



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM – AMECAMECA
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM – NEZAHUALCÓYOTL**

**“RELACIÓN DE LOS SÍNDROMES CULTURALES EN LA
PERCEPCIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN
SALUD EN TEPETLIXPA 2021”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN SOCIOLOGÍA
DE LA SALUD**

P R E S E N T A:

LIC. MICHELL SERAFIN BADILLO

TUTOR ACADÉMICO:

DR. MANUEL LEONARDO IBARRA ESPINOSA

TUTORES ADJUNTOS:

DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ

DRA. GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE

AMECAMECA, ESTADO DE MÉXICO 2022



CONACYT



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
HOJA DE LIBERACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CARTA DE CERTIFICADO DE NO PLAGIO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
I.- DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	10
1.1 Planteamiento del problema	10
1.2 Justificación	12
1.3 Pregunta de investigación.....	15
1.4 Objetivos	15
1.4.1 Objetivo general.....	15
1.4.2 Objetivos específicos	16
1.5 Supuesto hipotético	16
II.- REVISIÓN DE LA LITERATURA	17
2.1 Marco teórico	17
2.1.1 Teoría del interaccionismo simbólico.....	17
2.2 Estado del arte.....	21
2.2.1 Desarrollo sobre los estudios de calidad en salud.....	21
2.2.2 Desarrollo sobre los estudios de la satisfacción	26
2.2.3 Desarrollo de los estudios respecto a los síndromes culturales e interculturalidad en salud	28
2.3 Marco conceptual	31
2.3.1 Concepto de calidad en salud.....	31
2.3.1.1 Calidad objetiva y calidad subjetiva	33
2.3.2 Concepto de satisfacción.....	35
2.3.2.1 Oportunidad en la atención primaria a la salud.....	36
2.3.2.2 Equidad y trato igualitario en salud	37
2.3.3 Concepto de síndromes culturales o enfermedades culturalmente delimitadas	38
2.3.3.1 Cultura.....	40
2.3.3.1.1 Componentes de la cultura	43
2.3.3.2 Salud-enfermedad-atención-cuidado	44
2.3.3.3 Modelos de atención a la salud	48
2.3.3.4 Interculturalidad en salud	55
2.3.4 Concepto de atención primaria	58

III.- DISEÑO METODOLÓGICO.....	59
3.1 Universo de trabajo, muestra y muestreo	59
3.2 Límites de tiempo y espacio	59
3.3 Criterios de selección	60
3.3.1 Criterios de inclusión	60
3.3.2 Criterios de exclusión	60
3.3.3 Criterios de eliminación.....	60
3.4 Procedimientos para la realización de la investigación.....	60
3.5 Instrumento de recolección de datos.....	61
IV.- RESULTADOS	63
4.1 Productos de investigación	63
4.2 Datos generales.....	64
4.3 Sobre las cualidades que conforman una atención de buena calidad para los usuarios de los servicios de atención primaria a la salud de Tepetlixpa.	65
4.4.- Sobre el nivel de satisfacción respecto a los servicios de atención primaria a la salud del hospital de Tepetlixpa percibida por los usuarios..	66
4.5 Sobre la importancia de los síndromes culturales durante el proceso de atención primaria a la salud para los usuarios del hospital municipal de Tepetlixpa.	70
V.- DISCUSIÓN.....	73
5.1 Calidad en salud.....	73
5.2. Satisfacción.....	74
5.3 Síndromes culturales.....	76
5.4 Limitaciones y proyecciones a futuro.....	78
VI.- CONCLUSIONES.....	79
APORTES A LA SOCIOLOGÍA DE LA SALUD.....	81
TRABAJOS CITADOS.....	82
ANEXOS	91

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal describir la relación entre los síndromes culturales, la calidad y la satisfacción percibida por los usuarios durante el proceso de atención primaria a la salud en el hospital municipal de Tepetlixpa en el Estado de México, para ello se realizó un estudio de enfoque cualitativo correlacional de corte transversal mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada y el análisis de su contenido. Dicha entrevista fue aplicada a 6 usuarias que acudieron en busca del servicio de atención primaria a la salud de este hospital, lo cual permitió llegar a las siguientes conclusiones: 1) Aunque existe un nivel de satisfacción aceptable para este nosocomio, las usuarias no se encuentran del todo satisfechas con la atención proporcionada, pues han detectado oportunidades de mejora tanto en los factores objetivos como subjetivos, dentro de los cuales destacan las actitudes de indiferencia, descortesía, prepotencia, y falta de respeto a sus creencias. 2) Respecto a este último punto, 5 de 6 usuarias refirieron haber solicitado en algún momento atención para algún síndrome culturalmente delimitado, siendo que, en ningún caso recibieron la atención para estos padecimientos, de este modo, las usuarias mencionan que para ellas sería importante que estos padecimientos pudieran ser tomados en cuenta, pues no solo les permite contar con más de una opción terapéutica que se adapte a su concepción respecto al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y que además cumpla con sus necesidades, expectativas y deseos, además mejoraría la confianza y el entendimiento entre usuarias y el personal.

Palabras clave: Síndromes culturales, calidad percibida, atención primaria a la salud.

ABSTRACT

The main objective of this research was to describe the relationship between cultural syndromes, quality and satisfaction perceived by users during the process of primary health care in the municipal hospital of Tepetlixpa state of Mexico, for this, a focus study was carried out. qualitative correlational cross-sectional through the application of a semi-structured interview and the analysis of its content, the interview was applied to 6 users of the primary healthcare services on this hospital, which allowed reaching the following conclusions: 1) Although there is an acceptable level of satisfaction for this hospital but users are not completely satisfied with the care provided, as they have detected opportunities for improvement in objective and subjective factors, among which stand out attitudes of indifference, impoliteness, arrogance, and lack of respect to their beliefs. 2) Regarding this last point, 5 of 6 users reported having requested care for some culturally delimited syndrome at some point, they did not receive care for these conditions, thus, the users mention that for them it would be important that these conditions could be taken into account, because allows them to have more than one therapeutic option that adapts to their conception regarding the health-disease-attention-care process and that also please their needs, expectations and desires, also, it improve trust and understanding between users and staff.

Keywords: Cultural syndromes, perceived quality, primary healthcare.

INTRODUCCIÓN

El origen de la palabra calidad es muy antiguo, este proviene del latín *qualitas* que significa perfección, en un sentido más práctico y como primer acercamiento a este término, se ha descrito como la forma de producir un bien o servicio como el cliente o usuario lo desea. Sin embargo, hablar de calidad va más allá de una simple definición, debido a la diversidad de los factores involucrados. Como menciona Schonberger *“La calidad es como el arte; todos la alaban, todos la reconocen cuando la ven, pero cada uno tiene su propia definición de lo que es”*. A pesar de lo ambiguo que pudiera llegar a ser este concepto, su estudio ha sido de gran importancia, en específico en el área de la salud ya que permite detectar las oportunidades de mejora tanto objetivas como subjetivas a nivel institucional y al mismo tiempo, satisfacer las necesidades, deseos y expectativas de los usuarios en medida de lo posible. Respecto a la calidad en salud, Avedis Donavedian es considerado el principal precursor en esta área del conocimiento, pues fue quien sentó las bases para su estudio, al proponer los principales ejes de evaluación y monitorización al interior de las instituciones de salud.

Muchos han sido los trabajos que surgieron en todo el mundo raíz de los de Donavedian, importantes aportes para evaluar la calidad de los servicios de salud, así como la satisfacción de las y los usuarios, por ejemplo, la adaptación del modelo SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry para aplicarlo en el ámbito hospitalario obteniendo así el modelo SERVQHOS. De modo que, México no es la excepción, en nuestro país contamos con un complejo sistema para evaluar la calidad y la satisfacción respecto a los servicios de salud a cargo de la Secretaría de Salud (SSA) en conjunto con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) los cuales, a través de distintos programas como el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), las Encuestas Nacionales en Salud y Nutrición (ENSANUT) y los diferentes comités de evaluación de calidad a nivel nacional (CONACAS), estatales (CECAS) así como a nivel local (COCACEP) han permitido tener una perspectiva mucho más amplia del trabajo que se ha realizado con el objetivo de mejorar la calidad de estos servicios, pero también denotan el trabajo que aún hay por hacer.

Ahora bien, como se describió en el párrafo anterior, pese a que en México se cuenta con un sistema bastante complejo para la evaluación y monitoreo de calidad en salud, en ciertos sectores de la población, sobre todo en aquellos donde su manera de concebir el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado no empata del todo con el modelo biomédico, surge un descontento y resistencia hacia la utilización de estos servicios, lo que a su vez se traduce en una baja accesibilidad a las unidades de salud, falta de apego a las indicaciones médicas, y en consecuencia el desarrollo de las complicaciones prevenibles propias de cada padecimiento, por lo que es comprensible que cuando decidimos encarar esta realidad, encontramos que, la queja más frecuente referente a estos servicios es la actitud de indiferencia, deshumanización y discriminación por parte de los profesionales de la salud, además de que en la mayoría de los casos, el modelo biomédico fomenta la exclusión, negación y subordinación de la palabra del usuario, asumiendo que el médico es el poseedor del conocimiento, generando de este modo una relación asimétrica. Es por ello, que para el presente trabajo se decidió virar los esfuerzos hacia el análisis de la dimensión cultural en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado a través de los *síndromes culturales*, y su relación con la satisfacción y la calidad percibida. De este modo, surge la pregunta central de investigación ¿Cómo se relacionan los síndromes culturales con la satisfacción y la calidad percibida por los usuarios durante el proceso de atención primaria a la salud del hospital municipal de Tepetlixpa en el periodo mayo-agosto del 2021? El objetivo general es describir la relación entre los síndromes culturales, la satisfacción y la calidad percibida por los usuarios durante el proceso de atención primaria a la salud en el hospital municipal de Tepetlixpa utilizando la entrevista semiestructurada y el análisis de contenido, con la intención de fomentar el modelo de interculturalidad en salud establecido a nivel federal. Para llevar a cabo el estudio, se utilizó la entrevista semiestructurada como herramienta para la recolección de información de carácter cualitativo, donde posteriormente se analizó el contenido sobre 3 categorías de análisis: Calidad en salud, satisfacción, y síndromes culturales.

I.- DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Planteamiento del problema

Sabemos que México es un país de gran diversidad cultural, tanto por sus pueblos originarios, como por la migración interna y externa del país, el desarrollo de las tecnologías de la información, así como otros fenómenos derivados del proceso de migración que han permitido el fortalecimiento de esta gran diversidad en nuestro país, sin embargo, el problema surge ante la falta de reconocimiento y respeto hacia aquellas culturas distintas a la hegemónica (CIESAS et al., 2008).

Así como sucedería en otros procesos, en el contexto de atención a la salud, podemos identificar diferentes rasgos y modalidades que parten de la diversidad cultural a nivel global, de modo que, se vuelve más complejo aun cuando nos encontramos con que dentro de un mismo grupo podemos distinguir diferentes sensibilidades y criterios a la hora de concebir la salud y la enfermedad. En América Latina se han logrado identificar diferentes formas de atención a la salud que, derivan de las condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas y técnico-científicas las cuales poseen diferentes técnicas con finalidades de diagnóstico, tratamiento y curación. Estas formas, necesariamente deben ser reconocidas, pues forman parte de las prácticas que operan en nuestras sociedades actuales y que frecuentemente, el sector salud tiende a marginar, negar o ignorar, por lo que no deben ser contempladas únicamente desde su eficacia, eficiencia y/o calidad. En los últimos años, ha surgido un fenómeno que es bastante atractivo de estudiar, pues, se ha observado que en las zonas más desarrolladas se ha incrementado el uso de las medicinas alternativas y/o complementarias en reacción a las relaciones que se han establecido con el modelo biomédico, donde se excluye, niega o subordina la palabra del usuario. Sin embargo, a pesar de que la reacción en contra de la biomedicina por parte de los usuarios es un factor importante, no es el único que ha favorecido el incremento en el uso de estas formas de atención, existen otros factores como la resignificación de ciertas terapéuticas como es el caso la

herbolaría, que ha tenido un impulso por la industria farmacéutica, la instauración de academias especializadas en la enseñanza de otros tipos de medicina como la china y la ayurveda (Menéndez, 2003).

Entonces, al existir estas grandes discrepancias entre las concepciones acerca del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado surgen situaciones de tensión desfavorables para este proceso, donde, en el mejor de los casos, se brindara una atención carente de pertinencia cultural y por lo tanto muchas veces incompleta al no comprender en su totalidad las inquietudes y necesidades del usuario, y en el peor de los casos esta confrontación entre culturas puede llevar a no consultar al profesional adecuado, comprometiendo de este modo el bienestar y la vida del usuario. Es de este modo, como surge la baja satisfacción sobre los servicios de salud, que se vuelve uno de los mayores obstáculos para enfrentar los problemas de salud (Almaguer et al., 2014).

Por ejemplo, en los pueblos originarios de América se ha observado cierto rechazo con respecto de algunos procedimientos, técnicas e infraestructuras de los servicios de atención a la salud basados en modelos convencionales, esta resistencia y rechazo para acudir a estas instituciones, se refleja en los bajos rendimientos y escaso acceso a las unidades hospitalarias desplegadas en contextos de los pueblos originarios, hecho que nos obliga a plantearnos las razones de estos comportamientos y actitudes que están en el fondo de una sentida incomprensión sobre los modelos de los pueblos originarios de concebir la salud y la enfermedad. La incompatibilidad del modelo biomédico con los modelos tradicionales, alternativos y/o complementarios de atención a la salud, fomenta la prevalencia de ciertas enfermedades que, o no son compatibles con la visión médico científica y por lo tanto no son tomadas en cuenta o se busca el equivalente dentro de este modelo en el mejor de los casos. Además, al tomar en cuenta otras variables como la edad, el género, la procedencia rural o urbana, la accesibilidad, y la familiaridad con los servicios de salud oficiales, su relación con otros modelos de salud, como los híbridos (medicina convencional y medicina tradicional o medicina convencional y medicina complementaria) así como las llamadas prácticas de autoatención

médica o remedios caseros, vuelven más complejo aun el proceso de atención y acentúan más las diferencias (Fernández, 2019).

Por lo anterior, podemos comenzar a comprender el motivo por el cual la queja más frecuente de los usuarios de los servicios de salud es la percepción respecto a la actitud de indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación por parte del personal que labora en las unidades de atención a la salud, además de no ser escuchados ni tomar en cuenta sus inquietudes, y opiniones con respecto a la perspectiva que se tiene de este servicio (Almaguer et al., 2014).

1.2 Justificación

A pesar de que México es reconocido a nivel internacional como un país de gran diversidad cultural, el término *interculturalidad* es relativamente nuevo, y más aún, una buena parte de la población no ha terminado de comprender los alcances e implicaciones de asumirnos interculturales, por lo anterior es de suponerse que cuando 2 o más culturas se encuentran frente a frente se generen cierto tipo de tensiones derivadas de los diferentes paradigmas y concepciones acerca del mundo. Esta realidad es aplicable en todos los aspectos de la vida cotidiana, sin embargo, es de especial interés analizar desde la perspectiva de la salud, ¿Cómo el sistema oficial de salud actúa ante la diversidad cultural? Ya que ahora entendemos, dicha diversidad cultural es inherente a nuestra población.

De este modo, nos damos cuenta de la complejidad y el gran compromiso que implica el asumirnos como *interculturales*, por ejemplo en el proceso salud–enfermedad–atención–cuidado podemos encontrar diferentes criterios y sensibilidades incluso dentro de una misma cultura por lo que es de suma importancia que como profesionales de la salud estemos comprometidos e interesados en conocer la concepción del individuo acerca de los orígenes, el desarrollo y desenlace de su padecimiento, y en medida de lo posible podamos adaptar nuestro actuar como profesionales a estas diferentes cosmovisiones,

logrando así una atención con pertinencia cultural, la cual no solo es un derecho de los usuarios, también inevitablemente estará acompañada de las bondades correspondientes a este modelo de atención, ya que al tomar en cuenta las opiniones del usuario sobre este proceso podría incrementar el nivel de aceptación de las terapéuticas empleadas por aquellos que comparten cosmovisiones semejantes.

Lo anterior, hace que exista una necesidad urgente de implementar un sistema de salud culturalmente pertinente, pues actualmente las instituciones que proporcionan este servicio, lejos de representar para la sociedad un espacio de sanación, frecuentemente son referidos como causa de *susto* entre las y los usuarios de estos servicios, derivada de las características de estos espacios así como de los procedimientos, y la actuación ausente de empatía por parte de los profesionales de la salud que ahí laboran, por lo que es imprescindible no sólo adquirir competencia intercultural como profesionales de la salud, para percibir la diferencias y detectar las oportunidades de mejora que hay entre las concepciones, modelos, terapias y aflicciones que no podemos traducir si quiera al plano biomédico sin conocer sus propias reglas de significación (Fernández, 2019).

Además, por todo lo anterior, es indispensable incluir el punto de vista de los curadores de otros modelos diferentes al biomédico, sus técnicas y tratamientos ya que han sido muy poco tomados en cuenta, e incluso, han sido excluidos de las reformas en políticas públicas, programas, estudios y estadísticas que se han elaborado en las dependencias de salud del gobierno en México (Urióstegui, 2015).

Así pues, es importante también evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario. A partir de ello, podemos conocer un grupo de conceptos y características relacionadas con la atención recibida, que nos proporcionará información benéfica para la institución otorgante de los servicios de salud, los profesionales de la salud y a los usuarios en sus necesidades y expectativas (Rodríguez, 2016).

A través de diversos mecanismos de evaluación de la calidad en salud, se ha intentado incluir las opiniones no solamente a nivel poblacional, también individual, con el objetivo de otorgar servicios de salud donde los usuarios se encuentran siempre informados y compartan la toma de decisiones en el proceso de atención, siendo de este modo que no solo se privilegie la dimensión técnica u objetiva referente a la calidad, también la perspectiva del usuario, la cual se considera subjetiva.

Siendo así que, se ha enfatizado en la necesidad de realizar métodos distintos y validados en poblaciones y organizaciones específicas para medir la calidad, como la aplicación de encuestas y escalas; asimismo, se han analizado los conceptos de evaluación de esta dimensión desde diferentes perspectivas, pues, en nuestro país, la opinión de los usuarios de los servicios de salud referente a la calidad solo se ha estudiado a través de encuestas nacionales de salud, de encuestas en regiones específicas y evaluaciones de programas nacionales (Reyes et al., 2013).

De este modo, con la finalidad de contribuir a esta área del conocimiento, se realizó un estudio correlacional para evaluar la relación de los síndromes culturales en la calidad percibida durante el proceso de atención primaria a la salud del Hospital Municipal de Tepetlixpa Hermenegildo Galeana Bicentenario.

Se eligió trabajar en esta población debido a su contexto histórico, pues es bien conocido que esta zona fue un lugar de asentamiento náhuatl, principalmente de pobladores Xochimilcas y posteriormente Chalcas, así como por sus prácticas relacionadas con la medicina tradicional, además en la actualidad, representa una zona de paso importante ya que geográficamente colinda o está en relativa cercanía con los estados de Puebla, Morelos y Ciudad de México por lo que se convierte en una zona de gran diversidad cultural y por consiguiente un área de gran interés para llevar a cabo el presente estudio.

Los beneficios de desarrollar la presente investigación son contribuir en la mejora sobre la relación entre los profesionales de la salud y el usuario a través de la

diálogo horizontal, el respeto y el reconocimiento hacia las diferentes formas de concebir el proceso salud–enfermedad–atención-cuidado, propiciando el intercambio de saberes a fin de que aquellas culturas involucradas, resulten beneficiadas de modo que surja naturalmente el proceso de atención a la salud con carácter intercultural.

Por otro lado, también se busca el colaborar en la metodología de las ciencias sociales al elaborar un instrumento de evaluación que permita conocer el aspecto cultural dentro de la dimensión cualitativa referente a la calidad y satisfacción, ya posee componentes importantes como la relación establecida entre el profesional de la salud y el usuario, la integración de sus opiniones y la responsabilidad compartida acerca de la toma de decisiones y resolución de dudas con respecto a su padecimiento, si bien existen algunos modelos como SERVQUAL y SERVQHOS que nos permiten conocer de manera general la calidad del servicio referente a las instituciones de salud, estos instrumentos están mayormente dirigidos al área administrativa con la finalidad de mejorar los procesos y optimizar los recursos disponibles, sin embargo se deja un tanto de lado el aspecto cualitativo que este trabajo pretende rescatar.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cómo se relacionan los síndromes culturales con la satisfacción y la calidad percibida por los usuarios durante el proceso de atención primaria a la salud del hospital municipal de Tepetlixpa en el periodo mayo-agosto del 2021?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Describir la relación entre los síndromes culturales, la satisfacción y la calidad percibida por los usuarios durante el proceso de atención primaria a la salud en el hospital municipal de Tepetlixpa utilizando la entrevista semiestructurada y el

análisis de contenido, con la intención de fomentar el modelo de interculturalidad en salud establecido a nivel federal.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de satisfacción respecto a los servicios de atención primaria a la salud de hospital de Tepetlixpa percibida por los usuarios.
- Distinguir las cualidades que conforman una atención de buena calidad para los usuarios de los servicios de atención primaria a la salud de Tepetlixpa.
- Conocer la importancia de los síndromes culturales durante el proceso de atención primaria a la salud para los usuarios del hospital municipal de Tepetlixpa.

1.5 Supuesto hipotético

Los síndromes culturales tienen influencia sobre la percepción de los usuarios respecto la satisfacción y la calidad del servicio de atención primaria a la salud.

II.- REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Marco teórico

2.1.1 Teoría del interaccionismo simbólico

Existen varias formas de explorar la realidad, por ejemplo, a través del ámbito cualitativo, el cual se enfoca en el acercamiento a la realidad a través de la comprensión de los significados y perspectivas de otros (Natera et al., 2017). Es por ello que para esta investigación se ha estructurado como parte del marco teórico el interaccionismo simbólico, pues dentro de las teorías de la investigación cualitativa, esta teoría en específico nos permite el análisis e interpretación de las experiencias subjetivas que surgen en la interacción dentro del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

El interaccionismo simbólico se basa en los aportes de George Herbert Mead y en cierta medida en los escritos de Charles Horton Cooley, John Dewey y W.I. Thomas y más recientemente por Herbert Blumer. Entonces, este modelo teórico-metodológico parte de la pregunta ¿Qué símbolos dan sentido a las interacciones? (Mella, 1998).

Para dar respuesta a esta pregunta, debemos analizar este modelo basado en sus 3 premisas:

- Todos los individuos dirigimos nuestras acciones basadas en los significados de las cosas que podemos percibir de nuestro entorno, por ejemplo, objetos físicos como libros o mesas; otros seres vivos como nuestros vecinos, nuestros padres o nuestros amigos; instituciones como la escuela o los hospitales; ideales humanos como la independencia y la honradez.
- Los significados de cada uno de los elementos anteriores, son resultado de las relaciones que se mantiene con los demás.

- Los significados no son fijos, estos se irán modificando con el paso del tiempo al confrontarse con el resto de experiencias y personas como resultado de las historias de vida de cada individuo (Blumer & Mugny, 1992).

De tal modo, podemos entender que la conducta deriva de las interacciones que establecemos con los demás, para ello, los símbolos y sus significados habrán sido previamente establecidos por la cultura de la que proviene cada sujeto, por lo que esta impactara directamente sobre la interpretación de su realidad. Entonces, la interacción representa tan solo el primer paso para la autoconciencia y la capacidad de reflexionar, pues es a través de la reacción de los demás sobre nuestra conducta que podemos experimentar el autodescubrimiento. Por lo tanto, los seres humanos no son artefactos previamente programados o seres que se dirigen meramente por sus instintos biológicos, como especie, tenemos la capacidad de definir y redefinir nuestra conducta basados en las diferentes circunstancias en las que nos encontramos y actuar en estas diferentes situaciones (Mella, 1998).

De esta forma, cuando interactuamos con nuestros semejantes, previamente han sido establecidos estos códigos y significados, compuestos por diversos símbolos y signos que forman parte de elementos invaluable para ejercer el proceso de comunicación, pues al tener un significado similar para un grupo de personas, estos les dan un significado cognitivo, afectivo y actitudinal. Por ejemplo, durante el proceso de atención a la salud, se requiere de especial atención tanto en la comunicación verbal como en la no verbal, ya que el enfermar es una vivencia universal que pasa por el ámbito biológico, pero también por el cultural por lo que es justamente estos dos últimos elementos los encargados de dar contexto a los diferentes signos y símbolos presentes en este proceso que le darán un significado y por lo tanto un entendimiento distinto para cada individuo (Campos, 2016).

Así, a diferencia de las imposiciones que se realizan a nivel institucional, es impensable si quiera el atrevernos a imaginar un modelo único de atención a la salud y mucho menos que este por sí solo sea perfecto, pues cada cultura ha desarrollado su propio modelo de atención con distintas estrategias para la curación,

prevención de enfermedades, sus características propias y que, en consecuencia, algunas poseerán mayor o menor efectividad, según sea el caso. Sin embargo, si tuviéramos que establecer una constante en cada uno de estos modelos, sería interacción de 2 personajes. Por un lado, tenemos a aquel reconocido como el portador de los conocimientos necesarios para lidiar con los problemas de salud y del otro lado, tenemos a aquellos que padecen la enfermedad. Durante este proceso, se realiza un contrato social, donde dos extraños que se encuentran en un entorno confidencial establecerán un vínculo estrecho, con un propósito el cual es el terapéutico. En este contrato social, entran en juego una gran variedad de elementos como la historia de vida, el contexto académico, la estructura de los servicios de salud, las relaciones de parentesco, y el entorno discursivo de estos dos actores, a través de los cuales serán capaces de transmitir, conocimientos, relatos, sentimientos y sensaciones. Esta comunicación de primera vista, podría parecer algo natural o cuestión de sentido común, sin embargo, es mucho más compleja que eso, requiere de una relación simétrica entre ambas partes, que no solo debe aprenderse a nivel metodológico si no que debe llevarse a la práctica. Establecer una relación simétrica es complejo, pues implica la concientización de que son dos seres humanos capaces de establecer un vínculo estrecho, para cumplir con el objetivo terapéutico, a pesar de ello, es mucho más fácil abordar este proceso de una forma asimétrica y en consecuencia, mayormente llevado a la práctica, pues uno de los actores tiene los conocimientos para comprender, interpretar y diagnosticar así como las habilidades para aplicar las terapéuticas, de las cuales la otra parte las carece (Hamui et al., 2015).

Con respecto al presente trabajo de investigación, este enfoque permite el acercamiento a la realidad, caracterizada por la comprensión de los significados que existen en la interacción durante la atención a la salud, pues esta última representa un proceso multidimensional, cargado de significados y simbolismos, donde los actores que determinan estos significados y símbolos son el usuario y los profesionales de la salud. De acuerdo a Natera et al. (2017) la observación cualitativa de la cultura de la salud va más allá de su lugar subjetivo, donde influye lo económico, político, religioso, imaginario y simbólico, también es el lugar donde

se forman los conflictos, tradiciones, concesiones, cambios y donde todo cobra sentido. De esta manera, se considera importante analizar la relación que existe entre los síndromes culturales y la calidad percibida durante el proceso de atención primaria a la salud, debido a la interacción que hay durante dicho procesos entre al menos dos culturas distintas, de no ser tomado un marco interpretativo adecuado basado en la empatía tanto por parte de los usuarios así como por parte de los profesionales de la salud, se generará un choque cultural derivado de la falta de acuerdos entre los diferentes símbolos y significados lo que a su vez impactará sobre sus realidades pudiendo generar un escaso rendimiento por parte de los servicios de atención primaria a la salud y una baja calidad percibida por parte de los usuarios.

Dicho de otro modo, la salud y la enfermedad deben interpretarse más allá de sus efectos en el cuerpo, también por sus repercusiones en el imaginario, pues en ambos casos son reales en sus consecuencias, por tanto, todas las acciones clínicas, técnicas de tratamiento, prevención o de planificación deben estar atentas a los valores, actitudes y creencias de las personas a las que se dirige la acción. De igual forma, el interaccionismo simbólico nos permite comprender los aspectos subjetivos de la experiencia en las interacciones y posibilita el entendimiento de significados atribuidos a situaciones concretas, con el objetivo de acceder a la subjetividad del ser humano, siendo esta la razón principal para utilizar el interaccionismo simbólico como teoría que sustenta el presente estudio. En cuanto al procedimiento metodológico, se debe recalcar que las investigaciones de este tipo no suelen hacerse a nivel macro, si no a nivel micro, con la intención de que el investigador intente comprender cómo los individuos categorizan su contexto social, cómo piensan y qué criterios tienen para tomar sus decisiones y actuar de una u otra manera (Mella, 1998).

2.2 Estado del arte

La presente información es resultado de la búsqueda sistemática que se realizó a través de bases de datos especializadas como PubMed, Redalyc, Google académico, Dialnet, etc. Utilizando las palabras claves: Evaluación de calidad en salud, satisfacción los usuarios de los servicios de salud, instrumentos de evaluación de calidad en salud, oportunidad en la atención, interculturalidad en salud, síndromes culturales, cuya finalidad se sustenta en conocer los aportes teórico-metodológicos acorde a las categorías de análisis: Calidad en salud, satisfacción, y síndromes culturales. Como resultado de esta actividad, se consultaron 145 textos de carácter científico que posterior a un análisis más profundo de su contenido, fueron seleccionados 63 (60 artículos y 3 libros), los cuales proporcionaban información valiosa respecto a estas categorías de análisis, ya que, por un lado, algunos de estos artículos aportaron el contexto histórico acerca del estudio de estas categorías y por otro lado, brindaron información teórica-conceptual valiosa al ser estudios similares que se han aplicado principalmente en países latinoamericanos como Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, México y Perú.

A continuación, se presenta la información que resultó de la consulta de los textos anteriormente mencionados, organizada en un orden lógico que permita comprender el desarrollo histórico respecto al estudio de cada categoría de análisis.

2.2.1 Desarrollo sobre los estudios de calidad en salud

A raíz de los trabajos de Avedis Donabedian considerado el fundador de los estudios de calidad en la atención médica, se ha abierto un nuevo campo para el estudio de la calidad y las múltiples dimensiones que la conforman, pues gracias a él, se comprendió que la respuesta social ante los problemas de salud no son acciones aisladas, por el contrario, estas acciones están guiadas por lineamientos generales, en 1966 presentaría un estudio que introdujo los 3 principales conceptos para estudiar la calidad en la atención médica: estructura, proceso y resultado, los cuales

constituyen el paradigma dominante sobre la evaluación y monitorización de la atención al interior de los nosocomios (Frenk, 2000).

Para cumplir dicha tarea, se han logrado tomar conceptos de calidad aplicadas meramente para evaluar la prestación de un servicio, en otras áreas distintas para la salud, tal es el caso de los trabajos de Parasuraman, Zeithaml y Berry quienes presentan un concepto clave de calidad *“Es el juicio global del cliente acerca de la excelencia o superioridad de este, que resulta de la comparación entre las expectativas de los consumidores (lo que ellos creen que las empresas de servicios deben ofrecer) y sus percepciones sobre los resultados del servicio ofrecido”*. De tal definición aparece por primera vez el modelo SERVQUAL por su nombre en inglés (Service Quality Model), que es uno de los instrumentos mayormente utilizados para evaluar la calidad de los servicios (Matsumoto, 2014). Sin embargo, el modelo SERVQUAL presentaba grandes desafíos a la hora de aplicarla a usuarios de los servicios de salud, pues este servicio en específico, contempla dimensiones mucho más subjetivas y aspectos intangibles que, normalmente, no son tomados en cuenta a la hora de evaluar, pero que son de vital importancia para generar un juicio por parte de los usuarios, es por eso que se propone la aplicación del SERVQHOS que, es una adaptación del modelo SERVQUAL para los medios hospitalarios (Mira et al., 1998).

Durante 1984 Grönroos menciona la importancia de entender al usuario desde lo que busca respecto a un producto o servicio, pues a través de este deseo, el usuario realizará la evaluación del servicio, de este modo propone 2 tipos de calidad encaminadas a la satisfacción:

1. calidad técnica, Donde se valora lo que el cliente en verdad quiere y en consecuencia se diseña el servicio
2. Calidad funcional, que, en términos prácticos, es la forma en la que se presta el servicio (Mora, 2011).

En 1998, Jun, Peterson y Zsidisin, propusieron 11 dimensiones que están estrechamente relacionadas con la calidad del cuidado de los usuarios que están relacionadas con la labor del médico y a su vez de la administración.

1. Tangibilidad.
2. Fiabilidad.
3. Capacidad de respuesta.
4. Competencia.
5. Cortesía.
6. Información.
7. Accesibilidad.
8. Cuidados.
9. Resultados.
10. Empatía.
11. Continuidad (Torres & Lastra, 2008).

En el 2003 la OMS publicó una guía para la evaluación de la calidad en la atención, basada en los aspectos cuantitativos y que retoma los trabajos de Donabedian respecto a la estructura, el proceso y el resultado que permite juzgar la calidad a través de los resultados sobre la salud de la población, estableciendo a su vez, las responsabilidades administrativas por lo que se propone utilizar la triada de Juran que son:

- Planificación
- Control
- Mejoramiento

Sin embargo, estas acciones giran casi por completo en torno al responsable de calidad de estas instituciones, dicho de otro modo, desde un punto de vista meramente administrativo (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

El efecto de estos trabajos ha marcado la línea de acción de las futuras investigaciones, en América Latina, países como Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, México y Perú son algunos de los principales incursionadores que se han interesado en ahondar más en este tema, pues a pesar de que existen instrumentos como SERVQUAL y SERVQHOS que han sido validados y utilizados en múltiples ocasiones por distintos países e instituciones, sabemos que la calidad en salud contempla múltiples dimensiones, lo que a su vez, ha permitido la adaptación, readaptación y las modificaciones pertinentes así como la creación de nuevas propuestas para evaluar la calidad de la salud y en consecuencia la satisfacción de los usuarios desde varias perspectivas.

En México se han implementado diferentes estrategias a lo largo de los años para poder evaluar la calidad de los servicios de salud, ejemplo de ello, es la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), cuya función principal es *“Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”* que a través de 3 actores principales:

- El gestor de calidad, el cual forma parte de la institución
- Los comités de calidad conformados por miembros de la SSA. Nacionales (CONACAS), estatales (CECAS) y de calidad y seguridad para el usuario (COCASEP)
- Participación ciudadana, a través del programa aval ciudadano

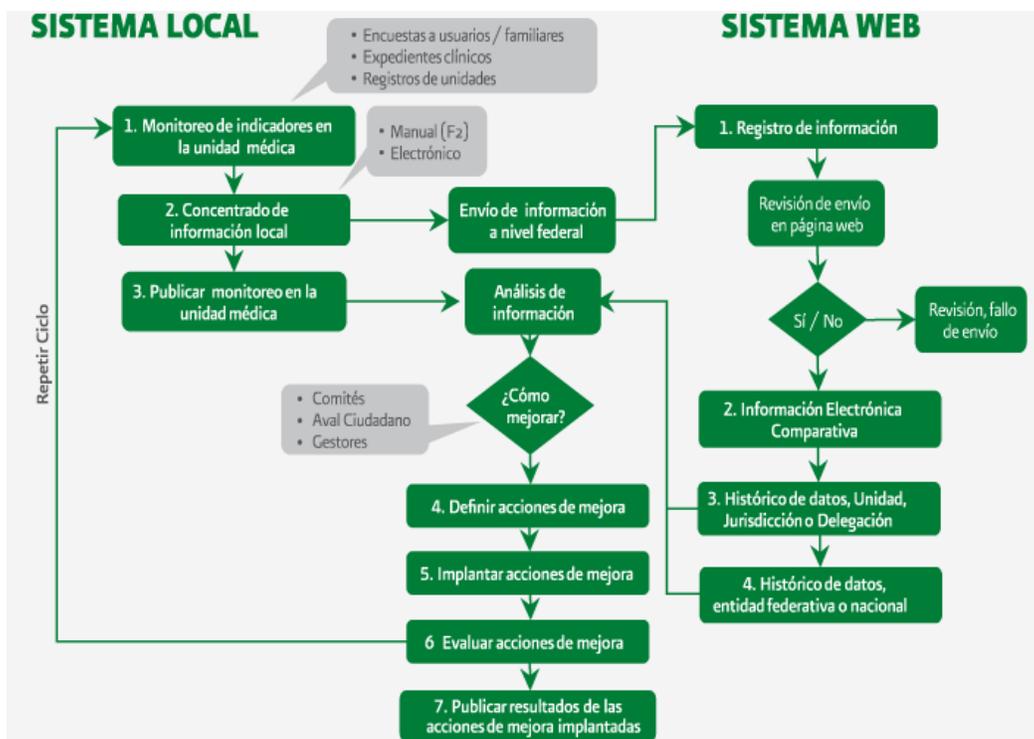
Que mediante el monitoreo y seguimiento se aseguran del cumplimiento del modelo de gestión en calidad de salud a través del registro de los datos en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) (Secretaría de Salud, 2021).

Figura 1. Vinculación del sistema INDICAS



Fuente: Secretaría de Salud, 2016.

Figura 2. Flujoograma de acciones del sistema INDICAS



Fuente: Secretaría de Salud, 2016.

Así mismo, en el año 2000 se comienza con la aplicación de la Encuesta en Salud (ENSA) la cual, primordialmente se basaba en el estudio de enfermedades agudas y crónicas, así como el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud, para el 2006 la ENSA evolucionaría a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) que sumaría a los datos recolectados por la ENSA, la información referente a la alimentación y nutrición, y hace especial énfasis en la toma de muestras biológicas para la detección y control de las enfermedades crónicas no transmisibles en México como son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, de este modo la ENSANUT ha sido un valioso instrumento que ha permitido conocer los aspectos generales de la población mexicana respecto a temas de salud y calidad en la atención de los servicios, además ha permitido adaptarse a los diferentes retos y situaciones de salud, tal es el caso de su versión ENSANUT 2019 y 2021 la cual además, aporta datos sobre la experiencia familiar referente a la pandemia por COVID-19 , seguridad alimentaria, calidad de la dieta y medición de anticuerpos para SARS-CoV-2 (Hernández et al., 2016).

2.2.2 Desarrollo sobre los estudios de la satisfacción

Calidad y satisfacción en cierto modo son dos términos indisolubles que podrían parecerse similares, sin embargo, esto no es así, calidad hace referencia a las características de un servicio, mientras que la satisfacción se refiere al juicio del usuario respecto al bien o servicio que acaba de recibir. Este juicio se basa en la perspectiva del consumidor o usuario, que se elabora basado en las expectativas, características y experiencias al recibir el producto o servicio. Este término tiene una amplia forma de ser interpretado, así como poseer una característica de multidimensionalidad, la cual, ha cambiado a través de los años, en 1967 Ley y Spelman asociaban la satisfacción con la comunicación con el médico y la información respecto a su situación de salud que recibían a través de este, para 1975 Hulka relacionaba la satisfacción de los usuarios con la profesionalidad del médico, los costos de sus servicios así como los inconvenientes del cuidado, pero fue en 1978 cuando Ware y Snyder factores que enmarcan la satisfacción:

1. Accesibilidad y/o conveniencia de los cuidados

2. Disponibilidad de recursos
3. Continuidad de los cuidados
4. Costos de los cuidados
5. Eficacia
6. Humanización de los servicios
7. Información proporcionada a los usuarios
8. Posibilidad de acceso a la información
9. Competencia profesional
10. Ambiente favorecedor

En este mismo año Wolf las 3 dimensiones en las que se da la satisfacción del usuario

- Cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información proporcionada por los profesionales de la salud a su cargo)
- Afectiva (El interés y comprensión mostrada por los prestadores de este servicio)
- Comportamental (Las habilidades y competencias de los profesionales de la salud) (Mira et al., 1992).

En 1982 Linder toma un camino distinto al de los autores anteriores pues se guía sobre los trabajos de las teorías socio-psicológicas de Fishbein y Ajzen para determinar la satisfacción del consumidor, esta autora definía la satisfacción del usuario como *"una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud"*. En este sentido la actitud es la suma de las creencias o expectativas sobre cada una de las dimensiones que componen la atención a la salud. Durante 1986 Feletti, Firman y Sanson-Fisher construyen uno de los primeros cuestionarios de satisfacción de los usuarios con un enfoque multidimensional que se basaba en los aportes de Hulka, Wolf y Were (Mira et al., 1992).

2.2.3 Desarrollo de los estudios respecto a los síndromes culturales e interculturalidad en salud

Desde sus comienzos, la humanidad ha desarrollado distintas cosmovisiones acerca del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado por lo que no existe una sola forma de medicina, ya que en todas las sociedades humanas cada cultura ha desarrollado una medicina acorde con sus formas de vida, de su relación con su entorno ambiental y como producto de sus creencias y cosmovisión (Almaguer et al., 2014).

Tomando en cuenta lo anterior, de manera histórica y a nivel internacional se han unido a esta causa y en diversas ocasiones grandes organizaciones como la OMS y la OPS, así como los gobiernos de los países miembros quienes han elaborado propuestas para intentar erradicar este problema. A partir de 1979 en la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud, reunida en ALMA-ATA se consideró como una necesidad urgente que cada gobierno cuide del bienestar de sus pueblos mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, pues la población no solo tiene el derecho si no el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud (Organización Panamericana de la Salud, 1978). Sin embargo, para 1989 se observaba un panorama contrario a las recomendaciones emitidas en la conferencia de ALMA-ATA, pues los pueblos originarios y tribales en América Latina presentaban, los peores indicadores socioeconómicos, laborales, por origen étnico o racial. Conscientes de esta situación la Oficina Internacional del Trabajo (2014) realizó el convenio 169 que esencialmente propone dos postulados básicos:

- 1.- Los pueblos originarios tienen derecho a preservar y promover sus culturas, formas de vida e instituciones propias, así como a participar de manera activa en aquellas decisiones en las que se ven involucrados.
- 2.- Los pueblos originarios deben tener garantía de poder definir sus prioridades en cuanto a su desarrollo como grupo, en la medida en que esta afecte su desarrollo económico, social y cultural (Oficina Internacional del Trabajo, 2014).

Poco a poco algunos países miembros del parlamento fueron adoptando diversas estrategias para el seguimiento de las propuestas emitidas desde 1979, logrando que 1993 durante el informe de la OMS con respecto a la salud de los pueblos originarios se reconociera el aporte de estos pueblos a la diversidad y multiculturalidad de las Américas, a la biodiversidad y al equilibrio ecológico, así como a la salud de la sociedad; por lo que se ha hecho gran énfasis en la revaloración y respeto de las prácticas sociales y culturales, así como las religiosas y espirituales, proponiendo la integración de los centros de investigación como lo son las universidades, unidades de investigación, y organizaciones en conjunto con los miembros de pueblos originarios; siendo de este modo que puedan promover la transformación de los sistemas de salud y se fomente el desarrollo de modelos alternativos de atención a la salud (Organización Mundial de la Salud, 1993). Argumentos que fueron retomados durante la 56 Asamblea Mundial de la Salud en el año 2003, para el 2009 se emitió la ley marco de medicina tradicional donde se incita a los gobiernos a considerar la inclusión en sus modelos, los conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de los pueblos originarios, además de establecer que la medicina tradicional es un derecho cultural para aquellos que la fomentan y la practiquen, la persecución, así como la injuria de su ejercicio y práctica, representa una violación a los derechos civiles y humanos, pues las medicinas tradicionales han demostrado de manera consistente que aporta potenciales beneficios a la salud pública de los países con un menor impacto cultural, económico y ambiental, por lo que en aquellos países que la poseen, debe representar un asunto de seguridad nacional. Dicha ley, ha contribuido en la regulación y modulación de la práctica, la enseñanza y la investigación de la medicina tradicional, con el objetivo de establecer medidas de vigilancia y seguridad para la población, favoreciendo su desarrollo basado en el respeto a los derechos humanos, el derecho a la salud y así como la promoción a los cambios y adecuaciones necesarias para su observancia (Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano y el Caribe, 2009). Durante ese mismo año en la declaración de la Organización de las Naciones Unidas (2007) sobre los derechos de los pueblos originarios conjuntamente a lo establecido en la ley marco establece que todas las doctrinas, políticas y prácticas basadas en la superioridad de ciertas poblaciones,

grupos o individuos por cualquier razón ya sea racial, religiosa, étnica o cultural por mencionar algunas, son completamente indeseables pues promueven el racismo, científicamente falsas, condenables e injustas (Organización de las Naciones Unidas, 2007).

Con respecto a México al ser país miembro de la Organización de las Naciones Unidas, no fue ajeno a este proceso considerando además que somos una nación multicultural, surgiendo así la necesidad de implementar el enfoque intercultural de primera intención, por los cambios como resultado de la tendencia hacia el integracionismo, adoptado por intelectuales como José Vasconcelos en el siglo XX. Durante este periodo el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán, quien se encargó de difundir el término *intercultural e interculturalidad en salud* señaló que este proceso es parte de la estrategia para la integración de los miembros de los pueblos originarios en el ámbito médico nacional de forma respetuosa y antidiscriminatoria. Para los años 70's, la teoría de la interculturalidad aplicada en la pedagogía impactaría en México no solo en el ámbito de la educación, también en el de la salud, y es precisamente gracias a esto que los aportes de intelectuales como Guillermo Bonfil Batalla y a los movimientos de los pueblos originarios, tanto en México como en toda América Latina, se logra generar un cambio sobre las políticas públicas a finales del siglo XX. En 1992 en México, se llevó a cabo la reforma constitucional donde se estableció que "*La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos originarios*" lo cual generó un proceso de reivindicación hacia los pueblos originarios en el estado de Chiapas y siendo concretados después del movimiento Zapatista, logrando así reformas constitucionales de carácter nacional en los años 2001 y 2004. De este modo, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con la modificación del artículo 2º, se reconocen los derechos de los pueblos originarios a preservar todos los elementos de su identidad cultural, así como a aprovechar debidamente la medicina tradicional (Almaguer et al., 2014).

En cuanto al 2019 se emitió la nueva Ley General de Salud donde tanto en el artículo 6 que establece promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional y su práctica en condiciones adecuadas, así como en el artículo 93 que establecen

que la SEP, en coordinación con la SSA, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. De la misma manera, se busca el reconocimiento, respeto y promoción para el desarrollo de la medicina tradicional. Los servicios y programas de atención a la salud que se desarrollen en el contexto de los pueblos originarios, deberán ser adaptados a su estructura social y administrativa, así como su concepción referente al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado siendo respetuosos en todo momento de los derechos humanos (Secretaría de Gobernación, 2019).

Como pudimos observar, el proceso de integración de las distintas concepciones referentes al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado ha sido bastante complejo, pues ha pasado por distintas etapas y complejos escenarios y dicha integración no está del todo lograda, pues en la actualidad uno de los motivos de queja más frecuente referente a los servicios de salud, es la percepción de los usuarios respecto a la indiferencia, deshumanización, despersonalización y discriminación, la falta de escucha, así como el ignorar deliberadamente las opiniones y decisiones de los usuarios y sus familiares por parte de los profesionales de la salud a cargo de su cuidado (Almaguer et al., 2014).

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Concepto de calidad en salud

El concepto de calidad tiene un origen muy antiguo, que para comprenderlo hay que analizar su raíz en latín que es *qualitas* que traducido a nuestro idioma sería algo equiparable a *perfección*. La calidad de un producto o servicio contiene una serie de propiedades que en conjunto permiten evaluar o juzgar su valor (Coronado et al., 2013).

Como vimos anteriormente, la calidad es un término ambiguo que hace referencia a producir un bien o servicio como el consumidor lo desea, este término es lo más cercano a la perfección, para ello, es necesario que el consumidor o usuario realice

un proceso de evaluación donde compara sus expectativas frente a sus percepciones, dicho de otro modo, es el resultado de la comparación entre lo que se espera de un bien o servicio y lo que se recibe. Ahora bien, hablar sobre la calidad de un producto o servicio es complejo ya que el proceso para su evaluación y asentar un juicio es muy subjetivo, lo que es percibido como calidad varía de persona en persona, esto dependerá de una serie de factores como las expectativas, experiencias previas, los deseos y las necesidades referentes al objeto o servicio en cuestión, sin embargo este proceso de evaluación sobre la calidad, representa un punto importante, pues permite conocer las fortalezas institucionales, así como las oportunidades de mejora. A diferencia de un producto, los servicios no dan como resultado la propiedad de algo, estos poseen una serie de características distintas:

- Intangibilidad: Principalmente son acciones lo que los convierte en un elemento más intangible a diferencia de un producto que se puede ver, tocar, oler o almacenar.
- Heterogeneidad o variabilidad: A diferencia de los productos, es casi imposible brindar dos servicios exactamente iguales, el desempeño del personal puede diferir de un momento a otro e incluso de persona a persona o de cliente a cliente lo que influye fácilmente en la percepción respecto a la calidad de un servicio.
- Naturaleza perecedera: Los servicios no pueden ser eternos, ni tampoco almacenados para ser usados o consumidos, no pueden ser devueltos, más bien se encuentran circunscritos a un momento y lugar determinado.
- La producción y consumo del servicio se realiza de manera simultánea: A diferencia de los productos que primero deben ser producidos, vendidos y consumidos en ese orden, los servicios se producen de manera simultánea a su consumo.
- La inseparabilidad: Los servicios dependen directamente del personal y de los usuarios, sin la participación mínima de estos dos personajes, la

producción del servicio no puede ser dada o no tendría sentido (Matsumoto, 2014).

2.3.1.1 Calidad objetiva y calidad subjetiva

De esta manera, podemos aplicar las características de un servicio de calidad incluso en rubros más específicos y a su vez complejos como es el ámbito de la salud. Para ello, entenderemos al usuario como todo individuo que requiera y acceda a los servicios de salud en cualquiera de los sectores (público, social y privado) y por profesional de la salud a todo aquel que tiene a bien la prestación de los servicios de salud (Honorable Congreso de la Unión, 2001). Entonces, cuando hablamos de los servicios de salud, existe un común denominador entre los aspectos más esenciales para poder garantizar la calidad de estos servicios, las características fuertemente asociadas en este sentido son, la equidad, pertinencia, efectividad y seguridad. Si bien estas categorías son tan amplias, pues cada una posee una lista lo suficientemente amplia de elementos que la conforman, estas nos sirven para comenzar a darnos una idea de las expectativas que se forman alrededor de un servicio de atención a la salud de calidad (Reyes et al., 2013). Como bien menciona Rodríguez (2016) la calidad de los servicios de salud puede y debe ser evaluada desde dos enfoques distintos la calidad objetiva y la calidad subjetiva.

- **Calidad objetiva:** Son aquellos aspectos de la calidad que pueden ser medibles y comprobados, por ejemplo, la limpieza, la uniformidad del personal, la puntualidad, la información otorgada a los usuarios y sus familiares.
- **Calidad subjetiva:** Son aquellos aspectos de la calidad que hacen mayormente referencia a lo percibido por los consumidores y/o usuarios como la cortesía, la empatía, la capacidad de respuesta del prestador de servicios, en consecuencia, estos se vuelven más difíciles de evaluar pues se basan en la opinión de los usuarios.

Es importante tomar en cuenta estos dos enfoques de la calidad , ya que, debe ser una garantizada al ser un derecho de los usuarios dentro de los servicios de atención a la salud, esta suele ser medida a través de los resultados de diagnóstico y los procedimientos terapéuticos que deriven de este, la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, así como el bienestar social, por lo que, como vimos anteriormente, estas 3 dimensiones son bastante complejas y todas contienen numerosos elementos objetivos y subjetivos (Coronado et al., 2013).

De este modo, es fundamental para los responsables de vigilar, promover y garantizar la calidad dentro de los sistemas de salud, sean conscientes de que se trata de un proceso multidimensional si bien, en la mayoría de los casos el término calidad únicamente se encuentra asociado a la calidad técnica del servicio o el cumplimiento y adhesión a las regulaciones sanitarias, de forma que, las instituciones de salud se han enfocado principalmente en el desarrollo de estrategias para una atención efectiva y segura a través del fomento del talento humano, la aplicación en medida de lo posible de los avances tecnológicos, mejora continua en los procesos de gestión en los proceso de salud, por otro lado, con estas medidas solo se ha logrado cubrir 2 de los 4 aspectos (efectividad y seguridad) que hemos descrito anteriormente, como parte de una atención en salud de calidad, dejando en segundo término, en el mejor de los casos, aquellos elementos más subjetivos, pero igualmente importantes, como la pertinencia de los servicios, las relaciones interpersonales, la comodidad y la capacidad de elección y participación activa de los usuarios durante este proceso (Numpaqué & Rocha, 2016). Así mismo, es importante considerar que la evaluación de los servicios de salud no ha sido una tarea sencilla, es un fenómeno bastante complejo al ser imposible delimitar y medir de manera adecuada debido a las múltiples características y fenómenos implicados por ejemplo, los psicológicos, culturales y sociales. Aunado a ello, los numerosos avances tecnológicos, el acceso de los usuarios a una gran cantidad de información, lo que implica una mayor exigencia en cuanto a la atención brindada por los profesionales de la salud (R. M. Torres et al., 2018).

2.3.2 Concepto de satisfacción

La satisfacción puede ser considerada como el juicio que realizan los usuarios a través de las expectativas que tienen ante el servicio que se recibirá y la atención que realmente reciben (Mira et al., 1992). Esto a su vez, generará una respuesta que puede ser emocional, cognitiva o comportamental por parte de un individuo y que puede estar basada no solo en la experiencia personal, también en la colectiva. Sin embargo, la satisfacción no siempre es absoluta, los usuarios de los servicios de salud pueden sentirse satisfechos con un aspecto de la atención en específico, por ejemplo, la eficacia de un determinado tratamiento, pero pueden al mismo tiempo sentirse insatisfechos en otros aspectos como el mal trato por parte del personal (Mora, 2011).

Dicho de otra manera, Zafra et al. (2015) definen la satisfacción como el valor subjetivo referente a un bien o servicio obtenido y si este cumple con satisfacer una necesidad de los clientes o usuarios, este proceso permite identificar oportunidades de mejora.

Cada vez es más común evaluar la calidad basada en la satisfacción de los usuarios, ya que estos son parte integral y central del sistema, deben participar activamente en la planeación de los servicios de salud, así como en las políticas sanitarias. Es por ello que la satisfacción se ha vuelto uno de los indicadores de mayor importancia ya que proporciona información que beneficia a las organizaciones que otorgan este servicio, a los profesionales y a otros usuarios (Coronado et al., 2013).

En este sentido, es necesario que, al interior de las instituciones de los servicios de atención a la salud, se conozca el punto de vista de los usuarios, reales y potenciales, respecto a su nivel de satisfacción con los servicios otorgados, pues esta información es de gran importancia ya que permitirá marcar la pauta para reorganizar los procesos de atención en búsqueda de la satisfacción y en consecuencia la calidad en la atención. Si bien, cada usuario tiene expectativas

personales distintas respecto a lo que espera de los servicios de atención a la salud, se ha logrado identificar algunos aspectos fundamentales donde la mayoría de estas expectativas convergen:

- Relaciones interpersonales (otorgamiento de la información solicitada sobre el estado de salud de los usuarios, amabilidad, actitud receptiva, trato humano, interés, etc.).
- Aspectos técnicos de la atención (diagnóstico y tratamiento adecuado).
- Confort (estado de las instalaciones, alojamiento, horario de visitas, etc.) (Díaz, 2002).

2.3.2.1 Oportunidad en la atención primaria a la salud

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2021) define la oportunidad como las posibilidades que tienen los usuarios de los servicios de salud a obtener la atención requerida, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Sabemos que, siempre que se acude a los servicios de atención a la salud, implica la inversión de un tiempo que es determinado por el desplazamiento y el tiempo de espera para la atención, de igual manera, dentro del mismo proceso de atención este implica la utilización del tiempo por las actividades que esta conlleva (interrogatorio, exploración, elaboración de propuesta de tratamiento), por ello es importante mejorar las condiciones de oportunidad de la atención, pues facilita el acceso al servicio e incrementa las posibilidades de que los usuarios reciban la atención como la requieren. La oportunidad en la atención dentro de los servicios de salud refleja la capacidad de las instituciones desarrollar y mantener una ventaja que le permitan promover la calidad de sus servicios, por ello es importante la evaluación de este rubro a través de la satisfacción de los usuarios, ya que, de haber cumplido con las expectativas de la comunidad, mejoran paralelamente el bienestar y las condiciones de vida de toda la comunidad (Andrade et al., 2014).

Con el objetivo de mejorar la calidad y la satisfacción frente a los servicios de atención a la salud se han detectado diferentes oportunidades de mejora en la atención médica, por ejemplo, mejorar la relación costo beneficio de la atención, disminuir los tiempos de espera, la gran demanda de los servicios de atención frente a la poca oferta, así como la falta de accesibilidad por barreras geográficas, sociales, económicas y culturales (Hurtado et al., 2014).

En cuanto a la atención primaria, podemos definir a esta como la atención esencial que debe ser accesible a toda la población a través de diferentes formas y medios que sean aceptables para ellos y en consecuencia fomenten la participación activa de las y los usuarios, así como un costo accesible. Este tipo de atención debe ser sobre el cual se haga mayor énfasis, pues contribuye al desarrollo socioeconómico de los países (Organización Mundial de la Salud, 2017).

2.3.2.2 Equidad y trato igualitario en salud

Para comprender estos dos términos, debemos partir de la premisa de que la salud es uno de los aspectos más importantes en la vida humana, sin embargo es preocupante que muchos de los individuos no puedan gozar de un buen estado de debido a acuerdos sociales (pobreza, situaciones de epidemia) y no por una decisión propia (alcoholismo y otros comportamientos de riesgo), por ejemplo, hoy en día, muchas personas no reciben un tratamiento adecuado, ni usan medios preventivos eficaces para tratar sus problemas de salud. Por ello, se ha vuelto importante estudiar la igualdad y la equidad en los servicios de salud, pues estas dos características son elementos necesarios de la justicia social (Sen, 2002).

Podemos entender el trato igualitario como el dar la misma atención a todos, o proporcionar los servicios de la misma manera (Ruiz, 2006). Respecto a la equidad en salud, este va más allá de la igualdad, es tan complejo que, la equidad en salud no abraza solo el área de la salud, debe abordarse desde la imparcialidad de los acuerdos sociales, la distribución económica, la libertad humana y las formas de concebir la vida, la salud y la enfermedad (Sen, 2002). Debe estar centrada a la atención personalizada que se da a cada uno de los usuarios de los servicios de

salud conscientes de su individualidad y sus circunstancias particulares, siendo de este modo que, se les otorga lo que necesitan y se piensa que es mejor para cada uno. Con este objetivo, se intenta enfocar los esfuerzos no solo en problema clínico si o también en la comprensión de la persona. Por ejemplo, se ha intentado individualizar la atención médica a través del otorgamiento de información adecuada tanto en tamaño como en la forma de proporcionarla, las preferencias que tiene respecto a su situación de salud, así como la posibilidad de participar en las decisiones. Sin embargo, a pesar de que la intención de cualquier servicio de atención a la salud, debería estar basado en la búsqueda del trato igualitario, sabemos que en la realidad estas acciones no se realizan del todo, esto es debido a las diferentes variables que poseen los usuarios así como los profesionales de la salud, por ejemplo, existe evidencia de que es difícil tratar de forma justa a aquellos usuarios que consideramos diferentes a nosotros ya sea por sus condiciones socioeconómicas o culturales, aquellos usuarios cuyos padecimientos están fuertemente ligados a tabús personales así como de nuestra propia historia familiar, como es el caso de las adicciones, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la violencia (Ruiz, 2006).

Entonces, el trato igualitario en salud pretende disminuir las diferencias que se puedan evitar, que tengan un sentido de injusticia o que puedan ser remediadas entre los diferentes grupos sociales, ya sea por su contexto social, económico, demográfico o geográfico (Mitchell, 2021).

2.3.3 Concepto de síndromes culturales o enfermedades culturalmente delimitadas

Para la sociedad, estar sano o enfermo va mucho más allá de un simple concepto, no contempla únicamente los defectos sobre la estructura celular o el mal funcionamiento orgánico, en este sentido, cada cultura será la encargada de dar las bases de lo que se entiende por salud y enfermedad, así como sus propias estrategias curativas (Fernández, 2019).

Entonces, para comprender este concepto debemos partir bajo la premisa de que cualquier enfermedad es cultural, ya que para su comprensión es necesaria una base que contextualice los elementos indispensables para su comprensión, por ejemplo, al observar los síntomas y posteriormente interpretarlos, analizar las posibles causas de la enfermedad y después determinar un tratamiento. Sin embargo, este término ha servido para diferenciar aquellas enfermedades que resultan de la construcción simbólica de diferentes grupos humanos y que, por lo tanto, pertenecen a una cultura en específico, donde los conceptos y nociones se encuentran sustentados y por lo tanto gozan de una validez para los miembros de esta cultura, similar a los de la medicina convencional (Campos, 2016).

Dicho de otro modo, el término *síndromes culturales* hace referencia a aquellas enfermedades que pertenecen a paradigmas o modelos médicos distintos al científico occidental (Urióstegui, 2015).

Por lo tanto, para que estos síndromes culturales surjan, debe existir un común acuerdo por parte de los miembros de una cultura, respecto a una serie de signos y síntomas a los cuales se les determinará una causalidad, significación y las posibles terapéuticas con una notable eficacia simbólica, ya que estas surgen en el mismo contexto en el que las personas enferman (Campos, 2016).

Entre el modelo biomédico y las enfermedades culturalmente definidas podemos reconocer diferencias bien claras durante el proceso de atención, por ejemplo, en la medicina científica se lleva a cabo la clínica el cual es su método por excelencia, este proceso ahistórico y acultural consiste en el análisis de los signos y síntomas, lo que le confiere su principal característica, el de la universalidad. Sin embargo, es una universalidad relativa, pues el que sea aplicable para toda la población, no significa que esta sea pertinente para todos, específicamente para aquellos individuos que la complejidad y las características de su enfermedad no empatan con este modelo de atención y por lo tanto su realidad depende del grado de compatibilidad entre los universos culturales del profesional de la salud y el de los usuarios. De hecho, la división entre los síndromes reconocidos por el modelo

biomédico y los síndromes culturalmente definidos han permitido esclarecer las diferencias que hay tanto a nivel conceptual como en la praxis pues se persiguen objetivos distintos, las medicinas tradicionales buscan la sanación del ser humano a través de su contexto cultural y de una forma integradora, la medicina alópata se enfoca en restablecer las funciones de un órgano o tejido dañado (Roldán et al., 2017).

2.3.3.1 Cultura

El término cultura es más complejo que una simple definición, podemos identificar su origen etimológico de acuerdo a Altieri (2001) quien menciona que proviene del verbo latino *colo*, *colere*, *cultum* = cultivar o cultivo. Sin embargo, si se desea comprender mejor este término, debemos partir de que este concepto es dinámico, no especializado, no homogéneo y que por lo tanto este término ha sufrido de cambios significativos a través del tiempo (Fernández, 2019).

Si se tuviera que dar un origen de la cultura como proceso, tendríamos que virar nuestros estudios hacia la edad de hielo, donde el *homo* pasó por un proceso de presión derivado de las inclemencias del entorno a tal grado que se vio en la necesidad de adaptarse, lo que a su vez generó la necesidad de desarrollar prácticas como el empleo de herramientas, la caza organizada, la recolección, la organización de la familia, el uso del fuego, así como el desarrollo del lenguaje, el arte, el mito y el ritual lo que impulsó el proceso de selección y en consecuencia la evolución. Visto bajo esta condición, la cultura, es lo que permitió al humano volverse humano pues esto sucedió en el momento en el que los individuos nos volvimos capaces de transmitir a las próximas generaciones, los conocimientos, creencias, leyes, reglas morales y costumbres que adquirimos de nuestros antepasados y del aprendizaje (Geertz, 2003).

Por ejemplo, en la Grecia antigua, el término utilizado para hacer referencia a lo que hoy llamamos cultura era *Paideia* que implicaba la crianza de un niño; dicho de otro

modo, era visto como la instrucción o educación perfecta. De modo que, la educación perfecta eran las instrucciones que recibían los niños sobre las buenas artes como la poesía, la elocuencia y la filosofía pues estas artes eran consideradas exclusivas de los seres humanos y por lo tanto servía para diferenciarnos de los animales. Durante el siglo I antes de Cristo, Varrón las renombro como artes liberales, pues estas solo eran dignas de los seres libres por lo tanto la educación en estas artes libres era prohibida para los esclavos. Durante la edad media se conservaron algunas de estas premisas y otras se modificaron: se conservó su carácter aristocrático y contemplativo, pero substituyó el carácter naturalista con el carácter religioso la cual enunciaba que la finalidad de la cultura es la preparación del hombre para el cumplimiento de los deberes religiosos y la consecución de la vida fuera de lo terrenal. La edad moderna se caracterizó por realizar un movimiento cultural intenso y admirable con el objetivo de *abrir las ventanas al pensamiento*. Ello implicaba el repudio del principio de autoridad y de la tradición y la afirmación del derecho a pensar libremente, fuera de compromisos de cualquier especie. Dicho de forma más concreta, la cultura se independizó de lo religioso. Es de este modo como llegamos a la época contemporánea, que retoma a la cultura, desde su definición verbal-etimológica, es, pues, educación, formación, desarrollo o perfeccionamiento de las facultades intelectuales y morales del hombre; y en su reflejo objetivo, cultura es el mundo propio del hombre, en oposición al mundo natural, que existiría igualmente aun sin el hombre. Cultura, por tanto, no es solamente el proceso de la actividad humana, es también el producto de tal actividad, de tal formación, o sea, es el conjunto de maneras de pensar y de vivir, cultivadas, que suelen designarse con el nombre de civilización. En ella están comprendidos tanto el lenguaje, la industria, el arte, la ciencia, el derecho, el gobierno, la moral, la religión, como los instrumentos materiales o artefactos en los que se materializan las realizaciones culturales (Altieri, 2001).

Ahora bien, muchas veces ni siquiera somos conscientes de la cultura sobre la cual nos encontramos inmersos, estamos tan impregnados de ella que, para muchos, su existencia pasa desapercibida. Si bien, las maneras en la que nos comportamos, nos relacionamos, sentimos, pensamos, juzgamos o percibimos el mundo, nos

resulta natural, esto es debido justamente a la cultura. Esto se explica mejor cuando analizamos los dos escenarios posibles, el primero es en aquellos lugares donde la cultura pasa prácticamente desapercibida, en las comunidades que son homogéneas, cerradas y tecnológicamente estables. Por otro lado, tenemos a la sociedad global, compleja, abierta, heterogénea, tecnológicamente sofisticada y cambiante. En este caso la pluriculturalidad de este segundo escenario, nos sirve de espejo para darnos cuenta de la cultura propia. Entonces, podemos decir que la cultura solo puede revelarse a través de la comparación, ya sea a través del tiempo, comparando la cultura en las distintas épocas, o en el espacio, contrastándola con las culturas de diferentes sociedades (Bericat et al., 2016).

Respecto a la cultura en los servicios de salud, es un tema pocas veces considerado en la realidad, sin embargo, es un tema de suma importancia sobre todo en aquellas personas que desempeñan acciones asistenciales, preventivas y de educación en términos de salud, ya que, a través del análisis de esta dimensión, permite comprender como cada grupo social, concibe el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Por ello, es importante reconocer que, todas las acciones humanas se encuentran permeadas por la cultura del individuo que las ejecuta. El desconocimiento de esta dinámica social impide la formación de lazos estrechos con la comunidad a pesar de las diferentes acciones de prevención y atención a la salud. Siendo así que, cobra especial relevancia, no solo tener programas asistenciales y de atención a la salud, si no saber cómo estos deben estar puestos a disposición de la población, los cuales deben estar fundamentados en 3 características imprescindibles.

- 1) Respeto: a través del reconocimiento y entendimiento hacia la manera de interpretar el mundo y sus procesos. Respecto a aquellas acciones encaminadas al cambio de las condiciones desfavorables en salud es importante mantener una postura de respeto, ante las propuestas de la comunidad, la forma en la que se plantean las acciones, se define, diseñan y concretan.
- 2) Diálogo: el diálogo siempre debe tener características de horizontalidad, lo que permite un verdadero intercambio entre ambas partes. Es a través del

diálogo que se da el entendimiento mutuo y de esta manera se construye el conocimiento sobre las diferentes creencias y prácticas de salud.

- 3) Valoración de la cultura: en este caso, se refiere a la recuperación de los conocimientos de los individuos que conforman a la comunidad y las diversas prácticas que se han utilizado a lo largo del tiempo para confrontar los problemas de salud. El apreciar los elementos propios de su cultura no solo permite fortalecer las acciones encaminadas a la prevención y atención a la salud, también permite potenciarlas.

De tal forma, vemos como se integra la cultura en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, pues a partir del entendimiento de las diferentes concepciones sobre este proceso es como surgen los llamados *síndromes culturales* o las *enfermedades culturalmente delimitadas*, las cuales no solo representan conocimientos y prácticas folclóricas para tratar los problemas de salud, más bien se tratan de verdaderos modelos de atención (Arenas & Maya, 2001).

2.3.3.1.1 Componentes de la cultura

Una vez comprendidos los orígenes de la palabra cultura y de los procesos implicados en su desarrollo, podemos analizar sus componentes, Bericat et al. (2016) menciona que existen 3 componentes elementales que conforman este concepto, las ideas, los valores y las emociones.

a) Las ideas

Podemos definir a las ideas como representaciones cognitivas, las cuales nos ayudan a identificar los objetos existentes en nuestro entorno, dicho sea de otro modo, nos proporcionan información sobre el qué es, cómo es, y cómo funcionan cada uno de estos objetos. Esto permite que dichas representaciones sean transformadas en conocimiento que podrá ser usado por un grupo de individuos para determinar su realidad objetiva y a su vez, ser transmitido a las próximas generaciones, lo que permitirá establecer una cosmovisión.

Sin embargo, no todas las ideas son ciertas, por ejemplo, algunas ideas forman creencias que dan algo por sentado o consideradas como ciertas, pero estas no

pueden ser contrastadas empíricamente Bericat et al. (2016) nos da un ejemplo de lo anterior: *Si afirmamos que una pared es blanca, podemos demostrarlo midiendo la longitud de onda de la luz que emite; si afirmamos que la vaca es sagrada, no cabe demostración empírica posible.* Entonces, muchas de nuestras ideas son realmente creencias y las consideramos ciertas al confiar en la fuente o criterio que determinan estas son verdaderas.

b) Los valores

Estos son los criterios adscritos a una cultura a través de los cuales realizamos un juicio de lo que es bueno o malo sobre las cosas, acciones y agentes que nos rodean, además, nos ayudan a formar ideales sobre cómo son las cosas y cómo deberían de ser, no obstante, en muchas ocasiones no es posible ajustar todos los elementos de la realidad a estos valores lo que inevitablemente generará tensión.

c) Las emociones.

Las emociones son experiencias subjetivas, que indican algo al sujeto que las está experimentando, éstas son de naturaleza relacional, ya que informan al cuerpo lo que sucede en el entorno y generan acción, por lo tanto, no solo implican cambios a nivel de la psique, también a nivel fisiológico, por ejemplo, si algo nos da miedo, palidecemos, gritamos y se altera el ritmo cardiaco, y tomaremos la decisión de luchar o huir. Podemos clasificar las emociones en 2, primarias y secundarias. Las primarias, como la alegría, la tristeza, el miedo la ira y la sorpresa son innatas, prefijadas y universales. Las secundarias como la vergüenza o la culpa están ligadas a la experiencia individual y social, constituyen sensaciones, expresiones y significados, lo que hace que el universo emocional esté inevitablemente asociado a una cultura (Bericat et al., 2016).

2.3.3.2 Salud-enfermedad-atención-cuidado

Las formas en las que cada sujeto entiende lo que es estar sano, lo que es estar enfermo, así como determinar las posibles causas y tratamientos para esta enfermedad parten de un contexto individual pero también de lo sociocultural, por lo

que, dar una definición exacta y aplicable para toda la sociedad, se ha vuelto una tarea realmente compleja, por ejemplo, en cuanto a la salud, podemos encontrar un vasto universo de creencias, comportamientos e interacciones que determinan las modalidades de gestionar la salud, así como las formas de relación que tienen los sujetos con su cuerpo, su alimentación, hábitos, el uso y administración de su tiempo. Dentro del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado están implicados valores, roles y expectativas de los sujetos, las familias y las sociedades, por lo que cada una de ellas determinará su forma para cuidar de su salud y recuperarse en caso de enfermar, estas decisiones no solo tienen un fundamento cognitivo racional, también tienen una base valorativa y actitudinal (Sacchi et al., 2007).

El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado ha sido estudiado en gran parte en América Latina como parte de la medicina social y salud colectiva de estos países, dichos estudios han tenido como objetivo principal los simbolismos y aproximaciones que hay respecto a las formas en la que las personas nacen, viven, enferman, padecen y mueren, así como las formas y los medios utilizados por la sociedad para afrontar esta situación (Michalewicz et al., 2014).

De tal modo, es importante comprender que, es un proceso universal ya que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud son hechos inevitables, frecuentes y recurrentes de nuestra vida cotidiana, esto ha generado que la sociedad, con el paso del tiempo haya ido desarrollando diferentes respuestas para hacer frente los padecimientos, que a su vez, implican representaciones, simbolizaciones y prácticas, los cuales con el pasar del tiempo se transforman en saberes para enfrentar, curar y según sea el caso, erradicar los problemas de salud. Dentro de este proceso se han conformado las formas institucionalizadas de atender los padecimientos, pues como su nombre lo indica *instituyen* la forma de pensar, entender y actuar sobre los problemas de salud, así como con los enfermos, de este modo, podemos identificar aquellas formas de atención academizadas como son la biomedicina, la homeopatía y la quiropráctica, también existen las formas populares como la herbolaria y el espiritualismo, entre otras. Toda acción dirigida hacia tratar los padecimientos, suele ser socializada y culturalizada, pues, estas, suelen ser

ejercidas sobre sujetos y grupos sociales que no dan un significado técnico a sus problemas, más bien, asignan significados subjetivos. Entonces, independientemente de las formas empleadas por un curador, este proceso no puede ni debe ser entendido únicamente a nivel técnico, también como parte de un proceso social, sea o no reconocido por las instituciones (Menéndez, 1994).

Respecto al cuidado, en muchas ocasiones este término ha sido utilizado de manera indiscriminada como un sinónimo de la palabra atención, en realidad, este tiene una connotación distinta, que, para poder comprenderlo, se debe abordar desde su concepción como una condición humana, siendo de este modo que, podríamos definirlo como el conjunto de actividades que se llevan a cabo con el objetivo de promover, sostener la vida y su calidad al mismo tiempo que se construyen lazos sociales afectivos. Por lo tanto, podemos comprender que el cuidado implica ir mucho más allá de la simple satisfacción de necesidades. La forma de cuidado más temprana que se ha podido identificar es la parental, el cuidado del recién nacido no solo implica el asegurar su supervivencia, pues al construir un vínculo afectivo también lo vuelven sujeto de la cultura y que, a su vez, este se desarrolle como un potencial cuidador. El vínculo establecido durante el proceso de cuidado debe poseer 3 características fundamentales: el miramiento, la empatía y el buen trato, las cuales permitirán el reconocimiento del otro como un ser semejante, que posee derechos y un sentido de dignidad lo que evitará tomar a las personas como objeto, cosa, instrumento o mercancía (Michalewicz et al., 2014).

Ahora bien, el cuidado no es exclusivo del área de la salud, este término puede implicar también a aquellas personas *cuidadoras* del hogar, de los enfermos o de personas con algún grado de dependencia, sin embargo, se ha vuelto especialmente interesante estudiarlo desde el área de la salud, pues justamente es aquí donde esta condición humana puede expresarse con mayor apogeo. Este término ha sido estudiado en América Latina por parte de la medicina social y la salud colectiva analizando sus distintas definiciones e implicaciones. Se ha buscado diferenciar con fines prácticos para el área de la salud, los términos *atención* y *cuidado*, pues el primero hace referencia hacia la parte técnica, el cual contempla

tareas específicas como la asistencia a los enfermos, sin embargo, en el caso del cuidado, está mayormente relacionado con los vínculos y aspectos afectivos de la atención del usuario y que durante muchos años estos lazos afectivos han sido desvalorizados por las instituciones de salud. Así mismo ha surgido la necesidad de delimitar y conceptualizar el *autocuidado* y la *autoatención*. Para el caso del *autocuidado* su uso ha sido mayormente empleado para hacer referencia a las prácticas que realizan las personas fuera del sistema de salud oficial (no formales) y que pueden tener una finalidad preventiva o curativa, estas prácticas incluyen pueden incluir las dietas y ejercicio físico, por mencionar algunos ejemplos. Ahora bien, referente al término *autoatención*, éste parte de un análisis crítico sobre el individuo, sus condiciones materiales y modos de vida, lo que permitirá marcar las pautas para que a nivel individual y grupal las personas puedan explicar, prevenir, diagnosticar y atender las problemáticas de salud, entonces a diferencia del *autocuidado*, la *autoatención* no es un complemento de la biomedicina y de los sistemas oficiales de salud de los países, más bien, es un puente que permite vincular las diferentes formas y modelos de atención como son la biomedicina, las medicinas tradicionales, alternativas y/o complementarias (Michalewicz et al., 2014).

2.3.3.2.1 Percepción en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-cuidado

Podemos interpretar la percepción como un proceso cognitivo que implica el reconocimiento, interpretación, significación y simbolización que les permitirá a los individuos realizar un juicio en torno a las sensaciones físicas y sociales que se generan a partir de un objeto o como parte de un proceso (Vargas, 1994).

Por otro lado, la teoría Gestalt contempla a la percepción como la forma en la que los individuos buscan la manera de organizar la información del ambiente en una representación mental simple, lo que implica buscar de manera inmediata las cualidades de los objetos observados, esta construcción mental permitirá a los

sujetos responder a los estímulos del ambiente y de este modo, aceptarlos o rechazarlos (Oviedo, 2004).

Dentro del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, la percepción ha sido uno de los aspectos más olvidados por el sistema de salud, ya que solo puede comprenderse bajo el contexto de las creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada sujeto y que, por lo tanto, en su actuar, los profesionales de la salud suelen pasar por alto. Este proceso se encuentra vinculado directamente a la relación que tengan los sujetos con su propio cuerpo, así como de la forma, el lugar y la situación de donde se mire, la responsabilidad o el rol familiar del sujeto, sus prioridades, y sus actividades, a partir de las diferentes formas de entender este proceso, desencadena diversas acciones, dentro de las cuales el hacer uso del sistema de salud, representa tan solo una de las muchas posibilidades. Debemos partir de que, muy seguramente, antes de que una persona acuda en busca del servicio de atención a la salud, ya habrá realizado algún tipo de acción relacionada con el autocuidado, esta reacción por parte de los usuarios de los servicios de salud, está relacionada con su propia cosmovisión y lo que entiende por estar sano o enfermo y que, este camino hacia la búsqueda de la atención a la salud en el sistema oficial suele no ser tomado en cuenta y la percepción que tienen los usuarios respecto a su condición de salud suele ser tomado en cuenta como *algo a considerar*, sin embargo esto tiene un gran impacto sobre la salud de las personas, pues una vez que los usuarios se encuentran de vuelta en su medio, se enfrentará ante la decisión de llevar a cabo el tratamiento y recomendaciones del médico o no, basándose en sus posibilidades de cumplimiento, así como sus propias interpretaciones sobre *lo que debe de hacer* (Sacchi et al., 2007).

2.3.3.3 Modelos de atención a la salud

Como se ha visto en los conceptos anteriores, existen diferentes paradigmas sobre la manera de comprender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, si bien, la llamada medicina académica/institucional, occidental, biomédica o alópata ha sido reconocida como el modelo oficial de atención en una buena parte del mundo,

esto no significa que sea único e infalible, muy por el contrario, la mayoría de las culturas han desarrollado su propia medicina basada en la ritualidad y lo simbólico, entendiendo como rito a las ceremonias o actos que se desarrollan acorde a reglas estrictas e invariables, cargadas de una connotación simbólica basado en una cultura.

Estas ceremonias o ritos cumplen con 3 objetivos principales:

- a) Conservación de ideas y focos de atención
- b) Compartir y preservar los mismos valores
- c) Compartir sentimientos y emociones (Bericat et al., 2016).

Al mismo tiempo, se emplean recursos vegetales, animales y minerales disponibles acorde a su ubicación geográfica, ejemplo de ello es el caso de la herbolaria, que implica la utilización de especies vegetales a los cuales se les atribuyen propiedades medicinales, estos rituales terapéuticos, conforman verdaderos modelos simbólicos de concepción y atención del cuerpo y del ser humano (Fernández, 2019).

Estos distintos paradigmas, son las formas y modelos a través de los cuales se explican los diferentes procesos sobre la salud y la enfermedad, definen lo que es considerado normal a través de un contexto histórico, económico, político y cultural de tal modo que le dan coherencia a este proceso (Vela, 2011). Dentro de estos paradigmas, existe una gran diversidad de formas de tratar los problemas de salud en el mundo, sin embargo, se ha propuesto una clasificación que permite entender y analizar más fácilmente estos paradigmas de atención a la salud:

- Medicina complementaria: Este término suele ser usado en conjunto con el de *medicina alternativa* para hacer referencia a las prácticas de atención a la salud que no pertenecen al sistema de salud oficial de un país, pero tampoco son parte de la tradición propia, dicho en otras palabras, son aquellas medicinas que han sido introducidas a un país distinto del cual se originaron (Organización Mundial de la Salud, 2020).

- Medicina convencional o alópata: Sistema a través del cual la atención es otorgada por médicos y otros profesionales de la salud como enfermeros, terapeutas, etc. Tratan los síntomas y las enfermedades a través de la farmacoterapia o procedimientos más complejos como la cirugía y la radiación (Instituto Nacional del Cáncer, 2021).
- Medicina tradicional: De acuerdo a la Organización Mundial de la salud (2020) es considerado el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias de las diferentes culturas, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales.

Sin embargo, en muchas ocasiones, la eficacia de las terapéuticas que no pertenecen al sistema biomédico ha sido puesta en duda, pues no opera dentro de la lógica del enfoque biologicista, por lo que tristemente han sido relegadas, e incluso prohibidas al ser consideradas como intrascendentes, carentes de sustento al quedar fuera del margen de lo científico y/o nocivas. Con el paso del tiempo, se han sumado esfuerzos para denotar su importancia como recurso fundamental en la atención de millones de seres humanos, no solo como un hecho histórico pues, es una práctica que sigue viva en nuestros días, además de formar parte de la cosmovisión de muchas culturas, contempla conocimientos de un valor incalculable por sus aportes a la salud, fortalecimiento y preservación de la identidad, que han sido resguardados por miles de años y en cierta medida, han logrado adaptarse a los diferentes cambios de las sociedades, por ejemplo, durante la época de mestizaje en México. Durante esta época, los colonizadores veían a la medicina tradicional como un obstáculo para la evangelización, pues estas prácticas curativas estaban sumamente cargadas de simbolismos y rituales, fue de este modo como se puso en práctica un plan que consistía en el reconocimiento de la utilidad empírica de los recursos naturales con fines curativos, intentando marginar los rituales, por lo que es fácil comprender como es que hoy en día muchos poseen una perspectiva reduccionista de las medicinas tradicionales, al ser únicamente asociadas con el

empleo de plantas medicinales, pero como ya lo hemos descrito, estas prácticas curativas van más allá del empleo somero de las especies vegetales, en estos modelos y prácticas de atención hay tanta diversidad que incluso podemos encontrar verdaderos *especialistas* dentro de los practicantes de las medicinas tradicionales a los que en la presente investigación llamaremos *médicos tradicionales*. Acorde a su área de especialización estos médicos tradicionales pueden clasificarse en curanderos, yerberos, sobadores, rezadores, hechiceros, parteras etc., quienes no solo utilizan especies vegetales con fines curativos, también utilizan recursos animales como huevo, venenos, pieles, miel, llevan a cabo ceremonias o rituales con un alto contenido simbólico curativo que adquieren mayor relevancia al comprender que estos símbolos se encuentran presentes dentro de la cultura donde la persona enfermó (CONAMED, 2017).

Estas adaptaciones de la medicina tradicional forman parte del proceso de una medicina milenaria que con el paso del tiempo ha interactuado con otros modelos terapéuticos y se ha tenido que adecuar a las diferentes estrategias de salud acorde al momento histórico-social de cada uno de los países, hecho que podemos ver mayormente reflejado al interior de los pueblos originarios donde la medicina tradicional constituye el principal modelo de atención a la salud, partiendo desde la medicina doméstica, en otras ocasiones representa un complemento a la medicina académica, por lo tanto, ahora podemos identificar a un sistema de atención a la salud mixto, que contempla al menos dos modelos distintos (CONAMED, 2017).

Por lo tanto, entendemos que existe una diferencia considerable no solo en los conceptos y prácticas de cada uno de estos modelos, también hay una diferencia significativa en los símbolos, ideas, formas de relacionarse con el entorno, de transmitir los conocimientos, así como en las formas de comprender la vida, la muerte y la enfermedad, su abordaje y los objetivos que persigue cada de las terapéuticas. Es prácticamente imposible construir un solo concepto que contemple la gran diversidad de concepciones referentes a la vida, la muerte y la enfermedad, sin embargo, se ha elaborado una tabla comparativa (ver tabla 1) la cual nos da un

acercamiento para la comprensión sobre estos conceptos entre la cosmovisión occidental y la cosmovisión de los pueblos originarios (Gálvez, 2020).

Tabla 1. Comparación de conceptos involucrados en el proceso salud-enfermedad entre la cosmovisión occidental y la de los pueblos originarios.

	Vida	Muerte	Salud	Enfermedad
Cosmovisión occidental	Estado de actividad del organismo y la energía del ser vivo. Las prácticas occidentales se hacen en lugares determinados ya que para llevar a cabo acciones médicas se hace necesario la estancia del usuario en una institución de salud donde se realicen exámenes y procedimientos que solo son posibles de hacer en una clínica.	Cese de la actividad del organismo.	Bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad	Desviación del estado fisiológico manifestado por medio de síntomas y signos.
Cosmovisión de los pueblos originarios	Es un todo en conexión con el ser humano, la naturaleza y la	El tránsito a otros mundos espirituales.	Estado de armonía entre el ser humano, la	Estado de desarmonía entre el ser humano, la

	<p>espiritualidad, en un territorio. El saber ancestral establece que la vida es un todo en armonía con la naturaleza y los seres vivos. Incluye una espiritualidad definida como la relación integral con el territorio y los espíritus de la naturaleza (espíritu del aire, agua, fuego, arboles, etc.). Hay una conexión de la vida con la noción del buen vivir como referencia. las prácticas tradicionales relacionadas con el saber ancestral se necesitan estar en el territorio, porque en él están las plantas medicinales necesarias para las</p>		<p>naturaleza y la espiritualidad.</p>	<p>naturaleza y la espiritualidad</p>
--	--	--	--	---------------------------------------

	<p>bebidas que prepara el sabedor. Además, allí también están los espacios comunitarios en donde se realizan los rituales de armonización y los lugares sagrados como lagos, ciénagas, montañas, ríos, cerros y árboles, que para los pueblos originarios son sitios de valor simbólico, ancestral y espiritual que fortalecen la armonía entre el ser humano, la naturaleza y la espiritualidad.</p>			
--	---	--	--	--

Fuente: Adaptado de Gálvez (2020).

De la misma forma, encontramos características únicas en el rol que desempeñan los actores sociales encargados de la atención en la salud, por ejemplo, en la medicina alópata el médico es el protagonista de este proceso, siendo los usuarios de los servicios de salud un actor secundario. Mientras que, en los pueblos

originarios, el médico tradicional es el portador del saber ancestral, quién en conjunto con los usuarios y familiares determinarían un curso de acción específico. Si bien, en cada cultura ambos actores sociales gozan de prestigio, autonomía para la valoración y toma de decisiones, la diferencia radica en los códigos morales y culturales, a los que se encuentran adscritos (Gálvez, 2020).

Entonces, las medicinas tradicionales no son modelos basados en creencias, leyendas y supersticiones, son verdaderas estrategias terapéuticas que se encuentran basadas en una lógica distinta a la de la sociedad occidental y que solo pueden ser entendidas por aquellos individuos inmersos dentro de una cultura que contextualiza y da sentido a estas prácticas, por lo que debemos evitar a toda costa caer en el prejuicio de descalificar otros modelos de atención por no empatar con el modelo biomédico o simplemente por nuestra incapacidad de comprenderlos (Fernández, 2019).

2.3.3.4 Interculturalidad en salud

En todas las culturas se tenía en buena medida una identidad constituida por una cosmovisión propia y un sentido de pertenencia a un territorio, para estas culturas no existe una diferencia significativa entre los seres vivos, humanos o no, ya que la vida se concibe como una unidad que mantiene a todos los seres en conexión con el plano espiritual y por lo tanto, debe existir una relación armónica entre los humanos y la naturaleza ya que esta es la fuente dadora de vida, no obstante, esta cosmovisión ha intentado sobrevivir y adaptarse a los cambios, producto de la expansión del pensamiento occidental, el cual, se fundamenta en la Grecia antigua, que fue permeando en los diferentes países del continente europeo y posteriormente, se extendería a todo el mundo. Esta expansión vino acompañada de un cambio cultural fuertemente arraigado al cristianismo, en contra de las otras culturas, lo que sentó las bases de la sociedad como la conocemos hoy en día, la cual se rige sobre una lógica de prácticas hegemónicas sobre la economía, la religión, la sociedad, e incluso la cultura misma (Gálvez, 2020).

Este cambio de pensamiento, generó una brecha en dimensiones importantes para el desarrollo de las sociedades como la economía, la educación y la salud, producto de la resistencia de algunos pueblos originarios a ser convertidos en una sociedad occidental, a través de la imposición de una ideología distinta a la de su propia cultura. Entonces, se abordará el desarrollo histórico de este tema al ser de especial interés para la presente investigación.

En México durante el periodo de la invasión y conquista por los españoles da como resultado un sometimiento político, económico y social de los pueblos originarios, a partir del cual surge el indigenismo integracionista, el cual buscaba disminuir las diferencias étnico-raciales, económicas, educacionales y de salud basado en las ideologías del racismo científico y el eurocentrismo. Para ello, se genera y promueve fuertemente la ideología de *la raza cósmica* que tenía como pilar al mestizo, la llamada raza cósmica recibe este nombre como estrategia para convencer a los integrantes de los pueblos originarios que el mestizo poseía ventajas sobre cualquiera al ser una raza originada del cruce entre los europeos, africanos, asiáticos y norteamericanos con los locales, este proceso de mestizaje no solo incluía el entrecruce de razas, también buscaba la castellanización la educación y el reparto de las tierras para el trabajo. Por lo anterior, se colocó al mestizo en una posición privilegiada al ser considerado un sinónimo de progreso y al *indio* como ejemplo de atraso y decadencia racial. Siendo así que el mestizo fue durante mucho tiempo un símbolo de nacionalidad, con tal objetivo en mente, se funda el Instituto Nacional Indigenista (INI) con Manuel Gamio a cargo, sus primeras acciones fueron enfocadas hacia la creación de centros de medicina social cuya finalidad era la medicina preventiva y curativa, también se crearon escuelas de médicos rurales y se impulsó la investigación de la medicina de estos pueblos, con la intención de asimilar e incorporar a sus integrantes. Gonzalo Aguirre Beltrán continuaría con este trabajo, acogiendo el modelo indigenista y generando una forma de intervención de tipo aculturativo, pues creía fielmente en que el mestizo permitiría unificar y facilitar la asimilación de personas al nuevo sistema, de este modo el INI adoptó las propuestas de Aguirre Beltrán como estrategia para que la biomedicina tuviera una mayor penetración en los pueblos originarios. Para el sexenio de Carlos Salinas de

Gortari, Arturo Warman y Carlos Zolla iniciarían una nueva etapa, donde se buscaba hacer partícipes a los médicos tradicionales, lo que permitió la generación de 2 congresos nacionales, el desarrollo de la Biblioteca de Medicina Tradicional Mexicana con participación indígena y la modificación del hospital perteneciente al INI en Cuetzalan, Puebla, el cual sería reconvertido en un centro de atención a la salud híbrido donde conviven la biomedicina y las terapéuticas tradicionales. En el sexenio de Vicente Fox, el INI se convertiría en la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y a la par se crea la coordinación de los pueblos indígenas y que con el tiempo se transformaría tiempo en la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTDI), las acciones principales de la DMTDI serían sobre la atención con enfoque mixto y posteriormente evolucionarían hacia una visión intercultural. Cabe señalar que durante este periodo hubo una fuerte marginación de la medicina tradicional, consecuencia de la falta de apoyo su desarrollo y que en contraposición se logra la modificación de la Ley General de Salud para la incorporación de la medicina tradicional, la cual enuncia que *se debe promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas*. La DMTDI no ha logrado del todo tener un verdadero impacto en la práctica, pero ha tenido algunos aciertos poniendo como ejemplo a los que para este trabajo consideraremos como los más destacables la promoción del parto vertical, la creación de un libro sobre salud intercultural, así como el establecimiento de algunas estancias dirigidas a la atención de la medicina tradicional, complementaria e intercultural (Campos et al., 2017).

La situación anteriormente planteada respecto a los pueblos originarios de México, es tan solo un ejemplo de la gran la gran necesidad que hay en nuestro país por la implementación de nuevas estrategias que sean conscientes de la diversidad cultural, no solo por nuestros pueblos originarios, también de todas aquellas culturas resultantes de diferentes procesos como la migración, la globalización y el uso de las redes sociales y el mestizaje. Dicha diversidad nos exige comprender que existen diferentes formas de concebir el proceso salud-enfermedad atención y de igual forma, a partir de estas, han surgido distintos modelos para dar atención a los padecimientos propios de cada una de estas concepciones, de este modo surge

como propuesta la interculturalidad en salud, la cual implica un proceso multidimensional que involucra el respeto, trato digno, escucha activa y el reconocimiento de lo diferente. En esta propuesta, se busca eliminar las relaciones verticales, tomando como punto de partida que los distintos conocimientos tienen el mismo valor y que al interactuar, se debe generar un modelo de diálogo horizontal en el que ambas partes sean beneficiadas. En este sentido es importante el fomento a la confianza y el empoderamiento, de aquel grupo considerado en un nivel *inferior* para poder lograr una relación de igualdad (Almaguer et al., 2014).

2.3.4 Concepto de atención primaria

La atención primaria a la salud es una estrategia propuesta en 1978 durante la conferencia de Alma Ata donde fue definida como *“la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”* (Julio et al., 2011).

Tiene por objetivo garantizar el mejor nivel de salud y bienestar posible centrado en las necesidades de los usuarios, tan pronto como sea posible, durante el proceso de atención el cual contempla la promoción a la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, la cual debe ser de cobertura universal. Esta se encuentra compuesta por 3 elementos imprescindibles interrelacionados y sinérgicos; 1) servicios de salud coordinados y completos, 2) acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud y 3) establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la autoasistencia y la autosuficiencia en la salud (Organización Mundial de la Salud, 2021).

III.- DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio de enfoque cualitativo correlacional de corte transversal mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada, la cual fue aplicada a usuarios del servicio de atención primaria a la salud del Hospital Municipal de Tepetlixpa Hermenegildo Galeana Bicentenario que se encuentra ubicado en el ya mencionado municipio perteneciente al Estado de México.

3.1 Universo de trabajo, muestra y muestreo

Usuarios de los servicios de atención primaria a la salud del Hospital Municipal de Tepetlixpa que cumplieron con las características de inclusión para el estudio.

Las entrevistas fueron realizadas con una muestra no probabilística, a conveniencia, a partir de la semana final de mayo hasta agosto del 2021. El tamaño de la muestra fue determinada a través de la saturación del discurso, resultando en 6 usuarias de los servicios atención primaria a la salud, quienes participaron de manera voluntaria otorgando de manera verbal su consentimiento informado.

3.2 Límites de tiempo y espacio

Se elaboró un plan de trabajo de 2 años que comprenden el periodo de febrero del 2020 a febrero del 2022.

La realización de las entrevistas semiestructuradas se llevó a cabo en el periodo mayo-agosto del 2021 en línea y presencial.

3.3 Criterios de selección

3.3.1 Criterios de inclusión

- Usuarios del Hospital Municipal de Tepetlixpa Hermenegildo Galeana Bicentenario
- Usuarios mayores de 18 años
- Usuarios que estén familiarizados con los síndromes culturales
- Usuarios que otorguen de manera explícita su aceptación mediante el consentimiento informado para participar en la entrevista durante el periodo mayo-agosto del 2021

3.3.2 Criterios de exclusión

- Usuarios que por su situación física o mental no puedan responder la entrevista
- Usuarios que no deseen participar en la entrevista
- Usuarios que no otorguen de manera explícita su aceptación mediante el consentimiento informado
- Usuarios que por sus condiciones de salud requieran de una atención más compleja de la que el servicio de atención primaria a la salud pudiera resolver

3.3.3 Criterios de eliminación

- Usuarios que por alguna razón deseen interrumpir la entrevista
- Usuarios que no se encuentren familiarizados con los síndromes culturales

3.4 Procedimientos para la realización de la investigación

- Primera etapa: revisión documental

Se realizó una búsqueda sistematizada de aquellos trabajos relacionados con los temas de satisfacción y calidad en atención a la salud, síndromes culturales y

modelos de atención a la salud de los cuales se obtuvieron las categorías de análisis: Calidad en salud, satisfacción, y síndromes culturales.

- Segunda etapa: diseño del instrumento de recolección de datos

Se realizó una guía de entrevista semiestructurada la cual fue sometida a 2 revisiones por expertos, posterior a ello se realizó un pilotaje que permitió hacer los ajustes finales, obteniendo de este modo el instrumento de investigación final.

- Tercera etapa: recolección de los datos

Se realizó la solicitud correspondiente al director del Hospital Municipal de Tepetlixpa Hermenegildo Galeana Bicentenario para la aplicación de entrevistas semiestructuradas a los usuarios de atención primaria a la salud. Una vez aprobado el proyecto, se acudió a las instalaciones del nosocomio para invitar a los usuarios que cumplieran con los criterios de inclusión a participar en la entrevista. En cada entrevista, se les dio a conocer el objetivo de la entrevista, las directrices para el uso de los datos obtenidos, así como el consentimiento informado para realizar la entrevista, grabar, procesar y presentar los datos obtenidos.

- Cuarta etapa: análisis de los datos obtenidos

Se realizaron 6 entrevistas semiestructuradas a usuarias que cumplieron con los criterios de inclusión, 3 fueron en línea y 3 fueron de manera presencial a conveniencia de las entrevistadas, los discursos fueron videograbados con el previo consentimiento informado, y posteriormente fueron transcritos para su codificación y análisis con ayuda del software Nvivo V.12 en su versión de prueba.

3.5 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección se eligió la entrevista semiestructurada a profundidad, al ser un elemento valioso para esta tarea, por su flexibilidad y dinamismo, que permite describir lo que sucede en un determinado proceso y el modo en el que las otras personas lo perciben (Taylor & Bogdan, 1987). Específicamente, en la presente investigación, nos permitió identificar los aspectos cualitativos que determinan la

percepción de la calidad de los servicios de salud, la satisfacción y su relación con los síndromes culturales, en concordancia al objetivo general de la investigación. Se construyó una guía de entrevista, para lo cual fue necesario el revisar previamente los instrumentos de evaluación de calidad ya existentes, tomando en cuenta los referentes a nivel nacional e internacional como SERVQHOS, ENSANUT, así como las encuestas de aval ciudadano dentro de los programas de la DGCEs.

Dicha guía contiene un total de 30 preguntas, divididas en 4 secciones, 1 sección de datos generales y 3 secciones en relación a las categorías de análisis construidas: calidad en salud, satisfacción, y síndromes culturales. Es importante mencionar que antes de cada entrevista, a cada usuaria entrevistada se le hizo mención del objetivo de dicha entrevista, los usos y alcances de la información obtenida, así como el respeto y privacidad de sus datos personales, por lo que se solicitó que en caso de estar de acuerdo y de manera voluntaria otorgaran su consentimiento informado (Anexo 1).

IV.- RESULTADOS

4.1 Productos de investigación

Como parte de los productos de investigación científica y difusión de la ciencia se desarrollaron 5 trabajos para presentación de ponencias en línea debido a los acontecimientos relacionados con la pandemia por COVID-19 y 1 capítulo de libro.

- Constancia de participación en II Symposium Internacional en Salud Intercultural y I Congreso Internacional en Sociología de la Salud con la ponencia “Barreras y claves culturales para mejorar la calidad percibida en los servicios de atención a la salud”, que se llevó a cabo en mayo del 2020 (Anexo 2).
- Constancia de participación en la XI Jornada Académica de Antropología Médica, en la mesa reflexiones en torno a la interculturalidad en salud, con la ponencia “Barreras y claves culturales para mejorar la calidad percibida en los servicios de atención a la salud”, que se llevó a cabo el 19 de noviembre del 2020 (Anexo 3).
- Constancia de participación en el I Congreso Internacional en Salud Colectiva: “Pandemia COVID-19” con la ponencia “Cultura y calidad subjetiva en los servicios de atención a la salud”, que se llevó a cabo los días 27 y 28 de noviembre del 2020 (Anexo 4).
- Constancia de participación en el III Symposium & I Congreso Internacional en Salud Intercultural, con la ponencia “Relación de los síndromes culturales en la percepción de calidad en la atención primaria a la salud en Tepetlixpa 2021”, que se llevó a cabo los días 25 y 26 de junio del 2021 (Anexo 5).
- Constancia de participación en el Ciclo de conferencias con motivo de la celebración del 35 Aniversario del Centro Universitario UAEM Amecameca, con la ponencia “Las medicinas tradicionales y los síndromes culturalmente delimitados. Una aproximación conceptual”, el día 14 de octubre del 2021 (Anexo 6).

- Capítulo en libro Actualidad y Prospectiva de la Investigación Científica en el CU UAEM Amecameca con el tema “Las medicinas tradicionales y los síndromes culturalmente delimitados. Una aproximación conceptual” (Anexo 7).

4.2 Datos generales

Tabla 2. Grupo etario

<i>Edad</i>	30-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65
Usuaris	1	3	x	x	1	x	1

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Lugar de origen

<i>Lugar de origen</i>	Tepetlixpa	Ciudad de México
Usuaris	5	1

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.- Clasificación por ocupación

<i>Ocupación</i>	Responsable de hogar	Comerciante	Servicios de limpieza
Usuaris	4	1	1

Fuente: Elaboración propia.

Se realizaron un total de 6 entrevistas a usuarios del servicio de atención primaria a la salud del Hospital Municipal de Tepetlixpa, en su totalidad fueron mujeres entre los 31 y los 63 años. De las usuarias entrevistadas el 50% se encuentra entre los 36 y los 40 años (Tabla 2). Además, el 100% refiere radicar actualmente en Tepetlixpa, 5 de las entrevistadas (83%) son originarias de este lugar y 1 (17%) proviene de otra zona (Tabla 3). Así mismo encontramos que 4 de las entrevistadas (66%) tienen como principal ocupación ser responsables del hogar, 1 de ellas (17%) se dedica al comercio y 1 a los servicios de limpieza (17%) (Tabla 4).

4.3 Sobre las cualidades que conforman una atención de buena calidad para los usuarios de los servicios de atención primaria a la salud de Tepetlixpa

Tabla 5.- Discursos de las usuarias de atención primaria a la salud respecto a la categoría de análisis de calidad en atención primaria a la salud

Calidad en atención primaria a la salud
¿Para usted que es calidad?
E3, E4 “...Tener una atención en cuanto a... a... a que resuelvan mis dudas, a que me den una atención adecuada, rápida, oportuna...” E1, E2, E5, E6 “...No dijera yo ah nos están esperando en la puerta ¿Verdad? Pero que si sean un poquito como le digo, más humanos...”
¿Cómo considera usted la calidad de atención que le proporcionan en esta unidad?
E1, E3, E4, E6 “...Ps casi regular...” E2, E5 “...Este, pues yo creo que sería, buena...”
¿Podría describir qué elementos componen una atención a la salud de buena calidad?
E1, E2, E3, E4, E5, E6 “El respeto hacia el paciente, este, que te informen, este... que es hmm... o sea el diagnóstico y que, si te den este, la explicación exacta de como, como debes de llevar tu tratamiento, que te indiquen bien...”
¿Qué mejoraría en esta unidad para que la atención sea de buena calidad?
E1, E2, E6 “...Las instalaciones [asiente con la cabeza], las instalaciones no tienen un muy buen aspecto, les hace falta a la mejor, este, pues hasta cierto punto [asiente con la cabeza], higiene, eh, y, bueno, también en el personal, alguna capacitación más...” E3, E4 “...La atención médica [Eleva las cejas] más que nada es con el médico...” E5 “...Híjole, es que en la mayoría te hacen esperar mucho...”

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la categoría en calidad en atención primaria a la salud para las usuarias E3, E4 definen la calidad desde el aspecto más objetivo como la información

proporcionada respecto a su situación de salud, los tiempos de espera y la capacidad de la unidad para resolver los problemas de salud, mientras que para las usuarias E1, E2, E5, E6 la calidad es definida desde su aspecto más subjetivo como es el trato humanitario, el respeto y la cortesía. Para las usuarias E1, E3, E4, E6 la calidad del hospital municipal de Tepetlixpa es regular y para las usuarias E2, E5 es una calidad buena. Respecto a los elementos que componen una atención de buena calidad en los servicios de salud, para el total de las usuarias entrevistadas fue igualmente importante tanto los componentes objetivos como los subjetivos, dentro de los cuales destacaron los tiempos de espera, la capacidad del personal para resolver los problemas de salud, el buen funcionamiento de todas las áreas, la limpieza del inmueble, la información otorgada respecto a la forma de administrar el tratamiento, así como la cortesía, empatía y el trato igualitario por parte del personal. Para las usuarias E1, E2, E6 las oportunidades de mejora de esta unidad son principalmente el tamaño y apariencia de las instalaciones ya que se han visto superados respecto a la cantidad de usuarios que solicitan el servicio, así como áreas del hospital que no están funcionando de manera adecuada, las usuarias E3, E4 mejorarían al personal médico y la usuaria E5 los tiempos de espera.

4.4.- Sobre el nivel de satisfacción respecto a los servicios de atención primaria a la salud del hospital de Tepetlixpa percibida por los usuarios

Tabla 6.- Discursos de las usuarias de atención primaria a la salud respecto a la categoría de análisis de satisfacción

Satisfacción
¿Cómo se siente al ser atendida(o) en el Hospital Municipal de Tepetlixpa Hermenegildo Galeana Bicentenario?
<i>E1, E2, E3, E4, E5, E6 "...Mmm... pues, [niega con la cabeza] no es de mi total agrado,"</i>
¿Por qué?
<i>E1, E2, E5 "...Porque bueno... yo no he tenido una situación que podamos mencionar, eh [gesticula con las manos] en cuanto al servicio, pero obviamente</i>

si hay algunas cuestiones que, que si llaman la atención [afirma con la cabeza], por, como por ejemplo, es el suministro de medicamentos...”

E3, E4, E5, E6 “...Este bueno, yo en lo personal, de hecho, yo tuve un... unas experiencias... bueno este...teníamos que ir muy graves [Gesticula con la mano] para atendernos, y... cuando me este... [Mira hacia abajo] bueno di a luz, eh... no había doctores el día que me tocó aliviarme, este... de hecho pues... no me querían este... operar que porque no había este... [Gesticula con la mano] anesthesiólogo, y no sé qué, bueno el chiste es que, que si me atendieron, pero pues la verdad yo sentí que fue de, de mala gana. O sea que no, no lo hicieron con, pues con ese trabajo que debe de tener ¿No?...”

¿Considera que han resuelto los problemas de salud por los cuales acudió a esta unidad?

E1, E3, E4, E5 “...Mmm... pos que le podría decir, sería... hay veces que al 50%...”

E2, E6 “...Sí los han resuelto...”

¿Por qué?

E1, E3, E5, E6 “...Porque hay veces que, si atienden, cuando eh vamos a suponer que es una herida, una herida pues grave ¿No? [Asiente con la cabeza] si atienden...”

E2 “...Le dan seguimiento...”

¿Durante la consulta, se siente libre de opinar, proponer y decidir con respecto a su estado de salud actual?

E1, E2, E3, E4 “...Mmm no lo dejan a uno...”

E5, E6 “...Este... sí...”

¿Por qué?

E1, E2, E3, E4 “...Porque, nos guiamos en base a, a al diagnóstico del médico, no, en los procedimientos que le llega a determinar...”

E5, E6 “Porque el me daba... me hacía preguntas sobre este... por ejemplo él me decía [Gesticula con el dedo] ahora que nazca tu bebe ¿Qué vas a hacer? ¿No? Entonces yo le decía [Ininteligible] entonces desde un principio yo le dije no yo quiero que me opere...”

¿Considera que el personal a cargo de su atención resolvió sus dudas, inquietudes y preguntas con respecto a su estado de salud?
E1, E5, E6 "...Sí..." E2, E3, E4 "...A veces si dejan muchas dudas...."
¿Por qué?
E1, E5, E6 "...Porque las enfermeras me... este... por ejemplo cuando el, si estaba en cirugía o algo así [Gesticula con el dedo], este ellas me explicaban mientras "acuéstate o espéralo" porque luego si este... de repente llegaba, era mi hora de consulta y pues estaba atendiendo un parto, este... o estaba atendiendo... si una cirugía [Ininteligible] si me toco, entonces las enfermeras si me lo hacían saber..." E2, E3, E4 "...En cuanto a explicación [Mira hacia arriba] o en cuanto a veces hasta en cuanto en como te debes, la manera correcta en como te debes tomar el medicamento a veces no, nada más te dan la receta y pues te lo explican, así como que si me entendió bien [Gesticula con las manos] si no pues también..."
¿Confía usted en el personal de esta unidad?
E1, E3, E4, E6 "...Este pues... al 100% no..." E2, E5 "...Sí, sí confío..."
¿Por qué?
E1, E3, E4, E6 "...Porque pues a veces hay muchos pacientes y no tienen el tiempo [Niega con la cabeza] este... suficiente para atender al paciente..." "E2, E5 "...Pues a raíz de lo que me sucedió [Se toca la barbilla] y su atención..."
¿En algún momento considera que la atención brindada por el personal de esta unidad ha sido diferente con usted respecto a otros usuarios en condiciones de salud similares?
E1, E4, E6 "...Sí..." E2, E3, E5 "...No..."
¿Por qué?
E1, E4, E6 "...Lo dan a notar porque cuando llega una persona... le vuelvo a repetir desde el policia [Ríe] desde que lo ve que baja de un carrazo y va pidiendo

atención [Levanta las cejas] hasta le abren la puerta y pásele y esto y el otro y cuando pues... nos ven, así como que pues [Frunce el ceño] vestidos humildemente, si, que llegas a pie, es así como de que... [Frunce el ceño] “Espérate hasta que te llegue tu turno” y si bien lo alcanzas y si no pues ni modo...”

E2, E3 E5 “...No, ahorita no he tenido pues ese tipo de... de problemas...”

Fuente: Elaboración propia.

En esta categoría se obtuvo como resultado acorde a los discursos de las usuarias que el 100% de las usuarias entrevistadas no se encuentran del todo satisfechas por la atención brindada en este nosocomio. Como principales causas de insatisfacción de las usuarias E1, E2, E5 está la falta de medicamentos y para las usuarias E3, E4, E5, E6 la mala actitud del personal al brindar el servicio. Para las usuarias E1, E3, E4, E5 solo en el 50% de las ocasiones se ha resuelto el principal problema de salud por el cual acudieron a esta unidad, mientras que para las usuarias E2 y E6 los problemas de salud se han resuelto en todas las ocasiones. Las usuarias E1, E3, E5, E6 han considerado que los problemas de salud solo se atienden cuando es un problema grave de salud, mientras que para la usuaria E2 considera que se resuelven estos problemas debido al buen seguimiento por parte del personal. Para las usuarias E1, E2, E3, E4 mencionan que el personal no les permite opinar, proponer y decidir con respecto a su estado de salud actual, mientras que para las usuarias E5 y E6 sí. Como principal causa de esto, las usuarias E1, E2, E3, E4 mencionan estar condicionadas al diagnóstico y tratamiento propuesto por el médico, mientras que las usuarias E5 y E6 referían un diálogo más abierto con los profesionales de la salud, el cual les permitía participar activamente en la toma de decisiones respecto a su salud. Para las usuarias E1, E5, E6 el personal a cargo de su atención resolvió sus dudas, inquietudes y preguntas, para las usuarias E2, E3, E4 no fue así. En el caso de las usuarias E1, E5, E6 donde las dudas e inquietudes fueron atendidas, mencionan que el personal tomó el tiempo necesario para informar respecto al procedimiento, forma de tomar el medicamento e incluso el tiempo de la consulta, para las usuarias E2, E3, E4 refieren haber recibido una explicación superficial en la forma de administrar sus medicamentos

por parte del equipo de salud, e incluso cierta indiferencia al explicarlo. Las usuarias E1, E3, E4, E6 no confían del todo en el personal de esta unidad, por otro lado, el personal de esta unidad transmite confianza para las usuarias E2, E5, esto se encuentra condicionado principalmente por experiencias previas, pues las usuarias E1, E3, E4, E6 refieren no haber recibido una atención adecuada debido a la gran demanda de los servicios que hay en este hospital por parte de los usuarios, y para las usuarias E2, E5, refieren haber tenido experiencias positivas respecto a los servicios de salud en el pasado. Para las usuarias E1, E4, E6 han existido diferencias entre la atención brindada por el personal de esta unidad respecto a otros usuarios en condiciones de salud similares, siendo el estatus económico lo que ha marcado la diferencia en la atención, proporcionándoles a aquellos de un aparente estatus económico más elevado una atención más amable y pronta, mientras que para las usuarias E2, E3, E5 nunca han experimentado tal problema.

4.5 Sobre la importancia de los síndromes culturales durante el proceso de atención primaria a la salud para los usuarios del hospital municipal de Tepetlixpa

Tabla 7.- Discursos de las usuarias sobre la importancia de los síndromes culturales durante el proceso de atención primaria a la salud

Importancia de los síndromes culturales durante el proceso de atención primaria a la salud
¿Conoce o ha escuchado hablar de enfermedades como el empacho, el susto o el mal de ojo?
E1, E2, E3, E4, E5, E6 “...Sí...”
¿Quién o quiénes han padecido estas enfermedades?
E1, E2, E3, E4, E5, E6 “...A mis hijos...”
De este grupo de enfermedades ¿Cuáles han sido las que han padecido usted, sus familiares y/o conocidos?
E1 “...El empacho... La caída de mollera... El mal de ojo” E2, E4, E6 “...El empacho...” E3 “...La caída de mollera...”

E5 “...Empacho y Chipilera...”
¿Quién o quiénes fueron los encargados de atender este problema de salud?
E1, E3, E5 “...Hay personas que se dedican a curar a ese tipo de per... digamos malestares...” E2 “...Médicos familiares...” E4, E6 “...Mi familia...”
¿Consideraría importante que el personal de esta unidad tome en cuenta estas enfermedades durante el proceso de atención?
E1, E2, E3, E4, E5, E6 “...Sí...”
¿Por qué?
E1, E2, E3, E4, E5, E6 “...Pues porque hay veces que todo eso como que no lo toma muy en serio ¿No? [Niega con la cabeza] O sea, como que para ellos no es válido [Se sube el cubrebocas] y pues eh... de hecho hay veces que hasta se llegan a morir de eso de esas este... [Se toca el cubrebocas] que del empacho que del mal de ojo, mjm, y para mi si sería importante que también lo incluyeran...”
Cree que de ser tomados en cuenta: ¿Mejoraría la calidad en la atención proporcionada en esta unidad?
E1, E2, E3, E4, E5, E6 “...Sí...”
¿Por qué?
E1, E2, E3, E4, E6 “...En realidad aquí los médicos, si son capaces de realizar muchas cosas, eh, y, si complementan [gesticula con la mano] con todo esto, yo creo que sería, una mejor unidad...” E5 “...Como que serían más humanistas ¿No? [Asiente con la cabeza] porque a veces son como que muy fríos...”

Fuente: Elaboración propia.

En la categoría de síndromes culturales encontramos que el 100% de las entrevistadas conoce o ha escuchado hablar de estos problemas de salud, siendo los niños (hijos de las usuarias) los principales afectados. Los síndromes culturales reconocidos por las usuarias E1, E2, E4, E5 y E6 fueron el empacho, la caída de

mollera por las usuarias E1 y E3, el mal de ojo por la usuaria E1 y la chipilera por la usuaria E5. En el caso de las usuarias E1, E3, E5 buscaron ayuda para atender estos problemas de salud en personas de la comunidad especializados en atender estas enfermedades, la usuaria E2 buscó la atención con familiares de profesión médica y para las usuarias E4 y E6 la atención fue proporcionada por miembros de su familia como su madre en el caso de la usuaria E4 y su hermana de la usuaria E6. El 100% de las usuarias consideraron importante que esta unidad tome en cuenta los síndromes culturales durante el proceso de atención, pues mencionan que en la mayoría de los casos cuando han buscado la atención al interior de este hospital para estos padecimientos, no las toman en serio, siendo motivo incluso de burla por parte del personal, cuando las usuarias refieren que estas enfermedades pueden llegar a ser tan graves como para cuásar la muerte. Todas las usuarias consideran que mejoraría la calidad en la atención proporcionada en esta unidad, pues para las usuarias E1, E2, E3, E4, E6 menciona que sería un complemento que hace falta en los servicios de salud y para la usuaria E5 inclusive representaría un cambio positivo en la actitud del personal para volverlos más humanistas.

V.- DISCUSIÓN

5.1 Calidad en salud

A partir de los discursos, pudimos notar que para las usuarias tanto los elementos objetivos como subjetivos son igualmente importantes, y en conjunto integran un ideal de calidad respecto a los servicios de salud.

Dentro de los elementos objetivos de la calidad reconocidos por las usuarias entrevistadas que condicionaron su opinión respecto a los servicios de salud de esta unidad se encontró: la falta de medicamento y otros materiales como camas disponibles, reactivos y equipo para estudios de laboratorio que contribuyen al buen funcionamiento de las áreas, la falta de servicios al interior de la unidad o mal funcionamiento de estos, infraestructura inadecuada para alojar usuarios y familiares, falta de personal calificado, higiene insuficiente del personal así como de la institución, tiempos de espera prolongados, la nula o escasa información entregada por el personal a usuarios y familiares respecto a su situación de salud. En cuanto a los elementos subjetivos dónde las usuarias entrevistadas refirieron haber percibido una mayor incidencia en cuanto a actitudes de indiferencia, antipatía, descortesía, deshumanización, incapacidad para expresarse, prepotencia por parte de los profesionales para entregar información respecto a su estado de salud, siendo las áreas médica, vigilancia y enfermería, las cuáles, tuvieron un impacto negativo sobre las demás, respecto al desempeño de la institución, así como ser un motivo frecuente para generar desconfianza, impotencia y miedo en las usuarias, lo que a su vez se traduce en resistencia para acudir a consulta. Como bien es mencionado por Rodríguez (2016) se debe evaluar la calidad desde la perspectiva del usuario y no únicamente desde la visión administrativa, lo que permite obtener un conjunto de conceptos y actitudes relacionadas con la calidad percibida por los usuarios que beneficia no solo a los usuarios al tomar en cuenta sus necesidades y expectativas, también a las organizaciones de salud y a los prestadores de estos servicios, dicha evaluación no debe suponer únicamente aquellos elementos objetivos o subjetivos relacionados en torno a la calidad, pues debe ser un conjunto, la calidad objetiva, entonces abarca los aspectos tangibles

directamente sobre su percepción, como bien es mencionado por Mora (2011) la satisfacción no siempre es absoluta, las usuarias y usuarios pueden sentirse satisfechos con un área o una parte del servicio en específico, pero al mismo tiempo pueden sentirse insatisfechos en otros aspectos de la atención. Así mismo, Serrano & Loriente (2008) indican que una forma frecuente de evaluar la calidad de los servicios de salud es a través de la satisfacción, ya que al hacerlo de este modo impacta de 3 maneras. 1) Integra a los ciudadanos activamente en el proceso de planificación y redefinición de los servicios de las políticas sanitarias, 2) Permite a los gestores de los servicios de salud obtener información de primera mano que de otro modo no sería posible obtener, ya que son los usuarios quienes viven este proceso y tienen la capacidad de conjugar sus expectativas y necesidades ante la atención recibida 3) Contribuye a cumplir las metas de los servicios de salud, ya que un usuario satisfecho estará mayormente dispuesto a seguir las recomendaciones médicas, mejora el apego a las terapéuticas y en consecuencia mejora su salud.

Ejemplo de lo anterior, es que el 100% de las usuarias han tenido alguna experiencia propia o con algún familiar cercano donde se dieron retrasos en el proceso de atención, siendo las principales causas el lugar de procedencia, la falta de insumos para la atención como medicamento, camillas y equipo para realizar estudios, sobredemanda del servicio, falta del personal para otorgar la atención, así como la falta de recursos económicos ya sea para poder cubrir los costos de transporte o para buscar alguna alternativa de atención, por lo que las usuarias entrevistadas, refirieron su gran inconformidad. Con respecto a esta problemática, Andrade et al. (2014) mencionan que la oportunidad en la atención es un factor clave para la evaluación de las instituciones de salud respecto a la calidad de sus servicios y que, a su vez, esta tendrá un gran impacto sobre la satisfacción de los usuarios. Otro aspecto importante que impactó directamente en la satisfacción de las usuarias fueron las experiencias de injusticia en el trato, que se daba principalmente por la condición económica, atendiendo de manera más cordial o más rápido a aquellas personas que por su apariencia física y forma de vestir, así como el transporte en el que llegaban, denotaban gozar de una mejor posición económica, otra condición que fue percibida como un beneficio para recibir una

mejor atención fue tener algún grado de parentesco con el personal que labora en este hospital en concordancia con lo encontrado durante estas entrevistas, Ruiz (2006) menciona que a pesar de que la equidad en los servicios de salud debe ser una prioridad, se ha logrado distinguir que es difícil tratar de manera equitativa a aquellos sujetos que consideramos diferentes a nosotros ya sea por sus condiciones socioeconómicas o culturales.

Figura 4. Asociación de palabras de la categoría satisfacción



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al análisis de la categoría satisfacción se utilizó Nvivo 12, en su versión gratuita, el cual nos permitió identificar el núcleo atienden, así como una relación con buena, hospital, sentí, atendieron, calidad, mala, herida, bueno y servicio.

5.3 Síndromes culturales

En cuanto a los síndromes culturales o culturalmente delimitados, el 100% de las usuarias refieren haber padecido o conocido al menos 1 caso al interior de su familia, siendo los más frecuentes el empacho, la caída de mollera, el mal de ojo y la chipilera, para tal caso, se emplearon diferentes técnicas como las limpias, el masaje y el uso de la herbolaria en sus diferentes modalidades, el tratamiento estuvo a cargo en la mayoría de los casos, de familiares quienes sabían de remedios y medicina casera o de personas especializadas en tratar estas enfermedades, pues en palabras de los usuarios los médicos no saben tratarlos o

no creen en ellos. Así pues, Salaverry (2010) menciona que los grandes retos para lograr la llamada interculturalidad en salud son comenzar a evidenciar y atender los síndromes culturales, este tema es complejo pues estos síndromes, al menos en una buena parte de América Latina nos acompañan de manera cotidiana y tienen una manifestación de la enfermedad distinta a las de la medicina occidental por lo que, en una buena medida, los profesionales de la salud no están lo suficientemente capacitados para identificarlos y atenderlos, por lo que en el mejor de los casos, el personal de la salud suele recurrir en una evasiva de este tema de manera cortés.

Figura 5. Asociación de palabras de la categoría síndromes culturales



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al análisis de la categoría síndromes culturales se utilizó Nvivo 12, en su versión gratuita, el cual nos permitió identificar el núcleo bueno, así como una relación con mamá, empacho, mal, niños, mollera, curar, práctica, bebes, acompañante, truenan, duele, personas, remedios, sabe, doctor, escuchado, aceitito, sombra, empachado, suegra, quitar, compone y médico.

5.4 Limitaciones y proyecciones a futuro

El presente estudio se encontró limitado principalmente por el número de participantes en la entrevista, ya que durante el periodo de aplicación (mayo-agosto del 2021) coincidió con la fase activa de la pandemia por COVID-19, lo cual dificultó encontrar usuarios que cumplieran con los criterios de inclusión y que además desearan realizar la entrevista de manera voluntaria, de forma virtual o presencial ya que muchos usuarios se negaron a participar ya sea por miedo al contagio, por falta de tiempo, por miedo a represalias al interior del hospital o por mero desinterés. Por lo que se propone para futuras investigaciones, en medida de lo posible reproducir a gran escala estudios similares, que permitan evaluar la dimensión cultural desde el aspecto cualitativo dentro de los servicios de atención a la salud, pues la complejidad de esta dimensión sigue dejando espacios vacíos en el conocimiento de un tema tan complejo como lo es la evaluación de la calidad en los servicios de salud.

VI.- CONCLUSIONES

- En el presente trabajo se describió la relación entre los síndromes culturales, la calidad y la satisfacción percibida por los usuarios durante el proceso de atención primaria a la salud. Lo más importante sobre esta descripción fue el poder denotar la importancia que tiene la dimensión cultural sobre el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y como es que estos representan un factor que influye de manera significativa sobre la calidad percibida y la satisfacción por parte de los usuarios del Hospital Municipal de Tepetlixpa, de modo que al no ser considerados, e incluso ser motivo de discriminación, los usuarios se ven en la necesidad de acudir a otras instancias o con otro tipo de profesionales de la salud, lo que impacta directamente en este servicio. Lo que más ayudó generar la descripción, fue la relación que tenían el total de las usuarias entrevistadas con los servicios de este hospital, así como su disposición para compartir sus conocimientos y experiencias. La mayor complejidad para alcanzar el objetivo de la presente investigación fue debido a la pandemia por COVID-19, ya que el acceso se encontraba restringido únicamente a usuarios del hospital, y al no tener un espacio asignado al interior del nosocomio, muchos usuarios se negaron a hacer la entrevista por cuestiones de seguridad y distanciamiento social.
- Aunque existe un nivel de satisfacción aceptable para este hospital, las usuarias no se encuentran del todo satisfechas con la atención proporcionada por este nosocomio, pues han detectado oportunidades de mejora relacionadas con el trato y los recursos disponibles para la atención, en el área médica, de enfermería y vigilancia, por lo que, el hospital es mayormente utilizado para el área de urgencias, buscando en el sector privado una atención que se adapte mejor a sus necesidades.
- Para las usuarias, tanto los factores objetivos como subjetivos tienen gran relevancia sobre la calidad percibida y el nivel de satisfacción sobre los servicios de atención a la salud, y en particular con respecto a esta unidad la falta de medicamento y otros materiales como camillas, reactivos y equipo

para estudios de laboratorio, la falta de personal calificado, los tiempos de espera prolongados, higiene insuficiente del personal y de la institución, la cantidad y forma de la información otorgada por parte del personal, las actitudes de indiferencia, descortesía, prepotencia, y falta de respeto a sus creencias son las principales oportunidades de mejora referidas por la mayoría de los usuarios entrevistados.

- 5 de las 6 usuarias entrevistadas refirió haber solicitado en algún momento el servicio en este hospital para la atención de algún síndrome cultural, siendo que, en ningún caso recibieron la atención para estos padecimientos, de este modo, las usuarias mencionan que para ellas sería importante que estos padecimientos pudieran ser tomados en cuenta, pues no solo les permite contar con más de una opción terapéutica que se adapte a su concepción respecto al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, y que además cumpla con sus necesidades, expectativas y deseos, además mejoraría la confianza y el entendimiento entre usuarias y el personal, haciéndolas participes de este proceso, fomentando así el diálogo horizontal ya que estos síndromes forman de su vida cotidiana.

APORTES A LA SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

- Evidenciar la importancia de la dimensión cultural durante el proceso de evaluación a los servicios de atención a la salud, ya que como se ha mostrado en el presente estudio, el uso de las medicinas tradicional, complementarias y/o alternativas, son formas de atención que sigue vigentes en nuestras sociedades y que les permite afrontar las problemáticas de salud.
- Brindar algunos elementos teóricos que permitan la reproducción a gran escala de estudios similares en el futuro, pues la dimensión cultural dentro de los servicios de atención a la salud es una oportunidad de mejora latente en nuestro país.
- Fomentar el desarrollo de una atención de carácter intercultural dentro de los servicios de atención a la salud a partir de un mayor entendimiento sobre las diferentes concepciones que hay sobre el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

TRABAJOS CITADOS

- Almaguer, J. A., Vargas, V., & García, H. J. (2014). *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Biblioteca Mexicana del Conocimiento.
- Altieri, A. (2001). ¿Qué es la cultura? *La Lámpara de Diógenes*, 2(4), 15–20. <http://www.lidiogenes.buap.mx/>.
- Andrade, C. E., Gómez, L. A., & Tafur, L. A. (2014). *Oportunidad en la prestación de servicios de salud en urgencias 24 horas de una IPS de nivel I en Santiago de Cali 2012–2013*. Tesis de grado para la Maestría en Administración de la Salud.
- Arenas, L. M., & Maya, A. P. (2001). Apuntes sobre cultura y promoción de la salud. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 4, 6–9.
- Bericat, E., Castón, P., Coller, X., López, J., Entrena, F., Torres, A. J., Bejarano, J. F., Sánchez, M., Martínez, A., Manzanera, R., Romero, A., Herranz, G., Gobernado, R., Vallejo, F. A., Campoy, M. M., de Miguel, J. M., Camarero, M., Burnet, I., Navarro, C. J., . . . Sobczyk, R. (2016). *La sociedad desde la sociología*. Grupo Anaya, Hachette Livre.
- Blumer, H., & Mugny, G. (1992). *La posición metodológica del interaccionismo simbólico*. Centro Editorial de América Latina.
- Campos, R. (2016). *Antropología Médica* (1.ª ed.). Editorial McGraw-Hill.
- Campos, R., Peña, E. Y., & Paulo, A. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad

- en México (1990–2016). *Salud Colectiva*, 13(3), 443. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1115>.
- Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano y el Caribe. (2009). *Ley marco en materia de medicina tradicional*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38477/LeyMarcoMedicinaTradicional.pdf>.
 - CONAMED. (2017). *Medicina Tradicional*. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin13/medicina_tradicional.pdf.
 - Coronado, R., Cruz, E., Macías, S. I., Arellano, A., & Nava, T. I. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 25, 26–33.
 - Díaz, R. (2002). Satisfacción del usuario: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Calidad Asistencial*, 17, 22–29.
 - Fernández, G. (2019). Culturas, etnicidades y aflicciones. Perspectivas amerindias en la salud intercultural. *ASCELPIO. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 71(1), 1–11. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2019.11>.
 - Frenk, J. (2000). Avedis Donabedian. *Salud Pública de México*, 42(6), 556–557. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342000000600015>.
 - Gallagher, M. R., & Rehm, R. S. (2012). El papel de los síndromes culturales y los remedios tradicionales mexicanos en la promoción de salud de los niños. *Enfermería Global*, 11(3). <https://doi.org/10.6018/eglobal.11.3.154891>

- Gálvez, C. Y. (2020). El Reto de la bioética intercultural en casos de salud, enfermedad y muerte en población indígena. *Documento para optar por el título de magíster en bioética*, 1–76. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/47989>.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Hamui, A., Grijalva, M. G., Paulo, A., Dorantes, P., Sandoval, E., García, S. E., Durán, V. D., & Hernández, I. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico usuario: Biomédica, emocional e identidad cultural. *CONAMED*, 20(1), 17–26. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57383>.
- Hernández, M., Rivera, J., Shamah, T., Cuevas, L., Gómez, L. M., Gaona, E. B., Romero, M., Saturno, P., Villalpando, S., Gutiérrez, J. P., Ávila, M. A., Mauricio, E. R., Martínez, J., & García, D. E. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. <https://ensanut.insp.mx>.
- Hernández, P. (2011). La importancia de la satisfacción del usuario. *Documentación de las Ciencias de la Información*, 34(0). https://doi.org/10.5209/rev_dcin.2011.v34.36463.
- Honorable Congreso de la Unión. (2001). *Ley de Protección al Usuario de los Servicios de Salud*. Cámara de Diputados. <http://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmprtvs/1po2/oct/7.htm>.
- Hurtado, H., Arizmendi, J. A., Servín, L. D., Moreno, L. M., & Barragán, S. B. (2014). Programa para asegurar la oportunidad de la atención médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 19.

- Instituto Nacional del Cáncer. (2021). Diccionario del Cáncer del NCI. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer>.
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11–14.
- Matsumoto, R. (2014). Desarrollo del modelo SERVQUAL para la medición de la calidad del servicio en la empresa. *Perspectivas*, 34, 181–209. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/perspectivas>.
- Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa*. Biblioteca del Instituto Profesional Esucomex. <http://biblioteca.esucomex.cl/RCA/EI%20interaccionismo%20simb%C3%B3lico.pdf>.
- Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232003000100014>.
- Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila, S. (2014). Del proceso salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, 21, 217–224.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Atributos de la calidad en la atención en salud*. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/salud>.
- Mira, J. J., Aranaz, J., Rodríguez, J., Buil, J. A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4, 1–15.
- Mira, J. J., Vitaller, J., Aranaz, J., Herrero, J. F., & Bauil, J. A. (1992). La satisfacción del usuario: Concepto y aspectos metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(1), 89–116.
- Mitchell, C. (2021). *Equidad en Salud*. Organización Panamericana de la Salud.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es.
- Mora, C. E. (2011). La calidad del servicio y la satisfacción del consumidor. *Revista Brasileira de Marketing*, 10(2), 146–162.
<https://doi.org/10.5585/remark.v10i2.2212>.
- Natera, S. I., Guerrero, R. F., Ledesma-Delgado, M. E., & Ojeda, M. G. (2017). Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: Un camino para enfermería para comprender los significados. *Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, 49.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.21>.
- Numpaque, A., & Rocha, A. (2016). Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Revista de la Facultad de*

Medicina. Universidad Nacional de Colombia, 64(4), 715–720.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54839>.

- Oficina Internacional del Trabajo. (2014). *Convenio núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf.
- Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Salud de los pueblos indígenas*. <https://www.who.int/hhr/Fact%20Sheet%20Indigenous%20Health%20Nov%202007%20Final%20SP.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2017, 3 agosto). *Atención primaria de salud*. https://www.who.int/topics/primary_health_care/es.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Medicina tradicional*. https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Atención primaria a la salud*. <https://www.who.int/es>.
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Guías e instrumentos para evaluar la calidad de la atención. https://www.paho.org/dor/dmdocuments/guia_instrumentos_calidad_atencion.pdf.

- Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 89–96. <https://doi.org/10.7440/res18.2004.08>.
- Reyes, H., Flores, S., Saucedo, A. L., Vértiz, J., Juárez, C., Wirtz, V., & Pérez, R. (2013). Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 40(1), 100–105. <https://saludpublica.mx/index.php/spm>.
- Rodríguez, M. C. (2016). Factores que influyen en la percepción de calidad de los usuarios externos de una clínica odontológica universitaria. *Revista Científica Alas Peruanas*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.21503/sd.v3i1.1332>
- Roldán, M., Fernández, J., Hueso, C., García, M., Rodríguez, J., & Flores, M. D. (2017). Síndromes culturalmente definidos en los procesos migratorios: el caso de los inmigrantes bolivianos. *Revista Latino-Americana de ENFERMAGEM*, 25, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1982.2915>.
- Ruiz, R. (2006). Estrategias para promover el trato igualitario con los usuarios. *Atención Primaria*, 38(3), 178–181. <https://doi.org/10.1157/13090984>.
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271–283. <https://doi.org/10.18294/sc.2007.147>.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 80–93. <https://doi.org/10.1590/s1726-46342010000100013>.

- Secretaría de Gobernación. (2019). Ley General de Salud. http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Secretaría de Salud. (2016, 4 julio). *¿Qué es el sistema INDICAS?* Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS). <https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.php>.
- Secretaría de Salud. (2021, 11 junio). *Secretaría de salud*. DGCES. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/calidad_salud.html.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5–6), 302–309. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000500005>.
- Serrano, R., & Loriente, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del usuario. *Salud Pública de México*, 50(2), 162–172. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342008000200010>.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós.
- Torres, E., & Lastra, J. (2008). Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. *Revista de Administração Pública*, 42(4), 719–734. <https://doi.org/10.1590/s0034-76122008000400005>.
- Torres, R. M., Torres, R., Gran, M., & Morera, M. (2018). Propuesta de instrumento para evaluar la calidad percibida por usuarios tratados por cirugía de mínimo acceso. *Revista Cubana de Enfermería*, 38, 1–17.

- Urióstegui, A. (2015). Síndromes de filiación cultural atendidos por médicos tradicionales. *Salud Pública*, 17(2), 277–288. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.42243>.
- Vargas, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8) <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>.
- Vela, A. F. (2011). Historia de los paradigmas en salud. *Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín*.
- Zafra, J. H., Veramendi, L., & Villa, N. (2015). Problemas en la calidad de atención en salud: Oportunidad de mejora. *Sociedad Científica San Fernando, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima, Perú, 76(1), 87–88. <https://doi.org/10.15381/anales.v76i1.11084>.

ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista

Nombre del entrevistador: Michell Serafin Badillo.

Lugar donde se realiza la entrevista: Hospital Municipal de Tepetlixpa Hermenegildo Galeana Bicentenario.

Ciudad: Tepetlixpa **Estado:** Estado de México **Fecha:**

Numero de la entrevista: _____

Hola buena tarde, mucho gusto, me presento mi nombre es Michell Serafin Badillo, soy estudiante del posgrado en sociología de la salud por parte de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Actualmente me encuentro realizando una investigación de carácter cualitativo con el nombre **“Relación de los síndromes culturales en la percepción de calidad en la atención primaria en salud en Tepetlixpa 2021”**.

Es por esta razón, que me permití contactarle ya que cuenta con un perfil deseable, de acuerdo a los criterios de inclusión propuestos en el proyecto (Ser usuario de los servicios de salud de la unidad, su edad, su experiencia de vida y expectativas personales con respecto a las diferentes concepciones referentes al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado).

Mi intención es conocer a fondo su percepción como usuario de los servicios de salud respecto a la satisfacción, la calidad y su relación con los síndromes culturales en la atención primaria a la salud del Hospital Municipal de Tepetlixpa Hermenegildo Galeana Bicentenario; y según sea el caso contribuir a la mejora continua de este servicio. Cabe señalar que la información aquí obtenida será exclusivamente para dicho proyecto y en caso de ser necesario se presentará de manera pública bajo los estándares de confidencialidad, omitiendo sus datos de identificación.

¿Está usted de acuerdo?

De antemano quiero agradecerle que haya aceptado la invitación para realizarle esta entrevista, procuraré que sea lo más agradable y espontánea posible y si en cualquier momento usted tiene alguna duda o comentario puede realizarlo con toda confianza.

Datos Sociodemográficos

1.- ¿Cuál es su nombre?

Muy bien _____ ¡mucho gusto!

2.- ¿Qué edad tiene?

3.- ¿De dónde es originaria(o)?

4.- ¿En qué zona vive actualmente?

5.- ¿A qué se dedica?

Satisfacción

6.- ¿Cómo se siente al ser atendida(o) en el Hospital Municipal de Tepetlixpa Hermenegildo Galeana Bicentenario?

7.- ¿Por qué?

8.- ¿Considera que han resuelto los problemas de salud por los cuales acudió a esta unidad?

9.- ¿Por qué?

10.- ¿Durante la consulta, se siente libre de opinar, proponer y decidir con respecto a su estado de salud actual?

11.- ¿Por qué?

12.- ¿Considera que el personal a cargo de su atención resolvió sus dudas, inquietudes y preguntas con respecto a su estado de salud?

13.- ¿Por qué?

14.- ¿Confía usted en el personal de esta unidad?

15.- ¿Por qué?

17.- ¿En algún momento considera que la atención brindada por el personal de esta unidad ha sido diferente con usted respecto a otros usuarios en condiciones de salud similares?

18.- ¿Por qué?

Calidad en salud

19.- ¿Para usted que es calidad?

20.- ¿Cómo considera usted la calidad de atención que le proporcionan en esta unidad?

21.- ¿Podría describir qué elementos componen una atención a la salud de buena calidad?

22.- ¿Qué mejoraría en esta unidad para que la atención sea de buena calidad?

Síndromes culturales

23.- ¿Conoce o ha escuchado hablar de enfermedades como el empacho, el susto o el mal de ojo?

24.- ¿Quién o quiénes han padecido estas enfermedades?

25.- De este grupo de enfermedades ¿Cuáles han sido las que han padecido usted, sus familiares y/o conocidos?

26.- ¿Quién o quiénes fueron los encargados de atender este problema de salud?

27.- ¿Consideraría importante que el personal de esta unidad tome en cuenta estas enfermedades durante el proceso de atención?

28.- ¿Por qué?

29.- Cree que de ser tomados en cuenta: ¿Mejoraría la calidad en la atención proporcionada en esta unidad?

30.- ¿Por qué?

Bueno pues con estas preguntas damos por terminada la entrevista, considero que la información aquí obtenida es muy valiosa, por lo que nuevamente me gustaría agradecerle.

Anexo 2. Constancia de participación en II Simposium Internacional en Salud Intercultural y I Congreso Internacional en Sociología de la Salud.



CUERPO ACADÉMICO
Nutrición humana, Educación y Salud Colectiva

AMEIDT
ASOCIACIÓN MEXICANA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA TRASDISCIPLINARIA

LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA TRASDISCIPLINARIA
OTORGA LA PRESENTE:

CONSTANCIA
A:

Lic. Michell Serafin Badillo, Dr. Manuel Leonardo Ibarra Espinosa, Dra. Georgina Contreras Landgrave, Dr. Esteban Jaime Camacho Ruiz

POR SU DESTACADA PARTICIPACIÓN CON LA CONFERENCIA MAGISTRAL :

"BARRERAS Y CLAVES CULTURALES PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD"

[Signature]
DRA. ELISA BÉRTHA VELÁZQUEZ RODRÍGUEZ
PRESIDENTA DE LA ASOCIACION MEXICANA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA TRASDISCIPLINARIA

TEPEXLIHPA, ESTADO DE MÉXICO, MAYO, 2020.



Anexo 3. Constancia de participación en la XI Jornada Académica de Antropología Médica.



El Instituto Nacional de Antropología e Historia
a través de la Dirección de Etnología y Antropología Social,
otorga la presente constancia a

Michell Serafín Badillo

Por su ponencia

**Barreras y claves culturales para mejorar
la calidad percibida en los servicios de atención a la salud**

en la mesa

Reflexiones en torno a la interculturalidad en salud

Celebrada el 19 de noviembre de 2020.

XI Jornada de Antropología Médica

Dr. Eduardo González Muñiz
DIRECTOR DE ETNOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA SOCIAL

A.F. Faustino Hernández Pérez
COORDINADOR ACADÉMICO



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA



Anexo 4. Constancia de participación en el I Congreso Internacional en Salud Colectiva: “Pandemia COVID-19”.

LA RED INTERNACIONAL EN SALUD COLECTIVA Y SALUD INTERCULTURAL CON LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA TRANSDISCIPLINARIA

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A:

Michelle Serafín Badillo

Por su destacada participación como
PONENTE ORAL:

“Cultura y calidad subjetiva en los servicios de atención a la salud”

I CONGRESO INTERNACIONAL EN SALUD COLECTIVA: “PANDEMIA COVID 19”

Realizado de forma virtual al 27 y 28 de Noviembre del 2020



[Signature]

DRA. ELISA BERTHA VELAZQUEZ RODRIGUEZ
PRESIDENTA DE LA AMEIDT

[Signature]

DR. DONOVAN CASAS PATIÑO
PRESIDENTE DE LA RED SACSIC

[Signature]

DR. DIEGO FERNANDO VELASCO CANAS
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA E INVESTIGACION

Anexo 5. Constancia de participación en el III Simposium & I Congreso Internacional en Salud Intercultural.



CONSTANCIA

PONENTE

LA RED INTERNACIONAL EN SALUD COLECTIVA Y SALUD INTERCULTURAL CON LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA TRANSDISCIPLINARIA OTORGA A:

Michell Verafin Saáillo, Dr. Manuel Leonardo Thara Espinosa, Dr. Esteban Jaime Tamacho Ruiz, Dra. Georgina Fontenas Landgrave.

POR SU DESTACADA PARTICIPACIÓN DURANTE EL:

III SIMPOSIUM & I CONGRESO INTERNACIONAL EN SALUD INTERCULTURAL, CELEBRADO EN AMECAMECA ESTADO DE MÉXICO LOS DÍAS 25 Y 26 DE JUNIO DEL 2021.

CON EL TEMA:

"Relación de los síndromes culturales en la percepción de calidad en la atención primaria en salud en Tepetitlpa 2021"



DR. DONOVAN CASAS PATIÑO
PRESIDENTE DE LA RED SACSIC



DR. MARIO RODOLFO SALAZAR MORALES
COORDINADOR DEL DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
FACUSAC



DRA. ELISA VELÁZQUEZ RODRÍGUEZ
PRESIDENTE DE ASOCIACIÓN MEXICANA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA TRANSDISCIPLINARIA



MTRO. DIEGO FERNANDO VELAZCO CAÑAS
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE BIOÉTICA












Anexo 6. Constancia de participación en el ciclo de conferencias con motivo de la celebración del 35 Aniversario del Centro Universitario UAEM Amecameca.



Universidad Autónoma
del Estado de México

El Centro Universitario UAEM Amecameca

Otorga la presente

Constancia

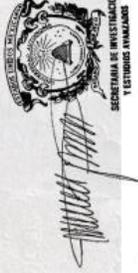
al

Lic. Michell Serafín Badillo

Por su Ponencia “Las medicinas tradicionales y los síndromes culturalmente delimitados. Una aproximación conceptual”, en el marco del Primer Congreso Internacional Multidisciplinario, “Investigación científica en prospectiva”, 35 años del CU UAEM Amecameca.

Amecameca, Estado de México, 14 de Octubre de 2021
Patria, Ciencia y Trabajo

“2021, Celebración de los 65 años de la Universidad Autónoma del Estado de México”



Dra. Martha Patricia Zarza Delgado
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS UAEM



Dr. Miguel Ángel Sánchez Ríos
CENTRO UNIVERSITARIO
UAEM AMECAMECA
DIRECCIÓN



35 años del CU UAEM AMECAMECA



Anexo 7. Publicación de capítulo en el libro Actualidad y Prospectiva de la Investigación Científica en el Centro Universitario Amecameca de la Universidad Autónoma del Estado de México.

