Capítulo 4.

Modelos de unidades para la atención de grupos vulnerables

1. Caravanas de la Salud

Introducción

El Presidente Felipe Calderón expresó que para construir un México más equitativo, competitivo y democrático es necesario igualar las oportunidades de superación de todos los mexicanos sin distinción, para que desarrollen sus capacidades y puedan alcanzar sus metas personales. Por eso, el principal reto que compartimos es incorporar al desarrollo a quienes han sido excluidos de los avances de la nación.

Se requiere entonces que todos los mexicanos –sin importar su religión, su origen étnico, su condición de género o lugar donde vivan– hagan valer su derecho a la educación, la alimentación, la vivienda digna y, desde luego, a la salud. La construcción del país al que todos aspiramos exige que pongamos nuestro sistema de salud a la altura de los retos y las necesidades del siglo XXI. Reclama, en especial, que respondamos con eficiencia, calidad y justicia a los desafíos sanitarios, que son ya la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el territorio nacional.

México es un país de contrastes y enfrenta una compleja agenda de salud pública. Sufrimos todavía una transición epidemiológica en la que aún no dejamos atrás las enfermedades ligadas al subdesarrollo, tales como las asociadas a padecimientos infecciosos y desnutrición, y al mismo tiempo enfrentamos desafíos propios de los países avanzados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes.

Tomando en cuenta estas realidades y consideraciones, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 propone, en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Para cumplir este compromiso, se diseñó el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el cual está estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población;
2. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente;
3. Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables;
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, y
5. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.

El C. Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos en su mensaje del Plan Nacional de Salud 2007-2012, observa que el México de los primeros años del siglo XXI se encuentra inmerso en las transformaciones del entorno global y los vertiginosos avances tecnológicos, que implican tanto amenazas como oportunidades en materia de salud y refirió que durante los últimos 50 años hemos sido testigos, y muchos a la vez protagonistas, de los progresos en la lucha contra las enfermedades, de la consolidación de las instituciones y del desarrollo de nuevos planteamientos para la prestación de servicios de la salud a la población. Recientemente se han emprendido diversos procesos de reforma para realizar y cumplir las tareas del Estado mexicano en materia de protección de la salud. Destaca, por su trascendencia, la creación del Sistema de Protección Social en Salud, el cual ha posibilitado que vastos sectores de la población, desvinculados de la seguridad social, tengan acceso a los servicios de salud. Se ha registrado también una mejora general en los indicadores de salud de la población. Sin embargo, nadie podría negar que aún falta mucho por hacer.

El perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país está dominado por enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, y obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de su salud propia y la de los suyos. La demora en la atención de aquellas enfermedades provoca un doble costo social: incrementa, por un lado, el peso de la discapacidad en personas que viven más años, y, por el otro, hace aún mayor el costo de su tratamiento. Persiste un inaceptable círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza, potenciado por la desigualdad de oportunidades para el desarrollo cabal de los individuos.

El Sistema Nacional de Salud se ha fortalecido, sin embargo, son todavía evidentes su segmentación y sus problemas de coordinación sectorial. Sigue habiendo rezagos en materia de infraestructura y equipamiento, y coexisten paralelamente duplicidades y una injustificada e ineficiente concentración de recursos en algunas zonas del país, mientras que en otras subsisten grandes carencias. En numerosos sitios la calidad y la seguridad de la atención son aún asignaturas pendientes.

Estas condiciones obligan a enfocarse en intervenciones costo-efectivas y en el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción como las alternativas más viables para enfrentar padecimientos que requieren de tratamientos más costosos y prolongados. Es nuestra responsabilidad como

sociedad desarrollar y fortalecer una nueva cultura de la salud que enfatice la importancia de la adopción de estilos de vida saludables, fomente el autocuidado de la salud e impulse la prevención de la enfermedad y las discapacidades. Así lograremos que las nuevas y futuras generaciones de mexicanos gocen de mejores condiciones de salud en general y se enfrenten a menores cargas de enfermedad. Esto redundará en un mejor desarrollo económico y social para nuestro país. El gobierno del presidente Felipe Calderón, a partir del principio de igualdad de oportunidades, asumió el compromiso de conseguir la ampliación de las capacidades de todos y el mejoramiento de las condiciones de vida de quienes más lo requieren.

Tras un amplio diagnóstico de la situación nacional, se identificaron ejes rectores que sirven de guía para los esfuerzos sectoriales para dar cabal respuesta a las demandas más vivas y legítimas de la población:

- Dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- Garantizar el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud;
- Garantizar que los bienes y servicios estén libres de riegos sanitarios;
- Suministrar oportunamente los medicamentos e insumos requeridos;
- Brindar una atención de calidad, con calidez y segura a toda la población, y, por último,
- Fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención efectiva en sus lugares de origen.

Con base en el diagnóstico realizado y observando que en nuestro país, históricamente la población que vive en las comunidades rurales alejadas es la que sufre de un Bajo Índice de Desarrollo Humano (BIDH) y un alto o muy alto grado de marginación, y es la que habitualmente no cuenta con servicios de salud integrales, se propuso una estrategia en salud de tipo itinerante para llevar atención con tecnología y calidad a estos puntos alejados del país enfocando sus acciones en la prevención, promoción y autocuidado de la salud y de atención médica.

Esta iniciativa fue puesta en marcha al inicio de la presente Administración estableciéndose el Programa Nacional "Caravanas de la Salud", cuya cobertura comprende las 31 entidades federativas y el Distrito Federal haciendo énfasis en los siete estados prioritarios; Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz; que contienen los 125 municipios de menor índice de desarrollo humano.

Objetivo

El objetivo principal de la unidad de salud itinerante en este caso la caravana de la salud es llevar las acciones orientadas a la conservación y mejoramiento de la salud a las localidades con alto grado de marginación y dificultad y a veces imposibilidad de acceder a servicios de salud integrales. Se cumple así con el objetivo de aplicar la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud, que incluye acciones de participación comunitaria, promoción de espacios saludables y otras acciones de salud pública articuladas a cinco procesos: promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección de enfermedades y salud reproductiva.

La principal ventaja es que tienen capacidad para resolver en la propia localidad 74 intervenciones médicas y a través de su incorporación a la red de servicios y mediante el sistema de Referencia contra referencia, se amplía la cobertura de servicios a 266 intervenciones, incluida la atención en Salud Bucal, con base en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) que garantiza el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Un objetivo más de la caravana, es operar la protección social en salud en las localidades de difícil acceso, participando activamente en la incorporación de la población más vulnerable al Seguro Popular.

Metodología utilizada para los modelos

Ante un número creciente de la demanda de servicios médicos se han instrumentado programas con el propósito de atender las necesidades de salud. Las unidades médicas móviles se han constituido en una herramienta que permite acercar los servicios de salud de primer contacto que ofrecen las instituciones públicas y privadas en el ámbito nacional e internacional.

Del análisis de los diferentes tipos de unidades en el mercado nacional e internacional, se fueron adaptando las condiciones de estos vehículos con las necesidades planteadas por la Secretaría, hasta alcanzar una unidad que ofreciera potencia y capacidad de carga que permita seguridad a los operadores dado el tipo de caminos y carretera en los que tendrá que circular, dotada así mismo de elementos de seguridad ante posibles accidentes o fenómenos climatológicos.

Se desarrollaron 4 modelos de diferente capacidad resolutiva:

Unidad Móvil que se desplace a lugares remotos de difícil acceso, para otorgar servicios médicos de primer contacto de atención, realizar procedimientos de baja y mediana complejidad y detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino.

Unidad Móvil que se desplace a lugares remotos de difícil acceso, para otorgar servicios médicos de primer contacto de atención, realizar procedimientos de baja y mediana complejidad y detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino; atención médica estomatológica con procedimientos odontológicos de baja y mediana complejidad.

Unidad Móvil que se desplace a lugares remotos de difícil acceso, para otorgar servicios médicos de primer contacto de atención, realizar procedimientos de baja y mediana complejidad y detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino; atención médica estomatológica con procedimientos odontológicos de baja y mediana complejidad. Además de lo anterior estas unidades llevarán equipo de comunicación para telemedicina que permita mejorar la capacidad resolutiva en la atención médica.

Unidad médica móvil 4x4 con capacidad resolutiva de baja y mediana complejidad, con capacidad para acercar servicios de salud a las localidades más dispersas, cuyos accesos son limitados y difíciles.

Es muy difícil encontrar un prototipo de unidad médica móvil que cubra todas las expectativas en virtud que el panorama epidemiológico es variado en nuestro país así como la orografía y climas.

La infraestructura de carreteras en nuestro país es variable y en algunas zonas aun deficiente. Las unidades deben adaptarse a las condiciones de cada entidad para seguir optimizando el modelo de atención a la salud mediante estas Unidades Médicas.

Asimismo hay que considerar para la operación de estas unidades móviles que en el mercado de camiones con capacidad de carga con 2,500 a 3,500 kg que utilicen gasolina como combustible cuentan con la dificultad del alto gasto por la potencia del motor y que por el carrozado resulten "bajos" para los terrenos que deben transitar.

El análisis de las Unidades Móviles, podría concluirse, es ilimitado en cuanto versatilidad de servicios que se pueden otorgar mediante estas, el éxito dependerá de escoger la idónea para cada región y los servicios que de acuerdo a la epidemiología regional tengan mayor aceptación y resultados tangibles.

Modelo de unidades

Las caravanas de la salud son unidades médicas móviles con equipamiento de vanguardia, que cuentan con un equipo de salud altamente calificado, y operan en una ruta específica cuya programación de visitas se establece de manera regular. Se encuentran operando 4 tipos de Caravanas las que se describen a continuación:

a. TIPO 0. Son unidades médicas móviles 4X4 que transportan personal de salud, medicamentos e insumos para la atención de las localidades de una microrregión, que forman parte de la ruta de una unidad móvil, en tanto las condiciones del camino no le permiten llegar a lugares de difícil acceso. Está conformado por un médico general, una enfermera y un promotor de la salud-chofer. (Anexo 8)
b. TIPO I. Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general, con equipo estándar para atención primaria, química seca, toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía. En ella se ofrece la atención de un médico general, enfermera y un promotor de la salud-polivalente(Anexo 8)
c. TIPO II. Es la que está equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía. Este tipo de unidad móvil está conformado por un médico general, un odontólogo, una enfermera y un promotor de la salud-polivalente. (Anexo 8)
d. TIPO III. Es una unidad médica móvil equipada con un consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipada con enlace satelital para telemedicina, equipo de video-conferencia, ultrasonografía y electrocardiografía. Asimismo, contiene un laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino. El personal que se encuentra en ella, es un médico general, un odontólogo, enfermera y un promotor de la salud-polivalente. (Anexo 8)

La versión detallada de la información de los vehículos equipados se puede consultar en el anexo 8: inciso "a" plantillas de personal valorizadas; inciso "b" especificaciones técnicas de los diferentes tipos de vehículos incluidos croquis; en tanto que en el inciso "c", se encuentra el equipamiento valorizados de cada unidad móvil.

2. Módulo de atención con enfoque multicultural

Modelos de Espacios para la Salud con enfoque intercultural

Introducción

Aunque el título de este apartado señala la importancia de la atención a grupos vulnerables, la propuesta intercultural del documento no es limitativo a estos grupos de población, toda vez que en ella se incluyen innovaciones para los espacios de salud que incluyen a la Homeopatía y la Acupuntura, ambas practicas terapéuticas de diferentes y amplios sectores de las poblaciones urbanas. La propuesta y los objetivos de ella, consideran las orientaciones de los programas de Acción "Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud" e "Interculturalidad en Salud" donde se incorporan a las medicinas y terapéuticas que se encuentran en el marco legal vigente y de los que ya han socializado sus modelos arquitectónicos.

Producto de la rica diversidad cultural de la población mexicana, los usuarios al contacto con los servicios de salud, manifiestan además de su enfermedad, la concepción que tienen sobre ésta, su origen y las formas de cuidado. Muchas veces, la visión que tienen, se explica en lógicas diferentes a las del médico y/o la enfermera, condicionando en muchos casos, relaciones de conflicto, choque cultural, resistencia y temor al uso de los servicios y a veces, sin proponerselo por parte del pesonal institucional, atropello a sus derechos y creencias, desapego a las medidas terapéuticas y preventivas por parte de los usuarios. Lo que finalmente puede llevar al alejamiento del uso de los servicios de salud.

Bajo estas consideraciones, el Plan Sectorial y Nacional de Salud 2007-2012, en su línea de acción 5.2, sustentan la política dirigida a incrementar el conocimiento de la medicina tradicional y las medicinas complementarias, y promover su utilización segura de acuerdo a la demanda que de ella haga la población.

Sustenta además, las estrategias y acciones destinadas a mejorar la calidad de los servicios para disminuir o erradicar barreras culturales y aumentar la sensibilidad cultural en ellos, buscando focalizar los cambios pertinentes para atender a los usuarios de acuerdo a sus propias necesidades y percepciones culturales en relación a la salud y enfermedad.

Tomando esto en consideración se incluyen los modelos definidos como "Espacios Interculturales de Infraestructura Física", para ser considerados en aquellas regiones del país en las que tal diversidad cultural y la necesidad de impulsar canales de participación de la población sean factores significativos a considerar en los servicios de salud.

Objetivo

Incentivar a los directivos y personal técnico de las áreas de decisión en la planeación de los servicios de salud, respecto de las propuestas que se denominan "Interculturales" y que se presentan en este apartado, identificando modelos y lineamientos para la inclusión paulatina de Servicios de la medina tradicional indígena, acupuntura humana y terapéutica homeopática.

Asi también, en este apartado se presentan propuestas de competenecias interculturales, necesarias para mejorar el desempeño profesional del personal de salud, a fin de fomentar el respeto a los derechos de las personas a recibir un servicio por personal competente y calificado.

Metodología utilizada para el modelo

El diseño de unidades de atención a la salud y de los hospitales en particular, ha considerado siempre la inclusión de diferentes componentes acordes con la más moderna tecnología, con el objetivo de lograr una atención médica eficiente y de calidad, así como la innovación en los espacios que manifiesten las más acertadas consideraciones a la estética.

Sin embargo, en la definición de calidad y eficiencia, quedan fuera de la planeación y el diseño de los servicios, elementos relacionados con la percepción de las necesidades de los usuarios diferenciadas por la cultura.

Un ejemplo de lo anterior, es la divergencia en la atención obstétrica, como en el caso concreto del parto vertical en comparación con el parto horizontal.

Por ello, pensando en los retos de la diversidad presentes en las sociedades actuales, particularmente en la generosa multiculturalidad de la sociedad mexicana donde el extremo son las poblaciones indígenas, es necesario que el planeador -constructor y los usuarios de los Servicios identifiquen puntos de coincidencia que permitan lograr la eficiencia y el consenso con el usuario final.

Algunos elementos que podrían considerarse en el diseño de espacios para la salud, considerando el enfoque intercultural son los siguientes:

- Módulo de Medicina Tradicional con equipamiento (MMT/CE)
- Posada AME (PAME)
- Albergue de estancia corta (AEC)
- Espacio para parto vertical, equipamiento y adecuación de sala de expulsión (EPPVyASE)
- Espacio de atención de la partera o curandero en la comunidad (EAPCC)

- Espacios lúdicos para niños (ELPN)
- Capilla ecuménica (CE)
- Temascal (TMSL)
- Farmacia verde (FAVER)
- Área de atención de medicinas complementarias (Módulos de acupuntura y homeopatía, AAMC TA- 1 y AAMCTH TH-2)
- Sala de radio comunicación para vinculación con redes comunitarias (SRCVRC)
- Señalización bilingüe pictográfica y módulo de traductor o asesor cultural (SBP y MTAC)

En las regiones indígenas del país donde existen hospitales y centros de salud, es posible y recomendable incorporar y enriquecerse con elementos de la medicina tradicional. De hecho ya existen en México algunos hospitales y centros de salud que han incorporado los servicios personales en módulos de medicina y/o de partería tradicional o farmacias con preparados herbolarios elaborados por terapeutas tradicionales.

A continuación se presentan dos propuestas de espacios integrales de medicina tradicional que podrían ajustarse a las necesidades específicas de las regiones que decidan aplicarlas.

1. Módulo de Partería Tradicional (MPT)

El módulo de partería tradicional , es una propuesta de espacios y servicios de salud que va dirigida a satisfacer una necesidad específica de la población usuaria y que puede no requerir de otros servicios de la medicina tradicional, por lo menos en cercanía espacial con el hospital o unidad de salud.

Pretende ofrecer a las mujeres especialmente indígenas y que habitan en áreas rurales, un espacio donde se pueda atender el embarazo, parto y puerperio en condiciones de seguridad y de manera sinérgica, con los aportes de los dos modelos de atención (alópata y medicina tradicional), de manera que se respete la intimidad, la cultura y la posición de parto que más le acomode a la mujer.

Las parteras tradicionales, a diferencia de otras parteras empíricas, forman parte del modelo tradicional mexicano, desarrollado en sus conocimientos y práctica, a través de los mecanismos de formación tradicional de maestro/aprendiz, durante muchos años y cuentan con reconocimiento y aval de la comunidad.

Éste modelo integra también el albergue de estancia corta, conocido como Casa de Atención para la Mujer Embarazada (Casa AME), el cual puede crecer en espejo, de acuerdo a las necesidades de la región. En el plano que se muestra en seguida se puede tener una idea más clara de este concepto, para conocer el detalle de las especificaciones consulte el anexo 9.

Se sugiere que en los lugares donde pueda aplicarse esta aproximación las unidades de salud y hospitales que así lo decidan, podrán establecer un programa de interrelación con terapeutas tradicionales y parteras, requiriendo el apoyo del área responsable estatal para su implantación.

La definición de las actividades se establecerían mediante un proceso denominado "Encuentros de enriquecimiento mutuo", cuya metología consiste en el desarrollo de reuniones de concertación entre el personal institucional y los terapeutas tradicionales. Podrán auxiliarse en las publicaciones que la Secretaría de Salud ha elaborado de este modelo de concertación, o mediante la asesoria de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la DGPLADES.

Los terapeutas tradicionales y las parteras deberían contar con el reconocimiento y aval comunitario.

Se sugiere que el registro de las actividades realizadas sea incorporado al informe general de las unidades de salud.

Para la Interrelación con las parteras tradicionales, la sala de expulsión de las unidades de salud deberá contar con la posibilidad de adecuase para la realización del parto en posición vertical y, en el caso de que sea preferencia de la usuaria, ser atendida por la partera en interrelación con el centro de salud con el apoyo del personal institucional.

La terapeuta tradicional y la partera indígena en interrelación con los servicios de salud otorgaran servicios relacionados con la medicina tradicional indigena y con la partería tradicional. Los servicios y terapéuticas que realicen, deberán ser definidas en común acuerdo con las autoridades de la unidad de salud, habiendose realizado para el efecto, un proceso concertado denominado "encuentro de enriquecimiento mutuo" donde habrán de participar terapeutas con reconocimiento comunitario de por lo menos 15 años. Realizar acciones para prevenir las enfermedades, mantener la salud individual física o espiritual, colectiva y comunitaria, enmarcados en una forma de interpretar el mundo que les rodea (cosmovisión) acorde a su cultura y los marcos explicativos de sus sistemas médico tradicional.

[12]Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (y medicinas complementarias) 2002-2005. OMS, Ginebra, 2002.
[13]Este modelo se describe detalladamente en el documento: "Modelo de Fortalecimiento de los Servicios de Salud con diferentes Modelos Clinico Terapéuticos y de Fortalecimiento de la salud". Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, DGPLADES. Secretaría de Salud. México, 2010.

3. Área de atención de medicinas complementarias con consultorios de homeopatía (AAMCTH TH-1) y acupuntura (AAMC TA- 2)

La homeopatía y acupuntura son legales en México, la primera desde hace más de un siglo, y la segunda desde el año de 2002. Las dos se enseñan como especialidades médicas, se ejercen en hospitales reconocidos del Sector Público y cuentan ahora con el respaldo del Programa Sectorial y Nacional de Salud 2007 – 2012.

El aprovechamiento de las medicinas complementarias en condiciones de seguridad, es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud[12] . Con este modelo[13] se pretende fortalecer los servicios de salud de todo el Sistema Nacional de Salud, con los aportes de diferentes modelos de atención a la salud que se encuentran reconocidos por el marco legal. Todo con el fin de proporcionar la mejor atención para la población, reducir efectos indeseables de la atención médica, aumentar la eficacia terapéutica y disminuir costos.

a) Consultorio de acupuntura con 4 cubículos de tratamiento

Constaría de un consultorio médico para atención con acupuntura humana, que se integraría a los servicios médicos de primer y segundo nivel, de una unidad hospitalaria. Contendría 4 cubículos con 4 camas de tratamiento. Con el mismo mobiliario, personal y apoyo administrativo con que cuentan los demás consultorios de consulta externa. Este consultorio podría replicarse tantas veces como sea necesario, de acuerdo a la demanda y productividad del servicio. En el croquis se muestra un ejemplo del consultorío propuesto, para mayor detalle consulte el anexo 9.

Equipamiento básico propuesto

1	Cesto para papeles	6	Báscula con estadímetro	10	Mesa con fregadero
2	Escritorio	7	Bote sanitario con pedal	11	Cortina antibacteriana
3	Silla fija con asiento integral	8	Cama para acupuntura	12	Gancho doble de pared
4	Sillón giratorio oficinista	9	Lámpara de pie rodable	13	Vestidor con guarda integral
5	Banco giratorio				

b) Consultorio de homeopatía

Se integraría a los servicios médicos de primer y segundo nivel, de una unidad hospitalaria. Requeriría un espacio similar al de los demás consultorios de consulta externa. Con el mismo mobiliario, personal y apoyo administrativo, además de un mueble donde colocar los medicamentos homeopáticos sellados y cerrados que van a ser otorgados al paciente. Este consultorio podría replicarse tantas veces como sea necesario, de acuerdo a la demanda y productividad del servicio. En los servicios que ya cuentan con consultorio odontológico, podrían ser atendidos también por personal de estomatología especialista en homeopatía.

Se propone que las unidades de salud incorporen los servicios de profesionales de estas medicinas y establezcan los servicios de apoyo, sin perjuicio de los servicios convencionales, toda vez que pueden establecer, mediante un catálogo específico, los procedimientos a realizar y las intervenciones autorizadas, tomando como base el perfil profesional por competencias elaborado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud para Profesionales de Acupuntura y Homeopatía.

El ejercicio de la acupuntura y la homeopatía, la quiropráctica, la herbolaria y otras medicinas complementarias validadas en el marco legal, se deberá realizar con fines terapéuticos con base en los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, de acuerdo al marco normativo médico.

El equipo, instrumental, material y demás insumos para la atención de la salud que se utilicen en la práctica de la acupuntura, la homeopatía y las medicinas complementarias reconocidas, estarán sujetos a la verificación y registro de la Secretaria de Salud, sin perjuicio de las atribuciones de otras instancias correspondientes.

Equipamiento básico propuesto

1	Cesto para papeles	11	Mesa con fregadero
2	Escritorio	12	Negatoscopio
3	Silla fija con asiento integral	13	Módulo para vestidor
4	Sillón giratorio oficinista	14	Computadora
5	Banco giratorio	15	Impresora
6	Báscula con estadímetro	16	Baumanómetro
7	Bote sanitario	17	Gancho
8	Escalerilla de 2 peldaños	18	Estuche de diagnóstico
9	Lámpara de pie rodable	19	Anaquel para medicamentos homeopáticos
10	Mesa para exploración universal		

Los elementos antes mencionados podrán consultarse en detalle en el anexo 9, denominado: Planos arquitectónicos de infraestructura intercultural.

Capacitación propuesta para el personal en espacios para la salud de sociedades multiculturales.

Para la definición del modelo en cuanto al personal se propone lo siguiente:

- **Requerimientos de competencias culturales en el personal directivo y operativo**

El personal que se desempeñe en unidades de salud (núcleos básicos u hospitales ubicados en regiones multiculturales) debe demostrar por lo menos las siguientes competencias, conocimientos y habilidades interculturales:

Competencia 1.- CAPACIDAD DE ESCUCHA.
Se refiere a la capacidad de escucha con los usuarios de los servicios y para establecer la convalidación en la elaboración de modelos y programas de salud involucrados, considerando el respeto a la diversidad cultural de la población.
La competencia de escucha se refiere a:

- Capacidad para indagar la pertinencia y el desarrollo de intervenciones institucionales ante un problema de salud: actitud para iniciar la planeación y la implementación de programas a partir de preguntas relativas a la resolución de los problemas de salud, entre los involucrados en la implementación de un programa. (beneficiarios-directivos y operadores)
- Conocimiento y manejo de herramientas para la escucha de las necesidades del usuario, a fin de otorgar un servicio con pertinencia cultural.

Competencia 2.- CAPACIDAD DE CONVALIDACIÓN
La competencia de convalidación se refiere a la capacidad para revisar, ajustar, validar y operar el programa con sus beneficiarios -personal directivo-operativo involucrado.

- **La competencia cultural del personal directivo**

Se propone que las relaciones que establecerán los servicios de salud con los usuarios, se promoverá desde el diseño de los espacios físicos, estarán influenciadas por la revaloración de diferentes elementos de la cultura local.

Esto significa detonar cambios en la gestión de los servicios y promover el desarrollo de nuevas capacidades en el personal directivo y operativo de las unidades de atención. Significa la oportunidad de promover la actualización del personal, con una "visión intercultural", referida a la habilidad para reconocer e interactuar en escenarios culturalmente diversos en materia de salud.

Esta competencia se define como:
"habilitar al personal de salud para fomentar actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, evitando posiciones prejuiciadas hacia los usuarios y hacia el propio personal de salud, permitiendo impulsar la participación social logrando la comunicación asertiva, así como el dominio de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan otros modelos y/o prácticas terapéuticas diferentes a la medicina alópata, presentes en las preferencias de los usuarios".

Por último, para concluir este capítulo, se presentan las propuestas de funciones y actividades del personal en las unidades de salud relacionadas con la competencia intercultural.

Funciones propuestas:

Director de unidad de salud

1. Dirigir y definir las políticas interculturales del hospital o de la unidad de salud. Incorporar en la misión y visión del hospital, la satisfacción del usuario y el respeto cultural.
2. Procurar la sensibilización intercultural de todo el personal adscrito al hospital.
3. Proponer estrategias, normas y adecuaciones necesarias para la operación de los espacios y servicios con cercanía y sensibilidad cultural.
4. Promover el encuentro positivo entre el personal de salud del hospital y los usuarios. En el caso de que población indígena acuda a la unidad de salud, promover la participación de personal definido como "Enlaces Interculturales".
5. Promover la interacción con la comunidad a través del comité ciudadano y/u otras instancias civiles y comunitarias con el objetivo de mejorar la relación e interacción social.
6. Instruir a la subdirección y al personal de mando para que coordine la interacción de los servicios del hospital con los usuarios. Si son usuarios indígenas, con el apoyo de los enlaces interculturales.

Subdirector

1. Coordinar la interacción intercultural entre los servicios del hospital o unidad de salud y los usuarios a través de las enlaces interculturales.
2. Tener competencia cultural para impulsar e informar a los usuarios de las características de los servicios otorgados, considerando sus expectativas.
3. Orientar a las enlaces interculturales en sus funciones.
4. Recibir la información del quehacer diario de las enlaces interculturales vía bitácora y en su caso, informes detallados.
5. Recibir información de los jefes de los servicios en relación a las actividades de los enlaces.

6. Definir estrategias para la mejora continua de las relaciones interculturales.
7. Elaborar informe al director y para las autoridades estatales de salud que definen la política intercultural.

Jefes de servicios de áreas de interacción personal-usuario
(Consulta externa, Urgencias, Hospitalización, Laboratorio, Administración, Trabajo Social, y Albergue)

1. Capacitar al enlace intercultural respecto a las funciones de cada servicio.
2. Coordina e impulsa el desempeño de los profesionales y los servicios de terapéutica homeopática y acupuntura, si existen en la unidad.
3. Impartir una capacitación técnica para que las enlaces comprendan procedimientos y términos técnicos, así como elementos básicos de primeros auxilios.
4. Fomentar con el personal bilingüe adscrito a su servicio, la comunicación suficiente que permita mejorar la eficiencia del servicio, en la interacción con usuarios indígenas.
5. Solicitar el apoyo del enlace en los casos que requiera la traducción de códigos culturales (comprensiones) diferentes por la falta de personal de servicio que lo pueda realizar.
6. Garantizar el consentimiento informado del usuario indígena y la comprensión del impacto de las acciones de los servicios de salud, a través de la intervención del enlace intercultural si se requiere.
7. Informar a la subdirección médica del hospital, del impacto de las actividades interculturales del servicio, realizadas en colaboración con los enlaces interculturales.

Enlace intercultural

1. Conocer la estructura y actividades de los diferentes servicios del hospital.
2. Recibir una capacitación técnica para comprender procedimientos y términos técnicos, así como elementos básicos de primeros auxilios.
3. Recepción, identificación de necesidades, orientación y acompañamiento al usuario indígena al servicio que requiere.
4. Brindar apoyo a los servicios que lo soliciten en traducción y facilitación entre comprensiones culturales diferentes. Facilitar el encuentro entre culturas diferentes.
5. Favorecer, propiciar y mejorar la interrelación amigable y respetuosa con las parteras y terapeutas tradicionales que lleguen al hospital refiriendo pacientes.
6. Capacitar al personal de recepción en la identificación de la etnia del usuario indígena.
7. Informar al subdirector de los resultados de su labor.