	Mejorar la calidad y satisfacción por los servicios de salud para la población derechohabiente del HEP, prioritariamente de la población indígena	Aumento del resultado de satisfacción sobre la calidad de los servicios brindados a pacientes pediátricos HEP superior al 85.7%	Monitoreo institucional y Aval Ciudadano	En las áreas de Consulta externa, Admisión y Hospitalización	Satisfacción promedio superior a 85.7%	Promoviendo el trato digno y brindando servicios de salud más efectivos	Cuatrimestral
COMPONENTES	Capacitación con enfoque intercultural del personal de salud HEP	Capacitación y sensibilización al 96% del personal de salud sobre los principios de interculturalidad	Personal Directivo, operativo y personal de salud del HEP	Instalaciones del HEP	Capacitación del 96% de servidores públicos del HEP capacitados	Capacitación sobre interculturalidad, trato digno y calidad de los servicios	Semestral
	Identificación de necesidades físicas y materiales	Creación de 3 unidades de enlace intercultural y formalizar y realizar el plan de trabajo	Personal de Salud del HEP	Instalaciones del HEP	3 unidades de Enlace Intercultural	Reclutando al personal de salud para traducción, capacitación, y pasantes del área de salud indígenas	Al tener el proyecto terminado
	Identificación de necesidades y competencias interculturales entre el personal auxiliar	Evaluación cualitativa de las competencias interculturales del personal auxiliar	Personal auxiliar del HEP	Instalaciones del HEP	Meta. Evaluación del 95% del personal auxiliar del HEP	Elaboración de encuestas sobre competencias interculturales y Análisis de FODA para planeación	Semestral
	Obtención de Plazas de servicio social de indígenas en formación en áreas de salud para del HEP	50% de las plazas de servicio social disponibles en el HEP	Departamento enseñanza del HEP	Hospital	Igual o mayor al 50% de las plazas disponibles de S.S.	Promoción de las plazas de S.S. a las instituciones formadoras de recursos para la salud indígenas	Semestral
	Contratación de personal para traducción y atención de la población indígena	Contratar 6 traductores para los diferentes turnos del hospital	Recursos Humanos del HEP	Hospital	6 personas con habilidad de traducción indígena	Reclutamiento de personal con dicha competencia	Al tener el proyecto terminado
	Realizar la base de datos sobre la población indígena del HEP	Establecer el censo de la población indígena del HEP	Trabajo Social del HEP	Hospital	No hay registros sobre la población de pacientes indígenas que acuden al hospital	Agregar a la ficha de identificación del paciente reconocimiento del origen indígena y la lengua materna dominante	Al inicio del proyecto
	Desarrollo de la consulta informada en el idioma de preferencia del paciente	Presencia de traductor en la consulta cuando así lo solicite el paciente, y su registro	Traductores contratados por el hospital	Hospital	Iniciar con la prestación del servicio al que el paciente tiene derecho y registrar frecuencia	Se pondrá a disposición del paciente indígena la presencia de traductor en la consulta para asegurar su total entendimiento	Al inicio del proyecto

DIAGRAMA DE FLUJO DE PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LOS SUPUESTOS



Esquema realizado en la plataforma Lucidchart (documentos personales).

Fuente de apoyo. *Guía para la elaboración de la matriz de indicadores para resultados*. CONEVAL (2013).

IDENTIFICACION DE SUPUESTOS

Fuente de riesgo	Riesgo	Supuesto
BIOLOGICA-NATURAL. Aumento de las enfermedades emergentes.	Aumento de la mortalidad pediátrica hospitalaria a causa de enfermedades no prevenibles.	Reducción constante de la mortalidad pediátrica hospitalaria por diagnósticos e intervenciones oportunas ante enfermedades prevenibles.
SOCIO-CULTURAL. Prácticas discriminatorias, excluyentes; vulnerabilidad.	Ausencia de empatía, intolerancia y inequidad en el acceso a servicios de salud para los derechohabientes indígenas.	Sensibilizar a los trabajadores del hospital sobre la atención a la salud con enfoque intercultural.
SOCIO-CULTURAL. Asignación de papeles o roles específicos para el equipo de trabajo interno	Apatía y pobre interacción entre los miembros del equipo de trabajo interno	Señalar el rol de cada uno de los miembros del equipo de trabajo interno para la formación de la UEI con una dirección de tipo liderazgo estratégico
SOCIO-CULTURAL. Comunicación unidireccional; Ausencia del diálogo horizontal.	Desapego a las indicaciones médicas brindadas durante las consultas en el idioma del paciente	Retroalimentar la consulta informada con preguntas y respuestas sobre el proceso salud-enfermedad; y opciones terapéuticas
CULTURAL. Inadecuada identificación de competencias para los diferentes perfiles.	Los pacientes omiten información para integrar la base de datos	Sistematizar la herramienta (cuestionario) para obtener la información más completa y veraz de la población indígena
CULTURAL. Técnicas educativas inadecuadas.	El personal capacitado no aplica o se rehusa/encuentra dificultad en aplicar lo aprendido	Ensayo sobre la aplicación práctica de lo aprendido y evaluación correspondiente de las capacitaciones interculturales
SOCIO-CULTURAL. Desinformación; Apatía.	Apatía de parte de la población indígena a participar en la encuestas de satisfacción de los servicios hospitalarios	Informar a la población sobre los beneficios de su participación en la encuestas de Satisfacción de los servicios hospitalarios
ECONOMICO. Falta de presupuesto.	Reducción al presupuesto para la enseñanza y capacitación intercultural hospitalarias	Gestión del apoyo económico para la enseñanza y capacitación intercultural hospitalaria de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, y/o autónomas