

# **ESTRATEGIA DE CONSTRUCCIÓN DE REDES INTERCULTURALES DE ACCESO Y FLUJO EFECTIVO DE PERSONAS USUARIAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

## **Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afromexicanos**

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud  
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

ESTRATEGIA DE CONSTRUCCIÓN DE REDES INTERCULTURALES DE ACCESO Y FLUJO  
EFECTIVO DE PERSONAS USUARIAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD  
DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL

## **INDICE**

<b>Introducción</b>	4
<b>Problemática</b>	4
<b>Objetivo</b>	6
<b>Premisas</b>	7
<b>Metas</b>	7
<b>Metodología</b>	8
<b>Participantes</b>	9
<b>Propuesta de programa operativo del taller</b>	10
<b>Caracterización de la Red</b>	12
<b>Integración de acciones por unidad y red</b>	13
<b>Diagnóstico de las fortalezas y debilidades de cada red.</b>	14
<b>Propuesta del Plan de Acción</b>	15

## **ESTRATEGIA DE CONSTRUCCIÓN DE REDES INTERCULTURALES DE ACCESO Y FLUJO EFECTIVO DE PERSONAS USUARIAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

### **Introducción**

*La estrategia de construcción de redes interculturales de acceso y flujo efectivo de personas usuarias en los servicios de salud es una metodología fundamentada en el enfoque de sistemas, que responde a las dificultades y barreras que existen para articular los servicios como un sistema integrado, tomando en cuenta los sistemas de referencia y contra referencia, comunicación (teléfono y radio), traslado segura y pertinente, así como los sistemas administrativos y de apoyo. **Se diseñó inicialmente para poblaciones indígenas, pero se puede aplicar en cualquier región del país.***

Parte del reconocimiento y existencia de diferentes tipos de redes que se realizan bajo diferentes criterios, pero que no han logrado incidir para articular los servicios como una red integrada; reconoce e involucra a todos los actores participantes en los servicios de salud de una región determinada para identificar las debilidades, fortalezas y elaborar propuestas conjuntas para resolver los problemas que dificultan el acceso y traslado oportuno y por tanto en la resolución de la problemática de salud de las personas usuarias, se ha aplicado con éxito total o parcialmente, en algunas regiones de Guerrero, Oaxaca y Veracruz.

### **Problemática**

A pesar de las estrategias de redes actuales, continúa existiendo una serie de problemas y deficiencia en la atención de la salud de los pueblos indígenas y afroamericanos. Además de la falta de personal capacitado de forma continua en muchas regiones del país, de medicamentos e insumos, cuando se requiere la canalización de pacientes al segundo o tercer nivel, se presentan problemas en la articulación entre esos niveles, desde la comunidad, hasta los hospitales, pasando por los centros de salud, con referencias inadecuadas y retraso en ellas (que se conocen coloquialmente como peloteo), lo cual produce una serie de demoras, que repercuten en atención tardía de los enfermos, cuando presentan situaciones de urgencia. Esto genera desenlaces fatales que se hubieran podido evitar.

En la realidad, continúan presentándose dificultades y barreras para articular los servicios respecto a los sistemas de referencia y contra-referencia, comunicación por teléfono o radio, transportación segura y pertinente, en donde los sistemas administrativos y de apoyo, no funcionan de manera integrada. Además,

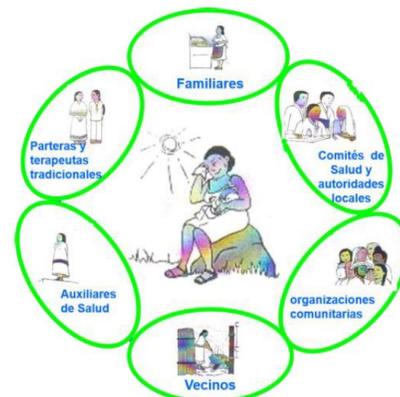
generalmente no existe una estrategia definida de contra-referencia; sí algún personal del centro de salud, auxiliar de salud o partera tradicional, envía un enfermo a un hospital, no se genera una nota de contra-referencia indicando el diagnóstico y los cuidados que deberían realizarse en el primer nivel y en la casa y comunidad. Eso dificulta el seguimiento adecuado.

Además, en muchas regiones del país, en el primer nivel de atención falta una estrategia definida para identificar la cultura local, los diferentes actores y redes sociales comunitarias, las expectativas y necesidades de la población en general y de esos actores en particular, así como una estrategia para su fortalecimiento y vinculación con la red de servicios.



La OMS, define a la comunidad<sup>1</sup>, como un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, que comparten la misma cultura, identidad, valores y normas y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

Entendemos por red social, el entramado de intercambios sociales no formales entre individuos o grupos que prestan ayuda, apoyo y soporte moral en una comunidad. Su ausencia o mal funcionamiento ocasiona la falta de apoyo comunitario en el momento requerido, lo cual aumenta el riesgo de muerte materno infantil, por accidentes y por enfermedades súbitas y graves.



<sup>1</sup>  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=44D26A7D4D366F2004F81741CF46C74C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=44D26A7D4D366F2004F81741CF46C74C?sequence=1). Pag 15

El “modelo de las tres demoras”, utilizado para explicar la muerte materna, nos sirve para entender las consecuencias de la falta de un sistema integrado y eficiente<sup>2</sup>.

1. El modelo señala que la primera demora se refiere a la tardanza en reconocer una complicación y emergencia, al retraso en la decisión de buscar atención ante ella y de conseguir los elementos y transporte para salir de la casa y comunidad en busca de ayuda médica. En esta demora impacta la experiencia negativa previa con los servicios de salud y la falta de una red social comunitaria eficiente.
2. La segunda demora se refiere al retraso en la llegada al lugar final de la atención, es decir, las personas usuarias reconocen la enfermedad y quieren ser atendidas, pero se presentan dificultades para el acceso, que pueden ser administrativas, de articulación y comunicación entre el primer y el segundo nivel, la saturación de algunos servicios, que derivan a otros (“peloteo”), lo cual retrasa el llegar al lugar final donde se proporciona la atención.
3. La tercera demora es el retraso en la obtención de atención una vez que la persona grave ha llegado al servicio médico, es decir, llega la persona al hospital, pero hay retraso en su recepción y atención en la sala de espera, en la realización del triage y en ser ingresada al servicio hospitalario, para recibir la atención urgente que requiere.

Es triste y dramático, que las personas indígenas son las que más sufren las tres demoras, debido a la situación de marginación que viven y a la discriminación que reciben en los servicios de salud.

Además de lo anterior, es común que las diferentes acciones y programas que llegan a las zonas indígenas, sean conducidas desde áreas diferentes de salud desarticuladas entre sí, y sin contar con un diagnóstico integral y dialógico intercultural de la situación de cada región, de cada unidad de salud, y de cada comunidad, que permita elaborar soluciones integradas.

## **Objetivo**

Articular los procesos, programas, acciones y niveles de atención en donde se ofrecen los servicios, que permitan el acceso efectivo hacia los servicios de salud de parte de la población en especial de los casos que requieren de una atención inmediata y oportuna, con especial énfasis a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, considerando a diferentes actores comunitarios como sujetos en este proceso.

Acceso efectivo significa consolidar las condiciones necesarias para lograr la identificación de los riesgos de enfermedad y complicaciones médicas de manera

---

<sup>2</sup> Rodríguez-Angulo Elsa, Aguilar-Pech Pedro, Montero-Cervantes Landy, Hoil-Santos Jolly, Andueza-Pech Guadalupe. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. Rev Biomed 2012; 23: 23-32. Vol. 23, No. 1, enero-abril de 2012. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2012/bio121c.pdf>

anticipada, el tránsito oportuno a los servicios de salud, la recepción y atención eficiente de los mismos, el abasto completo de equipo y medicamentos, la articulación y fluidez entre los diferentes niveles de atención, así como la existencia oportuna del personal de salud.

Acceso efectivo implica también favorecer todas las condiciones de acercabilidad que hagan más “amigables” los servicios a la población indígena, de acuerdo a su cultura y cosmovisión, modificando procedimientos, comportamientos y espacios físicos, para evitar que los servicios de salud sean rechazados por los usuarios y familiares.

#### *Procesos:*

La red se identifica, caracteriza y analiza en una reunión regional con todos los actores involucrados, personal médico y directivo de centros de salud, hospitales, jurisdicciones y de diferentes organizaciones e instituciones del SNS, que tienen que ver con el movimiento y traslado de pacientes. Se incluye a los actores comunitarios indígenas como auxiliares de salud, parteras y terapeutas tradicionales, así como autoridades locales y municipales. Se concluye con la definición de un plan de acción y el nombramiento de una instancia coordinadora para darle seguimiento.

#### **Premisas**

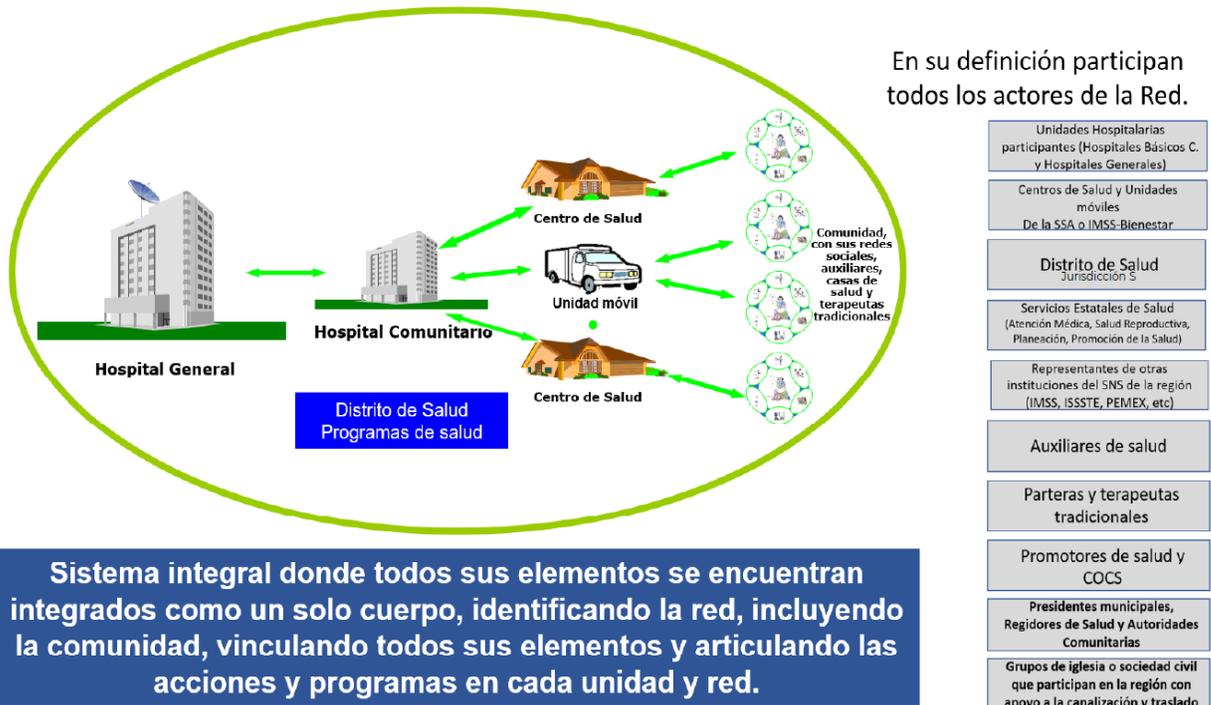
- Los Servicios de Salud el personal de salud conoce su entorno y las diversas redes entre unidades de salud, elaboradas desde diferentes criterios.
- A pesar de las estrategias de redes actuales, siguen existiendo una serie de problemas en la articulación entre las unidades de salud y entre éstas y la comunidad, lo cual se puede reflejar en el indicador de muerte materna.
- La construcción intercultural de la red funcional de “acceso y flujo real”, es una estrategia que permite la participación de todos los actores que participan en una red, de manera que se detalla el flujo real de pacientes, se identifican los problemas y se proponen soluciones para favorecer la articulación sistémica de los servicios de salud entre los usuarios con una necesidad específica y la oferta institucional de servicios de Salud, en donde se aprovecha toda la información previa.

#### **Metas**

1. La Red como Sistema Integrado. Lograr el funcionamiento fluido. (Identificarla en los municipios indígenas y rurales más pobres).
2. Cero Rechazos. (Fortalecimiento de las redes). Captar a los pacientes en cualquier nivel de la red y hacerse cargo de ellos durante todo su movimiento.
3. Fortalecer los mecanismos comunitarios para la detección y traslado oportuno de pacientes con riesgo. Con las redes sociales locales.

Se comprende por red funcional de servicios de salud, un sistema integral conformado por unidades de primer nivel y los hospitales a los cuales estas unidades envían los enfermos y personas que presentan emergencias y complicaciones, donde todos sus elementos se encuentran integrados como un solo cuerpo de manera sinérgica, articulando todas las acciones y programas en cada unidad y red. Pueden involucrar más de un municipio.

## Redes Funcionales de Flujo Real – Enfoque sistémico



### Metodología

La metodología de construcción de redes funcionales de servicios de salud, es una intervención breve, sustentada en la metodología de evaluación participativa, que brinda en pocos días una información diagnóstica muy amplia de la situación de una red de servicios de salud, define los nudos importantes, identifica puntos de mejora y define compromisos para resolverlos.

Se concreta en un taller de 2 días, donde participan todos los actores involucrados en una red, desde la localidad, municipio, unidades de primer nivel, segundo nivel, jurisdicción y representantes de los servicios estatales de salud.

Se propone aplicar esta metodología en los Estados que tienen una alta proporción de población indígena. Tomando en cuenta los criterios de contar con un número

significativo de unidades de primer nivel y de preferencia un hospital pivote.

Se propone capacitar a representantes de los estados en un taller inicial, para que puedan iniciar la replicación del taller en sus respectivos estados, en las redes que se definan a partir de la propuesta de DGPLADES.

*Condiciones:* Compromiso del Estado de otorgar las facilidades para la elaboración del taller, asegurar la participación de todos los actores institucionales involucrados, tomar decisiones para incorporar las mejoras propuestas y nombrar un responsable estatal para dar seguimiento periódico permanente a los compromisos establecidos (voluntad política). Estas condiciones las deben de presentar todos los estados donde se defina la realización de la construcción de redes funcionales de servicios de salud.

### Participantes

A nivel global en un primer taller de capacitación por demostración, deben de participar los facilitadores de DGPLADES que manejan la metodología, así como las personas seleccionadas de los Estados que se comprometan, para replicar el taller en las redes de su estado, iniciando por la que presente más impacto.

Para que se puedan identificar los nudos y establecer compromisos de mejora, deben de participar los siguientes actores:

INSTANCIA	PARTICIPANTES
De las comunidades involucradas	Representantes de las auxiliares de salud, parteras tradicionales y terapeutas tradicionales. Pueden participar agentes ejidales o municipales.
Nivel promocional	Representantes de los promotores de salud, coordinadores comunitarios en salud (COCS) que participan en la red.
Servicios de consulta externa	Representantes de los centros de salud y unidades médicas móviles que participan en la red, incluyendo las unidades médicas rurales del IMSS Bienestar (si están presentes en la región).
Ayuntamientos que forman parte de la red.	Presidentes municipales o/y regidores de salud.
Hospital comunitario (HBS, HI, etcétera)	Directores (o representante con capacidad de decisión).
Hospital General o Materno Infantil, al que refieren los hospitales comunitarios y los centros de salud. Se incluye a Hospitales rurales del IMSS y de otra instancia si existen en la región.	Directores (o representante con capacidad de decisión).
Jurisdicción Sanitaria	Jefe jurisdiccional, Atención Médica, Salud Reproductiva, Promoción de la Salud.
Servicios Estatales de Salud	Responsables de Planeación, Salud Reproductiva, Atención Médica, Promoción de la Salud, Servicios de 2º nivel.
Delegación Estatal del IMSS oportunidades	Delegado o representante, si en la región existen servicios del IMSS oportunidades.

## Propuesta de programa operativo del taller

Primer día

Hora	Tema	Objetivo	Procedimientos
9.00	Propuesta Metodológica	Dar a conocer de manera general la propuesta metodológica de construcción de la red a todos los participantes.	Exposición en PPT en plenaria. Explicación de los pasos a realizar
9.30	Diagramación y Caracterización de la red	Diagramar la red de los servicios de salud en base a los flujos de y relaciones, tomando en cuenta los hospitales, unidades de salud, unidades móviles, casas de salud, auxiliares, y parteras tradicionales. Identificar el estado de todos los elementos de acceso eficaz señalados en el programa de atención a la salud de los pueblos indígenas.	Trabajo por equipos por municipio o regiones de la red. Realización de papelotes con la diagramación de cada red, ubicando las relaciones reales en el flujo de pacientes. Llenado de formato con el estado de todos los elementos de acceso eficaz señalados en el programa de atención a la salud de los pueblos indígenas. Paso en el programa de mapas mentales la diagramación de cada red.
13.00	Presentación de las redes definidas	Ubicar de manera gráfica los flujos e interacciones de la red	Presentación en la plenaria de toda la red de acuerdo a los flujos a los Hospitales Básicos Comunitarios y a los Hospitales Generales. Discusión de las problemáticas más patentes.
15.00	COMIDA		
16.00	Dinámica del rompecabezas	Identificación desde un contexto cultural determinado, la necesidad de una articulación entre diferentes instancias relacionadas.	Dinámica del rompecabezas de la DMTyDI.
16.45	Diagnóstico de las fortalezas y debilidades de la red.	Identificación de las fortalezas y debilidades de aspectos que faciliten o dificulten el funcionamiento eficiente de la red en las diferentes relaciones entre instancias de la red.	Trabajo en grupos por hospital, personal jurisdiccional, personal de salud, auxiliares y parteras en base al formato de condiciones que facilitan o dificultan la referencia, contrarreferencia y atención efectiva de pacientes. Proyección de la relatoría en forma directa de los comentarios.
18.00	Fin del día		

Segundo día

<b>Hora</b>	<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimientos</b>
9.00	Diagnóstico de las fortalezas y debilidades de la red.	Presentar y recordar los resultados de las fortalezas y debilidades en las interacciones de la red	Presentación en plenario los resultados de la tarde anterior
9.30	Identificación de necesidades	Identificar los requerimientos que se necesitan en cada nivel para facilitar la mejora funcional de la red ubicando las metas generales.	Proyección de la relatoría en forma directa de los comentarios.
11.30	RECESO		
12.00	Propuestas de acciones para mejorar la articulación de la red en cada nivel e instancia	Definición y propuesta de un plan de acción que incluya la mejora de todos los elementos considerados.	Trabajo en grupos por hospital, personal jurisdiccional, personal de salud, auxiliares y parteras en base al formato de peticiones por niveles. En grupos: Identificación de procesos generales. Cada grupo identifica a lo que se puede comprometer de lo solicitado.
13.30	Presentación de compromisos	Cada instancia presenta los acuerdos y compromisos que propone.	En plenaria se expone los compromisos por instancia y se toman acuerdos.
14.30	Clausura del taller		
15.00	COMIDA Despedida de los participantes de la red regional		

## Caracterización de la Red

Con estas personas, identificar, diagramar y caracterizar las redes de los servicios de salud, ubicados en la región. Es importante realizarlo en todas las zonas indígenas y rurales, iniciando por las que comprenden los municipios de más alta marginación.



En dicha reunión:

- Revisar la caracterización de la red realizada a nivel estatal, haciendo los cambios necesarios de acuerdo a las condiciones reales.
- Identificar los nudos, fortalezas y debilidades señalando todas las condiciones y carencias que facilitan o dificultan la referencia, contrarreferencia y atención efectiva de pacientes, entendiendo que se pretende que la red funcione como un sistema.

La red debe tomar en cuenta la infraestructura de las diferentes unidades de salud que se encuentran articuladas funcionalmente de acuerdo a los flujos de referencias. En el caso de mortalidad materna resaltarán las unidades y localidades que canalizan pacientes con complicaciones y riesgos del embarazo, parto y puerperio.

Esta red debe ser posible caracterizarla geográficamente, señalando los flujos de referencias y relaciones entre las diferentes unidades de salud, equipos de salud itinerante, hospitales de la comunidad y hospitales regionales.

La red debe llegar a visualizar las comunidades que no poseen unidades de salud, pero que aportan pacientes a través de las auxiliares de salud y parteras.

La red debe también contemplar la relación con organizaciones civiles, iglesia, médicos particulares y terapeutas tradicionales (medicina y partería tradicional) que intervienen en la salud de la región identificando, refiriendo y colaborando en el traslado de pacientes. Es importante ubicar el hospital ancla de la red, los hospitales comunitarios que le refieren pacientes tanto de los servicios estatales de salud,

como del IMSS Bienestar, las jurisdicciones o Distritos involucrados, las unidades de salud tanto de los servicios estatales de salud que refieren a dichos hospitales, las unidades móviles, las casas de salud, las comunidades con auxiliares de salud, y las comunidades con parteras tradicionales (si es posible, identificar sus nombres).

### Integración de acciones por unidad y red

Es importante diagnosticar en cada red, el estado de los elementos de acceso efectivo contemplados en la Política de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, en cada una de las unidades de salud, equipos de salud itinerante, hospitales de la comunidad y hospitales regionales. Esto se realiza con un formato donde en la reunión, la gente que conoce cada unidad de salud va señalando la existencia o ausencia de elementos como equipo de comunicación radial o telefónica funcional, transporte seguro, traducción, médicos y enfermeras de base competentes y presentes, personal sensibilizado en interculturalidad, relación con parteras tradicionales, condiciones para la atención humanizada del parto, y si la unidad cuenta con medicamentos suficientes y equipo suficiente y funcional. Esto se realiza durante la reunión, donde el personal de salud y los representantes comunitarios, llenan el formato de manera ágil, ya que conocen las unidades y su funcionamiento. Sólo se señala un sí, si cuentan con ello, o un no si no se cuenta o es de manera irregular. En el total, se contabilizan las sumas positivas de cada columna. Eso proporciona de manera rápida, la situación general de la red.

SECRETARÍA DE SALUD POLÍTICA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS														
ESTADO _____				RED _____										
JURISDICCIONES O DISTRITOS INVOLUCRADOS _____														
MUNICIPIOS INVOLUCRADOS _____														
RESPONSABLE _____														
UNIDAD	TIPO	MUNICIPIO	INSTITUCION											
				Infraestructura adecuada	Comunicación funcional	Transporte efectivo	Traducción	Médico diario	Enfermera de base	Personal sensibilizado intercultural	Relación con parteras tradicionales	Condiciones parto vertical	Medicamentos suficientes	Equipo suficiente y funcional
<b>TOTAL</b>														

Elementos contemplados para el acceso efectivo y “acercabilidad”

Infraestructura adecuada	Comunicación funcional	Traslado efectivo	Traducción	Médico diario	Enfermera de base	Personal sensibilizado intercultural	Relación con parteras tradicionales	Condiciones parto vertical	Medicamentos suficientes	Equipamiento suficiente y funcional

**Diagnóstico de las fortalezas y debilidades de cada red**

En la reunión se identifican los nudos, fortalezas y debilidades, señalando todas las condiciones y carencias que facilitan o dificultan la referencia, contra-referencia y atención efectiva de pacientes, entendiendo que se pretende que la red funcione como un sistema. Se puede utilizar un formato como el siguiente:

<b>CONDICIONES QUE FACILITAN O DIFICULTAN LA REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y ATENCIÓN EFECTIVA DE PACIENTES</b>		
<b>RELACIONES</b>	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
Entre el Hospital General y el Hospital Regional		
Entre el Hospital General y los Centros de Salud y las unidades móviles.		
Entre el Hospital Regional, los Centros de salud y las unidades móviles.		
Entre los Centros de Salud y Ayuntamientos.		
Entre las auxiliares, los Centros de Salud y las unidades móviles		
Entre las Unidades móviles y las casas de Salud.		
Entre las parteras y médicos tradicionales y el Hospital.		
Entre las parteras y médicos tradicionales y los Centros de Salud		
Entre las parteras y médicos tradicionales y los Ayuntamientos.		

Posteriormente se Identifican los requerimientos que se necesitan en cada nivel para facilitar la mejora funcional de la red ubicando las metas generales.

<b>Instancia</b>	<b>Que se pide</b>	<b>A que se comprometen</b>
A nivel Estatal		
Al jefe o jefes de Jurisdicción		
Al director del Hospital General		
A los directores de los Hospitales regionales o Básicos Comunitarios.		
A los directores de los Centros de Salud		
A los directores del Programa de Unidades Móviles.		
A las auxiliares de salud		
A las parteras y terapeutas tradicionales		
A los presidentes y agentes municipales.		

### *Propuesta del plan de acción*

Se termina con la definición y propuesta de un plan de acción que incluya la mejora de todos los elementos considerados.

Los acuerdos se aterrizan en un cronograma, con indicadores concretos de carácter general.

Se identifica y/o propone a la instancia jurisdiccional o estatal (persona), responsable del seguimiento del plan de acción y acuerdos. Se define la periodicidad del seguimiento, de sus mecanismos y de la realización de otras reuniones regionales de red.

Conviene que los actores involucrados formalicen su compromiso con la red, firmando el plan de acción. Los directores de hospitales, centros de salud, unidades móviles, auxiliares y parteras presentes, de manera simbólica a nombre de los suyos.

El diagnóstico y plan de acción de cada red se presentará a nivel estatal con el Secretario de Salud y demás funcionarios estatales, amén de ratificar los compromisos y facilitar su seguimiento.

## **DIRECTORIO**

### **Secretaría de Salud**

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela  
**Secretario de Salud**

Ing. Luis Martínez Liévano  
**Director General de Planeación y Desarrollo en Salud**

Dr. José Alejandro Almaguer González  
**Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural**

#### **Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural**

Dr. José Alejandro Almaguer González  
Dr. Hernán José García Ramírez  
Antrop. Vicente Vargas Vite

Tel. (55) 5062 1600 y 5062 1700 ext : 51211 y 51274  
jalejandro.almaguerg@gmail.com  
educeverhg@hotmail.com  
marakame0717@gmail.com